

COIMBRA MÉDICA

ANO XIII

ABRIL de 1946

N.º 4

SUMÁRIO

	Pág.
UM CASO DE «BANTI» — drs. A. da Rocha Brito, Luís Raposo e Michel Mosinger	169
SOBRE QUERATOMALACIA — dr. J. do Espírito Santo	189
CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DAS CEFA- LEIAS EM O. R. L. — dr. Manuel de Brito Subtil	205
LIVROS & REVISTAS	212
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES. . . .	XXV

MOURA MARQUES & FILHO
COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Elísio de Moura
— Prof. Alvaro de Matos — Prof. Almeida Ribeiro — Prof. J.
Duarte de Oliveira — Prof. Rocha Brito — Prof. Feliciano Gul-
marães — Prof. Novais e Sousa — Prof. Egidio Aires — Prof. Maxi-
mino Correia — Prof. João Pôrto — Prof. Lúcio de Almeida
— Prof. Augusto Vaz Serra — Prof. António Meliço Silvestre
— Prof. J. Correia de Oliveira — Prof. Luis Raposo

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

António Cunha Vaz
António de Matos Beja
António Nunes da Costa
Armando Tavares de Sousa
Francisco Gonçalves Ferreira

João de Oliveira e Silva
José Bacalhau
Luís Duarte Santos
Manuel Bruno da Costa
Mário Trincão

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente, Ilhas e Colónias — ano . . .	60\$00
Estrangeiro	80\$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 — Prof. JOÃO PORTO

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

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Em resumo, las experiências feitas para avaliar o poder inibitório e o poder antiseptico conclue-se que o Aseptal tem um alto poder antiseptico e inibitório sobre as bacterias pathogenicas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os microbios

Coimbra 14 de dezembro de 1910

Charles Lejeune



NA HIGIENE
ÍNTIMA
DA MULHER

"Aseptal,"
ANTISEPTICO-PERFUME
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA NERVAL

Alcalinésia BISMUTICA

Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis, etc.

"Aseptal,"

Ginecologia, Partos, Usos antisépticos em geral.

BioLactina

Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, enterocolite, etc.

Bromovaleriana

Doenças de origem nervosa, insónias, epilepsia, histeria, etc.

'Diaspirina,

Gripe, reumatismo, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes, neuralgias, cólicas menstruais.

DYNAMOL

Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, fraqueza geral, depressões nervosas, convalescenças, etc.

"Glucálcio,"

Descalcificação, tuberculoses, linfatismo, raquitismo, fraqueza geral, pleurisias, pneumonias, escrofulose, asma, etc.

hepatodynamol

Normalização da eritro-e da leucopoése, regularização da percentagem de hemoglobina e do valor globular.

"MARCOTYL,"

As indicações da morfina. Previne a habituação e morfínomania dentro de certos limites.

Proteion

Medicamento não específico actuando efectivamente sobre os estados infecciosos.

PULMÃO-SORO

Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traqueia e dos brônquios, pneumonia, etc.

SUAVINA

Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.

Terpioquina

Medicação anti-infecciosa.

Transpneumol

Quinoterápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.



UM CASO DE "BANTI" (1)

POR

A. da ROCHA BRITO, LUÍS RAPOSO e MICHEL MOSINGER

I

História clínica

O pequeno A. M., de 12 anos de idade, filho único de pais saudáveis, nascido a termo, natural e residente no Casal do Redinho (Pombal) conta-nos, com inteligência, o seguinte:

«Aos cinco anos teve uma febre intestinal e depois o sarampo.

Há uns dois anos tem tido, por várias vezes, sesões, sendo as últimas há cerca de uns três meses antes do seu internamento, sempre com predomínio terçoão, mas que foram debeladas pelo tratamento quinínico para não voltarem a apoquentá-lo.

Frequentemente e nos últimos tempos tinha vômitos e fezes acompanhadas de sangue. Emagrecia rapidamente. Por tudo isto dera entrada na enfermaria de Clínica médica».

À observação notámos imediatamente a sua palidez e magreza, mas o sintoma dominante é sem dúvida a esplenomegália, enorme, pois o baço ocupa toda a metade esquerda do abdomen, e ainda parte da direita. É duro e indolor. O grande aumento de volume deste órgão e a palidez dos tegumentos levaram-nos a interrogar por várias vezes a fórmula hemo-leucocitária, que nos revelou sempre um certo grau de anemia normocrômica, acompanhada de leucopenia e acentuada trombopenia. Também se estudaram o mielograma e o esplenograma.

(1) Comunicação feita numa das «Quinzenas Médicas» do Hospital.

Estas pesquisas nunca mostraram a presença de hematozoários, nem de *leishmânias*. A reacção de Wassermann no sangue foi negativa, o que nos não impediu de tentarmos um tratamento de prova da sífilis, sem o menor êxito, como também se tentou um tratamento antipalustre com resultados igualmente nulos. A evolução da doença foi sempre apirética.

Excluídas outras hipóteses, fixámo-nos na do síndrome de BANTI e aconselhámos a operação da esplenectomia, que foi recusada após consulta feita pelo pai ao filho. Este foi para casa.

Passado algum tempo voltou, disposto a ser operado, mas então já com a complicação ascítica, que aparentemente não havia durante a sua primeira permanência no Hospital.

Apezar da ascite e da prova positiva da galactose, foi aconselhada por nós de acordo com o Prof. LÚCIO DE ALMEIDA e o meu assistente Dr. SANTOS SILVA, a intervenção cirúrgica, aceita pelo Prof. LUIS RAPOSO, que realizou com pleno êxito a esplenectomia, tendo libertado o doente de um baço enorme, que pesava dois quilos e foi estudado, com toda a minúcia pelo Prof. MICHEL MOSINGER, estudo que confirmou o diagnóstico do síndrome bântico, como se verá na última parte do presente trabalho.

Eis a continuação da história clínica, com os resultados das várias análises e provas.

11/X/945

Hb.	70 %	
Gl. vermelhos	3.200.000	
Val. glob.	1,1	
Leucócitos	1.600	
Granulócitos neutróf. em bast.	2 %	} 64 %
" " " segm.	62	
Monócitos	4	
Linfócitos	28	

24/X/945.

Hb.	80 %
Gl. vermelhos	3.570.000
Val. glob.	1,1
Leucócitos	1.000

Granulócitos neutróf. em bast.	2 0/0	} 54 0/0
» » segm.	52	
» eosinof.	3	
Monócitos	6	
Linfócitos	35	
Células de Rieder	2	

Anisocitose, anisocromia, hemácias denteadas.

30/X/945.

Esplenograma

Granulócitos neutróf. em bast.	1 0/0
» » segm.	2
Linfoblastos	3
Prelinfócitos	10
Linfócitos	84

Acentuada hipoplasia. Muitas sombras de Grumpecht. Muitas células vacuolizadas.

1/XI/945.

No sangue

Plaquetas	37.000
Reticulócitos	0

Prova da esplenoccontractão, após a adrenalina — negativa.

Bilirrubina no sangue: 9 mgrs. 0/0, com reacção indirecta.

2/XI/945.

Prova da galactose

1. ^a amostra	18 grs. 0/0	80 c.c.
2. ^a »	vestígios	60
3. ^a »	3,3	95
4. ^a »	1,7	80

14/XI/945

Mielograma

(Por punção esternal)

Mieloblastos	4 0/0
Mielócitos neutróf.	9
Metamielócitos neutróf.	29
Granulócitos neutróf.	11
Mielócitos eosinóf.	2
Granulócitos eosinóf.	3
Megaloblastos basófilos	3
Normoblastos basófilos	5
Normoblastos ortocromáticos	32
Linfócitos	2

5/XII/945.

Resistência globular. 3,5

10/XII/945.

Hemograma

Hb.	60 0/0	
Gl. vermelhos.	3.600.000	
Val glob.	0,97	
Leucócitos	2.000	
Plaquetas	49.000	
Granulócitos neutróf. em bast. . .	4 0/0	} 65 0/0
, , segm.	61	
Granulócitos eosinóf.	4	
Monócitos	6	
Linfócitos	24	
Plasmócitos	1	

Acentuada anisocitose e policromatofilia.

Antes da operação fez-se ainda uma radiografia torácica, que estava de acordo com a ausência de sintomas clínicos por parte do coração, grossos vasos, pulmões e pleuras.

Tentaram-se, sem êxito algum, além dos sais de quinina e dos mercuriaes, extratos hepáticos e sais ferrosos.

II

Esplenectomia

O doente transitou para os Serviços de Patologia cirúrgica, a cargo do Prof. LUÍS RAPOSO.

Posta a indicação da esplenectomia, tornava-se necessário proceder ao seu estudo naquilo que interessava ao bom êxito imediato da operação, ... porque quanto ao êxito futuro, só o decorrer do tempo nos há-de dar a conveniente garantia. A este respeito não podemos ignorar como é aleatório o resultado da esplenectomia quando se intervém no período ascítico da BANTI.

Era fundamental a determinação do *tempo de protrombina*, para nos pôrmos a salvo dos riscos imediatos, no tocante à possibilidade de complicações hemorrágicas. Deste trabalho se

incumbiu o assistente Dr. FERNANDO DE OLIVEIRA, possuidor de larga prática em estudos desta natureza.

O protocolo das determinações obedeceu ao clássico método de QUICK. Segue a nota dos resultados colhidos:

Em 22-I	30 %
» 23-I	55 »

Embora os *tempos* encontrados nestas determinações excedessem o chamado *tempo crítico* (20 %), julgou-se de vantagem tentar a aproximação do valor normal; para o efeito recorreu-se, como de costume, à vitamina K, de que se administraram 3 empo-las (uma em 23, outra em 24 e outra na manhã de 25).

Em 25-I.	18,3 %
------------------	--------

Em virtude da descida do tempo de protrombina reforçou-se a dose de vitamina K. De 25 a 27 injectaram-se 5 empo-las.

Em 27-I	36 %
-------------------	------

De 27 a 29 mais 6 empo-las de vitamina K.

Em 29-I	40,2 %
» 4-II	45,5 »

Apesar de distantes ainda do valor normal era manifesto que a operação podia executar-se sem inconvenientes de maior em matéria de coagulabilidade.

Transusão de 200 c.c. de sangue em 8-II. Esplenectomia em 9-II (incisão oblíqua, tipo SCHWARTZ). Anestesia pelo éter. Durante o acto operatório transusão de mais 200 c.c. de sangue. Operação um tanto dificultada pelo extraordinário volume do baço, aliás nada ptosado, e por aderências da sua face anterior à cúpula diafragmática; todavia poude levar-se a cabo sem o mais pequeno incidente. Duração 30 minutos.

Sequências absolutamente normais nos primeiros 4 dias. A seguir congestão pleuro-pulmonar da base esquerda. Não nos surpreendeu, habituados, como estamos, a observar esta intercor-rência no pós-operatório das esplenectomias. Temperaturas a rondar a casa dos 39 durante três dias, para logo decrescer e

dentro de pouco vir para o normal. Levantou-se ao 15.º dia. Cinco dias volvidos haviam desaparecido por completo os sinais de congestão da base esquerda.

No respeitante aos tempos de protrombina obteve-se:

Em 11-II (48 horas após a operação)	45 %
» 16-II	40 »
» 28-II	63 »

Quer dizer, neste particular, melhorou muito com a esplenectomia.

— É cedo, como dissêmos, para nos pronunciarmos sobre o bom efeito da esplenectomia no caso sujeito. Se acrescentarmos, porém, que o estado geral do doente à data da redacção destas notas é o melhor possível e se tivermos em conta, por outro lado, que a ascite desapareceu, não nos surpreenderemos se dentro de dois ou três anos nos for dado registar a cura radical da afecção, o que, a verificar-se, como esperamos, dará a este caso um lugar de excepcional relêvo no vasto campo da literatura médica.

III

Resumo anátomo-patológico

Após um exame minucioso de variadíssimos cortes esplênicos conclue o Prof. MICHEL MOSINGER :

1.º Processo de esclerose trabecular e nodular periarterial, desenvolvido essencialmente nos segmentos trabecular, prefolicular e folicular, encontrando-se esta disposição topográfica da esclerose no síndrome de BANTI, segundo a descrição clássica deste autor. Com efeito, a histologia do baço bantiano caracteriza-se não sómente pela fibrose folicular, como frequentes vezes se tem provado, mas também por esclerose periarteriolar nos segmentos prefolicular e folicular, como o próprio BANTI escreveu.

Nas cirroses banais tal tipo de esclerose é excepcional (LUBARSCH, JORES) ao passo que se observa, com frequência, esclerose à volta das artérias polpares e peniciladas (DÜRR).

2.º Presença de numerosos e volumosos nódulos fibro-side-róticos em primeiro lugar por GANDY (1905) e GAMNA (1922) — Nódulo «tobaco» de GANDY-GAMNA.

Sulfoguanil



WANDER

O novo derivado
sulfamidado para
o tratamento da de-
sinteria bacteriana,
da diarreia infan-
til, da febre tifoide,
e quando de opera-
ções do conduto
gastro intestinal.



*Tubos de 20 comprimidos
de 0,50 gr. de para-amino-benzol-sulfonami-
da-guanidina a Esc. 49\$00.*

Dr. A. WANDER S. A. BERNE-SUIÇA

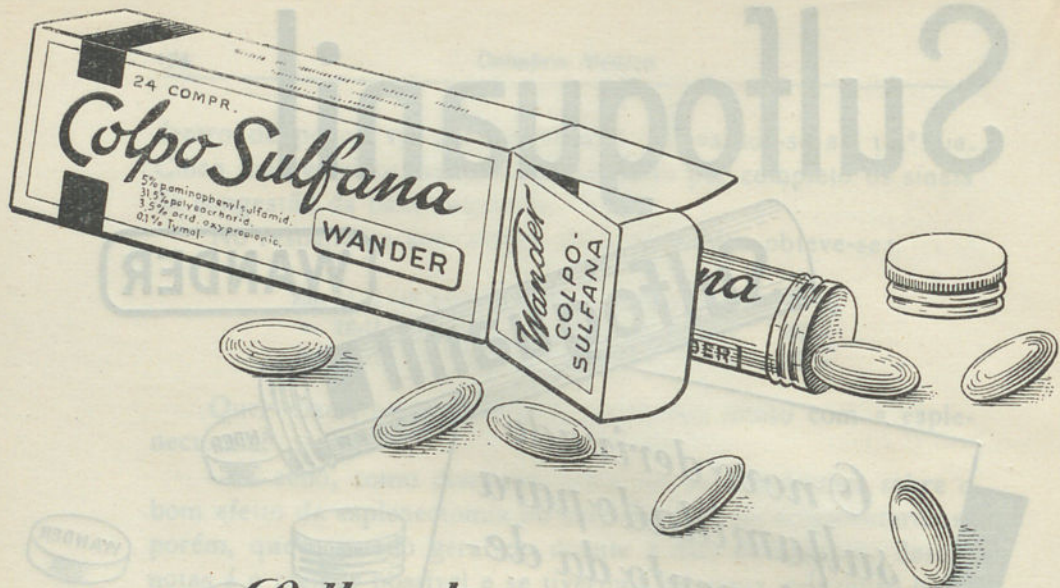
Sociedade Portuguesa de Produtos Wander, L.^{da}

Av. Oriental do Parque, 24, r/c D.

Telefone 4 3602

LISBOA

Sub Agente em Coimbra: F. PINTO DOS SANTOS Rua Martins de Carvalho, 2-2.º



*Sulfanilamida, mono e
polisacaridos e uma pe-
quena percentagem de
timol, constituem o pro-
duto Colpo-Sulfana, que
se destina ao trata-
mento das infecções
blenorragicas da
vagina.*

Tubos de 24 comprimidos Esc.33.50

Dr. A. WANDER S.A. BERNE - SUÍÇA

Sociedade Portuguesa de Produtos Wander, L.^{da}

Av. Oriental do Parque, 24, r/c D.

Telefone 4 3602

LISBOA

Sub-Agente em Coimbra: F. PINTO DOS SANTOS Rua Martins de Carvalho, 2-2.º

Esta observação põe, por conseguinte, dois problemas histológicos e patológicos:

- a) O problema da génese da esclerose periarteriolar característica do síndrome BANTI;
- b) O problema da génese dos nódulos fibro-sideróticos ou seja dos depósitos de ferro em certos nódulos de esclerose periarteriolar.

O Prof. MICHEL MOSINGER discute largamente estes dois problemas, como adiante veremos detendo-se sobretudo no da fibro-siderose. Nesta ordem de ideias enumera os argumentos dos que filiam o processo numa micose, para os rebater e, julgando, como outros, que a localização dos depósitos ferreos é puramente periarteriolar, melhor periarteriolar, talvez por dificuldades importantes da circulação esplénica, acaba por considerar esta sidero-fibrose como retículo-fibrose hemosiderótica periarteriolar. Na realidade esta siderofibrose acompanha-se de hemosiderose difusa do baço e a hemosiderose em geral é processo de retículo-endoteliose.

Foram projectados numerosos diapositivos.

IV

A convalescença

Passado algum tempo sobre a operação fizeram-se novos hemogramas:

28/II/946.

Glóbulos vermelhos	4.700.000
Hb.	60 %
Valor globular	0,63
Ligeira anisocitose.	
Ligeira hipocromasia.	
Glóbulos brancos	9.000 %
Plaquetas	940.000
Granulócitos neutrof. em bastonete	1 %
» » segmentados.	75 } 76 %

Repare-se na subida da série mieloide particularmente das plaquetas, facto vulgar após a esplenectomia e que parece militar a favor de uma interferência do baço inibidora da medula.

Granulócitos eosinófilos	3 %
» basófilos	0 »
Monócitos	2 »
Linfócitos	19 »

Raras mitoses dos linfócitos.

12/III/946.

Tempo de protrombina	18 sg.
Protrombinémia	75 %

11/III/946.

Hb.	70 %
Glóbulos vermelhos	4.000.000
Leucócitos	10.600
Plaquetas	970.000
Granulócitos neutróf. em bastonete	5 %
» » segment.	62
» eosinófilos	5
» basófilos	1
Monócitos	1
Linfócitos	26

} 67 %

Anisocitose e hipocromásia.

Decorridos quatro meses sobre a intervenção o pequeno aumentou de peso, tem um aspecto magnífico e um excelente psiquismo.

Eis o último hemograma :

Hb.	90 %
Glóbulos vermelhos	5.100.000
Valor glob.	0,90
Leucócitos	9.000
Granulócitos neutrófilos	50 %
» eosinófilos	11
Monócitos	4
Linfócitos	35

} 61 %

Ligeira anisocitose. Discreta esferocitose.

V

Estudo histológico minucioso

Foram colhidos numerosos fragmentos fixados em formol ou no líquido de BOUIN e incluídos em parafina. As preparações foram coradas pela hematoxilina-eosina, por diversos métodos tricrômicos, pelo método da prata, pela orceína, por vários métodos histo-químicos de evidenciação do ferro e pelo método de MANN-DOMINICI.

De maneira sintética, encontram-se as seguintes lesões:

1.º — Um espessamento esclerótico por placas da cápsula conjuntiva do órgão, (placas de peri-esplenite).

2.º — As trabéculas conjuntivas, (trabéculas esplénicas) são de aspecto normal ou espessadas. As veias intra-trabeculares estão distendidas e contém glóbulos vermelhos abundantes, assim como numerosos leucócitos.

Por outro lado, notam-se, à volta de numerosas veias, células reaccionais (linfócitos, plasmócitos, histiócitos) constituindo, este processo, uma verdadeira adventicite venosa.

3.º — As trabéculas conjuntivas esplénicas estão em continuidade frequentes vezes com nódulos ou trabéculas espessas de esclerose com disposição perivascular regular ou pelo contrário, assimétrica, parecendo a cavidade vascular excêntrica, neste último caso.

Frequentes vezes, nota-se a disposição descrita por BANTI e caracterizada pela subdivisão de um tronco esclerótico em vários ramos que se terminam em corpúsculos de MALPIGHI completamente ou parcialmente fibróticos.

A parede vascular está constantemente alterada e esclerosada com desaparecimento quasi total da armadura elástica e da musculatura lisa. A coloração pela orceína permite, em certos destes vasos, descobrir segmentos da limitante elástica interna.

A vizinhança de foliculos linfóides ou de restos foliculares, permite nos casos duvidosos dizer que o vaso esclerótico da trabécula de esclerose é uma arteríola alterada.

Em certas trabéculas, porém, encontram-se veias, além das artérias. Mas trata-se neste caso, de trabéculas esplénicas esle-

róticas. O tecido da esclerose é constituído por fibroblastos e substância fundamental com duas zonas:

a) uma zona centro-trabècular pouco corável e parecendo de aspecto amorfo com a hematoxilina-eósina, de aspecto fibrillar e vermelho nos métodos tricrómicos de MASSON e desprovida de fibras elásticas, ao passo que os métodos argênticos revelam unicamente grãos amorfos, na ausência de fibrilhas;

b) uma zona periférica, rica de fibras colagêneas e de fibras elásticas, (fortemente corada pela eosina e azul de anilina).

Os elementos celulares do tecido esclerótico são representados por (histiócitos, linfócitos, plasmócitos).

Enfim, notam-se, em numerosos focos de esclerose, pequenas massas de pigmento ocre sanguíneo.

4.º — Numerosos nódulos de esclerose apresentam todas as características dos nódulos fibro-sideróticos ou nódulos de GANDY-GAMNA, bem evidenciados pelos métodos de detecção do ferro.

Todos estes cortes apresentam duas zonas: um segmento central siderótico e um segmento periférico esclerótico.

A) Zona central siderótica. Nos cortes corados pela hematoxilina-eosina este segmento apresenta numerosas granulações pigmentares de volume variável, dispostas em fiadas ou em pequenas massas parecendo extra-celulares.

Os elementos celulares são representados por fibroblastos raros, por histiócitos e, em vários focos, por células gigantes do tipo de LANGHANS ou do tipo célula-gigante de corpos estranhos com corpo celular angular, prolongamentos citoplásmicos nítidos e núcleos irregulares dispostos na superfície citoplásmica.

Notam-se, também, espaços alongados de aparência linfática, revestidos ou não de células endotelióides.

A substância fundamental é constituída por substância pouco corável de aspecto fibrillar.

Vêm-se, além disso, granulações hematoxinófilas de natureza calcária.

Nos cortes tratados com nitrato de prata a zona central apresenta massas pigmentares não coradas, assim como numerosas granulações argentófilas dispostas de maneira difusa ou em fiadas e pequenas massas.

Correspondem, sem dúvida, em grande parte, a granulações calcárias.

Com os métodos tricrómicos, a substância fundamental central compõe-se de fibras fuchsinófilas com fibras colagêneas raras.

Enfim, a orceína evidência, nesta zona, raras fibras elásticas.

Os métodos de detecção do ferro (métodos do azul da Prússia e do azul de Tumbill) revelam a presença: 1) de fiadas e de massas angulares de granulações azuis; 2) de fibrilhas azuis frequentes vezes anastomosadas; 3) de filamentos longos e frequentes vezes bifurdados ou anastomosados, com contornos duplos e de aparência pseudo-miceliar; 4) de corpos arredondados de volume variável com centro claro ou pelo contrário, mais escuro do que o resto do corpo; 5) a impregnação siderótica maciça ou por placas, da parêde das artérias e das veias do foco siderótico; 6) anéis de siderose à volta das fendas linfáticas acima descritas.

B) A zona periférica compreende duas camadas: uma camada interna de aspecto comparável à zona central dos focos escleróticos com grãos argentófilos e uma camada externa rica de fibras colagêneas e elásticas, comparável à zona periférica dos focos de esclerose.

Na camada interna vêm-se granulações pigmentares, assim como fendas linfáticas.

6.º — Os corpúsculos de MALPIGHI estão, em grande parte, englobados nos nódulos de esclerose ou de fibrosiderose. A origem essencialmente perivascular desta esclerose corpuscular é indicada pelo facto de que os corpúsculos são atingidos de maneira excêntrica, ficando frequentes vezes a periferia das trabéculas de esclerose rodeados por tecido linfóide.

Notam-se, também, bastantes corpúsculos de MALPIGHI não esclerosados. Estes, são hipertróficos e apresentam centros claros com numerosos histiócitos turgescentes e depósitos de pigmento ferruginoso.

7.º — As arteríolas polpares e peniciladas não parecem atingidas pelo processo de esclerose por que são numerosos tais vasos normais.

8.º — Os cordões de BILLROTH são espessados com reticulose (esclerose polpar de GAUCKLER) e presença de numerosos histiócitos livres e, como o mostram as preparações com azul da Prússia ou azul de TUMBILL, com a presença de numerosas granulações de sais ferrosos e férricos.

9.^o— Os seios esplénicos apresentam numerosos esplenócitos, sendo frequentes tais elementos, com sais de ferro.

Em resumo, o estudo histológico do baço revela:

1.^o— Processo de esclerose trabecular e nodular periarterial, desenvolvido essencialmente nos segmentos pre-folicular e folicular, encontrando-se esta disposição topográfica da esclerose esplénica no síndrome de BANTI, segundo a descrição clássica deste autor. Com efeito, a histologia do baço de BANTI caracteriza-se não somente pela fibrose folicular como é referido frequentes vezes mas por esclerose periarteriolar nos segmentos pre-folicular e folicular, como escreveu o próprio BANTI.

Nas cirroses banais, este tipo topográfico de esclerose é excepcional (LUBARSCH, JORES), ao passo que se observa, frequentes vezes, esclerose à volta das artérias polpares e peniciladas (DÜRR).

2.^o— Presença de numerosos e volumosos nódulos fibro-sideróticos descritos em primeiro lugar por GANDY (1905) e GAMNA (1922) — nódulos-tabaco de GANDY-GAMNA.

Esta observação põe à discussão, por conseguinte, dois problemas histo e patogénicos: 1) o problema da génese da esclerose periarteriolar característica do síndrome de BANTI; 2) o problema da génese dos nódulos fibro-sideróticos, isto é, dos depósitos de ferro em certos nódulos de esclerose periarterial.

VI

Considerações patogénicas

Como já indicámos atrás, no nosso caso como no síndrome de BANTI em geral, a esclerose periarterial é limitada aos segmentos prefolicular e folicular das artérias esplénicas.

a) Certos autores incriminam factores de irritação mecânica, em particular a elongação das artérias sob a influência da congestão e hipertrofia do baço (DÜRR, JORES).

b) ROESSLE admite uma origem inflamatória segundo a qual o mesmo agente determina a cirrose e o processo de esplenite. Com efeito, encontram-se em certos casos infiltrados inflamatórios na adventícia arterial, tendo encontrado o próprio BANTI células

cromófilas. DÜRR assinala a presença de linfócitos e de plasmócitos, ao passo que JAEGER revela células volumosas ricas de citoplasma e com núcleo claro as quaes este autor considera como histiócitos.

c) Segundo JAEGER, a fibrose peri-arterial é consecutiva a uma peri-linfangite peri-arterial. Com efeito, contrariamente o que afirmam numerosos autores, o baço apresenta uma circulação linfática que se encontra na cápsula, nas trabéculas (LOESCHKE, FISCHER) e à volta das artérias esplénicas (V. EBNER, TOMSA, KYBER, BAUNWARTH). Capilares linfáticos foram descritos nos próprios corpúsculos de MALPIGHI do boi (KATSUKI) e do homem (JAEGER). Estes capilares linfáticos evidenciam-se em casos de antracose esplénica por propagação de uma antracose dos gânglios peripancreáticos e perigástricos, assim como no cancro metastático do baço, propagando-se o processo canceroso ao longo das vias linfáticas periarteriais (DI BIASI). São evidentes, também, em baços depois da laqueação cirúrgica ou experimental da veia esplénica (JAEGER). Segundo este autor existiriam no tecido de esclerose peri-arterial numerosos capilares linfáticos com perilinfangite que se explicaria pela passagem para as vias linfáticas de produtos metabólicos anormais formados no baço com estase portal.

O problema da fibro-siderose esplénica

Durante algum tempo, a fibrosiderose esplénica foi considerada como uma unidade nosográfica, caracterizando a esplenomegália da Argélia na qual GANDY e GAMNA descobriram os nódulos característicos.

Dai o nome de espleno-granulomatose siderósica que GAMNA deu à esplenomegália da Argélia.

Facto interessante, a esplenomegália da Argélia, atingindo unicamente os indígenas, realiza um síndrome comparável ao síndrome de BANTI. Distingue-se, porém, do síndrome de BANTI típico pela precocidade da ascite e da hepatomegália e pela presença frequente de sintomas respiratórios (bronquite, pleuresia) e de lesões cutâneas.

Ora, em 1927, NANTA e PINOY descreveram nos fibro-sideróticos desta doença, a presença de filamentos micelianos e con-

sideraram a esplenomegália argeliana como uma micose devida a um fungo do género *aspergillus*, em particular o *Sterigmocystis nidulans* (*aspergillus* NANTAE).

A teoria micótica das esplenomegalias com sidero-fibrose teve, depois, adeptos de renome. Assim aconteceu na interpretação da esplenomegália do Egipto.

Esta doença é tanto mais importante de considerar na discussão da nossa observação quanto evolui sob forma de um síndrome de BANTI típico como o notou pela primeira vez o médico francês JEAN ROGER (1902) e segundo a descrição de DAY FERGUSON (1909) e OWEN RICHARDS (1914).

Todavia, segundo DAY, a esplenomegália do Egipto distingue-se do síndrome de BANTI pela precocidade das lesões hepáticas e pelo facto de que o tártaro estibiado determina a regressão da eosinofilia e da febre recorrente. Ao passo que KARTOULIS notou, nos casos de JEAN ROGER, esclerose trabecular e perivascular e superpigmentação da polpa esplénica, ASKANAZY assinalou pela primeira vez nos casos de PAVLOS PETRIDIS a presença de focos fibro sideróticos descritos na tese de SCHWEIZER (Basileia, 1927).

ASKANAZY e SCHWEIZER à luz dos trabalhos de NANTA e das suas observações julgaram que a esplenomegália do Egipto também era uma micose, tornando-se «sidero-micóticos» os focos fibro-sideróticos.

Em 1927, P. E. WEIL, GRÉGOIRE e FLANDRIN, encontraram os focos fibro-sideróticos em 7 casos de esplenomegália sobre 16 observados em Paris. Tratava-se em três casos de síndrome de BANTI indiscutível, em dois casos de icterícia hemolítica e nos dois restantes de síndromas anémicos com hemorragias intestinais.

Os mesmos autores incriminaram, na etiologia destas esplenomegalias, uma outra variedade de *aspergillus*, o *eurotium amstelodami*.

Em 1928, OBERLING encontrou os focos sidero-micóticos em 24 baços sobre 200 estudados com os síndromas mais diversos, mas encara a hipótese de uma micose secundária enxertada numa esplenomegália já existente.

Um caso curioso de esplenomegália com nódulos de GANDY-GAMNA e com tuberculose foi descrito por FLANDRIN (1930).

NAS CONVALESCENÇAS...

O PESO AUMENTA!
tomando



COMPOSIÇÃO:

Suco de carne crua conc	250	grs.
Oxihemoglobina	50	>
Glicerofosfato de cálcio	3	>
Glicerofosfato de sódio	3	>
Glicerofosfato de magnésio . . .	1	>
Glicerofosfato de potássio . . .	1	>
Glicerofosfato de quinina	0,5	>
Glicerofosfato de estricina . . .	0,015	>
Veículo glicerinado q. b. p. . . .	1.00	c.c.

Frasco 22\$00

Para diabéticos — Prescrever NUTRICINA sem açúcar

PREPARAÇÃO DOS

LABORATORIOS JABA

Rua Actor Taborda, 5 - Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PORTO
Rua Mártires da Liberdade, 120

DEPÓSITO EM COIMBRA
Avenida Navarro, 53



*Sono reparador
Despertar agradável*

COM

MÉDOMINE

Hipnótico e sedativo inofensivo
sem reacções secundárias desagradáveis

INDICAÇÕES:

Insónias de origem hipertensiva,
arteriosclerótica ou angiospástica.
Agripnias nervosas e do post-partum.
Estados de excitação, angústia e nervosismo.

Caixa de 10 comprimidos

J. R. GEIGY S. A. — Basileia (Suíça)

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL E COLÓNIAS

CARLOS CARDOSO

Rua do Bonjardim, 551 — PORTO

Nesta observação, com efeito, encontraram-se, ao lado dos nódulos fibro-sideróticos banais, nódulos de GANDY-GAMNA com centro caseificado, contendo bacilos de KOCH.

Admite o autor, neste caso, uma localização do agente micótico em processos primitivamente tuberculosos.

A teoria micótica das esplenopatias com sídero-fibrose baseia-se nos seguintes factos:

1) A presença, nos focos fibrosideróticos, de filamentos providos de uma membrana e substância central homogénea, comparáveis aos filamentos micelianos dos fungos, segundo NANTA e PINOY. Por sua vez, ASKANAZY e SCHWEIZER descreveram filamentos com espessamentos esferóidais terminais lembrando os aspectos observados nas micoses pulmonares ou outras e insistiram sobre a presença de células gigantes do tipo de LANGHANS contendo às vezes filamentos e corpúsculos esferóidais.

2) A realidade de esplenomegalias micóticas tais como a esplenomegália do canal do Panamá ou esplenomegália de DARLING, devida ao *Cryptococcus farciminosus* de ROCHA LIMA e à esplenomegália de HABERFELD, devida ao *Zymonema histosporocellularis* (blastomicoses);

3) A existência de esplenomegalias em vários outros tipos de micose (blastomicoses, actinomicoses, micoses cutâneas diversas);

4) A capacidade ferropéxica de vários fungos, demonstrada por ASKANAZY, sobretudo no micetoma, e na actinomicose.

5) A obtenção de culturas de *Aspergillus* a partir de baços fibrosideróticos (NANTA, WEIL et colaboradores);

6) A obtenção por NANTA e OBERLING de esplenomegalias por meio de injeções de tais culturas.

Na realidade, outros argumentos invocam-se contra o conceito micótico. Com efeito:

1.º — Na esplenomegália do Egipto intervem sem discussão o *Schistosoma mansoni*, agente da bilharziose intestinal, da mesma maneira que a esplenomegália do Japão é devida ao *Schistosoma japonicum*. Sem dúvida, no próprio baço não se encontra o parasita, mas este último foi evidenciado em biópsias do fígado feitas durante a esplenectomia (PAVLOS PETRIDIS).

Devemos dizer que a este facto NANTA opôs o argumento de que a micose podia ser secundária à bilharziose por superinfecção.

2.º — Vários autores não conseguiram reproduzir a esplenomegália no rato e no coelho, por meio de injeções do *aspergillus* (NANTA e ASKANAZY).

3.º — Os aspectos pseudomicóticos sideróticos encontram-se em numerosos processos viscerais com esclerose e siderose exógena ou endógena (siderose pulmonar, infartos viscerais). São devidos: 1) à impregnação, pelo ferro libertado, das fibras reticulínicas, cologéneas, elásticas e hialínicas (aspectos filamentosos); 2) a precipitados coloidais de sais férricos (aspectos esferoidais). Aliás, nos próprios infartos esplénicos, podem observar-se focos fibro-sideróticos (KLINGE, de VECCHI). Por conseguinte, a teoria micótica de todas as esplenopatias com fibrosiderose deve ser abandonada.

Os nódulos de GANDY-GAMNA são focos de esclerose periarteriolar com infiltração pigmentar hemosiderínica e infiltração calcárea.

Qual será o mecanismo de produção dos depósitos de ferro no tecido de esclerose?

Verificação importante: não se encontra, nestes casos de esplenomegália e não se encontra, no nosso caso, infiltração hemosiderínica polpar análoga à encontrada nas cirroses pigmentares. Por conseguinte, trata-se de um processo localizado ao nível dos focos de esclerose.

Geralmente, o processo fibrosiderótico sobrevem em estados de hipertensão portal por cirrose, trombose portal ou flebite esplénica. Encontra-se também, em casos de compressão da veia esplénica de origem tumoral e de esplenoptose (JAEGER).

Foi lógico, porisso, procurar os focos de siderofibrose à volta das veias intra-esplénicas com a idéia de que a hipertensão portal podia determinar roturas venosas e hemorragias perivenosas.

Efectivamente, vários autores descreveram focos sideromicóticos peri-venosos (E. J. KRAUS, NISHIKAWA, ESCUDERO, de VECCHI, OMODEI-ZORINI), mas segundo a maioria dos autores e as nossas próprias «a localização é puramente periarterial».

Como o salienta JAEGER (1937), as lesões arteriais com mesenterite e destruição da elástica interna, dificultam a diferenciação histológica do vaso intrafocal, mas a utilização de cortes seriados mostra constantemente que este vaso é uma arteríola.

Vários autores incriminam hemorragias devidas a roturas arteriais (GAMNA, LANGERON) e tais roturas foram figuradas nos trabalhos de EPPINGER e de OBRIKOSOFF. Mas tais roturas podem ser postmortais (JAEGER).

Outros, fazem intervir lesões arteriais mecânicas devidas a tumefacção do baço. Todavia os focos fibrosideróticos podem encontrar-se em esplenopatias não hipertróficas (cirroses).

Segundo JAEGER, os depósitos de ferro explicam-se pelo hiperfuncionamento linfático no baço submetido a hipertensão portal.

Como indicámos atrás, este autor admite a existência de um sistema linfático intra-esplénico iniciando-se nos corpúsculos de MALPIGHI e continuando-se por uma rede peri-arterial.

Na estase portal, este sistema é sobrecarregado com produtos do metabolismo esplénico normal e da desintegração patológica do baço entre os quais a hemosiderina que, graças à linfangite reaccional, pode ser libertada no tecido de esclerose peri-linfangítica. Por outro lado, a rede linfática periarteriolar constitui, na estase portal, uma via de regresso anormal do sangue esplénico com penetração de glóbulos vermelhos nos capilares linfáticos onde podem desintegrar-se, sendo alargada nos focos de esclerose a rede linfática e aumenta por isso a velocidade da corrente circulatória linfática.

Esta hipótese parece comprovada pelo facto de que na estase portal os gânglios linfáticos do hilo esplénico e outros gânglios abdominais apresentam a transformação hemolinfática (pseudo-gânglios hemolinfáticos) com aparecimento de glóbulos vermelhos sobretudo nos seios marginais destes gânglios.

Nos mesmos gânglios, nota-se aumento do conteúdo em ferro (HIRÃO) e eritrofagia (NORDMANN, KUBO). O canal torácico pode também conter eritrócitos (OEHME).

Experimentalmente, a laqueação da veia esplénica determina, no cão, a produção de focos fibro-sideróticos. Os autores italianos (FASIANI, OSELLODORES, FERRARI) injectaram simultaneamente no baço solutos irritantes (alcool) mas a simples laqueação é suficiente (JAEGER).

Todavia, no cão, a topografia dos focos sideromicóticos é essencialmente peri-venosa o que se explicaria pela localização peri-venosa do sistema linfático esplénico neste animal. Este conceito merece, na nossa maneira de ver, novas investigações.

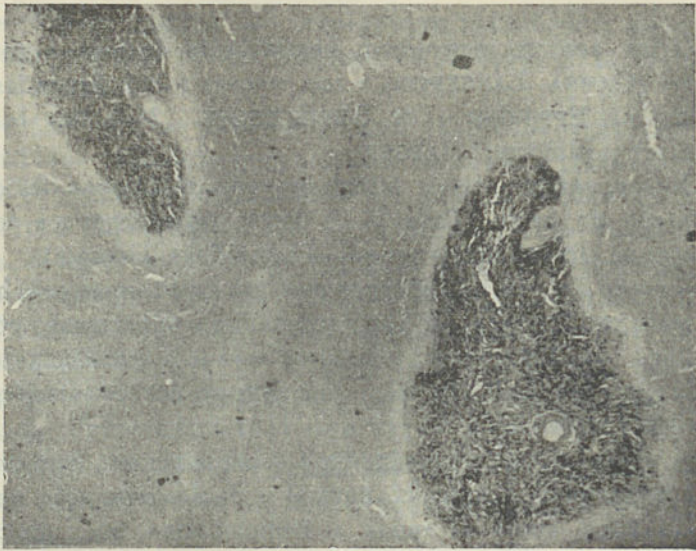


Fig. 1

Dois focos de fibrosiderose com centro siderótico e periferia esclerótica

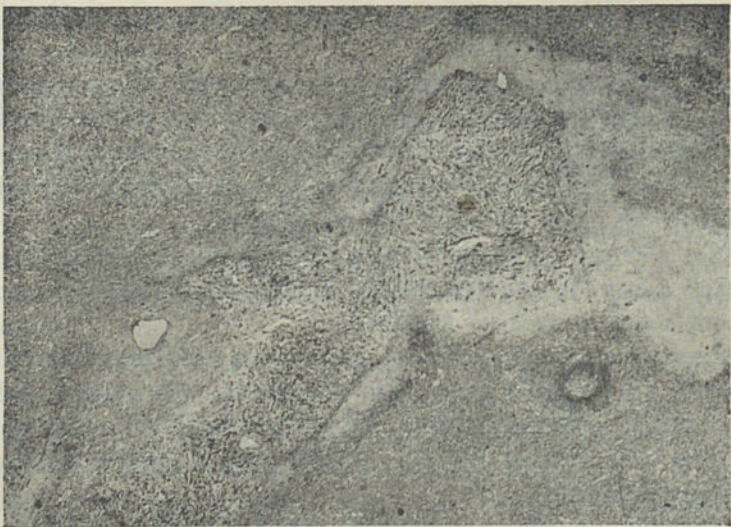


Fig. 2

Um volumoso foco fibro-siderótico com, na sua periferia restos de corpúsculos de Malpighi

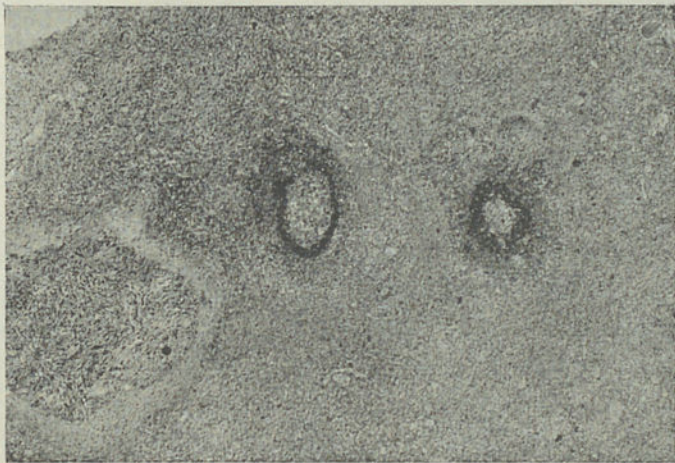


Fig. 3

Um foco fibrosiderótico e dois corpúsculos de Malpighi hipertróficos

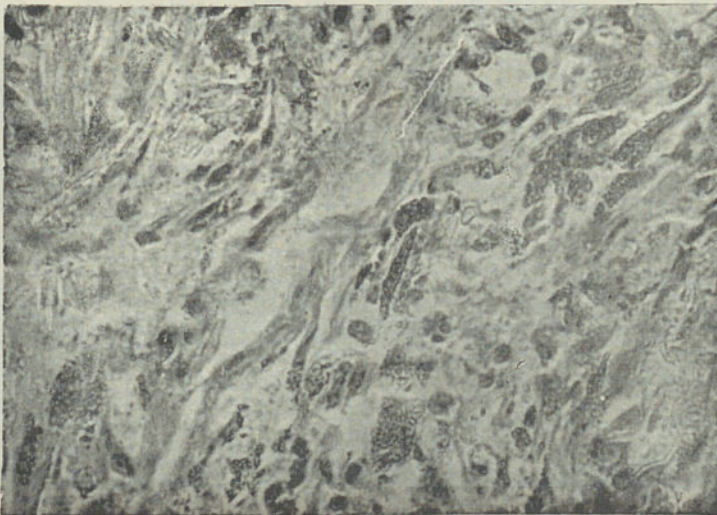


Fig. 4

Aspecto histológico do centro siderótico. Vê-se um vaso linfático

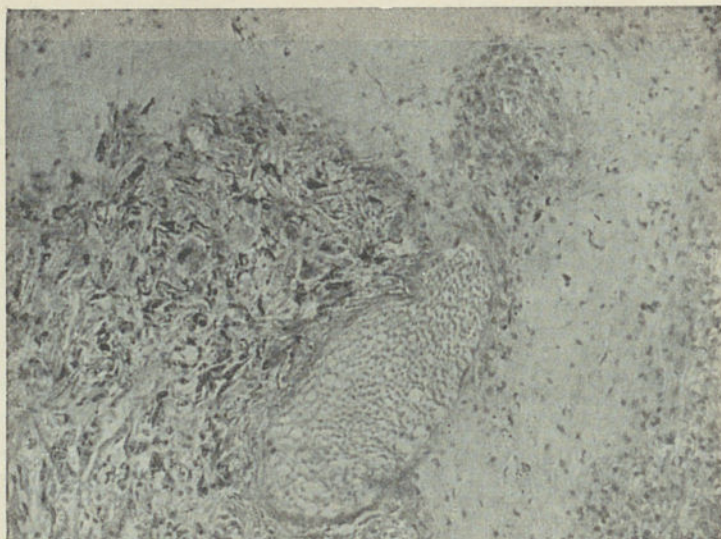


Fig. 5

Presença de uma veia num foco fibro-siderótico.
Notam-se as duas zonas do foco.

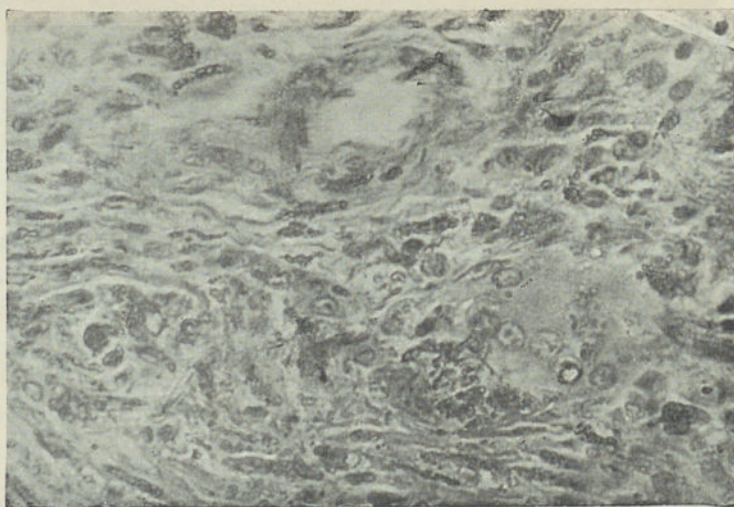


Fig. 6

Presença, num centro siderótico, de uma arteriola
e de uma célula gigante de Langhans.

CLÍNICA PEDIÁTRICA DA FACULDADE
DE MEDICINA DE COIMBRA

Director : Prof. Lúcio de Almeida

SOBRE QUERATOMALACIA

POR

J. DO ESPÍRITO SANTO

Os investigadores que no século XIX se dedicaram ao estudo dos fenómenos da nutrição e, portanto, dos problemas alimentares subordinaram os seus trabalhos à *noção da quantidade*. Comparando o organismo humano, *grosso modo*, a uma máquina de vapor na qual os alimentos se degradariam por combustão, tudo se limitava, assim parecia, a determinar o número de calorias necessário ao seu perfeito funcionamento. LIEBIG estudando a química das substâncias alimentares afirmou serem estas constituídas por proteínas, gorduras e hidratos de carbono e que «a energia viva é a energia potencial dos alimentos». Deduzida a lei da isodinamia (RUBNER) que permitia a substituição dos alimentos uns pelos outros atendendo, apenas, ao seu valor calórico e precisada a noção do mínimo proteico julgou-se ter sido alcançada a finalidade da investigação, orientada segundo aquela hipótese. As dietas constituídas segundo estas directrizes e administradas deliberadamente a diferentes animais de experiência vieram, no entanto, dentro em pouco, demonstrar a insuficiência dos conhecimentos adquiridos. Os animais a elas submetidos não se desenvolviam, depauperavam-se e morriam em curto espaço de tempo.

Em 1906, WILLCOCK e HOPKINS verificam a impossibilidade de manter em boas condições físicas ratos, na dieta dos quais a fracção azotada se limitava à zeína, proteína do milho que não contém triptofano. Incluído este na mesma dieta, a sobrevivência dos animais aumentava se bem que fosse inferior ainda à dos testemunhos.

Pouco a pouco foi-se conhecendo melhor o papel de certos ácidos aminados e uma nova noção, *a da qualidade*, veio juntar-se à primitivamente encarada. Diferentes trabalhos puzeram em evidência a necessidade, na dieta, de vários minerais, alguns deles em quantidades mínimas.

Em 1911, CASIMIRO FUNK isola da cutícula do arroz uma substância cristalina, de natureza azotada que se mostra capaz de curar, em pequenas doses, a polinevrite aviária e o béri-béri humano.

Este figurava já no conhecimento médico desde há alguns séculos, perfeitamente descrito clinicamente e, desde a descoberta de EIJKMAN em 1897, se sabia que era devido à falta, na dieta, de qualquer coisa existente na cutícula do arroz. Assim surgiu, no mundo dos conhecimentos médicos, a primeira vitamina. Outras se lhe seguiriam como corolário dos trabalhos que plêiade brilhante de investigadores foi tenazmente realizando.

Em 1913, quase simultâneamente, MAC COLLUM e DAVIS, OSBORNE e MENDEL, demonstram a necessidade, na ração alimentar, de certos lipidos os quais contêm uma propriedade ou substância que denominaram *factor liposolúvel A*. Os regimes que não continham tal factor originavam, quando administrados a animais de experiência, paragem do crescimento, lesões oculares (xerofthalmia) e, algumas vezes, raquitismo. Em 1920, PAPPENHEIMER, HESS e MAC CANN vieram separar o factor de crescimento ou anti-xerofthalmico (vitamina A) do factor anti-raquitico ou vitamina D.

Ficou a saber-se, então, a causa certa de doenças desde há muito observadas e cujo tratamento, se bem que empírico, também já era reconhecido. Efectivamente «uma tradição clínica antiga admitia uma ligação certa entre as lesões da conjuntiva e do globo ocular, conhecidas pelo nome de xerofthalmia e de queratomalacia, e as perturbações profundas da nutrição observadas nas crianças atroficas. Que deveria haver alguma relação entre a doença ocular e a alimentação destas crianças, era o que desde 1857 MACKENZIE e desde 1860 HUBENET, suspeitavam» (1). A oftalmia brasileira descrita em 1866 por GAMA LOBO, as observações

(1) J. CATHALA — Vitamina A — *In Les Deficiences Vitaminiques et hormonales* — Noel Fiessinger — Masson, 1942, pág. 15.

A quimioterapia bucal da gonorreia com o

ALBUCID

Comprimidos
Embalagem com 20 comprimidos de 0,5 gr.

Injectável
Caixa com 5 ampolas de 5 c.c.
Amostras e literatura à disposição dos Snrs. Médicos

*No Albucid fez-se previamente a acetilização que as sulfonamidas sofrem no corpo humano. A acetilização, no Albucid foi feita de forma que, ao contrário da combinação acetilica ineficaz que se produz no organismo, se conseguiu um preparado de maior actividade terapêutica

é simples:

2 ou 3 comprimidos, 4 vezes ao dia, depois das refeições

rápida:

5 dias de tratamento

certa:

o coeficiente de curas chega a 90%

*inofensiva:**

entre os milhares de casos tratados não se viu efeito inconveniente algum



SCHERING PORTUGUESA, L.^{DA}

Apartado 279, Lisboa

INSULINA

“A B”

de renome mundial

— SIMPLES

cujos fundamentos
e características são:

- *inalterabilidade*
- *pureza*
- *acção absoluta.*

— PROTAMÍNICA

com zinco em suspensão
Modalidade com vantagens:

- *prolonga a acção da Insulina*
- *absorção mais lenta e gradual*
- *exige menor número de injeções*
- *domina melhor a diabetes.*

FOLHETOS AOS Ex.^{mos} CLÍNICOS

Preparações de { ALLEN & HANBURY, LTD. e
THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.

Representantes exclusivos destes produtos:
COLL TAYLOR, L.^{DA} — R. dos Douradores, 29-1.º — Lisboa
Depositários no Porto: Farmácia Serabando, L. Loios, 36

de DE GOUVEA (1883) sobre a hemeralopia, xerose e destruição da córnea, surgindo nos escravos caquéticos e hiponutridos, o *hikan* descrito no Japão por MORI, interpretam-se, então, como outros tantos quadros de avitaminose A. Fica assim a saber-se que a hemeralopia, a xerose da conjuntiva e a queratomalacia, situações clínicas cujo conhecimento remontava há muitos anos já, eram produzidas pela carência, no regime alimentar, do mesmo princípio e não representavam mais do que formas ou graus sucessivos de uma única doença. Variados trabalhos, clínicos e laboratoriais, vêm trazer a confirmação deste modo de ver. No entanto, em 1929, PILLAT, baseando-se num grande número de observações clínicas, demonstra que o âmbito de acção da vitamina A, até aí limitado às doenças oculares já enumeradas, é, na realidade, muito mais amplo. «A carência desta vitamina provoca uma doença que ataca todo o ectodermo do individuo e os seus derivados» (1).

Completa-se, assim, o quadro da avitaminose A, dele fazendo parte os sintomas que passamos a descrever.

A) Manifestações oculares — Estas são constituídas pela tríade: hemeralopia, xerose e queratomalacia. O primeiro sintoma, consistindo na acentuada diminuição da acuidade visual na semi-obscuridade contrastando com a visão normal à luz intensa, necessita, muitas vezes, ser pesquisado para o que existem aparelhos adequados, unica maneira de, por vezes, o evidenciar. «Os antigos autores atribuíam já a hemeralopia a uma alimentação defeituosa e assinalavam os bons resultados terapêuticos obtidos pelo fígado cru em aplicação local ocular e em ingestão e pelos óleos de peixe *per os* (HIPOCRATES, Da visão 37)» (2).

Através dos tempos vai-se precisando, cada vez melhor, a etiologia alimentar do sintoma até que em 1925 FRIDERICIA e HOLM demonstram que ratos privados de vitamina A apresentam, como sintoma mais precoce de carência, um defeito da acomodação na obscuridade. Com os trabalhos de WALD, HECHT, EDMOND e outros vem a saber-se que a acomodação à semi-

(1) WILHELM STEPP — *Fisiologia, Patologia, Terapeutica y Política Sanitaria de la Alimentacion. Las vitaminas*. Edit. Labor, 1942, pág. 319.

(2) DAVIDSOHN SULAM — *Test oculaire pour la dépistage des états d'hypovitaminose A*. Tese Nancy, págs. 33-34.

-obscuridade é devida à acção da púrpura visual. A luz transforma-a em retineno e este, dissociando-se, liberta vitamina A que, por sua vez, combinando-se com uma proteína volta a originar a púrpura visual ou rodopsina. Mas neste ciclo de regeneração perde-se uma parte da vitamina A, pelo que necessário se torna que o organismo, dela suficientemente provido, a possa fornecer. Daí o aparecimento da hemeralopia como sintoma da avitaminose A. TANSLEY conseguiu demonstrar diminuição da púrpura visual na retina de ratos submetidos a dieta carênciada em vitamina A.

A xerose consiste num estado de secura do epitélio conjuntival que forra a parte anterior do globo ocular e a face interna das palpebras. Parece ter sido HUBENET (1) quem, pela primeira vez, em 1860, «assinalou uma *secura particular da conjuntiva* (donde se destacam pequenas escamas constituídas por células epiteliais atacadas de degenerescência gordurosa) em hemeralopicos submetidos a más condições alimentares» (2). Em 1863, BITOT dá, de tal sintoma, uma descrição detalhada e precisa. A xerose conjuntival, em regra, instala-se insidiosamente. A conjuntiva bulbar torna-se menos brilhante, mais seca e apresenta-se como que pergaminhada. Acentuando-se, estas lesões localizam-se na conjuntiva bulbar, junto da córnea e tomam, em geral, a forma triangular de vertice externo e de base interna, coincidindo com a periferia da córnea. Esta lesão, denominada *mancha de Bitot*, é constituída por uma zona de epitélio cornificado, tomando o aspecto de uma mancha nacarada, prateada.

A xerose pode localizar-se na conjuntiva bulbar, na córnea e na conjuntiva palpebral.

A queratomalacia (etimologicamente, amolecimento da córnea) comporta na sua evolução, três estadios: infiltração, ulceração e perfuração. Na primeira fase a córnea vai-se opacificando e toma uma coloração branco-amarelada não permitindo já distinguir a íris e a pupila e, mais ou menos rapidamente, ulcera-se.

Na terceira fase assiste-se à perfuração da córnea com prolapso da íris e o olho acaba por ser destruído. «O que domina

(1) HUBENET — *Soc. Med. des Hop. de Paris*, 26 Set., 1860.

(2) CHAIX-AUDEMARD (PAULETTE) — *L'avitaminose A en clinique* — Tese Lyon, 1931, págs. 44-45.

o quadro é a ausência verdadeiramente extraordinária de dor e de reacção inflamatória, é, numa palavra, o carácter tórpido da afecção» (1). Verifica-se, preferentemente, nas crianças de pouca idade. GILLE em 92 crianças com queratomalacia verificou 70% dos casos de 1 aos 6 meses de idade, 15% dos 6 aos 12 meses e 7% de mais de um ano.

Além destes três sintomas, poderíamos dizer clássicos, pode encontrar-se, também, pigmentação da conjuntiva, lesões do fundo do olho (pequenas manchas brancas ocupando a parte periférica do fundo, turvação difusa da retina esbatendo-se para a periferia, opacidades anulares rodeando a papila, etc.), diminuição da secreção lacrimal e alterações palpebrais tais como secura, pigmentação, abscessos e úlceras.

B) Manifestações cutâneas — A pele seca, como que polvilhada de farinha (PILLAT), de cor amarelada ou acinzentada, apresenta hiperplasia das camadas epiteliais com hiperqueratose e paraqueratose. A hiperpigmentação verificada está dependente do aumento dos fermentos formadores de melanina e é mais intensa naquelas zonas em que a pele foi anteriormente lesada. Estas diferentes alterações fazem com que a pele se infecte facilmente (foliculite, piodermite, etc.).

A face antero-lateral das coxas, a região tibial posterior e os ante-braços são as regiões onde mais precocemente se encontra a queratose pilar que nos casos avançados de avitaminose A se pode estender a todo o corpo.

C) Manifestações mucosas — Também o epitélio das mucosas apresenta alterações, causa de muitos sintomas descritos nesta avitaminose.

Do lado do aparelho respiratório, a metaplasia queratinisante e a aumentada descamação do epitélio dos seus diferentes sectores origina rinites de aspecto atrófico, bronquites, broncopneumonias, etc.

PILLAT e CHANG demonstraram a existência de hipo acidez e aquilia cedendo rapidamente com a administração da vitamina A.

(1) CHAIX-AUDEMARD (PAULETTE) — *Loc. cit.*, pág. 56.

A diarreia, por vezes sanguinolenta, que acompanha certos casos de avitaminose A tem sido interpretada como o resultado da pululação exagerada de certos germes intestinais associada a perturbações das funções do epitélio de revestimento e glandular do intestino.

HIGGINS, O'CONNOR, JOLY, GUDJONSSON, BLISS e outros, experimentando em animais submetidos a um regime carênciado em vitamina A, demonstraram a existência de infecções e cálculos do aparelho uro-genital. No entanto, tendo-se servido, nestas experiências, de ratos e coelhos, animais estes cuja urina é muito concentrada o que facilita a nefrolitíase, parece que a transposição destes resultados para a clínica humana não esteja, ainda, suficientemente isenta de objecções.

No caso particular da criança há que chamar a atenção para o seguinte :

1.º — as manifestações oculares são o sintoma mais frequente da avitaminose A na criança ;

2.º — a evolução da avitaminose A é, na criança, relativamente rápida, pelo que a xerose passa frequentemente despercebida parecendo, muitas vezes, instalar-se a queratomalacia como primeiro sintoma ;

3.º — no lactente e na criança a doença, inicialmente, pode confundir-se com uma banal conjuntivite (BLOCH).

* * *

Bem depressa os diferentes investigadores organizaram a lista dos alimentos nos quais se contém a vitamina A, verificando a sua existência nos *óleos extraídos do fígado de certos peixes* (bacalhau, halibut, etc.), *leite, manteiga, gema de ovo, queijo, fígado.*

Parecia, assim, que a vitamina A tinha uma origem estritamente animal, quando se verifica que os sintomas de carência de A eram igualmente corrigidos pela adjução à dieta de alguns extratos vegetais. A acção vitamínica A destes extractos era proporcional à sua coloração pelo que STEENBOCK e outros sus-

peitaram a identidade da vitamina A com os pigmentos vegetais do grupo dos carotenoides verificando-se, dentro em pouco, que a administração de caroteno puro curava os sintomas dos animais carenciados. Os trabalhos de MOORE vêm provar que o caroteno é uma substância precursora da vitamina A, uma provitamina, à custa da qual o organismo constroe a vitamina de que necessita.

KARRER deduz e indica a fórmula química da vitamina A e a do caroteno ao qual aponta três isómeros: α , β e γ caroteno, mostrando a necessidade do núcleo ionona β na formação da vitamina A.

O caroteno encontra-se na *cenoura, alface, espinafres, couves, favas, ervilhas, tomate, banana, laranja*, etc. A criptoxantina, substância existente no milho amarelo, por conter na sua molecula o núcleo ionona beta, é utilizada também pelo organismo como provitamina A.

O homem tem, assim, à sua disposição duas categorias de alimentos, animais e vegetais, onde pode prover-se das quantidades de vitamina A, necessárias ao seu bom estado de saúde.

Recentemente foi individualizado, pelo estudo espectral (EDISBURY, GILLAM e colaboradores), um homólogo superior da vitamina A, a vitamina A₂, existente nos peixes de água doce, mas cuja acção fisiológica, se bem que parecendo pouco importante, não se encontra, ainda, completamente esclarecida. Está calculada, para o homem adulto, uma quantidade diária de 3.500 a 5.000 U. I. (1.000 a 1.500 γ) de vitamina A, equivalentes a 8.000 U. I. de caroteno (2.500 γ).

No período de crescimento, na gravidez ou durante o aleitamento o organismo consome quantidades muito mais elevadas. O lactente tem necessidade de 2.000 U. I. diárias (600 γ) de vitamina A que lhe são fornecidas com a ingestão de 750 c.c. de leite materno.

* * *

O diagnóstico desta avitaminose oferece na prática algumas dificuldades. É certo que o quadro clínico dos seus estados avançados poucas dúvidas pode suscitar mas é também certo que,

nessa fase, muitas das lesões são já irreparáveis e, portanto, o doente não pode colher os benefícios que quasi sempre se verificam nos casos precocemente diagnosticados.

No adulto a hemeralopia, acusada expontâneamente ou evidenciada pelo exame com o fotómetro de BIRCH-HIRSCHFELD, é sintoma que devidamente interpretado deve descobrir a carência mas no lactente e na criança de poucos anos a exploração de tal sintoma é impossível. E os outros processo de diagnóstico, exame da córnea pelo bio-microscópio de GULLSTRAND e dosagem da vitamina A e do caroteno no sangue (valores normais: 20 y e 40 γ por 100 c.c., respectivamente), não podem considerar-se ainda, mercê da sua complexidade, pesquisas de rotina clínica. Nestas circunstâncias e tendo sempre presente a evolução rápida e grave da avitaminose A na criança, devemos pensar na sua possível existência quando observarmos paragem ou mesmo regressão da sua curva ponderal sem que para tal facto achemos outra explicação. Por todas estas razões há que vigiar atentamente o regime alimentar da criança de modo a sabermos estar sujeita a uma alimentação apropriada e isenta de carências. É, portanto, dever do médico insistir na verdade, tão injustamente esquecida tantas vezes, da necessidade e da obrigação do aleitamento materno.

Efectivamente até aos 5-6 meses este aleitamento é o ideal, muitas vezes substituído mas raras vezes igualado e raríssimas excedido (casos de intolerância) nas vantagens que para a criança e até para a Mãe oferece. Ao médico compete aconselhá-lo, defendê-lo e tantas vezes como que impô-lo com persuassão, autoridade e firmeza. As contra-indicações do aleitamento materno necessitam ser encaradas e discutidas com ponderação e à luz da verdade admiravelmente sintetizada nas palavras do Prof. LÚCIO DE ALMEIDA: «o aleitamento materno, quando viável, deve constituir, simultâneamente, um dever das Mães e um direito dos filhos por igual indeclináveis» (1). De facto, a interdição do aleitamento materno constitui, para quem a põe, responsabilidade só devendo ser assumida após estudo consciencioso e meditado do problema que, nessas circunstâncias, o clínico tem que resolver. «Il faut s'élever contre la facilité avec laquelle trop souvent on

(1) LÚCIO DE ALMEIDA—*Fisio-patologia alimentar do lactente*, pág. 187.

supprime l'allaitement maternel. Combien de fois voit-on une mère un peu fatiguée ou souffrant d'une petite infection passagère, à qui on interdit formellement l'allaitement au sein. C'est une erreur qui peut avoir des conséquences extrêmement graves pour l'enfant. Pratiquement, il n'y a qu'une seule contre-indication, mais elle est formelle, c'est la tuberculose en activité» (1).

* * *

A profilaxia desta avitaminose faz-se, portanto pela correcta alimentação das crianças, administrando vitaminas, a partir do terceiro mes, a todas aquelas submetidas a aleitamento artificial.

Nos casos de avitaminose o mercado fornece a vitamina A que administraremos por via oral ou parenteral.

Observação I

A. G. P., de 7 meses. Aleitamento materno puro até aos 30 dias de idade. Desde há aproximadamente dois meses sinais de bronquite da qual, passados 10 a 12 dias melhora sensivelmente, mas, então, surge diarreia com várias dejecções nas 24 horas, constituídas por fezes líquidas, amarelo-esverdeadas. É suspenso o leite que até aí ingeria irregular e insuficientemente e a criança passa a alimentar-se de «caldos coados» e farinhas. Passam-se mais 15 a 20 dias, a diarreia melhora (mas não desaparece completamente) e novo sintoma — pequenos abscessos e alguns furúnculos — faz a sua aparição, tendo alguns deles sido incisados. Há cinco dias a Mãe nota fotofobia, congestão e aumento das secreções do olho direito; rapidamente a córnea opacificava-se e «a vista fica turva e começa a amarelar. Desde ontem que a vista do menino tem uma feridinha», diz a Mãe. «E como parece que o olho esquerdo já se vai a inflamar também» é trazida à Consulta Externa destes Serviços em 11 de Maio de 1945.

A criança apresenta mau estado geral, pele seca e escamosa; furúnculos e alguns abscessos. Apirética. Ausência de dentes. Panículo adiposo quase desaparecido. Peso = 4.350 gramas. Auscultação pulmonar: alguns sibilos. Auscultação cardíaca normal. O olho direito apresenta a córnea opacificada e perfurada; à esquerda idêntico processo mas não se observa perfuração. Baço normal à percussão. Cuti-reacção à tuberculina negativa. Solicitámos do Doutor CUNHA VAZ o favor de observar o doente, tendo este distinto oftalmologista feito o diagnóstico de queratomalacia com perfuração da córnea direita.

(1) ROBERT DEBRÉ e JACQUES LEVEUF — *Leçons sur l'alimentation actuelle de l'enfant sain et de l'enfant malade*. Paris, 1943, pág. 13.

Sangue :

R. de Wassermann	negativa
R. de Kahn	»

Na Mãe :

R. de Wassermann	negativa
R. de Kahn	»



Obs. I

Urina: sem elementos anormais.

Antecedentes hereditários e colaterais — Sem interesse.

É instituída a terapêutica que o estado do doente impõe mas passadas 48 horas morre com sintomas de broncopneumonia.

AS DIARREIAS E ENTERITES INFANTIS causaram a morte em Portugal

a 16.823 crianças em 1942
17.346 » » 1943
16.231 » » 1944

representando mais de 10% da mortalidade geral
(dos Boletins do Instituto Nacional de Estatística)

*PARA COMBATER EFICAZMENTE ÊSTE FLAGELO
SOCIAL, TÃO GRAVE PARA A NAÇÃO,
DISPÕE HOJE A CLASSE MÉDICA de*

FARROBINA
« SCIENTIA »

(preparado à base de farinha de Alfarrôba)

*Produto largamente ensaiado e usado com o maior
êxito nos Hospitais Escolar e Civis de Lisboa*

Amostras grátis para ensaios clínicos, à disposição dos Ex.^{mos} Médicos

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO "SCIENTIA"
DE ALFREDO CAVALHEIRO, LDA.
R. ENTRE-CAMPOS, 15 . TELEF. 40978 . TELEG.: "SCIENTIA" . LISBOA

Direcção Técnica: Carlos Marques de Souza - Farmacêutico-Químico — Angelo Queiroz da Fonseca - Licenciado em Farmácia

Doutor,

2 produtos modernos que V. Ex.^a quererá ensaiar:

CÁLCIO VITAMINADO «NEMOSI»

(Granulado)

*Preparação FOSFO-CÁLCICA com as Vitaminas C + D, e em que esta se encontra na proporção de **3.000 U. I. por colher das de chá**, dose que as mais recentes investigações científicas aconselham.*

TOLERÂNCIA ABSOLUTA

SULFAMOSI

EM SULFAMIDOTERÁPIA CUTÂNEA

Associação de p.-amino-benzol-sulfamida-tiazol com Vitaminas A + D.

EM VEÍCULO NÃO DERIVADO DOS PETRÓLEOS

Os nossos serviços de propaganda aguardam as estimadas ordens de V. Ex.^a, pelas quais nos confessamos reiteradamente agradecidos

ESTABELECIMENTOS CANOBBIO

Observação II

L. da C. M. C., de 3 anos de idade. Desde há cerca de 4 meses diarreia com 4-5-6 dejeções, nas 24 horas, constituídas por fezes semi-líquidas e amarelo-esverdeadas. É instituído um regime de farinhas e caldos; leite proibido. A diarreia mantém-se, parecendo melhorar nalguns dias para piorar noutros, aparece tosse e o estado geral vai, progressivamente, decaindo. Desde há perto de três semanas fotofobia, aumento das secreções



Obs. I

e congestão ocular à direita. A córnea vai-se opacificando e perdendo o brilho. Nos últimos 10 dias o olho esquerdo «começou também a inflamar-se e a criança cada vez a secar-se mais», motivo porque a Mãe acorre à Consulta Externa de Pediatria em 10-XI-944. Criança muito emagrecida pesando 6.800 kgrs. Apirética. A pele apresenta-se seca, áspera e escamosa. Ruidos adventícios bilaterais audíveis em ambas as bases pulmonares. Auscultação cardíaca normal. Baço não aumentado à percussão. Diarreia com 4-5 dejeções aquosas, amarelo-esverdeadas, nas 24 horas. O oftalmologista Doutor CUNHA VAZ que, a nosso pedido, examina nos seus Serviços, a doentinha, põe o diagnóstico de queratomalacia.

R. de Pirquet negativa

Sangue :

R. de Wassermann negativa

R. de Kahn ,

Urina: sem elementos anormais.



Obs. III

Antecedentes hereditários e colaterais — Sem interesse.

Apesar da terapêutica, prontamente instituída, a doente piora e passadas 72 horas a Mãe solicita a alta que é concedida.

Observação III (1)

E. dos S. N., de 3 meses. Aleitamento materno puro até aos 30 dias. Desde então o aleitamento materno, por hipogalactia, passa a ser completado com farinhas.

Há cerca de 15 dias a Mãe nota opacificação e secura da córnea esquerda, opacificação esta que nos últimos dias se vem evidenciando à



Obs. III

direita. A criança com mau estado geral pesa 2,200 kgrs. Auscultação cardio-pulmonar negativa em dados patológicos. Observada na Consulta Externa de Oftalmologia, é ali feito o diagnóstico de queratomalácia com perfuração da córnea esquerda. Cuti-reacção à tuberculina-negativa.

R. de Wassermann no sangue da Mãe negativa

R. de Kahn no sangue da Mãe

(1) Agradecemos ao Dr. FERNANDO PINHEIRO, conceituado oftalmologista, o ter-nos facilitado esta observação.

Dosagem da gordura no leite materno — 21 grs. por litro

É administrada a vitamina A por via oral e parenteral: 3 empolas de 400.000 U. (1) com um intervalo de 15 dias, independentemente da regularização do regime alimentar e das restantes medidas terapêuticas que o estado da doente necessitava (hidratação, etc.).

Melhora progressivamente do estado ocular e geral e em 3 de Junho de 1946 pesa 3,200 kgrs. Continua a ser vigiada na Consulta Externa destes Serviços.

(1) Prestaram-se os Laboratórios Azevedos a preparar e fornecer gratuitamente estas empolas pelo que nos cumpre apresentar os nossos agradecimentos.

BIBLIOGRAFIA

- A. ALONSO — Muñoyerro Pretel — Vitaminoterapia, em especial la asociacion A+D *Medicamenta*, ano iv, n.º 100, 16 de Abril de 1946, pág. 230.
- A. CHEVALIER — Sur la destruction de la vitamine A par les rayons ultra-violetes. *Compt. Rend. des S. et Mém. de la Soc. de Biol.*, 28 de Fev., 1933, pág. 1681.
- A. MELIÇO SILVESTRE — *Higiene da alimentação*. Coimbra, 1932.
- Nova concepção de doenças de carência. Equilíbrios alimentares. *Coimbra Médica*, ano xi, n.º 10, Dez., 1944, pág. 509.
- A higiene e a pré-carência alimentar. *Coimbra Médica*, ano viii, n.º 1, Janeiro de 1941, pág. 31.
- CÉCILE DINARD — Recherches sur la teneur en vitamine A de différents laits destinés à l'alimentation des nourrissons. *Tese Marselha*, 1939.
- COURBINES — Vitamine A et avitaminose A. *Tese Lyon*, 1935.
- E. LOSSOUARN — Le xérosis en Tientsin. *La Presse Med.*, 7 de Maio, 1932, n.º 37, pág. 745.
- F. A. GONÇALVES FERREIRA — *Vitaminas-Química. Metabolismo. Carências*. Coimbra, 1944.
- G. KOHN, E. H. M. MILLIGAN & J. F. WILKINSON — Levels of vitamin A and C nutrition in Glossop School-children and effect of deficiencies on their physical condition. *Brit. Med. Journal*, 16 de Out., 1943, págs. 477-481.
- GEORGES MOURIQUAND — Héméralopie épidémique et xérophtalmie. *In Encyc. Med. Chirurg.* — Nutrition, pág. 10512.
- G. N. JENKINS & J. YUDKIN — Vitamins and Physiological Function. *Brit. Med. Journal*, 28 de Agosto, 1943, págs. 265-266.
- G. VIDAL JORDANA — *Enfermedades por carencia en la infancia*. Barcelona-Buenos Aires, 1946.
- J. A. DE LOUREIRO — *Problèmes de l'hygiène alimentaire*. Paris, 1934.
- J. COUTURAT — Standardisation des vitamines. *La Presse Med.*, 9 de Fev. de 1935, n.º 12, pág. 236.
- JACQUES PROVANSAL — Résultats expérimentaux e cliniques des applications locales de vitamina «A». *Tese Marselha*, 1939.
- JULES MSELATJ — Contribution à l'étude du xerosis conjonctival chez l'adulte. *Tese Toulouse*, 1938.
- KARL RECKNAGEL — *Vitaminas y medicina práctica*. Madrid, 1942.
- L. B. MENDEL — Vitamin A. *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, vol. 98, n.º 23 de 4 de Junho, 1932, pág. 1981.
- L. M. SANDOZ — *Vitamines et santé publique*. Neuchatel-Paris, 1941.
- LÚCIO DE ALMEIDA e M. TAVARES DE SOUSA — Um caso de queratomalacia. *Rev. Port. de Ped. e Puericultura*, vol. i, n.º 6, 1938.
- M. BRUNO DA COSTA — Um caso de hiper-caroténemia. *Coimbra Médica*, vol. iii, n.º 7, 1936, pág. 455.

- MÁRIO DE LUCA — Cúte e vitamina A. *La Rif. Medica*, 6 de Ag., 1938, n.º 31, pág. 1189.
- MOURIQUAND, ROLLET et M.^{LLE} PAPE — La lumière, facteur de révélation dans l'avitaminose A. *Journ. Med. Franç.*, Jan. 1939, n.º 1, pág. 19.
- PILLAT — Acerca da vitamina A. *Revista Terapêutica*, n.º 11, 1941, pág. 171.
- RAOUL LECOC — Déséquilibres alimentaires et nutritifs. *Tese Paris*, 1937.
- ROBERT CLÉMENT e JEANNE DELON — Xéropalmie et avitaminose A. *Arch de Médec. des Enfants*, t. 42 n.ºs 11-12 de Nov.-Dez., 1939, pág. 698.
- ROBERT DEBRÉ e A. BUSSON — Sur la repartition du facteur A dans l'organisme humain. *Compt. Rend. des S. et Mém. de la Soc. de Biol.*, 9 de Dez., 1933 pág. 1162.
- Teneur du foie en facteur A suivant l'age dans l'espèce humaine. *Compt. Rend. des S. et Mém. de la Soc. de Biol.*, 9 de Dez., 1933, pág. 1164.
- Teneur en vitamine A des différents laits ou de certains dérivés du lait. *Compt. Rend. des S. et Mém. de la Soc. de Biol.*, 16 de Dez., 1933, pág. 1297.
- La vitamine A et divers états pathologiques chez l'homme. *La Presse Med.*, 16 de Maio, 1934, n.º 39, pág. 785.

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DAS CEFALÉIAS

EM O. R. L.

POR

MANUEL DE BRITO SUBTIL

Constituem as cefalalgias ou cefaleias — as vulgares dores de cabeça da linguagem corrente — um dos sintomas mais frequentes na prática médica. Pouca importância, porém, lhes é concedida, na maioria dos casos, pelos doentes e, muitas vezes mesmo, pelos próprios médicos. É vulgar considerar-se a cefaleia como um acidente banal e transitório que desaparece pela acção de alguns comprimidos analgésicos, mas, se na maioria dos casos os factos parecem querer confirmar esta maneira de vêr, uma ou outra vez um acidente vem interromper a série feliz das banalidades e recordar-nos que o aparecimento de cefaleias constitue, muitas vezes, uma advertência que não deve desprezar-se e que vem revelar a existência de uma infecção grave.











São numerosas as doenças que podem dar lugar ao aparecimento de cefaleias. No diagrama de CABOT, que reproduzimos do «Tratado de Diagnóstico Diferencial» de Honigmann, podemos vêr quais as numerosas causas de cefaleias e a ordem de frequência de cada uma delas, figurando as sinusites em 10.º lugar.

Já antes de CABOT ter estabelecido o seu diagrama se sabia que as cefaleias não só podiam ter o seu ponto de partida no coiro cabeludo, nas massas musculares e aponevróticas da nuca, nos seios perinais e nos ouvidos, nas membranas intracranéas (meníngeas, vasculares) e na região do trigêmeo, como em regiões extracranéas, por vezes muito afastadas, talvez devido à existência de conexões mais ou menos íntimas entre os centros do

pneumogástrico e o trigémio. E foi HEAD quem descreveu as zonas que têm o seu nome, segundo a lei que diz que quanto mais elevada for a zona afectada do tronco, mais anterior é a zona afectada do encéfalo. Pela distribuição de HEAD, a zona naso-frontal seria a sede das cefaleias com ponto de partida nas 6 primeiras regiões torácicas; a 7.^a região torácica, a que correspondem afecções viscerais da base dos pulmões, da região superior do estômago e do coração esquerdo, especialmente da mitral, daria dores na zona temporal (as mais frequentes); às 8.^a, 9.^a e 10.^a regiões torácicas corresponderiam dores, respectivamente, nas áreas vertical (antero-parietal), parietal e occipital. Isto é, as cefaleias naso-frontais, aquelas que com mais frequência aparecem ao otorino-laringologista, não são apenas sintomas de sinusites mas, segundo HEAD, de muitas outras afecções (1).

Causas das cefalalgias

(Segundo CABOT)

1. Fome, má ventilação, cansaço	}	Muito numerosas para permitirem uma representação gráfica e para que os seus valores sejam exactos.
2. Prisão de ventre e perturbações digestivas		
3. Alcoolismo		
4. Fadiga ocular e doenças internas dos olhos		
5. Doenças infecciosas na sua fase inicial		
6. Menstruação		
7. Psiconevroses		1.039
8. Nefrites		602
9. Meningites		172
10. Sinusites		157
11. Nevralgias do trigémio		117
12. Cefalalgia nodular		89
13. Enxaqueca		89
14. Tumor cerebral		46
15. Periostite sífilítica (2)		16
16. Causas desconhecidas		619

(1) MARTINET — *Diagnostic Clinique*. Paris, 1934, t. II, pág. 728-730.

(2) Exceptuando a sífilis intracranéana.

Acaba de aparecer:

“Diabetes Sacarina”

Do Dr. Bruno da Costa

1 Grosso volume de 538 páginas, Esc. . . . 140\$00

Dirigir pedidos aos editores

Livraria Moura Marques & Filho

19, Largo Miguel Bombarda, 25

COIMBRA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS : Injeção subcutânea sem dor.
Injeção 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.

(Injeções 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^o)

Deposítarios
exclusivos

TEIXEIRA LOPES & C.^a, L.^{da}

45, R. Santa Justa, 2.^o
LISBOA

Strophoside

**Glucosido nativo cristalizado
do «Strophantus Kombé»**

*Todas as indicações da medicação
estrofantica injectável*



Empolas de 1 c.c. (0,5 mgr.)

Caixas de 3 e 6 empolas

Representante e concessionário da

SANDOZ S. A. — Bâle-Suíça
ERNANI MOREIRA

Rua João Penha, 14-B — LISBOA

Realmente, é grande a frequência com que nos consultórios e nas clínicas da especialidade se apresentam doentes queixando-se de cefaleias frontais que atribuem a uma possível sinusite. Muitos são aqueles em que existem fenómenos inflamatórios dos seios, mas muitos são também aqueles em que os exames clínico e radiológico são completamente negativos e em que as cefaleias não podem de forma alguma etiquetar-se de rinógenas nem estão em relação com afecções de outros órgãos ou regiões afastadas da cabeça. Há casos em que as dores atribuídas a uma presumível inflamação sinusal constituem apenas um fenómeno alérgico em relação com a libertação de histamina em determinadas regiões da cabeça e do pescoço. Há casos, também, em que não só os exames clínico e radiológico não confirmam a existência de uma sinusite, como as radiografias vêm mostrar-nos que um ou ambos os seios frontais não existem. E estas perguntas acodem naturalmente ao nosso espírito: qual a razão das dores e de todo o sofrimento destes últimos doentes? Qual a causa de não existência do ou dos seios frontais? Serão todos os casos de agenesia dos seios acompanhados de dores ou pode haver agenesia sem dores e entre uma e outras não haverá qualquer relação de causa para efeito mas apenas simples coincidência? E qual a frequência com que essa má conformação pode encontrar-se?

Por outro lado, da mesma forma que um síndrome de obstrução tubar é causa de otalgias, há cefalalgias que tem a sua origem numa obstrução do canal fronto-nasal. A experiência dos últimos anos de guerra deu lugar ao estudo intensivo das perturbações causadas pelas variações de pressão durante o vôo e em terra, quer devido à altitude, quer à velocidade do deslocamento. E os autores ingleses e americanos foram levados a individualizar novos síndromas a que deram a designação genérica de barotraumas — traumatismos provocados pelas variações de pressão — e, ao lado de um barotrauma otítico agudo, apareceu um barotrauma sinusal, caracterizado essencialmente por dor nos seios perinasais provocada pelo vôo em avião.

Foram estes factos que nos levaram a tentar fazer uma rápida revisão geral das cefaleias, na medida em que ao oto-rinolaringologista interessam, alargando-nos um pouco mais ao tratarmos do síndrome de vacuum frontal, dos barotraumas e, em especial, das agenesias dos seios frontais, capítulo sobre o qual,

embora tendo entrado já há tempo em discussão, poucos conhecimentos exactos ainda hoje se possuem.

* * *

Antes, porém, de entrarmos pròpriamente no capítulo das cefaleias em O. R. L. julgamos conveniente fazer um resumo das principais causas de ordem geral que podem dar lugar ao aparecimento de cefaleias pois, em presença de um doente que nos vem consultar e se queixa de cefaleias, é preciso não esquecermos nunca as causas de ordem geral que lhes podem dar origem, pois a nossa especialização geralmente nos leva, de uma forma inconsciente por vezes, a lembrarmo-nos em primeiro lugar das doenças da nossa especialidade, esquecendo as outras.

As principais causas de cefaleias que temos que tomar em linha de conta são: a sífilis, a hipertensão arterial, os tumores cerebrais e as intoxicações.

Deve fazer pensar na sífilis uma cefaleia intensa, persistente, que resiste aos anti-nevrálgicos e apresenta um recrudescimento noturno com insónias. O caso mais frequente é tratar-se de uma sífilis terciária, com cefaleias intensas, localizadas às regiões frontal e occipital, com insónias rebeldes, astenia psíquica mais ou menos acentuada e, algumas vezes, sinais oculares e parestesias ou paresias.

Perante um doente de 40 a 50 anos que se queixa de cefaleias sub-contínuas, de recrudescimento matinal, e que aumentam com o esforço ou quando o doente se baixa, a medida da tensão arterial dá-nos muitas vezes a resolução do problema, embora o doente deva ser sempre cuidadosamente observado antes que possamos atribuir as cefaleias à sua hipertensão.

Podem as cefaleias acompanhar todo um conjunto sintomático descrito por DIEULAFOY com o nome de «pequenos sinais de Brighismo»: perturbações visuais, zumbidos, cambras, sensação de dedo morto, epistaxis, prurido. Noutros casos, as cefaleias apresentam-se isoladas e é só pela análise da urina e dosagem da ureia no sangue que se descobre haver uma nefrite crónica. Na mulher, esta cefaleia urémica é muitas vezes o sinal precursor da eclâmpsia.

As cefaleias podem ser causadas por um tumor cerebral. Trata-se, então, de cefaleias intensas, persistentes, umas vezes localizadas, outras difusas, rebeldes a todos os anti-nevrálgicos, e acompanhadas por ligeira obnubilação mental. O pulso lento, os vômitos, as crises de epilepsia Bravais-Jacksoniana, que costumam ser sinais tão preciosos, são inconstantes nestes casos e, assim, quando em presença de um sofrimento que consiste num único sinal — a cefaleia com aquelas características — devemos sempre pedir um exame dos fundos dos olhos, capaz de nos revelar a estase papilar, característica.

Resta-nos falar das intoxicações como causas possíveis de cefaleias, especialmente as intoxicações por reabsorção nos obstipados e, principalmente, nos que sofrem de obstipação desconhecida, indivíduos de uma certa idade, com dejeções quotidianas, mas secas, que não traduzem uma evacuação completa dos dejectos. O alcoolismo e o saturnismo crónico são causas também muito frequentes de cefaleias e, entre os medicamentos correntemente empregados, costumam ser causa de cefaleias os salicilatos e a teobromina. Durante um tratamento arsenical, o aparecimento de cefaleias impõe a cessação das injecções.

E não devemos esquecer as intoxicações ligeiras pelo anidrido carbónico em todos aqueles que trabalham junto de fogões ou chaminés.

São estas as grandes causas organicas das cefaleias que nunca devem esquecer. Mas outras etiologias entram muitas vezes em linha de conta: cefaleias dos equivalentes epilépticos, cefaleias mono-sintomáticas das meningites tuberculosas primitivas, cefaleias endocrínicas (hipotiroidismo, insuficiência ovárica, disfunção hipofisária), cefaleias neurasténicas ou psicasténicas.

E ao lado destas causas gerais temos agora a considerar os olhos, o nariz e cavidades perinasais e os tegumentos pericranianos.

Neste último caso, tão depressa se trata de dores superficiais num território de distribuição radicular ou periférica, mais algias da região craneana do que propriamente cefaleias, aumentando pela pressão e esmagamento dos tecidos contra o plano ósseo e reagindo à acção dos agentes físicos — frio e calor — e às modificações circulatórias, como de dores superficiais acompanhadas de nodosidades ao nível do occipital, das apófises mastoideias e

da nuca; como ainda — mas muito mais raras — de cefaleias por osteíte craneana; de onde a necessidade de, em presença de uma cefaleia intensa, persistente, inexplicável, pensar na doença de PAGET.

A propósito dos tegumentos pericraneanos, não devemos deixar de falar nas mialgias cefálicas de que já atrás falámos — «sinus headaches» dos americanos — ligadas à libertação de histamina em determinadas regiões ou músculos junto da cabeça ou do pescoço.

Segundo H. L. WILLIAMS (1), o diagnóstico entre estas mialgias e as cefaleias psicogénicas, enxaquecas, nevralgias glosso-faríngeas e fibrosites primárias e secundárias que, muitas vezes, se confundem com elas, baseia-se nos seguintes elementos:

As mialgias aparecem geralmente na 3.^a década da vida ou mais tarde ainda; costumam aparecer após uma infecção aguda; os seus sintomas manifestam-se imediatamente pela acção de estímulos físicos, tais como tracções dos músculos, variações de temperatura e variações da pressão atmosférica com aproximação de tempestades, e de estímulos emocionais, em especial estados tensionais e de ansiedade; a sua localização circunscreve-se às inserções de determinados músculos aos ossos do crâneo e determinadas zonas das bainhas fibrosas dos músculos; a dor pode ser abolida pela infiltração da zona doente do músculo com procaína, mas não desaparece se se fizer só a infiltração da região perimuscular; as mialgias de longa duração, não produzem alterações secundárias, aparentes, de estrutura; em alguns casos, à mialgia associa-se nevralgia de um ou mais ramos do V par craneano do mesmo lado da sede das dores; há casos em que há vaso-dilatação, secreção mucosa nasal, zumbidos e vertigens homo-laterais durante a crise, podendo também haver outros sintomas para-simpáticos homo-laterais; a dor, não só não diminui pelo repouso dos músculos interessados, como ainda pode aumentar; o ácido acetilsalicílico não produz quaisquer melhoras notáveis; quando a dor interessa o constritor superior da faringe, não desaparece pela cocainização da mucosa faríngea.

Quanto aos olhos, como causa de cefaleias, não falaremos das infecções, das compressões ou do glaucoma, que dão lugar a

(1) Proceedings of the Staff Meet. *Mayo Clinic*, Junho, 13-945.

cefaleias violentas cuja causa não poderia nunca passar despercebida. É de certas cefaleias que parecem clinicamente primitivas e que, afinal, são devidas a vícios de refração, miopia, astigmatismo e, mais raramente, presbitia, que não devemos esquecer-nos.

Finalmente, perante certas cefaleias muito fortes, com paroxismos, de predomínio unilateral, pensamos, então, numa sinusite. A existência de uma ligeira hipertermia e de corrimento purulento nasal, a diminuição de transparência à diafanoscopia e a rinoscopia muitas vezes confirmam o diagnóstico; mas, outras vezes, temos que ir procurar a causa das cefaleias na existência de polipos nasais, numa neoplasia no início, numa obstrução nasal por hipertrofia dos cornetos ou má conformação do septo.

(Continua).

LIVROS & REVISTAS

PUBLICAÇÕES RECEBIDAS

Primeira centúria de curas médicas — João Rodrigues Castelo Branco «Amatus Lusitano», — (Prefácio e tradução de Firmino Crespo e José Lopes Dias — Livraria Luso-Espanhola, L.^{da}, 1946).

O Dr. José Lopes Dias é o médico distinto, o sociólogo de visão perfeita particularmente em assuntos de assistência, que criou e mantém em Castelo Branco uma das obras mais completas de medicina social dentro do sector infantil; é o etnólogo e folclorista de fina sensibilidade que consegue exumar da tradição, bibliotecas e arquivos fragmentos de alma do povo da sua Beira; é o espírito inquieto que se não ocupa apenas com as coisas do presente e se deleita com as do passado porque entende que valem tanto por aquilo que somos como por aquilo que fomos.

Gonzaga de Reynold um dia em conversa com um americano que impertinentemente lhe desdenhava as exiguas dimensões do seu território retorquia-lhe que na avaliação das nações havia uma dimensão mais importante que a que se colhe em superfície: *é a que se colhe em profundidade*. «E, sendo assim, acentuava este escritor, talvez o meu país, a Suíça, não seja menor que o seu».

Ora, na cultura médica nacional, *Primeira centúria de curas médicas* é um dos valores inscritos na dimensão que se colhe em profundidade. Assim o consideraram os Drs. José Lopes Dias e Firmino Crespo, quando traduziram e prefaciaram, como que fazendo-o emergir e repondo no seu lugar, um dos anéis, como que julgado perdido, da cadeia ininterrupta da História da medicina portuguesa.

O livro constitui separata dos *Arquivos de Patologia*, do Instituto de Oncologia. Bem haja quem, por competência e esforço exaustivo, traduziu e prefaciou *Primeira centúria* e louvores sejam prestados ainda aos ilustres Directores dos Arquivos, Profs. Francisco Gentil e Mark Athias por sua publicação nesta prestigiosa revista.

Primeira centúria de curas dedica-as o A. ao ilustre Príncipe da Toscana, Cosme de Médicis, em homenagem à criação, por parte deste, da Universidade de Pisa para a qual atraíu homens dos mais notáveis do tempo.

Através das histórias clínicas e comentário o de Amatus, patenteia-se a capacidade e erudição do clínico.

O prefácio que conta mais de 50 páginas de texto dá-nos, em linguagem tersa e movimentada, a biografia de Amatus Lusitano. Fica-se, por ele, plenamente informado sobre a universalidade do convívio deste homem com os homens da Europa, que ao tempo, o mesmo é dizer de todo o mundo, mais eminentes em dinheiro, em gosto, em talento, e em saber quer nas disciplinas humanistas quer nos estudos médicos. E isso dá-nos absoluta garantia de que *Primeira centúria de curas* exprime a mais alta actualização da medicina da época.

É manifesto que o médico prático não poderá hoje colher de nenhuma das *curas* indicação para tratamento dos seus doentes.

Com acerto afirmam os tradutores e prefaciadores: «Cometerá erro lamentável quem quizer apreciar a sabedoria dos antigos com as idéias do nosso tempo, com as nossas próprias idéias, via infalível de delapidação das obras e figuras». Mas quem assim o entender provará que nada entendeu do espírito que promoveu esta publicação. *Primeira centúria* não é hoje obra de medicina, de sentido prático e utilitarista, mas sim obra de cultura, *sensu lato*.

Se tantas vezes através dos fragmentos de civilizações passadas conseguimos surpreender aquilo de que elas constituíram a sua super-estrutura, isto é, a sua alma ou, antes, a sua cultura, *Primeira centúria* é livro indispensável para quem queira integrar-se no pensamento médico daquele tempo. Não é livro para estantes do profissional da medicina mas é indispensável ou pelo menos útil, na biblioteca do crítico ou do historiador.

Se, empregando uma expressão rude, a saúde se compra como qualquer mercadoria, deve dizer-se que a saúde hoje custa mais caro que nos tempos de Amatus devido a outros e mais variados meios de terapêutica administrados em função de um diagnóstico mais rigoroso e exigente de, ainda, outros meios de exploração, mais complicados e onerosos.

A medicina de hoje é em grande parte produto do racionalismo experimentalista e este abriu, esplendorosamente, por assim dizer, a sua era só nos fins do século XIII e princípios do XIX. Daí o ter sido a Medicina de Quinhentos deveras ultrapassada. Uma coisa há, porém, que não foi ultrapassada, por pertencer a outros domínios no mundo axiológico da realidade humana e ser, por isso, de todos os tempos: A ética médica como, de modo geral, a ética profissional. E para demonstração de que assim é, transcrevamos este fragmento de Deontologia inscrito em *Primeira centúria* que, prouvera a Deus, o pudessemos observar com igual elevação em todos os sectores da medicina actual:

«na minha clínica nada tive mais a peito do que promover que a fé intacta das coisas chegasse ao conhecimento dos vindouros;

«nada fingi, acrescentei ou alterei em minha honra ou que não fosse em beneficio dos mortais;

«não lisongeei, nem censurei ninguém ou fui indulgente com quem quer que fosse per motivo de amizades particulares;

«sempre em tudo exigi a verdade;

«quanto a honorários, que costumam dar aos médicos, também fui sempre parcimonioso no pedir, tendo tratado muita gente com mediana

recompensa e muita outra gratuitamente; muitas vezes rejeitei, firmemente, grandes salários, tendo sempre mais em vista que os doentes por minha intervenção recuperassem a saúde, de que tornarme mais rico pela sua liberalidade ou pelos seus dinheiros;

«para tratar os doentes, jámais cuidei de saber se eram hebreus, cristãos, ou sequazes da lei maometana;

«não corri atrás das honras e das glórias e com igual cuidado tratei dos pobres e dos nascidos em nobreza;

«nunca provoqueei a doença;

«nos prognósticos disse sempre o que sentia;

«não favoreci um farmacêutico mais do que outro, a não ser quando nalgum reconhecia, porventura, mais pericia na arte e maior bondade de coração, porque então o preferia aos demais;

«ao receitar sempre atendi às possibilidades pecuniárias do doente, usando de relativa moderação nos medicamentos prescritos;

«nunca divulguei o segredo a mim confiado;

«nunca a ninguém propinei poção venosa;

«com minha intervenção nunca foi provocado o aborto;

«nas minhas consultas e visitas médicas femininas nunca pratiquei a menor torpeza;

«em suma, jámais fiz coisa de que se envergonhasse um médico preclaro e egrégio.

«Sempre tive deante dos olhos, para os imitar, os exemplos de Hipócrates e Galeno, os pais da medicina ...;

«fui sempre diligente no estudo e por tal forma que nenhuma ocupação ou circunstância por mais urgente que fosse me desviou da leitura dos bons autores...;

«os discípulos que até hoje tenho tido em grande número e em lugar dos filhos tenho educado, sempre os ensinei muito sinceramente a que se inspirassem no exemplo dos bons;

«os meus livros de medicina nunca os publiquei com outra ambição que não fosse contribuir de qualquer modo para a saúde da humanidade;

«se o consegui, deixo a resposta ao julgamento dos outros na certeza de que tal foi sempre a minha intenção e o maior dos meus desejos.

«Índice cultural Español» ano I, n.ºs 1, 2 e 3.

No início deste ano uma revista apareceu *Índice Cultural Español*, da Junta de relaciones culturales, do Ministério de Assuntos Exteriores, que nos dá idéias das actividades científicas em todos os ramos culturais no país vizinho.

É de alto valor consultivo por nos dar os sumários e temas dos assuntos tratados nas diversas Academias, Belas Artes, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Sociedades científicas, Sociedades literárias, Institutos, etc., das:

Ciencias y Técnica;



DI·SULFA·LAB

Duas sulfamidas
em um comprimido

SULFADIAZINA
SULFATIAZOL

Menor toxicidade renal

UM NOVO PRODUTO DOS
LABORATÓRIOS **LAB**

Prevenção
E
tratamento
DA
TOSSE CONVULSA
PELO

néo-dmètys
STOCK VACINA ATÓXICA

NENHUMA DOR LOCAL
NENHUMA REACÇÃO
MESMO NAS CRIANÇAS
DE PEITO

Em caixas de 6 empôlas de 1 cc.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
specia
Marques Poulenc frères & Usines du Rhône, 21, rue Jean Goujon
PARIS (8^{ème})

Medicina;

Letras, Historia, Derecho y Economía;

Teología, Filosofía, Estudios Bíblicos e Eclesiásticos;

Vida Artística.

Faz referência em cada um destes capítulos aos assuntos tratados em as assembleias, conferências e cursos, traduções, prémios e distinções conferidos; mas mais ainde, aos livros (com pequenas informações respeitantes aos mesmos) e revistos com os respectivos sumários dos assuntos tratados.

Por último faz referência ao noticiário estrangeiro com as notícias mais importantes relacionadas com as actividades científicas.

A nós, médicos, interessa-nos mais a parte correspondente ao capítulo Medicina.

Por ele podemos ajuizar a actividade científica no país visinho, não só pelas conferências feitas em Academias, Sociedades, etc., mas também pelas revistas e publicações e ainda pelos livros publicados recentemente.

Segundo «Índice» informa, em Espanha publicam-se actualmente as seguintes revistas:

Em Madrid: «Acta médica» — «Acta Pediátrica» — «Actas Dermosifilograficas» — «Anales Españoles de Odontostomatología» — «Archivos Españoles de Urología» — «Archivos de Oftalmología» — «Bibliografía Médica Internacional» — «Boletín de los Colegios Médicos» — «Boletim de la Cruz Roja» — «Casa del Médico» — «Gaceta Médica Española» — «Medicina» — «Medicina y Cirugía Auxiliar» — «Medicina Colonial» — «Noticiero Médico Español» — «O doutolátrica» — «Práctica Médica» — «Revista Clínica Española» — «Revista del Aparato Locomotor» — «Revista Española de Cirugía» — «Revista de Laringología y Otorrinología» — «Revista del Aparato Digestivo y Nutrición» — «Revista de Medicina y Cirugía de Guerra» — «Revista Española de Tuberculosis» — «Revista de Sanidade e Higiene Pública» — «Semana Médica Española» — «Ser» — y — «Toko-ginecología práctica».

Em Barcelona: «Acta Médica Hispánica» — «Anales de Medicina y Cirugía» — «Medicina Clínica» — y — «Revista de Enfermedades, Reumatismo y Ostacarticulares».

Em Granada: «Actualidade Médica».

Em Alicante: «Clínica Hispánica».

Em Zaragoza: «Clínica y Laboratorio» — «Medicine Práctica» — y — «Revista Española de Pediátrica».

Na Corunha: «Galicia Clínica».

Em Santiago: «Medicina y Cirugía».

Em Sevilha: «Hispalis Médica».

Em Valencia: «Medicina Española» — «Revista de Cirugía, Traumatología e Ortopedia» — «Revista de Obstetricia y Ginecología» — y — «Revista del Practicante».

Pelo número de Revistas, Actas, Arquivos, etc., pela qualidade dos assuntos especializados tratados nos mesmos, podemos apreciar a actividade científica do país vizinho, notavelmente fecunda.

A) **Brasil Médico-Cirurgico**, n.º 8 (Julho e Agosto de 1945).

SUMÁRIO:

Artigos originaes :—

- A gastroscopia no Diagnóstico Diferencial das lesões Antro-Pilóricas — (Octávio Vaz).
- Hipotensão e Raquianestesia. A prova do Veritol. — (Joaquim Cavalcanti).
- Colopatias Proctogénicas. — (Gilberto Senna e Silva).

Medicina social :—

- Assistência Social aos Tuberculosos e sua familia. — (Aloisio Durval).
- Comentários sobre a Nova Lei de Acidentes de Trabalho. — (Gerson Pinto).

História da Medicina :—

- Grandes vultos da Medicina Brasileira — Joaquim Cândido Soares de Meirelles, fundador da Academia Nacional de Medicina. — (Renato Clark Bacellar).

Resumos.

Na Imprensa Médica.

Noticiário.

No artigo de Aloisio Durval— Sobre Assistência Social ao Tuberculoso e sua familia, chega às seguintes conclusões:

- 1) É indispensável a fusão imediata de todos os Institutos em seu único órgão de assistência.
- 2) O operário doente *deve receber o seu salário integral* durante todo o tempo de tratamento, seja qual for o tempo de contribuição, além do seu seguro-doença.
- 3) Educação sanitária perfeita e completa é condição indispensável para qualquer trabalho de assistência social.
- 4) Hospitalização em larga escala é uma atitude urgente e inapelável se se quiser evitar males maiores.
- 5) Sòmente a acção colectiva é capaz de solucionar os graves problemas de assistência médico-social.
- 6) Todo o trabalho de assistência social deve ser obrigação do Estado. No Brasil, em vista de suas condições económicas sociais não podemos exigir tal responsabilidade.

B) *Revista Médica Municipal*, n.º 3, Maio-Junho de 1945.

SUMÁRIO:

- The Present Status of the Surgical Treatment of cancer of the rectum and pelvic colon — Hany E. Bacon, M D., Orville C. Gass, M. D., and William D. Todhouster, M. D.
- O Hospital Sanatório São Sebastião — Tese Pedro Leão de Aquino.
- Indicação e oportunidade do tratamento cirurgico no abcesso pulmonar agudo — Tésse Paudolfo Teixeira.
- Hernia inguinal — seus dismorfismos e maneira de corrigi-los (técnica de Stheissen-Mac Vay) — Illydio Sauer.
- Acção «in vitro» contra «Microbacterium tuberculosis var: hominis», de um antibiótico isolado de bacilo esporulante — Sylvio Thales Torres.
- A vascularização salpingo-ovariana (conclusão) — João Cardoso de Castro.
- Tratamento das fracturas do colo do femur pelo método brasileiro de Jodoy Moreira (aparafusamento extra-articular) — António Caio do Amaral.
- Reuniões mensais de estudos (resumo dos actos das sessões).
- Noticiário.
- Posse do Dr. José Paulo de Azevedo Sodré, na Academia Nacional de Medicina aos 7 de Junho de 1945.
- Sumários das Revistas (publicações recebidas de Janeiro a Abril de 1945).
- Resumos.

C) *Imprensa Médica*, n.º 3 de 10 de Fevereiro de 1946.

SUMÁRIO:

Trabalhos originais: —

- A. Ramos Chaves e F. Norton Brandão — Forma sarcoide da lepra?

História da Medicina: —

- José Lopes Dias — Terapêutica de Amatus Lusitano II — Purgas, clisteres e vomitivos.

Medicina castrense: —

- A vida de um Serviço hospitalar cirurgico.

Sociedades científicas: —

- Academia das Ciências de Lisboa — Silva Carvalho: Lisboa Termal.
- Sociedade das Ciências Médicas — Fernando Correia; Prof. Ricardo Jorge.; Almeida Leça: Aplicação de líquidos por via parentérica — Problemas técnicos.
- Clínica Oto-Rino-Laringológica do Hospital dos Capuchos — Carlos Larroudê: O síndrome alérgico do seio maxilar e das sinusites maxilares crónicas. — Armando Santana Leite: Um caso de cancro do esófago. — Carlos Larroudê: Osteomielites do frontal.

Noticias e Informações: —

- Concursos: Médicos Municipais: — Ministério das Finanças.
- Hospitais Cívicos de Lisboa.
- Médicos Coloniais.
- Filmes sobre cirurgia.
- Prémios de médicos instituídos pela casa «Sanitas».
- Necrologia.

D) Imprensa Médica, n.º 4 de 25 de Fevereiro de 1946.**SUMÁRIO:**

S. C. da Costa Sacadura: Uma obra nacional que se impõe — O valor espiritual de um Museu de História de Medicina.

História da Medicina: —

- José Lopes Dias — Terapêutica de Amatus Lusitano II — Purgas, clísteres e vomitivos.

Medicina Legal: —

- Oscar Teixeira Bastos Um falso diploma de médico.

Noticias e Informações: —

- Concursos: Faculdade de Medicina de Lisboa — Professor extraordinário de Medicina Legal e Toxicologia — Professor agregado de Obstetria e Ginecologia.
- Professor Joaquim Fontes.
- Estupefacientes.
- Necrologia.

E) *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, n.º 1, de Janeiro de 1946.

SUMÁRIO:

- As pupilas dos mortos reagem à luz — Um artigo de Sousa Martins, por Egas Moniz.
- Discussão da comunicação de Egas Moniz, por Luís Mavarro Soeiro.
- O complexo pulmonar que acompanha a chamada eosinofilia tropical, não é mais que uma modalidade do síndrome de Löfller — por Froilano de Mello.
- Discussão da comunicação de Froilano de Mello, por Fraga de Azevedo, Pereira Caldas, Lopo de Carvalho e Manuel Tapia.
- Actos das sessões de 8 a 22 de Janeiro de 1946.

F) *Portugal Médico*, n.º 3, de Março de 1946.

SUMÁRIO:

- Contribuição para estudo dos divertículos vesicais, por Carlos Borges e Jacinto de Andrade.
- Evolução e posição da mortalidade em Portugal, por Almeida Garret.

Movimento Nacional: —

- Arquivo de patologia (sarcoma de Ewing).
- Imprensa Médica (tratamento cirúrgico da hipertrofia da próstata. Os progressos da sifiloterapia. O problema da inervação linfática dos músculos estriados).
- Sociedades e Congressos (Reuniões científicas da Faculdade de Medicina do Porto).

Revista geral: —

- O chamado espasmo cerebral, por Aloysio de Castro.

Notas científicas e práticas: —

- Diagnóstico e prognóstico do cancro do estômago. Penicilina em pediatria. Penicilina na meningite meningocócica do lactente.
- Anexos — Caixa de previdência, por Almeida Garrett.
- Notícias e Informações.

G) Boletim Clínico e de Estatísticas dos Hospitais Cíveis de Lisboa,
n.º 28, Outubro a Dezembro de 1945.

SUMÁRIO:

- Profilaxia da litíase urinária, por Matos Ferreira.
- Medicina e civilização britânica, por Celestino da Costa.
- Reuniões científicas.
- Movimento nosográfico da consulta de Dermato-Venereologia do Hospital de Curry Cabral, por Juvenal Esteves.
- Serviço de Bibliografia Médica.
- Fichas (n.ºs 1 a 8) dos artigos publicados no Boletim em 1945 (com resumos fornecidos pelos autores).

H) Notícias Farmacêuticas, n.ºs 5 e 6.

SUMÁRIO:

- O Prof Dr. Artur Marques de Carvalho, na Assembleia Nacional.
- Professor Arthur Stoll.
- Mecanismo de acção das sulfamidas — A. Correia Alves.
- O salicilato de sódio na terapêutica.
- O ensino de Farmácia nos Estados Unidos da América, por M. Serpa dos Santos-
- Nacionalização da indústria de cortumes II — os produtos técnicos e o Ultramar — J. Cardoso do Vale.
- Breves noções históricas sobre a forma medicamentosa óvulo — L. da Silva Carvalho.

I) Brotéria, fasc. II, 1946 (1.º de Maio).

SUMÁRIO:

- Gonçalo Sampaio como sistemata, por Arnaldo Rozeira.
- Notas biológicas, por Arnaldo Rozeira.
- Plantas cuja cultura só poderia experimentar em Portugal, por Ruy Telles Palhinha.

— O «Mosaico» da faveira e suas relações com outras leguminosas, por Maria de Lourdes de Oliveira.

— Um parasita da «*Orobanche crenata*» Forsk, por Maria de Lourdes de Oliveira e Maria de Lourdes Vieira Borges.

J) Boletim Pecuário, n.º 1 de 1945.

SUMÁRIO:

— Arrolamento geral de gados e animais de capoeira, de 1940. (Relatórios de seguros Intendências de Pecuária).

MONOGRAFIAS

a) — Monstros Deródimos, por Alvaro Moitas. (Comunicação à XI reunião da Sociedade Anatómica Portuguesa, Lisboa, 30 de Maio a 1 de Junho de 1945), Separata do «Jornal do Médico», 1945.

b) — Monstros Héteradelfos, por Alvaro Moitas, 1944.

c) — A cauda humana, por J. A. Pires de Lima. Separata do «Jornal do Médico», VII (149), 9-10, 1945

d) — Fusões dentárias, por J. A. Pires de Lima e António Paúl. Separata da «Sociedade Portuguesa de Estomatologia», vol. III (2) — Abril-Junho de 1955, Lisboa.

e) — Ainda o Romanceiro Portugues, por J. A. Pires de Lima. Separate do «Boletim do Douro Litoral», (n.º 3 de segunda série),



INSTITUTO DE CARVALHOS

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

Coimbra — Foi nomeado para reger a cadeira de Higiene Hidrológica e Climatérica do curso de Climatologia e Hidrologia, o sr. Prof. dr. António Meloço Silvestre — «Diário do Governo», II série, de 27-3-946.

— A seu pedido foi exonerada de preparadora do Laboratório de Físico-Química, a sr.^a dr.^a D. Maria Ernestina Freire Falcão Nunes Garcia — «Diário do Governo», II série, de 3-4-946.

— Dr. Manuel da Silva, rescindido a seu pedido o seu contrato de 2.^o assistente.

— Foi aprovado o termo do contrato com o sr. dr. Renato de Azevedo Correia Trincão para o desempenho das funções de 2.^o assistente — «Diário do Governo», II série, de 16-4-946.

— Para obras eventuais de pequenas reparações e simples arranjo a efectuar no corrente ano foi concedida à Faculdade de Medicina de Coimbra a verba de 12.000\$00 — «Diário do Governo», II série, de 27-3-946.

De Lisboa — Pelo Ministério da Educação Nacional foi concedido ao sr. dr. António Teixeira de Queirós Castro Caldas, o título de Professor agregado do 8.^o grupo (Obstetrícia e Ginecologia) — «Diário do Governo», II série, de 6-4-946.

Do Porto — Foi aprovado o termo de contrato com o sr. dr. António Moreira Salvador Junior para o exercicio das funções de prossector de anatomia patológica — «Diário do Governo», II série, de 16-4-946.

Conferências

A Juventude Universitária Católica do Porto promoveu mais uma conferência cultural na sua sede. Foi conferente o sr. Prof. dr. João Porto. Presidiu o sr. Prof. dr. Azevedo Maia, catedrático da Faculdade de Medicina do Porto, ladeado pelos srs. Profs. drs. Carlos Lima, Hermenegildo Queirós, Lopes Rodrigues, Fernando Seabra, Oliveira Lima e Cerqueira Gomes.

Aberta a sessão, o sr. dr. Azevedo Maia fez a apresentação do conferente focando a acção do sr. Prof. dr. João Porto, nos Hospitais da Universidade de Coimbra e a sua actividade em vários ramos da ciência e, em especial, questões sociais. O sr. Prof. dr. João Porto, a seguir, usou da palavra, tendo desenvolvido

o seu brilhante trabalho cujo tema, «Civilização, cultura e o sentido da vida humana» se resume neste esquema :

«Civilização e cultura; seus conceitos segundo os povos latino, germano e eslavo. Como Spengler compreende civilização e cultura. Ambas exprimem a expansão natural da vida humana, mas, enquanto, na obra da civilização o homem mais desdobra os seus dons de si e para fora de si, na obra da cultura mais o desdobra de si e para dentro de si próprio. Civilização é, mais propriamente, a projecção material e exterior da actividade humana. Cultura e criação pessoal de valores. O sentido de uma cultura é o sentido da vida humana. Para se saber qual o sentido da vida humana será indispensável inquirir sobre a sua origem, sua natureza essencial e específica e seu destino último. Civilização é superestructura da cultura. Através do estudo e análise dos fragmentos de civilizações passadas tenta-se a reconstituição das culturas que lhe serviram de berço. Como reage uma cultura milenária sob a intromissão livremente consentida de uma civilização estranha ?

Qual a sorte da civilização sob a deliquescência de uma cultura ?

Exemplo do Japão, exemplo da Grécia antiga. Em que medida podem ser considerados os valores teóricos, factores da civilização e da cultura. O que constitui a característica fundamental da civilização contemporânea são racionalismo, industrialismo, urbanismo e utensilagem. A civilização contemporânea não constitui a expressão de desenvolvimento e realização proporcional de todos os valores espirituais, notando-se o desenvolvimento dos ético-religiosos particularmente deficitário — e isso é motivo de perigo grave para a civilização e para a cultura. Os progressos sempre crescentes da técnica exigem correlativo progresso da espiritualização da natureza humana, um *suplemento de alma*, no dizer de Bergson. A civilização contemporânea tem um sentido que poderíamos rotular de instintivista e o que lhe convém é o sentido da própria vida humana, segundo hierarquia axiológica preceituada pelo cristianismo.

No final do seu notável trabalho o ilustre conferencista foi calorosamente aplaudido. Encerrou a sessão o sr. Prof. dr. Azevedo Maia, que elogiou o sr. Prof. dr. João Porto.

*

Também promovido pela Juventude Universitária Católica do Porto, o sr. Prof. dr. Luís Raposo, realizou ali uma notável conferência, sobre «A hierarquia dos fins do matrimónio», à qual presidiu o sr. Prof. dr. Carlos Lima, secretariado pelos srs. drs. Rosa da Silva, Lopes Rodrigues, Hermenegildo Queirós, Amândio Guimarães, Fernando Seabra e engenheiro Mamede Fialho.

*

O Prof. espanhol dr. Rafael Barrós pronunciou no Hospital de D. Estefania, uma conferência subordinada ao tema «O ciclo secundário maligno em patologia do Satani».

Várias notas

A Society of British Neurological Surgeons, reunida no Hospital de S. Bartolomeu, de Londres, elegeu, por aclamação seu membro emérito o ilustre Prof. sr. dr. Egas Moniz.

— Foi encarregado de estudar em Espanha, a reorganização da luta contra a tuberculose, visitando os estabelecimentos nela empenhados e os serviços a cargo do Patronato Anti-Tuberculoso, o sr. dr. Eduardo da Rocha Rodrigues Vilarinho, director do Dispensário Anti-Tuberculoso de Almada.

— Foi nomeado a tomar posse do cargo de director geral de saúde, o major-médico, sr. dr. Augusto da Silva Travassos.

— O sr. dr. Carlos da Costa foi nomeado definitivamente médico escolar da Escola de Regentes Agrícolas de Coimbra.

— Foi autorizado a ausentar-se para Espanha durante um mes o Prof. catedrático da Faculdade de Medicina de Coimbra, sr. dr. João Emilio Raposo de Magalhães.

— Em comissão gratuita de serviço público foi autorizado a ausentar-se para França, para assistir ao Congresso da Sociedade Francesa de Oftalmologia, o sr. dr. António Mónico Lessa, director de Serviço Clínico de Oftalmologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— No Monte-Pio Conimbricense Martins de Carvalho foi prestada uma significativa manifestação de apreço ao seu médico oftalmologista, sr. dr. António Cerveira, que há 20 anos ali vem prestando apreciáveis serviços.

Professor Dr. Arthur Stoll

Na notícia publicada no número de Dezembro de 1945 sobre a recente homenagem que a Sorbonne de Paris prestou a este eminente Professor suíço, safu que em 1937 tinha sido nomeado «Professor Real da Baviera» quando se deve ler 1917 pois foi nesse ano que recebeu essa honrosa distinção.

Falecimentos

Faleceram, em Fãs (Esposende), o sr. Júlio Pimenta, de 42 anos, médico da Casa do Povo de Apúlia; na Nespereira (Cinfães), a sr.^a D. Carmelinda Vieira Gonçalves Soares, esposa do médico municipal, sr. dr. Jorónimo Gonçalves Soares; em Aveiro, a sr.^a D. Maria Augusta de Lima e Quina Domingues, avó do sr. dr. José Arnaldo Quina Ferreira, delegado de saúde em Albergaria-a-Velha, e em Vila da Feira, a sr.^a D. Emilia de Resende Coimbra, mãe do sr. dr. Elisio Coimbra, médico no Porto.

As famílias enlutadas apresenta *Coimbra Médica* sentidos pesames.



LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Ultimas Novidades:

BARIÉTY et BROCARD — <i>Les septicémies à staphylocoques.</i> 1946, 1 vol. de 252 págs (B.)	90\$00
BERNARD — <i>Phtisiologie humaine</i> (Aspects cliniques et médico-sociaux). 244 págs., 19 figures. (M.)	88\$00
BERTHET — <i>La réadaptation professionnelle et sociale du tuberculeux guéri.</i> 1 vol., 54 págs. (M.)	30\$00
BOPPE — <i>Traitement orthopédique de la Paralyse infantile.</i> 1 vol., 222 págs., avec 118 figures. (M.)	56\$00
COLLIN — <i>Las Hormonas.</i> Tercera edición, 1 vol., 317 págs., (E. C.).	36\$00
COURRIER — <i>Endocrinologie de la gestation.</i> 1 vol., 400 págs., avec 63 figures (M.)	186\$00
DUHAMEL (G.) — <i>Régimes alimentaires usuels de l'adulte.</i> 170 págs. (B.)	156\$00
DUMAREST, MOLLARD, et GERMAIN — <i>La pratique du pneumothorax thérapeutique</i> (5 ^e édition entièrement revue). 416 págs., 19 figures. (M.)	150\$00
FIESSINGER — <i>Les directives de la Médecine Sociale.</i> 1 vol., 302 págs. (M.)	92\$00
HANNS (A.), — <i>Conceptions actuelles du Diabète et son traitement hydrominéral.</i> 194 págs. (B.)	72\$00
HAUDUROY — <i>Inventaire et description des bacilles para-tuberculeux.</i> 168 págs. (M.)	80\$00
<i>Infirmière hospitalière.</i> Guide théorique et pratique de l'École de Florence Nightingale de Bordeaux. Tome I: <i>Medecine.</i> 4 ^e édition. 1946, 1 vol. de 304 págs., avec 11 figures (B.)	60\$00
— Tome II: <i>Chirurgie.</i> 4 ^e édition, 1946. 1 vol. de 346 págs., avec 7 figures (B.)	72\$00
ISELIN — <i>Chirurgie de la main. Livre du chirurgien. Chirurgie réparatrice des traumatismes de la main.</i> 1 vol., 236 págs., avec 81 figures (M.)	58\$00
LAMY (L.) — <i>La Gymnastique respiratoire et la gymnastique chez soi.</i> 126 págs., 93 figures (B.)	Fr. 52.00

Livros de Medicina, à venda na

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Ultimas Novidades:

Le Cancer. <i>Études biologiques médico-chirurgicales 1918-1943.</i> 1 vol., 166 págs., avec 5 figures. (M.)	48\$00
LÉGER et OLIVIER — <i>Entorses du Cou-de Pied et Entorses du Genou. Introduction à l'étude de l'Arthrographie.</i> 1 vol. 218 págs., 85 figs. (M.)	80\$00
LESUR — <i>Manuel de Gymnastique Corrective et de Gymnastique Orthopédique.</i> 1 vol., 138 págs. 161 figs. (M)	40\$00
LEVADITI — <i>Précis de Virologie Médicale. Vaccine-Varirole. Herpès. Encéphalites. Rage. Poliomyélite. Chorio-Méningite. Fièvre Jaune. Psittacose. Influenza. Maladie de Nicolas et Favre. Nature et Genèse des Ultravirus. Techniques.</i> 1 vol., 250 págs. (M.)	94\$00
MILIAN (G.) — <i>Les contagions de la syphilis.</i> 1946. 1 vol. de 208 págs, avec 28 figures (B)	72\$00
— <i>La syphilis occulte.</i> 2 ^o edition. 1946. 1 vol. de 184 págs. avec 12 figures (B)	64\$00
MONNIER (J.) — <i>La péniciline à la portée du praticien et son emploi dans le Traitement des Maladies Vénériennes.</i> Préface du professeur FLEMING, de l'Université de Londres. 1946. 1 vol. de 152 págs., avec 28 figures (B.)	92\$00
MORIN — <i>Physiologie du travail humain.</i> 104 págs. (M.)	44\$00
NAPPÉE — <i>Manuel pratique de l'infirmière soignante.</i> (3 ^o edition corrigée et augmentée). 438 págs., 183 figures. (M.)	120\$00
PIGEAUD et DUMONT — <i>Les névropathies gravidiques.</i> 144 pág. (M.)	56\$00
SÉHARP et J. LENÈGRE — <i>Maladies endocriniennes</i> (Tome VIII du «Précis de Pathologie médicale», publié sous la direction de F. BEZANÇON). 692 pág., 145 figures. (M.) Broché 180\$00. Cartonné	232\$00
TZANCK et BESSIS — <i>Quelques Vérités premières ou soi-disant telles sur la Transfusion sanguine.</i> 1 vol., 66 págs. «Collection des Vérités Premières» (M.)	32\$00
WEIL — <i>L'Hémophilie, affection familiale.</i> 128 págs., 91 figures. (M.)	52\$00