

COIMBRA MÉDICA

ANO XII

FEVEREIRO DE 1945

N.º 2

SUMÁRIO

	Pág.
PROF. DOUTOR JOÃO DUARTE DE OLIVEIRA — dr. João Pôrto	63
LEPRA — SEU ASPECTO MÉDICO-SOCIAL — dr. Mário Trincão	67
NOTA A UM COMENTÁRIO — dr. Fernando de Almeida Ribeiro	111
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES	VII

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 Gui-
marães—Prof. Novais e Sousa—Prof. Egidio Aires—Prof. Maxi-
mino Correia—Prof. João Pôrto—Prof. Afonso Pinto—
Prof. Lúcio de Almeida—Prof. Augusto Vaz Serra—
Prof. António Meliço Silvestre

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

António Nunes da Costa
João de Oliveira e Silva
José Bacalhau
José Correia de Oliveira

Luis Raposo
Manuel Bruno da Costa
Mário Trincão
Tristão Ilídio Ribeiro

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

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

PAGAMENTO ADIANTADO

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

Dez números por ano—um número por mês, excepto Agôsto 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, das experiências feitas para avaliar o poder inibitório e o poder antisséptico concluiu-se que o Aseptal tem um alto poder antisséptico e inibitório sobre as bactérias patogênicas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os microbios

Coimbra 14 de dezembro de 1910

Alcides Figueira



NA HIGIENE
ÍNTIMA
DA MULHER

"Aseptal."
ANTI-SEPTICO-PERFUME
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATORIOS DA FARMACIA N. S. S. P.

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, nevralgias, cólicas menstruais.

DYNAMOL

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

"Glucálcio,"

Descalcificação, tuberculoses, rinitismo, raquitismo, traqueza geral, pleuritis, pneumonias, escrofulose, asma, etc.

hepatodynamol

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

"NARCOTYL,"

As indicações da morfina. Previne a habitação e morfomania 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

Quinoterapia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.



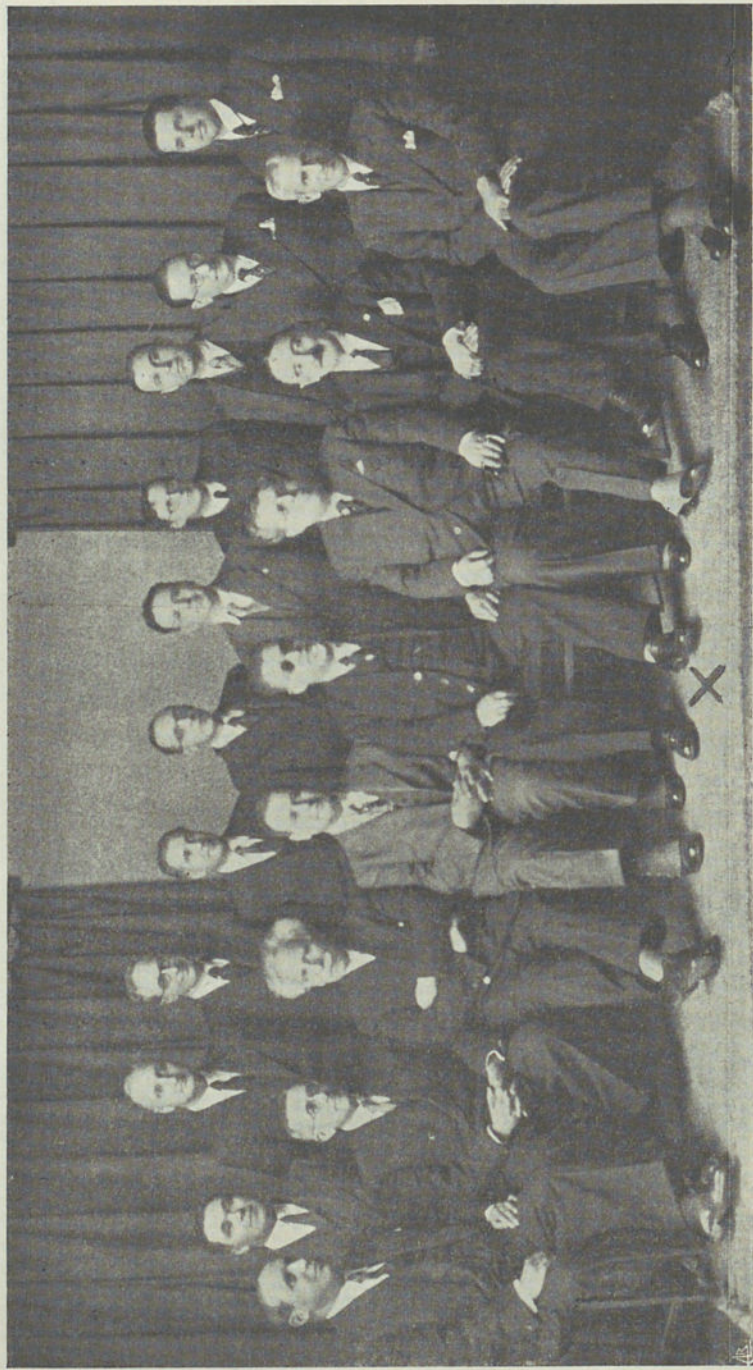
PROF. DOUTOR JOÃO DUARTE DE OLIVEIRA

É tema banal de dissertação dizer-se que a Universidade, como instituição, é comparável ao organismo vivo. Por efeito de contínuas trocas metabólicas, as células destroem-se e restauram-se por períodos menores que o das vidas dos homens. O próprio sangue que lhes leva a nutrição e a vida, quando observado momentaneamente, é comparável a cavalgada que constantemente perde e readquire os seus elementos figurados.

Assim acontece para a Universidade. A sua vida não é apenas o somatório das vidas dos seus servidores actuais. E, se tem longa história e longa tradição, poderá dizer-se, mesmo, que ela vive mais do passado que do presente. Simplesmente, dos elementos celulares perdidos não reza a história, mas reza, sim, dos homens que foram grandes ou, sob qualquer título, a enobreceram ou mesmo a serviram.

O prestígio das Faculdades recebe a sua garantia dos esforços dos seus corpos docentes pela renovação, sem descanso, dos métodos de ensino e de investigação, com adaptação a tôdas as necessidades sociais de cada época. E porque variam na permanência e permanecem nos processos de renovação, permita-se o paradox, é que são grandes como tradição e vigorosas como instituições.

Em obediência a esta norma, os homens que servem as Universidades têm estricção obrigação de zelar os seus interesses materiais e espirituais.



Fotografia do Prof. Doutor João Duarte de Oliveira rodeado dos Professores da Faculdade de Medicina que assistiram à sua última aula.

Da esquerda para a direita: de pé: Doutores António Nunes da Costa, Augusto Pais da Silva Vaz Serra, Luis António Martins Raposo, Manuel Bruno da Costa, António Meliço Silvestre, João Maria Pôrto, Luis Augusto Morais Zamith, Lúcio de Almeida, Mário Simões Trincão e João de Oliveira e Silva. Sentados: Doutores Egydio Costa Ayres de Azevedo, Fernando Duarte Silva de Almeida Ribeiro, Elisio de Azevedo e Moura, Maximino José de Morais Correia, João Duarte de Oliveira, Alvaro Fernando de Novais e Sousa, Alvaro de Almeida Matos e Feliciano Augusto da Cunha Guimarães,

O Senhor Professor Doutor João Duarte de Oliveira foi, por força da lei, obrigado a abandonar a Faculdade de Medicina em 6 de Fevereiro mas fê-lo depois de, por meio dos seus serviços, ter saldado uma dívida de gratidão que respeita ao passado — ai ensinou depois de ai ter aprendido — e ter desempenhado cargos cuja acção se projecta no presente e, sobretudo, no futuro. Serviu a Universidade por periodo de tempo superior a trinta anos. Não o esquecem as gerações académicas que ensinou; não o esquecem os Hospitais da Universidade de Coimbra que por mais de uma vez prudentemente administrou; não o esquece a Faculdade de Medicina que sàbiamente dirigiu; não o esquece a Universidade que por periodo longo e difficil criteriosamente governou, como Reitor. Não o esquecem, finalmente, os seus colegas que durante anos tiveram o prazer de apreciar os dotes da sua intelligência e do seu coração e o de gozar os primores do seu convívio.

Alguém dirá que a lei, afastando-o, ipso facto lhe chama velho. Eu não o penso assim. Em meu entender o objectivo da lei é de renovar os quadros e facilitar aos novos meios de trabalho e de estudo que até então não possuíam, e por forma a darem realidade aos seus sonhos e aspirações de docência e de investigação.

Que assim não fôsse, mais que os cabelos brancos, as rugas do rosto ou a fraqueza dos membros, velhice é indife-

rença da alma, a perda das faculdades de sentir, de pensar e de agir. Não só estas as não perdeu, mas também nem todos os cabelos são brancos, nem o rosto tem rugas, nem os membros são fracos, ainda, graças a Deus.

E assim, o Senhor Doutor João Duarte de Oliveira pode dizer, com justa verdade, júbilo próprio e dos seus amigos, que . . . nós não temos necessariamente a idade que a nossa certidão indica.

Que Deus lhe mantenha, e por longos anos ainda, não apenas a vida mas a posse das suas qualidades actuais, quer físicas quer espirituais, é o que sentidamente desejam todos os que trabalham na direcção e redacção da Coimbra Médica.

JOÃO PÔRTO.

LEPRA — SEU ASPECTO MÉDICO-SOCIAL ⁽¹⁾

POR

MÁRIO TRINCÃO

A lepra é uma doença parasitária, ao que se pensa apenas transmissível ao homem, provocada pelo bacilo de Hansen.

É uma doença tão velha como a criação do mundo a avaliar pelas referências que lhe são feitas nos livros dos povos de mais antiga civilização. Seguramente é a afecção que de maneira mais intensa feriu a sensibilidade das gentes.

Considerada como verdadeira praga social a sua invocação em épocas remotas provocava os maiores horrores, o que tornava os leprosos vítimas da sua doença e do ambiente terrorista criado a seu respeito. Conhecida na Índia e na China, respectivamente 4000 e 2000 anos a. C., foi na Idade Média que a doença tomou grande incremento e se difundiu largamente na Europa.

Provocando a repulsa da maioria das pessoas os leprosos despertaram também gestos de piedade. Santa Isabel rainha da Hungria e Rainha Santa Isabel de Portugal (sua sobrinha neta), lavaram com as suas mãos de rainhas e santas as carnes apodrecidas dos leprosos. Afonso Lopes Vieira, no seu livro *A Paixão de Pedro o Crú*, ⁽²⁾ refere-se nos seguintes termos a êste passo da vida da Rainha Santa: «Tratou por suas mãos os leprosos, sem receio ou nojo das chagas ascorosas, confortando-os com o odor da sua presença e com o sorriso que as Rainhas só costumavam dar a Reis e a príncipes».

(1) Lições feitas aos alunos de Dermatologia e Sifilografia no ano lectivo de 1944-1945.

(2) AFONSO LOPES VIEIRA — *A Paixão de Pedro o Crú*, pág. 40.

A imperatriz Komyo do Japão, foi a fundadora das primeiras leprosarias, razão porque em sua homenagem existe ainda hoje em tôdas as leprosarias do Extremo Oriente, como santa tutelar, a reprodução gráfica ou escultórica de tão egrégia personagem.

A lepra consoante as épocas e os países, foram dados diversos nomes: Kustah na Índia, Zaraath ou Cara-ath nos livros sagrados (é possível que sob esta designação se englobassem outras doenças além dela), Elefantiasis dos Gregos, Morbus phaenicus, Morbus elephas, Leontiasis morfea, etc., etc.

Em épocas remotas foram designadas por lepra, afecções que hoje sabemos nada terem que ver com aquela doença, por exemplo, com o nome de «lepra branca» aparece descrita no Levítico com bastante exactidão o quadro da psoríase, na lepra foi englobado o vitiligo, as afecções piogénicas do coiro cabeludo, a sicoses da barba, etc.

A lepra é conhecida desde os tempos bíblicos julgando-se que foi Moisés quem primeiro admitiu o contágio da doença estabelecendo os seus possíveis vectores; vestidos dos doentes, poeiras das habitações, contacto com as mãos imundas dos leprosos, etc.

Não procuraram os antigos qualquer remédio para êstes doentes, os leprosos eram entregues aos cuidados dos sacerdotes e não aos dos médicos.

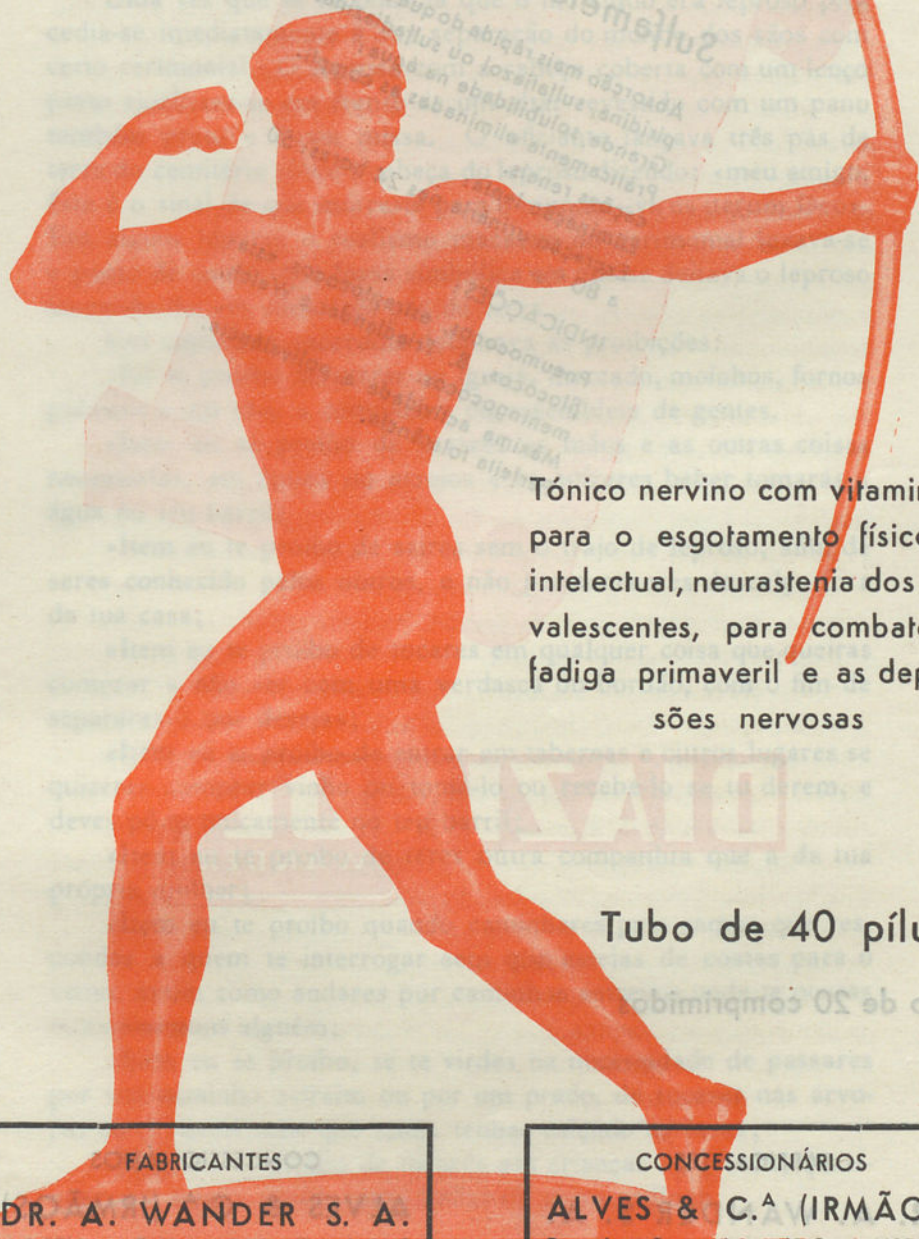
As legiões romanas espalharam a lepra por quasi todo o mundo, inclusivé a Península Ibérica, para onde veio importada por elas e pelas hordas sarracenas⁽¹⁾. Na Idade Média a invasão dos Bárbaros, as campanhas de Carlos Magno e as Cruzadas foram os três grandes factores de difusão da lepra. Os cruzados contaminavam-se na Síria e Palestina e ao regressarem aos seus países difundiam largamente a lepra.

As medidas tomadas contra a endemia, diz Jeanselme, resultaram do mêdo de contágio e compaixão pelos lázaros, e daí a promulgação de leis tendentes a impedir a expansão do mal pelo isolamento dos doentes e a proibição do contacto com os sãos. As Ordens Religiosas criaram casas destinadas a recolher os leprosos que os homens tinham expulso do convívio social.

(1) Já antes disso a doença tinha sido trazida, ao que se julga, pelos fenícios que comerciavam com a Península Ibérica e pelos judeus.

Vitona-B

Wander



Tónico nervino com vitamina B₁
para o esgotamento físico ou
intelectual, neurastenia dos con-
valescentes, para combater a
fadiga primaveril e as depres-
sões nervosas

Tubo de 40 pílulas

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

BERNE • SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41-2.º • LISBOA

Sulfametazina cálcica

Absorção mais rápida do que a sulfapiridina, sulfafiazol ou sulfadiazina.
Grande solubilidade na água:
Praticamente eliminadas as complicações renais.

Eliminação lenta:
Excreção urinária nas 24 horas: 50 a 80 %.

INDICAÇÕES:

Pneumococos, estreptococos, estafilococos, B. Friedlander e Welch, meningococos.
Máxima actividade e polivalência.
Perfeita tolerância.

DIAZINOL

WANDER

Tubo de 20 comprimidos

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

BERNE • SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41-2.º • LISBOA

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

Os leprosos separados do mundo eram submetidos a leis de excepção: não podiam administrar os seus bens, comprar, vender ou herdar.

Uma vez que se reconhecia que o indivíduo era leproso procedia-se imediatamente à sua separação do mundo dos sãos com certo cerimonial. O leproso com a cabeça coberta com um lenço preto ajoelhava-se em frente de um altar revestido com um pano também preto e ouvia missa. O oficiante lançava três pás de terra do cemitério sobre a cabeça do leproso dizendo: «meu amigo, êste é o sinal de que morreste para o mundo—*virus iterum Deo*». Em alguns lugares o realismo macabro do cerimonial levava-se a ponto de cavar uma fossa simbólica em que se deitava o leproso lançando-lhe em cima três pás de terra.

Em seguida o sacerdote detalhava as proibições:

«Eu te proibo de entrar na igreja, mercado, moinhos, fornos públicos e em tôda a companhia ou assembleia de gentes.

«Item eu te proibo de lavares as mãos e as outras coisas necessárias, em fontes ou arroios e se quizeres beber tomarás a água no teu barril;

«Item eu te proibo de saires sem o trajo de leproso, afim de seres conhecido pelos outros, e não permaneceres descalço fora da tua casa;

«Item eu te proibo de tocares em qualquer coisa que queiras comprar a não ser com uma verdasca ou bordão, com o fim de separares o que desejas;

«Item eu te proibo de entrar em tabernas e outros lugares se quizeres comprar vinho ou tomá-lo ou recebe-lo se tu derem, e debes pô-lo unicamente no teu barril;

«Item eu te proibo de teres outra companhia que a da tua própria mulher;

«Item eu te proibo quando caminhares pelo campo que respondas a quem te interrogar sem que estejas de costas para o vento, assim como andares por caminhos estreitos onde te possas encontrar com alguém;

«Item eu te proibo, se te virdes na necessidade de passares por um caminho estreito ou por um prado, de tocares nas árvores ou arbustos sem que antes tenhas calçado as luvas;

«Item eu te proibo de tocares em crianças ou jovens, quaisquer que sejam, assim como bailar ou coisa análoga;

«Item eu te proíbo comer ou beber em outra companhia que não seja a dos leprosos» (1).

Em seguida era-lhe vestido o hábito que para sempre deveria usar e que o tornava conhecido por todos. Entregavam-lhe um cêsto para o pão, um barril para o vinho e a matraca que devia agitar para prevenir os transeuntes da sua passagem.

Finda a cerimónia e revestido da indumentária própria era levado em procissão até à cabana, sua habitação futura, vivendo sempre no campo ou florestas, longe de qualquer lugar povoado. O sacerdote benzia em seguida todos os utensílios de uso doméstico «e depois de ter exortado o leproso a que tivesse paciência, colocava em frente da porta uma cruz de madeira da qual pendia a caixa das esmolos». A partir dêste momento o leproso ficava definitivamente separado do mundo (2).

Como acabámos de vêr os leprosos inicialmente eram isolados em cabanas, muitas vezes impróprias para viverem animais domésticos, só tendo aparecido as leprosarias muito mais tarde.

Nos últimos anos da Idade Média e nos primeiros da Idade Moderna a lepra decresceu na Europa de uma maneira acentuada o que Burnet atribue aos seguintes factos:

- 1 — Isolamento sistemático dos leprosos;
- 2 — Número elevado de mortos por doenças intercorrentes a que os leprosos estão sujeitos;
- 3 — Melhoria das condições de vida e higiene dos povos.

O primeiro e mais eficaz meio de combater a lepra é, como afirmou Hansen, o sabão. Dêste esbôço histórico que acabámos de fazer conclui-se que a expansão da lepra no Glôbo seguiu uma marcha paralela à da Civilização, do Oriente para Ocidente.

Proveniente da Ásia invadiu o continente Europeu e foi daqui levada para a América pelos descobridores portugueses e espanhóis. A medida que a doença alastrou entre americanos e africanos, diminuiu extraordinariamente na Europa. Hoje a grande maioria dos casos europeus observa-se em colonos que regressam de países tropicais e sub-tropicais; em Portugal naqueles que voltam do Brasil.

(1) Vid JAVIER M. TOMÉ — «La Lepra». Ed. Morata — Madrid, págs. 21 e 22, 1943.

(2) JAVIER M. TOMÉ — *loc. cit.*

Extensão e distribuição de endemia leprosa

Segundo as estatísticas oficiais o número de leprosos de todo o mundo anda à volta de 5.000.000, mas há muitos autores que reputam que esta cifra está errada por defeito, não correspondendo talvez a metade do número verdadeiro dos casos de doença.

Na Europa não se sabe ao certo qual o número de leprosos na actualidade; êsse número tem decrescido na maioria dos países. O foco escandinavo, outrora tão importante está hoje muito reduzido: na Suécia — a terra clássica de lepra Europeia — existem 30 leprosos e na Noruega 45. Nos países bálticos existem cerca de 1.000 leprosos. Os outros casos europeus encontram-se espalhados principalmente pelos países mediterrânicos e por Portugal.

Na Ásia, calcula-se que exista 1.000.000 de leprosos na Índia e mais de 2.000.000 na China. No Brasil o número de indivíduos sofrendo desta doença anda à roda de 40 000. Na Africa existe também um número elevado de leprosos.

Não temos à nossa disposição números fidedignos que nos permitam com segurança afirmar a cifra de leprosos existentes no nosso país. Numa estatística do Prof. Fidanza diz-se existirem 300 leprosos em Portugal, número que seria muito lisongeiro para nós se traduzisse a verdade. O Prof. Rocha Brito, calculava em 1933, que devia haver pelo menos 3.000 leprosos no país. Julgo que os números que têm vindo a lume como traduzindo os casos de lepra existentes entre nós estão errados por defeito. Existem em Portugal alguns focos leprígenos que convém conhecer.

Que a lepra existe no nosso país há muitos séculos, desde antes das Cruzadas, comprova-o o facto de já então haver gafarias, como por exemplo, a de Guimarães, Lafões, Braga (Rates), Ponte de Lima, Lisboa, etc.

As gafarias não tinham nesta época o caracter de hospitais, eram apenas asilos. Nelas não havia médicos, e aos leprosos internados nada se lhes fazia além das «mésinhas» aconselhadas pela sabedoria do povo, apenas se usavam os banhos termais, principalmente os sulfurosos, tendo gosado de grande fama os de Lafões.

Não se sabe ao certo quantas gafarias existiam em Portugal na época medieval. Fernando Correia (1), diz ter apurado a existência de 69 no continente e 3 nas ilhas adjacentes e acrescenta: «Se juntarmos a êste número 8 nomes de localidades com radical *gaf* (Gafaria, Gafanhão, Gáfete, Gafino, Gafeira e Gafos) e admitirmos que nessas localidades haja havido gafarias de que se perdeu a memória, obteremos o total de 77 gafarias no continente, cifra que não pode chamar-se «pasmosa», se a compararmos, por exemplo, com as 2.000 que existiam em França e as 19.000 que havia em tôda a Cristandade do século XIII».

Além dos rendimentos próprios das gafarias uma parte do custeio da sua manutenção provinha das esmolas dadas aos leprosos.

«Em tôdas as gafarias de uma certa importância, diz Fernando Correia no já citado livro, havia uma Capela ou Igreja, tendo ou não alpendre, ou galilé, destinada às reuniões, a esperar pela abertura dos pequenos templos, ou a pedir esmola aos viandantes, ao abrigo da chuva e do sol».

As personalidades régias, ficaram com o seu nome ligado às gafarias, como fundadores ou doadores: D. Sancho I fundou a gafaria de Coimbra e à Rainha Santa Isabel é atribuída a fundação das de Torres-Novas, Leiria, Óbidos e Odivelas.

Pouco a pouco foi a endemia diminuindo no nosso país, como aliá; sucedia nos outros países europeus, certamente graça às medidas sanitárias postas em prática, entre as quais avultam o isolamento dos leprosos nas gafarias e Hospitais de São Lázaro.

No entanto nunca os fôcos iniciais se extinguiram entre nós e quer nessas zonas leprigenas quer noutros locais, outrora indemnes, novos casos surgiram em consequência de portugueses que regressam do Brasil trazerem de lá a doença, pois êste país nos devolve com pesados juros a lepra que lá introduzimos.

É muito difícil dizer com exactidão o número de leprosos existentes actualmente em Portugal. Em 1938, a Direcção Geral de Saúde em colaboração com a Fundação Rockefeller, procedeu a um inquérito sôbre a lepra, que logo após a sua publicação julgamos ter sido recolhido, ignorando nós quais as razões deter-

(1) FERNANDO DA SILVA CORREIA — «Origens e formação das Misericórdias Portuguesas» — Lisboa, 1914.

minantes. Reconhece-se no prefácio que o inquérito epidemiológico tem grande papel no combate da doença dizendo-se «Princípio claramente admitido e valorizado até com o voto da Sociedade das Nações é o que não existe profilaxia cabal da lepra desde que se não faça o tratamento possível dos leprosos.

«Esta condição obriga a um imediato conhecimento dos leprosos existentes, menos ainda talvez para efeitos de segregação a pôr em prática, do que propriamente, para lhes dar assistência, vigiando-os, ao seu meio e aos seus contactos».

É particularmente difícil conseguir-se dados rigorosos, mormente no nosso país a respeito de uma doença em que os portadores são olhados com temôr e não sentem nos seus semelhantes o carinho que êstes dedicam a outros doentes como, por exemplo, aos tuberculosos e cancerosos.

«E por isso um inquérito sôbre a lepra é empreza que só pode trazer os louros da confiança merecida, quando trabalhada de uma maneira tão activa como escrupulosa».

No inquérito foram apenas considerados os casos de lepra nervosa, cutânea e mixta, ficando de fora os casos de lepra latente e de lepra fruste, ao que se alega por a pesquisa laboratorial não ser arma certa para determinar claramente êstes casos.

Nêle figuram os casos averiguados de 1 de Maio de 1934 a 1 de Maio de 1937. Apurou-se a existência de 1416 leprosos, habitando 1399 no continente e 17 nos distritos insulares. Neste número figuram 782 varões e 634 fêmeas. Contam-se entre êstes 1416 leprosos, 49 de idade inferior a 15 anos, sendo 27 do sexo masculino e 22 do sexo feminino. Julgo, como já disse, êste cômputo de leprosos errado por defeito. Seria óptimo que êste número, já bastante elevado, traduzisse na realidade o número total dos leprosos portuguezes, vivendo no continente e ilhas adjacertes.

Por ser digno de interêsse fazemos referência à distribuição dos doentes pelos distritos continentais :

Coimbra	307	Pôrto	96
Leiria	198	Santarém	96
Aveiro	178	Faro	95
Viseu	107	Braga	73

Lisboa	58	Guarda	12
Viana do Castelo	54	Portalegre	5
Castelo Branco	41	Bragança	3
Vila Real	37	Évora	2
Setúbal	35	Beja	2

Verifica-se que existem quatro manchas leprosas no nosso país: a mais saliente, de números mais elevados, estende-se pelos distritos de Viseu, Aveiro, Coimbra e Leiria. A seguir vem a mancha constituída pelos distritos de Viana do Castelo, Pôrto, Braga e Vila Real. Finalmente, ao sul, as duas outras manchas notáveis são as dos distritos de Santarém e Faro.

Nos distritos de Coimbra o maior número de leprosos encontra-se nos concelhos de Cantanhede, Figueira da Foz, Montemor-o-Velho, Coimbra, Gois e Soure.

Bacteriologia e contágio da lepra

O agente causal da doença é um bacilo descoberto por Armauer Hansen, em 1877, no produto da raspagem de lepromas. Êste bacilo pertence ao género «myco bacterium» da classificação de Lehmann e Neumann.

Ê um bacilo imóvel de 4 a μ de comprimento e 1 μ de largura, de extremidades arredondadas ou ligeiramente incurvadas contendo granulações semelhantes às do bacilo de Koch. Como êste bacilo está também revestido de uma cápsula. Encontra-se exclusivamente nas lesões leprosas, em número maior ou menor, mas parece que com constância absoluta. Existe nos lepromas, ao nível das lesões medulares e nervosas das formas anestésicas sendo no entanto muito mais abundante nas fôrmas agudas cutâneas do que nas nervosas. Ê um germe gram-positivo, álcool e ácido resistente, córando-se com facilidade, sem necessidade de mordente pelas soluções aquosas de fucsina e côres básicas de anilina. Raras vezes se encontram isolados, quási sempre se encontram aglomerados, dispostos paralelamente «como cigarros num maço», ou quando são extraordinariamente abundantes em aglomerados esferóides, a que se dá o nome de «globis».

A cultura do bacilo de Hansen, é um problema para que ainda não se encontrou uma solução satisfatória; parece que naqueles casos em que se supôs terem-se obtido culturas dêste germe,

se tratava doutras bactérias mais ou menos semelhantes mas não da genuína «*mycobacterium leprae*».

Tem-se tentado milhares de vezes a inoculação dos animais, com resultados quasi sempre negativos, ou discutíveis, por ser necessário eliminar as causas de erro resultantes dos nódulos de reabsorção por corpos estranhos ou bacilos mortos, provocando reacções macro e microscópicas da mesma natureza.

A inoculação ao homem, compreende-se bem, só muito excepcionalmente tem sido tentada. Cita-se a inoculação feita por Arning (1884) num condenado à morte que se prestou a ser inoculado com a condição de a sentença não ser cumprida e que morreu 5 anos mais tarde atacado de lepra. O valor desta experiência é discutível pois tratava-se de um indígena das ilhas Samoas, onde a doença é endémica, e nos seus familiares (colaterais), com quem aliás não tinha contacto, havia casos de lepra.

Gougerot, cita o caso de um prisioneiro das ilhas Maurícias, que se inoculou, propositadamente no antebraço direito, com instrumento conspurcado com secreção de uma úlcera leprosa, afim de readquirir a liberdade, tendo aparecido pouco tempo depois um leproma ao nível do local da picada, generalizando-se as lesões pouco a pouco.

Citam-se casos em que a lepra foi adquirida pela vacinação anti-variólica feita por enfermeiros em que passados anos se manifestou a doença. Tem-se verificado casos de inoculações accidentais em médicos, estudantes de medicina, enfermeiros, parteras, etc.

Contágio — A lepra resulta de contágio inter-humano, não sendo admitida a sua transmissão feita por animais. O rato, pode apresentar lepra de evolução semelhante à humana mas só num caso de Marchoux se observou a inoculação positiva de bacilos de Hansen a este animal, e até hoje não se verificou concretamente a transmissão da lepra do rato ao homem. Trata-se evidentemente de uma doença contagiosa, se bem que em muito menor grau do que julgavam os antigos.

Há manifestamente, como aliás para tôdas as doenças infecto-contagiosas, condições que favorecem o contágio, podendo citar-se entre outras: deficiências higiênicas; contactos repetidos resultantes da co-habitação; habitação insalubre, má alimentação —

Kasbhi, considera como factor predisponente imprescindível uma avitaminose, densidade de população e sobrepovoamento, favorecendo a promiscuidade; a emigração e o exercício pelos leprosos de profissões que os ponham em contacto freqüente com o público.

A pesquisa do bacilo de Hansen é o factor de primacial importância para o diagnóstico, razão porque não devemos descurar a sua descoberta. Procedendo assim temos encontrado o bacilo, a testemunhar a etiologia leprosa de afecções que haviam sido interpretadas como tendo uma causa bastante diversa, doença de Besnier-Boeck-Schaumann, doença de Recklinghausen, etc. Para a pesquisa do bacilo, parece preferível à tecnica de Ziehl-Nilsen, a que o brasileiro Faraco utiliza e que hoje se pratica correntemente no Instituto de Anatomia Patológica de Coimbra, o que tem permitido, ao Dr. João Novo, evidenciar o bacilo de Hansen em preparações em que não era visível pela técnica clássica (1).

Por nos parecer vantajoso o conhecimento do método de Faraco respigamos o que o seu autor escreveu na *Revista Brasileira de Leprologia*:

- 1) Remoção da parafina do corte pelo xilol;
- 2) Substituição completa do xilol por meio da gordura renovada;
- 3) Aquecimento moderado e intermitente da gordura sobre o corte;
- 4) Resfriamento;
- 5) Escoamento e remoção do excesso de gorduras com auxilio de mata-borrão ou papel de filtro liso, até que o corte se torne opaco;
- 6) Coloração a quente pelo método de Ziehl;
- 7) Lavagem em água;
- 8) Retirada do excesso de corante devido a gordura retida pelo corte, em sabão líquido pouco a pouco diluído;
- 9) Lavagem em água abundante e diferenciação em álcool a 70°;

(1) JOÃO NUNES NOVO — «Pesquisa do bacilo de Hansen» — Coimbra, 1944.

SPLENO-HEPATIL

EXTRACTO ESPLÉNICO
EXTRACTO HEPÁTICO
CINAMATO DE BENZILO
C Á N F O R A
C O L E S T E R I N A



BAYER, LIMTADA
Largo do Bairro de Orléans 11-12
LISBOA

UM PRODUTO DOS LABORATÓRIOS «LAB»
DIRECÇÃO-TÉCNICA DO PROF. COSTA SIMÕES

Novo!

Para o tratamento pela Vitamin K

Hemodal

Marca registrada

Preparado anti-hemorrágico
de Vitamina K «Bayer»

Na coagulação sanguínea demorada por hipoprotrombinémia i. é. na melena, hematemese, hemorragias do cordão e intracranianas dos recém-nascidos assim como na icterícia, oclusão intestinal, e no catarro intestinal.

Comprimidos de Hemodal

clorometilato de dimetilaminoacetil-metil-naftohidroquinona

Tubo com 20 comprimidos de 10 mg c. u.

Hemodal injectável

bisulfito sódico de metilnaftoquinona

caixa com 5 ampollas de 1 c. c. (= 10 mg)



Representantes:

BAYER, LIM e TADA

Cargo do Barão de Quintela 11-2º
LISBOA

- 10) Lavagem em água e diferenciação em ácido sulfúrico a 25°;
- 11) Lavagem em água corrente e contraste com azul de metileno;
- 12) Desidratação em álcool absoluto, álcool absoluto xilol e xilol puro;
- 13) Montagem em bálsamo do Canadá de preferência neutro.

Fontes de contágio — São muito numerosas podendo citar-se como as mais freqüentes: 1.º lepromas ulcerados; 2.º escamas e crostas que recobrem as lesões leprosas; 3.º suor; 4.º muco nasal — mesmo nos casos em que não há coriza; 5.º gotículas de Flügge e saliva; 6.º esperma; 7.º secreções vaginais; 8.º sangue circulante; 9.º leite; 10.º secreções conjuntivais; 11.º fezes, etc.

Podemos afirmar que qualquer lesão específica, situada no revestimento cutâneo-mucoso, é um ninho de bacilos, que terá tanto maior importância sob o ponto de vista do contágio, quanto mais aberta fôr.

Com fins diagnósticos devemos procurar o bacilo de Hansen, em primeiro lugar no muco nasal, onde se encontra com grande freqüência. No Sanatório de S. Francisco de Borja (Fontilles), Contreras Dueñas, encontrou-o em 75,9% dos casos. Em seguida devemos procurá-lo ao nível das lesões ulceradas, das lesões maculares suspeitas, etc. Não devemos esquecer a importância da investigação do bacilo no suco ganglionar, obtido por punção. Na estatística referente às investigações da Leprosaria de Fontilles (1) encontram-se casos em que o exame do muco não revelou a existência de *M. leprae* e em que foi identificada no suco ganglionar.

Mas além destes processos de contágio directo existem outros em que êle se faz indirectamente. Encontram-se bacilos de Hansen nas roupas dos doentes, nos sobrados, paredes e poeira das habitações dos leprosos. Assim se explica a existência de casas

(1) Via de emission del bacilo de Hansen. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. Tomo xxxv, n.º 5, págs. 449-465, 1944.

de leprosos em que se observa o aparecimento da doença depois de estarem deshabitadas há já muito tempo.

O papel dos agentes animais como possíveis transmissores — mosquitos, mósas, percevejos, ácaros da sarna, aranhas, etc. — é muito discutível.

Patogenia da forma clínica da doença — De que dependerá o aparecimento da forma tuberosa ou nervosa? Haverá um bacilo de Hansen dermatropo e outro neurotropo?

São vários os factores invocados para explicar a existência de uma ou de outra modalidade da doença:

a) Afinidade especial dos tecidos — «locus minoris» resistência, composição química, etc.;

b) Número de bacilos infectantes e sua repartição — os bacilos raros e dispersos originam formas nervosas;

c) Virulência atenuada — causadora das formas nervosas;

d) Resistência do terreno — determinante da atenuação do virus e aparecimento de lesões do tipo nervoso;

e) Imunização e alergia — que ocasionam a atenuação da virulência e determinam a localização nervosa;

f) A antiguidade do foco leproso que atenua a gravidade da doença.

Marcha da doença — Uma vez introduzido no organismo o bacilo de Hansen pode permanecer à superfície da pele e mucosas sem que apareçam lesões leprosas (portadoras de germes).

A penetração pode fazer-se de forma a que fique marcada a porta de entrada, ou não deixar vestígios da sua passagem, encontrando-se no entanto, bacilos ao nível dos gânglios.

Entre a penetração do bacilo e o aparecimento da doença decorre um período de incubação, em média de 3 a 5 anos, mas que pode ser muito mais longo — nalguns casos 30 a 40 anos — ou excepcionalmente curto, meses ou dias.

Uma vez no organismo o bacilo pode seguir ao longo dos nervos, penetra nos linfáticos, ou generaliza-se por via hematogena originando uma bacilemia. Os pontos de entrada mais frequentes são a pele, a mucosa nasal e a dos órgãos genitais. Raramente a inoculação se faz por via digestiva ou respiratória.

Imunidade — A afirmação de existência de imunidade na lepra baseia-se entre outros nos seguintes argumentos:

- 1) Existência de lepras abortadas e espontaneamente curáveis;
- 2) Existência de portadores de germes que observados durante largo período não se tornam leprosos;
- 3) Existência de indivíduos refractários à lepra em meios infectados;
- 4) Predomínio de formas atenuadas nos países infectados desde há muito tempo e das formas agudas graves naquêles em que surge de novo;
- 5) Raridade do aparecimento da doença nos primeiros meses de vida, em consequência da protecção que a criança é conferida durante a vida intra-uterina pelos anti-corpos fornecidos pela mãe leprosa;
- 6) Transformação da lepra cutânea tuberosa numa forma atenuada máculo-anestésica;
- 7) Desencadeamento de manifestações nos casos em que a lepra se conservava em estado latente por virtude de uma infecção intercorrente — paludismo, sífilis, tuberculose, etc. — ou em consequência de um traumatismo;
- 8) Resultados benéficos obtidos pela vacinação com a leprolina e com o método de Wayson-Paldrock (auto imunização pela acção da neve carbónica sobre os lepromas).

Alergia — Demonstrada pelas reacções locais e gerais desencadeadas pela injeccção de toxinas leprosas. A injeccção de leprolina de Rost, desencadeia fenómenos gerais acompanhados de febre e provoca reacções locais ao nível das lesões — rubor, tumefacção, por vezes hemorragias — e reactivação das lesões latentes. Depois da vacinação com produtos obtidos a partir dos lepromas observam-se os mesmos fenómenos.

Hereditariedade — Considerada como freqüente pelos antigos é hoje negada pela grande maioria dos leprólogos, baseados no facto dos filhos dos leprosos não apresentarem sintomas da doença na ocasião do nascimento e durante a primeira infância.

A infecção leprosa tem marcada predilecção pela infância e adolescência. O inquérito feito por Muller nas colónias holandesas é particularmente instrutivo a êste respeito — em 25 % dos casos a doença iniciou-se antes dos 10 anos e em 64,5 % entre os 10 e 20 anos. As lesões iniciais são quasi exclusivamente cutâneo-mucosas, muito raramente nervosas. O início é por via de regra lento e insidioso, com manifestações imprecisas. Diagnosticada neste período verifica-se, como diz Gougerot, que a lepra não é sempre a doença inexorável da lenda, existindo formas frustes e localizadas, perfeitamente curáveis. Estas razões impõem ao médico o dever de conhecer as manifestações precoces ou incipientes da doença.

Anatomia patológica — São muito variadas as reacções tecidulares observadas nas diferentes formas da doença. Por vezes o aspecto é o das reacções inflamatórias linfo-conjuntivas, notando-se ao nível dos infiltrados a existência de células variadas de limites mal definidos, algumas com citoplasma volumoso, acidófilo. Tem especial importância a verificação da existência de células volumosas — as células leprosas de Virchow — com núcleo volumoso e pálido, algumas multinucleadas, com citoplasma vacuolar — razão porque têm sido designadas também, pelo nome de células espumosas (Schaumzellen). Se a existência destas células por si só faz supôr a origem leprosa da lesão a prova inofismável é fornecida pela presença dos bacilos de Hansen, facilmente reveláveis na maior parte dos casos e geralmente bastante abundantes.

Mas ao lado desta forma, a mais típica, existem casos em que ao nível do leproma se verifica a existência da inflamação tuberculóide, com células gigantes epitelióides. Noutras formas a reacção inflamatória observada ao nível das lesões leprosas é absolutamente incharacterística não existindo células de Virchow. Nalguns casos domina a reacção esclerosa, observando-se no entanto ainda algumas células leprosas bacilíferas.

Diagnóstico precoce — A descoberta das formas incipientes é em geral bastante difficil. Para esta difficuldade contribuem vários factores, de natureza clinica e psicológica. O terror que a doença inspira ainda em certas regiões, o conceito geral da incurabilidade

admitido como dogma por alguns e a falta de conhecimentos que certos médicos revelam acêrca da sua patologia, são factores que contribuem para que a lepra não seja diagnosticada precocemente. As investigações acêrca do meio em que o doente vive tem a maior importância, pois como demonstram Roger e Muir, em 80% dos casos a infecção aparece em individuos vivendo na intimidade dos leprosos. As manifestações do período inicial da lepra são muito variadas e podem permanecer largo tempo como únicos sintomas da doença.

Vejamos alguns dos principais sintomas:

1) *Coriza* — É uma das manifestações iniciais mais frequentes e características. Devemos no entanto acentuar que a presença do bacilo de Hansen no muco nasal não prova só por si a existência da lepra em actividade, por êste bacilo se poder encontrar na mucosa nasal de individuos sãos, pelo menos aparentemente, vivendo em ambiente leproso. Leloir, considera como característica fundamental desta variedade de coriza a sensação de secura e obstrução nasal, acompanhada de epistaxis repetidas. Jeanselme, diz que as epistaxis da lepra são equivalentes às hemoptises precoces da tuberculose pulmonar. A rinite é consequência do cancro leproso localizado à mucosa nasal, cuja produção resulta da deposição a êste nível, por inintermédio do ar, da mico bactéria em grande quantidade.

2) *Cancro leproso* — Gougerot, em 1906 e pouco depois Marcano e Wurtz, descreveram casos de lepra, iniciando-se por uma lesão única — *cancro leproso* — com sede na pele ou nas mucosas. Êste cancro, verdadeiro leproma inicial pode revestir todos os caracteres da lepra constituída apresentando-se geralmente como um pequeno tuberculo. A extirpação cirúrgica desta lesão isolada, quando feita precocemente, pode impedir a disseminação da doença.

3) *Roséola leprosa* — A lepra pode iniciar-se pelo aparecimento de roséolas disseminadas, semelhantes às da sífilis, mas de tonalidade mais escura, aparição mais lenta, longa persistência e rebeldia à medicação especifica. O exame serológico tem neste caso pouco valor, dada a frequência da positividade da

reação de Wassermann na lepra. Têm grande valor para o diagnóstico as perturbações da sensibilidade ao nível das roséolas.

4) *Eritema polimorfo* — É uma das manifestações que por vezes traduz o início da doença.

5) *Pênfigo* — Os surtos penfigoides localizam-se de preferência às mãos, pés, cotovelos e joelhos. Uma vez evacuado o conteúdo dos bolbos, fica no seu lugar uma erosão vermelha viva, que ao curar origina uma cicatriz anestésica, de bordos muito pigmentados. Dentro do grupo das lesões bolhosas da lepra devem incluir-se as queimaduras acidentais, consequência da têrmo-analgésia de que sofrem êstes doentes.

6) *Leprides eritemato-pigmentares* — São manchas de contornos irregulares, em geral serpiginosas, pouco numerosas e de grandes dimensões, de côr vermelha ou acobreada, localizadas especialmente ao tronco e nádegas se bem que possam estar situadas noutras regiões como por exemplo a face e a superfície de extensão dos membros. Surgem por surtos mas podem às vezes perdurar, acabando por constituir um exantema fixo.

7) *Manchas acrómicas* — Em geral são manchas leuco-melanodérmicas de centro acrómico e bordos hiperpigmentados (morfeia leprosa) que se localizam especialmente ao nível do tronco.

8) *Mal perfurante plantar* — Ao seu nível encontra-se em alguns casos o bacilo de Hansen.

9) *Alopécia* — Ao nível do couro cabeludo a queda do cabelo localiza-se à parte central da cabeça e regiões parietais. É bastante característica a alopecia da cauda das sobrancelhas, que dá ao fácies um aspecto especial fazendo lembrar a existência da doença.

10) *Perturbações sudorais* — A principio suores profusos; depois supressão local da sudação principalmente ao nível das manchas anestésicas.

11) *Febre* — A penetração no sangue de bacilos de Hansen numerosos provoca acessos febris de tipo intermitente. A febre acompanha geralmente as modificações tegumentárias que acabámos de descrever.

12) *Nevrite* — Pode revestir diferentes tipos: nevralgica, amiotrófica, polinevrite, perturbações tróficas, vaso-motoras, etc.

13) *Modificações da ficha dactiloscópica* — O Prof. Leonidio Ribeiro foi quem primeiro chamou a atenção para êste facto. Verificou que nas fichas dos leprosos havia alterações apreciáveis indo até à destruição completa dos desenhos papilares. Surpreendido com o facto teve a curiosidade de comparar as fichas de doentes em tratamento no Dispensário da Inspectoria de Lepra do Departamento Nacional de Saúde Pública' do Brasil, com as que anos antes tinham sido colhidas e que se encontravam arquivadas no Instituto de Identificação, tendo verificado que a diferença era bem patente pois as impressões colhidas nessa época remota eram perfeitamente normais.

«A mesma demonstração se realizou, logo, em sentido contrário nas seguintes condições. Um doente que estava em tratamento no dispensário, e tinha sido por isso, libertado do serviço militar, permitiu documentar êste facto interessante: suas impressões digitais deixadas alguns anos antes nos Arquivos do Gabinete de Identificação do Ministério da Guerra, estavam alteradas, enquanto que, depois do tratamento, voltaram ao seu estado normal».

Estas duas observações mostraram a Leonidio Ribeiro que:

«As modificações dos desenhos papilares acompanhavam a evolução da doença, podendo agravar-se ou melhorar, e até restabelecer-se, completamente, nos casos em que o tratamento era coroado de êxito».

O anátomo-patologista Dr. Hildebrando Portugal, mostrou que estas alterações resultavam de uma infiltração lepromatosa localizada à pele das extremidades dos dedos comprimindo a derme e achatando as cristas papilares.

Convém salientar que lesões semelhantes se podem observar em doentes de esclerodermias ou sofrendo da rádio-dermites. Êste processo de diagnóstico baseado no estudo do dactilograma, a que Leonidio Ribeiro dá o nome de dactilo-diagnóstico pode servir para reconhecer precòcemente a doença, convido utilizá-lo nos indivíduos que convivam com os leprosos, para despistar os casos latentes.

Diagnóstico da lepra no período de estágio — Neste período é costume descreverem-se três aspectos clinicos:

- 1) Lepra cutânea ou tuberosa;
- 2) Lepra nervosa;
- 3) Lepra mista.

O maior número de casos observados em clinica pertencem a esta última variedade, podendo dizer-se que as formas cutâneas ou nervosas puras são relativamente raras. Êste predomínio das formas mixtas cria dificuldades de classificação que os leprólogos presentes na Conferência Internacional da Lepra de Manilla (1931) pretenderam resolver. O Congresso do Cairo insistiu sôbre o valor desta classificação e operfeioou-a nalguns detalhes.

- | | | |
|---------------|---|--|
| Lepra cutânea | { | <i>Lepra cutânea incipiente ou inicial</i> — C ₁ — Caracterizada pelo aparecimento de algumas manchas leprosas e pequenas zonas de infiltração ou nódulos; |
| | | <i>Lepra cutânea moderada</i> — C ₂ — Caracterizada pela existência de numerosas manchas leprosas, abundantes zonas de infiltração ou nódulos, invasão das mucosas; |
| | | <i>Lepra cutânea avançada</i> — C ₃ — Numerosas e muito acentuadas lesões em diferentes estados evolutivos, com lesões mucosas extensas; |

IODALOSE



GALBRUN

iodo fisiologico solúvel e assimilável

IODALOSE GALBRUN

iodo fisiológico
solúvel assimilável

substitui

o IODO e o IODETO
em tôdas as suas applicações

SEM IODISMO

Vinte gôtas de **IODALOSE** actuam como um grama
de iodeto alcalino.

DOSES MÉDIAS: Cinco a vinte gôtas para as crianças
e dez a cinquenta gôtas para os adultos.

A **IODALOSE** é a única solução titulada do Peptoniodes.

Primeira combinação directa e inteiramente estável do
iodo com a Peptona.

Descoberta em 1896 por E. GALBRUN,
Doutor em Farmácia.

IMPRESSO

Queiram enviar-me uma amostra de:

IODALOSE

Doutor

Morada

Localidade:

Assinatura:

F. A. CANOBBIO & C.^A, L.^{DA}

Rua Damasceno Monteiro, 142

Caixa Postal 313

LISBOA

Lepra nervosa	}	<i>Lepra nervosa inicial</i> — N_1 — Alguma ou algumas zonas com perturbações sensitivas, com ou sem alterações de côr, atrofia ou transtornos tróficos de menor importância;
		<i>Lepra nervosa moderada</i> — N_2 — Extensas e numerosas zonas com perturbações sensitivas, com alterações tróficas e paralisias;
		<i>Lepra nervosa avançada</i> — N_3 — Zonas mais ou menos extensas de anestesia e perturbações motoras e tróficas manifestas, paralisias, atrofias, mutilações, etc.

Aceite esta terminologia torna-se fácil exprimir concretamente as formas mixtas segundo predomínio respectivo das lesões nervosas e cutâneas. Exemplo — C_2-N_1 ; C_1-N_2 ; C_1-N_1 , etc.

Lepra tuberosa ou tuberculosa

A lesão fundamental desta forma da doença é o nódulo leproso ou leproma nodular. O início é em geral insidioso, havendo, porém, casos em que o aparecimento dos lepromas é precedido de febre.

Os lepromas podem aparecer sem que a pele tenha apresentado anteriormente quaisquer modificações, ou então serem precedidos por manchas.

A sua localização predilecta é a face, principalmente ao nível das sobrancelhas, pavilhões auriculares, mento e maçãs do rosto. Quando muito numerosas e confluentes dão ao fâcies um aspecto característico-facies leonino.

Também se podem localizar aos membros, sobretudo ao nível das zonas sujeitas a atritos: cotovelos, joelhos, articulações das mãos e pés. Os lepromas ocupam preferentemente a derme onde podem revestir um caracter circunscrito ou difuso. Ao seu nível nota-se ordinariamente queda dos pêlos, aumento da secreção sebácea, aumento de temperatura, perturbações da sensibilidade — inicialmente hiperestesia e por fim anestesia — e supressão da sudação.

Os lepromas hipodérmicos, são menos freqüentes. Podem estar situados em qualquer parte do corpo, mas sobretudo nas orelhas. Podem apresentar vários tipos de evolução, umas vezes regressiva outras progressiva, nalguns casos alternativas de progressão e regressão. Por vezes a sua duração é longa, podem reabsorver-se sem deixar vestígios, ou darem lugar a uma mácula pigmentada ou a cicatriz acrómica. Podem esclerosar-se, originando a produção de um nódulo duro, fibroso, persistindo indefinidamente, ou amolecerem e supurarem, dando origem a ulcerações. O tegumento apresenta freqüentemente uma côr cianótica, por vezes acobreada, que tem valor diagnóstico.

As mucosas encontram-se freqüentemente atingidas. A mucosa nasal é sede freqüente de lepromas que se ulceram determinando perfurações do septo e em período avançado destruições dos ossos próprios do nariz, ocasionadoras de malformações semelhantes às da sífilis congénita. Também os globos oculares são freqüentemente interessados. A este nível os fenómenos patológicos de etiologia leprosa podem revestir diferentes tipos: leproma conjuntival, queratite intersticial, episclerite, iritis, coroidites, retinites, etc., chegando a produzir-se nalguns casos um processo de panoftalmia, ocasionadora de cegueira.

Das localizações viscerais da lepra merecem lugar de destaque as que têm por sede o aparelho genital — orqui-epidimite leprosa que aparece em 50 % dos doentes. Esta lesão é muito rica em bacilos, razão justificativa da punção testicular como meio diagnóstico. As conseqüências desta lesão são a esterilidade e impotência.

A evolução da lepra tuberosa tem uma marcha acentuadamente crónica, prolongando-se nalguns casos durante mais de 20 anos e só excepcionalmente se verificando a morte num período curto. Há por vezes períodos de acalmia prolongados em que desaparecem tôdas as lesões, dando a sensação de cura da doença.

Lepra nervosa

Nesta forma a lesão fundamental é também o leproma, localizado nos nervos. O sintoma clínico primordial é a nevrite. As manifestações nervosas podem ser procedidas pelo apareci-

mento de manchas ou surtos penfigóides, mas geralmente a tumefação de certos nervos é o sintoma inicial.

São variadas as manifestações de nevrite leprosa: dores, por vezes intensíssimas, prurido, cianose local com sensação de dedo morto, anestésias regionais de diversos graus e tipos, etc.

A anestesia progride da periferia para o centro; há uma zona de anestesia fixa, correspondendo à parte destruída do nervo e, outra de hipo-estesia variável e móvel, correspondendo à parte inflamada. Esta anestesia incompleta é dissociada e as sensações desaparecem pela seguinte ordem: calor, dôr, tacto.

Existe uma nevrite amiotrófica determinando acentuada diminuição de fôrça muscular. Localizada à mão a atrofia provoca o achatamento das eminências tenar e hipotenar, cava os inter-ósseos em goteira, as primeiras falanges ficam em hiper-extensão, tomando a mão o aspecto de garra, desaparecendo o poder de oponibilidade do 1.º e 5.º dedos.

Os músculos da mimica, e em especial os orbiculares das pálpebras apresentam-se atrofiados. A mascara facial permanece inerte (fácies antonino) e a fala, mastigação e deglutição dos alimentos tornam-se difíceis. Além dêstes outros grupos musculares podem ser atingidos. Na nevrite paralítica a paralisia é independente da amiotrofia ou não apresenta com ela qualquer proporcionalidade.

Na nevrite penfigoide e escarótica (lepra lazarina), a doença tem tendência necrosante, destrutiva, que provoca mutilações graves.

De Beurmann e Gougerot descreveram a *polinevrite leprosa*, podendo revestir uma forma agúda — dores violentas, tumefação dos nervos etc. — ou crónica.

A *nevrite hipertrófica moniliforme* constitue um dos melhores sinais reveladores da doença. Os troncos nervosos, sobretudo o cubital, apresentam-se aumentados de volume, cilíndricos e duros, ou irregularmente fusiformes ou nodulares, com aspecto de um rosário. No período hiperestésico a palpação provoca ao nível dos nervos dores intensas. Outros nervos podem ser atingidos além do cubital, por exemplo, ciático poplíteo externo, tibial, prè-orbitário, etc.

As perturbações tróficas caracterizadas por mutilações, úlceras terebrantes, mal perfurante, etc., são também manifestações vulgares da lepra nervosa. A forma nervosa da doença tem evolução mais arrastada do que a tuberosa.

Formas atípicas e incompletas da lepra — Ao lado das formas clínicas que acabámos de descrever e cujo diagnóstico se impõe pela existência de sintomas iniludíveis, como sejam, lepromas, zonas anestésicas, engrossamento dos nervos cubitais, etc., existem outras atípicas e larvadas, pouco conhecidas, de difícil diagnóstico, principalmente porque na sua presença o clínico não pensa na hipótese de estar em frente de um leproso.

Lepra latente — O Prof. Hoffmann, de Havana, demonstrou a existência desta forma em crianças convivendo com leprosos, as quais adquirem uma infecção ligeira, latente, conferindo-lhes um certo grau de imunidade. Análogamente ao que sucede nas tuberculoses latentes o sistema reticulo-endotelial é tocado; além da hipertrofia ganglionar generalizada — nota-se a existência de rebate hepato-esplênico. A medula óssea também se pode encontrar alterada.

A reacção linfógena, traduzindo um processo de defesa activa, provoca o aparecimento de fermentos lipolíticos capazes de destruir a membrana lipo-cérea que envolve o bacilo de Hansen.

A lepra latente tem um valor imunizante apenas relativo, pois desde o momento em que a resistência orgânica diminua por qualquer circunstância a doença pode revestir formas mais graves.

A hipertrofia ganglionar pode ser a única manifestação clínica, razão porque a sua aparição em indivíduos que convivam com leprosos deve levar o médico a praticar a punção ao seu nível, ou a biópsia, afim de procurar o bacilo de Hansen.

Forma tuberosa localizada — Nesta variedade existe um foco cutâneo localizado onde encontramos lepromas típicos acompanhados de hipertrofia do nervo principal do território lezado. Geralmente encontram-se nestes casos nevrites com outras localizações (cubital).

Forma aguda febril — Muitas vezes de difícil diagnóstico pois pode prestar-se quando acompanhada de perturbações sensitivas e dores—polinevrite leprosa de Beurmann e Gougerot—à confusão com as polinevrites de outras etiologias e quando se faz acompa-

nhar da produção de eritema e nódulos é etiquetada, muitas vezes, erradamente, como sendo um eritema nodoso de etiologia bacilar.

Forma nervosa de início atípico — Pode revestir além de outros os seguintes aspectos: siringomielia, atrofia muscular, nevrite com perturbações tróficas das extremidades, panarício analgésico de Morvan, síndrome de Reynaud, etc.

Forma pigmentada isolada — Surge sob a forma de leprides máculo-anestésicas, inicialmente de cor vermelha arroxeadas, que desaparecem dando lugar a manchas acrómicas anestésicas. O diagnóstico é por vezes bastante difícil. Feita a biópsia pode encontrar-se o bacilo de Hansen na derme, principalmente se tivermos o cuidado, como aconselha Darier, de praticar a homogenização do retalho de pele com antiformina-ligroina.

Formas viscerais isoladas — A mais conhecida é a orquite leprosa de que já atrás nos ocupámos.

Formas associadas — Pode associar-se à sífilis, paludismo, tuberculose, etc., o que torna por vezes o diagnóstico extremamente difícil.

Há casos de lepra latente em que sob a influência de acessos palustres a doença se reactiva.

Finalmente existem formas atenuadas, curáveis ou abortivas, frustes e incompletas.

Marcha e duração — Tem geralmente uma evolução crónica, entrecortada por surtos de duração variável, em geral longa. Há casos em que cura espontaneamente e outros em que este resultado se obtém por influência de terapêutica adequada. Mas muitas vezes a doença uma vez instalada, acompanha o indivíduo até à morte. Ao cabo de alguns anos de doença o leproso apresenta-se num estado horripilante, cego, chagado, mutilado, etc., o que faz com que Danielsen, diga com propriedade: «Le corp est déjà depuis longtemps mort avant que le malade meurt».

As complicações aparecem com certa frequência sendo a morte provocada por doença intercorrente — tuberculose, sífilis, afecções agudas do aparelho respiratório, etc.

A maior parte das vezes, diz Gougerot, o doente não morre da lepra — a morte ocasionada por ela oscila entre 2,6 e 45 %. A tuberculose parece ser a mais freqüente causa de morte dos leprosos, vindo a seguir as afecções renais e do aparelho respiratório.

A lepra seja qual fôr a forma que revista — cutânea, nervosa ou mista — pode curar espontâneamente como o documentam numerosas observações clínicas e exames necrópsicos. É necessário, no entanto, ser cuidadoso e não considerar períodos de acalmia prolongados, como cura, razão porque é necessário vigiar os doentes e observá-los clínicamente e bacteriológicamente de maneira periódica.

Lepra tuberculóide — Esta designação foi utilizada pela primeira vez por Jadossohn, no Congresso dos Dermatologistas da língua alemã, realizado em Estrasburgo em 1898, para caracterizar determinadas lesões de lepra cutânea, em que não se encontravam as células de Virchow — existindo ao contrário lesões histológicas semelhantes, às dos processos tuberculosos, com o seu aglomerado de células plasmáticas, linfóides, epitelióides e gigantes, muitas vezes encontrando-se verdadeiros folículos de Köster.

Posteriormente, muitos outros autores, Klingmüller, Pautrier, Darier, etc. se ocuparam desta modalidade da lepra. Além do caracter histológico tuberculóide, os que dela se ocuparam fazem referência a um caracter comum a todos os casos — a raridade dos bacilos de Hansen, e mesmo a sua inexistência ao nível das lesões.

A coexistência destes dois factos — histologia tuberculóide e a pouca abundância de bacilos — levam alguns leprólogos a afirmar já desde há bastantes anos, que a lepra tuberculóide não deveria ser considerada como uma entidade nosológica perfeitamente individualizada, mas apenas como uma forma especial que a doença revestiria nos indivíduos com terreno resistente à infecção.

Silverio Calatayud (1), diz que — o primitivo conceito, essencialmente histológico, modificou-se fundamentalmente e evolucio-

(1) SILVERIO GALLEGU CALATAYUD—Lepra tuberculoide—Actas Dermo-Sifiliográficas — Ano XXXV, n.º 8, pág. 805.

nou pouco a pouco num sentido mais amplo, a tal ponto que quando hoje lemos na literatura leproológica internacional o adjetivo «tuberculóide» presuomos ipso-facto um conceito enormemente distante do de Jodassohn, devendo entender-se hoje pela designação de lepra tuberculóide, não um tipo histológico determinado de lepra cutânea mas uma forma de doença fundamentalmente caracterizada pela existência de uma boa defesa orgânica contra a infecção. Os factos pelos quais concluímos que esta modalidade de lepra traduz uma elevada resistência orgânica são os seguintes:

- 1) Raridade de lesões tuberculóides das vísceras (20 0/0 dos casos segundo Mitsuda e Ogawa);
- 2) Coincidência muito rara da forma tuberculóide com lesões lepromatosas;
- 3) Reacção à leprolina (r. de Mitsuda) positiva em 95 0/0 dos casos, frequentemente com necrose semelhante á do fenómeno de Koch.

Sob o ponto de vista prognóstico trata-se de uma variedade de lepra relativamente benigna, com tanto que os doentes se tratem convenientemente e mantenham o tratamento por tempo suficiente.

Prognóstico

Menos sombrio do que em épocas remotas, visto ao lado de alguns casos expontâneamente curáveis, se encontrarem muitos outros em que a doença desaparece por influência do tratamento, quando êste não é instituído muito tardiamente.

Para Gougerot, os seguintes factos tornam o prognóstico favorável:

- 1) Tratamento precoce e convenientemente executado;
- 2) Boa hygiene e alimentação;
- 3) Habitação em clima temperado;
- 4) Ausência de mutilações, atrofiás musculares, etc.;
- 5) Ausência de lesões oculares, mucosas, viscerais, etc.;
- 6) Ausência de complicações.

Diagnóstico

O diagnóstico tem importância capital, não só para o doente permitindo que lhe seja instituído a tempo e horas o tratamento adequado, mas também sob o ponto de vista social, afim de se tomarem as medidas profiláticas convenientes.

Há leprosos latentes, aparentemente sãos, que constituem verdadeiras fontes de contágio.

I — *Diagnóstico clínico* — Geralmente fácil nos casos avançados é pelo contrário dificultoso no início e nas formas frustes atípicas onde é muitas vezes impossível fazê-lo sem o auxílio do laboratório. No nosso país, onde existem focos leprígenos, é bom que os médicos pensem na lepra quando se encontram em presença de indivíduos portadores de dermatoses agudas ou crónicas de diagnóstico incerto.

São sinais valiosos para o diagnóstico:

- a) A existência de perturbações de sensibilidade;
- b) De perturbações de secreção.

A prova de histamina proposta por Rodriguez e Plantilla parece ter bastante valor. Esta prova funda-se na acção reflexa exercida pela histamina sobre o tonos capilar. Pratica-se depositando uma gota de soluto millesimal de histamina sobre a zona suspeita de epiderme e outra gota numa região de pele perfeitamente normal que serve de testemunha; sobre estas zonas faz-se uma picada com uma agulha, verificando-se ao cabo de pouco tempo, menos de um minuto, um halo eritematoso (devido à acção dilatadora reflexa sobre os capilares) aparecendo pouco depois no centro deste eritema uma pápula urtigada de $\frac{1}{2}$ mm. de diâmetro, produzida pela exsudação de causa irritativa, que tem lugar nos vasos que estiveram em contacto imediato com a histamina.

Ao nível das zonas lezadas as alterações nervosas impedem a aparição do círculo eritematoso reflexo, observando-se apenas a pápula «urtigada».

Gay Prieto, diz que esta reacção é positiva em 100% dos casos e a sua aparição precede as alterações sensitivas e da secreção sudoral.

- c) Tumefacção dos troncos nervosos,

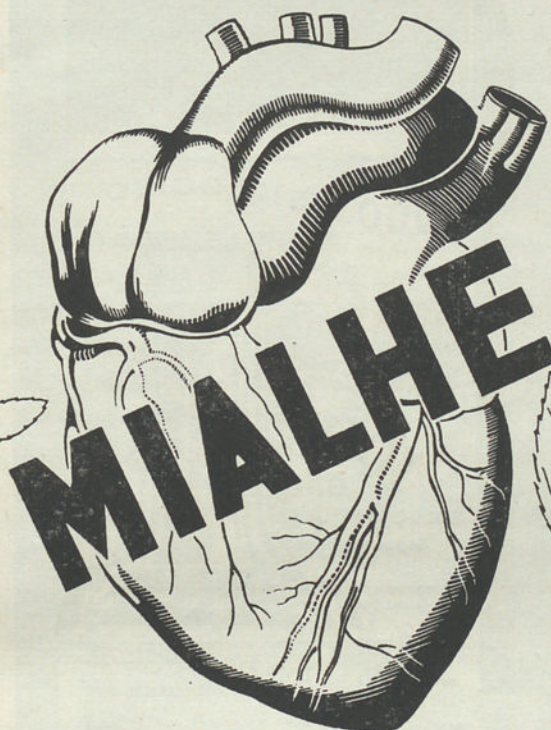
DIGITALINE-MIALHE

GLICOSIDO DA DIGITALIS PURPUREA

SOLUTO MILÉSSIMAL - GOTAS E EMPOLAS



DIGITALIS PURPUREA



DIGITALIS LANATA

— STOCKS ASSEGURADOS —

DIGI-LANATINE

TODOS OS GLICOSIDOS DA DIGITALIS LANATA = FOLHA DE DIGITAL

SOLUTO MILÉSSIMAL - GOTAS E EMPOLAS

LABORATOIRES MIALHE

8, RUE FAVART

PARIS (2^e)

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL E TODO O IMPÉRIO

F.A. CANOBBIO & C^A LTDA.

RUA DAMASCENO MONTEIRO, 142

LISBOA

I
O
D
A
L
O
S
E



G
A
L
B
R
U
N

STOKS ASSEGURADOS

II — *Diagnóstico bacteriológico* — Se a existência do bacilo ao nível das lesões tem grande valor para o diagnóstico, ao contrário a sua ausência não permite pôr de parte a hipótese de se tratar de lepra, porque há formas muito pobres em bacilos e outras em que êles não se encontram sob a sua forma habitual, podendo apresentar-se com aspecto granular e até possivelmente existirem apenas formas infra-visíveis.

O bacilo pode procurar-se:

a) Na pele — fazendo-se biópsias: injectando 2 c.c. de sôro fisiológico e aspirando em seguida; provocando a formação de um flictena ao nível do leproma pela acção da neve carbónica ou de um emplastro vesicante — e procurando o bacilo no liquido que a enche;

b) No muco nasal — nos casos em que não há muco pode provocar-se o seu aparecimento mandando ingerir 4 gramas de iodeto de potássio por dia;

c) Nos nervos — fazendo a sua punção com uma agulha;

d) No testículo — punção com injeccção de 0,2 a 0,5 de sôro fisiológico, aspirando passado alguns minutos e procurando-se o bacilo de Hansen no liquido assim obtido;

e) Nos gânglios — a punção ganglionar permite encontrar a micobactéria nos casos latentes, no início da doença e nos portadores de germes;

f) No sangue — Gougerot preconiza a seguinte técnica: juntar 5 a 20 c.c. de sangue a 150 a 500 c.c. de álcool a $\frac{1}{3}$ ou a um soluto de ácido acético a 3% e centrifugando ao fim de 15 a 30 minutos.

III — *Diagnóstico serológico* — A reacção de Wassermann é positiva num número elevado de leprosos, principalmente nos portadores de formas tuberosas. O conhecimento dêste facto levou Marchoux a afirmar que: «O sero-diagnóstico não permite pronunciar-nos entre sífilis e lepra sem o auxílio da clínica».

Para Gougerot, o que caracteriza o sôro dos leprosos é o seu poder poli-fixador em face de diversos antigénios — sífilíticos, micósicos, estafilocócicos, etc.

Reacção de Rubino — Esta reacção consiste na sedimentação maciça de uma suspensão de glóbulos vermelhos de carneiro,

formolados ao contacto do sôro dos leprosos. É negativa nos casos incipientes. Não lhe atribuímos grande valor pelo facto de ter sido negativa em casos avançados da doença.

Reacção de Muchow e Levy — Esta reacção baseia-se na flocculação do sôro dos leprosos em presença do antigénio constituído pelo extracto de lepromas na mistura álcool-sôro fisiológico. Para a preparação do extracto utilizam-se os lepromas de enfermos virgens de tratamento ou retalhos de pele intensamente infiltrados, que depois de reduzidos a pequenos fragmentos são triturados com areia fina esterilizada e lavada. O produto resultante é macerado em 5 vezes o seu volume de álcool a 96° e solução de Na Cl a 9% em partes iguais. A maceração dura 8 a 15 dias em seguida ao que se procede à inativação em banho-maria a 56° e se filtra. O sôro do doente para a prática da reacção deve ser colhido em jejum convindo que nos 3 ou 4 dias antecedentes êle não tenha sido sujeito a qualquer tratamento anti-leproso.

Não devem ser utilizados os soros hemolizados ou que tenham sido colhidos há mais de dois dias. Para praticar a reacção utilizam-se 0,2 c.c. de antigénio, que se misturam com 0,8 c.c. de solução salina e 0,2 de c.c. de sôro do doente.

Depois de ligeira agitação, coloca-se o tubo em que se fez a mistura na estufa a 37° durante 10 a 12 horas. Como testemunhas utilizam-se 2 tubos num dos quais juntamos em partes iguais sôro e álcool a 90° e no outro extracto com 1 c.c. de sôro fisiológico. No caso da reacção ser positiva o precipitado é macroscopicamente visível no tubo em que se praticou a reacção.

Julio Miró Carbonell, na sua tésese (1) relata o que observou em 135 casos em que praticou esta reacção: 128 doentes estavam internados na Leprosaria de Fontilles e 7 eram da sua clínica particular, concluindo que a reacção foi positiva em 88,14% de todos os observados, distribuindo-se a positividade da seguinte maneira: 100% nas lepras tuberosas; 91,07% nas mixtas e 57,15% nas formas nervosas puras.

(1) Contribucion al estudio de la reaccion serologica de MUCHOW e LEVY en la lepra. — Tese de Doctorado. Madrid, 1928.

Leprolino diagnóstico. Reacção de Mitsuda — No Congresso Internacional de Leprologia reunido em Estrasburgo em 1923, Mitsuda deu conta dos resultados por êle obtidos pela injeção de bacilos de Hansen mortos pelo calor. Desde então até esta data muito se tem publicado sobre o assunto, se bem que não se dispunha de um método permitindo obter um antigénio estandarizado.

Os resultados colhidos pelos diferentes leprólogos que do assunto se têm ocupado, coincidem nos pontos fundamentais, confirmando o valor da reacção. Êsses pontos fundamentais são os seguintes:

1.º) — Nos leprosos a reacção é em regra negativa nas formas lepromatosas ou malignas e positiva na maioria das formas nervosas, em particular nas formas tuberculóides;

2.º) — Nos individuos sãos oriundos de países endémicos, a reacção acusa elevada percentagem de positividade — 70 a 80 %. Interpretam-na alguns autores como a tradução de um fenómeno alérgico. Acerca da sua especificidade não há unanimidade de opiniões porquanto alguns como Rabelo Júnior, Sousa Lima, Cuminus, Willians, etc., admitem uma possível co-sensibilidade de grupo.

Admitindo, por hipóteses, diz o Dr. José M. M. Fernandez (1) que a reacção de Mitsuda seja uma reacção específica traduzindo um estado de alergia ou resistência do organismo em face da infecção pelo bacilo de Hansen, poderíamos exprimi-la pela seguinte fórmula.

Leprolina + micobacterium leprae + resistência = reacção positiva

Interpretando os resultados em face desta fórmula compreende-se facilmente que a reacção seja negativa nas formas leproma-

(1) JOSÉ M. M. FERNANDEZ — Estudio comparativo de la reaccion de Mitsuda com las reacciones tuberculínicas. «Rev. Arg. de Dermatosisifilologia», t. XXIII, part, 1939, pág. 425.

tosas — onde há diminuição de resistência e positiva nas formas nervosas especialmente na forma tuberculóide, onde ela se encontra aumentada. Também se compreende que nos países de endemia leprosa os indivíduos são em contacto com a micobactéria apresentem a reacção de Mitsuda positiva. José M. M. Fernandez, fez um estudo comparativo desta reacção com a reacção à tuberculina, praticada pela técnica de Mantoux, tendo para isso dividido os indivíduos observados em 4 grupos, a saber:

- 1) Leprosos;
- 2) Indivíduos convivendo com leprosos;
- 3) Indivíduos supostos não leprosos mas oriundos de países em que a lepra é endémica;
- 4) Indivíduos supostos não leprosos, naturais de países em que a doença não é endémica.

O seu estudo incidiu sobre 1228 indivíduos, tendo utilizado a leprolina que preparou segundo a técnica de Muir, efectuando a leitura dos resultados aos 21 dias.

Considera como positiva as reacções em que se verificou a existência de indurações nodulares ou papulosas de cor vermelho-violáceo, de diâmetro de 4 a 5 mm.

Das suas observações deduziu quatro princípios fundamentais:

- 1) Que nos indivíduos supostos indemnes oriundos de países em que a doença é endémica, o índice de positividade da reacção de Mitsuda é tão elevado como o que se observa na população sã dos países não endémicos;
- 2) Que nos indivíduos supostos indemnes de lepra, procedentes, tanto dos países em que existia endemia, como dos não endémicos, os resultados das reacções de Mitsuda e de Mantoux coincidem geralmente;
- 3) Que nos leprosos e familiares que com êles convivem é frequente encontrar no mesmo indivíduo, resultados discordantes das duas reacções: Mitsuda negativa e Mantoux positiva ou vice-versa.
- 4) Que indivíduos sãos, anérgicos à leprolina e tuberculina se podem tornar alérgicos para os dois antigénios sob a influência da vacinação pelo B. C. G.

Como conclusão geral do seu trabalho, afirma José M. M. Fernandez que :

1) Nos individuos não leprosos a reacção de Mitsuda é destituída de especificidade explicando-se os resultados positivos, como um fenómeno de co-sensibilização do grupo devido à intervenção do bacilo de Koch;

2) Nos leprosos e nos individuos convivendo com doentes bacilíferos, a reacção de Mitsuda é específica e traduz, quando positiva, um estado alérgico ao bacilo de Hansen;

3) Nos individuos não leprosos, com anergia à leprolina, acompanhada de alergia à tuberculina, deve suspeitar-se que tenham estado em contacto com o bacilo de Hansen;

4) Pela vacinação pelo B. C. G. é possível provocar, nos individuos não leprosos, uma reacção de Mitsuda, positiva, traduzindo um estado alérgico, benéfico sob o ponto de vista profilático.

Também outros AA. que se ocuparam do estudo do leprolino diagnóstico, como por exemplo, De Beurmann e Gougerot, afirmam que este teste tem valor restrito por terem encontrado resultados positivos em portadores de lupus vulgar e de lupus eritematoso, pitiríase rubra pilar, etc.

Diagnóstico diferencial — É extraordinariamente difícil quando a lepra evoluciona conjuntamente com outras dermatoses. Quando dominam as lesões maculares eritematosas, eritemato-pigmentadas ou eritemato-escamosas, podem confundir-se com: a pitiríase rósea de Gibert, paraqueratose psoriasiforme, psoríase, parapsoríase, líquen plano, sífilides pápulo-escamosas, lupus eritematoso, eczema sêco, pelagra, pitiríase versicolor atípica, toxicodermias, urticária pigmentada, etc., etc.

Nas formas em que dominam os lepromas a confusão pode estabelecer-se com: lupus e sarcoides de Boeck, lupus pernio, sífilides tuberosas dérmicas e gômas sub-cutâneas, queloides, xantomas, sarcomas, micose fungoide, linfogranulomatoses malignas, leucemias, doença de Recklinghausen ⁽¹⁾, Pian, leismanioses, etc.

(1) O Dr. NELSON DE SOUSA CAMPOS, sub-director do Serviço de Profilaxia da Lepra no Estado de S. Paulo, escreveu na Revista Argentina de

Em certas formas de lepra nervosa o diagnóstico diferencial com a siringomielia é por vezes impossível. Diz Zambaco Pacha (1), «Bref les tubercules, les macules, la pigmentation, les bacilles de Hansen peuvent faire défaut dans la lèpre, temporairement ou définitivement, pour toujours le syndrome syringomyélique peut seul exister, ça n'empêche qu'il s'agisse de lèpre. Pour en finir nous répèterons que la syringomyélie n'est qu'un syndrome et que bien des syringomyéliques ne sont que des lépreux».

Também a doença de Morvan — parestesia analgésica com paralisia dos dedos das mãos — quasi sempre de origem siringomiélica, pode ter, como afirma Zambaco Pacha, uma etiologia leprosa.

Profilaxia

Tôda a campanha profilática deve assentar no princípio basilar de que nenhum individuo adquire a doença sem que tenha estado em contacto com um leproso.

De facto desde a Idade Média que se preconiza como o melhor meio impeditivo da disseminação da doença o isolamento dos leprosos. Devemos desde já afirmar que o consideramos insufficiente se outros meios de combate não forem postos em prática simultâneamente.

Nos numerosos Congressos de Lepra assentou-se num certo número de princípios profiláticos, a saber:

1) Isolamento em leprosas de todos os leprosos vagabundos e incuráveis contagiosos;

Dermatosifilologia, 1938, t. xxxi, pág. 641, um curioso artigo acerca da associação da lepra e doença de Recklinghausen familiar, baseado na observação de uma familia em que 19 individuos eram portadores de lepra e 10 de neurofibromatose, encontrando-se em 9 casos coexistência das duas doenças.

Admite a possibilidade de noutra familia a lepra ter sido o factor desencadeante da neurofibromatose.

(1) ZAMBACO PACHA — La Lèpre à travers les siècles et les contrées, pág. 231.

2) Nas zonas de grande endemia isolar as famílias leprosas em colónias agrícolas, afim de que os doentes sejam submetidos ao tratamento adequado e os seus familiares sujeitos a rigorosa vigilância. Os filhos deverão ser separados dos pais e colocados em estabelecimentos apropriados;

3) Nos países em que há poucos leprosos, os doentes podem ser isolados nas suas próprias casas onde ficam sujeitos ao tratamento e vigilância médica rigorosa, só se internando aqueles que não possuam habitação em condições convenientes ou que se mostrem indóceis. Esta técnica foi adoptada na Suécia e Noruega, antigos focos de endemia leprígena em que a doença se pode considerar quasi extinta, num período inferior a 70 anos;

4) Declaração obrigatória dos casos de lepra às autoridades sanitárias;

5) Tratamento obrigatório — sob pena de punição e internamento — de todos os leprosos em cura livre;

6) Vigilância e visita periódica dos curados e dos não contagiosos.

Reputo de grande importância para o combate eficaz da lepra a propaganda educativa das massas populares e do chamado grande público, afim de se conseguir que sejam postas de parte as idéias medievais acerca da doença, de forma a que os pobres leprosos não sejam olhados com um misto de receio e asco, mas sim, como os portadores de qualquer outra doença infecto-contagiosa, com comiseração e caridade cristã, impedindo-se assim que doentes e seus familiares encubram o mal.

Nas Filipinas a campanha educativa deu os melhores frutos. Entre nós, várias vezes se levantaram em prol da profilaxia da doença sem, infelizmente, encontrarem eco durante muito tempo. Podemos citar entre muitos outros, Bernardino António Gomes que em 1821 apresentou uma notável «Memória» sobre a lepra Zeferino Falcão, Freitas Viegas, Álvaro Lapa, Vilas-Bôas Neto, Silva Carvalho, Uriel Salvador e Rocha Brito. Nos últimos tempos foi entre nós o Prof. Rocha Brito quem com mais entusiasmo e brilho, não se poupando a canseiras de qualquer ordem, chamou a atenção dos Poderes Públicos e do País para os pobres leprosos de Portugal. Julgo que não foi em vão que o ilustre professor despendeu as suas melhores energias nesta

campanha, pois estou convencido que a sua palavra fluente e o cortejo macabro da doença patenteado aos olhos dos seus numerosos ouvintes devem ter contribuído para que se conseguisse a criação da primeira Leprosaria Nacional a que foi dada o nome do benemérito Rovisco Pais (1).

Até que esta leprosaria esteja concluída e pronta a receber doentes, os leprosos de Portugal não têm outra possibilidade de internamento a não ser em 3 pavilhões a êsse fim destinados no Hospital do Rêgo em Lisboa, segundo julgo apenas com capacidade para 60 indivíduos.

Na luta contra a lepra, tal como acontece no combate contra a tuberculose, o dispensário desempenha um papel de altíssimo valor. É neste estabelecimento que a doença se diagnostica e se dá ao leproso o destino conveniente —, internamento na leprosaria, dos casos contagiantes, manutenção em casa, com a obrigação de se tratar no dispensário, nos casos não contagiantes. É também no dispensário que deverão ser examinados os familiares e demais pessoas que convivam com os leprosos. O contágio em mais de 80 % dos casos estudados por Muir e Rogers verificou-se em indivíduos convivendo intimamente com leprosos.

A êste respeito cita o Prof. Rocha Brito um caso que por elucidativo merece transcrição: «Da Penitenciária de Coimbra foi transferido para a enfermaria-prisão dos Hospitais da Universidade um leproso assassino, por ser considerado um perigo para os restantes penitenciários; há três meses um desgraçado surdo-mudo, sapateiro de profissão, foi mandado cumprir uma pena de três meses para a mesma enfermaria, onde conviveu intimamente com o leproso. Há dias veio consultar-me por duas adenites inguinais; ao observá-lo encontrei, embora incipiente, sintomatologia cutâneo-nervosa de lepra (N₁). Um inquérito feito à família demonstrou a não existência de quaisquer outros casos. Bem pesada pena: cadeia por três meses e lepra por tôda a vida».

O tipo de leprosaria que mais convém para o nosso país é o da Colónia-Agrícola. Julgo que para albergar os leprosos que necessitem de tratamento uma só é insuficiente. Nestas colónias deve

(1) Esta Leprosaria actualmente em construção no concelho de Cantanhede, foi criada pelo Decreto n.º 29:122 de Novembro de 1938.

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 estrienina	0,015	>
Veículo glicerinado q. b. p.	1000	c.c.

Frasco 20\$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

Ultimas Novidades:

CORRÊA DA COSTA — <i>Lições de Clínica Obstétrica</i> , 4. ^a edição actualizada e melhorada, 1 vol., 631 págs. 222 gravuras, encad. (G.)	200\$00
KIRSCHNER-NORDMANN — <i>Cirurgia-Tratado de Patologia Quirurgica General y Especial</i> , Tomo II, Parte General, 1 vol., 935 pág., 1944	315\$00
KLEMPERER — <i>Tratamento das doenças internas. Diagnóstico. Proft-laxia e Prognóstico</i> , 1 vol., 675 págs., encad. (G.)	300\$00
KOLMER e BOERNER — <i>Técnica de Laboratório, Patologia clinica, Bacteriologia, Micologia, Parasitologia, Sorologia, Bioquimica e Histologia</i> , 2. ^a edição aumentada, 1 vol., 860 págs., 380 figuras (G.)	500\$00
LESSA (ALMERINDO) — <i>Dadores de sangue. Organização Clínica e Laboratório</i> , 1 vol., 516 págs., 58 figuras, encad.	240\$00
MANICH-CÓRDOBA — <i>Higiene social de la Infancia</i> . Oficina Central del Niño, Consultório de Puericultura. Guarderías. 1 vol., 132 págs.,	24\$00
PROF. GIL VERNET — <i>Patologia Urogenital</i> , Tomo I, <i>Cancer de Prostata</i> . Con 11 laminas en negro y color, 242 grabados y 8 cuatricromias. Encad. (M. S.)	350\$00
ROSENBERG — <i>Clínica das Afecções Renais</i> . Curso em lições para médicos práticos e estudantes, 7. ^a edição, 1 vol., 260 pág. (E. M.)	65\$00
ROSENOW — <i>Enfermedades de la sangre</i> . Cuarta edición, 1 vol., 354 págs., 76 figuras. (L.)	120\$00
SÁNCHEZ-CUENCA — <i>Asma</i> , 1 vol., 346 págs. com 53 figuras (E. C.)	120\$00
SCHOLTZ — <i>La Ciática</i> , 1 vol., 144 págs., com 24 figuras (E. C.)	45\$00
SCHULTEN — <i>Tratado de Hematologia Clínica</i> , 1 vol., 470 págs., 78 figuras em negro y colores (E. P.)	270\$00
TREADWELL — <i>Química Analítica</i> , Vol. I, <i>Análise Qualitativa</i> , 1 vol., 686 págs., encad. (G.)	260\$00
<i>Vademecum Médico-Farmacêutico</i> , 3. ^a edição, 1 vol., 814 págs., encad.	80\$00

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

TOXICIDADE Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar.

(Injecções em série)

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

Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

Depositários
exclusivos

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

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

haver estabelecimentos de vária índole: hospital, crèche, asilo (para incuráveis), etc.

Este tipo de estabelecimento dá aos doentes uma sensação illusória de liberdade e permite utilizar os leprosos activos em trabalhos agricolas, o que lhe dá prazer e mitiga o seu sofrimento moral.

As bases da defesa contra lepra podem sintetizar-se, como fêz o Prof. Rocha Brito, num «quadrado estratégico» (1) — em cujos ângulos, solidários entre si, coloca o dispensário, a leprosaria, o preventório infantil e o tratamento.

Tratamento

A escolha da medicação eficaz vem de há muito preocupando os leprólogos do mundo inteiro e por isso não é de estranhar que tenham sido preconizados numerosos métodos que utilizados a princípio com entusiasmo têm sido rapidamente postos de parte, por ineficazes.

De todos os medicamentos o que tem mostrado maior eficácia é o conhecido há mais anos — o óleo de chaulmoogra e os produtos dêle derivados. Mas para se conseguir resultado com o tratamento é necessário ter sempre presente as seguintes normas estabelecidas pelo leprólogo brasileiro Sousa Lima:

- 1) Cooperação integral do doente;
- 2) Melhoria do estado geral e resistência do doente;
- 3) Administração da quantidade máxima de medicamento compatível com a manutenção de um estado geral óptimo, empregando os melhores remédios e os mais efficientes métodos de aplicação conhecidos;
- 4) Inutilidade do tratamento dos doentes nos quais apenas existem estígmata de lepra desaparecida.

Julgo que devemos juntar a êstes preceitos um outro — o exame do leproso sob o ponto de vista médico-geral, tratando-o

(1) ROCHA BRITO — Quadrado Estratégico de Defesa contra a Lepra — «Portugal Médico», n.º 3 de 1933.

convenientemente, se existirem doenças associadas. O doente deve observar rigorosos preceitos higiênicos e ter uma alimentação cuidada: abundante, completa e rica em vitaminas.

Óleo de chaulmoogra — É extraído das sementes de plantas do género «Hidnocarpáceas» existentes em vários países tropicais, principalmente na Índia. De tôdas elas é a «*Teraktogenes Kurzii*» a que fornece o óleo mais abundante e rico em ácidos gordos. O óleo de chaulmoogra é o medicamento anti-leproso mais antigo. Uma lenda industânica conta que há séculos um rei, de nome Rama, contraiu a lepra, razão porque abandonou o trôno e se refugiou na selva onde encontrou a princesa Pya, que também havia abandonado o seu trôno pela mesma razão. Alimentando-se com sementes de certa planta viram desaparecer tôdas as suas lesões, contraíram matrimónio, regressando o rei ao trôno, reinando durante muitos anos. Tiveram 16 filhos, nenhum tendo apresentado sinais de lepra. Como salienta Sousa Araujo, o tratamento chaulmoogorico tem passado por diversas fazes.

A primeira caracterizada pelo emprêgo em larga escala do óleo sob a fórmula preconizada por Mercado: óleo de chaulmoogra esterilizado, 60 grs., óleo canforado a 10 0/0, 60 grs., resorcina, 4 grs., éter sulfúrico, 2,5 grs.

A segunda consistiu na utilização de solutos injectáveis de sabões chaulmoogricos, preparados pela primeira vez na Escola de Medicina Tropical de Calcutá a instâncias de Sir Leonard Rogers.

A terceira e última, em que se empregam os ésteres-etilicos de chaulmoogra preparados por Dean para os leprosos de Hawai.

Dos trabalhos experimentais de Sweeney e Walker, conclui-se que o óleo de chaulmoogra é um agente quimioterápico específico, actuando directamente sôbre o bacilo de Hansen. O princípio activo encontra-se contido nos ácidos gordos que entram na sua composição — ginocárdico, chaulmoogrico e hidnocarpico — por saponificação dos quais se obtêm ginocardatos, chaulmoogratos e hidnocarpatos. O mecanismo da acção do óleo de chaulmoogra é explicado por Rogers como consequência do ataque da cutícula cerea do bacilo de Hansen, o que o tornaria indefeço em face das reacções naturais do organismo.

Os AA. americanos explicam esta acção bactericida por outra forma: estabelece-se uma combinação química entre a cápsula cerea da micobactéria e o óleo de chaulmoogra, originando-se assim um produto contendo um grupo atómico tóxico para o bacilo.

Actualmente utiliza-se o óleo de chaulmoogra em substância ou sob a forma de derivados diversos. Pode ser introduzido no organismo por diferentes vias: bucal, percutânea, intra-dérmica, sub-cutânea, intra-muscular, endovenosa e rectal (clisteres, supositórios).

A via bucal — Foi a que se utilizou inicialmente. Quando nos servimos desta via começamos por dar 5 a 10 gôtas de óleo a cada refeição aumentando progressivamente a dose até o limite máximo de tolerância — 200 a 300 gôtas — administradas em doses fraccionadas, em 4 a 5 vezes ao dia.

As grandes doses provocam geralmente o aparecimento de fenómenos de intolerância digestiva. Convém administrar o medicamento em cápsulas Hubi.

A via percutânea — Tem-se utilizado apenas para reforçar a acção do produto administrado por outras formas.

A via intradérmica — Tem vantagens pela eficácia terapêutica e ausência de reacções gerais de intolerância. As injeções são muito dolorosas e são necessárias múltiplas picadas na derme das zonas lesadas.

A via intramuscular — Injecta-se o óleo ou os seus ésteres. Existem no mercado muitos produtos especializados que podem ser injectados por esta via, como por exemplo: Hyrganol (que tem por base o éter etil-chaulmoogrico e hidnocarpico em partes iguais em solução no óleo de figado de bacalhau) — injectam-se 1 a 3,5 c.c. duas vezes por semana — série de 16 a 24 injeções seguida de um mês de repouso; Hansenol — éster etil-chaulmoogrico puro — 1 a 3 c.c.; Anti-leprol; Chaulmoogral — injectam-se 3 a 5 c.c. duas vezes por semana, etc., etc.).

A via venosa — Foi proposta por Vahazan, em 1915. Só se podem utilizar para injeções endovenosas os ésteres etilicos. As

reacções gerais intensas a que dão lugar as injeções endovenosas e os mediocres resultados colhidos com o seu emprêgo provocaram o abandono desta via. Os fenómenos gerais imediatos à injeção de são muito aparatosos — crises de sufocação, dispneia, dores lombares, cafalalgias, perda do conhecimento, febre elevada, por vezes superior a 40° — mas desaparecem em pouco tempo. Êstes fenómenos são interpretados por uns como crises anafiláticas — por formação de anti-corpos dissolventes das gorduras — por outros como conseqüência de pequenas embolias pulmonares.

Sorel, consegue evitar estas reacções injectando muito lentamente óleo de chaulmoogra, cuidadosamente esterilizado, na dose de 2 c.c., duas vezes por semana.

Bejarono, empregando o produto a injectar sob a forma de colobiase, utilizou-a via endovenosa sem observar acidentes.

A via rectal — Utiliza-se o produto sob as mesmas formas e nas mesmas doses usadas por via bucal, 2 ou 3 vezes por dia.

Durante o tratamento podem observar-se sintomas de intolerância, sob diversas formas:

a) *Febre* — Quando pouco elevada e passageira bastará diminuir a dose do produto; quando elevada, mantendo-se durante dias, é necessário parar com a medicação, retomando-a algum tempo depois mas utilizando doses mínimas. Gougerot, quando a febre e a reacção edematosa local persistem mais de 3 dias, utiliza a injeção endovenosa da solução de tartarato duplo de antimónio e potássio a 1 % no sôro fisiológico;

b) *Diminuição de peso* — A diminuição progressiva e constante da curva ponderal é conseqüência de má tolerância do medicamento e justifica a sua supressão;

c) *Aumento da velocidade de sedimentação das hemácias* — Quando progressivamente crescente impõe a supressão da terapêutica.

Por vezes durante o tratamento observam-se reacções leprosas. Êste termo é empregado para designar as exacerbações agudas ou sub-agudas da doença, geralmente de carácter transitório e cujos sintomas principais consistem na reactivação das lesões pre-existentes, aparição de novas lesões, astenia, aumento

de velocidade de sedimentação dos glóbulos vermelhos, presença de formas granulares da «micobactéria leprae» ao nível das lesões, etc.

Sousa Lima, (1) define esta reacção da seguinte maneira: «Fase aguda inflamatória, provocada ou espontânea, que pode surgir no curso de evolução da lepra ou ser a sua manifestação inicial, caracterizada por sintomas cutâneos ou extra-cutâneos, acompanhados ou não de febre, dolorosos ou indolores e com tendência à recidiva».

A forma clínica da doença parece ter influência no seu aparecimento: Wade, Hayashi e Schujmann chamam para o facto a atenção dos leprólogos. Wade encontrou nas formas tuberculoides uma exacerbação «reacção leprosa tuberculóide» cuja sintomatologia difere da reacção leprosa vulgar pela sua evolução sub-aguda, ausência de febre e sintomas gerais e freqüente «negatividade» bacteriológica das lesões.

Schujmann e Hayashi, em trabalhos posteriores ao daquele autor, referem-se a reacções leprosas observadas em condições semelhantes e análoga sintomatologia. O conhecimento destes factos levou o Dr. José M. Fernandez, a formular a seguinte pergunta: É correcto designar pelo mesmo termo — reacção leprosa — processos que clínica e imunologicamente se diferenciam e que quicá serão originadas por causas distintas? Sousa Lima, responde não haver inconveniente em assim nos exprimirmos se fizermos abstracção do factor etio-patogénico da reacção leprosa, e ao empregarmos este termo quizermos significar apenas uma exacerbação aguda ou sub-aguda da doença, de carácter transitório, freqüentemente recidivante, traduzindo-se por inflamação das lesões pre-existentes e pela aparição de novas lesões com o mesmo carácter, acompanhada ou não de sintomas gerais.

A diferença clínica, histológica e imunológica e a evolução ulterior, depende apenas da forma clínica da lepra em que surge a reacção. Assim, na lepra tuberculóide, o índice de sedimentação aumenta ligeiramente, a leprolina -reacção é positiva, enquanto

(1) SOUSA LIMA — Estudos sobre a reacção leprotica. «Rev. Bras. de Leprologia», vol. IV. Número especial, 1936.

que na lepra tuberosa o índice de sedimentação se encontra mais aumentado, o teste à leprolina é negativo e o exame bacteriológico sempre positivo. Numa e noutra variedade de lepra há um sintoma comum — a congestão das lesões pre-existentes e aparecimento de novos elementos inflamatórios — o que para Sousa Lima é fundamental e dá aos fenómenos a característica de reacção leprosa.

Jadassohn, Wade, Rodriguez e Greno, defendem a origem alérgica da reacção leprosa. Para uns trata-se de uma reacção alérgica no sentido definido por Von Pirquet, enquanto para outros se trata de fenómenos de paralergia, entendendo por esta designação os AA. que assim se exprimem «uma modificação de maneira de reagir do organismo em estado de alergia, em relação a agentes não específicos (paralergenos) de natureza proteica ou não, diferente do antigénio primário que induz à alergia específica».

Esta noção de paralergia explica-nos o facto da reacção leprosa se produzir sob influências muito diversas: infecções intercorrentes, perturbações gastro-intestinais, acção medicamentosa, estados fisiológicos (menstruação e puerpério).

Na opinião de Sousa Lima o mecanismo íntimo da reacção leprosa é o seguinte: Nas formas cutâneas e mixtas, pode invocar-se a paralergia. Agentes não específicos muito diversos, por exemplo, o iodeto de potássio, vacina antivariólica, tuberculina, etc., são capazes de a provocar.

Nas formas tuberculoides o aparecimento da reacção explica-se por um fenómeno alérgico, no sentido extrito de Von Pirquet; tôdas as vezes que os bacilos ou as suas toxinas são postas em contacto, em quantidade suficiente, com os tecidos previamente sensibilizados, desencadeia-se a reacção.

Complicações e contra-indicações — A nefrite é a mais grave complicação, observando-se sobretudo nos casos em que se fazem injecções endovenosas. A *tuberculose* e a *caquexia* são complicações menos frequentes.

A existência de nefrite é uma contra-indicação formal para a medicação pelo óleo de chaulmoogra e derivados. Também a tuberculose e os edemas contra-indicam esta medicação sob a forma de ésteres. As lesões oculares de etiologia leprosa também contra indicam esta variedade de derivados chaulmoogricos.

Duração do tratamento — A medicação tem de ser mantida durante longos anos. A cura pode ser contínua, ou interrompida de 3 em 3 meses, por um período de 4 semanas. Os doentes recebem quantidades enormes de óleo. Num caso de Rubio, injectaram-se 15 kgrs. durante o longo tratamento.

Outros medicamentos — Têm sido preconizados muitos processos de tratamento mas só a medicação chaulmoogrica deve ser considerada específica. Os arsenicais tri e pentavalentes não têm actividade anti-leprosa, apenas possuem acção eutrófica, considerando-os Danielsen como prejudiciais. O *Eparseno*, recebido com grande entusiasmo, caiu em desuso, pois só deu resultados favoráveis nas formas incipientes, tendo o inconveniente de provocar reacções leprosas muito intensas. O *mercúrio* e o *bismuto* também não têm eficiência no tratamento dos leprosos. O uso do *iodo* e *iodeto* tem dado lugar a controversias, encontrando-se leprólogos que os consideram benéficos e outros que os proscvem formalmente, mesmo para fim diagnóstico. Julgamos os iodicos contra-indicados nos leprosos graves, na lepra complicada de tuberculose, nos leprosos intolerantes e nos indivíduos sensibilizados ao iodo.

Os sais de ouro foram utilizados em consequência da analogia bacteriológica entre lepra e tuberculose, mas não deram bons resultados. Vários corantes se têm utilizado como por exemplo, o *mercurocromo*, empregado na leprosaria de Carville na dose de 0,002 grs. por kg. de pêso (injecções endovenosas semanais; não provocaram melhoria notável das lesões).

O *azul de metileno*, introduzido na terapêutica por Montel em 1934, deu a êste autor alguns resultados brilhantes; porém um autor mexicano, Gonzalez Urneña, no Congresso de Dermatologia de Budapest, não considera recomendável o método de Montel, por as melhoras observadas enquanto se aplica o azul de metileno cessarem logo que se suspenda o seu uso. A técnica de aplicação do azul do metileno consiste em injectar por via endovenosa, em dias alternados, 15 a 40 c.c. de um soluto dêste corante a 1 %

Métodos biológicos — Pode dizer-se que fracassaram tôdas as tentativas de tratamento biológico. Citam-se como curiosidade

os ensaios de Rost, com injeções de *leprolina* preparada a partir de extractos de lepromas; os de Deicke, com a *mastina*, preparada à custa de culturas de estreptotrix por êle isolados; os de Hasson com o líquido das flictenas obtidas pela aplicação de neve carbónica sôbre os lepromas.

Carrasquillo, prepara um sôro injectando cavalos com sangue de leproso. A vacinoterapia e seroterapia não especifica não deu qualquer resultado, bem como a impaludação pela técnica de Wagner Von Jaureg.

Tratamento local — Os meios destrutivos das lesões externas, por mecanismos ainda não completamente elucidados, produzem evidentes melhorias do estado geral dos doentes. Unna, aconselha o emprêgo de queratolíticos, a destruição ígnea dos lepromas, etc. Os raios X e o radium também têm sido empregados com êste fim.

A crioterapia pela neve carbónica, preconizada por Paldrock é actualmente considerada como a melhor terapêutica local. Por êste processo não se destroem apenas os lepromas, os próprios bacilos de Hansen são alterados, verificando-se reacções de degenerescência que se traduzem pelo aparecimento de granulações. Paldrock, aconselha que o criocautério seja aplicado sôbre os lepromas durante 3 a 15 segundos a fim de se evitar a formação de flictenas. As sessões devem ser separadas por intervalos de 15 a 20 dias, não se aplicando em cada uma o criocautério sôbre mais de 10 lepromas, devendo o tratamento prosseguir durante meses, «afim de se constituir a imunidade».

Cura da lepra — As opiniões dos leprólogos têm-se modificado muito no que respeita aos resultados dos tratamentos: o número de casos de cura oscila entre 25 e 80 %.

Para que seja eficaz o tratamento deve ser preconizado da seguinte maneira:

- 1) Atender às condições de vida do leproso;
- 2) Começar precòcemente;
- 3) Durar muitos anos continuando-se ainda quando a doença pareça estacionária e não se encontrem bacilos.

HEPOLON

EXTRACTO TOTAL
DE FIGADO



ALLEN & HANBURY, LTD.
LONDRES

MANTÉM

a Vitamina B₂

o ácido nicotínico

os minerais hematínicos do fígado

a fracção Whipple (de importância na anemia microcítica)

a fracção solúvel de Wills,

e a potência do princípio hematopoiético, específico
na anemia perniciosa, estabelecida por ensaio clínico.

AMOSTRAS E FOLHETOS AOS EX.^{mos} CLÍNICOS

Representantes:

COLL TAYLOR, L.^{DA}

R. dos Douradores, 29-1.º

LISBOA

NOVAR

SENNOBENZOL

BILLON

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

Marques POULENC Frères et "USINES DU RHONE"
21, Rue Jean-Goujon - PARIS-8^e

CONTINUA
A SER O
MEDICAMENTO DE
ESCOLHA DO

TRATAMENTO DE
ASSALTO
DA

SIFILIS

INJEÇÕES INTRA-VENOSAS

É necessário, portanto, depois de desaparecidos os bacilos, observar os leprosos durante anos, para se poder afirmar a cura.

O maior número de retrocessos, em casos clinicamente curados, observa-se nos 8 primeiros meses. Depois de passados 2 anos sem encontrarmos bacilos só se observam recidivas bacteriológicas em 5 %.

Na leprosaria de Carville os exames clínicos repetem-se periódicamente em todos os doentes e quando os resultados se mantêm negativos passam à secção de não contagiosos, onde se conservam anos, submetidos a tratamento e cuidada observação, sendo-lhes dada alta provisória, mas obrigando-os a exame semestral durante 3 anos, ao cabo dos quais mantendo-se a cura a alta é considerada definitiva.



INSTITUTO DE CARVILLE
NÚMERO DE CARVILLE

NOTA A UM COMENTÁRIO

(«Pós de Pistoia» e cólchico)

POR

FERNANDO DE ALMEIDA RIBEIRO

No Comentário à douta sentença do meritíssimo Desembargador Doutor Gonçalves Pereira publicado em o número anterior de *Coimbra Médica*, e referente a um caso de Exercício ilegal da Medicina, pareceu-me que devia ser levada ao activo da tendência tão freqüentemente revelada pelos doentes para acolherem bem as práticas do exercício ilegal da medicina por gentes da Igreja a grande voga que tiveram os famosos «Pós de Pistoia», mesmo junto de doentes que muito receiavam o uso do cólchico, tido como específico da gota, mas se contentavam com a vaga garantia, de vagas religiosas distantes, de que aquêles «Pós» não continham cólchico nem substâncias de possível nocividade.

Um ilustre clínico, a propósito do assunto, favoreceu-me com uma carta que contém os seguintes interessantes ensinamentos, os quais, embora não diminuam o alcance do facto apontado referente a pessoas desconhecedoras da composição dos ditos «Pós», abonam contudo a veracidade da alegação de êles não conterem cólchico.

Diz-me o colega:

No mesmo dia em que lia o n.º 1, dêste ano, da Coimbra Médica, lia, nas Novidades Medicas e Pharmaceuticas (1), um extracto da Revista de Chimica Pura e Applicada:

— «O Prof. Ferreira da Silva occupa-se dos Pós de Pistoia, medicamento de origem italiana, largamente espalhado como específico

(1) Vol. XI, pág. 288, 1906.

da gotta. Depois de se referir à discussão havida em 1893 entre Dujardin-Beaumetz e Constantin Paul, o ultimo dos quais defendeu a sua applicação, o A. apresenta os resultados das analyses feitas por Barrilot e por elle proprio. Das suas analyses concluiu não entrar na composição dos pós nem o colchico nem a belladonna nem a genciana. A resultados iguaes chegou posteriormente Zermil».

Em tempos li, não me lembro em que revista médica, que os pós de Pistoia eram constituídos por plantas, a maior parte das quais são pouco empregadas em therapêutica, mas entre elas era incluída a bryonia, medicamento muito da predilecção dos homeopathas. Um médico parisiense recomendava-a muito, nas bronchites e bronco-pneumonias das crianças, alternada com a ipeca.

Incidentalmente, acrescento eu que a *Bryonia alba* é também recomendada realmente pelos homeopatas para as dores que o movimento aumenta, entre elas as articulares.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

A última aula do Prof. Duarte de Oliveira

Às 10 horas da manhã do dia 6 de Fevereiro dava a sua última lição na Faculdade de Medicina o Prof. João Duarte T. de Oliveira, catedrático de Fisiologia, que completou, neste dia, 70 anos e assim foi atingido pelo inflexível rigor da lei que estabelece limite de idade para o exercício de funções públicas.

Os seus alunos, primeiranistas e secundanistas de Medicina, o Prof. Novais e Sousa, Director da Faculdade, e o Prof. Meliço Silvestre, foram esperá-lo a casa e acompanharam-no até ao Instituto de Fisiologia, instalado nos baixos do edificio da Maternidade Dr. Daniel de Matos.

Com uma capa de estudante sôbre os ombros, que lhe collocaram os seus discípulos, o venerando mestre deu entrada na sala de aula, pisando as capas que lhe estendiam à sua passagem e por entre vibrantes palmas dos que lá o aguardavam.

Entre éstos encontravam-se o Reitor da Universidade, Prof. Maximino Correia, a totalidade dos Professores de Medicina, muitos Assistentes e elevado número de alunos dos diversos anos da Faculdade, além de outras individualidades que, como os Profs. Ferraz de Carvalho e Cipriano Diniz, quizeram com a sua presença homenagear o ilustre Professor.

Não é de estranhar que os estudantes se fizessem representar em tão grande número — muitos não couberam na sala — e acoressem também os que já não eram seus alunos, porque se tratava de mestre muito querido e nunca olvidado, que todos continuam, vida fora, a considerar como tal, talvez por nunca se ter querido mostrar com o péso dessa autoridade, mas sempre revestido só de simples e verdadeira amizade paternal.

Com os olhos marejados de lágrimas, depois de ser abraçado pelos colegas, o Prof. Duarte de Oliveira pronunciou palavras repassadas de comoção e sinceridade.

Disse não ser afinal a última aula que dava, mas antes a primeira lição que recebia no inicio de nova fase da sua vida.

Não se julgava merecedor de tal homenagem e só encontra, naquela manifestação extraordinária, provas de carinho e das qualidades de coração dos presentes, e não preito a qualidades que elle não tinha, e só dessa forma a aceitava. Vê na attitude dos alunos exteriorização affectiva, não ao professor que se afasta, mas ao irmão mais velho que vai ficar longe.

Como tal sempre se considerou em relação aos seus discípulos e assim se despede fazendo votos para que eles sempre encontrem as maiores felicidades na vida.

Agradece muito a presença dos colegas, de quem sempre recebeu inequívocas provas de dedicação, amizade e de mais alta camaradagem, desejando que a todos se venha a proporcionar, com vida longa, dia igual ao que hoje está a passar.

Falaram os alunos srs. Gastão Pereira e Maurício de Almeida, em nome respectivamente dos alunos do 2.º e 1.º anos, Fisiologia e Histologia, que exaltaram as qualidades do professor e do amigo.

Pelo primeiro foi entregue ao homenageado uma pasta de couro contendo uma mensagem assinada por todos os alunos do segundo ano médico, recordação desse curso ao seu mestre, e a aluna D. Maria do Céu Oliveira, por entre vibrantes palmas, ofereceu-lhe um ramo de flores.

O Prof. Novais e Sousa apresentou os cumprimentos, em seu nome e da Faculdade que superiormente dirige, exalçou as altas qualidades do homenageado, e pôs em relêvo a quanto este sempre fez em prol da Universidade, da Faculdade, dos alunos, terminando por dizer que a vida do ilustre mestre é obra de alta beleza, por ser cheia de bondade, e bondade beleza é.

O Prof. Maximino Correia saudou o Prof. Duarte de Oliveira em seu nome pessoal, como antigo aluno e assistente de Sua Ex.^a e como colega, e em nome do Senhor Director Geral de Ensino Superior e da Universidade de Coimbra.

Referiu-se às extraordinárias qualidades do Prof. Duarte de Oliveira, que conseguiu através da sua longa carreira, manter-se sempre ao par da ciência médica nos vários ramos que cultivou e ensinando com inextinguível perfeição. Não só a investigação científica credita um professor e não é menos meritória a obra dos que, sacrificando interesses pessoais, transmitem com clareza e verdade a ciência que profundamente conhecem através de constante trabalho de assimilação, do que a daqueles que, às vezes, arrastados pelas idéias e orientação das suas investigações só sabem dar afinal uma visão unilateral e deformada das coisas. Na Faculdade de Medicina, com a sua prudência, o seu conselho sempre avisado e seguro, prestou relevantes serviços e deu nobre exemplo pelo interesse com que acompanhou a vida da Faculdade, com a sua constante presença, nunca se alheando das questões em todos os momentos difíceis. A obra do Prof. Duarte de Oliveira como Reitor da Universidade foi devéras notável. Em momento conturbado da vida Universitária, com sacrifício, aceita o cargo que se desempenhou com um tacto, um equilíbrio, um sã critério, que o impuseram à própria Nação e permitiu à Universidade a que presidia vencer certas dificuldades. E não conseguiu tais resultados com aquela intransigência que chega a ser feroz, mas com bondade que não representou nunca abdicação, porém fôrça moral interior e verdade. Classificou a sua obra como a de um grande Reitor, que não esquecerá.

Por último, o Prof. Duarte de Oliveira agradeceu aos alunos e colegas as palavras proferidas.

Novamente muito aplaudido, foi abraçado por muitos dos presentes, que o acompanharam ao seu gabinete no Instituto de Fisiologia, onde o pessoal desse Instituto mandara colocar um retrato do seu querido Director.

No descerramento desse retrato falaram o Prof. Oliveira e Silva (Beló) e o Dr. Tavares de Sousa, 1.º assistente de Histologia.

Foi finalmente tirada uma fotografia na escadaria da maternidade.

Às 13 horas houve um almoço no Hotel Astória, oferecido pelos Professores da Faculdade, que decorreu em ambiente da maior intimidade e cordialidade. Discursaram os Senhores Reitor e Director da Faculdade e os Prof. Álvaro de Matos e Almeida Ribeiro, que mais uma vez puseram em relêvo as altas qualidades do homem e do mestre, agradecendo o homenageado.

No dia seguinte, no Café Nicola, os assistentes da Faculdade de Medicina ofereceram-lhe outro almoço, que foi muito concorrido. Houve a maior animação e o Director da Faculdade dignou-se aparecer na sala, aos brindes, atitude que foi muito justamente apreciada. Os Drs. Espírito Santo e Duarte Santos enviaram telegramas por não poderem ter comparecido ao almoço.

Algumas notas biográficas

O Prof. João Duarte de Oliveira nasceu em Cebelais de Cima, Castelo Branco, a 6 de Fevereiro de 1875 e, depois de ter exercido clinica com notável proficiência, entrou em 1912 ao serviço da Faculdade, como 2.º assistente.

Logo em 1913 passava a 1.º assistente, apresentando como dissertação de concurso o trabalho «O fenómeno Biológico (Fisiologia anagénica)».

Em 1921, depois da morte do Prof. Filomeno da Câmara, foi nomeado Professor Catedrático de Fisiologia e, em 1926, Director de Fisiologia e de Química Fisiológica.

A direcção da Faculdade esteve a seu cargo de 1929 a 1931.

Em 11 de Junho de 1931 foi elevado ao mais alto posto universitário, e aí se manteve até 18 de Junho de 1938, data em que pediu a sua exoneração, sendo assim reitor durante 7 anos. Nestes últimos tempos da vida da Universidade, constitui notável excepção tão longo reitorado. Coube-lhe representar o primeiro Estabelecimento Científico do País durante o período brilhante do seu centenário. A maneira equilibrada, bondosa, mas íntegra, como soube desempenhar-se sempre da espinhosa missão não é esquecida pelos Professores e Academia, a ela se tendo referido de forma a mais elogiosa, o actual Prelado Universitário, no discurso que acima se referiu.

Desde 12 de Novembro de 1941 que é director do Instituto de Histologia e Embriologia e dá as aulas dessa matéria. Durante muitos anos regeu, além de Fisiologia, o curso de Química Fisiológica.

Foi director dos Hospitais, membro da Câmara Corporativa e do Conselho Superior de Instrução pública.

Reuniões científicas

Faculdade de Medicina de Coimbra — Às reuniões médicas quinzenais realizadas no mês de Janeiro, nos Hospitais da Universidade, foram apresentadas as seguintes comunicações :

Prof. dr. Michel Mosinger — «A acção tumorigenea da foliculina — Demonstração com animais».

Dr. Guilherme Penha — «Um caso de cancro na laringe tratado cirurgicamente com conservação de perfeita fonação»

Prof. dr. Michel Mosinger, drs. Oliveira Firmo e João Novo — «Mesentrites retracteis experimentais»

Prof. dr. João Pôrto — «Alguns casos clínicos».

Faculdade de Medicina do Pôrto — Trabalhos apresentados nas suas reuniões de Janeiro :

«Neoplasias gástricas com síndrome pseudo-palustre», pelo sr. dr. José Maria de Carvalho; «Alterações hepáticas consecutivas à pancreatemia e à laqueação do colédoco», pelo sr. dr. Silva Pinto; «Aspectos das reacções tecidulares ao bióxido de tório», pelo sr. dr. Ernesto de Moraes; «Confronto das taxas de mortalidade portuguesa com a dos países da Europa central e ocidental», pelo sr. Prof. dr. Almeida Garrett; «Contribuição para o estudo experimental da embolia pulmonar», pelo sr. dr. Vale Pereira; «Nova observação de ausência de himen», pelo sr. dr. Raul Tavares; «Da possível relação entre a vitamina E e a etio-patogenia da estenose hipertrófica do piloro», pelo sr. Prof. dr. Fonseca e Castro; «Tumores linfo-epiteliaes benignos do pescoço», pelo sr. Prof. dr. Amândio Tavares.

Faculdades de Medicina

De Coimbra — Foram aprovados os contratos com os srs. drs. Francisco António Gonçalves Ferreira e António Manço da Cunha Vaz para 1.º assistentes.

De Lisboa — Prestaram as provas para o provimento de dois lugares de professores extraordinários de cirurgia os srs. drs. Adelino Costa, Vergílio de Moraes, João Cid dos Santos e António Mendes Ferreira.

O júri classificou em 1.º e 2.º lugares os srs. drs. Adelino Costa e Vergílio de Moraes.

O sr. dr. João Cid dos Santos obteve o título de professor agregado por ter sido aprovado em mérito absoluto.

— O sr. dr. Carlos Santos foi admitido no concurso para professor agregado de radiologia.

Do Pôrto — Foi contratado para exercer as funções de 1.º assistente, o sr. dr. Manuel da Silva Pinto.

— Os srs. drs. José Augusto da Silva Horta e Joaquim Inácio de Sousa Imaginário foram nomeados respectivamente, professor extraordinário de anatomia patológica e de patologia geral e 1.º assistente de neurologia.

— O sr. dr. Romão Pereira Loff foi contratado para exercer as funções de 2.º assistente.

Várias notas

Na Misericórdia do Pôrto foi comemorado o 1.º centenário do nascimento do dr. António Maria de Sena, que foi professor da Faculdade de Medicina de

Coimbra e dirigiu a construção do Hospital Conde de Ferreira de que foi o primeiro director.

— Tomaram posse nos Hospitais Cívicos, os srs. drs. Almerindo Lessa, do cargo de médico-chefe dos Serviços de Transfusões dos Hospitais Cívicos; António Dolores Rendas, de interno do internato complementar de urologia; João Alvares Pereira, de interno do internato complementar de pediatria cirúrgica; Fernando Leal, Carlos Amâncio da Silva e Pedro Pais de Vasconcelos, de internos do primeiro ano.

— Foram aprovados nos concursos para médicos internos dos Hospitais da Universidade e pela respectiva ordem os srs. drs. Trajano Pinheiro, Rui Climaco, Joaquim Gonçalves, Armando Pessoa Varão, Joaquim Silvestre Ferreira Rosa e António Sá Marta Marques da Costa.

— A Caixa de Previdência dos Médicos Portugueses promoveu um almôço de homenagem ao sr. dr. Redolfo Xavier da Silva.

— Em Arazede foi alvo de uma grande manifestação de simpatia o médico sr. dr. César Augusto Vieira de Matos, á qual se associaram vários povos do concelho de Montemor-o-Velho.

— Foram designados bolseiros para fóra do País, os srs. dr. Alberto Peixoto Sarmiento e Castro, médico assistente do serviço central de electro-radiologia do Hospital de Santo António do Pôrto, e dr. Domingos do Carmo de Jesus Pinto Coelho, cirurgião do quadro comum dos Serviços de Saúde do Império Colonial.

Falecimentos

Faleceram, em Coimbra, a sr.^a D. Ema da Conceição Pinto de Almeida, sogra do clínico sr. dr. Julio Gonçalves Magano; em Lisboa, o sr. dr. José Pulido Valente, do quadro dos Serviços de Saúde do Império Colonial e irmão do sr. Prof. dr. Francisco Pulido Valente; o sr. dr. Tiago Marques, director da clinica estomatológica do Hospital Escolar de Santa Marta; e o sr. dr. Augusto Moreira Gonçalves, médico, natural do Rio de Janeiro.

Em Miranda do Córvo, o sr. José de Almeida, médico municipal aposentado; na Ponta do Sol (Madeira), a sr.^a D. Olimpia Menezes Varela, esposa do sr. dr. António Monte Varela, médico; e em Machico, o sr. dr. João Pedro Teixeira de Aguiar, delegado de saúde aposentado.



CENTRO CIRÚRGICO SÃO ROMÃO DE CARVALHAL

Livros de Medicina, Americanos e Ingleses, à venda na

LIVRARIA ACADÉMICA

DE

MOURA MARQUES & FILHO

19—Largo Miguel Bombarda—25

COIMBRA

BABKIN — <i>Secretory Mechanism of the Digestive Glands.</i> 1 vol, 900 pág. vith. 220 illustrations, encad.	600\$00
BERTWISTLE — <i>A Descriptive Atlas of Radiographs, an aid to modern clinical methods. Fifth edition.</i> 1 vol, 584 pág., 879 illst., encad.	750\$00
BUTT and SNELL — <i>Vitamin K.</i> 1 vol., 172. pág., 39 figs., encad.	175\$00
COMRIE — <i>Black's Medical Dictionary. Eighteenth edition.</i> 1 vol., 998 pág., encad.	150\$00
FERGUSON — <i>Roentgen diagnosis of the extremities and spine. Enlarged First edition.</i> 1 vol, 462 pág., 560 figs., encad.	600\$00
FIELDING — <i>Sex and the Love Life.</i> 1 vol., 322 pág., encad.	40\$00
FISHBERG — <i>Heart failure. Second edition.</i> 1 vol., 829 pág., 25 grav., encad.	425\$00
GOODMAN and GILMAN — <i>Pharmacological Basis of therapeutic. A textbook of Pharmacology, Toxicology and Therapeutics for Physicians and Medical Students.</i> 1 vol., 1387 pág., 126 figs., encad.	625\$00
GUYON — <i>The ethics of sexual acts. A frank thoughtful appraisal of a universal problem.</i> 1 vol., 383 pág., encad.	40\$00
HOLMES — <i>Bacillary and rickettsial infections. Acute and chronic. A textbook. Black death to white plague</i> 1 vol., 676 pág., encad.	325\$00
JOSLIN, ROOT and MARBLE — <i>The Treatment of Diabetes Mellitus. Seventh edition.</i> 1 vol. 783 pág., encad.	375\$00
KEY and CONWELL — <i>The Management of Fractures, Dislocations and Sprains. Third edition.</i> 1 vol., 1303 pág., 1259 grav., encad.	625\$00
KUGELMASS — <i>Clinical Pediatrics.</i> 1 vol., 393 pág., encad.	100\$00
MAC-DOUGALL — <i>Biology. The science of life.</i> 1 vol. 963 pág. 555 figs., encad.	200\$00
MAHER and WOSIKA — <i>Electrocardiography. Third edition.</i> 1 vol., 334 pág., 100 grav., encad.	200\$00
PILLSBURY — <i>Manual of dermatology. Insued under the auspices of the committee on medicine of the division of medical sciences of the national research council.</i> 1 vol, 421 pág., 108 figs., encad.	100\$00
PORTER and CARTER — <i>Management of the Sick Infant and Child. Sixth revised edition.</i> 1 vol., 977 pág. 96 figs., encad.	570\$00
RICI and MARR — <i>Principles of Extraperitoneal Caesarean section.</i> 1 vol., 224 pág., 47 figs., encad.	225\$00
SPEED — <i>A Text-Book of Fractures and Dislocations, covering their pathology, Diagnosis and treatment. Fourth edition.</i> 1 vol., 1106 pág., 1140 gravuras, encad.	625\$00
TODD and SANFORD — <i>Clinical diagnosis by laboratory methods.. A working manual of clinical pathology. Tenth edition with 911 pages, 380 illustrations, 32 in colors.</i> 1 vol., encad.	300\$00
WILE — <i>The sex Life of the unmarried adult. An inquiry into and an interpretation of current sex practices.</i> 1 vol , 320 pág., encad.	40\$00
ZINSSER, ENDERS and FOTHERGILL — <i>Immunity. Principles and application in Medicine and Public Health. 5th edition,</i> 1 vol., 801 pág., encad.	350\$00

Livros de Medicina, Americanos e Ingleses, à venda na

LIVRARIA ACADÉMICA

DE

MOURA MARQUES & FILHO

19—Largo Miguel Bombarda—25

COIMBRA

ÚLTIMA NOVIDADE

<i>Arquivo de Medicina Popular. Colectânea de estudos dirigida por F. C. PIRES DE LIMA. I, 1 vol., 114 pág.</i>	15\$00
BERGMANN — <i>Tratado de Medicina Interna — Tomo V. Enfermedades del sistema nervioso</i> 2 vols., 1948 pág., 886 ilustraciones en negro y color., encad.	578\$00
BUSTOS — <i>Semiologia Quirúrgica y Diagnostico. Las seis grandes regiones articulares. Tercera edición.</i> 1 vol., 414 pág., 234 figs. (At)	150\$00
CARDIA (MARIO) — <i>Assistência na doença. Suas relações com a Previdência Social.</i> 1 vol., 110 pág.	15\$00
CAÑIZO Y GARCIA — <i>Estudio clínico y terapéutico de la hipertensión arterial, de sus accidentes y complicaciones. Segunda edición.</i> 1 vol., 156 pág. (S.)	60\$00
CERDÁ Y IGLESIAS — <i>Medicamentos Inyectables, teoría y práctica de su reparación. Segunda edición.</i> 1 vol., 509 pág., 152 figs., encad. (G. M.)	375\$00
COURMONT — <i>Manual de Higiene. Corregida, ampliada y puesta al día por el doctor Rochaix. Nueva edición española, traducida directamente de la quinta edición francesa.</i> 1 vol., 960 pág., 211. figs. (E. C.)	180\$00
DELGADO — <i>Enfermedades de la Infancia producidas por virus.</i> 1 vol., 395 pág. ilustrado. (A. A.)	150\$00
DUARTE SANTOS — <i>Moral, medicina e questões sexuais.</i> 1 vol., 152 pág., brochado	12\$50
FUENTES Y CAPURRO — <i>Patología digestiva. Actualidades clínico-radiológicas y terapéuticas, segunda edición.</i> 1 vol., 642 pág. ilustrado. (E. C.)	160\$00
GARRAHAN — <i>Medicina Infantil para estudiantes y médicos prácticos. Quinta edición.</i> 1 vol., 1150 pág., 207 figs. (At)	340\$00
LOURO (JOSÉ INEZ) — <i>Problemas de linguagem anatómica. (Com observações ao latim anatômico do congresso de Basileia). Incluindo um índice vocabular.</i> 1 vol., 100 pág.	15\$00
MARTIUS — <i>Operaciones obstétricas. Indicaciones y técnica. Manual para uso de estudiantes y médicos.</i> 1 vol., 257 pág. com 276 figuras, algunas en colores, encad. (L.)	105\$00
— <i>Operaciones Ginecológicas y sus fundamentos anatomotopográficos.</i> 1 vol., 401 pág., con 387 figuras. en negro y color, encad, br. (L)	200\$00
OLIVEIRA FEIJÃO — <i>Guide Formulaire du Praticien.</i> 1 vol., 796 pág., encad.	100\$00
RAMOS — <i>Diagnóstico y tratamiento de los trastornos nutritivos del lactante. Tercera edición.</i> 1 vol., 528 pág., 86 ilustraciones, encad. (Ald)	230\$00
TOMMASO — <i>Clinica del Preoperatorio. Prólogo del professor Marañón.</i> 1 vol., 613 pág. (At)	165\$00