



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

*Custódio Cabeça, Egas Moniz, Lopo de Carvalho,
Pulido Valente, Adelino Padesca, Henrique Parreira,
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

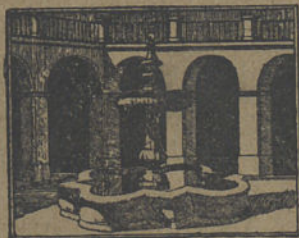
A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

*A. Almeida Dias, Moraes David, Fernando Fonseca, António de Meneses,
Eduardo Coelho, José Rocheta e Almeida Lima*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Provam que 2 a 4 por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSYPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA**, Lesões **MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANÇIA** e dos **VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

Granulos de Catillon a 0,0001 **STROPHANTINE** CHRYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, **TOLERANCIA INDEFINITA**

Muitos **Strophantus** são inertes, as tinturas são infeis; exigir os Verdadeiros Granulos **CATILLON** Premio da Academia de Medicina de Paris para **Strophantus** e **Strophantine**, Medalha de Ouro, 1900, Paris.

3, Boulevard St-Martin, Paris — PHARMACIAS.

DOCTOR:

**NO/ CAS/ OS EM
QUE PRECISE TONI-
FICAR UM ORGA-
NISMO DEBILITADO
RECORDE O**



Phosphorrendal

ROBERT!
NA/SUA/ TRES/ FORMAS:
GRANULADO - ELIXIR
INJECTAVEL
LABORATORIO
ROBERT

Sala B

Est. 5

Tab. 2

N.º 19

Deposítários para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

A' luz do conhecimento moderno

foi descoberto que os processos do fleigmão são melhor tratados com aplicações apropriadas de calor húmido, que não só oferecem um alívio agradável, como também, freqüentemente, resolvem o processo sem necessidade de intervenção cirúrgica.

A ANTIPHLOGISTINE, devido à sua acção osmótica e ao efeito antiséptico dos seus ingredientes, e também à virtude que tem de manter calor húmido por longo tempo, promove uma hiperemia activa, com ausência de irritação, apressando assim a resolução e o alívio das dores.

ANTIPHLOGISTINE

para os PROCESSOS DO FLEIGMÃO

Para amostra e literatura dilija-se à

The Denver Chemical Mfg. Co.,
Nova York, N. Y.

DISTRIBUIDORES EM PORTUGAL:

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodré, 8, 1.º

L I S B O A

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos preparados seus congêneres

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^e)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, L.^{da} 45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA



deve tomar-se sempre!

— afirmam-no as primeiras Sumidades Médicas.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA
PORTUGAL E COLÓNIAS
S^o C^o L^{da} C^o S^o FRANCISCO, 57 - LISBOA

Mantua, L^{da}

TELEF. C. 2187

**acção
pureza
inalterabilidade absolutas**

elas as características
e os fundamentos

do renome mundial da

marca

INSULINA



para a **DIABETES**

registada

(De ALLEN & HANBURYS, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.)

FOLHETO DE 40 PÁGINAS
GRATIS A MÉDICOS

FRASQUINHOS
de 100, 200, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos deste produto:

COLL TAYLOR, L.DA — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — TELE } F. 21476
G. DELTA

Agente no PORTO

M. PEREIRA DA SILVA, L. L0108, 36. Telefone 701

Os produtos para a dietetica infantil

ALBULACTOL — Leite Albuminoso maltosado, em pó.
Medicamento-alimento, pobre em hidratos de carbono
e rico em albuminas.

GASTRO - ENTERITES

DEXTROMAX — sopa malteada do Dr. Keller.
Medicamento-alimento, rico em hidratos de carbono e
pobre em albuminas.

ENTERO - COLITES

Tipo. A. (Adstringente) L. (Laxativo) N. (Normal)

MALTO MAX — Assucar nutritivo do Dr. Soldner
70% de Dextrina e 50% de Maltosa

Ajuvante do Albulactol nas **GASTRO-ENTERITES**

MALTO POL — Extracto de Maltè cristalizado
70% de Maltosa e 50% de Dextrina.
Rico em principios azotados, fosfatos e sais de ferro e
cálcio.

LEITE MATERNISADO "MAX", em pó.

O leite que mais se assemelha ao leite de mulher

Leite n.º 1 para o 1.º trimestre

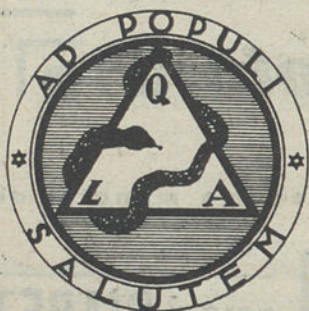
Leite n.º 2 para o 2.º trimestre

Leite n.º 3 para o 3.º trimestre e seguintes.

Amostras e literatura à disposição dos senhores clínicos

Depositários para Portugal, Ilhas e Colónias

JAIME ALVES BARATA, L.DA — Rua Aurea, 124 — LISBOA



PORFIM

Bonbons chocolates de iodo orgânico (0,01) cálcio orgânico (0,2) e diuratina (0,1)

CAIXAS DE 24 BONBONS

12\$00

**Artereo-esclerose,
Hipertensão, Obe-
sidade, Sífilis e
Reumatismo**

o gôsto do iodo
desaparece
completamente

Vende-se em tôdas as farmácias

Vitacola

Neuro-tónico, farinha alimentar

**Lecitina, Cola fresca de S. Tomé, Glicero-
fosfato de magnésia, Cereais**

Lata de 180 gr. 7\$50

Lata grande de 350 gr. 12\$50

Representante Geral para Lisboa:

Estabelecimentos JERÓNIMO MARTINS — Rua Garrett, 13-23

amostras e prospectos grátis

Análises Clínicas: O Laboratório da química Luso-Alemã, encarrega-se de análises clínicas: Urina, Sangue, Reação de Wassermann, Aschheid Condeck, etc. Manda ao domicílio buscar as análises a fazer. Pedir os boletins

Descontos especiais aos Senhores Médicos

QUIMICA LUSO-ALEMÃ — Rua Pinheiro Chagas, 93

Telefone Norte 8202

Representante Geral para o Porto:

DROGARIA COSTA — Rua das Flores, 36

O leite materno é o alimento ideal para as crianças
quando no periodo de aleitamento

Quando a mãe, porém, não tem leite deve substi-
tuir-lho pelo

MODILLAC

que dá ao leite de vaca as propriedades do leite
materno

Consultai o seu médico sobre o valor scientifico do

MODILLAC

A' VENDA NAS BOAS FARMACIAS

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças occasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P.

Nº 1748
8 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a - Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

Mellin Food



Alimentos MELLIN os melhores para
crianças de peito.

A' VENDA EM TODAS AS BOAS FARMACIAS

Doctor,

**Vita-Sana é o diurético natural do
rim sem competência possível**

O mais Leal

O mais Inofensivo

O mais Barato

O auxiliar ideal do médico nas curas de decloretização

25 %	Verbascum thapsus	emoliente
40 %	Persea excelsior	antireumático, antiácido
15 %	Cassia angustifolia lavada	laxante
20 %	Ilex paraguayensis	diuretico forte, estimulante

Consultai a literatura competente (farmacopea botânica). Serão surpreendidos com os resultados que se obtêm segundo sábios sérios pelo emprego destas plantas

O chá **Vita-Sana** contém em estado orgânico: resinas aromáticas, ácido salicílico, cobre, manganéz, magnésio, cal 0,35%, ácido mate tânico (isomero da cafeína) potassa, ferro, etc.

Peçam amostras à CENTRAL VITAMATE

Rua Alves Correia, 43

LISBOA

MÉDICOS! JULGUEM AS PLANTAS COM BENEVOLENCIA

BANANINA

O ALIMENTO IDEAL
PARA OS
LACTANTES E DISPECTICOS



AQUELE QUE OS
MÉDICOS RECOMENDAM

SENHOR DOUTOR!

Sirva-se receitar em fumigação

o PÕ EXIBARD

Sem Opio nem Morphina

o qual allivia sem demora

a **ASTHMA.**

Para evitar as contrafacções
exija-se a assignatura

Exibard

Kola Astier

Extracto completo, rigorosamente doseado, contendo todos os princípios activos da noz fresca

A Kola Astier soberana na gripe —
abrevia a convalescença
das doenças infecciosas

A Kola Astier é o medicamento de eleição para os estados depressivos

A Kola Astier está indicada em todas as afecções agudas ou crónicas do aparelho respiratório

A Kola Astier estimula o sistema nervoso, desperta as faculdades intelectuais, combate o *surmenage*

A Kola Astier tonifica a energia, regularisa o ritmo cardiaco

DOSE MÉDIA : 2 COLHERES DE CAFÉ POR DIA

LABORATOIRES P. ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche
P A R I S

Literatura e Amostras :

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. da Palma 240-246
L I S B O A





SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Síndromos elefantíasicos vulvares</i> , por Joaquim Monteiro Bastos....	Pág.	507
<i>Tratamento da erisipela pelas radiações ultra-violeta</i> , por Francisco Formigal Luzes	»	540
<i>Esplenogramas de gémeos</i> , por Fausto Landeiro.....	»	544
<i>Éloge du Prof. Cantacuzène</i> , par Ricardo Jorge.....	»	550
<hr/>		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	560
<i>Notícias & Informações</i>	»	XXXIII

Serviço de 2.^a Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Pôrto
(Director: Prof. Teixeira Bastos)

SÍNDROMOS ELEFANTIÁSICOS VULVARES

POR

JOAQUIM MONTEIRO BASTOS

Assistente

Morbos de exteriorizações clínicas exuberantes, em lesões anatómicas e perturbações funcionais, mascarando regiões, alterando relações topográficas, os síndromos elefantíasicos adquirem valor social importante como se não bastasse a tradução anómala objectiva para individualizar o mal. Que a elefantíase da vulva—de que agora trato (*)—se, no início, muito se limita, reduzido incómodo acarretando às doentes, com a evolução da afecção, patenteado já o processo patogénio em tumefacção por vezes volumosa, surgem dificuldades do dinamismo da marcha e da vida genital, não raras vezes conduzindo a perversões sexuais. E, de pronto se altera o psiquismo, quer pela natureza e localização da afecção, cerceando parte da vida, quer, ainda, pelo desespero de ver evoluir, progressivamente, a enfermidade em tamanho e extensão. As secreções que surdem das massas paquidérmicas obrigam a constantes cuidados e as manifestações dolorosas, completando o quadro mórbido, imprimem-lhe, muitas vezes, a característica primacial.

(*) Sobre elefantíase genital e elefantíase dos membros v. também os trabalhos dêste Serviço de Cirurgia. Bibliografia 1 a 4.

Desde a comunicação de Huguier (5), em 1848, à Academia de Medicina de Paris, em que as ulcerações crônicas da região ano-genital, acimadas então de «lupus tuberculoso vulgar», são rotuladas de «dartre rongeante de la région vulvo-anal» — e assim desponta a noção dos síndromos elefantiásicos vulvares — até aos trabalhos modernos de discriminação etiológica, o seu número de publicações, em suas minúcias, não esclarece devidamente o problema, tão certo é que a confusão mais se alicerça com as achegas recentes.

A verdadeira natureza, com denominação adequada do aspecto macroscópico da lesão, é fornecida por Schröder, como conclusão de trabalhos e críticas de outrem, sobre a possível etiologia tuberculosa, individualizando, claramente, em 1877, a «proliferación inflamatoria crónica hiperplásica con transtornos ulcerosos elefantiásicos...» [Gay Prieto y Villafuertes (6)].

E logo a seguir ocorre a definição de Besnier, modificada judiciosamente por Dominici, em que a elefantíase, pelo seu enunciado, é considerada «une hypertrofié régionale chronique, à marche extensive, liée à la reaction inflammatoire de l'appareil conjuntive-vasculaire et à la production d'œdèmes, d'origine mécanique» (7).

O assêto emitido, que em si encerra a noção de parte da lesão anátomo-patológica essencial e do possível mecanismo patogénio, por muito tempo havia de subsistir como directriz fundamental, visto que se a estrutura se vai definindo melhor no estudo das peças extirpadas ou dos fragmentos colhidos por biópsia, a étio-patogenia cada vez mais se embrulha com o estudo dos edemas cirúrgicos e do sistema linfático e suas modalidades reaccionais.

As tentativas de separação etiológica, roubando ao bacilo de Koch alguns síndromos elefantiásicos vulvares de que não podia ser responsável, encontram justificação completa nas investigações de Brau, que nunca conseguiu tubercular o animal receptivo, a-pesar das numerosas e repetidas inoculações com tecidos extraídos de hipertrofias escleroso-elefantiásicas. Das suas investigações conclue, na transcrição dos dois actores madrilenos atrás citados, que se trata dum processo ulceroso crónico, não específico, de origem variável e que, em terreno preparado pelo alcoolismo, excessos de tôda a ordem, etc., não tende para a cura.

Todos os trabalhos que desde então notificam a elefantíase da vulva, em seu critério etiológico, sempre citam como causa adjuvante o papel dos traumatismos repetidos, em particular dos coitos freqüentes, e alguns (8) não esquecem, como coincidência, talvez factor predisponente, a maior simpatia daqueles síndromos pelas mulheres de raça negra.

Muitas e variadas denominações foi recebendo, com as publicações sucessivas, a paquidermia regional vulvar, acentuando umas o agente ligado intimamente à gênese do processo, marcando outras a hipótese do mecanismo da hipertrofia localizada. E, assim se compreende que Kehrer, citado por Usandizaga e García Amo (9), pudesse reunir vinte e sete nomes distintos da mesma afecção.

A coexistência freqüente de apêrtos inflamatórios de recto com a elefantíase de vulva — síndrome de Jersild — obriga a investigar a sua natureza, pois na concepção actual quasi se torna impossível estudar uma localização mórbida sem que logo se aprenda a outra.

A triste doença, como a denominou Paul Lecène (10), nesse conceito prendendo tôda a degradante fenomenologia, é enfermidade pouco freqüente, reunindo a pequena estatística daquele professor a modesta cifra de seis casos. As observações seguintes, em número de sete, colhidas as quatro primeiras no ano escolar findo e extraídas as restantes do arquivo do Serviço, servem para vulgarizar o polimorfismo da afecção, difundindo asserções e estabelecendo dúvidas. E, se um ou outro detalhe, no todo complexo das observações, fica, por carência de conhecimentos, sem explicação, que ao menos o conjunto delas possua o mérito de, nomeando um assunto, servir de incentivo para estudo do problema.

A necessidade de obstar a uma descrição demasiado longa obriga a encurtar as descrições, roubando-lhes um ou outro pormenor, pois a documentação fotográfica, por si só, é suficiente para demonstração dos graus lesionais.

✦ OBSERVAÇÃO I. — Registo clínico n.º 2435. R. M., solteira, 30 anos de idade.

Dupla adenite inguinal, há oito anos. Evolução subaguda, com concomitância de hidartrose do tornozelo e joelho direitos. Incisão da adenite, com

drenagem reduzida. Tratamento antilúético consecutivo, intenso. Meses depois, junto do rebordo do ânus, cava-se uma pequena ulceração irregular, acordando então a sensibilidade rectal em violentas crises de tenesmo. Só dois anos volvidos sôbre o primeiro acidente mórbido genital surgem modificações volumétricas das fezes, que, progressivamente, diminuem de volume, com escoamentos muco-purulentos à mistura. Dificuldades de exoneração. Formações papilomatosas perianais.

Já os sinais subjectivos de estenose do recto se haviam estabilizado,

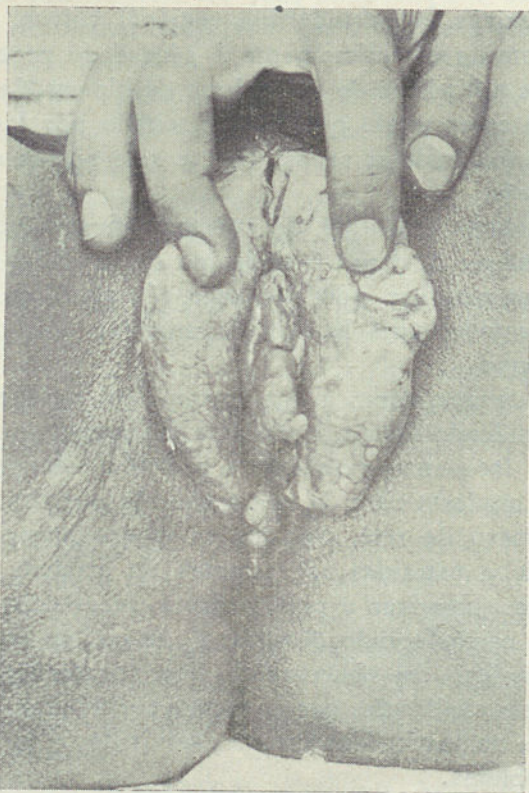


Fig. 1. — Observação I

quando reparou que, nos dias que antecediam o aparecimento do fluxo menstrual, o grande lábio esquerdo, endurecendo, aumentava de volume, para, terminado o período lunar, readquirir as dimensões iniciais. Contudo, há quatro anos, extingue-se o retrocesso do edema vulvar com a terminação do mês-truo, crescendo os grandes e os pequenos lábios — já também atingidos — independentemente dos catamêntos. Posteriormente, inicia-se a eczematização, aparecendo com as ulcerações as manifestações dolorosas.

Estado elefantíaco da zona genital externa: grandes lábios aumentados

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

Assegura uma alimentação de leite admiravelmente apropriada para um desenvolvimento rápido e vigoroso, promove a formação de ossos e dentes fortes e perfeitos.

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

l i s b o a



*Contra
Diarreia*



Eldoformio

M. R

**Adstringente do intestino delgado e
tambem do grosso, de efeito seguro**

Não ha incomodos de estomago. Não ataca o intestino pois a decomposição dos componentes eficientes efetua-se pouco a pouco e daí tambem acção favoravel sobre os canais do intestino e influencia eficaz da albumose de levedo libertada sobre a flora do intestino grosso

**Particularmente adequado no tratamento
de lactantes e crianças**

EMBALAGENS ORIGINAIS :
Tubos de 20 comar de 0 gr 50 / Tubos de 10 compr de 0 gr 50



«Bayer»

«G. Farbendustrie Aktiengesellschaft
LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante

«LUSOPHARMA»
Rua dos Douradores 150, 3.º LISBOA

de volume, de consistência dura, recobertos por pele e mucosa com ulcerações irregulares, aqui ou além apresentando pequenas excrescências, que sulcos superficiais separam. Exsudação soro-purulenta. Prurido. Dores.

Retroversão uterina. Ausência de anomalia morfológica cervical. Integridade anexial aparente. Dureza de parede vaginal posterior. Menstruos indolores, separados por períodos intercalares iguais.

Eczematização das virilhas e face interna das coxas. Condilomas perianais. Botões hemorroidários pequenos. Apêrto do recto: anel de estenose duro, a 4 cm. do ânus. Mucosa sem modificações apreciáveis ao toque ou na anuscopia. Crises de tenesmo ano-rectal com escoamentos muco-purulentos. Períodos de suboclusão. Fezes em fita.

Cefaleias vesperais. Dores osteocópicas. Cicatrizes acobreadas, disseminadas. Emmagrecimento. Anorexia. Sudação. Febrícula irregular, à tarde.

Ruídos cardíacos duros. Hiperfonese do 2.º tom aórtico. TM-12,5 Tm-8 io-4 (Pach.-Gallavardin).

Tosse. Expectoração mucosa. Sinais estetacústicos de condensação do vértice direito. Hemoptises, há anos.

Normalidade subjectiva das micções. Análise sumária de urina negativa.

Pupilas iguais, em midríase. Reflexos vivos.

Reacção de Wassermann actualmente negativa (sangue n.º 11.933. Laboratório Nobre), positiva há cinco anos. Reacções de Frei e de Ito-Reentsierna (*) negativas. Cuti-reacção de Von Pirquet fortemente positiva.

Em face da ineficácia das dilatações rectais, estabelece-se um ânus ilíaco definitivo esquerdo (operação n.º 1.170, Prof. Teixeira Bastos), como primeiro tempo da amputação do recto.

Durante longos meses, a doente permanece internada no Serviço, esgotando-se, entretanto, as variadas terapêuticas, combinando a gama das medicações locais com o tratamento geral preparatório para a intervenção cirúrgica. Todavia, a anorexia acentua-se dia a dia, o estado geral declinando lentamente. Pretextando fastio pelas dietas hospitalares, a doente pede alta, de novo procurando a enfermaria passados seis meses (registo clínico n.º 2.554). Entrementes, a esclerose ano-genital havia progredido em extensão, invadindo o clitoris e o vestibulo da vagina, ocasionando dificuldades da micção, e subindo, ainda, nas paredes vaginais. O quadro doloroso vulvar crescerá também de intensidade, tornando-se as manifestações dolorosas particularmente acentuadas nos períodos pre menstruais. E, se é certo que a fenomenologia geral se tinha esbatido ligeiramente, a auscultação pulmonar define uma caseificação infraclavicular, que o exame radiológico confirma (gabinete de radiologia da Faculdade de Medicina do Porto).

Pensa-se em actuar sobre a dor, interrompendo o sistema simpático (13). Mas, como bem se depreende do que se narra, nem com esta intervenção o estado geral da doente é compatível.

(*) Consultar os trabalhos de Ravaut e Cachera (11) e Sézary e Lenégre (12) sobre a técnica, leitura e mais pormenores das reacções de Frei e Ito-Reentsierna.

Em resumo, síndrome elefantiásico recto-ano-genital, de tradução anátomo-clínica evidente, etiologicamente discutível. Parece, de acôrdo com a enfermidade genital, que as duas infecções crónicas, que o exame geral revela na doente, não serão estranhas à elaboração do mal. A tuberculose e a lues, uma e outra, devem ter contribuído, como na observação de Hudelo e Pierot (14), para a produção da paquidermia regional.

O grau anátomo-patológico das lesões vulvares amolda-se às descrições de Forgue (15) e dos discípulos de Lecène (16), enquadrando-se — no seu dizer — na forma úlcero-hipertrófica da tuberculose vulvar. É claro que, sôbre mim, pesa, sem dúvida, a acusação de não ter realizado uma biópsia dos tecidos organizados para estudo das reacções biológicas e estrutura histológica. Talvez que, aqui definindo-se bacilos ou células gigantes, além positivando-se uma inoculação ao cobaio, se pudesse definir, em face dos resultados, o germen bacilar responsável.

«Le bacille de Koch sera peut-être considéré comme un agent fréquent du syndrome éléphantiasique lorsque par des examens histologiques contrôlés par l'inoculation, on aura dépisté la tuberculose, là où, cliniquement, elle eut passé inaperçue» [Dujarier et Laroche (17)].

Que, ao menos, me sirva de desculpa a noção dos resultados, por vezes contraditórios, da observação microscópica e da reacção do animal. Assim é que resposta à inoculação pode ser negativa, forrageando-se, no campo microscópico, alguns bacilos ou folículos [Hudelo, Rabut (18)] e vice-versa, uma inoculação positiva pode acompanhar um exame histológico mudo para o bacilo de Koch, corrigindo primitivos rótulos de diagnose [Milian e Delarue (19 e 20)]. Demais a positividade biológica pode ser obtida com gânglios distantes, sendo nula com o tecido vulvar lesionado [Milian e Lafourcade (21),] o que não deve causar espanto de maior, dada, aí, a associação das espécies microbianas.

E, se o diagnóstico clínico da afecção genital desta doente pretende incriminar o bacilo tuberculoso, que assim o parecem provar, além da sintomatologia local, a prova das reacções alérgicas venéreas negativas e a impregnação bacilar com lesão pulmonar evolutiva — cuja importância Sabino Coelho (22) marcou — não se deve esquecer o papel etiológico da lues, quer ela

intervenha apenas, como Gougerot (23) afirma, como factor adjuvante, quer desempenhe acção local directa [Gregório (24)].

As adenites inguinais bilaterais poderiam fazer pensar numa afecção venérea, linfogranulomatosa ou cancerelosa. É de ponderar, contudo, na negatividade das intradermo-reacções e na possibilidade duma adenite inflamatória banal, enxertando-se na avariose, que evolução ulterior define. Além de que a adenopatia satélite do cancro sifilítico pode supurar em 2 % dos casos, na afirmação de Fournier (25).

OBSERVAÇÃO II. — Registo clínico n.º 2.535. A. R., 44 anos de idade, casada.

Adenites inguinais bilaterais há dezóito anos. Início insidioso, desacompanhado de lesões vulvo-vaginais; extensão progressiva, edema acentuado,

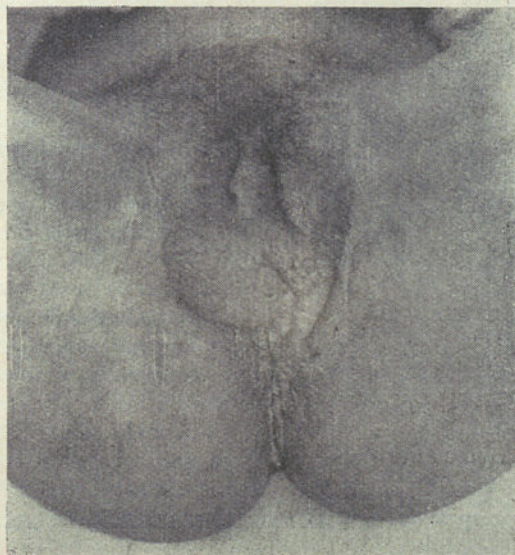


Fig. 2. — Observação II

evolução para a supuração um mês, com abertura espontânea por dois orifícios simétricos. Cefaleias intensas imediatas, manifestações tegumentares generalizadas, perturbações da fonação, audição reduzida e cegueira quasi total, tudo cedendo mercê da terapêutica antisifilítica que os sinais de difusão treponémica comandavam.

Oito gestações na década seguinte, terminadas por sete abortos e um parto prematuro de feto morto. A retenção de restos ovulares obriga então a

uma legragem uterina, após o que se inicia um intenso prurido vulvar, as conseqüentes escoriações provocadas determinando o aumento de volume dos pequenos lábios.

Comêço da sintomatologia subjectiva do intestino distal apenas há três anos. Rectite diarreiriforme subaguda, evoluindo, posteriormente, para a forma estenosante, com obstipação tenaz e minoria do calibre do bôlo fecal, de acentuação progressiva.

Síndrome de Jersild. Paquidermia dos grandes lábios, no têrço posterior, e dos pequenos lábios vulvares, que englobando o clitoris, se soldam, deixando pender, sôbre a entrada da vagina, como volumoso opérculo, massa esclerosa, recoberta de pequenas elevações cutâneas. Exsudação sôbre os ríngolos limitantes. Infiltração dura das regiões glúteas. Ulceração longitudinal, violácea e átona, da prega internadegueira. Rectite crônica estenosante: anel circular (9 mm. de diâmetro), a 4 cm. do ânus. Desigualdades de consistência da ampola, com sensação de prisão da parede anterior. Incontinência parcial do orificio anal. Dejecções de sete em sete dias: fezes escuras, moldadas em fita, misturadas com pus. Raras emissões de sangue vivo no fim da defecação.



Fig. 3. — Observação II
Depois da intervenção cirúrgica

Ciclo menstrual normal. Útero pequeno (histerometria, 5 cm.), em anteverção.

Cefaleias intensas, ao entardecer. Cicatrizes de lesões esclero-gomosas nos membros inferiores e região frontal. Crises de acro-asfixia digito-palmar. Apetite conservado.

Alargamento da região precordial. Dureza dos ruidos do coração. TM-12 Tm-7 io-3,5 (Pach-Gall.).

Anomalias respiratórias de Woillez, na ausência de perturbações funcionais.

Pontos renais indolores. Análise urinária sumária não revelando elementos anormais.

Reflexos tendinosos e pupilares sem alteração.

Reacção de Wassermann negativa (sangue n.º 11.842. Laboratório Nobre). Alergia tegumentar: Frei ++. Ito ++++. Von Pirquet +.

O tratamento antilúético que a história pregressa ditava e que, juntamente com as dilatações diatérmicas (26, 27 e 28), foi instituído à doente, reduz de cerca dum têrço do seu primitivo volume a tumefacção apensa às ninfas. Tôda a sintomatologia subjectiva rectal calma e o exame rectoscópico, já nessa altura possível pelo calibre do recto, define uma congestão

difusa da mucosa, com botões hemorroidários, zona irregular de rectite úlcero-vegetante e estenose relativa, em manga, a 7 cm. do rebordo anal. Escoamento purulento acima do estreitamento.

Sob anestesia local, o Dr. Fernando Magano realiza, então, a intervenção operatória: ressecção de parte dos pequenos lábios, com dissecação do revestimento cutâneo do clítoris que, necessariamente, é amputado na extremidade (operação n.º 1.245).

O exame histológico após a exeresse elucida sobre a estrutura íntima da tumefacção (exame n.º 1.347. Dr. António Salvador):

«Derme essencialmente fibrosa, bastante vascularizada e infiltrada por células redondas, sobretudo plasmócitos, com disposição peri-vascular predominante. Algumas glândulas sebáceas. Epitélio de revestimento sem alterações (elefantíase vulvar)».

Meses depois, a doente volta de novo ao Serviço de Clínica Cirúrgica, na visita habitual de verificação operatória. O edema duro não alastrara, a fenomenologia ano-rectal continuava sem alteração e os benefícios da terapêutica específica foram de tal monta que, espontaneamente, a doente interrogava sobre a possível necessidade de nova série de tratamento.

OBSERVAÇÃO III. — Registo clínico n.º 2.548. L. F., 31 anos de idade, solteira.

Esclerose hipertrófico-elefantiásica dos pequenos lábios da vulva que, alongando-se, se continuam com tumefacções anómalas, a do lado direito, maior e mais dura, dissimulando completamente o vestibulo vaginal. Recobertos, na face externa, por gomos que sulcos de profundidade variável dividem e subdividem, fragmentando a superfície cutânea, são forrados por mucosa esbranquiçada, nacarada, sem ulcerações. Aos pequenos lábios não se limita a infiltração da derme. Caminhando num sentido e noutro, invadindo o clítoris, rodeando o meato, estendendo-se para além da comissura vulvar posterior, o processo patológico atinge ainda o têrço inferior das paredes da vagina. Exsudação viscosa surdindo dos sulcos da pele, por vezes modificada pela junção, em crises, de líquido mais fluído.

Percepção casual dum nódulo

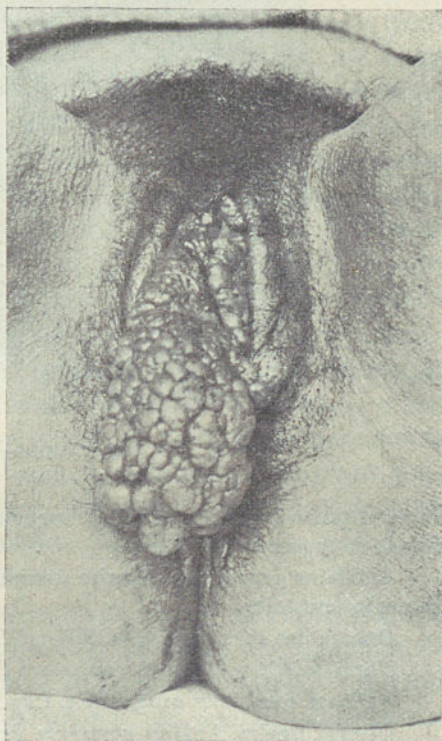


Fig. 4. — Observação III

inicial há dois anos. Últimamente, desde há sete meses, dores, não raramente em extremo violentas, na região deformada. Contemporaneamente desperta a sensibilidade do recto. Escoamento sanguino-purulento, crises de tenesmo. Obstipação cada vez mais acentuada e diminuição do calibre das fezes até à objectivação actual: dupla estenose, supra-espincteriana e ampolar (10 mm.),

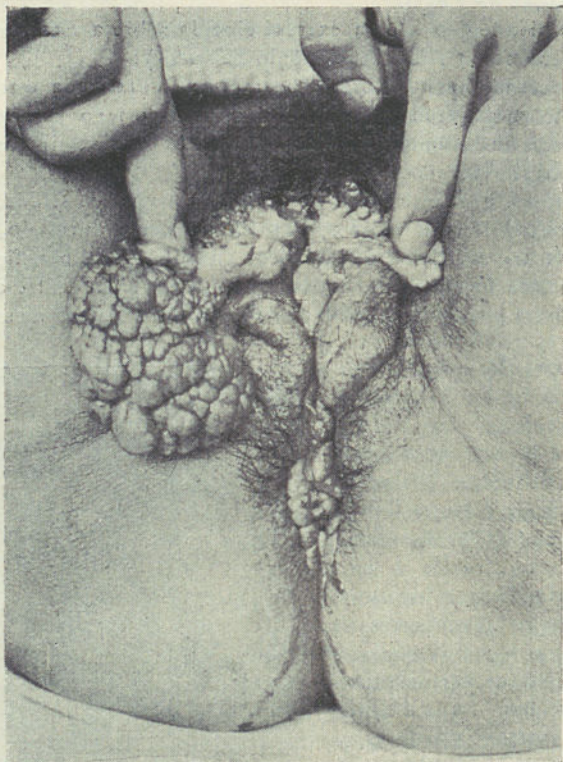


Fig. 5. — Observação III

inultrapassável, a 6 cm. do ânus. Irregularidades da mucosa, levemente dolorosa ao toque. Fezes em fita.

Cefaleias gravativas. Apetite diminuído. Cicatrizes acobreadas. Siflides secundo-terciárias.

Dureza dos sons cardíacos, TM-11 Tm-6 io-4 (Pach-Gall).

Normalidade subjectiva e objectiva do aparelho respiratório.

Reflexos rotulianos exagerados. Pupilas normais.

Disúria ligeira. Análise completa de urina (urina n.º 6.523. Laboratório Nobre): diminuição da concentração urinária; síndrome albumínurico; irritação hepática.

Reacção de Wassermann negativa (sangue n.º 11.959. Laboratório Nobre).
Intradermo-reacções: Frei —. Ito —. Reenstierna +.

O tratamento antisifilítico, bem como a medicação tópica, de nenhum modo modificaram a evolução da doença genital. Melhoria dos fenómenos rectais, mormente aumento de calibre do apêrto.

A elefantíase de vulva e os síndromos constrictivos do recto, habitualmente designados como apêrtos inflamatórios, que, de há muito, definidas as suas características morfológicas e conseqüentes distúrbios funcionais, marcada, às vezes, a sua coexistência numa mesma doente, viviam absolutamente divorciados em diferentes capítulos de patologia clínica, tomam, com o advento dos trabalhos de Jersild, feição de estudo de conjunto, tanto pela identidade do factor etiológico como, principalmente, pela hipótese, então emitida, de mecanismo de formação semelhante. Revoltando-se contra a doutrina clássica do sífiloma ano-rectal de Fournier e estudando várias doentes portadoras do que designou como elefantíase ano-recto-genital, verifica que, em algumas, o contágio luético é posterior ao início da enfermidade. E, dada a extraordinária frequência de cicatrizes de adenites inguinais e a predilecção dos infiltrados hiperplásicos pelo trajecto dos cordões linfáticos e pela sede dos aglomerados ganglionares, não tarda a concluir da existência duma perturbação da circulação da linfa como base genética do processo. Em dois artigos (29 e 30) esplana a teoria da estase linfática entre os gânglios inguinais e ano-rectais. Se a obstrução atinge o grupo supero-interno da virilha, com desvio da corrente linfática e inflamação secundária dos gânglios peri-rectais de Gerota, observa-se a formação do síndrome na sua totalidade. E, nas formas parciais da mesma doença, supõe que a tradução clínica — elefantíase genital ou apêrto do recto — não é mais do que o resultado da reacção ganglionar regional dependente da sede da lesão inicial, na vulva ou no ânus.

O mecanismo patogénio organizado acusa, na precedência, a noção duma adenite. Não rejeitando de todo a adenopatia do cancro sífilítico, não pròpriamente como factor etiológico, que não admite, mas pela esclerose ganglionar de que se acompanha, Jersild termina por nomear, baseado na tendência extensiva e supurativa da adenite do cancro mole, o bacilo de Ducrey como

germen habitual produtor da infiltração hiperplásica génito-ano-rectal.

A teoria do autor dinamarquês, necessariamente sujeita à crítica em virtude da rejeição de doutrinas por muito tempo tidas como verdadeiras, provoca variadas comunicações do síndrome que hoje tem o seu nome. E, dos apontamentos tirados de muitos dos doentes apresentados, nem tudo se harmoniza com o conceito elaborado, nomeadamente no factor determinante. Múltiplas são as etiologias e, contra o seu supor, a sífilis e a tuberculose ocupam, na discussão, lugar principal ao lado de outras doenças menos correntes.

A nova fase de estudo da linfogranulomatose inguinal através das intradermo-reacções desvia o campo da confusão causal para a doença de Nicolas Favre. Frei, em 1927, ao documentar a alergia da quarta doença venérea, com antigénio por êle preparado, supõe que o sífiloma de Fournier pode depender duma infecção linfogranulomatosa dos gânglios ano-rectais. Em notas sucessivas, com Alice Koppel (31) diz dos resultados das intradermo-reacções em doentes portadores de estiomeno, estenose do recto ou das duas moléstias associadas. E, em quatro publicações, sempre se afirmou positiva a reacção de Frei e negativa a de Ito, para estudo comparativo da alergia cancerelosa.

Nicolau e Banciu (32), em trabalho original de investigação sobre a linfogranulomatose inguinal, conseguem obter os mesmos resultados com o antigénio preparado segundo as indicações de Frei e com a serosidade colhida em duas ulcerações crónicas genitais. No Dispensário antivenéreo de Zaragoza (33) repetem-se os ensaios franceses com tecido elefantíaco e líquido de exsudação vulvar e, da harmonia das pesquisas, toma vulto a idea do papel da doença de Favre no determinismo da elefantíase da vulva.

O interesse suscitado por estes comunicados justifica, de seguida, o emmaranhado de publicações que, no seu critério, se elaboram. Confrontam-se resultados de alergia cutânea, traduz-se a sua origem e possibilidades, e rara é a revista da especialidade que não menciona, sobre a doença ou os seus meios de estudo, comunicações que, muitas vezes, não vão além de simples constatações. Admite-se como absoluta a especificidade das reacções de Frei e de Ito-Reenstierna e, dentro desta idea, identifica-se o micróbio produtor pela resposta dérmica.

Novo! OCTINUM

$C_8 H_{15} \cdot NH \cdot CH_3$

«Knoll»

**Espasmolítico e antialgico
nas dores devidas a espasmos.**

Não é alcaloide,
age mais forte e mais duradouramente do
que a papaverina,
não provoca sensação de secura na gar-
ganta, como a atropina.

Indicações principais:

Espasmos gastro-intestinais.
Úlcera gástrica e duodenal.
Dores gástricas devidas a secreção excessiva.
Espasmos da biliar, dos rins, da bexiga.
Obstipação espasmodica.
Dismenorrea espasmodica.

Embalagens originais: Comprimidos de 0,15 g (de bitartrato de Octinum), tubos com 10 comprimidos. — Líquido (de cloridrato de Octinum a 10%), vidros com 10 c.c. — Empólas de 1,1 c.c. (1 c.c. contem 0,1 g de cloridrato de Octinum), caixas com 5 emp.

Posologia: Comprimidos e líquido: 1 comprimido ou 15 a 20 gotas, 3 vezes ao dia. — Empólas: por via subcutanea 2 a 3 vezes ao dia 1/2—1 empóla, por via intramuscular ou intravenosa 2 ou 3 vezes ao dia 1/2 empóla. Em caso de necessidade, a dose oral pode ser duplicada.



KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN S/O RHENO

O Leite Maltado HORLICK'S *nas desordens digestivas*

NAS doenças e desordens gastro-intestinais — nas ulcerações gástricas e duodenais é essencial que a dieta seja suave e calmante. Os alimentos devem apresentar-se sob um aspecto muito dividido, devendo haver o cuidado de evitar constituintes que irrite as membranas mucosas.

O Leite Maltado de HORLICK'S está sendo constantemente recomendado para ser usado nestas condições. Compôsto de leite de vaca muito puro e rico em nata, combinado com extractos solúveis de

malte e trigo, satisfaz as necessidades dos médicos e dos pacientes, pois não contém ingrediente algum susceptível de causar irritações ou de excitar as secreções. É de preparação fácil e permite tomar refeições pequenas com curtos intervalos, sendo muito agradável ao paladar. Horlick's é, também, um veículo excelente para ser adicionado aos ovos quando sejam aconselháveis.

O Leite Maltado de HORLICK'S tem sido usado com grande successo nas diarreias e disenterias.

A pedido dos Ex.^{mos} Clínicos fornecem-se amostras gratuitas

Representantes exclusivos em Portugal:

ESTABELECIMENTOS JERÓNIMO MARTINS & FILHO

13, Rua Garrett, 23 — LISBOA

TARTROL

Indolór

Soluto aquoso de tartaro bismutato de sódio contendo 2,5 miligramas de Bismuto por cm.³ em injeções intramusculares no tratamento da sífilis.

LABORATORIOS "SICLA"

Campo Grande, 298 — Lisbôa

Fornecedores da clinica de Sífilis do Hospital Escolar de Lisbôa

Preparado por: J. Pedro de Moraes e J. Pinto Fonseca

FARMACEUTICOS

Depositário: Raul Gama — R. dos Douradores, 31

LISBOA

Jersild (34) tenta estudar, à luz dos novos conhecimentos, as doentes cujas observações serviram de base à elaboração da sua teoria da estase linfática. Apenas consegue, em duas, discriminar a natureza etiológica pelas intradermo-reacções. Ambas reagiram positivamente ao antigénio linfogranulomatoso, sendo nula a reacção com a vacina Dmelcos. Logo abandona a sua primitiva hipótese para reconhecer origem linfogranulomatosa à elefantíase recto-vulvar, tanto mais que a oclusão de vários gânglios, mais natural na adenite da úlcera venérea que na do cancro mole, coaduna-se melhor com o mecanismo formador da infiltração hiperplásica. De novo (35) marca a sua directriz etiológica, asseverando, em quatro outros casos de sifiloma ano-rectal e estiomeno, a responsabilidade do vírus da doença de Favre no desenvolvimento da paquidermia.

Em doutrinação entusiástica afirma a coexistência freqüente, quasi habitual, das duas partes aliquotas do seu síndrome. Negalhes, por completo, a procedência sifilitica, sem qualquer benefício da terapêutica realizada nesse sentido, e declara que tais doentes reagem positivamente cêrca de 100% ao Frei, a percentagem das reacções Ito positivas não sendo maior do que era de esperar num meio sujeito a tão variados contágios (36).

A análise detalhada das prédicas de Jersild um pouco apaga a intransigência da etiologia única, e esclarece, possivelmente, algumas das lacunas abertas. Se bem que não seja raro encontrar numa doente a esclerose vulvar hipertrófica e um apêrto inflamatório do recto, a sua simultaneidade está longe de poder ser ditada como regra geral. Em muitos doentes com estiomeno observam-se perturbações rectais por constricção; mas quantas estenoses, organizadas independentemente de qualquer alteração morfológica dos órgãos genitais externos. A divergência de opinião surge então naturalmente do modo como o problema é considerado, doença a mais em moléstia genital ou complexo hipertrófico vulvar associado às perturbações intestinais. O ginecologista vê muito onde o proctologista encontra pouco, o que permite que, ao lado da autoridade do autor dinamarquês, Bensaúde e Lambling (37), se espantem da freqüência apontada, o primeiro dos dois não encontrando, no número considerável de doentes com apêrto do recto, por êle examinados, mais de meia dúzia com lesões genitais.

O estudo continuado por parte dos autores latinos das condições de transformação fibrosa dos tecidos vulvares e peri-rectais, novamente acorda a discussão do germen causal. Eduardo de Gregório (38) obtém resultados positivos na inoculação dérmica com a vacina Dmelcos e, das características evolutivas, resultados da reacção de Wassermann e benefícios da terapêutica específica das suas observações, conclue (39) que se a poradenite desempenha um papel importante na génese dos transtornos genito-rectais, não se deve abandonar a noção da acção preponderante por vezes tomada pela lues, a tuberculose ou o cancro mole. A impossibilidade de separar então responsabilidades cria o ecletismo etiológico, sendo difficil de admitir um só germen como causal (40).

As observações II e III, que características afins e graus anátomo-patológicos vizinhos permitem que se agrupem, merecendo critério de conjunto, necessitam que sôbre elas se moldem, de qualquer modo, comentários respeitantes à possível acção da infecção luética no síndrome de Jersild, tanto mais que, da análise, surgirá, por certo, a noção dos factos dissemelhantes.

Os negativistas do papel da sífilis na formação da esclerose hipertrófica da vulva colhem argumentos no facto do contágio ser, às vezes, posterior ao início do mal, na nula melhoria que condiciona o tratamento anti-sifilítico, que todavia *sistemáticamente vai sendo prescrito*, nas hipóteses de ordem patogénica, na noção duma antiga adenite e, principalmente, na resposta às pretensas reacções específicas. Nas doentes das obs. II e III a existência da infecção sifilítica não consente dúvidas; na primeira, nitidamente se marca a data dos accidentes iniciais dez anos antes do primeiro sinal vulvar, sòmente quinze anos depois surgindo as primeiras perturbações subjectivas do intestino; na segunda passou despercebido o momento da invasão treponémica, mas é de notar, contudo, que a doença revela os primeiros malefícios dois anos antes do internamento e que, na ocasião do exame, o terciarismo não admite hesitações. Numa e noutra a terapêutica específica triunfa dos sinas gerais evolutivos, e se na segunda doente só se consegue melhoria dos padecimentos rectais, na obs. II anota-se, além do aumento de calibre do estreitamento, a regressão dum tærço de volume do morbo genital.

Acusa-se a doença de Favre, aponta-se a freqüência das

adenites inguinais antes do desenvolvimento da elefantíase genito-rectal e, na sua ausência, serve de explicação o facto de, na mulher, o contágio podendo fazer-se na parte posterior da vagina ou do útero, a flegmasia localizar-se á na pele. Assim se compreende que a linfogranulomatose benigna seja mais vulgar no homem e que as estenoses do recto se observem, de preferência, no sexo feminino. Por outro lado, lê-se (41) que os apêrtos inflamatórios do recto de origem linfogranulomatosa são os mais resistentes ao tratamento por dilatações. Pois na doente da obs. III, em que não se apura, nos antecedentes mórbidos, a existência duma adenite da virilha, em que a reacção de Frei é negativa e a de Ito positiva, os resultados do tratamento não sofrem comparação com os da outra doente do mesmo grupo, de Frei e Ito positivas, com uma adenite muito antes do despertar da enfermidade, em que, por consequência, era de contar com uma maior rebeldia á terapêutica.

Não se argumente que os resultados opostos das intradermo-reacções são função de antigénios diferentes e não se archive a negatividade duma como dependente dum possível envelhecimento do líquido, exigindo-se, então, nova investigação de alergia. Foram realizadas ambas no mesmo dia, com antigénio fresco e que, mercê da embalagem em que está acondicionado, foi retirado para as duas reacções da mesma ampola.

O entusiasmo inicial da descoberta de Frei e do campo mórbido da doença de Nicolas-Favre, como etiologia única dos síndromos escleroso-hipertróficos, esmorece já um pouco, que, de trabalhos de conjunto e relatos isolados, se conclue que nem tudo deve ser etiquetado de linfogranulomatose. Á série de casos successivos de alergia positiva que conduziram á afirmação do exclusivismo causal, segue-se, como reacção, a apresentação de outros em que a investigação com o antigénio linfogranulomatoso resulta negativa. Gougerot, com Cohen (42), depois Audry e Falve (43), de novo Gougerot (44) e outros autores, vão comunicando observações de doentes com fibrose elefantíásica do recto ou da vulva em que a intradermo-reacção, a-pesar-de repetida, não revela a hipersensibilidade.

Além de que a especificidade absoluta da intradermo-reacção de Frei, que, entre muitos autores, Hellerstroem (45), Dewolf e Clive (46), Lepinay (47), Sénèque (48), etc., admitem sem dis-

cussão, sofre já das contraprovas e do estudo das suas variações quando a poroadenite se associa com outras enfermidades. Nicolas e Fabre (49) fixam a sua capacidade biológica e, se bem que lhe atribuam determinado alcance, negam-lhe, contudo, valor absoluto. E nesse trabalho e em mais dois comunicados (50 e 51), diz-se que, em caso de coexistência da quarta doença venérea com outra enfermidade do mesmo grupo, a sífilis ou o cancro mole, os exagêros de sensibilidade por influência recíproca, podem anular-se. A-propósito das publicações da escola de Lyon, Frei (52), argumenta a especificidade do seu antigénio, na sua afirmação uma reacção negativa não excluindo a doença de Favre, particularmente na elefantíase génito-rectal. Contudo, do mesmo modo aponta a influência da associação etiológica sobre a alergia cutânea. E, em trabalho recente, Coutts, Landa e Martini (53), traduzem a possibilidade de se observarem doentes indemnes da doença de Favre e que reagem ao Frei, encontrando-se entre êles muitos sifilíticos.

Não é meu intento, nem se harmonizaria com esta simples nota de introdução, afirmar ou negar valor de especificidade absoluta à intradermo-reacção de Frei. Apenas aponto as reservas que urge serem notificadas, visto que em doentes cujas condições sociais permitem múltiplas e variadas contaminações, não raro seria ler uma Frei onde nunca existiu o vírus da doença de Favre, e vice-versa, rejeitar o concurso da linfogranulomatose por uma intradermo-reacção negativa e por factor mórbido associado.

Nas duas observações colhe-se notícia do passado venéreo e estuda-se a alergia cutânea. Em uma e outra se avoluma o papel etiológico da sífilis, divisam-se outras doenças venéreas pelas reacções intradérmicas e aponta-se a evolução em desacôrdo com as características etiológicas. E mais não se consegue, em juízo final, confrontados os elementos adquiridos e as opiniões de outrem, do que sujeitar a caução o exclusivismo da etiologia linfogranulomatosa, acreditando que os síndromos elefantíasicos génito-ano-rectais devem ter uma etiologia microbiana múltipla, as sucessivas complicações venéreas explicando a sua formação. É difícil de eliminar o papel da sífilis, pelo menos como elemento adjuvante, senão, em alguns casos, como factor essencial. E a destrinça sempre cresce de dificuldade, tão certo é que nem a



Acidol-Pepsina

M. R.

Preparado de ácido clorídrico e pepsina, sob forma de comprimidos

Contrariamente aos preparados líquidos de ácido clorídrico e de pepsina, tem uma ação prolongada e favorável sobre a secreção gástrica. * Nenhum efeito caustico, sabor agradável, conservação boa, administração facilitada pela forma farmacêutica comoda para o enfermo.

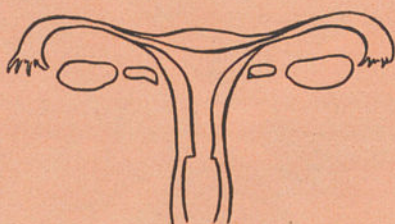


M. R.

EMBALAGEM ORIGINAL :
Tubos de 10 comprimidos de 0 gr. 50 concentração I (acidez forte) e concentração II (acidez fraca).

» LUSOPHARMA «, Rua dos Douradores 150,³ / LISBOA

Port. 199/344.



Nas perturbações funcionais ovarianas

PROLAN

M. R.

hormonio estandardizado do lobo anterior da hipofise para a ativação das funções ovarianas na amenorrea, oligomenorrea, dismenorrea, esterilidade, infantilismo. Também indicado na caquexia hipofisaria e estados infeciosos dos órgãos genito-urinarios

UNDEN

M. R.

hormonio ovariano, estandardizado, para a terapeutica vicariante na formação hormonal-folicular escassa e deficiente. Doenças climatericas, oligomenorrea, amenorrea



M. R.

Formas comerciais: Drageas e ampolas

Para o tratamento ciclico recomenda-se a aplicação alternativa de Prolan e Unden correspondente ás condições normais:

Prolan: na primeira metade intermenstrual

Unden: na segunda metade intermenstrual

sorologia resolve o problema, a reacção de Wassermann podendo ser positiva na doença de Favre (54 e 55), nem as lesões perfeitamente organizadas podem oferecer, de maneira nítida, a prova terapêutica.

A sífilis contraída ou herdada deve desempenhar um papel de relêvo na formação do tecido de esclerose que, por si, caracteriza os síndromos elefantiásicos. E se por vezes se julga poder afastar a idea do seu concurso patogénico pela presença, mais facilmente evidenciável, de outros estados mórbidos anteriores, forçoso se torna também, em alguns casos, cifrar o conceito etiológico na infecção luética, porque mais nenhum elemento causal decifra o estudo atento da doente. A observação seguinte, de que o exame microscópico define, em última análise, a natureza elefantiásica presumida, vem, até certo ponto, quando o plano geral desta nota estava já elaborado, servir de refôrço ao conceito que acima afirmo; o síndrome elefantiásico génito-rectal, em passado venéreo nulo, só encontra explicação na sífilis herdada. Da observação clínica apenas se dá noticia nas suas linhas gerais, necessárias para compreensão das lesões, tão certo é que a importância delas e dos desarranjos morfológicos genitais, intestinais e urinários, exige notificação mais ampla e completa.

OBSERVAÇÃO IV. — M. G. S. D. Registo clínico n.º 2.540. Rapariga de 16 anos de idade — órfã de pai, com antecedentes familiares suspeitos de *lues*, com estigmas de heredo-sífilis, sem ter tido ainda o surto puberal, de metabolismo de base normal, com uma reacção de Wassermann negativa no sêro sanguíneo, de intradermo-reacções de Frei e Ito negativas, sem que o exame clínico descortine anomalias funcionais nos variados departamentos—procura o hospital em virtude duma hipertrofia localizada sôbre a comissura anterior da vulva e de distúrbios da defecação.

Absolutamente indolor, espontâneamente e à palpação, dobrando-se e poitando sôbre os órgãos genitais externos, continuando sem demarcação os pequenos lábios, existe, presa ao púbis por pedículo espêsso, uma massa arredondada, de consistência renitente, do tamanho dum ovo, recoberta por tegumentos normais. Mucosa vestibulo-uretral dura, infiltrada, recoberta de pequenas excrescências igualmente duras, sangrando ao contacto. Exsudação sôro-purulenta.

Apêrto do recto a 5 cm. do ânus. Anel circular de 6 mm. de calibre, sem vegetações. Zona de rectite abaixo do estreitamento. Saída de muco-pus pelo orifício estenosado. Emissão de sangue durante e fora das dejecções. Fezes em fita. Dejecções diárias, indolores, de fezes moles.

As dificuldades de exoneração, agora mais exageradas, sentiu-as desde o nascimento. E, sòmente há sete meses é que a mãe reparou na pequena tumefacção do pénis, que tinha já o volume actual.

Em suma, rectite crónica estenosante, acompanhada de anomalia morfológica do monte-de-Vénus, que o diagnóstico clínico etiquetava de elefantíase vulvar, dado o seu aspecto e vegetações exuberantes da mucosa vestibular. Em determinada altura faz-se a exereze de tumefacção (operação n.º 1302. Prof. Teixeira Bastos), com exame histológico consecutivo, cujo relato se transcreve na íntegra:

«Por debaixo de revestimento cutâneo nota-se um tecido conjuntivo cujos elementos, unidos pelos seus prolongamentos, são dissociados por uma



Fig. 6. — Observação IV

substância amorfa que o mucicarmim não cora, e ao tecido confere o aspecto mixóide. Nas camadas periféricas, de onde a onde, lóbulos adiposos, um ou outro folículo adiposo, glândulas sebáceas com aspecto normal, tubos sudoríparos (alguns em dilatação cística) e lamelas colagénicas dispostas, sobretudo, à roda dos vasos.

Estes, relativamente abundantes, apresentam lesões acentuadas de meso e endovascularite, por vezes com obliteração completa. Pequenos infiltrados inflamatórios de predomínio linfocitário. Este aspecto coaduna-se com o diagnóstico clínico de *produção elefantíase* (Prof. Amândio Tavares. Exame n.º 1.518).

Atente-se bem. Numa rapariga de 16 anos de idade faz-se a ablação duma elefantíase vulvar. Há concomitância de estenose do recto, o conjunto cabendo dentro da designação de síndrome de Jersild. Virgem, sem suspeita de qualquer contágio venéreo, com a percepção da doença *pelo menos aos 9 anos de idade com a objectivação actual*, a explicação etiopatogénica da sua doença só poderá ser pedida à sua infecção sifilítica herdada. Não se conseguirá invocar aqui, à semelhança do que se faz para o adulto, o papel das infecções venéreas actuando por intermédio das perturbações linfáticas. Se, por hipótese, a doente não se tivesse ressecado a anomalia genital, dado que, no decurso da vida se pudesse sujeitar a contaminações venéreas, positivando-se as reacções intradérmicas, por certo, em exame ulterior, perduraria como elemento patogénico a adenite averiguada, e, como o comêço não permitia o exclusivismo etiológico, do todo de factores associados se definiria o mixto de responsabilidades mórbidas. !E quão longe se estaria da verdadeira etiopatogenia!

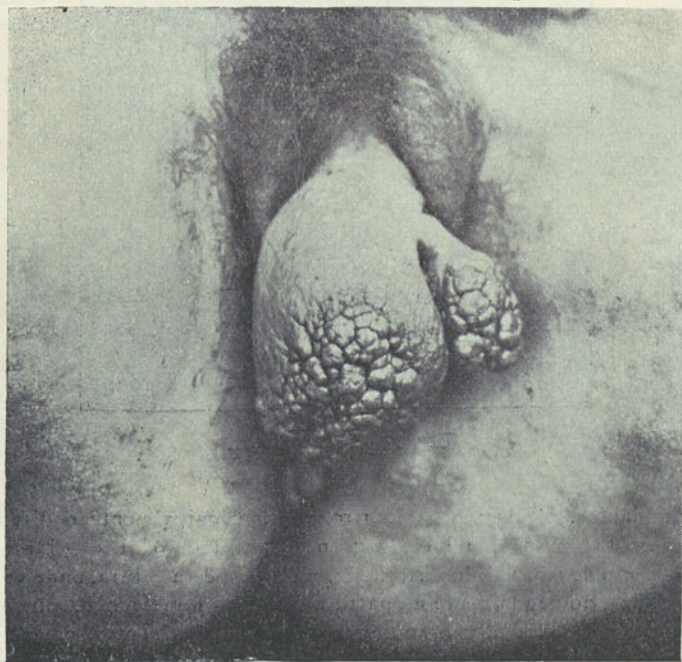


Fig. 7. — Observação V

OBSERVAÇÃO V.—Registo clínico n.º 2.070. R. A., 32 anos de idade, solteira.

Indemne de qualquer tara herdada, sem que os seus antecedentes pessoais mais revelem do que a existência duma adenite inguinal, parece livre de outros fenómenos mórbidos além da sua moléstia genital e *lues* evolutiva, a ausência de sintomatologia subjectiva dos diferentes aparelhos acompanhando-se apenas, na objectivação clínica, duma condensação, em comêço, do vértice pulmonar direito.

As provas fotográficas quasi informam da extensão das lesões. Os dois



Fig. 8. — Observação V

pequenos lábios, nitidamente hipertrofiados, principalmente o direito, que remeda em tamanho uma laranja grande, muitíssimo duros, fibrosos, são cobertos por pele também hipertrofiada, muito espessa e dura, onde se notam, disseminadas, nomeadamente na parte inferior da tumefacção, inúmeras papilas aumentadas de volume, juntando-se, em alguns pontos, em volumosos nódulos, esclerosos que se estendem até à margem do ânus. Entre as duas ninfas, na área do clítoris, bem como à entrada da vagina, existem numerosas

ulcerações de bordos endurecidos, supurando abundantemente, de fundo sanioso e bordos irregulares. Septo recto-vaginal espessado nuns pontos, adelgado noutros, por infiltração inflamatória que até lá se continua. Ao redor da vulva, na raiz das coxas, abundam as siflides que, mais além, à superfície dos tegumentos, esparsas, se observam.

Reacção de Warssermann fortemente positiva no sôro sanguíneo (sangue n.º 9.134. Laboratório Nobre).

De cinco anos datava já o início insidioso da elefantíase da vulva e, a-pesar das variadas terapêuticas ensaiadas, a marcha do tecido escleroso não se detinha. Por isso recorre à solução cirúrgica. Cuidadosamente se prepara a doente para a intervenção mutilante, conjugando, durante muito tempo, a desinfecção local com o tratamento da sua avariose, que sempre se mostrou ineficaz para a evolução da enfermidade vulvar. E assim, na altura devida, sob narcose pela mistura de Schleich, o Sr. Prof. Teixeira Bastos procede à ablação da massa paquidérmica (operação n.º 1.013). E logo o exame microscópico da peça participa das variantes histológicas, confirmando e completando o diagnóstico: «O exame histológico revela uma produção resultante do espessamento localizado da derme e do tecido celular subjacente, com numerosos focos de infiltração linfo-plasmática, de importância variável e disposição perivascular, predominante. Trata-se duma produção elefantiásica, em relação com um processo inflamatório crónico». (Prof. Amândio Tavares. Exame n.º 553).

OBSERVAÇÃO VI.—Registo clínico n.º 2.238. R. L., 38 anos de idade, solteira.

Elefantíase do grande lábio esquerdo. Volumoso esféróide, quasi do tamanho duma cabeça de adulto, preso ao púbis por pedículo espesso e duro, que mais não é, alongado e alargado, que o grande lábio esquerdo, no seu desenvolvimento sofrendo, em sentido dextro-gira, movimento de torsão espiral. Invulgar pelo grau de crescimento, separando as duas coxas e avizinhandos, pelo polo inferior, o plano articular do joelho, a tumefacção é extremamente dura, muito embora em pequenas zonas isoladas e dispersas a consistência seja menor. Pele rugosa, sêca, dura e hipertrofiada, semeada de papilas e reentrâncias de extensão variável, a mais profunda junto duma cicatriz esbranquiçada, dispondo-se como sulco transversal na metade esquerda do hemisfério inferior da tumefacção.

O grande lábio direito participa também do processo de esclerose local. A hipertrofia, contudo, não lhe mas-



Fig. 9. — Observação VI

cara a forma e a disposição. E, de sinais genitais, mais não se apura além duma dismenorrea ovárica.

Nos diferentes departamentos a pesquisa semiológica é pobre de sinais anormais: Falta dum globo ocular por supuração anterior, cicatrizes de adenites cervicais, períodos de insuficiência de secreção ovárica.

Análise urinária sumária negativa. Negatividade da soro-reacção de Wassermann (sangue n.º 9.810. Laboratório Nobre).

O crescimento vulvar iniciara-se havia três anos, sem concomitância de fenómenos inflamatórios regionais, após uma amenorrea dum ano. O aumento progressivo, com suas intermitências, lento e indolor, sempre mais pronunciado no lábio esquerdo, sofre, no ano seguinte, por acidente agudo



Fig. 10. — Observação VI

intercorrente, acentuação rápida: ulceração juxta-maleolar interna, logo seguida de outras semelhantes junto do joelho. Linfangite e adenite inguinal. Já os fenómenos flegmáticos se tinham calgado ao longo do membro inferior esquerdo, quando o lábio vulvar do mesmo lado, inflamando-se, aumenta rapidamente de sensibilidade e tamanho. Pela abertura espontânea, que a seguir se estabelece, drena abundantemente pus misturado com sangue. E a tumefacção, longe de diminuir com o escoamento, continua, pelo contrário, a acentuar o seu crescimento. Cicatriza a solução de continuidade do grande lábio, fecha a fistula inguinal e, com o aumento progressivo do volume, surgem as dificuldades de locomoção, tudo conduzindo ao internamento.

Depois dum tratamento antilúético de efeito nulo, como era de esperar,

e de vacinação pre-operatória com o propidon Delbet, pratica-se a ressecção da tumefacção, que é enviada para estudo microscópico.

Operação n.º 1067. (Prof. Teixeira Bastos): «Raquianestesia com novocaína. Secção cutânea elítica na base do pedículo de implantação. Laqueação de numerosos vasos anómalos. Dissecção subcutânea das zonas edemaciadas. Extirpação em massa do tumor elefantíaco. Abertura dos espaços linfáticos supra-aponevróticos, acima e à esquerda do púbis. Sutura a crinas».

Exame histológico n.º 693. (Prof. Amândio Tavares): «Produção essencialmente fibrosa, pouco vascularizada, apresentando de longe a longe focos de infiltração de pequenas células redondas, agrupadas, de preferência, à roda dos vasos. Observam-se raras formações tubulosas com o aspecto de glându-

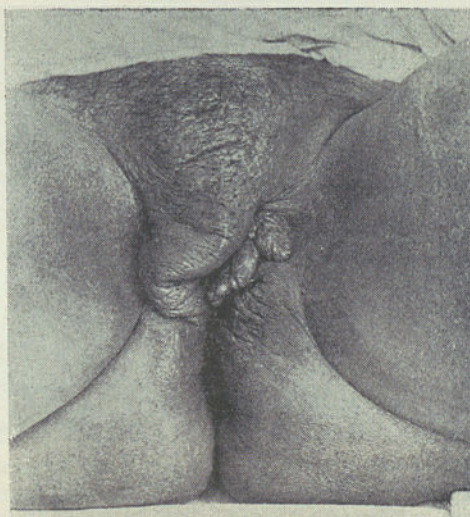


Fig. 11. — Observação VI
Depois da intervenção cirúrgica

las sudoríparas, por vezes em transformação cística. Os fragmentos da periferia mostram uma epiderme fina, sem alterações notáveis, a revestir superficialmente o tumor».

A doente volta ao Serviço, em Novembro último, acudindo à chamada que então se lhe faz, para documentação post-operatória. Não se dera a recidiva sôbre a cicatriz da intervenção e o acréscimo de volume do grande lábio direito, que, entretanto, se tinha exagerado, não a incomodava sobremaneira.

OBSERVAÇÃO VII. — Registo clínico n.º 2.294. A. R. C., viúva. Mulher de 34 anos de idade, regularmente constituída, de semiologia anormal nula nos seus diversos aparelhos e sistemas, parecendo portadora duma lues em parte

herdada, em parte contraída, com uma reacção de Wassermann negativa no sôro sanguíneo (sangue n.º 10085. Laboratório Nobre), de pouco se queixa, afóra a sua doença nitidamente segmentar.

Há três anos que o seu antigo e reduzido corrimento vaginal se tornara muito mais abundante. Logo, insidiosamente, aumentam de volume os pequenos lábios, surgindo, num dêles, uma pequena ulceração irregular, que rapidamente se extingue com o tratamento tópico. Mantém-se, todavia, a tumefacção das ninfas e, com a continuação da leucorreia, a área vulvar torna-se em breve sede dum prurido intenso e insuportável. As inevitáveis escoriações produzidas pela tentativa habitual de alívio, fazem nascer novas ulcerações que, por largo tempo, não desaparecem. E, do conjunto, resulta o cresci-

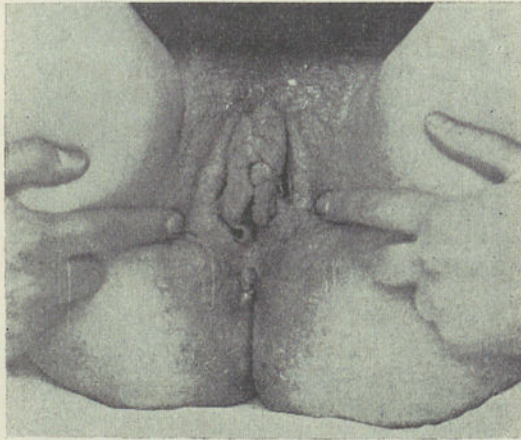


Fig. 12 — Observação VII

mento lento e progressivo das dimensões dos pequenos lábios, até atingirem o volume actual.

Dobrados e arqueados adiante do vestibulo da vagina e da área do meato urinário, que um e outro dissimulam, os pequenos lábios, claramente hipertrofiados, conservam um pouco da sua disposição habitual, ainda que o seu aspecto fuja bastante da normalidade. Duros em extremo, juntando-se em processo de fibrose com o clitoris, são envolvidos por pele espessa e mucosa dura, de aspecto nacarado. Nos sulcos interlabiais cavam-se ulcerações longitudinais, atónicas, supurantes, sangrando ao menor contacto. E à superficie das ninfas dispõem-se ríngolos irregularmente dispersos, fragmentando em ilhotas pequenas a pele hipertrofiada. Fortemente pruriginosas, as ulcerações, que no fundo dos sulcos limitantes de preferência habitam, sangrando ao atrito e supurando um pouco, são sòmente sede de dores ligeiras, que o todo restante da tumefacção é completamente indolor. Pelo orifício vulvar da vagina escoa-se corrimento amarelado abundante e na exploração genital superior define-se uma cervicite com integridade das regiões anexiais.

O segmento rectal sofre também do processo de edema crónico. Apêto do recto, organizado a 5 cm. do esfíncter anal, com irregularidades da mucosa por nódulos de esclerose, e acompanhado da sintomatologia habitual: tenesmo, fezes em fita, etc.

A completar o quadro mórbido, espécie de ponte de passagem entre os padecimentos rectais e vulvares—ligação regional, talvez étio-patogénica—



Fig. 13. — Observação VII

abre-se na parede vaginal posterior, dois dedos acima do anel vulvar, uma fistula recto-vaginal, dando passagem a gases e fezes, percebida a quando do comêço da doença vulvar.

As três observações, cuja antiguidade não permitiu o seu estudo debaixo do ponto de vista de investigação de passadas moléstias venéreas, para definir possíveis critérios etiológicos, encontram a justificação da sua notificação em variantes e pormenores que lhe são pertença. Em tôdas se suspeita da existência da infecção treponémica que, em uma, evoluindo com positividade da reacção de Bordet-Warssermann, claramente se individualiza. Na primeira revela-se uma adenite inguinal antes do desenvolvimento da doença e o início insidioso duma não logra explicação no período amenorreico que antecedeu o comêço da enfermidade. Nas três doentes o tratamento antisifilítico foi absolutamente incapaz de minorar o grau da paquidermia vulvar, mas nenhum tratamento médico reduz, certamente, as

escleroses hipertróficas de tal extensão. Na última, o processo mórbido, alargando-se, ligou as duas localizações, a complexidade das lesões explicando a sua publicação. E, na segunda observação, o volume atingido pela tumefacção e a variação de técnica operatória gozam direito de citação, além de que é possível deprender, na história pregressa, a acção de associação etiológica desempenhada pelo estreptococo de Fehleisen, que Sabouraud (56) primeiramente evidenciou nas elephantíases da vulva e que, mais tarde, Gregório e Garcia Serrano (57) de novo assinalaram, na sua opinião, as diferentes afecções venéreas apenas preparando o terreno para o germen produtor.

Por êste conjunto de caracteres se dá informação reunida das observações clínicas, visto que a falta de pesquisa da hipersensibilidade aos variados antigénios não consente que delas se tire ilação para a destriça etiológica que, mais acima, se esboça.

As diversas etiologias que se encontram na seqüência das sete observações quási constituem o quadro completo das determinantes da elephantíase da vulva. Há que acrescentar a noção de outros germens menos freqüentes — nomeadamente as nócardias que Gougerot (58) e Moutier, Barbier e Deroche (59) isolaram dos síndromos elephantíasicos vulvares — sem que, contudo, se vá até ao exagêro de afirmar a existência dum parasita desconhecido por a doença ser mais freqüente nos países quentes... (60)

Mas qualquer que seja a interpretação, uma lacuna persiste sempre para além da discussão causal. Admita-se esta ou aquela etiologia, incriminem-se obliterações linfáticas, acusem-se adenopatias, destrincem-se as variadas afecções venéreas ou associem-se os diferentes factores como responsáveis do mal que o mecanismo patogénio íntimo, de desequilíbrio tecidual ou mesmo celular, permanece indecifrável. O conceito antigo da génese do edema à custa da estase linfática, por si não resolve o problema, visto que, experimentalmente, Kuntzen (61), laqueou todos os linfáticos duma região sem que a observação continuada divisasse a formação duma hipertrofia elephantíásica. E extirpando um determinado grupo ganglionar, longe de ver nascer a paquidermia — como o faria supor um determinado grupo de constatações clínicas — verificou, com espanto, que a drenagem de linfa era, então, mais perfeita. O professor auxiliar Alvaro Rodrigues (62), em

trabalho original sôbre o sistema linfático, demonstra mesmo, após várias séries de experiências, que, seccionados os vasos carreadores de linfa, não só a circulação colateral logo se restabelece como até o próprio tronco cortado, lentamente, se regenera.

E se, como é de supor, por relatos clínicos e exames histológicos, a estase linfática desempenha um papel gerador, por certo de preparação, ¿ qual o processo eficiente da doença? Todos os edemas que, durante muito tempo, estadiam uma região, acabam, diz Le Calvé (63), por sofrerem a organização conjuntiva, das influências mútuas e reacções de vizinhança resultando o seu carácter de cronicidade. Não se compreende, principalmente depois dos ensaios experimentais, que, sòmente pela continuação de condições de nutrição defeituosa, os tecidos sofram tão profundas modificações estruturais com características flegmáticas nítidas. É necessário que à obstrução linfática se juntem agentes inflamatórios para que se observe a produção da paquidermia regional. É também a interpretação de Marcondes de Moura (64), na sua observação, e é ainda a hipótese étio-patogénica dos síndromos elefantiásicos, formulada separadamente por Sarasola (65), que crê em agentes irritantes formados na linfa, e por Cohen (66), para quem, nos síndromos ano-vulvares, existe sempre infecção local, os dois factores infeccioso e trófico, agravando-se reciprocamente, explicariam a tendência extensiva do processo.

A patogenia da transformação edematosa que, para Darier (67), qualquer que fôsse a causa da elefantíase, se resumia sempre numa obstrução dos vasos linfáticos com esclerose ganglionar secundária, carece que, no seu mecanismo, se introduza a idea do processo inflamatório. Os síndromos elefantiásicos do recto e da vulva, que Jersild fazia derivar apenas da estase linfática, sofrem já hoje orientação nova. Favre (68), ao discutir uma comunicação daquele autor, marcando os casos derivados da linfogranulomatose e os que não reconhecem tal etiologia, em noção de patogenia, junto do obstáculo ganglionar, define o processo inflamatório em perirectite e celulite. E, Gay Prieto (69) julga poder demonstrar pelo estudo histológico de tecidos rectais e peri-rectais, que o processo patológico não se limita a distúrbios da circulação linfática, mas que o germen—o vírus da doença de Favre, na sua observação—caminha para as paredes do recto, produzindo, especificamente, as lesões.

Em resumo — e sem pretender formular conclusões nítidas, que a língua das observações não o consente — de sete doentes com elephantíase de vulva dou relato detalhado, descriminando as variações mórbidas e tentando definir as determinantes etiológicas. Ao lado da localização genital, em cinco doentes, a enfermidade levou também os seus malefícios até à ampola rectal, a percentagem da associação das suas lesões avizinhando-se da fornecida por Jersild (70). Em tôdas a infecção luética marca, com maior ou menor evidência, a sua presença e evolução, que a positividade de duas reacções sorológicas mais conuribue para afirmar. O estudo da alergia cutânea, de acôrdo com os comemorativos, identifica, em algumas, as doenças venéreas preexistentes ao despertar da doença, podendo ser acusadas como elementos causais. Do estudo das observações clínicas e sua étiopatogenia resulta a impressão de que nos síndromos elefantiásicos vulvares, em doentes de patologia tão variada, o ecletismo etiológico (71) é de admitir, não relegando para segundo plano o papel da tuberculose e da sífilis, que, por si só — e disso é prova a obs. IV — pode produzir tôda a infiltração regional. O cancro mole e a doença de Favre ocupam, certamente, lugar de relêvo na gênese dêstes síndromos, principalmente a segunda, cuja importância etiológica parece de subido valor. Mas é do conjunto das diversas afecções (*) com as infecções associadas que deve resultar a perturbação de nutrição celular e o processo mórbido, de que as tumefacções elefantiásicas são a tradução clínica. E as variadas incógnitas que vão surgindo no estudo das doentes — modo de início, evolução, perturbações subjectivas — persistem sem explicação, enquanto os conceitos patogénicos e as tentativas de produção experimental do edema elefantiásico não fizerem esquecer o assêrto do Prof. Leriche, tantas vezes invocado: «Au fond tout est inconnu dans leur etiologie et dans leur mécanisme» (73).

(*) O Dr. Silva Leal, num dos seus trabalhos (72) sôbre estenoses rectais e peri-rectais, expõe critério etiológico semelhante, a-propósito da gênese dos apertos inflamatórios: «Passou a época em que ao apêrto do recto se punha automaticamente o rótulo de sífiloma; não nos deixemos cair na forma simplista de o etiquetarmos sistemáticamente como uma forma de doença de Nicolas-Favre. De pé ficam tôdas as etiologias anteriormente apuradas; a acrescentar temos a linfogranulomatose, possivelmente muito freqüente; assim me parece dever encarar o problema da etiologia das estenoses rectais e peri-rectais».

BIBLIOGRAFIA

- 1) ALMEIDA (João D'). — Tratamento cirúrgico da elefantíase. *Revista Médica de Angola*, pág. 495. 1923.
- 2) BASTOS VIEGAS. — Elefantíase e Estados Elefantiásicos. Tese de doutoramento. Fac. de Medicina do Pôrto. 1919.
- 3) — Três casos de elefantíase dos membros inferiores tratados pelo método de Kondoléon. *Portugal Médico*. Vol. VI, n.º 5, pág. 199.
- 4) MAGANO (FERNANDO). — Síndrome elefantiásico e espina bifida. *Portugal Médico*, n.º 4, pág. 172. 1933.
- 5) HUGUIER. — *Bull. de l'Académie de Médecine*. 1848.
- 6) PRIETO (GAY) y VILLAFUERTES. — Contribución al estudio de la úlcera vulvar crónica elefantiásica (estiomene). Sus relaciones con el sífiloma ano-rectal de Fournier. *Arch. de Med. Cirug. y Espec.*, n.º 452, pág. 117. 1930.
- 7) Cit. por HUDELO et RABUT. — Les éléphantiasis de la vulve. *La Presse Médicale*, n.º 9, pág. 129. 1927.
- 8) MOURA (MARCONDES DE). — A propos d'un cas d'éléphantiasis de la vulve. *Révue Sud-Américaine de Méd. et de Chirurg.*, n.º 1, pág. 53. 1930.
- 9) USANDIZAGA y GARCIA AMO. — Estiomene vulgar. *Arch. de Med. Cirug. y Espec.*, n.º 524, pág. 577. 1931.
- 10) LECÈNE et LERICHE. — *Thérapeutique Chirurgicale*, Paris, vol. III, pág. 528. 1925.
- 11) RAVAUT et CACHERA. — Bubon chancreleux et maladie de Nicolas-Favre. *Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n.º 2 e 3, págs. 97 e 214. 1932.
- 12) SÉZARY (A.) et LENÈGRE (I.). — Le diagnostic de la maladie de Nicolas et Favre et l'intradermo-réaction de Frei. *La Presse Médicale*, n.º 100, pág. 1893. 1932.
- 13) COTTE (GASTON). *Chirurgie du Sympathique pelvien en Gynecologie*, Paris, pág. 292. 1932.
- 14) HUDELO, CAILLIAU et PIEROT. — Élémentiasis ano-recto-vulvaire d'origine tuberculeuse chez une malade syphilitique. *Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et Syph.*, pág. 352. 1924.
- 15) FORGUE (ÉMILE) et MASSABUAU. — L'éléphantiasis tuberculeux. *Révue de Chirurgie*, tómo XXXIX, pág. 1.029. 1909.
- 16) MOULONGUET (P.) et DOBKEVITCH (S.). — Les diagnostics anatomo-cliniques de P. Lécène. II. Appareil génital de la femme. Élémentiasis vulvaire, pág. 32.
- 17) DUJARIER et LAROCHE. — Un cas d'éléphantiasis tuberculeux. *Révue de Chirurgie*, tómo XXXVIII, pág. 817. 1908.
- 18) HUDELO, RABUT et CAILLIAU. — Élémentiasis tuberculeux de la vulve. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, pág. 650. 1926.
- 19) MILIAN et DELARUE. — Élémentiasis vulvaire. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, pág. 396. 1927.
- 20) — Élémentiasis de la vulve. Résultat des inoculations. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, pág. 433. 1927.

- 21) MILIAN et LAFOURCADE. — Esthiomène de la vulve. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, pág. 321. 1925.
- 22) COELHO (SABINO). — Acêrca do estiômeno ou tuberculose hipertrófica da vulva. *Medicina Contemporânea*, pág. 87. 1932.
- 23) GOUGEROT (H.). Les syndromes recto-ano-genitiaux éléphantiasiques, ulcèreux et fistuleux. Multiplicité des formes cliniques, multiplicité des causes et fréquence des tuberculoses et nocardoses. *Journal des Praticiens*, Dezembro de 1930, pág. 801.
- 24) GREGÓRIO (EDUARDO). — Élémentiasis et ulcérations chroniques vulvaires. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, n.º 5, pág. 364. Fevereiro de 1930. Ext. in *Ann. de Dermatologie et Syphiligraphie*, pág. 1.228. 1930.
- 25) VIEGAS (LUIZ DE FREITAS). — A Syphilis. Suas manifestações tegumentares, pág. 127. Pôrto, 1925.
- 26) BENSÁUDE (R.) et MARCHAND (J. H.). — Un traitement particulièrement efficace du rétrécissement inflammatoire du rectum. *La Presse Médicale*, n.º 96, pág. 1.589. 1925.
- 27) PICARD (H.). — Le traitement du rétrécissement du rectum par la diathermie. *Zentralblatt für chirurgie*, tómo LII, n.º 31, pág. 1.709. 1925. Ext. in *Journal de Chirurgie*, n.º 4, pág. 455. Outubro de 1925.
- 28) LUZES (FRANCISCO FORMIGAL). — A dilatação diatérmica dos apertos do recto. *Lisboa Médica*, pág. 255. 1928.
- 29) JERSILD (O.). — Contribution à l'étude et à la pathogénie du soi-disant syphilome ano-rectal. *Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, pág. 62. 1920.
- 30) — Note supplémentaire sur l'éléphantiasis ano-rectal. *Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, pág. 433. 1921.
- 31) FREI Y KOPPEL. — Ulcus vulvae chronicum und Syphilome ano-rectal in ihren Beziehung zur Lymphogranulomatosen inguinalis. *Dermat. Wochens.*, pág. 1.920. 1928. Cit. no trabalho de Gregório: Apportaciones sobre 21 casos de estenosis rectal. *Los Progresos de la Clinica*, tómo XLI, n.º 264, pág. 764. Dezembro de 1933.
- 32) NICOLAU (S.) et BANCIU (A.). — Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose inguinale. *Ann. de Dermat. et Syphiligraphie*, n.º 4, pág. 332. 1932.
- 33) GREGÓRIO (E. DE) et MORÚA (J.). — La alergia en la linfogranulomatosis inguinal subaguda. *Arch. de Med. Cir. y Espec.*, tómo XXXVI, n.º 2, pág. 40. 1933.
- 34) JERSILD (O.). — Les intradermo-réactions dans le chancre mou et dans la lymphogranulomatose inguinal considérées spécialement dans leurs rapports avec l'étiologie du syphilome ano-rectal. *Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, pág. 577. 1930.
- 35) — Quatre nouveaux cas de syphilome ano-rectal et d'esthiomène avec intradermo-réaction de Frei positive. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, pág. 537. 1931.
- 36) — Rétrécissements rectaux. *Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et Syph.*, pág. 1.303. 1932.
- 37) BENSÁUDE (R.) et LAMBLING (A.). — Maladie de Nicolas-Favre et lésions

- ano-rectales. Sténose, ano-rectites simples, fistules isolées. *Paris Médical*, n.º 18, pág. 361. 3o de Março de 1932.
- 38) GREGÓRIO (E.) — Linfogramulomatosis inguinal subaguda y estenosis rectales. *Arch. de Med. Cirug. y Espec.*, n.º 20, pág. 566. 1933.
- 39) — L'allergie dans les états éléphantiasiques et ulcéreux des organes génitaux et dans les sténoses inflammatoires du rectum. *Actas Dermato-Sifiliográficas*, tómo XVI, pág. 304. Novembro de 1931. Ext. in *Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, pág. 661. 1932.
- 40) — La linfogramulomatosis inguinal subaguda y sus relaciones con el sifilograma de Fournier. *Arch. de Med. Cirug. y Espec.*, n.º 58o, pág. 569. 1932.
- 41) SÉNÈQUE. — Maladie de Nicolas-Favre et rétrécissements du rectum. *La Presse Médicale*, n.º 19, pág. 376. Março de 1934.
- 42) GOUGEROT et COHEN (René). — Étude de l'intradermo-réaction de Frei sur quelques malades. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, pág. 763. 1931.
- 43) AUDRY (C.) et FALVE (J.). — Syphilome ano-rectal hyperplasique. Intradermo-réaction négative au Frei, positive au Dmelcos. Efficacité du Dmelcos. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, pág. 883. 1931.
- 44) GOUGEROT et PATTE. — Éléphantiasis péri-ano-vulvaire et fessier avec réaction de Frei negative. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, 1933.
- 45) HELLERSTROEM (IVEN). — Intradermo-réaction dans la lymphogramulomatose inguinal. *Compt. R. de la Soc. de Biol.*, pág. 1.168. 1927.
- 46) DEWOLF et CLIVE. — Lymphogramuloma inguinal. — *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCIX, n.º 13, pág. 1.065. 1932.
- 47) LEPINAY et GRÉVIN. — Contribution à l'étude de la réaction de Frei. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, pág. 782. 1933.
- 48) SÉNÈQUE (M. J.). — Rectites inflammatoires et sténoses rectales. — *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chirurg.*, n.º 27, pág. 1.233. 1933.
- 49) NICOLAS (J.), FAVRE (M.) et LEBEUF (F.). — L'intradermo-réaction aux divers antigènes espécifiques dans la malade de Nicolas-Favre. Ses modalités. Ses variations au cours des associations avec la syphilis et la chancrelle. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, pág. 552. 1931.
- 50) NICOLAS, FAVRE, LEBEUF et CHARPY. — Nouveau cas d'anergie à l'antigène lymphogramulomateux dans une association de maladie de Nicolas-Favre et Syphilis. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, pág. 21. 1932.
- 51) NICOLAS, LEBEUF et CHARPY. — Trois cas d'anergie chancrelleux dans les associations de lésions chancrelleuses et de syphilis. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, pág. 22. 1932.
- 52) FREI (W.). — Sur la espécificité de la réaction de Frei. *Dermatologisch Wochenschrift*, tómo XCV, n.º 44, pág. 1.575. 1932. Ext. in *Ann. de Dermatologie et Syphiligraphie*, n.º 2, pág. 157. 1933.
- 53) COUTTS (W. E.), LANDA (F.), MARTINI (P. et J.). — Considérations sur l'allergie cutanée dans les maladies vénériennes. *Ann. de Dermatologie et Syphiligraphie*, n.º 8, pág. 714. 1933.

- 54) NICOLAS (J.), LEBEUF (F.) et CHARPY (J.). — Éléphantiasis génital dans un malade opéré il y a 18 mois pour maladie de Nicolas-Favre. Étude des intradermo-réactions. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, pág. 27. 1930.
- 55) RAVAUT (P.) et RABEAU. — Réaction de Bordet.—Wassermann passagèrement positive et existante au cours de l'affection dite «Lymphogranulomateuse inguinal sub-aigue». *Ann. de Dermatologie et Syphiligraphie*, n.º 2. 1922.
- 56) SABOURAUD. — Sur la parasitologie de l'éléphantiasis nostras. *Ann. de Dermatologie et Syphiligraphie*, pág. 592. 1892.
- 57) GREGÓRIO (EDUARDO) et SERRANO (GARCIA). — Éléphantiasis et ulcerations chroniques vulvaires. (Ulcère vulvaire chronique éléphantiasique et syphilome ano-rectal de Fournier). *Actas Dermo-Syphiligráficas*, pág. 592. 1931. Ext. in *Ann. de Dermatologie et Syphiligraphie*, pág. 1.217. 1931.
- 58) GOUGEROT (H.). — Tuberculoses et nocardoses éléphantiasiques ulcéreuses et fistuleuses recto-ano-périnéo-génitales et buccales. *La Presse Médicale*, n.º 67. 1925.
- 59) MOUTIER, BARBIER, et DEROCHE. — Une mycose de l'intestin. La nocardose éléphantiasique et fistuleuse du rectum. Contribution à l'étude des rectites hypertrophiques et sténosantes. *Arch. des maladies de l'App. digestif*, pág. 173. 1925.
- 60) PAVLOVSKY (ALEJANDRO J.). — Elefantiasis de la vulva. *La Semana Médica*, ano XXXVIII, n.º 17, pág. 1.122. 23 de Abril de 1931.
- 61) KUNTZEN (H.). — Chirurgie de l'éléphantiasis: recherches cliniques, histologiques et expérimentales. *Arch. für Klinische Chirurgie*, tómo CLVIII, fasc. 4, pág. 543. 1930. In *Journal de Chirurgie*, tómo XXXVII, pág. 236. 1931.
- 62) RODRIGUES (ÁLVARO). — O sistema linfático e a sua importância cirúrgica. in *Trabalhos de Medicina Operatória*. Pôrto. 1932.
- 63) LE CALVÉ (J.). — L'œdème, pág. 339. Paris. 1925.
- 64) MOURA (GENTIL MARCONDES DE). — Éléphantiasis de la vulve. *Boletim da Soc. de Medicina e Cirurgia de S. Paulo*, vol. XIII, pág. 499, Fevereiro de 1930. Ext. in *Ann. de Dermatologie et Syphiligraphie*, pág. 1.225. 1930.
- 65) SARASOLA (RICARDO DIAZ). — Tratamiento de la elefantiasis. Los tratamientos actuales, n.º 21, pág. 545. 1931. An. in *Revista de Cirugia de Barcelona*, tómo III, pág. 96. 1932.
- 66) COHEN (R.). — Éléphantiasis et ulcères chroniques de la vulve et de l'anus (syndrome ano-vulvaire). *Tèse de Paris*, 1930. An. in *Ann. de Dermatologie et Syphiligraphie*, pág. 917. 1930.
- 67) DARIER na discussão da comunicação de Courtois-Suffit et Brin. — Volumineux éléphantiasis de la verge. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, pág. 300. 1908.
- 68) JERSILD (O.). — Loc. cit., n.º 36.
- 69) PRIETO (GAY), COZAR (B. SANCHEZ) y BUENO (AGEA). — Nueva contribución al estudio de la histopatogenia de estenosis rectal linfogranulomatosa y su tratamiento. *Los Progresos de la Clinica*, tómo XLII, n.º 267, pág. 145. 1934.



CAMPOLON

M. R.

Extrato hepatico injetavel superativo

preparado segundo o Prof. Gänszlen

Para o tratamento continuo e por deposito da anemia perniciosa e de todos os estados anemicos de etiologia desconhecida. Acelera as convalescencas. Aplicavel na asma alergica, no tratamento das hemorragias, reforçando a capacidade de coagulação do sangue



M. R.

EMBALAGEM ORIGINAL: Caixa com 5 ampolas de 2 c.c.



CHOLEFLAVINA

M. R.

O **colagogo** provido de propriedades antisepticas, anti-inflamatorias e anti-espasmodicas, ligeiramente laxativo. Nos estados inflamatorios da vesicula e das vias biliares, e sobretudo para diminuir a predisposição ás crises de colicas.



M. R.

EMBALAGEM ORIGINAL: Frasco de 60 perolas.

- 70) JERSILD (O.).—Éléphantiasis genito-ano-rectal. *Dermatologische Wochenschrift*, tómo XCVI, n.º 13, pág. 433. 1933. Ext. in *Ann. de Dermatologie et Syphiligraphie*, n.º 4, pág. 657. 1933 e *La Presse Médicale, Revue des Journaux*. II, pág. 205. 1933.
- 71) GREGÓRIO (E. DE).—La lymphogranulomatose inguinal subaigue et ses relations avec le syphilome ano-rectal de Fournier. *La Presse Médicale*, n.º 75, pág. 1.416. 1932.
- 72) SILVA LEAL (M. DA).—Um aspecto particular da sodomia e do uranismo. *Portugal Médico*, pág. 400. 1933.
- 73) LERICHE (R.) et POLICARD (H.).—Physiologie Pathologique Chirurgicale. Les œdèmes, pág. 179. Paris. 1930.

TRATAMENTO DA ERISÍPELA PELAS RADIAÇÕES ULTRA-VIOLETA

POR

FRANCISCO FORMIGAL LUZES

Director do Serviço de Agentes Físicos do Hospital Escolar

Se bem que vários tratadistas preconizem a actnioterapia no tratamento das erisípeles, o seu emprêgo não se tem, porém, vulgarizado como seria para desejar, dada a sua superioridade sôbre todos os outros métodos terapêuticos. Êste facto levou-me a publicar os interessantes resultados que tenho obtido na minha prática de alguns anos.

A técnica utilizada é muito simples e consiste em expor a região afectada às radiações U. V., emitidas por uma lâmpada de vapor de mercúrio, à distância e durante o tempo julgados necessários para provocar um eritema do terceiro grau.

Como se trata, quási sempre, duma terapêutica de urgência, não convém perder tempo a aguardar os resultados duma irradiação *test*, que permita verificar a actino-sensibilidade do doente, acontecendo por isso algumas vezes produzirmos eritemas demasiadamente intensos, que procuramos corrigir aproveitando a acção frenadora das radiações I. V.

Uma aplicação incapaz de provocar um eritema do terceiro grau é absolutamente inefficaz e por isso é preferível, na impossibilidade de determinar a dose exacta que convém empregar, pecar antes por excesso que por deficiência.

Em cêrca de trinta casos por mim tratados tive sempre occasião de observar, logo após a primeira sessão, uma queda da temperatura com acentuada melhora do estado geral e rápida regressão dos fenómenos inflamatórios.

Geralmente, a cura obtém-se em duas a três sessões, havendo porém algumas vezes necessidade de cinco ou seis para a conseguir.

Apenas quando a localização é em regiões anfractuosas, como o pavilhão da orelha, carecemos de prolongar por mais dias o tratamento, o que atribuo às radiações, dada a forma desta região, não poderem actuar sobre toda a sua superfície.

Este método, além de ser muito mais cómodo para o doente do que o emprêgo de pensos húmidos quentes, pomadas antisépticas, etc., é também duma muito maior eficácia, reduzindo consideravelmente a duração da doença.

Muitos dos doentes por mim tratados tinham sido já sujeitos, sem êxito, além da terapêutica local, à proteinoterapia e vacinoterapia, tendo obtido com os R. U. V. a cura em poucas sessões.

Os resultados são brilhantes tanto nas erisípeles agudas como nas do tipo recidivante, sendo, porém, nestas últimas, por vezes, necessário praticar um maior número de sessões.

Na minha estatística abundam principalmente os casos de erisípela da face, uma das localizações mais graves desta afecção. Apesar disso, o sucesso foi sempre completo, excepção feita dum cárdio-renal que, embora experimentasse acentuadas melhoras locais, não resistiu aos fenómenos septicémicos, vindo a falecer; e duma doente que, depois de se ter curado com duas irradiações duma erisípela grave da face, mantém ainda hoje, após três meses de terapêutica vária, localizações nas orelhas que tomaram o carácter recidivante.

¿Como explicar a brilhante acção curativa destas radiações?

Para Saidman os U. V. actuam devido a uma acção estimulante das defesas do organismo, devendo ser posta de parte a acção bactericida. Nesta ordem de ideas autores há que preconizam as irradiações gerais, não conhecendo, porém, estatísticas que me permitam estabelecer a comparação entre as duas técnicas de aplicação.

Saidman pergunta se não haverá antagonismo entre o eritema da erisípela e o provocado pelos U. V., o que explicaria a acção curativa destes, ou então se não será o efeito terapêutico devido a uma acção físico-química sobre as albuminas do sangue e, neste caso, ¿os U. V. actuariam dum modo semelhante aos metais coloidais administrados por via endovenosa?

Em minha opinião, a acção terapêutica deve não só ser devida ao efeito revulsivo local e à consequente melhoria dos

fenómenos de fagocitose, como também à acção bactericida dos U. V. de curto comprimento de onda, que, embora possuam fraco poder de penetração, é contudo aqui talvez suficiente, dada a localização superficial do agente microbiano.

Dentre os casos tratados, destaco as seguintes doze observações, que resumidamente transcrevo e que vêm corroborar as afirmações que deixo feitas.

OBSERVAÇÃO I. — F. C., 30 anos de idade.

Ulceração varicosa do membro inferior esquerdo, que tinha sido sede duma flebite da safena interna há cinco anos, após um parto. Erisípela com temperaturas de 40°,5, arrepio de frio e adenites inguinais.

R. U. V. (lâmpada Bach) com queda imediata da temperatura logo após a primeira sessão. Cura em três sessões.

OBSERVAÇÃO II. — D. P., 65 anos de idade.

Insuficiência cardíaca. Edema do escroto, com ulcerações. Erisípela desta região e da coxa direita. Temperaturas elevadas.

R. U. V. (lâmpada Bach). Dose eritematosa. Cura em quatro sessões.

OBSERVAÇÃO III. — M. G., 53 anos de idade.

Varizes dos membros inferiores. Há quarenta e oito horas vermelhidão da perna esquerda, arrepios de frio e temperaturas de 40°. Pomada de colargol e injeção de leite, sem melhoras.

R. U. V. (lâmpada Bach). Dose eritematosa. Queda imediata da temperatura após a primeira sessão para 37°,2. Cura em três sessões.

OBSERVAÇÃO IV. — M. H. L., 32 anos de idade.

Flebites *post-partum* dos dois membros inferiores. Três meses depois pequena ferida no pé esquerdo, a que se seguiu erisípela de todo o membro. Arrepios de frio e temperaturas de 41°.

R. U. V. (lâmpada Bach) em doses eritematosas. Cura em quatro sessões, com baixa considerável da temperatura logo após a primeira.

OBSERVAÇÃO V. — E. F., 48 anos de idade.

Erisípela recidivante (seis *poussées*). Há três para quatro dias vermelhidão na face posterior da perna esquerda, arrepios e temperaturas elevadas. Protanioterapia sem resultado.

R. U. V. (lâmpada Bach). Dose eritematosa com cura em duas sessões.

OBSERVAÇÃO VI. — A. B. C., 50 anos de idade.

Varicoso. Canelada há três meses, com ferida a que se seguiu fleigmão da perna esquerda, que foi incisado. Erisípela de todo o membro, que tem melhorado com pensos húmidos quentes. Recidiva por quatro vezes, a última das quais há três dias, apresentando placa na face interna da coxa.

STAPHYLASE do D^r DOYEN

Solução concentrada, inalteravel, dos principios activos das leveduras de cerveja e de vinho.

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :

ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das

DOENÇAS INFECCIOSAS

PARIS, **P. LEBEAULT & C^o**, 5, Rue Bourg-l'Abbé.
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÉDINE

O primeiro sedativo e antiespasmodico
especialmente preparado para a
terapeutica cardio-vascular

LABORATOIRES DEGLAUDE
MEDICAMENTOS CARDÍACOS ESPECIALI-
SADOS (DIGIBAÏNE, ETC.) PARIS

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:
GIMENEZ-SALINAS & C.^a
RUA DA PALMA, 240-246 LISBOA

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26,13%
de "3 acetylâmimo 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"
Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

Medicação arsenical rigorosamente indolora
pelas vias subcutaneas e intra-musculares.

FRACA TOXIDEZ — TOLERANCIA PERFEITA — NADA DE ACUMULAÇÃO
SEGURANÇA DE EMPREGO EM DOSES ELEVADAS ACTIVAS

SIPHILIS :- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilização terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar : em "*doses fortes*", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verificação da ausencia de intolerancia arsenical).

em "*doses fraccionadas repetidas*", injectar 3 cc. todos os dias por series de 12 a 16 injeccões.

Empolas de ARSAMINOL de 3 cc. (0 gr. 15 de As) e de 5 cc. (0 gr. 25 de As).

LABORATORIOS CLIN COMAR & C^{ie} — PARIS

GIMENEZ-SALINAS & C.^o, 240, Rua da Palma, 246 — LISBOA

D. P. 158

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

COMPOSIÇÃO: Cada empóla de CINNOZYL
contem a solução seguinte esterilizada:

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

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

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

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

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

5877

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^{ie} Pharmas. de 1^{ra} el. Fornp-dores dos Hospitales,
20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

R. U. V. (lâmpada Bach). Dose eritematosa. Cura da erisipela em seis sessões, mantendo-se a supuração ao nível da ferida operatória.

OBSERVAÇÃO VII. — A. P. R., 41 anos de idade.

Gripe com rino-faringite, quarenta e oito horas depois placas de erisipela no nariz, face e testa. Temperaturas de 39° e 40°. Injecção de leite e localmente pensos húmidos quentes e pomada fenicada. Solutivo de argirol nas fossas nasais. Agravamento do seu estado. Temperatura 41°. Grande vermelhidão de toda a face, com apreciável aumento de volume.

R. U. V. (lâmpada Lasem). Dose eritematosa. Descida imediata da temperatura, com regressão progressiva de todos os sintomas até à cura, em cinco sessões.

OBSERVAÇÃO VIII. — A. M. L. L.

Há cinco dias ferida no mento, ao fazer a barba. Amigdalite. Há dois dias placa de erisipela, que se estende hoje a toda a hemiface esquerda e região fronto-temporal do mesmo lado. Estas lesões não têm cedido à terapêutica medicamentosa local. Temperatura 40°.

R. U. V. (lâmpada Lasem). Dose eritematosa. Cura em três sessões.

OBSERVAÇÃO IX. — L. S. B., 60 anos de idade.

Sinusite crônica. Amigdalite há dez dias. Há oito dias erisipela da face, com temperaturas de 40°,5. Soro antistreptococo e abijon, sem melhoras.

R. U. V. (lâmpada Bach). Dose eritematosa. Cura em três sessões. A face, à segunda sessão, estava curada, persistindo porém lesões nas orelhas, que têm resistido a toda a terapêutica.

OBSERVAÇÃO X. — M. J. R. C., 13 anos de idade.

Amigdalite, a que se seguiu uma extensa erisipela da face. Temperatura 41°, com grande depressão.

R. U. V. (lâmpada Lasem). Dose eritematosa. Cura com cinco sessões. Três dias depois, placas no tórax e braços. Cura em duas sessões.

OBSERVAÇÃO XI. — E. O., 52 anos de idade.

Ulceração do nariz há três semanas, a que se seguiu erisipela da face. Estava quasi extinta, com terapêutica medicamentosa, mas volta a fazer uma recrudescência, generalizando-se a toda a face e orelhas. Temperatura 40°,8. Grande vermelhidão e aumento de volume.

R. U. V. (lâmpada Bach). Dose eritematosa. Grandes melhoras, após a primeira sessão. A terceira sessão restava apenas vermelhidão nas orelhas. Cura em seis sessões.

OBSERVAÇÃO XII. — B. M. E., 16 anos de idade.

Há cerca de seis meses adenite, a que se seguiu erisipela da face com carácter recidivante, que tem resistido à terapêutica vulgarmente empregada. Ocupa hoje toda a hemiface direita.

R. U. V. (lâmpada de Kromayer). Dose eritematosa. Grandes melhoras, após a primeira sessão. Cura com seis aplicações.

Estação Antisezonática de Benavente

ESPLENOGRAMAS DE GÊMEOS

POR

FAUSTO LANDEIRO

Assistente do Instituto Câmara Pestana
Director do Serviço Antisezonático da D. G. S.

A semelhança entre os gémeos é conhecida do vulgo, e têm sido aproveitada, por muitos autores, para tema de romances e de peças teatrais. Também de todos é conhecido o facto de os gémeos do mesmo sexo serem mais parecidos entre si que os de sexo diferente.

Cientificamente explica-se esta maior semelhança tanto do aspecto exterior como da sua organização interna, funcionamento dos seus órgãos e maneira de reagir às várias causas quer extrínsecas, quer intrínsecas, por serem, em geral, do mesmo sexo os gémeos univitelinos; nestes existe a possibilidade dos cromosomas serem iguais. Facilmente explicável é o caso quando há parentesco entre os pais, porque quanto mais aproximado fôr esse grau de relação familiar tanto mais provável é que existam alguns ou mesmo muitos cromosomas iguais. O que nestas circunstâncias de parentesco é mais fácil de explicar, não o é nas outras, em que mais acentuada é a acção do acaso, determinativo da concordância ou harmonia entre o plasma germinativo desses indivíduos. É assim, resumidamente, que Bauer explica a causa interna que determina a semelhança entre dois indivíduos. Acrescenta este autor, a-propósito de gémeos univitelinos, que é interessante estudar o papel que o plasma germinativo desempenha na transmissão da disposição individual para certas doenças, porque tornaria compreensível a igualdade ou semelhança destes, visto a estrutura hereditária ser a mesma.

Não é nosso propósito profundar esse estudo, de resto verda-

deiramente interessante, por estar fora do programa que traçamos para êste trabalho. Apenas desejamos apresentar estas resumidas considerações antes de referirmos vários aspectos anatómicos e patológicos dos gémeos.

Poll, em observações dactiloscópicas, notou que a semelhança entre gémeos univitelinos era maior do que entre os dedos do mesmo indivíduo.

Budde viu duas irmãs gémeas de 14 anos de idade que apresentavam elevação dum dos ombros e espinha bífida, sendo a deformidade duma o espelho da outra e, em consequência do exame a que procedeu, descobriu mais que ambas tinham sacralização da 5.^a vértebra lombar.

Em vários gémeos Bauer encontrou processos mórbidos idênticos, tais como deformidade do pavilhão da orelha direita, angioma da região escapular esquerda, otite média, úlcera do estômago, colelitíase e nanismo pronunciado.

Leidler encontrou o mesmo defeito na membrana do tímpano de dois gémeos de 11 anos de idade que, além duma otite crônica, tinham ainda a mesma cárie dentária.

Dois gémeos de 6 anos de idade começaram, aos 4 anos, a perder urina na mesma noite.

Szontag viu dois gémeos que apresentaram ao mesmo tempo papiloma da laringe e outros dois que adoeceram ao mesmo tempo com uma pneumonia.

Trousseau e Siegel observaram dois gémeos com asma brônquica, que tinham os ataques ao mesmo tempo. Siegel conta que ambos foram para a montanha e, na primeira noite ali passada, um dêles teve o ataque enquanto o outro, que dormia, apresentava os ruídos característicos da asma, que não tardou em acordá-lo com um ataque.

Aos 20 anos de idade dois gémeos apresentavam, à observação de Kooy, paralisia espasmódica, *nystagmus*, tremor e demência.

Outros, epiléticos, conta Herrmann, eram tão parecidos que quando tinham os ataques apresentavam o mesmo quadro e as mesmas fases.

Stiefler descreveu o caso de paraplegia espasmódica das pernas de dois gémeos de 8 anos de idade.

Grasl conheceu dois gémeos univitelinos completamente nor-

mais que adoeceram no mesmo dia. Cada um dêles escreveu ao pai dizendo que estavam doentes com sífilis e que ouviam vozes que os insultavam. Curioso é como cada um dêles teve a idea de escrever, pór sua vez, dizendo absolutamente a mesma coisa. Em dias diferentes, porém, apareceram as perturbações mentais, tradutoras da demência precoce, que, aliás, foi mais tumultuosa num que noutro, devido, segundo parece, a um traumatismo sofrido na cabeça tempo antes.

Julgamos, todavia, mais interessantes ainda os dois casos que seguidamente reproduzimos.

Domarus refere o caso de dois gémeos parecidísimos, ambos maquinistas, que adoeceram ao mesmo tempo com mal que motivou a análise de urinas. Esta revelou calcinúria episódica, que alternava com grandes eliminações de fosfatos pelas fezes e que diminuía nestas ocasiões. A doença acentuou-se de tal modo em ambos, que tiveram de deixar o emprêgo e baixar ao hospital, onde a análise do suco gástrico revelou 37 de acidez livre para um e 35 para o outro, enquanto o total dava 49 para ambos.

O outro caso descreve-o Michaelis:

Dois gémeos tão parecidos que era difícil distingui-los tanto no aspecto, figura e escrita como na maneira de proceder na vida. Ambos chegaram aos 60 anos sem doenças. Um, solteiro, vivia na cidade, onde dirigia uma importante companhia, enquanto que o outro, casado e com família, vivia no campo, entregue à agricultura. Pois na mesma idade e na mesma época foram atacados de parestesia das extremidades inferiores, que lhes trouxe grande excitação psíquica. Ao mesmo tempo que lhes apareceu uma úlcera perfurante no primeiro dedo, manifestaram-se diabetes e, por último, foram ambos affectados de retinite albuminúrica. Ambos precisaram, ao mesmo tempo, de usar lentes convexas com a mesma graduação. Um ataque de uremia vitimou-os com poucas semanas de intervalo.

As nossas observações incidiram sôbre dois rapazinhos gémeos, de 7 anos de idade, da mesma estatura e muito parecidos, João T. e Francisco T., nascidos e domiciliados em S. Brás, lugarejo dos arredores de Benavente, filhos de Vicente T. e Rosa A. Nasceram de parto de têrmo, segundo refere a mãe, e, mais ou menos, tinham sido saúdáveis. Como a terra é fartamente

sezonática, contraíram, na mesma altura, as sezões — não sabendo bem precisar a data — e no dia da nossa observação — 19-X-1932 — tinha o João tido o último acesso, na véspera, e o outro havia quatro dias. Referia a mãe a coincidência mais ou menos notada dos acessos nos dois.

Revelaram ambos, pela análise hematológica, gamontes de *plasmodium falciparum*, embora o Francisco os tivesse em maior número. A observação esplênica deu baço I — na classificação então usada em Benavente, I correspondia à esplenomegalia compreendida na zona entre o bordo costal e a linha umbilical transversa e II abaixo desta linha — ou seja II, segundo Schüffner, cujo método de medição adoptámos depois.

Prescrevemos como tratamento o quinino em confeitos, à falta dos de quinoplasmina, que não tínhamos nesse momento, e nas doses habituais. Essas doses para crianças de 6 a 10 anos de idade, eram, segundo o esquema então adoptado:

a) 4 dias a 7 confeitos, ou seja, em gramas, 0,70 por dia.

b) 4 » » 5 » » » » 0,50 » »

Descanso de 4 dias.

c) 4 dias a 2 confeitos, ou seja, em gramas, 0,20 por dia.

d) 4 » » 1 confeito » » » » 0,10 » »

Descanso de 4 dias.

Análise do sangue.

Seguiram regularmente o tratamento, para o que receberam os confeitos nas datas seguintes:

a) Em 19 de Outubro.

b) » 23 » »

c) » 30 » »

d) » 15 » Novembro.

A 24 de Novembro voltaram a fazer análise, que foi negativa.

Ao fazermos as observações outonais para o cadastro malárico, na Barrosa, na escola que serve também S. Brás, observámos de novo os dois rapazinhos. Foi em 28 de Outubro que essa observação mostrou baço P — palpável, sob o bordo costal, em forte inspiração — e a análise ainda revelou gamontes de *falciparum*, embora raros. Afirmavam êles que tomavam o remédio regularmente e que não mais tiveram sezões.

Com a nossa saída de Benavente, no fim da época epidémica, não nos foi dado observar de novo os doentes, quando voltaram, a 24 de Novembro, para nova análise, que foi negativa.

Informou a mãe, nesse momento, que seguiu rigorosamente o tratamento e que por isso os filhos não haviam tido mais febres, antes tinham adquirido melhores côres e até engordado um pouco.

Além das habituais observações feitas na primeira consulta, como ensaiávamos nessa data o nosso método esplenográfico, cujos resultados foram apresentados nos *Arquivos do Instituto Câmara Pestana*, fizemos também os esplenogramas que aqui juntamos.

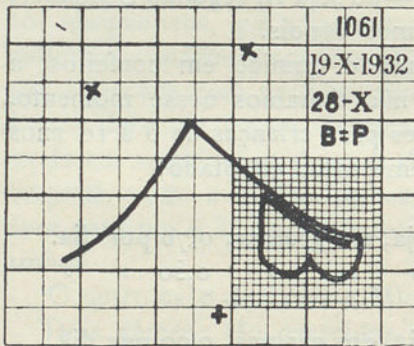


Fig. 1

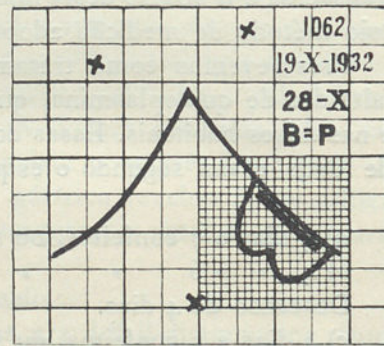


Fig. 2

Por êles se pode ver o aspecto idêntico do baço, já na hipertrofia, já na chanfradura ao meio. Nos nossos esplenogramas não só o aspecto gráfico da projecção do baço na parede do ventre nos interessa, mas também a expressão algébrica nos traduz o índice de redução esplénica.

Calculamos êsse índice pela fórmula

$$Irs = \frac{(A_1 - A_2) \times 5}{d}$$

No presente caso, temos, para o João, observação n.º 1.061:

$$A_1 = 70 \text{ (área da 1.ª observação expressa em mm.}^2\text{).}$$

Para o Francisco, observação n.º 1.062:

$$A_1 = 68$$

e para ambos a área da última observação $A_2 = 0$, visto considerarmos, para o caso, o baço P como O, e o tempo, em dias, $d = 10$. Devemos acrescentar que o 5 representa a constante porque temos de multiplicar para achar a área real, visto a redução de $1/5$ com que são obtidos os esplenogramas.

Temos, então, para o n.º 1.061:

$$\text{Irs} = 35$$

e para o n.º 1062:

$$\text{Irs} = 34$$

Os dados colhidos nestas observações podemos resumí-los nas seguintes conclusões:

1.ª — A infestação manifestou-se em ambos os gêmeos ao mesmo tempo e com acessos mais ou menos regulares.

2.ª — O parasita, o *Plasmodium falciparum*, foi o mesmo em ambos.

3.ª — A esplenomegalia foi a mesma nos dois — baço II (Schüffner).

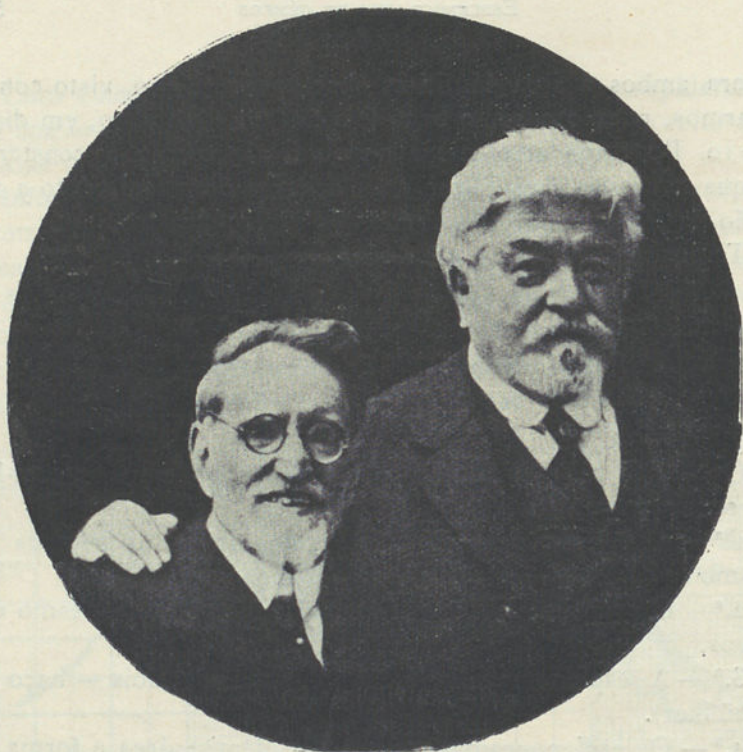
4.ª — Os esplenogramas mostraram idêntica área e forma do baço.

5.ª — O índice de redução esplénica foi sensivelmente o mesmo (35 num e 34 noutro).

6.ª — A evolução da doença foi idêntica em ambos e a cura clínica e parasitológica foi obtida na mesma data e com o mesmo tratamento.

BIBLIOGRAFIA

- BAUER (J.). — Herencia y Constitución. Tradução espanhola da Dr.ª De la Vega (J. F.). Colección Marañón. Pág. 62 a 80. Barcelona, 1930.
- FIGUEIRA (L.) e LANDEIRO (F.). — Relatório do primeiro ano de luta antisezonática na Estação de Benavente (1931). *Arquivo do Inst. Câmara Pestana*. Tôm. VI. Fasc. 191-243. 1932.
- LANDEIRO (F.). — Splenographie et expression algébrique des splénogrammes. *Arquivo do Inst. Câmara Pestana* Tôm. VII. Fasc. 1. 1934.



D'un groupe des membres du Comité de l'Office — session de Mai de 1933

ÉLOGE DU PROF. CANTACUZÈNE

Prononcé en séance du Comité de l'Office International d'Hygiène
Publique, le 30 avril 1934

PAR

RICARDO JORGE

Monsieur le Président,
Messieurs,

Le Docteur Jean Cantacuzène est mort!... Le glas sonnant à Bucarest a retenti dans le monde entier et les échos s'en répercutent encore dans l'enceinte des assemblées, telles que la nôtre, où siégeait celui qu'on peut appeler l'archiâtre de la Roumanie. Ses amis, ses confrères, ses admirateurs — il en avait partout — ont ressenti douloureusement ce coup fatal; aux larmes qu'ont versées sur son cercueil les siens, ses élèves et ses com-

IODALOSE GALBRUN

iodo physiologico, soluvel, assimilavel

A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO
Combinação directa e inteiramente estável do Iodo com a Peptona
DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA
Comunicação ao XIIIº Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

**Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas applicações
sem Iodismo.**

Vinte gotas IODALOSE operam como um gramma Iodureto alcalino.
DOSIS MEDIAS : Cinco a vinte gotas para Crianças ; dez a cinquenta gotas para Adultos.

Pedir folheto sobre a Iodoterapia physiologica pelo Peptoniodo.
LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musc. PARIS

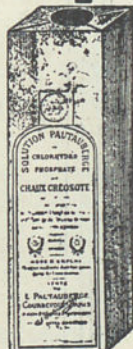
TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

Perfeita Tolerancia da creosots. Assimilação completa do phosphato de cal.



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

Anticarrhal e Antiseptico

Eupeptico e Reconstituente.

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

L. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

GRIPPE

PARIS (8º)

RACHITISMO

Tratamento específico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

Veinosine

Drageas com base de *Hypophyse* e de *Thyroide* em proporções judiciosas,
de *Hamamelis*, de *Castanha da India* et de *Citrato de Soda*.

PARIS, P. LEBEAULT & Cº, 5, Rue Bourg-l'Abbé
A VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

LISBOA MÉDICA

PROFILAXIA
E TRATAMENTO
"PER OS"
DE TODAS AS
ESPIROQUETOSES
DISENTERIA
AMIBIANA
PALUDISMO

PELO

Stovarsol

TRATAMENTO
ARSENICAL
DOS ESTADOS
D'ANEMIA
& D'ASTENIA

APRESENTAÇÃO

FRASCOS DE 28
COMPRIMIDOS A 0 gr. 25
FRASCOS DE 10
COMPRIMIDOS A 0 gr. 05
FRASCOS DE 200
COMPRIMIDOS A 0 gr. 01

O EMPREGO DO
STOVAR SOL
DEVE ESTAR
SEMPRE SOB A
VIGILANCIA DO
MÉDICO ●

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —

MARQUES **POULENC Frères & USINES du RHONE**
86.rue Vieille du Temple, PARIS 5:

DRÉVILLE

patriotes, d'autres se sont mêlées au loin. On porte son deuil dans les milieux scientifiques.

Comment nous, endurcis par la trempe que donne la formation positive de la science, nous qui enregistrons froidement par habitude de métier les coups de ciseaux d'Atropos, nous laissons-nous ainsi secouer par l'émotivité du primitif? Un de moins: devant ce simple effet de l'ordre ou du désordre de la nature, pourquoi pousser des plaintes? La nature!... Un biopathologiste philosophe comme Ch. Nicolle croit — tant soit peu hérétiquement — que «du regard de notre intelligence, la nature est imbécile». Que dire, donc, de la mort qui rôde à tâtons et frappe au hasard? Que s'éteignent soudainement ceux dont le front brille comme un fanal, répandant autour d'eux la lumière créatrice, voilà ce qui nous choque et nous révolte. Penché sur le tombeau de Littré, Renan, bien que philosophe et sceptique, s'écriait: «Oh! la mort, jamais elle ne nous semble plus cruellement aveugle que lorsqu'elle s'abat sur le génie et la vertu». Le génie et la vertu: l'emblème même de l'être de choix dont nous déplorons aujourd'hui si amèrement la perte.

Un patrimoine de distinction sociale s'attache au nom de Cantacuzène — appellation transéculaire d'une famille noble et royale, remontant au moyen-âge et jetant son plus vif éclat en plein empire byzantin. D'être le rejeton d'une souche historique, notre collègue n'en tirait aucune vanité. Bordet nous a raconté que, lorsqu'ensemble ils étaient élèves de Metchnikoff, si par plaisanterie on voulait le faire fâcher, on n'avait qu'à l'appeler «Prince». La filiation pastorienne — celle-là, oui, lui donnait de l'orgueil: l'orgueil d'être l'un des derniers pastoriens, de l'époque glorieuse du Maître, dont il portait fièrement la médaille à l'épingle de la cravate.

C'était là son blason — et si j'ai fait allusion à ses quartiers d'ascendance généalogique, ce n'est pas pour rappeler ceux de ses aïeux qui sont montés sur le trône impérial de Constantinople et ont occupé le siège princier de la Moldavie et de la Valachie, mais seulement pour évoquer une grande figure de cette lignée, l'empereur Jean de Cantacuzène, qui a su se faire une place éminente dans l'histoire aussi bien comme écrivain que comme chef d'État. Son arrière petit-neveu portait le même nom et égalait sa hauteur d'esprit. On sait que l'homme qui a tenté

de parer au déclin de la civilisation byzantine a composé des Mémoires célèbres et qui sont l'un des monuments historiographiques du xiv^e siècle. Chez Cantacuzène, à Bucarest, j'ai pu feuilleter une magnifique édition gréco-latine de cet ouvrage et y lire le tableau, très bien observé, de la *Peste Noire* de 1347: le mémorialiste de Byzance compte parmi les meilleurs narrateurs de l'effroyable pandémie. J'y ai même trouvé un détail intéressant, le signalement des bubons maxillaires, qui avait échappé aux autres chroniqueurs de la grande peste. La race de cet épidémiologiste médiéval s'est épanouie, au bout de cinq siècles, chez son homonyme et homosanguin, qui laisse une œuvre énorme et de célébrité mondiale dans le combat contre tant de *pestes* — le choléra, les typhus, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la tuberculose, le paludisme et bien d'autres.

La royauté héréditaire, il l'a exercée aussi dans le domaine de la sociocratie moderne, intelligente et méritante, protectrice de la vie des peuples; car c'est lui qui a dirigé la restauration hygiénique de la Roumanie, répandant dans son pays les bienfaits de la médecine collective et préventive. Et, lorsque les misères de la guerre s'abattirent sur les Balkans et l'Europe, il accomplit son sacerdoce professionnel, simplement et héroïquement, pour empêcher les existences d'être encore la proie des infections sur les champs de bataille, des rivages du Danube aux plaines de la France.

L'année 1921 marque son entrée dans le Comité permanent de l'Office International d'Hygiène publique où il fut accueilli avec la distinction due non seulement à l'auteur de recherches considérables dans les domaines de la pathologie infectieuse, mais aussi à l'animateur et au réalisateur du progrès dans l'éducation hygiénique et dans l'administration sanitaire de tout un pays. Le pathologiste, l'hygiéniste et le maître qu'il était venaient alors de remporter un triomphe — la création de l'Institut de Sérologie IOAN CANTACUZINO, aux travaux duquel avait prélué le Laboratoire rattaché à la chaire de Médecine Expérimentale qu'il occupait depuis 1902 à la Faculté de Bucarest. Le nouvel établissement, qui a fait époque dans l'organisation médicale roumaine, couronnait un effort soutenu d'investigations et de missions d'étude, ayant pour but la valorisation des méthodes sérologiques, vacci-

nales et microbiologiques nécessaires à l'hygiène, au diagnostic et à la thérapeutique.

J'ai eu le bonheur de me voir en 1932 dans ce magnifique Institut au moment du Congrès International d'Histoire de la Médecine que présidait Cantacuzène lui-même, et d'y saluer le maître de la maison avec la ferveur d'une estime et d'une amitié poussées jusqu'au culte — parce que ce savant, doué d'une personnalité rare par l'ensemble puissant et harmonieux des facultés de l'esprit, possédait encore le don d'un charme et d'un attrait pénétrants et qu'il était impossible de ne pas l'aimer autant qu'on l'admirait.

Ce jour-là, ce n'était pas mon cœur seul qui cherchait à s'exprimer effusivement; dans ma voix passait le souffle de notre Office, le sentiment intime de nous tous, ses collègues et ses amis dans ce Comité où sa bouche était écoutée à l'égal d'un oracle. L'entendre était un régal pour cette Assemblée, qui s'honorait de sa présence et de son autorité. C'était toujours l'exposé lucide d'une leçon substantielle. Lui-même aimait beaucoup l'Office; il se plaisait dans ce milieu où règnent la sincérité, la modestie et le dévouement au bien commun.

Ses derniers travaux — sur une épidémie d'exanthème infantile observée à Bucarest, sur le diagnostic microbiologique du vibrion cholérique, et sur les vaccinations contre la scarlatine par l'anatoxine anti-streptococcique — ont été présentés à nos séances et publiés dans notre Bulletin.

Quiconque s'occupe de travaux scientifiques doit se soumettre à des règles obligatoires, logiques et méthodologiques, qui lui constituent un code de déontologie, de fondement baconien et cartésien. Sans cette discipline, celui qui veut faire, enseigner ou acquérir de la science risque de ne jamais atteindre son but essentiel — être vrai et être utile. Ici même, nous nous entretenons un jour de ce flot débordant, véritable mascaret de recherches et d'expérimentation, dont on a tant de peine à se rendre compte au jour le jour. Que restera-t-il, disais-je, dans toute cette série, de réel et de profitable? Un faible pourcentage, affirmait Cantacuzène; et nous avons déploré ce gros déchet d'une production sans contrôle de travaux en l'air, abandonnés aux vellétés d'auteurs qui aiment à forcer numériquement leur

rendement. Pour sa part, il était guidé par des principes austères — la rigueur dans l'observation et dans la déduction, une honnêteté mentale aussi impérative que la probité morale. Cette étroite surveillance *extra* et *intus* n'est jamais de trop, car l'erreux nous guette ; Hippocrate en avertissait déjà : *experimentum fallax, iudicium difficile*.

Un exemple saisissant de la manière dont Cantacuzène savait se garer des embûches de l'expérimentation nous est offert par ses formidables travaux sur la scarlatine. Je dis : formidables, car ils embrassent plus de trente ans de sa vie et forment par leur enchaînement solide réellement un *cycle*. Notamment le *phénomène* dit de *Cantacuzène* fournit une belle leçon de médecine expérimentale. Le premier venu qui verrait un streptocoque garder par hérédité ses réactions vis-à-vis du sérum des scarlatineux croirait tout de suite avoir mis la main sur l'agent causal de l'infection. Cantacuzène sut éviter ce mécompte et mériter qu'à ce fait étrange, qu'il a mis en lumière, on accolle son nom. Comme témoin, encore, de son assurance scientifique, citons ses recherches sur l'identification des vibrions cholériques et les modifications spontanées de leurs propriétés spécifiques, qu'il poursuivait dernièrement avec tant de clairvoyance et de fermeté dans l'intention de apporter ici même, à l'Office, des rapports, dont les conclusions seraient susceptibles d'aider à la solution des problèmes ardu qui se posent en Orient, en vue de dépisster la porte d'entrée du contagé à travers les barrières qui défendent l'Europe contre l'invasion du fléau.

La vieille épidémiologie et la nouvelle pathogénie, que des esprits bornés ont souvent tendance à mettre aux prises, sa robuste mentalité, maniant avec la même facilité l'analyse et la synthèse, savait les rallier et les faire contrôler l'une par l'autre. Sans ce syncrétisme, il n'y a pas de connaissance qui vaille en pathologie infectieuse. Les épidémies réalisent quelquefois spontanément des expériences décisives, et les résultats des recherches deviennent douteux s'ils ne s'ajustent pas aux faits mis en évidence par la pratique quotidienne. Les données fournies par l'observation éclairée et répétée de la genèse, de l'évolution et de l'extinction des épidémies sont des *tests* de contrôle de toute conception étio-pathogénique et prophylactique.

Un jour, je devisais avec lui de l'insuffisance croissante des procédés mis en œuvre pour obtenir l'identification sûre des microbes pathogènes et des virus. Cette individualisation est à la base, tant de la doctrine de la spécificité nosologique que des méthodes de laboratoire applicables au diagnostic et à la prophylaxie. La technique bactériologique s'étant souvent montrée incapable de lever les doutes, on a eu recours à l'immunologie et à la sérologie — qui, à leur tour, commencent aussi à éprouver des échecs, à nous laisser des incertitudes. Est-ce une faillite? — Non: la faillite est en nous, répondait sagement Cantacuzène: «les choses sont plus compliquées que nous ne le pensons», et nous nous trompons en voulant comprimer les faits dans l'étau de formules trop simples et sommaires. J'ai retenu la phrase, tant elle m'a semblé imprégnée de philosophie pratique. Certes, le résultat le plus net de tout travail scientifique, quel qu'il soit, c'est, au fond, la démonstration de la contingence, de la complexité et de la relativité des phénomènes.

La médecine a longtemps vécu un peu à l'écart de la biologie, dont elle n'est pourtant qu'une branche d'application. Enfin, la biomédecine vint et nous imposa un précepte générique: les sujets médicaux doivent être pensés biologiquement. Précepte à suivre plus qu'ailleurs en pathologie infectieuse, les calamités démiqes nous venant pour la plupart de l'offensive d'autres êtres vivants. Le secours des méthodes biologiques et du savoir des biologistes est devenu indispensable et d'emploi courant; Cantacuzène était lui-même un biologiste accompli et un véritable naturaliste, tout comme son maître Metchnikoff. Son œuvre l'atteste.

Sa carrière commence comme élève de la Faculté des Sciences à Paris, puis comme professeur de morphologie animale à l'Université de Jassi. Sa thèse de doctorat en Sorbonne porte un titre annonçant déjà le programme de sa future activité: *Sur les organes phagocytaires des annélides* — thèse préparée à la station maritime de Roscoff, la même où il devait revenir sur le tard de sa vie, toujours en visant le même objectif biopathologique. À Roscoff, il étudiait, ces dernières années, les réactions d'immunité chez les invertébrés — immunité à siège cellulaire ou humorale, mais aussi réaction de défense par contact, surprise par lui dans les urnes des Siponcles. Lorsqu'il fit distribuer au Comité son premier mémoire, nous avons mis en relief

l'originalité et l'importance de ces recherches. L'Institut Cantacuzène accordait un subside annuel à la station maritime de Roscoff pour le maintien de deux laboratoires à la disposition des travailleurs roumains. Il les fréquentait encore récemment avec assiduité, pour mener à bonne fin des investigations de longue haleine sur lesquelles il allait rédiger deux longs Mémoires consacrés au thème de l'immunité chez les invertébrés. Cette œuvre magistrale, la mort, brutalement, ne l'a pas laissée éclore.

Son *idearium* dépassait de beaucoup les bornes du champ professionnel: son ampleur cérébrale ne s'accommodait pas de la claustration du spécialiste. Il aurait pu dire — imitant le dicton bien connu de Térence, au lieu de *Homo sum: Medicus sum* — je suis médecin et, comme tel, «rien d'humain ne m'est étranger». Enrichi par une large culture, ses entretiens dénonçaient une insatiable curiosité intellectuelle.

Il se transportait mentalement dans les vastes mondes et intermondes dont l'astrophysique a dilaté la connaissance jusqu'à l'inconcevable; avec la même ardeur, il pénétrait dans le microcosme tourbillonnaire des atomes, tel que le révèle à nos yeux éblouis la dynamique récente. Il suivait les résultats des expériences magiques qui font voir dans la chambre de Wilson la désintégration des noyaux atomiques, explosant comme un shrapnel. Et, comme son intelligence savait marier utilement la théorie et la pratique, ces regards dans les profondeurs de la matière l'avaient conduit à une découverte originale et frappante: lorsque l'intestin lésé attire l'épiploon pour établir une adhérence réparatrice, cette sorte de geste défensif est déterminé par une différence mesurable de potentiel entre les surfaces intestinales et épiploïques — un véritable phénomène électrostatique. Un nouveau paragraphe dans le chapitre florissant de l'électro-biologie, dont les travaux récents s'imposent à l'attention, car ils semblent pouvoir fournir à la sérologie des moyens de détermination spécifique.

Cet intellectuel saturé de sciences modernes, à mentalité intégrale *up to date*, était en même temps animé de l'esprit d'un humaniste de la Renaissance, admirateur de l'antiquité classique, de cette civilisation méditerranéenne que Schopenhauer regarde comme le *fastigium* indépassable de l'humanité. La célébration

de l'*Homo mediterraneus* qui a dominé le monde, marquait son idéal philosophique, culturel et social. On trouve là encore l'empreinte atavique de Byzance, foyer de l'*ultimum vivens* de l'hellénisme et de la latinité. «Double sang latin et grec», comme l'a dit Henri de Régnier de sa compatriote, la comtesse de Noailles. De là, le culte des humanités comme élément éducateur directif: il plaidait, comme Roux, la cause de l'instruction classique, intégrée dans la moderne, pour assouplir et préparer le candidat aux études médicales.

Au penchant pour les lettres se joignait la passion de l'art, de tous les arts. Sa riche bibliothèque semble un temple paré d'œuvres artistiques; sur les étagères s'accumulent des estampes et des gravures, dont il était un amateur friand et un fin connaisseur.

De l'homme lui-même, seul un psychologue doublé d'un poète parviendrait à faire le portrait moral. Bon, foncièrement bon, jusqu'à l'*optimum*, pourrait-on dire. Le travail persévérant et la coopération de ses élèves se développaient dans une atmosphère d'affection et de bonhomie. Chef d'école, il l'était autant par l'intelligence que par le cœur. Il fallait le voir, dans son Institut, parmi son entourage — un maître et un père. C'est là que, gisant dans son tombeau, il continuera à être le *genius loci*.

Le type esthétique de sa figure semblait modelée sur son âme même: un faciès de médaille au coin psycho-moral. Visage et langage appelaient au premier abord la sympathie; il plaisait naturellement, sans effort, sans apprêt, sans même chercher à plaire. Mais le caractère était viril et fort; à l'occasion, il savait émettre des opinions arrêtées sur les idées, les choses ou les gens — carrément, sans mollesse et sans ambages, comme il sied à un homme d'action autant que de pensée.

Ici, à ses côtés, j'ai eu le bonheur de bénéficier de son influence. Une certaine communauté d'idées et de sentiments nous rapprochait; une vive amitié s'ensuivit. Souvent il me poussait à faire des communications ou des observations; puis, on discutait à voix basse, ou lui-même prenait la parole pour éclairer le débat. Quelle tristesse poignante, de le savoir à tout jamais disparu!

Nous avons déjà failli le perdre, lors de l'affreux accident de Brigue, qui fit ressortir son caractère stoïquement trempé: une victoire de plus qu'il remportait sur lui-même et sur son orga-

nisme. Encore sur son lit d'hôpital et pouvant à peine tenir la plume, il m'écrivait : « Contre mon attente, je suis resté en vie et, grâce à mon énergie, j'ai gardé la jambe droite qu'on voulait m'amputer ». Plus tard, rentré à Bucarest, regrettant la lenteur de la consolidation, il disait dans une lettre : « Je vous assure qu'habitué comme je le suis à une vie très active, ma philosophie est soumise à une rude épreuve ». La crise a été longue et dure. Il l'a surmontée, gardant, après comme avant, la même force, la même activité, la même sérénité, le même optimisme. Rien de Job ou de Jérémie : la résignation d'un saint et l'euphorie d'une conscience sûre d'elle même.

Je pense au vers de Shakespeare : *O what a noble mind is here overthrown!* Quelle âme noble vient ici de succomber ! Que la flamme qui rayonne de sa dépouille mortelle vienne se poser comme le Saint-Esprit sur les apôtres que nous sommes du même credo qui a été la grande passion de sa vie.

Dr. Cantacuzino — *Dr. Ricardo Jorge*



D'un groupe de caricatures des membres du Congrès d'Histoire de la Médecine
à Buscaresst — Septembre 1932

Revista dos Jornais de Medicina

Disfuncionamento hipofisário. (*Dyspituuitarism Twenty years Later*), por H. CUSHING. — *Archives of Internal Med.* N.º 51. Abril de 1933.

Este artigo de Cushing resume importantes investigações, observações e experiência cirúrgica do A. sobre as funções e alterações das funções da hipófise.

Este trabalho de mais de 70 páginas e com 34 ilustrações constitue uma verdadeira monografia, sendo um trabalho basilar indispensável a quem queira abordar o assunto.

A extensão e importância do trabalho torna difícil resumir-lo. São tratados muitos aspectos da fisiologia da hipófise, mas é a sintomatologia e patologia dos adenomas da hipófise que preenchem a maior parte do artigo. A hipófise é composta de células cromóforas que quando atingem o seu completo desenvolvimento (maduras) se tornam cromófilas. Estas últimas apresentam duas variedades: as células acidófilas e as basófilas. As células mais (cromóforas), que excedem em número as outras, parece não terem funções secretoras. As células basófilas estão aparentemente associadas com a maturação sexual, as acidófilas elaboram uma hormona que influencia o crescimento somático. Os adenomas classificam-se, segundo o tipo das células dominantes, em cromóforas, acidófilas e basófilas. Os tumores do primeiro grupo são formados por células de citoplasma não corável, não produzem qualquer sintomatologia demonstrável até atingirem um volume suficiente para produzirem alargamento da célula turca e distensão da tenda da hipófise. A sintomatologia endócrina apresenta-se então sob a forma de hipopituuitarismo e é determinada pela inactivação da glândula, devida à compressão contra a sua cápsula; o síndrome é pois mais de origem mecânica do que secretória. Esta forma de adenomas da hipófise é a mais frequente, constituindo dois terços dos casos de Cushing. O A. apresenta um caso minuciosamente descrito, como ilustração das afirmações feitas. A intervenção permitiu extrair um adenoma cromóforo, tendo como resultado o desaparecimento das cefaleias e perturbações da visão (hemianopsia).

O A. cita dois casos de desenvolvimento somático excessivo em altura, aparentemente suspenso por irradiação da hipófise.

Os adenomas cromófilos não são tratados neste artigo com desenvolvimento. A relação destes tumores com o gigantismo e a acromegalia é suficientemente conhecida, parecendo certo que a hormona determinante do crescimento é um produto da actividade secundária dos elementos acidófilos. O A. refere-se à ausência destas células nas glândulas dos ratos hereditária-

mente anões. O A. aponta o facto das perturbações acromegálicas se iniciarem com grande frequência pelo aparelho genital, sendo pois provável uma lesão dos elementos basófilos próximos. Contudo, parece poder afirmar-se a existência de uma hormona pura do crescimento somático.

A função das células basófilas é ainda discutível. Uma coisa parece porém poder afirmar-se: a sua acção sobre as funções sexuais. O A. apresenta um estudo de catorze casos de adenoma basófilo. Treze dos catorze casos apresentavam notável obesidade, doze dos casos eram mulheres e tôdas apresentavam amenorrea, dois eram homens, ambos impotentes. As doze mulheres apresentavam uma distribuição pilosa anormal. Em sete casos notou-se glicosúria. Em oito dos doentes em que foram feitos estudos do metabolismo foi encontrado um metabolismo elevado em quatro e baixo em dois. Nove foram estudados sob o ponto de vista do metabolismo do cálcico e observação dos ossos, oito apresentaram descalcificações ou fracturas. Em todos os doentes observados nesse sentido (dez doentes) foi encontrada atrofia das glândulas sexuais.

O A. discute se a obesidade, tão constante nestes casos, será um sintoma pituitário puro ou será devido a alterações do tuber. Cushing é da opinião que a lesão do tuber é improvável, pois encontram-se casos de notável obesidade, ainda com hipófises de volume normal, que não podia pois fazer compressão. Emite a hipótese da provável hiperactivação dos mecanismos tuberohipofisários por produtos secretórios da «pars intermédia» (lobo intermédio). A poliúria e a polidipsia, tão frequentemente associada com o síndrome hipofisário basófilo, é um importante apoio para esta afirmação. A hipertensão arterial seria explicável por uma secreção neuropituitária sem ser necessário supor lesão alguma das cápsulas suprarrenais. É prova da verdade desta explicação o facto de lesões destrutivas do lobo posterior se associarem com uma baixa tensão sanguínea.

O A. discute com minúcia os sintomas endócrinos secundários, passando em revista as alterações da tiroideia, paratiroideia, glândulas sexuais e pâncreas concomitantes com dispituitarismo.

Da grande soma de observações, experiências, factos clínicos e teorias sob o funcionamento da hipófise torna-se evidente ter esta glândula uma posição dominante entre as glândulas endócrinas exercendo um control directo ou indirecto sobre um grande número de processos bioquímicos, em número superior ao até há pouco considerado.

ALMEIDA LIMA.

Meningites agudas linfocitárias. (*Acute lymphocytic meningitis*), por JOSEPH ABRAMSON. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXXI. N.º 6. Junho de 1934.

O A. apresenta oito casos de meningites agudas linfocitárias, curadas. Estes casos são sobreponíveis aos já abundantes na literatura dos últimos anos sobre o assunto.

O A. julga poder tirar dos seus casos as conclusões seguintes:

1) Os casos apresentados são análogos aos descritos por diferentes auto-

res sob vários nomes, tendo todos como característica especial a de se apresentarem com o aspecto de uma meningite aguda de forma não muito grave na qual o líquido céfalo-raquidiano se mostra límpido, mas com uma linfocitose acentuada.

2) O período da doença é, em regra, curto e o prognóstico bom.

3) O agente da doença é provavelmente um vírus filtrável, com capacidade para provocar uma intensa reacção linfocitária no líquido céfalo-raquidiano.

4) Há já um certo número de elementos clínicos que permitem supor não se tratar de uma doença *sui generis*, mas mais provavelmente de uma forma particular de poliomielite ou de encefalite epidémica, mais provavelmente da última.

5) Sendo assim, estaríamos em presença de uma forma especial de encefalite epidémica embora não tenha sido ainda reconhecida como tal, tornando-se necessário pôr certas reservas ao bom prognóstico que de regra se faz nestes casos.

ALMEIDA LIMA.

Encefalomalacia infantil. (*Encephalomalacia in infants*), por I. B. DIAMOND. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXXI. N.º 6. Junho de 1934.

O amolecimento cerebral, nas crianças, mais frequente do que vulgarmente se julga, foi atribuído, desde os trabalhos de Virchow, a uma forma especial de encefalite; ultimamente porém a importância do traumatismo do parto tem sido posta em relêvo, considerando-o senão como a única causa, pelo menos como o factor mais importante da encefalomalacia infantil, em contraste com a osteomalacia dos adultos, de origem prevalentemente vascular (trombose, embolia).

É esta também a opinião do A., embora nalguns casos a infecção (caso 1 do A.) e a intoxicação (caso 2 do A.), tenham de entrar em conta como factores etiológicos.

ALMEIDA LIMA.

Encefalografia na psicose maniaco-depressiva. (*Encephalographie studies in manie-depressive psychosis*), por M. T. MOORE, D. NATHAN, A. ELLIOTS e C. LAUBACH. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXXI. N.º 6. Junho de 1934.

Os autores apresentam trinta e oito casos de psicose maniaco-depressiva nos quais foram feitos estudos encefalográficos com grandes quantidades de ar.

Dêste trabalho tiram os autores as seguintes conclusões:

A tensão do líquido céfalo-raquidiano é sempre alta, no limite superior do normal ou anormalmente elevada, indicando a presença de uma hipertensão intracraniana crónica.

A grande quantidade de líquido céfalo-raquidiano extraído na maioria

dos casos, indica existir, se bem que em grau variável de caso para caso, atrofia cortical e alargamento das cavidades ventriculares e das cisternas.

Não é porém possível indicar um aspecto encefalográfico característico.

Os principais caracteres anormais notados nas encefalografias são: 1) atrofia cortical de intensidade variável de caso para caso; 2) dilatação ventricular; 3) assimetria dos ventrículos laterais; 4) apagamento da imagem das circunvoluções; 5) aumento da quantidade de ar entre os hemisférios; 6) alargamento do sulco pericaloso; 7) atrofia da ilha de Reil; 8) alargamento das cisternas; 9) atrofia cerebelosa.

Nenhum dos doentes estudados apresentou um aspecto encefalográfico normal.

ALMEIDA LIMA.

Histopatologia do sistema nervoso central na encefalite epidémica.

(*Histopathology of the central nervous system in epidemic encephalitis*), por ARTHUR WEIL. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXXI. N.º 6. Junho de 1934.

O A. apresenta o estudo histopatológico de vários casos de encefalite epidémica, provenientes da epidemia de S. Luiz (América do Norte) no verão de 1933.

Em todos foi encontrado o quadro histopatológico de encefalite e mielite aguda disseminada, acompanhada de leptomeningite pouco acentuada. A reacção inflamatória consistia em infiltração perivascular por pequenas células redondas, poucas células plasmáticas e formação de focos isolados de proliferação glial.

Tanto a substância cinzenta como a branca se encontram atingidas pelo processo, mas as massas nucleares do talamencéfalo e do cérebro médio estavam mais lesadas do que o córtex e restante eixo cerebral.

Em todos os casos foram encontrados, livres nos tecidos, pequenos cocos, sob a forma de diplococos ou em cadeias, o que só pode ser explicado por uma infecção post-morte ou no período agónico. Em três casos, porém, foram encontradas colónias de pequenos cocos, medindo de 0,3 a 0,6 micron, dentro dos focos de proliferação glial, dentro dos vasos trombosados ou misturados com o exsudado perivascular. Estes agentes apresentam-se também sob a forma de diplococos ou em cadeias e são Gram-positivos.

ALMEIDA LIMA.

Quadro da albumina no plasma — Pressão oncótica — Tendência edematosa no rim do sublimado. (*Plasmaeiweissbild — Onkotischer Druck — Odembereitschaft bei der Sublimatiere*), por E. RÓTH e N. v. SZENT-GYÖRGYI. — *Klin. Woch.* N.º 20. 1934.

É hoje conhecida a importância dos factores extrarrenais na génese do edema. A pressão oncótica do plasma sanguíneo está diminuída nas doenças renais que apresentam tendência para os edemas, facto que decorre parale-

lamente à modificação do valor percentual das diversas espécies de albumina no plasma.

É também clássica a ausência de edemas na nefropatia do sublimado.

Os AA., com este trabalho, são os primeiros a verificar o acôrdo entre aquelas noções e os dados laboratoriais num caso de nefrose do sublimado. Com efeito, a-par da falta de tendência edematosa, confirmada pela prova de Aldrich e Mc Clure, constatarem valores normais da pressão oncótica do plasma.

Tratava-se dum doente com uremia hipoclorémica.

OLIVEIRA MACHADO.

A dilatação aguda do coração. (*Die akute Herzdilatation*), por AUGUST MEYER. — *Klin. Woch.* N.º 21. 1934.

O problema da dilatação aguda do coração, anatómicamente íntegro, por excesso de trabalho, foi muito discutido antes do advento da radiografia. As possibilidades diagnósticas actuais pela radiologia e electrocardiografia e as aquisições experimentais permitiram esclarecer este assunto.

Nas observações modernas, devidamente documentadas, os fenómenos subjectivos e objectivos de insuficiência cardíaca foram passageiros.

Experimentalmente Büchner e Lucadou observaram no coelho fatigado por um grande esforço, necroses disseminadas no miocárdio, como se encontram no homem com esclerose coronária. Estas lesões são reveláveis pelo electrocardiograma, desaparecendo porém a sua tradução no traçado, no fim de duas a vinte e quatro horas.

É razoável admitir modificações electrocardiográficas análogas e da mesma causa em patologia humana.

O A. descreve um caso clínico desta natureza: tratava-se dum indivíduo que no decorrer dum esforço físico violento se queixou de falta de ar, palpitações e dor violenta na região precordial, com sensação de opressão.

Um mês depois do acidente foi observado pelo A. Além dum apêrto mitral, confirmado radiologicamente, condicionado, segundo Meyer, pelo esforço físico — na anamnese não havia qualquer doença infecciosa aguda, particularmente reumatismo, que se pudesse responsabilizar da lesão mitral e, anteriormente ao acidente, o doente nunca tivera a menor queixa de insuficiência circulatória — apresentava as modificações electrocardiográficas do apêrto mitral e as correspondentes às que Büchner e Lucadou observaram no coelho e que, como se sabe, correspondem ao infarto no miocárdio.

Com tempo de condução normal (0,12 seg.) tinha, na segunda e terceira derivações, P pequeno e R maior que na primeira e Q muito nítido. T₂ pequeno, T₃ negativo; além disso, ST abaixo da linha isoelectrica.

O A. interpreta os infartos do miocárdio sobrevivendo deste modo como consequência de insuficiente oxigenação. A distribuição predominante das necroses no ventrículo esquerdo deve ser explicada por causa local, certamente influência nervosa na circulação coronária.

Devem ter a mesma origem as necroses do miocárdio observadas por Gruber, Lanz e Neubürger em epiléticos com sistema coronário intacto.

Segundo Meyer, a dilatação cardíaca aguda é mais freqüente do que geralmente se admite.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre um caso de sacarosúria por pancreopatia. (*Über einen Fall von Saccharosurie bei Pankreopatie*), por R. RENCKI e A. FALKIEWICZ. — *Klin. Woch.* N.º 21. 1934.

Os AA. descrevem a observação clínica dum doente com sacarosúria espontânea e litíase pancreática, no qual aquela tinha relações evidentes com esta.

A sacarosúria observava-se quer durante a alimentação livre, quer com dieta isenta de sacarose.

O estudo da curva da glicemia, após ingestão de glucose, mostrou uma diferença de 118 mg. % entre as glicemias por redução directa e a obtida depois de hidrólise, fenómeno certamente atribuível a uma sacrosemia.

Estes factos depõem, segundo os AA., contra a idea de explicar a sacarosúria dêste doente como simples consequência de aumentada permeabilidade da parede intestinal para a sacarose ou perturbação da acção da sacarose, mas a favor da existência duma síntese de sacarose no organismo.

OLIVEIRA MACHADO.

Serodiagnóstico do cancro. (*Serumdiagnose des Krebses*), por G. J. VAN DEN BOVENKAMP e W. H. KISJES. — *Klin. Woch.* N.º 22. 1934.

As reacções de floculação propostas até hoje para diagnóstico do cancro estão longe de ser específicas.

Os AA. julgam poder indicar reacção utilizável clinicamente, apreciando não só a percentagem quantitativa dos albuminóides do sôro, mas ainda a sua labilidade. Na determinação simultânea dêstes dois factores crêem Bovenkamp e Kisjes estar a causa da precisão do método.

A técnica é relativamente simples: Num sistema de 11 tubos de 8 mm. de diâmetro contendo 5 cc. duma mistura de solutos decinormais de ácido propiónico e cromato de sódio em percentagens decrescentes do primeiro e crescente do segundo, que vão de 95 % e 5 % ($P_H = 3,6$) até 90 % e 10 % ($P_H = 3,8$), adicionam-se 0,5 cc. de sôro. Em segunda série de tubos adiciona-se igual quantidade de sôro, inactivado por aquecimento durante meia hora a 56°.

Verifica-se no fim de vinte e quatro horas a altura dos sedimentos.

Numerosos ensaios mostraram que o sôro dos cancerosos se comporta de modo diverso do dos indivíduos sãos ou do dos doentes com outras afecções.

Transportadas para um gráfico, distinguem-se as curvas de sedimentação obtidas com os soros inactivado e normal dos cancerosos em relação aos outros indivíduos por se cruzarem (concentração do reagente que produz nos

soros inactivado e fresco igual altura do sedimento) num ponto que dista menos que 0,5 m. Mol. por litro do valor inicial das curvas.

OLIVEIRA MACHADO.

Contribuição para a clinica da doença de Hand-Schuller-Christian.
(*Beitrag zur Klinik der Hand-Schüller-Christianschen Krankheit*), por
KRAUSS e BARTH. — *Klin. Woch.* N.º 24. 1934.

A doença de Hand-Schüller-Christian é geralmente considerada como uma perturbação do metabolismo lipóide. A irritação pelos depósitos de colesterina nos ossos do crânio conduz à formação dum tecido de granulação responsável dos sintomas hipofisários e oculares — exoftalmia — característicos da doença.

Ceelen publicou há pouco um caso no qual os processos de granulação estavam tanto no primeiro plano das características anatomo-patológicas que considera os depósitos lipóides como secundários àquela lesão, para êle inicial.

Os AA. descrevem um caso em que notaram o seguinte contraste: com o carácter clinico da doença de Hand-Schüller-Christian, conforme a descrição já clássica, o exame químico do sangue e do conteúdo das formações tumorais e o estudo antáomo-patológico não condiziam com os inicialmente observados, mas antes com os do caso de Ceelen.

O que sobressaía no exame anatómico era o tecido de granulação, impondo-se quasi como um tumor, com abundantes hemorragias e grande depósito de pigmento fêrrico, mas a que não faltavam os espongocitos. As substâncias lipóides encontravam-se sobretudo nas porções mais antigas da formação e pouco abundavam no tecido de granulação relativamente recente.

Ainda é cedo para se tentar uma classificação da doença Hand-Sch.-Ch., para a qual parece, no entanto, desde já, ser necessário admitir a existência de várias formas.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre o tratamento da poliomielite anterior aguda com sôro de convalescente. (*Über die Behandlung der Poliomyelitis anterior acuta mit Rekonvaleszentenserum*), por SCHLOSSBERGER e R. KRUMEICH — *Klin. Woch.* N.º 25. 1924.

Resumo dos AA.:

Conforme o resultado dum inquérito feito pela repartição da inspecção de saúde do Reich, foram tratados na Alemanha, com sôro de convalescente, durante o aparecimento freqüente da paralisia espinhal infantil, no ano de 1932, 227 doentes, dos quais 26 em estado preparalítico e 201 somente depois do começo das paralisias. Em 24 dos 26 doentes tratados no período precoce conseguiu-se cura completa, só nos 2 restantes sobrevivendo as paralisias; neste grupo não houve mortes. Pelo contrário, a doença terminou mortalmente em 25 dos casos tratados com sôro de convalescente só depois do instalar do

estado paráltico; em 148 doentes dêste grupo não se demonstrou qualquer influência do sôro terapêutico sôbre as paralisias, chegando-se, nos restantes 28 casos, a um retrocesso mais ou menos nítido daquelas. Como, porém, números semelhantes se obtêm em doentes de poliomielite não tratada, deve-se concordar com a opinião defendida por numerosos médicos de que o sôro de convalescente não faz retroceder as paralisias, uma vez instaladas. Pelo contrário, o sôro de convalescente representa, no estado preparalítico da poliomielite, o processo terapêutico de escolha e por isso deve-se defender a criação duma organização que actue de modo que os casos de poliomielite sejam precocemente diagnosticados e tratados.

OLIVEIRA MACHADO.

Sôbre uma nova prova da secreção gástrica com alizarin. (*Über eine neue Magensekretionsprobe mit Alizarin*), por B. PURJESZ. — *Klin. Woch.* N.º 25. 1934.

O A. entende que a sonda de Einhorn, embora tenha reduzido apreciavelmente as contra-indicações da sonda grossa, outrora utilizada, ainda tem, por vezes, inconvenientes na sua introdução para o estudo da secreção gástrica.

O conhecimento da importância dos pulmões, rins, fígado e intestino na manutenção do equilíbrio ácido-bárico, foi o ponto de partida para trabalhos recentes sôbre êste assunto.

Acarretando a ingestão duma refeição de prova a eliminação de valências ácidas ao nível da mucosa gástrica, tal fenómeno tem que ser acompanhado por modificações funcionais daqueles órgãos, paralelas na sua intensidade aos valores de ácido eliminado.

Foi êste o princípio de que partiram Kaunders, Porges e Dodds para estudar o quimismo gástrico, apreciando as variações do CO² alveolar após refeição de prova. Porém o processo não é suficientemente simples para entrar na rotina.

O A. teve a mesma idea e propôs-se estudar o assunto apreciando as variações do P_H urinário após refeição de prova (álcool) a que adicionava alizarin para, por apreciação colorimétrica, avaliar da reacção da urina. O excesso de secreção clorídrica — acompanhado de eliminação de valências básicas ao nível do rim — é revelado por côr vermelha, tanto mais intensa quanto maior é aquela; a hipocloridria ou aquilia notam-se por côr amarela.

A riqueza do suco gástrico em muco, bem como a hipoestenúria, falsariam os resultados.

OLIVEIRA MACHADO.

A-propósito de artropatia psoriática. (*Ueber Arthropatia Psoriatica*), por W. RICKTER. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. Vol. CCXXXVII. Fasc. 1-2. Vol. 13. 1932.

O A. descreve onze casos de psoriasis, associada a artropatias, que se apresentavam sob vários aspectos clínicos, e, seguindo a opinião de Buschke

sobre a gênese da psoríasis e o confronto dos vários e novos métodos de pesquisa acerca das alterações do sistema endócrino, especialmente da cápsula suprarrenal, crê o A. na existência de uma base comum às duas afecções.

A. RÓDO.

Osteocondrite de Perthes e osteíte tuberculosa do colo do fêmur. (*Osteocondrite di Perthes e osteíte tuberculare del collo femorale*), por ANTONIO POLI. — *Archivio di Ortopedia*. Vol. XLIX. Fasc. 4. Pág. 1173. 1933.

O A. contribue para esta debatida questão com um caso de observação pessoal de osteíte tuberculosa (reação focal à tuberculina, positiva) do colo do fêmur em um doente de 6 anos de idade, convalescente de espondilite, no qual se manifestou um quadro clínico-radiográfico típico de osteocondrite de Perthes. Depois de considerações etiopatogênicas, o A. emite a opinião de não ser excluída a infecção tuberculosa do complexo etiológico da *coxa plana*.

A. RÓDO.

Particulares alterações ósseas em um caso de neurofibromatose difusa. (*Particolari alterazioni ossee in un caso di neurofibromatosi diffusa*), por OLIVIO PELLEGRINI. — *Archivio di Ortopedia*. Vol. XLIX. Fasc. 4. Dezembro de 1933.

O A. estudou as alterações ósseas encontradas num caso de neurofibromatose difusa e a sua evolução durante um período de cinco anos.

Entre essas alterações encontrou algumas do tipo quístico, que apenas tinham sido observadas e descritas, em 1924, por Brooks e Lehmann (*Surg. Gyn. and Obstetr.*, pág. 587. 1934).

A-propósito da interpretação patogênica e anátomo-patológica, o A., que também estudou o caso histologicamente, pensa que as alterações observadas sejam devidas a neoformações à custa dos pequenos ramos nervosos do periosteio.

Acompanha o artigo uma extensa bibliografia.

A. RÓDO.

Diagnóstico da tuberculose osteoarticular pela biopsia ganglionar. (*Diagnostico de la tuberculosis osteoarticular por la biopsia ganglionar*), por CARLOS E. OTTOLENGHI. — *Revista de Ortopedia y Traumatologia*. Ano III. N.º 1. Págs. 1-73. Buenos-Aires, 1933.

Neste trabalho apresenta o A. um procedimento pessoal, que muito contribue para estabelecer, com maior segurança, o diagnóstico das afecções tuberculosas osteoarticulares.

O A. praticou a biopsia dos gânglios satélites da articulação atingida e procedeu ao seu exame histológico. Em dezassete casos de doentes com afec-

ções osteoarticulares, de diagnóstico duvidoso, obteve resultados positivos em 88,5 % dos casos. Em dez casos, que não eram tuberculosos, o exame dos gânglios foi sempre negativo.

Este trabalho é acompanhado das observações clínicas, de reproduções das radiografias e das preparações histológicas.

Termina com as seguintes conclusões:

1.^a — A biopsia ganglionar é um método de exame de grande valor para fazer o diagnóstico das lesões tuberculosas osteoarticulares.

2.^a — Pela sua inocuidade e alta percentagem de resultados positivos, deve ser preferida à biopsia directa das lesões.

3.^a — Permite afirmar o diagnóstico em lesões sem derrame e ainda iniciais.

4.^a — Em um grande número de casos é o único resultado positivo que se obtém.

5.^a — É um procedimento que merece ser tido em conta, porque ultteriores observações, baseadas na experiência própria e alheia, permitiram estabelecer o seu real e verdadeiro valor.

Nota. — Este trabalho foi apresentado ao último Congresso Internacional de Ortopedia, reunido em Londres em Julho de 1933.

A. RÓDO.

A-propósito de «ossidesmose hipertrófica» e de processos de ossificação e de calcificação dos meniscos do joelho. (*Sulla «ossidesmosi ipertrofica» e sui processi di ossificazione e di calcificazione dei menischi del ginocchio*), por G. GIRANDI e S. L. CANEVALLI. — *Archivio di Ortopedia*. Vol. XLIX. Dezembro de 1933.

Os AA., a-propósito desta enfermidade recentemente descrita por Kienbock, apresentam uma série de considerações tendentes a esclarecer o diagnóstico diferencial deste novo estado mórbido e a definir melhor o seu quadro clínico

Esta enfermidade é uma afecção caracterizada pela ossificação do sistema ligamentoso articular ou para-articular de qualquer articulação, que atinge as inserções musculares e que se acompanha de fenómenos de hipertrofia óssea.

Quando atinge a coluna vertebral, a existência de fenómenos de hipertrofia óssea serve para distinguir esta doença da enfermidade de Bechterew e de Strümpell-Marie.

O estudo de quinze casos de poliartrite anquilosante permitiu notar que estas enfermidades são, muitas vezes, modalidades de uma única entidade nosológica, que é a «poliartrite anquilosante de Ziegler». Contudo, os AA. encontraram um caso típico de «Ossidesmose hipertrófica», com ossificação de numerosos ligamentos, entre os quais o ligamento intercostal interno e o ligamento ileo-lombar.

Referem ainda uma série de casos de calcificação não traumática dos meniscos, e, do seu estudo, concluem que no caso típico que estudaram se

tratava duma ossificação dos meniscos como manifestação parcial duma poliartrite crónica de Ziegler.

A. Ródo.

Luz e ortopedia. (*Svetolecka u Ortopedii*), por Dr. J. STEPÁN. — *Glovansky Hornik Ortopedicky*. Vol. VII. Fasc. 4. Pág. 280-933.

Neste trabalho põe o A. em evidência o inegável valor terapêutico da luz e mostra a necessidade de se estabelecer uma base científica no seu emprêgo.

São numerosos os casos ortopédicos que oferecem um campo de actividade favorável à helioterapia. São estes, por exemplo, as inflamações crónicas tuberculosas e reumáticas e, em parte, ainda de outra natureza, localizadas nos órgãos do movimento.

Na teoria e na prática existem muitas indicações, mas as prescrições não são, em geral, cumpridas com rigor.

No estado actual, os conhecimentos de física são já suficientes para reconhecer que tôdas as irradiações necessitam ter como base as regras da absorpção, da reflexão, da refacção, da interferência, etc., e não será certamente um êrro tomar como base de trabalho uma parte do tratamento pelas radiações, que a experiência de outros investigadores já estudou com cuidado.

Assim, é a roentgenterapia que pode servir de modelo à helioterapia. Na prática da helioterapia devemos estabelecer, por um certo meio intuitivo, a qualidade da radiação administrada, a sua quantidade, capaz de ser repetida, e ainda as outras indicações que hoje se exigem na roentgenterapia, tal como a intensidade e a duração da radiação.

Estamos apenas no limiar dos novos métodos terapêuticos que hão-de ser empregados logo que a célula foto-eléctrica se torne de uso comum na medicina.

A célula foto-eléctrica não é única nas invenções técnicas que, provavelmente, serão em breve empregadas na medicina prática.

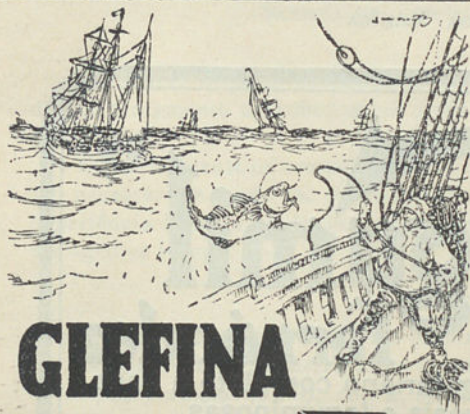
Não há razão para abandonar as lâmpadas que foram introduzidas na iluminação das ruas das cidades, porque delas emana uma luz que se compõe de raios amarelos e vermelhos, que é absorvida na parte profunda dos tecidos vivos, e que já demonstraram os seus efeitos benéficos.

É justamente na tuberculose cirúrgica que se têm podido demonstrar as propriedades terapêuticas preciosas da luz natural.

Pelo contrário, os raios ultra-violetas causam, muitas vezes, uma irritação indesejável, talvez explicável porque, neste momento, tudo é baseado num empirismo vago. Falta ainda estudar melhor a acção biológica da luz, como também de outros agentes físicos.

Nos estudos e nas pesquisas da Universidade, que dizem respeito à terapêutica médica, o Instituto de Farmacologia é uma espécie de «amboceptor» que forma, com a química e a clínica, um trio de trabalho com seqüência.

Mas na fisioterapia êste elo de conjugação falta e é por isso que a física e a clínica gastam, inútilmente, muita energia para dar um novo passo em frente.



GLEFINA

é o único reconstituinte a base de Óleo de Fígado de Bacalhau que pode tomar-se em tôdas as épocas do ano.

Preparado com

Extrato de Óleo de Fígado de Bacalhau,
Hipofosfitos e Extrato de malte

**NÃO PRODUZ TRANS-
TORNOS DIGESTIVOS**

SABOR AGRADAVEL



Glefina e Lasa

São os melhores produtos nacionais na sua classe e distinguem-se pela pureza absoluta dos seus vários componentes

LASA



Para as doenças do aparelho respiratório e sua convalescença

Laboratorios Andrómaco

Rua do Arco do Cego, n.º 90

LISBOA

PULMO SERUM BAILLY

Regenerador poderoso dos Órgãos Respiratorios
Medicação das Doenças

BRONCHO - PULMONARES

**CONSTIPAÇÕES, TOSSE, GRIPPE, CATARRHOS,
LARYNGITES, BRONCHITES, ASTHMA,
CONSEQUENCIAS DA COQUELUCHÉ E DO SARAMPO.**

MODO DE USAL-O: Uma colher das de café de manhã e de noite.

Laboratorios A. BAILLY 15 et 17, Rue de Rome, PARIS (8º)

“**Ceregumil**”
Fernández

**Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas**

Contém no estado coloidal
*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados
e principios minerais (fosfatos naturais).*

**Indicado como alimento nos casos de intolerâncias
gástricas e afecções intestinais. — Especial
para crianças, velhos, convalescentes
e doentes do estômago.**

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo.

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA
Deposítarios: GIMENEZ-SALINAS & C^ª
240, Rua da Palma, 246
LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

Os artigos devem ser enviados á redacção da «Lisboa Médica», Hospital Escolar de Santa Marta — Lisboa.

Os autores dos artigos originaes têm direito a 25 exemplares em separata.

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada numero tera em média sessenta páginas de texto.

Todos os assuntos referentes á administração e redacção devem ser dirigidos ao Dr. A. Almeida Dias, Secretário da Redacção e administrador da *Lisboa Médica* — Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

A luz deve ajudar consideravelmente os ortopedistas que são encarregados do tratamento da tuberculose óssea e articular, doenças de tão difícil terapêutica.

E precisamente os ortopedistas são obrigados a recorrer a êste remédio, tão necessário e ainda tão pouco conhecido cientificamente, mediante a sua experiência e com a ajuda dos conhecimentos mais profundos do especialista em agentes físicos.

A. RÓDO.

Novas investigações biológico-experimentais sôbre o problema da esquizofrênia. (*Weitere experimentell-biologische Untersuchungen zum Schizophrenieproblem*), por E. GAMPER e A. KIEL. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*. 150. B. 2. H. 14 de Maio de 1934.

O *liquor* das formas processivas da esquizofrênia, ao envés das formas sintomáticas e reactivas, é dotado de propriedades tóxicas, manifestadas por uma grave acção irritativa provocada pela sua injeccção na câmara anterior do olho e no sistema nervoso dos animais de experiência, o que vem corroborar a noção da organicidade da afecção e da existência de um factor etiopatogénico de natureza tóxica, principalmente notório nas formas hebefrênicas e catatônicas.

Outras investigações com urina dos doentes esquizofrênicos mostram também a sua toxicidade, provocando 66,6% de mortes por injeccção nos ratinhos; esta acção que, ao contrário da maior toxicidade do *liquor* nos períodos agudos, se revela mais intensamente nas fases crônicas, não é, no entanto, específica e encontra-se em muitas outras doenças orgânicas do sistema nervoso.

BARAHONA FERNANDES.

Sôbre as indicações da terapêutica da sífilis nervosa. (*Zur Indikationsstellung in der Therapie der neurolues*), por H. WEIGEL. — *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*. B. 89. H. 1. Junho de 1934.

É sempre conveniente acentuar que as alterações do líquido céfalo-raquidiano são o melhor índice do estado e evolução dos processos biológicos da sífilis nervosa. A terapêutica deve constantemente apoiar-se sôbre os seus dados; em todos os casos de sífilis deve ser feita uma punção lombar três anos depois do acidente primário, e só no caso de normalidade clínica e humoral suspender o tratamento; se houver sinais de infecção do *liquor*, mesmo na ausência de manifestações clínicas, deve-se fazer uma cura piretoterápica, com um meio brando (Pirifer, Sulfofin), ou, se o doente anteriormente tiver sido irregularmente tratado, com malária; a seguir, terapia específica — é a única profilaxia da meta-lues.

A persistência exclusiva da positividade do Wasserman no sôro não é, a êste respeito, tão significativa.

As formas vasculares da *lues cerebri* dão-se mal com a piretoterapia e beneficiam muito com o clássico iodo.

Deve-se afirmar que é um êrro profissional, na ausência de contra-indicações, não malarizar um paralítico geral; a cura repete-se nos casos de recidiva, de remissão insuficiente e um ano depois se o *liquor* ainda não estiver saneado, principalmente se houver ainda pleocitose e aumento de albumina; a repetição é inútil quando subsiste um grande *déficit* psíquico e nas formas alucinósico-paranóides.

As formas estabilizadas da tabes, com normalidade do *liquor*, nunca devem ser intensamente tratadas, pelo perigo de uma reactivação; a malária só é recomendável quando há fortes reacções positivas no *liquor*; de resto, terapia específica e pirifer.

O mesmo se pode dizer da atrofia do nervo óptico, em que as intervenções terapêuticas maciças são sempre perigosas; recomenda-se uma ligeira excitoterapia não específica.

BARAHONA FERNANDES.

Acêrca de duas irmãs com doença de Pick. (*Über ein Schwesternpaar mit Pickscher Krankheit*), por BRAUNMUHL e LEONHARD. — *Zeitschrift f. d. G. Neurologie u. Psychiatrie*. 150. B. 2. H. 14 de Maio de 1934.

Observações clínicas e anátomo-patológicas de dois casos de doença de Pick em duas irmãs, cuja mãe falecera também de uma afecção semelhante, o que denota um excepcional carácter de aparição familiar; o aparecimento precoce (29 e 31 anos de idade) e a atipicidade dos sintomas psíquicos iniciais (desinibição, impulsos, vagabundagem, actividade anti-social, etc.), a que só mais tarde se juntou a típica demência, obrigam a um diagnóstico diferencial com a esquizofrénia; anatómicamente, além da atrofia cortical (num caso localizada ao lobo frontal e temporal esquerdos, e, noutro, de evolução mais longa, generalizada com maior intensidade dos lóbulos frontal, parietal e temporal esquerdos) tinham de particular uma anormal alteração da substância branca do centro oval, o que possivelmente será um carácter das formas de instalação precoce; dignas de nota ainda as alterações tónicas, opposição motora, reflexos de sucção de garra e outros automatismos primitivos, como movimentos de esfregar e raspar, em parte relacionáveis com alterações do tronco cerebral e gânglios centrais (adelgaçamento da substância negra de Soemering, *status friebosus do striatum*, *status dysmielinisatus do palidum*).

BARAHONA FERNANDES.

Observações histopatológicas da chamada forma esquizofrénica da paralisia geral. (*Histopathologische Untersuchungen bei der sog. schizophhrenen Form der progressiven Paralyse*), por BELA HECHT. — *Archiv für Psychiatrie*. 102. B. H. 1.

O A. procura, com o estudo histológico e pato-arquitectónico de três casos de psicoses esquizomorfas sobrevindas em paralíticos gerais malarizados, obter uma explicação histopatológica para o aparecimento da sintomatologia esquizofrénica.

As lesões inflamatórias e degenerativas caracterizam-se pela sua pequena intensidade e distribuem-se de um modo semelhante aos casos vulgares de P. G., atingindo principalmente a 2.^a e 3.^a camadas celulares corticais, com predomínio das regiões orbitária e frontal, de um modo diverso pois da topografia que o A. atribue à esquizofrénia (3.^a, 5.^a e 6.^a camadas corticais das regiões préfrontal, infraparietal e primeira circunvolução temporal).

A natureza das lesões histológicas não se assinala por nenhum carácter especial, nem se observa a terciarização com o aparecimento de lesões luéticas específicas, invocada por outros autores como fundamento de certas psicoses post-maláricas.

A fraca intensidade das alterações e a inalterabilidade dos núcleos centrais parecem constituir condições para o aparecimento dos síndromas esquizofrénicos, mas nunca causas bastantes, que devem residir em caracteres constitucionais, não reveláveis histologicamente.

O aparecimento de alucinações auditivas, de resto excepcionais nas formas vulgares da paralisia geral, não está ligado a qualquer incidência ou peculiaridade lesional dos lobos temporais, parecendo, pelo contrário, que estão relativamente poupadas pelo processo patológico.

BARAHONA FERNANDES.

Acérea da anatomia patológica e patogenese da epilepsia. (*Zur pathologischen Anatomie und Pathogenese der Epilepsie*), por MINKOWSKY. — *Jahrbücher für Psychiatrie*. 51. B. 1-3. H. 5 de Maio de 1934.

O A. passa em revista as alterações anátomo-patológicas encontradas na epilepsia chamada essencial, tanto as lesões agudas dos doentes falecidos durante ou em consequência dos ataques convulsivos (cromatólise, tumefacção aguda, etc.), como as lesões crónicas (esclerose do corno de Amon; alterações celulares corticais: degenerescências, atrofia, esclerose, etc.; anomalias tectónicas e persistência de células de tipo embrionário demonstrando um factor displástico constitucional ou precocemente adquirido; proliferação e espessamento dos vasos pré-capilares; alterações do cerebelo e das olivas inferiores, gliose marginal e perivascular, hipo-displasia constitucional do epêndimo e plexo coroideu, etc.), e conclue que tanto umas como outras não são específicas nem constantes, nem constituem a causa do processo patológico, mas sim apenas a expressão de uma perturbação encefálica geral, em que tomam parte factores muito diversos.

Em todos os casos de epilepsia deve haver uma perturbação fisiopatológica elementar crónica, que existe potencialmente sob a forma de uma predisposição constitucional precocemente revelada na forma essencial, e exteriorizável pelas mais diversas causas nas formas sintomáticas, e que interessa os processos íntimos do funcionamento nervoso, como a condução e a concentração dos estímulos; em virtude de um afrouxamento notável da condução e irradiação, acumular-se-iam anormalmente as excitações ao nível do córtex, do tronco cerebral e dos centros vegetativos (o que se traduz, clinicamente, pela hiperexcitabilidade dos aparelhos corticais e vegetativos antes

dos ataques) ocasionando periódicamente descargas anormais, que se exprimem pelos múltiplos sintomas motores, sensitivos, psíquicos e neuro-vegetativos da doença.

BARAHONA FERNANDES.

Sobre as psicoses da pelagra. (*Über Pellagra psychosen*), por E. ELLING. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*. 150. B. 2. H. 14 de Maio de 1934.

A pelagra, que surge em Portugal com uma certa frequência, observou-se na Alemanha, durante a guerra e no campo da psiquiatria, principalmente nos doentes com recusa de alimentos e graves perturbações nutritivas.

Á sintomatologia somática (lesões cutâneas, diarreias, amenorreia, caquexia, hipotonia, simpaticotonia, insuficiência pluriglandular, diabetes insípida, hipercalcemia, etc.), e sinais neurológicos: alterações pupilares, sintomas espinhais de lesões funiculares, neurites, epilepsia, coreia, sintomas amioestáticos, etc.) juntam-se os característicos sintomas mentais, que constituem variados quadros, todos incluíveis nas formas de reacção exógena de Bonhoeffer; com alguns sinais especiais e facultativos, que lhes dão, até certo ponto, um particular colorido: estadio preliminar hipocondríaco-neurasténico, ou mesmo depressão com ansiedade e ideas de culpabilidade e ruína; fases confusionais alternando com períodos de lucidez da consciência, sem haver no entanto um paralelismo com o estado corporal; fases apático-estuporosas, delírios confusionais diversos e estados de debilidade hiperestésico-emocional; mais raramente síndrome de Korsacoff ou mesmo síndromas cíclicos e pseudo-paralíticos.

Quando aparece como complicação de uma demência precoce, revela-se pelo colorido especial «exógeno» da sintomatologia e pela ausência de fases de lucidez, com possibilidade de «intropatia».

As múltiplas terapêuticas ensaiadas, vitaminas, hepatoterapia, etc., mostram-se ineficazes.

Nas considerações etiológicas, o A. inclina-se para a sua filiação em alterações nutritivas, de natureza tóxica, provenientes de lesões e anomalias funcionais do aparelho gastro-intestinal.

BARAHONA FERNANDES.

Síndrome ansioso alucinatório-cataléptico e catatonía. (*Halluzinatorisch-Kataplektische Angstsyndrom und Katatonie*), por C. ROSENTHAL. — *Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten*. 102. B. 1. H. 16 de Abril de 1934.

O síndrome ansioso alucinatório-cataléptico caracteriza-se cardinalmente pela falência dos movimentos voluntários e expressivos, conservação da consciência, intensas alucinações visuais, auditivas, cenestescas, tactis, etc. e marcada angústia, acompanhada pela sensação subjectiva de influenciamento exterior; é uma forma afim da narcolepsia, da perda afectiva do tónus e outras atecções que têm sido relacionadas com o cérebro interme-

diário; resulta do encontro de dois «factores dissociativos»: a perda da unidade funcional entre as funções psíquicas e motoras (por assim dizer: consciência alerta, aparelho motor adormecido) e os processos dissociativos do acto do adormecimento; patogenicamente explicar-se-ia pela influência dos centros vegetativos diencefálicos, por um lado, sobre o sistema endócrino, por intermédio da hipófise, e, por outro, através do tálamo óptico, sobre os centros nervosos adstritos às relações entre o indivíduo e o ambiente.

O A. estabelece, em extensas considerações, uma analogia psicopatológica e patofisiológica entre o síndrome descrito e a catatonia, o que nos permite compreender neste último também a existência de um «schisis» ou dissociação da unidade psico-física, com a perda das relações entre o «eu» e o meio ambiental e queda numa vida puramente vegetativa, pela desintegração das funções primitivas e de interesse vital, filogênicamente radicadas nos núcleos centrais e no tronco cerebral e que estabelecem a conexão entre as funções psíquicas elevadas, a consciência, a motricidade e os processos organo-neuro-vegetativos.

BARAHONA FERNANDES.

O conteúdo de creatina do líquido céfalo-raquidiano. (*Der Kreatininhalt des Liquor cerebrospinalis*), por F. LICKNIT. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*. 150. B. 3. H. 18 de Junho de 1934.

Em 500 doseamentos pelo método de Follin, estabelece como taxa normal para a creatina do *liquor*: 0,5-1,52 mgr. ‰, ou seja 50-77 ‰ da creatinemia; esta diferença atenua-se nas meningites e acentua-se na insuficiência renal, em que os valores absolutos atingem o seu máximo, sem haver, no entanto, qualquer paralelismo com a retenção azotada; está também aumentada na sífilis, quando atinge o sistema nervoso, nas meningites, principalmente na cérebro-espinhal epidémica e na comoção cerebral; pelo contrário, observam-se valores normais na encefalite, meningismo, epilepsia, hidrocefalia, esclerose em placas e nos tumores cerebrais.

BARAHONA FERNANDES.

¿ É a disposição afectiva ou «nervosidade» um carácter hereditário? (*Ist die persönliche Affeclage oder «Nervosität» eine ererbte Eigenschaft?*), por M. CARMENA. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*. 150. B. H. 3. Junho de 1934.

O presente estudo, feito no Kaiser Wilhelm Institut für Anthropologie, é baseado sobre um material de sessenta pares de gémeos, dos quais trinta e seis uniovulares; a investigação dos gémeos, actualmente no foco do interesse dos estudos heredo-constitucionais, oferece a vantagem de poder discriminar, nos caracteres do indivíduo, a parte genotípica, exclusivamente dependente das influências hereditárias e germinais e, portanto, idêntica nos gémeos univitelinos, da parte fenotípica em relação com as acções ambientais ou peristáticas.

As reacções dos diferentes indivíduos aos estímulos afectivos podem-se avaliar rigorosamente pelas alterações somáticas provocadas, em particular pelas variações da resistência eléctrica da pele, dependentes dos chamados reflexos psico-galvânicos, cujos centros estão situados ao nível do tálamo óptico e da região subtalâmica.

A intensidade das reacções nos gémeos uniovulares mostrou-se semelhante, o que mostra que o «nervosismo» ou a «calma» — os dois polos opostos em que oscila a proporção psicoestésica do temperamento — são certamente caracteres constitucionais adquiridos por herança, ainda que possam ser mais ou menos influenciados por acções externas: intoxicações, etc., etc., e muito principalmente pelas glândulas endócrinas (tiroideia em especial) e sistema vegetativo (aumentadas pela parte do simpático).

BARAHONA FERNANDES.

Tuberculose miliar aguda generalizada. (*Ueber allgemeine akute Miliartuberkulose*), por R. STAEBELIN. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 21. 1934.

Em virtude da generalização dos Raios X e da frequência cada vez maior dos exames radiográficos, tem-se ultimamente feito com mais facilidade o diagnóstico de tuberculose miliar, quadro mórbido que merece um alto interesse, não só sob o ponto de vista teórico, como prático. A disseminação hematogena do bacilo de Koch pode ter os seguintes resultados:

1) Dar origem a focos isolados, mais ou menos abundantes, que provoquem doenças locais; tuberculose renal, supra-renal, dos órgãos sexuais, dos ossos, articulações, etc. A esta mesma categoria pertence um grande número de focos pulmonares, por exemplo, os casos de reinfeção de Aschoff, caracterizados, na radiografia, por numerosos e pequenos nódulos calcificados, talvez o infiltrado precoce de Assmann e a tuberculose apical isolada.

2) A formação de um maior número de focos por disseminação sucessiva ou simultânea, como acontece na tuberculose infantil ou na tuberculose experimental dos cobaias. Neste caso não se origina uma tuberculose miliar, mas sim focos de natureza cáseo-inflamatória, espalhados por vários órgãos, que rapidamente, embora mais lentamente que a forma miliar generalizada, conduzem à morte.

3) Uma tuberculose cutânea, atacando regiões simétricas da pele e sem gravidade prognóstica. É de admitir que este facto se deve à circunstância duma disposição especial, que permite nessas regiões uma proliferação dos bacilos.

4) A tuberculose miliar aguda generalizada.

5) Uma septicemia tuberculosa gravíssima, que rapidamente leva à morte, com a sintomatologia duma septicemia, e sem a formação de lesões tuberculosas específicas; por vezes, só o microscópio descobre focos de necrose com bacilos.

6) Casos benignos de septicemia bacilar sem a formação de metástases, e que Landouzi primeiramente descreveu com o nome de «tifobacilose».

A-pesar desta variedade de resultados e de lesões, continua sem uma explicação clara o facto da tuberculose miliar só aparecer em casos determinados e ainda a circunstância de serem também pouco frequentes aqueles quadros de transição apontados acima. Há quem suponha que a maior ou menor quantidade de bacilos circulante pode explicar tudo, mas ultimamente, sem se desprezar totalmente este ponto de vista, tem adquirido mais consistência a hipótese que admite ser o maior ou menor grau alérgico do individuo que condiciona a variabilidade dos fenómenos. Há que juntar também factores ocasionais, de importância: aumento de casos na primavera, a acção favorecedora da hypo-nutrição, gravidez e doenças infecciosas.

Como se disse, a maior frequência no diagnóstico da tuberculose miliar é devida, principalmente, ao maior número de radiografias feitas. Deve-se, porém, ter cuidado nas ilações que dela se podem tirar, pois são numerosos os quadros mórbidos que a podem simular. Muito especialmente pode mencionar-se o pulmão de estase, no qual Wierig e Fahr encontraram aglomerados de células que dão quasi a mesma imagem.

Quanto ao prognóstico, não obstante a maior frequência e, sobretudo a-pesar da precocidade do diagnóstico, mantém-se, como anteriormente, sempre mau. E do mesmo modo devemos considerar a terapêutica.

J. ROCHETA.

Vitamina C e reprodução. (*Vitamin C und Fortpflanzung*), por E. VOGT. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 21. 1934.

Refere o A. alguns trabalhos experimentais que realizou e que põem em evidência a importância que tem para a reprodução a vitamina C. Assim, alimentou cobaios com uma dieta livre desta vitamina e verificou que só 50% destes animais engravidaram, e se estes continuassem a alimentar-se da mesma maneira, os sintomas do escorbuto apareceriam com mais intensidade que nos outros. De aí se conclue que para o desenvolvimento intra-uterino do feto são necessárias maiores quantidades de vitamina. Das fêmeas grávidas, 50% abortam, por insuficiência vitamínica e, além disso, Walkoff demonstrou que o desenvolvimento extra-uterino, nos primeiros tempos de vida, só é possível quando os recém-nascidos nasçam com uma certa dose de vitamina C.

Transferindo, com as devidas reservas, estes resultados experimentais para o homem, pode-se encarar a etiologia e a terapêutica de algumas afecções que dizem respeito à procriação e à reprodução sob um novo aspecto.

Entre as muitas causas da esterilidade feminina pode, sob certas circunstâncias, desempenhar um papel etiológico a falta da vitamina C, ou melhor, em virtude do sinergismo que se encontra nas vitaminas, uma certa insuficiência destas na alimentação. Em casos de abôrto, de causa obscura, é sempre conveniente pesquisar a natureza das refeições, e do mesmo modo quando as crianças de peito não progridem, a-pesar-de todos os cuidados, é de aconselhar a mãe a ingerir alimentos ricos em vitamina, que de-pressa as fazem prosperar.

Entre as doenças fetais que podem talvez filiar-se numa avitaminose C, aponta-se a icterícia dos recém-nascidos e o *hidrops fœtus universalis*.

Refere ainda o A. a semelhança que parece existir entre esta vitamina e a hormona do corpo lúteo, terminando por apontar que êste e as glândulas supra-renais são os órgãos que no homem possuem maiores quantidades de vitamina C.

J. ROCHETA.

Tiroidectomia e crescimento tumoral. (*Thyreoidektomie und Tumorzuchstum*), por M. REISS e J. BALINT. — *Medizinische Klinik*. N.º 21. 1934.

Nesta mesma revista, há aproximadamente um ano, tinham os AA. publicado o resultado das suas experiências demonstrativas da influência exercida pela hipófise no crescimento de tumores (sarcoma de Jensen) implantados em ratos. Por elas se verificava que nos animais hipofisectomizados o sarcoma diminuía a intensidade do seu crescimento até regressar passado algum tempo. Nestes mesmos casos a administração do lobo anterior da hipófise provoca de novo o crescimento.

Neste artigo os AA. fazem as mesmas experiências extirpando a glândula tiroideia. Os resultados foram os seguintes: se a um rato tiroidectomizado ou tireoparatiroidectomizado implantarmos o sarcoma de Jensen, verifica-se que êste não aumenta de volume ou, quando muito, alcança o tamanho duma ervilha, mas que pode secundariamente diminuir. No mesmo tempo os animais de comparação e em 100 % apresentavam tumores cujo volume chegava a atingir o dum ovo de pomba.

Nestas experiências, idênticamente ao que acontecia nas experiências relatadas há um ano, verificou-se também, visto que se tratava de ratos novos, um paralelismo entre o crescimento do corpo e o do tumor. Admitem os AA., em virtude das relações funcionais que existem entre a tiroideia e a hipófise, que quando a primeira é extraída se produz um hipo-funcionamento da porção correspondente hipofisária, como o parece demonstrar o facto duma renovação de crescimento, sempre que aos animais tiroidectomizados se administre extracto de hipófise.

J. ROCHETA.

Medidas da aurícula esquerda em radiologia. (*Medidas de la aurícula izquierda en radiología*), por M. VAQUERO. — *Archivos Latino Americanos de Cardiologia y Hematologia*. N.º 2. 1934.

Presentemente não há números exactos, que permitam, em radiologia, fazer comparações seguras sobre o aumento da aurícula esquerda; a avaliação dêste é, quasi sempre, influenciada por factores pessoais, contrariamente ao que sucede com o ventrículo esquerdo e aurícula, cujo volume se mede pela corda e pela flexa de cada uma destas cavidades. O A., no intuito de obter valores que permitam fazer a destrição, por vezes muito difficil só pela observação clínica, entre um apêrto mitral incipiente e um coração neurotónico, fêz a medição da aurícula em vários indivíduos sãos, de maneira a obter ci-

fras médias que possam servir de base a observações ulteriores. Escolheu a posição lateral esquerda, deslocando o braço esquerdo para o dorso e o direito para a face anterior do tórax. O ortodiagrama deve fazer-se em inspiração forçada, de maneira que a sombra do coração se afaste o mais possível da coluna vertebral e assim se possa tornar visível o limite inferior da aurícula, situado ao nível duma reintrância que separa esta cavidade do ventrículo direito.

Os resultados obtidos pela observação de quarenta homens, dos 23 aos 30 anos de idade, revela um comprimento médio da corda de 8 a 9 cm., com um comprimento médio da flexa respectiva de 17,6 mm. De dez observações em mulheres, a corda dá um comprimento médio de 8 cm. e a flexa de 15,5 mm.

O A. aconselha não aproveitar os valores da corda, visto que estes variam muito com a forma do tórax; pelo contrário, os valores da flexa são mais rigorosos, visto que só variam com o maior ou menor abaulamento da aurícula, que é exactamente o mais importante para a questão que se pretende resolver.

J. ROCHETA.

O tratamento do pneumotorax espontâneo. (*Zur Behandlung des Spontanpneumotorax*), por E. SCHOTT. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 19. 1934.

Se exceptuarmos o pneumotorax originado espontaneamente por ruptura duma caverna tuberculosa, e que dá origem a um empiema tuberculoso, de terapêutica ingrata, a maioria dos casos que se originam por outra causa — traumatismo, enfisema, causa desconhecida — curam quasi sempre espontaneamente por reabsorção do ar ou então por extracção com agulha, quando os fenómenos de compressão assim o exigem. Casos há, porém, embora raros, de pneumotorax espontâneo de válvula, que não cedem com facilidade a esta intervenção. Para êsses aconselhou Spengler a introdução intrapleuraral duma solução de glicose a 30%, de maneira a provocar assim uma irritação estéril que fizesse a união dos dois folhetos pleurais.

O A. refere um caso no qual empregou esta substância, sem resultado, mas, como considera lógica a terapêutica, empregou em seguida o óleo de terebentina e na quantidade de 1/2 cc., obtendo assim, depois dum derrame passageiro, o desaparecimento do pneumotorax.

J. ROCHETA.

Novas contribuições à profilaxia da trombose e embolia post-operatórias. (*Weitere Erfahrungen über die Vermeidung der postoperativen Thrombose und Embolie*), por W. KÖNIG. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 20. 1934.

Em 1933 o A. publicou os resultados obtidos com a terapêutica profiláctica da trombose e embolia post-operatórias, muito favoráveis, e que con-

sistia em administrar, durante sete dias depois da operação, 60 gotas de simpatol por dia, e, durante quatro a seis dias, algumas inalações diárias de anidrido carbônico concentrado.

Hoje apresenta uma estatística de 4.500 casos, reunidos em várias clínicas, e que, conforme a primeira publicação, mostra que pelo emprêgo do simpatol e do anidrido carbônico, e em comparação com os casos que não seguiram êste método, o número de trombozes e embolias diminuiu de 6,2 % para 0,95 % e o número de complicações pulmonares de 9,4 % para 3,4 %.

J. ROCHETA.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

Do Pôrto

Na Faculdade de Medicina do Pôrto realizaram-se as provas de doutoramento do licenciado Francisco Pereira Viana, assistente de Medicina Interna da Faculdade.

O júri, constituído por todos os professores catedráticos, era presidido pelo Prof. Almeida Garrett.

A dissertação apresentada pelo candidato intitulava-se: «Contribuição para o estudo clínico dos aneurismas da aorta» e foi discutida pelos Profs. Rocha Pereira e Azevedo Maia. Duas das seis teses apresentadas pelo candidato foram discutidas pelos Profs. Oliveira Lima e Carlos Ramalhão.

O candidato foi aprovado por unanimidade.

De Coimbra

O Prof. Elísio de Moura vai representar a Faculdade de Medicina no Congresso Internacional de Neuro-Psiquiatria, que se realizará em Lyon, durante o mês de Agosto.

De Lisboa

Realizaram-se, no dia 15 de Junho e seguintes, as provas de concurso para professor agregado de Fisiologia geral e especial, Química Fisiológica, Farmacologia e Terapêutica geral. Foi candidato único o Dr. Silvério Ferreira Gomes da Costa.

No primeiro dia foram apreciados e discutidos os trabalhos do candidato, bem como a tese apresentada, que se intitulava: «Acção das substâncias hipoglicemizantes sobre certos processos fermentativos do tecido neoplásico, estudo químico, farmacológico e terapêutico». Foram argüentes os Profs. Mark Athias e Toscano Rico.

No segundo dia realizou-se a lição à sorte, que versou sobre «Hipnóticos» e foi discutida pelos Profs. Adelino Padesca e Toscano Rico.

No terceiro dia o candidato fez a lição à escolha, sobre «Alguns aspectos físico-químicos de metabolismo celular». Argumentaram os Profs. Mark Athias e Adelino Padesca.

Após uma prova prática, o júri reuniu-se para dar a decisão e aprovou o candidato.

Criaram-se dois lugares de assistentes de Neurologia da Faculdade, especialmente destinados aos serviços de Neuro-cirurgia.

*
* *
* * *

Hospitais

Escolar

Nomeou-se um provedor para o Hospital Escolar de Lisboa, com o vencimento anual de 18.090\$00.

Civis de Lisboa

O Dr. João da Cunha fêz, no serviço de Estomatologia dos Hospitais Civis, uma palestra sôbre «Acidentes da anestesia troncular, especialmente das perturbações motoras e paralisias do facial».

Da Misericórdia do Pôrto

Realizaram-se concursos para segundos assistentes do Hospital da Misericórdia do Pôrto, que constaram de várias provas: consulta externa, medicina, terapêutica cirúrgica, obstetrícia.

* * *

Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão do dia 27 de Junho da Sociedade das Ciências Médicas apresentou-se a seguinte comunicação:

«Relato dum caso de puberdade precoce essencial», pelo Prof. Castro Freire.

Este caso foi discutido pelos Profs. António Flores, Vítor Fontes e Salazar de Sousa.

* * *

Sociedade Portuguesa de Biologia

A Sociedade Portuguesa de Biologia reuniu-se, sob a presidência do Prof. Ferreira de Mira.

O Dr. José Pires Soares, investigador do Instituto Rocha Cabral, apresentou uma comunicação intitulada: «Acção da luz sôbre culturas de tecidos *in vitro*».

O Dr. Gonçalves da Cunha apresentou dois trabalhos: «Coloração vital da vacuama e evolução do condrioma nas células de *chara vulgaris L. var. longibracteata Kütz*», e «A existência duma Pitiácia parasitando o arroz em Portugal», êste último em colaboração com a Dr.^a D. Matilde Bensaúde.

Os Drs. Alberto de Carvalho e Carlos Vidal estudaram a acção da administração de cimento nas cobaias injectadas com bacilos de Koch.

Os Drs. Kurt Jacobsohn e Anselmo da Cruz estudaram o coeficiente da temperatura do sistema fumarase.

O Dr. Santana Leite mostrou a acção de pressões na faringe durante a deglutição.

*

* * *

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

A Sociedade Portuguesa de Estomatologia reuniu-se, no Pôrto, para inauguração do seu núcleo no Norte.

Presidiu o Dr. Tiago Marques e apresentaram-se as seguintes comunicações :

«Dois casos de sífilis do maxilar superior», pelo Dr. Pinto de Miranda (Pôrto); «A proteinoterapia em estomatologia», pelo Dr. António Varela (Lisboa); «Um caso grave de estomatite mercurial acompanhada de necroses extensas dos maxilares», pelo Dr. António Bonfim (Lisboa); «As extracções dentárias e a concentração dos solutos anestésicos empregados nas mesmas», pelo Dr. Acácio Ribeiro (Coimbra); e «Um caso grave de osteomielite do maxilar», pelo Dr. Tiago Marques (Lisboa).

Resolveu-se que as reuniões do Núcleo do Norte se realizem, a partir de Outubro, na última quinta-feira de cada mês e que haja reuniões conjuntas em Lisboa, Pôrto e Coimbra.

*

* * *

Maternidade Dr. Alfredo da Costa

No dia 8 de Junho reuniu-se o corpo clínico da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, sob a presidência do Prof. Augusto Monjardino.

Este professor, antes de entrar na ordem da noite, referiu-se à morte do obstetricista brasileiro Dr. Miguel Couto, cuja obra salientou. Em seguida apresentou uma peça anátomo-patológica relativa a uma doente que operou no serviço de ginecologia.

O Prof. Costa Sacadura apresentou a estatística do ano de 1933, referente ao serviço de obstetrícia.

O Dr. Costa Félix relatou um caso de acidente obstétrico bem solucionado.

A Dr.^a Maria Teresa Paulo apresentou um caso de amenorreia congénita. Sobre este caso falaram os Profs. Costa Sacadura e Augusto Monjardino.

— No dia 29 de Junho realizou-se uma nova sessão científica na Maternidade.

O Prof. Costa Sacadura fez uma conferência sobre o valor morfológico da placenta.

O Dr. Cabral Sacadura leu o relatório sobre a visita que fez aos serviços de obstetrícia estrangeiros e apontou os métodos cuja aplicação seria proveitosa na Maternidade Dr. Alfredo da Costa.



*
* * *

Saúde pública

Em Olhão grassou uma pequena epidemia de tifo exantemático, que foi prontamente sufocada.

— Na Rocha do Conde de Óbidos inaugurou-se o Pôsto Marítimo do Dispensário de Higiene Social. Ao acto assistiram o director geral de saúde e alguns inspectores de saúde.

— O Dr. Tovar de Lemos, director do Dispensário de Higiene Social de Lisboa, foi tomar parte na Conferência da União Internacional contra o perigo venéreo, que se realizou em Madrid.

*
* * *

Conferências

No Hospital da Universidade de Coimbra o Prof. Rocha Brito fêz uma conferência intitulada «Quando se deve iniciar o tratamento da sífilis primária».

— No Clube dos Fenianos, do Pôrto, o Dr. José Lopes Dias, director do Dispensário de Puericultura de Viana-do-Castelo, fêz uma conferência sôbre «As criancinhas portuguesas na politica da Assistência».

— Sôbre «O sezonismo em Portugal», realizou uma palestra o Dr. Fausto Landeiro.

*
* * *

Reuniões de curso

Reñiu-se em Setúbal o curso médico de 1918-19 da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa.

— Em Tôrres Vedras reñiu-se, também, o curso de 1910 da Escola de Lisboa.

*
* * *

Necrologia

Faleceram: em Albergaria-a-Velha, o Dr. Cláudio Tôrres, e, em Coimbra, o Dr. Domingos António Lara, que fôra director dos serviços gerais da Assistência Nacional aos Tuberculosos.



PANBILINE

nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE

na PRISÃO DE VENTRE

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

HÉMOPANBILINE

nas ANEMIAS

LABORATOIRE  D^r PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE

ou Gimenez-Salinas & C.^a — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

TRATAMENTO DA **DIABETES** E SUAS MANIFESTAÇÕES

PELA **INSULINA BYLA**

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

Agentes para Portugal: **Gimenez-Salinas & C.^a**

Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

Maltosan

*Enquanto uma criança goza boa saude
pode-se obter, pelo menos por um certo
tempo, por todos os meios possiveis,
uma alimentação eficaz. Keller 1898*

MALTOSAN é o alimento especialmente destinado ás creanças atacadas de perturbações digestivas, gastro-interites etc.; contribue para restabelecer a alimentação normal em todos os casos em que os meios possiveis e impossiveis não deram resultado.

O MALTOSAN é conforme as prescrições do Dr. Keller, relativas á composição da alimentação das creanças de mama atacadas de perturbações digestivas: pouca albumina, pouca gordura, mas aumento do valor nutritivo pela junção de hidratos de carbono sob a forma de Maltose, que possui, de todos os assucars, o limite de assimilação mais elevado.

O MALTOSAN impede o desperdicio de albumina no organismo e por conseguinte economia de albumina.

Com o emprego do MALTOSAN a putrefação das matérias intestinais desaparece rapidamente.

Na clinica particular o MALTOSAN simplifica a preparação da sopa de Malte do Dr. Keller tornando possível a sua preparação em casa.

«Tenho a convicção de ter conservado a vida, graças ao MALTOSAN a varias creanças que não podiam ter uma ama e caminhavam para uma morte certa». Dr. Comte, Fribourg

DR. A. WANDER S. A., BERNE

Unicos concessionarios para Portugal

ALVES & C.^a (Irmãos)

Rua dos Correios, 41-2.^o—LISBOA

amostras e literatura gratis



Sala

Est.

Tab.

N.º