

Ano XIV

N.º 10

Outubro 1937



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

*Egas Moniz, Augusto Monjardino, Lopo de Carvalho,
Tulido 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

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 a 4 por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANLIA e dos VELHOS, etc.** Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

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.

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

Os artigos devem ser enviados à 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 : Colónias e estrangeiro :
Ano, 60,000 Ano, 80,000
NÚMERO AVULSO : 8,000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.
Todos os assuntos referentes à 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.

Sala B
Est. 9
Tab. 2
N.º 51

VITAMINA

B₁

Nas nevralgias: ciática, nevralgias intercostais e do trigémio; polinevrites da gravidez, polinevrite alcoólica e diabética, mielose funicular, atonia intestinal, perturbações alimentares nas crianças

BETABION**Merck**

*Comprimidos 1mg - Ampolas 2mg: 1cc
Betabion forte - Ampolas 10mg: 1cc*

VITAMINA

C

Nas hemorragias internas, doenças infecciosas (gripe, pneumonia etc.), afecções gástricas e intestinais, afecções da boca e dos dentes, no período de gravidez e lactação, alimentação artificial dos lactantes

CEBION**Merck**

*Comprimidos 0,05g - Ampolas 0,05g: 1cc e 0,1g: 2cc
Cebion forte - Ampolas 0,5g: 5cc*

E. MERCK · DARMSTADT

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL: QUÍMICO-FARMACEÚTICA, LIMITADA

LISBOA

RUA GOMEZ FREIRE, 96

PORTO

RUA DO ALMADA, 59

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 (XVIIe)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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



Siemens Reiniger

S. A. R. L.

Aparelhos para Raios X

Electromedicina

Electrodentária

Lampadas de Raios Ultra-Violetas e Infra-Vermelhos

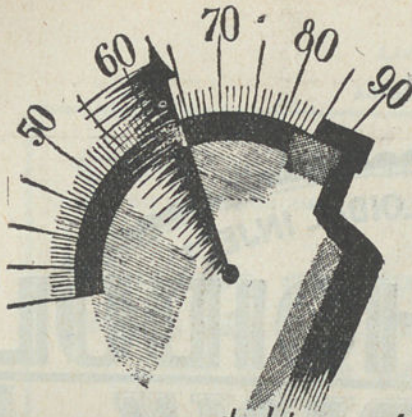
Original Hanau

Aparelhos de ondas curtas por lâmpada emissora

LISBOA — Rua de Santa Marta, 141 e 143

Telefone 4 4329

Telegramas: ELECTROMED



o peso aumenta! tomando

NUTRICINA

TONICO PODEROSO PARA DOENTES,
VELHOS E CRIANÇAS

A' venda em todas as farmácias

Dep. Lisboa: Lab. Jaba, R. Actor Taborda, 5
Porto: Ern. Cibrão & C.^a, Ltd, R. Almada, 244
Coimbra: Luciano & Matos, Rua Sofia, 11

“A. B.” a 1.^a

— insulina europeia
— no apreço dos médi-
cos de todo o mundo

De ALLEN & HANBURY'S, LTD.

— LONDON —

THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.

Folhetos aos Ex.^{mos} Clínicos

Representantes:

COLL TAYLOR, L.^{DA}

Rua dos Douradores, 29, 1.^o

LISBOA

TELE F. } 21476
G. } DELTA



HICKS O TERMÓMETRO DE CONFIANÇA

DOS MÉDICOS
DA ÉLITE
DOS HOSPITAIS

GENUINO

MARCA X REGISTADA

AFERIDO

NAS BOAS FARMÁCIAS

Representantes: COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.^o — LISBOA
Agente no PORTO — Farmácia Sarabando — Largo dos Lóios, 35-37

LABORATÓRIOS DA

FARMÁCIA CENTRAL “SANTOS VIEGAS”

SUCESORES: VIEGAS & COELHO

Director técnico: ANTÓNIO DUARTE COELHO

E SMILAXIL

SACARETO GRANULADO TENDO POR BASE SMILAX OFFICINALIS

Produto altamente recomendado no tratamento das Nefrites azotémicas

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.

OS LABORATÓRIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

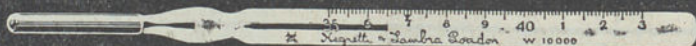
App. pelo. D. N. S. P.

N.º 1748
3 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :
GIMENEZ-SALINAS & C.^a - Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

NÃO RECEBA IMITAÇÕES, FICARÁ
MAL SERVIDO.

Com um



Fica absolutamente garantido.

Só nas boas farmácias

NEGRETTI & ZAMBRA : Holborn Viaduct, 38, London.

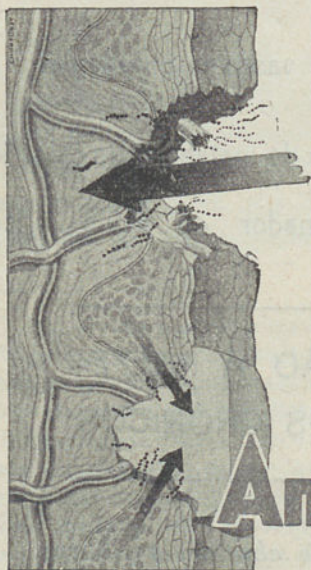
O emprêgo da **ANTIPHLOGISTINE** é com freqüência seguido de resultados brilhantes no tratamento de

abcessos, queimaduras, úlceras crônicas das pernas, úlceras associadas com varizes

e, certamente, em qualquer superfície minada.

ANTIPHLOGISTINE é um emplastro antiséptico e possui acção bacteriostática sobre os gérmenes piogénicos comuns. Ela possui qualidades nutrientes e salutíferas que favorecem a granulação saudável e a regeneração do epitélio, deixando uma escara flexível e sem dor, ou mesmo, ausencia completa de cicatriz no tecido.

O seu emprêgo é quasi indolor e a sua remoção não é difficil. A sua mudança pode ser feita diariamente ou pode o emplastro permanecer no local por um periodo maior, sem o perigo de irritação.



AMOSTRAS SOB PEDIDO

Antiphlogistine

The Denver Chemical Mfg. Co.,
163, Varick Street

Nova York, E. U. A. N.

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodré, S. 1.º

LISBOA

A LYXANTHINE ASTIER

Granulado efervescente
anti-artrítico



Reune numa forma inédita
33% de princípios activos

Iodo }
Enxofre } aceleradores da nutrição vascular e articular

Gluconato de calcio: modificador do metabolismo calcário

Bitartrato de lisidina: eliminador do ácido úrico

REALIZA A MEDICAÇÃO A PREFERIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

Dose média: 1 a 2 colheres de chá em 24 horas

Literatura e amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS
ou nos representantes

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





SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Contribuição anátomo-patológica para o conhecimento da infecção geral na doença de Nicolas-Favre</i> , pelo Prof. Friedrich Wohlwill	Pág.	631
<i>Profilaxia da tuberculose no domicilio</i> , por C. Gomes de Oliveira	»	660
<i>Vitrification du parenchyme pulmonaire</i> , par Carlos Vidal	»	671
<hr/>		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	674
<i>Noticias & Informacões</i>	»	XXXIX

CONTRIBUIÇÃO ANÁTOMO-PATOLÓGICA PARA O CONHECIMENTO DA INFECÇÃO GERAL NA DOENÇA DE NICOLAS-FAVRE

PELO

Prof. FRIEDRICH WOHLWILL (Lisboa)
Prosector do Hospital Escolar

A doença de NICOLAS-FAVRE foi originariamente considerada como uma afecção meramente local, como o revela já o nome proposto pelos dois autores franceses: *linfogranuloma inguinal* (1).

Não são poucas as razões que levam a pensar que — pelo menos numa parte dos casos — o vírus e as alterações por êle causadas não permanecem limitadas à porta de entrada do agente

(1) Muitos autores consideram esta designação como pouco apropriada. Primeiro, porque certamente deu origem outrora a confusão freqüente desta doença com a linfogranulomatose de HODGKIN-STERNBERG, se bem que as duas doenças apenas tenham pontos de contacto meramente superficiais, tanto na sintomatologia clínica e decurso, como no quadro anátomo-patológico. Também o qualificativo de «benigno», usado por alguns, não resolve a dificuldade, porquanto esta benignidade, se de-facto existe em relação ao «linfogranuloma maligno», não se observa forçosamente em todos os casos, dadas as complicações, que de forma alguma podem ser consideradas raridades. Duma maneira geral são ambas as afecções, hoje em dia, tão bem conhecidas, que tais confusões, de-facto, quasi se não dão. Um pequeno resto de tais confusões pode ainda, talvez, ver-se no facto de no *Centralblatt fuer die gesamte Hygiene* as referatas sobre linfogranulomatose se encontrarem conjuntamente, entre as doenças venéreas, com a que se ocupa com a doença de NICOLAS-FAVRE.

Já a confusão com o «granuloma venéreo» não pertence, porém, apenas

e ao território linfático a que está adstrito, mas que se dá uma disseminação linfática e também hemática em territórios muito distantes do organismo. Tais razões, bem expostas em conjunto, especialmente no trabalho de COUTTS, decorrem particularmente de factos clínicos e também da experimentação em animais.

Pelo que respeita à clínica foram especialmente RAVAUT, BOULIN e RABEAU que chamaram a atenção para a existência, no quadro clínico, de sintomas que denunciavam a existência duma infecção geral, como, por exemplo: enfraquecimento geral, emagrecimento, febre acessual precedida de arrepios, suores nocturnos, dores osteócopas, cáibras musculares, afecções das fauces rebeldes ao tratamento, alterações da forma sanguínea (leucocitose ligeira, com acréscimo dos grandes e médios mononucleares; segundo COUTTS, também, com bastante frequência, eosinofilia) e, finalmente, ligeiras poliadenopatias e tumefacção do baço e do fígado. Queremos, entre todos estes sintomas, sublinhar especialmente os dois últimos, que também foram observados por uma série de outros autores (FISCHL e outros) e acentuar ainda o facto, apontado pelos investigadores franceses, de estes fenómenos gerais constituírem «sintomas de início». Os autores falam de uma «forma séptica» do linfogranuloma inguinal.

Em publicações mais recentes apontam-se ainda, além dos sintomas já referidos, afecções do sistema nervoso das articulações e da pele. Pelo que respeita às primeiras, CHEVALLIER e

ao passado. Várias razões explicam facilmente que tais confusões se tenham dado. Em ambas as afecções trata-se de doenças venéreas e, além disto, acrescia ainda o facto de se considerarem tanto o granuloma venéreo como a doença de NICOLAS-FAVRE, sob a forma dos chamados «bubões climáticos», afecções exclusivamente tropicais, quando é certo que esta última o não é, de-facto, porquanto recentemente se demonstrou que o seu aparecimento não era de forma alguma raro em latitudes temperadas, demonstração feita sobretudo por autores franceses, alemães (FREI) e suecos (HELLERSTRÖM, WASSÉN). Mesmo autores muito competentes e de grande experiência cometeram tal erro. O próprio KAUFMANN parece ter feito tal confusão, porquanto na nova edição do seu tratado designa a afecção como «linfogranulomatose inguinal subaguda (benigna) (Durand)» ou «granuloma inguinal» ou «granuloma inguinal venéreo ou tropical» e fala da existência de corpúsculos de DONOVAN. Finalmente, a designação inguinal só tem cabimento numa parte dos casos e particularmente dos que ocorrem no sexo masculino, como o fizeram notar especialmente BARTHELS e BIBERSTEIN. Na mulher os gânglios inguinais são apenas atingi-

BERNARD, bem como MIDANA e VERCELLINO, verificaram alterações do *liquor*. VON HAAM e D'ANNOY mostraram ainda que o líquido céfalo-raquidiano continha o vírus. Além de cefaleias freqüentes, foram ainda observados vários outros sintomas que fazem pensar numa possível lesão cerebral, como, por exemplo, crises epileptiformes num caso de DAVID e LORING. Em presença de tais factos, muitas vezes se tem discutido a possibilidade de tais sintomas poderem resultar duma encefalite específica, como por via de regra acontece nos animais de experiência, se bem que no homem, até hoje, não tenha sido verificada, anátomo-patologicamente.

Pelo lado das articulações, têm sido descritas dores reumatóides (é necessário, todavia, segundo FREI e HOFFMANN, excluir a possibilidade do efeito de um tratamento com tártaro estibiado), tumefacções articulares, supurações para-articulares e quadros como os que se observam no reumatismo articular crónico primário (FRAUCHIGER).

Na pele tem-se observado exantemas de muito variada natureza: umas vezes trata-se de erupções da natureza do eritema exsudativo multiforme, bem como do eritema nodoso; excepcionalmente aparecem exantemas mais de carácter urticariforme (FREI) ou de carácter aftoso (KLEEBERG); outras vezes aparecem afecções que clínico-patologicamente se assemelham a lesões linfogranulomatosas específicas. Numa parte destas últimas, se a

dos excepcionalmente, sendo-o mais vezes outros grupos linfáticos, principalmente os hipogástricos, ilíacos e ano-rectais. A afecção destes grupos linfáticos parece que evoluciona muitas vezes sem dar sintomas. Assim se explica o facto paradoxal do linfogranuloma inguinal ser predominantemente uma afecção do homem, enquanto que as suas mais importantes complicações, a estiomena (elefantíase génito-ano-rectal), as ulcerações crónicas e as estenoses do intestino grosso são muito mais freqüentes no sexo feminino.

A-pesar-de a maioria dos autores estar de acôrdo, pelas razões expostas, em que tal nomenclatura seria de abandonar, a experiência mostra que é todavia muito difficil eliminar uma designação que entrou na prática e ainda mais difficil conseguir um acôrdo geral sôbre uma outra mais apropriada, como, por exemplo: «poroadenolinfite» (RAVAUT, BOULIN e RABEAU) ou melhor, certamente, «porolinfadenite» ou ainda «linfopatia venérea». E, assim, eu prefiro a designação que consagra os dois autores que primeiro na Europa estudaram a fundo a afecção. Esta nomenclatura tem ainda a vantagem de, sem qualquer compromisso, não se prestar a confusões.

presença do vírus não é demonstrada, de-facto, pelo resultado da reacção inversa de FREI, é, pelo menos até um certo grau, verosímil, sendo todavia duvidoso se o vírus chega às zonas onde a erupção se dá por via sanguínea ou linfática (MIDANA). Nas formas primeiro referidas é forçoso admitir a possibilidade de que sejam simples produtos metabólicos do agente ou dos órgãos por êle atingidos que, reagindo com a pele, determinam tais alterações. O mesmo podia também admitir-se para a maioria dos fenómenos clínicos anteriormente referidos.

São ainda de referir nesta exposição os casos nos quais a afecção se propaga a outros grupos linfáticos, em parte muito afastados do foco primitivo, por exemplo, grupos axilares, cervicais, etc. (CHEVALLIER e BARREAU), facto êste confirmado também experimentalmente, num animal, por LEVADITI e seus colaboradores, inoculando macacos nos gânglios inguinais e no prepúcio. Nestes casos admite-se muitas vezes uma disseminação por via linfática, se bem que os autores pareçam, pelo menos em parte, não atender ao facto de que esta explicação apenas pode ter valor se aceitarmos um transporte retrógrado parcial (vide também WIEN, PERLSTEIN e NEIMAN); enquanto não possa demonstrar-se que se dão as condições para um tal transporte (especialmente obstrução do caminho ortógrado), parece dever aceitar-se de preferência uma disseminação por via hemática, dada a predilecção do vírus pelo tecido linfático. O próprio LEVADITI e os seus colaboradores nos dizem que o vírus aparece nos gânglios linfáticos inguinais, mesmo quando inoculado por via cerebral.

Dados mais seguros sôbre todos estes problemas obtivemo-los com a experimentação em animais, experimentação que foi inaugurada, como é sabido, com as conhecidas experiências de HELLERSTRÖM e de WASSÉN, injectando em macacos, por via intercerebral, substância de um gânglio linfático (1). Especialmente os referidos autores suecos, bem como LEVADITI e os seus colaboradores, demonstraram, utilizando vários animais de experiência (além do macaco, especialmente ratinhos) e diferentes vias de inoculação, a presença do vírus não só nos tecidos directamente atingidos (incluindo os gânglios linfáticos regionais), mas também

(1) O conjunto dos resultados atingidos até hoje com tais investigações encontra-se excelentemente reunido na tese de J. LEVADITI (Filho).

EUPHORYL



DESSENSIBILIZAÇÃO
POLIVALENTE

**Dermatoses
Pruridos
Anafilaxias
Intoxicações**

A s m a

3 hostias por dia
Casos agudos :
Injeções intravenosas

Criado e experimentado
nos Hospitais de Paris

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL - PARIS



Euphoryl infantil

"A medicação das linguas saburrosas"
(Granulado solúvel)

**perturbações
digestivas
Dermatoses - Pruridos
Anafilaxias
Insuficiência hepática**

POSOLOGIA :
1 colher das de chá por cada ano de idade

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL - PARIS




hirudinase

DRAGEAS A BASE DE EXTRACTO DE SANGUESUGAS
DOSE MÉDIA : 4 A 6 DRAGEAS POR DIA

**Insuficiências
venosas
Infecções
Vasculo-sanguíneas
Fiebriles
Amenorreias**

Criada e
experimen-
tada nos
Hospitais
de Paris

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS

Euphoryl DRAGEAS

**DERMATOSES
PRURIDOS
ANAFILAXIAS
INTOXICAÇÕES**

2 DRAGEAS = 1 HOSTIA
DOSE MÉDIA 4 A 6 DRAGEAS POR DIA



LISBOA MÉDICA

Para acalmar as dôres

Nevralgias, dismenorréa,
enxaqueças, odontalgias,
dôres articulares e musculares.
Insônia devida a
dôres. Nervosidade, excitabilidade, etc.

CIBALGINA
CIBA

Comprimidos

Ampolas



Amstras e literatura:

E. BRUNNER & COMP., L^{DA}
Rua da Madalena, 128-1.º - LISBOA
único representante dos Productos, Ciba em Portugal.

numa série de órgãos internos, especialmente no baço, no fígado, nos rins e ainda em outros, demonstração que foi feita mostrando que a injeção intracerebral de emulsões dos referidos órgãos produzia em macacos a meningoencefalite característica. É digno de nota o facto de os citados autores não terem podido demonstrar que o *sangue*, pelo menos o sangue total colhido em vida, contivesse o vírus (demonstraram, porém, a sua existência nos leucócitos e na linfa colhidos *post-mortem*). De aí concluem que o agente, em consequência de substâncias virulicidas do sêro, desaparece muito rapidamente do sangue para se alojar especialmente nos órgãos do sistema retículo-endotelial. Todavia, HELLERSTRÖM e WASSÉN puderam demonstrar a presença do vírus também no sangue. Devemos, pois, concluir com certeza que num animal de experiência se dá uma disseminação do vírus por via hemática.

Os efeitos desta generalização parecem todavia ser, em geral, insignificantes; as verificações anátomo-patológicas de tais casos, quer se verifique que contenham vírus ou não, têm sido por via de regra muito escassas. C. LEVADITI, J. LEVADITI e REINIÉ encontraram nos macacos, no fígado, degenerescência gorda, hipermia e ainda alguns focos leucocitários isolados, num caso tardio — quarenta e um dias após a inoculação — hipertrofia das células estreladas e abundantes linfócitos nos espaços de GLISSON; nos rins, inflamação epitelial, bem como periglomerolite (as alterações no baço — pequenas hemorragias e acumulações de leucócitos, num caso tardio abundantes mitoses no centro dos folículos, bem como uma polpa rica em células plasmáticas e em eosinófilos — interessam menos para o nosso caso porque a injeção nestes casos foi feita no próprio baço).

Também em outros animais de experiência as alterações morfológicas não oferecem maior importância ou interesse. No ratiño encontraram os autores franceses, em casos de infecção intracerebral e intraperitoneal, alterações no fígado e no baço «de caractère nettement lymphogène», uma expressão que, infelizmente, pelo menos pelo que respeita ao baço, não desperta uma ideia precisa do que seja a natureza da afecção. Num caso observou-se também hiperemia intensa, e acumulação de pigmento hemático. Num chimpanzé que foi inoculado com uma estirpe de vírus obtida dum processo protítico, verificou-se a existência de linfomas do

figado e de uma nefrite epitelial cortical, alterações que aliás não são pelos próprios autores relacionadas com a infecção experimental. No baço notou-se polinucleose e hiperemia. Em resumo, portanto, os resultados das investigações anátomo-patológicas nos animais em experiência fornecem apenas dados bastante banais e incaracterísticos.

Constituem apenas uma excepção a tal respeito os interessantes resultados das investigações em cobaias realizadas por MEYER, ROSENFELD e ANDERS. Observaram, após injeções de pus na região inguinal e emulsões de gânglios inguinais, não só propagação do processo aos gânglios linfáticos regionais, mas também formação de granulomas miliares, quer isolados, quer confluentes, formando grandes focos, no figado e nos pulmões. Tais granulomas são idênticos, no seu quadro histológico, à afecção dos gânglios linfáticos, apresentando necroses centrais, que são invadidas por leucócitos que emigram da periferia. Num caso observaram também uma meningo-encefalite. Estas investigações foram, porém, tanto quanto me foi possível averiguar, repetidas apenas uma vez, aliás com resultados negativos (D'ANNOY, VON HAAN e LICHTENSTEIN).

Quási por assim dizer não existem dados anátomo-patológicos no homem fora do acidente primário (FROBOESE), dos gânglios linfáticos (PHYLAKTOS, MÜLLER e JUSTI, HÖPPLI, os últimos em relação aos bubões climáticos) e os exantemas cutâneos (MIDANA e outros). Casos mortais no período agudo, período em que seriam mais de esperar alterações nos órgãos internos, não se observam ou dão-se apenas como conseqüências de doenças intercorrentes. Não tenho conhecimento de autópsias de tais casos (no caso de WERNICH havia uma infecção post-operatória que deve considerar-se, indubitavelmente, como a responsável pelos achados da autópsia).

Em períodos mais tardios podem dar-se casos mortais em conseqüência das complicações mais freqüentes, como sejam as ulcerações do intestino grosso e as suas estenoses. Tais estenoses foram outrora consideradas a maior parte das vezes como de natureza sifilítica, conquanto hoje em dia, depois das investigações de FREI e KOPPEL, sejam consideradas quási por todos, pelo menos pelo que respeita à maioria dos casos, como a conseqüên-

cia da doença de NICOLAS-FAVRE (1). Mas também aqui não encontramos, compulsando os protocolos da autópsia publicados, mencionada qualquer alteração dos órgãos internos que imponha pelo seu carácter como a expressão do ataque do vírus específico. É freqüente ver mencionada a existência de tumefacção esplénica do tipo infeccioso (WIEN, PERLSTEIN e NEIMAN), além disso tumefacção turva dos órgãos parenquimatosos, nefropatias, etc., afecções que ainda hoje se discute muito se de-facto têm que ver com a doença de NICOLAS-FAVRE (FREI). Num caso de NAKAMURA havia amiloidose generalizada.

É talvez altura de mencionar um caso de BERGSTRAND em que não havendo um protocolo de autópsia, há todavia uma investigação anátomo-patológica realizada em material colhido *intra vitam*. Trata-se dum doente em que a afecção começou com queixas do lado da garganta e só mais tarde, decorrido quasi meio ano, apareceu uma tumefacção ganglionar na virilha. Na ocasião em que o autor observou o caso havia, além de adenites inguinais e axilares, algumas manchas amareladas, dolorosas, nos pilares da amígdala esquerda. Ligeira tumefacção do fígado. WASSERMANN negativo, reacção de FREI positiva. Já anteriormente tinham sido feitas, por outros clínicos, duas biopsias das lesões das fauces e tinha sido feito o diagnóstico de tuberculose, e, outra vez, de tuberculose ou sífilis. BERGSTRAND pôde então nos focos do véu do paladar encontrar alterações histopatológicas que eram características, até certo ponto, da doença de NICOLAS-FAVRE e semelhantes àquelas que em tal doença e em tal caso se encontram nos gânglios inguinais. O autor considera a afecção das fauces como a expressão morfológica duma generalização do vírus. Para explicação do facto da tumefacção dos gânglios da virilha só muito mais tarde ter aparecido, admite a possibilidade de a adenite poder existir durante muito tempo sem dar sintomas, se

(1) Não podemos ocupar-nos aqui das interessantes considerações a respeito do mecanismo desta correlação (vide BARTHELS e BIBERSTEIN, FREI e KOPPEL, JOACHIMOVITS). As experiências em animais realizadas por LEVADITI e seus colaboradores, que demonstraram a presença do vírus nos produtos mórbidos da afecção do intestino grosso, mesmo pela transmissão (indirecta) ao homem, tornam verosímil que se não trate de conseqüências da estase linfática ou que pelo menos não seja êste o único mecanismo.

bem que o longo espaço decorrido torne, segundo o autor, pouco plausível tal possibilidade. É talvez mais de admitir uma afecção primária da cavidade bucal. Uma tal possibilidade é, pelo menos, freqüentemente apresentada na bibliografia (RAVAUT, DAVID e LORING), abstraindo mesmo dos casos em que tal localização aparece em consequência de práticas sexuais pervertidas (BUSCHKE e CURTH, BEZECNY e SAGHER). Neste caso as adenites inguinais seriam de considerar como metástases. Num tal caso seria de esperar uma afecção dos gânglios submaxilares, afecção que no caso de BERGSTRAND, pelo menos, não é mencionada. Em todo o caso a afecção dos gânglios axilares deveria considerar-se como exprimindo uma generalização, quer por via sanguínea, quer por via linfática. Na última hipótese haveria que aceitar, como já dissemos, que o transporte se fazia por via retrógrada.

Segundo o até agora exposto, há que considerar o problema da generalização *no homem* como uma questão ainda em aberto, e se ANDERS, em 1931, afirma que são precisas mais investigações patológicas para que se saiba se de-facto no homem, como nos animais de experiência, se verificam as mesmas regras pelo que respeita à disseminação, decorridos os anos as coisas não mudaram, porquanto WASSÉN e NICOLAU se exprimem quasi em completa concordância, afirmando que a disseminação geral se dá, sem dúvida, no animal de experiência, mas que no homem, pelo contrário, se é verdade que certas observações depõem a favor de um mecanismo de infecção análogo, nos falta, todavia, até hoje uma demonstração segura de tal facto.

Em tais condições parece-nos indicado comunicar mais pormenorizadamente um caso de autópsia, no qual encontrámos alterações ainda não descritas, se bem que — devemos desde já afirmá-lo — o caso não tenha sido estudado tão minuciosa e profundamente como seria para desejar e como, aliás, seria também indispensável para que as condições etiológicas pudessem ser esclarecidas cabalmente.

Trata-se de uma mulher de 29 anos de idade, doméstica (1), que adoeceu em fins de 1935 com dores no peito e nas costas, dores que, pouco a pouco,

(1) A história clínica foi-nos cedida pelo Ex.^{mo} Colega Dr. SILVA ARAÚJO, a quem mais uma vez queremos apresentar os nossos melhores agradecimentos pela sua gentileza.

foram aumentando de intensidade. Além disto, fortes dores no abdômen, acompanhadas de prisão-de-ventre. Frequentes hemorragias, abundantes por vezes, pelo ânus. Durante as hemorragias, imediatamente antes e depois delas, as dores passavam. A defecação também não provocava dores. Em Dezembro de 1935 as menstruações cessaram, após uma abundante hemorragia rectal. Em Maio de 1936, agravamento considerável da doença. Muito pálida e sem forças. Vômitos; nervosismo e insónias. Alguns dias antes da admissão no Hospital, dificuldade na deglutição e perda da voz. Nunca houve filhos nem abortos. Nega sífilis e blenorragia.

Entra para o Hospital em 20-VI-936. Muito mau estado geral. Apirética. Anemia acentuada. Língua sêca, saburrosa, sem atrofia das papilas. Intensa excitabilidade e polipneia. Acentuada disfagia. Afonia completa. Taquicardia muito acentuada. Pulso pequeno, filiforme. Manchas brancas nas fauces e nas amígdalas. Rinite. Pesquisa de bacilos de LÖFFLER, negativa. Os sintomas objectivos das fauces retrocedem. Nada se observa ao exame laringoscópico que possa esclarecer sobre as perturbações da fonação e da deglutição. Pensa-se num componente histérico que tenha vindo associar-se aos outros sintomas objectivos apontados.

A anemia aumenta. Quadro da anemia secundária (1.230.000 eritrocitos; hemoglobina, 23%; coef. gl., 0,91; 21.000 gl. brancos, dos quais 92,8% granulocitos, e, dêstes, 0,8% mielocitos; 0,8% f. juvenis, 20,8% de núcleo em bastonete; 70,4% segmentados; 4% linfócitos; 3% mononucleares). Ligeiras melhoras depois da transfusão. A atonia mantém-se. Entre 27-VI e 30-VI o estado geral piora de novo. Vômitos frequentes e expulsão de pus, que parece vir do nariz; ligeira apatia. A 30-VI, novo exame laringológico negativo. Wassermann muito fracamente positivo. Morte a 1-VII-936.

A autópsia, feita no Instituto de anatomia patológica da Universidade de Lisboa (1) pelo Dr. BACELAR, deu o seguinte resultado: *Proctitis necroticans*. Formação de fistulas para o ovário esquerdo. Oophorite dêsse lado. Focos múltiplos de forma particular no baço e ulcerações superficiais da laringe. Degenerescência gordurosa do músculo cardíaco. Amiloidose geral. Anemia. Apenas daremos conta mais pormenorizada das lesões encontradas no intestino, baço e laringe:

Recto. — Principiando com a largura de uma mão acima do ânus e estendendo-se até êste último, apresenta estenose evidente e alterações da parede. Esta está fortemente espessada, sem particular dureza. A superfície interna é muito irregular, de cor cinzento-esverdeada, baça, percorrida por numerosos cordões fibrosos duros, curtos e delgados, que tomam tôdas as direcções, algumas vezes em redemoinho. Em alguns pontos, os cordões fibrosos delimitam pequenas retracções em cujo fundo se nota uma abertura fistulosa. Uma destas fistulas alcança, depois de longo trajecto, o ovário esquerdo, com cujo tecido continua. O ovário está aumentado de volume, de consistência mais dura, e apresenta a superfície do corte cinzenta, um pouco

(1) Estou muito grato ao colega Prof. PARREIRA pelas facilidades concedidas no seu Instituto.

granulosa, semeada de vários focos amarelos punctiformes e com algumas zonas isoladas, de limites imprecisos, corados de negro.

O baço mede $16 \times 7 \times 5$ cm. Consistência média. Cápsula lisa sem espessamento. Polpa vermelho escuro-violácea, fácil de destacar com a faca. Folículos e trabéculas irreconhecíveis. Tanto na superfície externa como na do corte vêem-se, bastante irregularmente espalhados, focos (fig. 1) muito especiais, arredondados como amoras, bastante bem delimitados, uns do tamanho de uma avelã, outros maiores, de consistência moderadamente rijas, em cuja superfície de corte se encontram, num fundo violeta-escuro, ligeiramente granuloso, grupos de focos numerosos, purulentos, corados de cinzento a cinzento-amarelado e com as dimensões de grãos de painço.

Tumefacções ganglionares não se encontraram em parte alguma, nem mesmo na região inguinal.

Laringe. — Na corda vocal esquerda, perda de substância superficial da

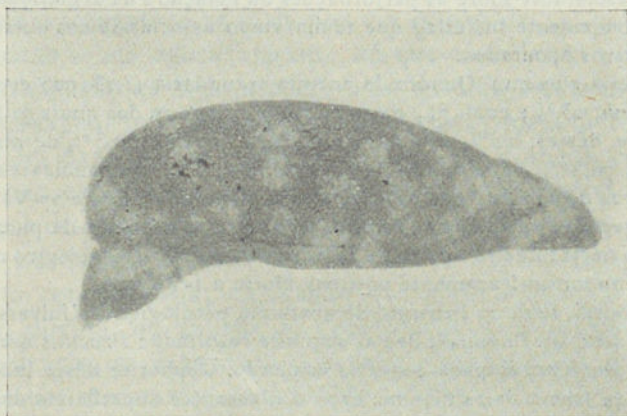


Fig. 1 — Aspecto macroscópico do baço

mucosa de fundo liso, pouco distinto da vizinhança pela côr e de bordos nítidos, lisos também. A corda vocal direita apresenta ligeira turvação irregular da mucosa e uma úlcera de forma lanceolada, pouco maior do que a cabeça de um alfinete, um pouco mais profunda e de bordos lisos.

Esta úlcera laringea foi considerada como de decúbito incipiente e — o que é de lamentar — não se examinou histologicamente.

O estudo microscópico limitou-se ao baço, cujas alterações não pareciam fáceis de interpretar, macroscopicamente. Tratava-se de um quadro muito especial, do qual pude dizer, logo de entrada, nunca ter visto nada semelhante. Que se tratava de grupos de pequenos abscessos parecia certo, mas era difícil encontrar explicação tanto para o seu modo de produção, como para a sua estranha aparência. A hipótese de uma séptico-pioemia partida da fistula e com metástases localizadas exclusivamente no baço não era de presumir,

abstraindo mesmo de que os abscessos metastáticos do baço, já de si raros, têm aspecto diferente.

A investigação microscópica deu um resultado que me parece dar explicação plausível a este quadro tão invulgar. Os focos descritos macroscopicamente mostram também nas preparações histológicas forma nítida de amora (fig. 2). Compõem-se, em confirmação do exame à vista desarmada, de um grande número de focos purulentos miliares isolados (fig. 3) e claramente separados uns dos outros, parte redondos, parte alongados e também alguns de feição irregulares. Para muitos destes focos verifica-se que têm a sede nos



Fig. 2 — Aspecto, de conjunto a pequena ampliação, de um foco esplênico

corpúsculos de Malpighi, quer pela presença de restos de tecido folicular, quer pelas relações topográficas com uma artéria central. Nas formas típicas dos focos o centro é formado por um abscesso e este consiste na acumulação de granulócitos fortemente segmentados, sem qualquer substância intermédia, juntamente com elementos isolados mononucleares, histiocitários. Manifestações de kariorrhexis, de intensidade variável, dão lugar ao aparecimento de fragmentos de cromatina situados parte fora, parte dentro do corpo celular. Em torno dos abscessos e separado deles na maior parte dos casos por um espaço vazio (fig. 3), produzido artificialmente por retracção, encontra-se um debrum de tecido granulomatoso muito especial, composto de células mononucleadas, bastante afastadas umas das outras. Trata-se principalmente de um elemento com o aspecto das *células epitelióides* dos tubérculos (fig. 4),

do qual uma parte de-facto tem a forma epitelióide enquanto outra tem a conformação dêste alongada até ao bastonete e com frequência, se bem que nem sempre, se dispõem radialmente (em palissada) em relação ao abcesso (fig. 5). Encontram-se também, em quantidade menor, linfócitos, células plasmáticas e eosinófilos. Finalmente dão na vista numerosas *células gigantes* de forma muito variada (figs. 6-8), destas só a menor parte corresponde inteiramente ao tipo de LANGHANS (figs. 7 e 8). Nas outras encontram-se os núcleos, parte no centro, parte no bordo da célula sob a forma de acumulações densas, sendo difícil muitas vezes delimitá-los uns dos outros pela imprecisão

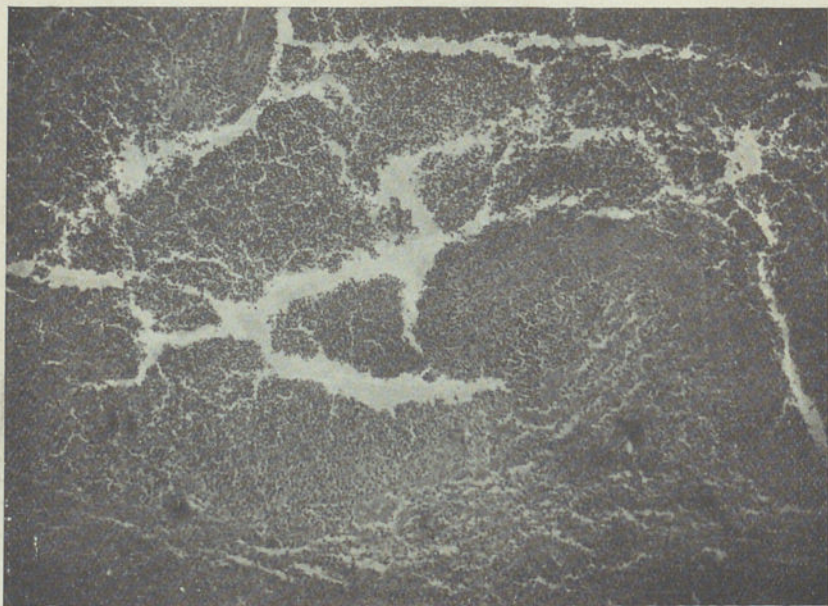


Fig 3 — Foco purulento miliar rodeado por um espaço vazio, em um folículo do baço

dos seus contornos (fig. 8); a estrutura interna é um pouco granulosa. Uma destas células gigantes continha um núcleo fagocitado (linfócito?) cercado de uma zona de liquefacção. O tecido granulomatoso descrito forma, aliás, não só debruns em tórno dos abscessos, mas encontra-se também mais difusamente espalhado. Num ou outro ponto existem também figuras de «kariorrhaxis», contudo sem extensas necroses.

O desenvolvimento do *tecido colagénico* é de intensidade extremamente variável nos focos estudados. É particularmente acentuado no centro de um dos focos grandes, de maneira a apresentar o aspecto de um núcleo de tecido conjuntivo cercado de uma coroa de focos miliares. É notável que as fibras conjuntivas são fracamente coráveis pelo VAN GIESON e muito, ao contrário, pelo MALLORY. Dentro dos focos grandes (isto é, entre os miliares) encon-

LISBOA MÉDICA



PIPERAZINA MIDY

O ANTI-URICO TIPO



PROVEINASE MIDY

VARIZES - FLEBITES - HEMORROIDAS
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA E DA PUBERDADE



POMADA MIDY SUPOSITORIOS MIDY

A MEDICAÇÃO RACIONAL
DAS HEMORROIDAS

Pedir amostras a

LABORATOIRES MIDY - 67, Avenue Wagram - PARIS (17)

ou aos Agentes-depositários

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

LISBOA MÉDICA

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

PELO

Stovarsol

TRATAMENTO
ARSENICAL
DOS ESTADOS
D'ANEMIA
& D'ASTENIA

APRESENTAÇÃO

FRASCOS DE 28
COMPRIMIDOS A 0 gr. 25
FRASCOS DE 70
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
MEDICO ●

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE

— Specia —

MARQUES POULENC Frères & USINES du RHONE

86.rue Vieille du Temple, PARIS 5:

DREVILL.

tram-se só em pontos isolados restos de tecido do baço, e entre estes também, algumas vezes, folículos completos ou partículas dêles.

Alterações vasculares, tirante a doença amilóide a mencionar em breve, são escassas. Existe contudo, em uma veia volumosa, uma proliferação infiltrante da parede e do lume por células de granulação semelhante a uma *pan-nite* sífilítica (fig. 10). Em uma artéria trabecular situada na periferia de um foco existe proliferação endarterítica, que ataca apenas uma parte da respectiva circunferência. Por meio da coloração para a fibrina vêem-se, no bordo dos abscessos, pequenos filamentos de fibrina isolados. Os métodos de

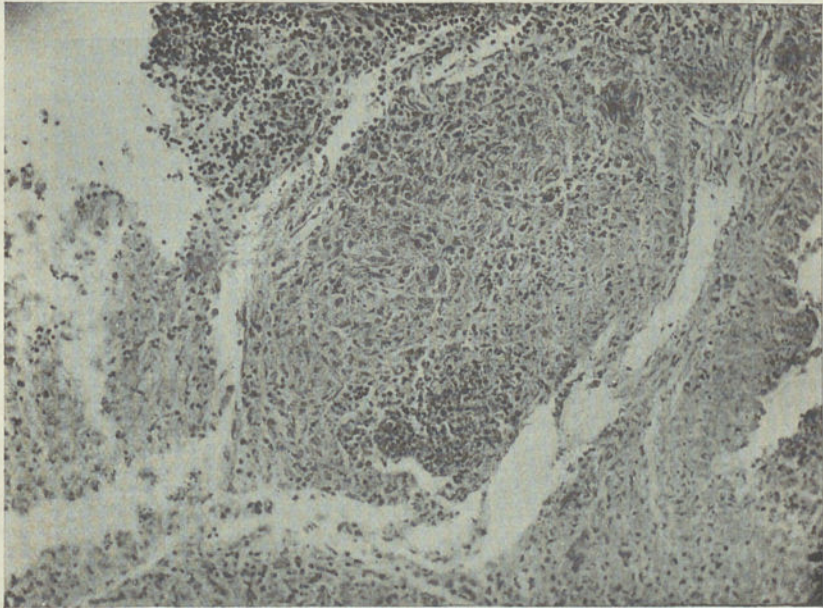


Fig. 4 — Granuloma constituído por células epitelióides (baço)

UNNA-PAPPENHEIM, GRAM e ZIEHL não revelam a existência de bactérias, em especial de bacilos de KOCH. Fora dos focos observa-se *amiloidose da polpa* distribuída com bastante irregularidade e constituída por granulações notavelmente grosseiras. Além disso, as artérias centrais mostram depósitos amilóides, ao passo que o tecido folicular está livre dêles. Os focos apenas contêm pouca substância amilóide: trata-se principalmente de invasão das partes periféricas dos focos proveniente do parênquima livre dessas formações. Além disso, as paredes dos vasos, quando estas existem nos focos, estão atacadas de amiloidose. Nas preparações para a elastina pode ver-se ainda nas massas amilóides uma série de pequenos vasos onde só os anéis elásticos estão conservados.

Além do baço só, infelizmente, o rim pôde ser estudado. Nada tinha digno de nota, a não ser a amiloidose.

¿Como deve interpretar-se o quadro encontrado no baço? Primeiro impõe-se logo como qualquer coisa de especial tanto o aspecto microscópico como o macroscópico. As *supurações banais* têm de pôr-se de parte com segurança em atenção aos debruns compostos de células granulomatosas, epitelióides e gigantes existentes na periferia dos focos leucocitários, e em atenção à ausência de cocos ou outras quaisquer bactérias nas preparações e à falta de todo e qualquer fundamento para um processo

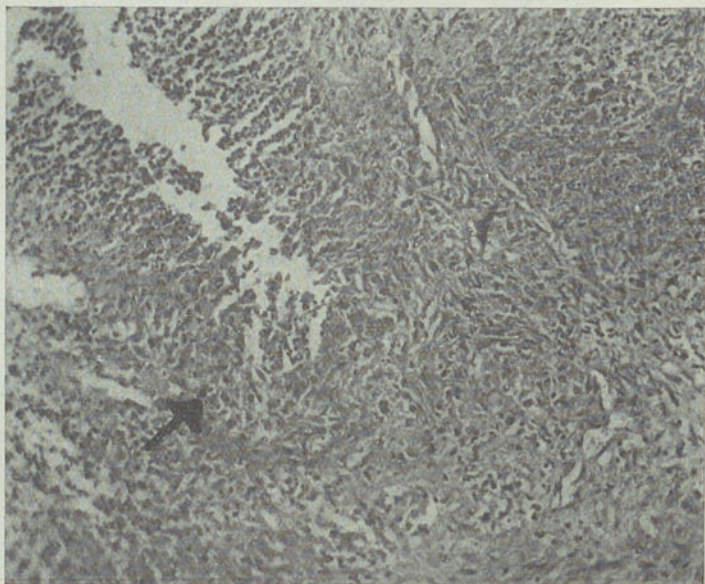


Fig. 5 — Disposição, em palissada, das células epitelióides

piémico (não se puderam fazer culturas por razões estranhas à nossa vontade).

Entre as afecções específicas podia pensar-se na *tuberculose* ou na *sífilis*. Na primeira seria a presença de abscessos, em vez de caseificações no centro dos focos, coisa absolutamente invulgar. Quando na tuberculose há focos purulentos, produzem-se sempre acumulações maiores, limitadas pelas conhecidas membranas piogénicas, mas não abscessos no centro de nódulos isolados de carácter produtivo. A isto junta-se a ausência de bacilos tuberculosos nas preparações. Também não se encontrou o me-

nor sinal de tuberculose em qualquer outro órgão, nem mesmo sob a forma de produções antigas curadas; e finalmente o aspecto macroscópico era completamente diferente do baço tuberculoso. De-facto a tuberculose esplênica de grandes nódulos, a única que poderia ser chamada a capítulo neste caso, apresenta um quadro bem caracterizado, completamente impossível de confundir com o observado no nosso caso.

Os mesmos argumentos se opõem à hipótese da sífilis. Os abscessos centrais, a situação isolada de cada foco de per si e

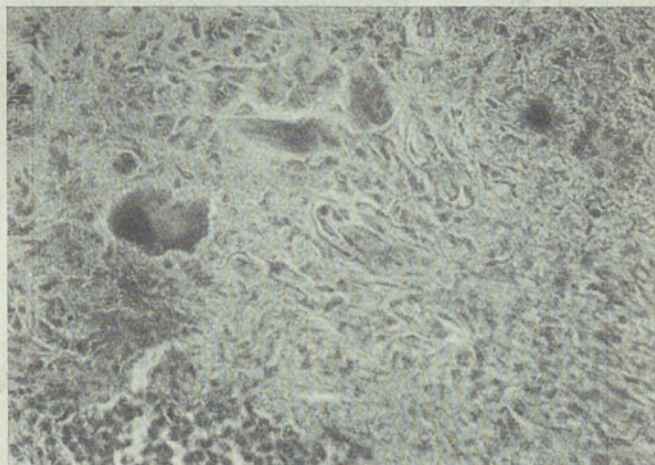


Fig. 6 — Células gigantes

principalmente também o aspecto macroscópico são outros tantos argumentos contra a existência de um processo gomoso em comparação com os quais bem pouco valor se pode atribuir à reacção de WASSERMANN, muito fracamente positiva registada uma vez em vida para o efeito da interpretação das lesões do baço. Além disso, não se viram na autópsia alterações de natureza sífilítica em mais nenhum órgão (a respeito das lesões vasculares veja pág. 648).

Até aqui os elementos negativos. No ponto de vista positivo devemos, antes de mais nada, assentar no facto já mencionado de que hoje em dia a proctite ulcerosa, acompanhada de constrição do intestino grosso da forma existente no nosso caso, se considera como pertencente ao quadro da doença de NICOLAS-FAVRE.

A falta de lesões nos gânglios inguinais nada vale contra esta hipótese. Como já dissemos, os bubões inguinais são inconstantes na mulher e, nos casos de afecção genito-rectal, a sua presença constitui mesmo a excepção (DAVID e LORING).

Acentuemos a relação entre a formação fistulosa e o ovário, facto que é característico da doença em questão e que BARTELS e BIBERSTEIN consideram como a expressão da mesma afecção

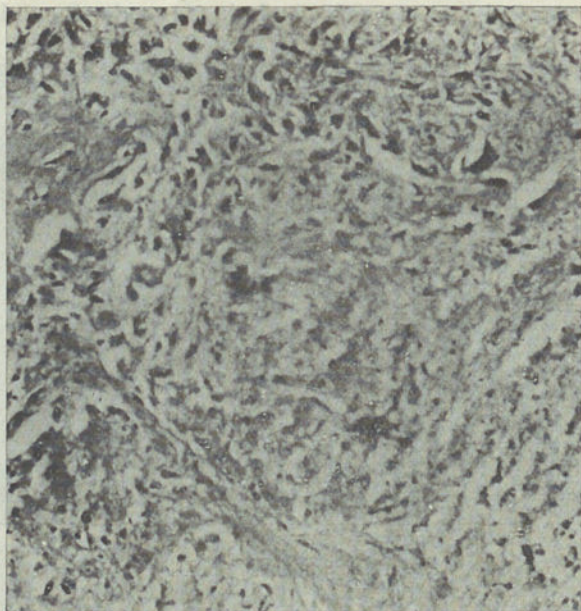


Fig. 7 — Células gigantes

ganglionar específica que no homem se manifesta principalmente nos gânglios da virilha.

Que, porém, os focos verdadeiramente notáveis do baço estão em relação possível com aquela doença, só pôde ser tomado na devida conta com fundamento no resultado do exame microscópico. A maior parte dos autores que se ocuparam da doença de NICOLAS-FAVRE estão todos de acôrdo, à parte pequenas *nuances*, em que o quadro não é suficientemente específico para no caso particular podermos basear nêle um diagnóstico seguro, mas que em todo o caso é bastante característico para se lhe dar im-

portância grande nas considerações conducentes ao diagnóstico diferencial (WASSÉN e HÖPPLI). O mais reservado dos autores neste ponto de vista é FREI, ao passo que ANDERS, como anátomo-patologista, julga em muitos casos poder ser afirmativo na questão de saber se «existem sinais histológicos característicos e demonstrativos do linfogranuloma inguinal só por si capazes de decidir do diagnóstico». E nesta orientação dá particular valor à

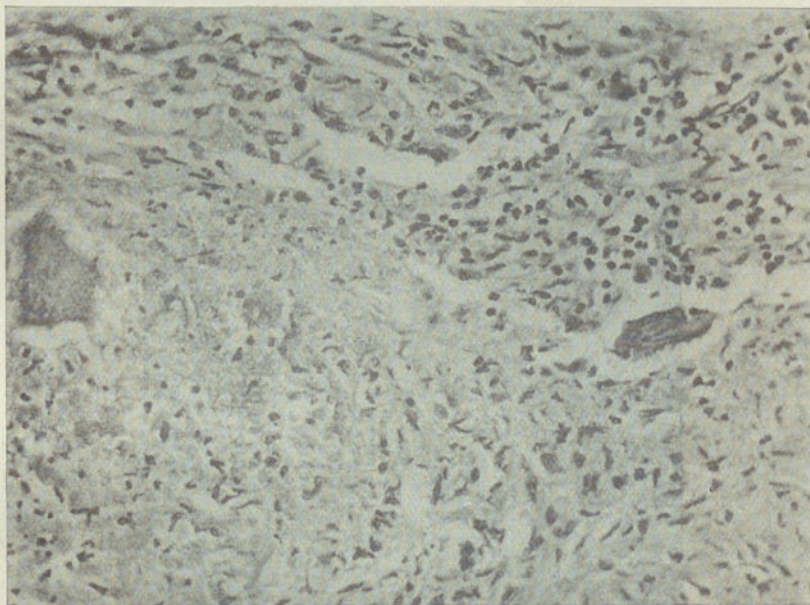


Fig. 8 — Outro tipo de células gigantes

formação precoce de diferenciações colagêneas fibroblásticas. Em especial, porém, é a *combinação típica de purulência e tecido de granulação tuberculóide* que nas outras doenças só por extrema excepção aparece. W. FISCHER dá notícia de facto semelhante em um caso de sífilis congénita; HÖPPLI em uma doença micósica. Pela minha parte só me recorde de ter visto coisa semelhante em preparações de HAIM, provenientes de experiências de injeção de substâncias lipóides na pele da orelha de suínos, e, mesmo neste caso, constituíam um fenómeno raro.

Fora disto não seria capaz de citar qualquer afecção que costume fornecer imagens histológicas como as discutidas. Também

quero mencionar que as *células gigantes* são iguais, na sua morfologia, às que se encontram nos gânglios inguinais da doença de NICOLAS-FAVRE, pois só parcialmente correspondem ao tipo de LANGHANS e na maior parte apresentam figuras mais ou menos divergentes d'êle. Pôr estes elementos em paralelo com as células de STERNBERG da linfogranulomatose, como muitas vezes se faz na descrição das preparações de gânglios linfáticos, é, na verdade,

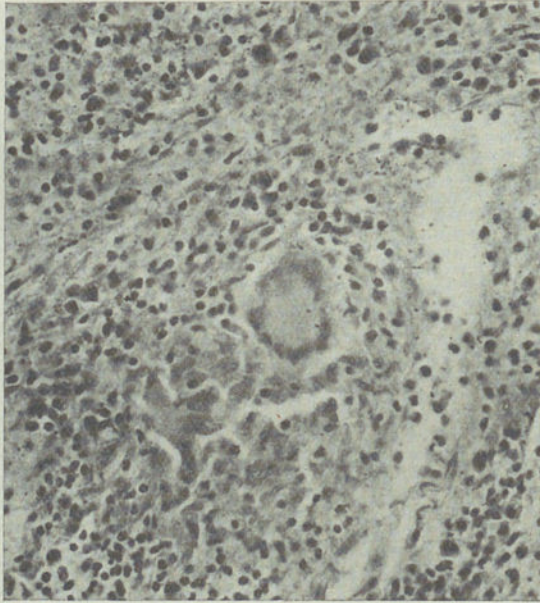


Fig. 9 — Célula gigante do tipo de LANGHANS

impossível no meu caso. De outros pormenores que costumam encontrar-se no quadro histológico da doença de NICOLAS-FAVRE é bastante marcado, pelo menos em uma parte dos focos do baço do meu caso, o *desenvolvimento do tecido conjuntivo* (RAVAUT, BOULIN e RABEAU, HÖPPLI, ANDERS, FREI); as *alterações vasculares*, no sentido de uma endovasculite produtiva, também não faltam (HÖPPLI, FROBOESE, etc.), ainda que só atinjam poucos vasos. Talvez desta particularidade seja responsável a amiloidose, que no baço estudado atacou tôdas as artérias, incluindo as centrais e por isso o processo produtivo não pôde desenvolver-se mais. Em todo o caso o conhecimento destas alterações vasculares não

deixa de ser importante, porque poderiam levar à admitir a ideia de um processo sífilítico; e não é aceitável deduzir da sua presença argumento em favor de uma afecção gomosa.

É, naturalmente, muito para lamentar que durante a autópsia não se tivesse pensado na possibilidade de uma tal etiologia para os focos esplênicos, pois poderia ter-se feito a tentativa de confirmar essa presunção pela experimentação no animal e até mesmo

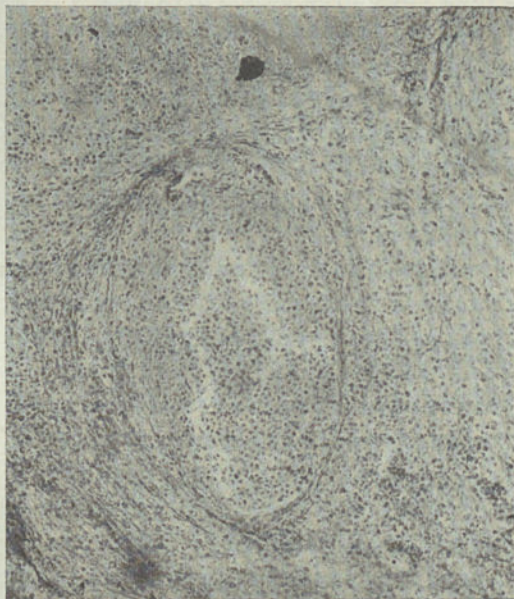


Fig. 10 - Panflebite

pela reacção inversa de FREI. Dada a maneira como os factos se passaram, temos de fundamentar as nossas conclusões nos elementos histológicos menos demonstrativos, é certo, mas, entretanto, como vimos, extremamente aproveitáveis para o diagnóstico diferencial. Parece-me que estes, em conjunção com a doença intestinal, tornam a interpretação do caso no sentido *duma afecção esplênica* de NICOLAS-FAVRE altamente verosímil (1).

(1) O colega ANDERS, que, no domínio da anatomia patológica da doença em questão, possui uma experiência particularmente importante, teve a amabilidade de estudar as minhas preparações do baço e concordou com a minha maneira de ver.

Sendo justa a nossa interpretação do caso, não pode explicar-se o resultado da autópsia senão pela difusão do vírus através da *via sanguínea* e pela sua localização no baço. A via linfática, para a admissão da qual seria indispensável a hipótese do transporte retrógrado, é muito pouco provável, em vista da falta de qualquer participação dos gânglios linfáticos. O ataque exclusivo dos corpúsculos de MALPIGHI indicaria, da mesma maneira que a afecção, observada em outros casos, de gânglios não pertencentes ao território linfático da manifestação primária (veja pág. 634), uma predilecção do vírus pelo tecido linfático, mesmo durante a generalização. A razão porque, neste caso, o baço foi atacado e os gânglios não, escapa ao nosso conhecimento, exactamente como em muitos outros casos nos são inteiramente desconhecidas as razões da escolha de localização das metástases, às vezes de aparência tão arbitrária.

Também é notável o facto de no caso presente as metástases esplénicas deixarem a impressão de um processo inteiramente recente. Elas não teriam aparecido, portanto, logo no primeiro estado da doença, durante o qual tal facto, como já se disse, era mais natural dar-se, mas unicamente mais tarde, em ligação com a doença intestinal, interpretável como complicação do NICOLAS-FAVRE. Quanto a manifestações clínicas intestinais, só apareceram nos últimos seis meses, mas pode bem admitir-se que as respectivas lesões já existissem muito tempo antes, sem darem sinal de si. Tínhamos, pois, de aceitar que a infecção purulenta periovárica era a sede do vírus a partir da qual se deu a generalização pela via sanguínea em virtude da diminuição de resistência do organismo. Isto seria bem plausível se fôsse exacta a maneira de ver de BARTHELS e BIBERSTEIN, segundo a qual nestas afecções purulentas se trata de doenças primárias dos gânglios. Da observação de BEZECNY e SAGHER parece deduzir-se que o vírus se pode conservar muito tempo no corpo humano em estado de virulência latente.

Finalmente, desejo ainda referir-me à amiloidose generalizada, como complicação, em todo o caso rara, nesta doença. No nosso caso a amiloidose modificou até certo ponto o quadro histológico do processo específico no baço, sem contudo criar obstáculos essenciais à sua análise.

E, para terminar, quero acentuar mais uma vez que tenho a

Para a garantia da descendencia
no abôrto iminente

Proluton

hormona do corpo lúteo

O Proluton está ainda indicado
nas hemorragias ginecológicas
(metropatia hemorrágica) e
na provocação da menstruação
após tratamento prévio com o
Progynon B oleoso.

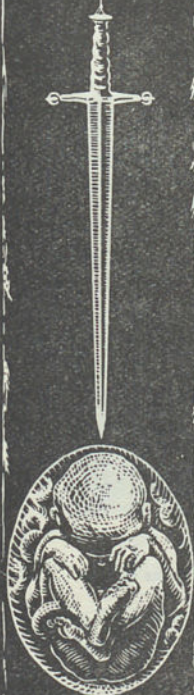
Embalagens originais

Caixas com 3 ampolas de $\frac{1}{2}$ U.I. cada ampola

Caixas com 3 ampolas de 2 U.I. cada ampola

Caixas com 1 ampola de 5 U.I.

Caixas com 5 ampolas de 5 U.I. cada ampola



SCHERING S.A. PORTUGUESA
DE. R. L. LISBOA - LARGO DA ANUNCIADA 92°



VIGANTOL^{M. R.}

(preparado com vitamina D cristalizada, 1 mgr. de vitamina D cristalizada = 50000 unidades internacionais)

no raquitismo e outras perturbações do metabolismo osseo, melhora a formação dos dentes e auxilia a rotura da dentição

EMBALAGENS ORIGINAIS: Oleo de Vigantol: Frasco conta-gotas de 10 c.c. (1 c.c. = 0,3 mgr. de vitamina D cristalizada). Grageias de Vigantol: Vidro com 50 grageias. (1 grageia contem 0,06 mgr. de vitamina D cristalizada)

VIDALON^{M. R.}

(Oleo de fígado de bacalhau standardizado com Vigantol) de conteúdo constante e elevado em vitaminas A e D

Indispensavel para a aceleração do desenvolvimento do organismo e a augmentação da resistencia nas crianças atrasadas e doentias

EMBALAGEM ORIGINAL: Frasco de 125 c.c.

»Bayer«

Leverkusen (Alemanha)

Representante:

BAYER, LIMITADA

Rua dos Douradores, 150, 3.º

LISBOA

E. MERCK

Darmstadt (Alemanha)

Representante:

Quimico-Farmaceutica,
Limitada

R. Gomes Freire, 96

LISBOA

perfeita consciência de não ter trazido argumentos decisivos para a interpretação proposta para o caso. Trata-se, porém, evidentemente, de um facto muitíssimo raro, que poucas probabilidades tenho, com certeza, de tornar a observar e que julguei dever levar ao conhecimento dos colegas especialistas, a-fim-de que qualquer futuro observador de processos semelhantes empreenda as investigações mais apropriadas para confirmar ou invalidar a minha interpretação.

*

*

*

Entretanto, tive ocasião de estudar os órgãos de dois casos de proctite estenosante da forma aqui descrita, em que, infeliz-

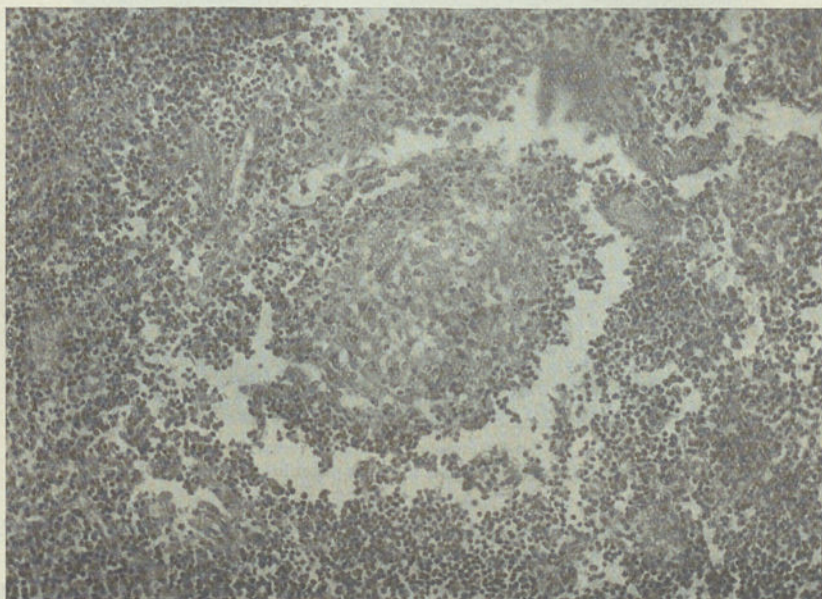


Fig. 11 — Gânglio linfático retro-rectal. Formação nodular num foliculo (caso 2)

mente, também não pôde ser feita a reacção de FREI. No primeiro destes casos, autopsiado, na minha ausência, pelo meu assistente, Dr. BACELAR, guardaram-se para exame, além do intestino, o baço, o fígado, o coração, os rins e os gânglios inguinais. Nestes a estrutura era difusa, o tecido linfático infiltrado de células plasmá-

ticas muito numerosas: quer dizer, um processo inflamatório sem a menor especificidade. No fígado encontraram-se infiltrados plasmático-lymfocitários pequenos, mas evidentes, nos espaços de GLISSON. No baço nada havia de interêsse. Portanto, em resumo, um resultado completamente incharacterístico.

Mais interessante foi o resultado do estudo do segundo caso:

Tratava-se de uma mulher de 59 anos de idade, morta de peritonite e fleimão retroperitoneal, relacionados com uma formação fistulosa no lugar

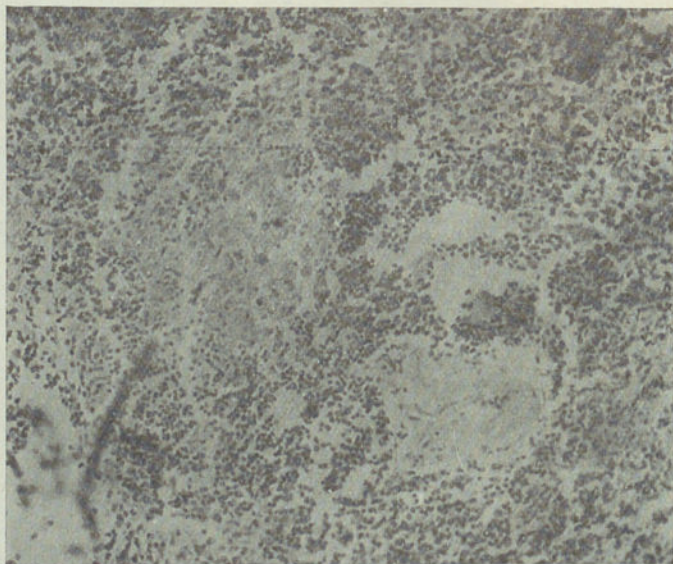


Fig. 12 — Baço, Formação nodular num corpúsculo de MALPIGHI (caso 2)

da estenose rectal. A observação microscópica revelou, na *parede intestinal*, os fenómenos correntes nesta afecção, incluindo as alterações vasculares.

Os gânglios linfáticos inguinaes mostram um desenho bastante esbatido, com hialinização do tecido conjuntivo, bem como uma pronunciada infiltração de células plasmáticas — muitas binucleadas —, que muitas vezes colocam os linfócitos em segundo plano de importância. O que em especial dá na vista é uma forte *activação do endotélio e das células reticulares*, sob duas formas:

- 1) Sob a forma de catarro do seio.
- 2) De forma inteiramente difusa.

Trata-se, em parte, de elementos redondos, parte poligonais, muito polimorfos, de contornos irregulares, contendo com frequência núcleos de linfó-

citos e fragmentos nucleares fagocitados, e dêste modo lembram células tíficas. Ao lado dêstes vêem-se também elementos polinucleados — com dois a quatro núcleos — que, em parte, também fagocitaram núcleos, fáceis de distinguir pela câmara clara que os circunda.

Não se encontram granulocitos nos gânglios inguinais. Um gânglio ilíaco mostra a mesma disposição apontada. Apenas lhe falta a hialinização e, por outro lado, apresenta um número razoável de granulocitos.

Dois gânglios tumefactos do tecido retro-rectal apresentam, além das alterações acima descritas, uma outra sob a forma de verdadeiras formações

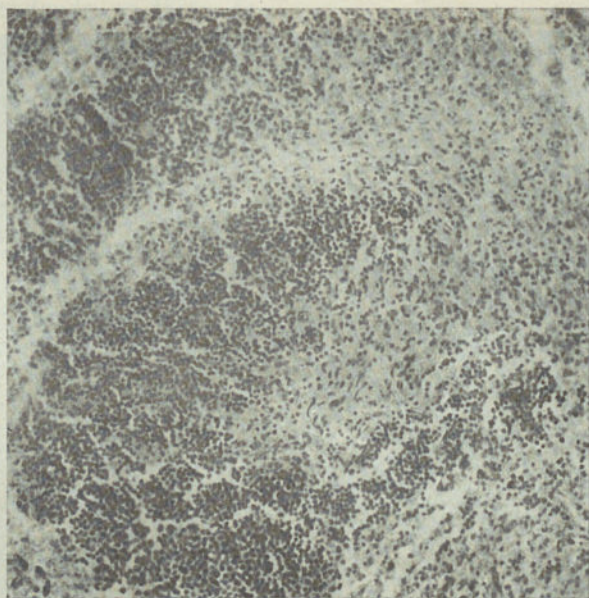


Fig. 13 — Outro foco nodular num corpúsculo de MALPIGHI (caso 2)

nodulares (fig. 11) em alguns dos poucos folículos reconhecíveis, nos quais elas, em parte, ocupam o centro, em parte, zonas da periferia do feitiço de sectores.

Estes nódulos compõem-se de células de carácter epitelióide, desde alongadas até à forma de bastonete, ou então arredondadas, mais raras vezes poligonais, com o protoplasma abundante e eosinófilo, mas não fagocitantes e com o núcleo pobre de cromatina, mais raramente picnótico. As células são mal de delimitar umas das outras e formam, em parte, uma rêde unida pela fusão dos seus prolongamentos entre si. Entre as células vêem-se distintamente alguns grânulos de cromatina extra-celulares. Na periferia dos folículos alterados pela forma apontada existem numerosas células plasmáticas. No restante território dos gânglios linfáticos notam-se alguns granulocitos e uma célula gigante, de plasma fortemente basófilo, semelhante a uma célula de STERNBERG.

Baço. — O aspecto dos *foliculos* é inteiramente semelhante ao que ficou descrito a respeito dos gânglios retro-rectais (figs. 12 e 13). Os focos são de tamanho diferente, algumas vezes compostos apenas de poucas células, outras abrangendo a maior parte do folículo. As células endoteliais de alguns capilares estão tumefactas e tem-se com frequência a impressão de que as «células epitelióides» derivam desses endotélios. Também se vê nos folículos doentes, empregando as colorações apropriadas, um aumento das *fibras* do retículo. Em outros folículos encontra-se tecido fibroso hialino (fig. 14) e ainda outras massas especiais, homogêneas, completamente desprovidas de núcleos

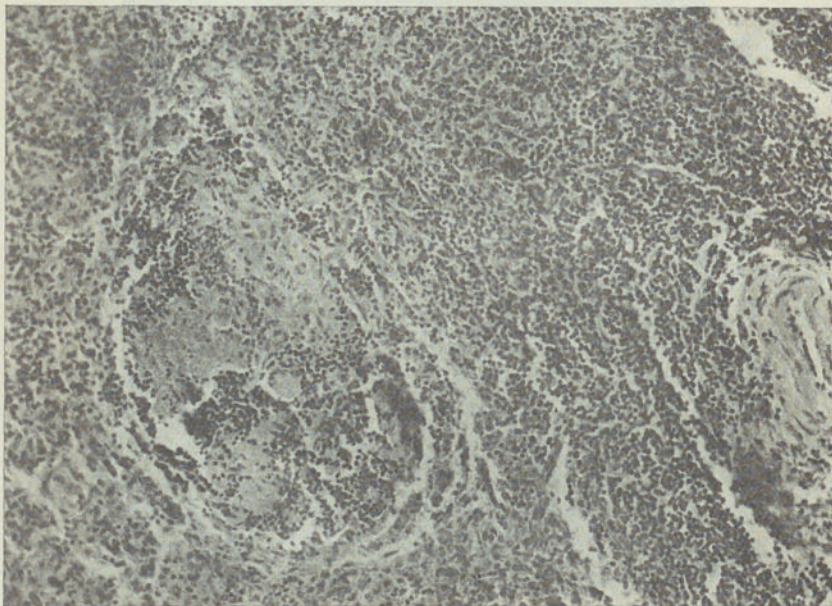


Fig. 14 — Folículo de MALPIGHI, com esboço de foco nodular e com tecido hialino (caso 2)

e coráveis de amarelo pelo VAN GIESON (fig. 15) (¿ plasma sanguíneo?). Em muitos corpúsculos de MALPIGHI existe uma ligeira *fibrose periarterial*. A elástica interna das artérias centrais também em muitos pontos não está normal: as suas fibras são muitas vezes pouco distintas, conglomeradas, de contornos irregulares e sem a disposição sinuosa. Aqui ou acolá, ligeira proliferação endarterítica da íntima. Na polpa observam-se numerosas células plasmáticas, sem que tal facto possa considerar-se patológico.

Fígado. — No tecido periportal, insignificantes infiltrados de linfócitos e fibroblastos e raras células plasmáticas. Nos capilares hepáticos, abundantes elementos mononucleares (linfócitos). As células de KUPFFER não estão notavelmente tumefactas nem multiplicadas.

Rins. — Pequena infiltração linfocitária perivascular. Uma grande cicatriz.

Coração. — Nada digno de nota.

As alterações verificadas neste caso são naturalmente muito menos características do que as do baço, descritas no primeiro caso, e parece muito menos possível do que nêle atribuí-las com alguma segurança à acção do vírus da doença de NICOLAS-FAVRE. Apesar de tudo, não podemos afastar de todo uma tal possibilidade, atendendo ao facto de o processo anátomo patológico consistir principalmente em uma *activação das células reticulares*, em parte talvez também dos endotélios, e atendendo ainda a que, por outro lado, conforme resulta do estudo das alterações histopatológicas, tanto do material humano como do material experimental proveniente de animais, a afecção do sistema retículo-endotelial está no primeiro plano do quadro da *doença de Nicolas-Favre*.

Dentro destes limites, as alterações descritas são ainda bastante características. São nitidamente diferentes das que se encontram nos «centros de reacção» habituais do tecido linfático, tanto pela situação dos «focos», que de maneira alguma ocupam exclusivamente o centro dos folículos, como pelo tamanho e pela forma das células, com o seu pronunciado desenvolvimento protoplásmico. Distinguem-se, porém, além disso, do que estamos habituados a ver em outras doenças focais acompanhadas de forte participação do aparelho retículo-endotelial, como, por exemplo, a linfogranulomatose, a febre tifóide, etc. Mais do que qualquer outra coisa, lembrem-me as alterações que descrevi na *doença de Bang*, sem contudo lhes serem idênticas. Nestas últimas desempenha, na realidade, a eosinofilia um maior papel e a forma das células epitelióides é outra.

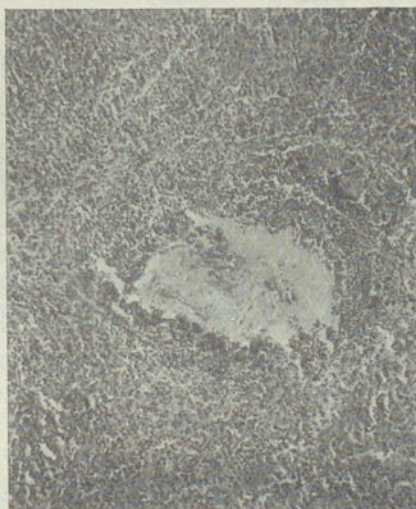


Fig. 15 — Massas homogêneas num corpúsculo de MALPIGHI (plasma sanguíneo?) (caso 2)

O que principalmente me parece importante, aliás de acôrdo com a experiênciã comum da doença de NICOLAS FAVRE (veja pág. 650), é a *predilecção pelas lesões do tecido linfático*, no meu caso de proctite ulcerosa, enquanto que na doença de BANG o fígado está intensamente atacado.

A publicação dêste caso deve também, primeiro do que tudo, servir para chamar a atenção para factos anatómicos semelhantes, a-fim-de nos casos adequados não se perderem de vista as alterações do tecido linfático. Com o tempo se verificará então se as alterações por mim dadas a conhecer neste artigo têm, ou não, alguma coisa que ver com a doença de NICOLAS-FAVRE.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei der Sektion eines Falles von strikturierender und fistelnder *Proktitis* bei einer 29-jährigen Frau werden höchst eigenartige *Herde in der Milz* anscheinend bisher nicht beschriebener Natur festgestellt. Angesichts der Zusammensetzung dieser Herde aus zentralen Abscessen und, aus *tuberculoidem Gewebe* mit zahlreichen sehr polymorphen Riesenzellen bestehenden, peripherischen Säumen wird im Zusammenhang mit der bekannten Tatsache, dass die fragliche Mastdarmerkrankung in den meisten Fällen eine Komplikation der NICOLAS-FAVRESCHEN Krankheit darstellt, die Ansicht vertreten, dass jene Milzherde, deren histologische Struktur mit den bekannten Veränderungen der Lymphknoten bei der genannten Krankheit viele Berührungspunkte hat, einer *Ausbreitung des Virus dieser Infektionskrankheit auf dem Blutwege* ihre Entstehung verdanken.

Von 2 weiteren Fällen von Proktitis ulcerosa stricturans, die im makroskopischen Sektionsbefund keine Besonderheiten an den übrigen Organen boten, wies einer neben einer starken *diffusen Aktivierung von Reticulumzellen Epitheloidzellknötchen* in *Lymphknoten* und *Milz* auf. Es wird angeregt, diesem Vorkommnis weiter nachzugehen, um festzustellen, ob zwischen ihm und der NICOLAS-FAVRESCHEN Krankheit Beziehungen bestehen oder nicht.

BIBLIOGRAFIA

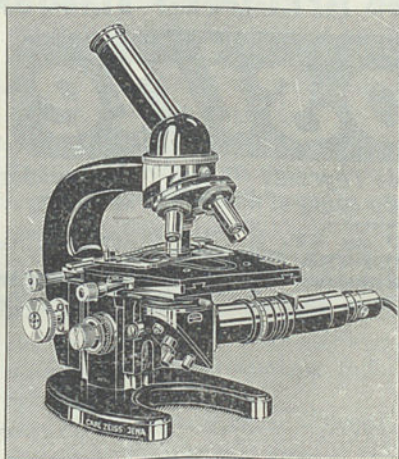
- (L. i. = Lymphogranuloma inguinale = Lymphogranulomatosis inguinalis)
 ANDERS, H. E. — Veja Meyer und Anders bzw. Meyer, Rosenfeld und Anders.
 D'ANNOY, R., VAN HAAM E. and LICHTENSTEIN, L. — The virus of l. i. *Amer. Journ. of Pathol.* 11, p. 737. 1935.

- BARTHEL, C. und BIBERSTEIN, H. — Zur Aetiologie der entzündlichen Rectumstrikturen. *Brunns Beiträge z. klin. Chir.* 152, p. 161. 1931.
- Zur Histogenese der nach L. i. auftretenden Rectumstrikturen. *Brunns Beiträge. z. klin. Chir.* 152, p. 464. 1931.
- BERGSTRAND, H. — Can L. i. manifest itself as a generalized disease with efflorescences in the throat? *Acta otolaryngologica.* XII, fasc. 4, p. 461.
- BEZECNY, R. und SAGHER, F. — Orale Infektion mit L. i. *Mediz. Klinik.* I, p. 270. 1935.
- BUSCHKE, A. und CURTH, W. — Ueber die extragenitale Lokalisation des L. i. *Klin. Wochenschr.* II. p. 1709. 1931.
- CHEVALLIER, P. et BARREAU, P. — Adenopathies inguinales vénériennes non suppurées avec généralisation transitoire a des groupes ganglionnaires. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.* 32, p. 177. 1925.
- CHEVALLIER, P. et BERNARD, J. — La meningite chronique atténuée de la poradénite inguinale humaine. *Le sang.* P. 573. 1932. Cit. por Wassén.
- COUTTS, W. E. — Contribution to the knowledge of lymphogranulomatosis venerea as a general disease. *Journ. of trop. Med. and Hyg.* 39, p. 13. 1936.
- DAVID, V. C. and LORING, M. — Extragenital lesions of l. i. *Journ. Am. med. Assoc.* 106. Nr. 22. p. 1875. 1936.
- FISCHER, W. — Discussão do trabalho de Höppli.
- FISCHL, FR. — L. i. *Zentralbl. f. Haut-u, Geschlkrankh.* 16, p. 1. 1925.
- FRAUCHIGER, E. — Polyarthritits lymphogranulomatosa inguinalis tarda. *Schweizer med. Wochenschr.* P. 1207. 1933.
- FREI, W. — L. i. em Arzt und Zieler: *Die Haut-u. Geschlechtskrkrheiten.* Bd. V, p. 483. 1935.
- FREI, W. und HOFFMANN, H. — Experimentelles und Klinisches zum L. i. *Archiv f. Dermatol.* 153, p. 179. 1927.
- FREI, W. und KOPPEL, A. — Ulcus chronic. elephantasticum und sog. Syphilôme ano-rectal als Erscheinungen d. L. i. *Klin. Wochenschr.* P. 233. 1928.
- L. i. und seine Beziehungen zum Syphilôme ano-rectal. *Klin. Wochenschrift.* P. 1263. 1929.
- FROBOESE, C. — Histologie eines Bubonulus bei L. i. *Arch. f. Dermatol.* 168, p. 173. 1933.
- HAIM, A. — Experimentell-immunbiolog. Untersuchungen an der Schweinehaut über die Erzeugung von Tuberkeln und tuberkuloiden Strukturen bei gesunden Tieren durch Einspritzung von Lipoiden. *Beitr. z. Klinik d. Tuberculose.* 71, p. 269. 1929.
- HAAM, VAN E. and D'ANNOY, R. — Infectivity of the spinal fluid in l. i. *Journ. of Amer. med. Assoc.* 106. p. 1642. 1936.
- HELLERSTRÖM, S. — A contribution to the knowledge of L. i. *Acta dermatovenerologica Suppl. 1*, Stockholm, 1929.
- HELLERSTRÖM, S. und WASSÉN, E. — Étude du virus de la L. i. *Comptes rend. des séances de la Soc. de Biol.* 106, p. 802. 1931.
- Studien über die Affinität des L. i. Virus zu verschiedenen Gewebssystemen beim Affen. *Zeitschr. f. Immforsch.* 73, p. 110. 1931.
- Epidemiology and etiology of l. i. Publication en hommage et dédiée à la mémoire du Prof. Cantacuzéne. Masson, Paris. 1934.

- HÜPPLI, R. — Patholog. Anatomie d. klimatischen Bubonen. Beiheft 3 zum. *Arch. f. Schiffs-u. Tropenhygiene*. 33, p. 219. 1929.
- Histopathologie d. klimatischen Bubonen. *Dermatolog. Wochenschr.* 90, p. 305. 1930.
- KAUFMANN, E. — Spez. patholog. Anatomie. 9. u. 10. Auflage. De Gruyter & Co. P. 236. 1931.
- KLEEBERG, L. — L. i. mit Erythema nodosum und aphthösen Erscheinungen am Genitale. *Dermatol. Wochenschr.* 91, p. 1376. 1930.
- LEVADITI, C. et LEVADITI, J. — Certaines formes de tabes sont-elles dues au virus de la maladie de Nicolas et Favre? *Bull. de l'Acad. de Méd.* 111, P. 796. 1934.
- LEVADITI, C., MOLLARET, P. et REINIÉ, L. — Identité étiologique entre la maladie de Nicolas et Favre et certaines ano-rectites ou recto-colites végétantes. *Ibidem*, 113, p. 439. 1935.
- LEVADITI, C., RAVAUT, P. et SCHOEN, R. — Réceptivité de la souris à l'égard du virus de la maladie de Nicolas et Favre. *Comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie*. 109, p. 286. 1932.
- Présence du virus de la maladie de Nicolas et Favre dans les ganglions lymphatiques des singes réceptives. *Ibidem*, p. 1099.
- Nouvelles données sur la maladie de Nicolas et Favre expérimentale du singe et de la souris blanche. *Ibidem*, p. 1176.
- LEVADITI, C., RAVAUT, P., LÉPINE, P. et SCHOEN, R. — Recherches expérimentales sur l'étiologie et la pathogénie de la maladie de Nicolas et Favre. *Bull. de l'Académie de Méd.* 106, n.° 36, 17 de Nov. 1931.
- L'affinité du virus isolé de la lymphogranulomatosé inguinale pour le système lymphatique du singe. *Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences*. 192, p. 1600, 1931.
- Sur les propriétés d'un virus pathogène pour le singe, présent dans certains bubons vénériens de l'homme. *Comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie*. 106, p. 729. 1931.
- Présence du virus de la l. i. dans les organes des singes inoculés par voie intracérébrale. *Ibidem*, 107, p. 959. 1931.
- Étude étiologique et pathogénique de la maladie de Nicolas-Favre, etc. *Annales de l'Institut Pasteur*. 48, p. 27. 1932.
- LEVADITI, J. — La maladie de Nicolas-Favre expérimentale. Librairie Maloine, Paris.
- LEVADITI, J. et REINIÉ, L. — Inoculation, dans la rate du singe, du virus de la l. i. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*. 114, p. 887. 1933.
- Inoculation du virus lymphogranulomateux par voie intra-splénique et intra-intestinale chez le singe. *Ibidem*, 115, p. 956. 1934.
- Inoculation du virus lymphogranulomateux à la souris. *Ibidem*, p. 1191.
- Mode de dispersion du virus lymphogranulomateux dans le système réticulo-endothélial. *Ibidem*, 118, p. 123. 1935.
- MEYER, K., ROSENFELD, H. und ANDERS, H. E. — Erfolgreiche Uebertragung des L. i. auf Meerschweinchen. *Klin. Wochenschr.* p. 1653. 1931.
- MEYER, K. und ANDERS, H. E. — Versuche zur Züchtung des L. i.-Virus. *Klin. Wochenschr.* p. 318. 1932.

LISBOA MÉDICA

Uma grande ajuda para todos que trabalham com microscópios, oferece o novo



Condensador Pancrático

ZEISS

De uma maneira ideal são reúnidos num só instrumento: lâmpadas de microscópio, condensador e estativo. Adaptável a todas as objectivas com aberturas de 0,16 até 1,40 por um simples deslocamento de alavanca. (Patenteado em todo o mundo). Prospecto «Pankon» ao dispor.

CARL ZEISS
JENA



REPRESENTANTE GERAL:

SOC. ÓPTICA-TÉCNICA, OPTEC, L.DA — R. 1.º DE DEZEMBRO, 101-2.º
Telefone 2 6510 **LISBOA** Teleg.: Socoptec

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAINÉ

Substitue vantajosamente a digital e a digitalina no tratamento de todas as formas de insuficiência cardíaca

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

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

Tratamento específico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

Veinosine

Drageas com base de *Hypophyse* e de *Thyroïde* em proporções judiciosas, de *Hamamelis*, de *Gastanha da Índia* et de *Citrato de Soda*.

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

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

Os artigos devem ser enviados à 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

PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes :

Colónias e estrangeiro :

Ano, 60\$00

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO : 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

Todos os assuntos referentes à 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.

- MIDANA, A. — Lesione cutanee nella L. i. acuta di Nicolas-Favre. *Giorn. Italiano di Dermatol. e sifilologia*. 75, p. 174³.
- MIDANA, A. et VERCELLINO, L. — Les altérations du système nerveux central de l'homme dans la poradénite inguinale. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.* 41, p. 161. 1934.
- MÜLLER, O. und JUSTI, K. — Beitrag zur Kenntnis der klimatischen Bubonen. *Arch. f. Schiffs-u. Tropenhyg.* 18, Beih. 8, p. 855. 1914.
- NAKAMURA, N. — Ueber die Gefäßveränderungen beim Ulcus chronicum recti. *Virch. Arch.* 215, p. 95. 1914.
- NICOLAU, S. — Lymphogranulomatose subaigüe. Cong. Internation. de Dermatologie. Hongr. Budapest, 1935. Bericht. p. 619.
- PHYLACTOS, A. — Lymphogranulomatose des ganglions inguinaux. *Thèse de Lyon*. 1922.
- RAVAUT, P., LEVADITI, C., LAMBLING, A. et CACHERA, R. — La présence du virus de la maladie de Nicolas-Favre dans les lésions d'un malade atteint d'ano-rectite ulcéro-végétante. *Bull. de l'Académie de Médecine*. 107, N.º 3, 19. Janv. 1932.
- RAVAUT, P., BOULIN et RABEAU. — Étude sur la poradénolymphite. *Ann. Dermat. et Syph.* 5, p. 463. 1924.
- Sur une variété de poradénolymphite suppurée bénigne à forme septicémique. *Presse Médicale*, p. 453. 1922.
- WASSÉN, E. — Studies of L. i. from etiological and immunological points of view. *Acta Pathol. Scand.* 1935. Suppl. 23.
- WERNICH, L. — Ueber Poradenolymphitis oder L. i. subacuta. *Przegl. Dermat.* 21, p. 251. 1926. Ref. *Zentr.-Bl. f. Haut-u. Geschlkrh.* 24, p. 137.
- WIEN, M. S., PERLSTEIN, M. O. and NEIMAN, B. H. — L. i. in its relation to stricture of the rectum. *Arch. of Pathol.* 19, p. 331. 1935.
- WOHLWILL, FR. — Zur patholog. Anatomie der Bangerkrankung des Menschen. *Virch. Arch.* 286. p. 141. 1932.

PROFILAXIA DA TUBERCULOSE NO DOMICÍLIO (1)

Conclusões de um inquérito epidemiológico
em Vila Franca de Xira (2)

POR

C. GOMES DE OLIVEIRA

Médico epidemiólogo da Direcção Geral de Saúde

O presente trabalho incide sobre alguns dados colhidos através dum inquérito epidemiológico acerca da incidência da tuberculose em Vila Franca, ordenado em 1936 pela Direcção Geral de Saúde e de que fui encarregado pelo distinto membro desta Conferência e ilustre Director Geral de Saúde, Dr. JOSÉ ALBERTO DE FARIA.

O seu primeiro objectivo foi avaliar o grau de incidência da tuberculose-infecção e da tuberculose-doença (forma pulmonar), utilizando a prova da tuberculina e a radiografia do tórax. Estas investigações foram feitas mais ou menos segundo os princípios da escola americana tão brilhantemente apresentados nesta Conferência pelo Dr. HATFIELD e que nós já conhecíamos algum tempo antes do curto estágio que fizemos, em 1934, no Henry Phipps Institute, em Filadélfia, principal fonte dos mais importantes trabalhos sobre a epidemiologia da tuberculose, particularmente a respeito da sua contagiosidade.

A incidência da tuberculose em Vila Franca, comparada com a mortalidade pela doença neste concelho durante os últimos cinco anos, permitiu-nos determinar a sua relação aproximada, a partir da qual poderá calcular-se o número provável de doentes correspondente a um número de óbitos conhecido.

(1) Comunicação apresentada à X Conferência da União Internacional contra a Tuberculose e publicada em resumo na discussão geral.

(2) Êste trabalho foi possível graças ao auxílio prestado pelo Delegado de Saúde e os clínicos de Vila Franca e ainda ao manifesto interêsse e dedicado esforço das nossas visitadoras-sanitárias.

A incidência da infecção e da doença, juntamente com os resultados das análises de expectoração nos doentes, trazem mais uma contribuição em favor da tese, várias vezes defendida aqui, da importância do contágio familiar na difusão da tuberculose.

A bibliografia citada é uma parte da que será mais detalhadamente apresentada quando publicarmos o relatório definitivo incluindo tôdas as informações obtidas pelo inquérito e de que esta comunicação é apenas uma nota preliminar. Aqui, limitaremos-nos a divulgar alguns dos dados colhidos, depois de explicarmos a técnica seguida e de descrevermos em resumo as características da população estudada.

MÉTODO

Para a nossa investigação escolhemos a prova intradérmica de MANTOUX e não a de PIRQUET, por a considerarmos mais precisa e mais sensível do que esta. Num estudo comparativo de ambas as provas, ARONSON e os seus colaboradores acharam, em diferentes grupos etários, de 5,3 a 30 0/0 mais reacções positivas à prova de MANTOUX do que à de PIRQUET. Outros investigadores, de resto, têm obtido resultados análogos. Outro mérito daquela prova, hoje largamente usada noutros países, é a sua técnica mais simples, que permite sempre a injeção da mesma quantidade de tuberculina, o que facilita a comparação dos resultados publicados pelos diferentes autores.

A técnica usada foi essencialmente a descrita por OPIE e os seus colaboradores, nos seus primeiros trabalhos, consistindo na injeção de 0,01 mgr. de T A K (1.^a prova) e de 1 mgr. (2.^a prova) diluídos em 0,1 cc. de sêro fisiológico (7,5 0/00). A leitura de cada prova foi feita 48 horas depois, tendo-se injectado a segunda dose apenas aos indivíduos negativos à primeira.

De acôrdo com os autores americanos que mostraram a extrema raridade duma reacção demasiado intensa a 1 mgr. de T A K, nos indivíduos que não reagem a 0,01 mgr., suprimimos a dose intermédia de 0,1 mgr., ainda usada por MADSEN, com o fim de obter uma mais fácil cooperação da parte duma população como a de Vila Franca, ainda não preparada para investigações desta natureza.

Considerámos reacção positiva somente aquela mostrando ni-

tidamente uma área de edema, classificando-a segundo a extensão desta área em: + (inferior a 10×10 mm.), ++ (até 15×15 mm.), +++ (maior que 15×15 mm.) e ++++ (edema extenso com necrose). Esta classificação difere da americana em considerar a área em vez do diâmetro da placa de edema.

A prova da tuberculina assim executada é um primeiro «screen», como diz LONG, permitindo separar *infectados* de *não infectados* pela tuberculose, mas não é suficiente, como se sabe, para afirmar a existência de *doença*. De facto, a-pesar-de se fazer, em geral, a leitura da reacção quantitativamente, a maioria dos autores parecem estar de acôrdo em negar qualquer possível relação entre a sua intensidade e o grau de actividade da doença.

Os indivíduos positivos à prova da tuberculina foram em seguida submetidos à radiografia do tórax e assim separados a respeito da presença ou ausência de lesões tuberculosas. Para êste efeito, usámos a radiografia do tórax de preferência à observação radioscópica, considerada um meio de diagnóstico insuficiente, como acentuam HETHERINGTON, MCPHEDRAN, LANDIS e OPIE e HETHERINGTON e FLAHIFF. Não há muito tempo, também SAYÉ, comparando exames radiográficos e radioscópicos num grupo de doentes, encontrou resultados discordantes em 42 % dos casos: em 30 % a radiografia apresentou lesões que a radioscopia não tinha revelado e em 12 % as lesões existentes não tinham sido vistas em todos os pormenores pela radioscopia.

ESCOLHA DA POPULAÇÃO

A população do concelho de Vila Franca de Xira foi escolhida pelo Director Geral de Saúde para êste inquérito como representando aproximadamente a do resto do país, visto ser uma população heterogénea, mixta, ao mesmo tempo rural e urbana, industrial e agrícola, comercial e até marítima. No que respeita às suas condições económicas, encontramos nela tôdas as gradações, desde os extremamente pobres que só têm trabalho em certas épocas do ano, até às mais ricas famílias de lavradores, proprietários de grandes fábricas, etc. As condições de higiene e salubridade das habitações estão, como é natural, em relação com as características económicas da população.

Visitado pelo Ex.^{mo} Sr. Dr. João Pinto Camelo e interrogado sobre as impressões colhidas com os produtos «Nestlé», não quis furtar-me ao prazer de lhe mostrar fotografias, tiradas em épocas diferentes, duma criança internada nos Serviços de Pediatria.

Maria Amélia deu entrada na enfermaria de Pediatria aos 7 meses, pesando 2,800 Kgs., inteiramente desnutrida, com vômitos e diarreia, representando bem um exemplar da hipotrofia do 3.º grau. Os regimens alimentares instituídos foram mal tolerados.

A Casa Nestlé entregou-me algumas latas do seu babeurre ELEDON e do leite meio-gordo NESTOGÉNO e com a gordura normal. Os resultados foram francamente bons: os vômitos desapareceram, a diarreia melhorou e o gráfico do peso traduziu fielmente as melhoras registadas. Pequenas doses de insulina, sôro glucosado, radiações ultra-violetas e tónicos cardíacos acompanharam o regimen dietético, mas fora de dúvida a evolução observada deu-se em grande parte ao regimen alimentar que recebeu.

Sem o mínimo interesse em reclamar produtos é-me grato registrar estas impressões dos produtos que amavelmente deixou ao meu dispôr a Casa Nestlé.

Coimbra, 1935

a) DR. JOAQUIM ANTUNES D'AZEVEDO



REPRODUÇÃO DEVIDAMENTE AUTORIZADA EM 27-4-1937

Se V. Ex.^a tem na sua clínica uma creança pobre que especialmente o interessa, queira dirigir-se à Sociedade de Produtos Lacteos (Nestlé), Lisboa, que lhe facilitará, gostosamente a sua missão generosa de salvar a pequena doente.

BABEURRE Eledon

DEFINIÇÃO: O ELEDON, leite meio-gordo em pó acidificado, é um alimento dietético para os lactantes, crianças e adultos sofrendo de perturbações gastro-intestinais.

ANÁLISE - TIPO

Matéria gorda	8,0 o/o	Amido	10,0 o/o
Matérias proteicas	18,0 o/o	Cinzas	4,0 o/o
Hidratos de carbono solúveis:		Ácido citrico	2,4 o/o
Lactose	24,6 o/o	Água	3,0 o/o
Maltose-dextrina 30,0 o/o } 54,6 o/o			

100 GRAMAS DE ELEDON = 414 CALORIAS

CARACTERÍSTICAS: Preparação imediata de um leite meio-gordo acidificado pronto para consumo, sem fervura, por simples dissolução em água tépida açucarada. Completa garantia bacteriológica. Composição regular (matéria gorda, ácido citrico e farinha). Valor calórico igual ao leite inteiro e matéria gorda suficiente para garantir uma alimentação normal. Conservação perfeita durante muitos meses.

INDICAÇÕES: O ELEDON tem tódas as do babeurre.

LACTANTES E CRIANÇAS DA 2.ª INFÂNCIA:

1. Diarreias, disenterias ou pseudo disenterias.
2. Intolerância do leite e destrofias.
3. Lesões cutâneas, principalmente o eritema de repetição, o eczema rebelde e o ermo.
4. Píloro-espasmo.
5. Nos prematuros, como complemento do leite materno.
6. Nas crianças que não medram ao seio e no aleitamento mixto.

CRIANÇAS DA 3.ª INFÂNCIA E ADULTOS:

1. Gastrites agudas (depois da dieta hidrica).
2. Tódas as afeções diarreicas e disentéricas. Convalescença da febre tifóide.
3. Perturbações Hepáticas.
4. Cura de emagrecimento.
5. Prisão de ventre.

Nestogéno

DEFINIÇÃO: Leite em pó meio-gordo e açucarado, (sacarose e destri-maltose) destinado ao aleitamento mixto dos lactantes desde os primeiros dias.

ANÁLISE - TIPO

Matéria gorda	12,0 o/o	Maltose-dextrina	15,0 o/o
Lactose	30,0 o/o	Cinzas	4,7 o/o
Sacarose	15,0 o/o	Água	3,3 o/o
Matérias proteicas	20,0 o/o		

CALORIAS POR 100 GRAMAS — 432

CARACTERÍSTICAS: Pureza bacteriológica devida às precauções iniciais e à pasteurização do leite. Excelente digestibilidade (Coagulação no estômago em finos flocos). Presença de vários açúcares em quantidades equilibradas. Riqueza em vitaminas. Solubilidade perfeita. Dosagem fácil. Conservação perfeita em latas herméticamente fechadas.

INDICAÇÕES: Alimento normal dos lactantes sãos, desde os primeiros dias. Tem também as suas indicações em todos os casos de hipotrepia e atrepia, de debilidade congénita, de prematuração, nos períodos de readaptação alimentar, nas diferentes perturbações digestivas: vómitos, diarreia, dispepsias gastro-intestinais e nos casos de intolerância láctea.

ELEDON — NESTOGÉNO DOIS PRODUTOS PORTUGUESES

FABRICADOS PELA
SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS (NESTLÉ)

PORTO

AVANCA

LISBOA

A população de Vila Franca, por freguesia e concelho, consta da tabela I.

TABELA I

População de Vila Franca de Xira (concelho e freguesia), por sexos, calculada para 1 de Julho de 1936

Ano	Freguesia				Concelho			
	Fam. ^{as}	Varões	Fêmeas	Total	Fam. ^{as}	Varões	Fêmeas	Total
1920 (censo)	1.721	3.865	3.715	7.580	5.127	10.771	10.603	21.374
1930 (censo)	2.019	4.159	3.935	8.096	5.865	12.394	11.996	24.390
1936 (calculado)	2.185	4.392	4.109	8.501	6.277	13.306	12.774	26.080

A maior parte dos dados apresentados neste trabalho refere-se à freguesia de Vila Franca, porque o número de indivíduos observados nas outras freguesias é ainda muito pequeno para autorizar conclusões.

RESULTADOS

O presente estudo inclui a informação constante dos boletins de investigação de 1239 famílias visitadas pelas nossas visitadoras-sanitárias desde Abril de 1936 a Janeiro de 1937, e consti-

TABELA II

Prova da tuberculina por sexo e idade

IDADE	VARÕES					FÊMEAS					TOTAL		
	N.º observado	Positivos				N.º observado	Positivos				N.º observado	Positivos	
		0,01 — N.º	1,0 — N.º	Total			0,01 — N.º	1,0 — N.º	Total			N.º	%
0-4	112	19	6	25	22,3	119	26	2	28	21,8	231	53	23,
5-9	141	52	13	65	46,1	148	70	9	79	53,4	289	144	49,8
10-14	114	70	12	82	71,9	167	114	15	129	77,2	281	211	75,
15-19	69	52	6	58	84,	99	75	7	82	82,8	168	140	83,3
20-34	178	155	16	171	96,1	336	279	45	324	96,4	514	495	96,3
35-49	115	100	11	111	96,5	207	155	44	199	96,1	322	310	96,3
+ 50	50	39	8	47	94,	109	76	28	104	95,4	159	151	95,
Desconhecida	7	2	5	7		14	6	2	8		21	15	
Total..	786	489	77	566	72,	1199	801	152	953	79,5	1985	1519	76,5

tuindo um total de 5001 indivíduos. Dêstes, 2343 foram sujeitos à prova da tuberculina; deduzindo 358, negativos à primeira diluição, que se recusaram à segunda prova, restam 1985 ou 39,5 % indivíduos completamente observados.

Os resultados globais, distribuídos segundo o sexo e a idade, mostram-se na tabela II. É claro e evidente dos números abaixo que a incidência da tuberculose-infecção na população observada é extremamente alta, subindo quasi em linha recta desde o grupo 0-4 até ao grupo 20-34, em que atinge o valor mais elevado, que se mantem depois através dos últimos grupos etários considerados. Não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos que, segundo estes dados, mostram o mesmo grau de infecção.

Os indivíduos submetidos à prova de MANTOUX foram agrupados segundo a informação fornecida acêrca da sua história de

TABELA III

Prova da tuberculina por sexo e história de tuberculose

Sexo	História de tuberculose	Número observado	POSITIVOS			
			0,01 N.º	1,0 N.º	Total	
					N.º	%
VARÕES	Negativa	361	204	31	235	65,1
	Múltipla	21	14	4	18	85,7
	Familiar	324	217	35	252	77,8
	Actual	40	25	3	28	70,
	Prévia	40	32	3	35	87,5
FÊMEAS	Negativa	493	304	52	356	72,2
	Múltipla	51	37	5	42	82,4
	Familiar	517	374	73	447	86,5
	Actual	60	29	9	38	63,3
	Prévia	78	58	10	68	87,3
Total		1985	1294	225	1519	76,5

tuberculose (tabela III); a êste respeito considerámos, um pouco arbitrariamente, os seguintes grupos:

- 1) História prévia de tuberculose.
- 2) História actual.
- 3) História de contacto familiar com um tuberculoso.

- 4) História múltipla.
- 5) Ausência de história de tuberculose.

A informação que serviu para elaborar esta tabela foi colhida pelas visitadoras-sanitárias e está portanto sujeita a tôdas as causas de êrro derivadas da ignorância, má fé e esquecimento da parte dos indivíduos inquiridos. Contudo, em vista do cuidado com que foram preenchidos os boletins de investigação, consideramo-la tão exacta quanto possível, apresentando-a pela contribuição que traz ao conhecimento do papel do doente na disseminação da infecção.

Com efeito, esta tabela evidencia a importância do contágio familiar para o desenvolvimento duma prova da tuberculina positiva. Se compararmos os resultados da prova de MANTOUX entre os indivíduos que negam história de tuberculose (65,1 % para o sexo masculino e 72,2 % para o sexo feminino), com aqueles que referem história familiar (77,8 e 86,5 %, respectivamente), encontramos uma certa diferença, que parece legítimo atribuir à circunstância do contágio familiar. É curioso notar que a percentagem das reacções positivas no grupo «história familiar» é maior para o sexo feminino que para o masculino, como deveria de resto esperar-se das suas diferentes ocupações (em casa ou fora).

Os achados radiológicos em relação à presença ou ausência de lesões pulmonares, estão sumarizados na tabela IV, que mostra o número absoluto de radiografias positivas por crianças e

TABELA IV

Número de radiografias positivas por crianças e adultos e percentagem para o número de radiografias feitas

Idade	Número de provas de tuberculina positivas	Número radiografado	Lesões tuberculosas	
			N.º	%
Crianças, 0-14	801	362	20	5,5
Adultos, 15 e mais.....	1.163	941	101	10,7
Total (*).....	1.964	1.303	121	9,2

(*) Excluídos 21 indivíduos de idade desconhecida.

adultos e a sua percentagem em relação ao número respectivo de indivíduos radiografados.

Deve notar-se que, a-pesar-de todos os esforços e da intensa propaganda feita, um certo número de indivíduos positivos à tuberculina se esquivaram sempre a ser radiografados.

Em 1903, o Prof. RICARDO JORGE elaborou um modelo para ser preenchido pelos delegados de saúde e tomado como base para um censo dos tuberculosos, tendo encontrado nove doentes em Vila Franca. Ainda que não seja comparável com os resultados do nosso inquérito, em vista do diferente método usado, merece citação êste censo por ter sido a primeira tentativa para averiguar a morbidade pela tuberculose em Portugal.

Dos 121 indivíduos em que encontrámos lesões tuberculosas pela radiografia, fizemos análises de expectoração em 72 ou 59,5 %. A tabela V associa o número de análises positivas e negativas com a incidência da infecção entre os respectivos contactos. Como era de esperar, a percentagem de indivíduos com reacção positiva à tuberculina é maior entre os contactos dos casos com expectoração bacilífera do que nos contactos daqueles em que não foi revelada a presença de bacilos na expectoração. Esta diferença é sobretudo marcada nas crianças, nas quais o número de infectados atinge 76 % dos contactos com casos abertos, contra 35,4 % dos outros (contactos com doentes com expectoração negativa).

TABELA V

Incidência da infecção tuberculosa entre os contactos de doentes com análise de expectoração positiva e negativa

Análise de expectoração	N.º de doentes	N.º de contactos familiares		PROVA DA TUBERCULINA									
				N.º observado		Positivos						TOTAL	
		0,01				1,0		TOTAL					
		Adult.	Crianças	Adult.	Crianças	Adult.	Crianças	Adult.	Crianças	Adultos	Crianças		
								N.º	%	N.º	%		
Positiva	29	51	35	26	25	26	16	—	3	26	100	19	76,
Negativa	43	63	65	40	48	30	17	7	—	37	92,5	17	35,4
Total	72	114	100	66	73	56	33	7	3	63	95,4	36	49,3

Estes resultados parecem justificar que se centre a profilaxia da tuberculose no «caso aberto».

O número de óbitos por tuberculose em Vila Franca, durante o período 1931-1935, é apresentado na tabela VI para o concelho e a freguesia.

TABELA VI

Óbitos por tuberculose e tôdas as causas em Vila Franca de Xira (freguesia e concelho) durante o período 1931-1935

Ano	FREGUESIA			CONCELHO		
	(a) Óbitos por tuber- culose	(b) Óbitos tô- das as causas	Relação a/b %	(a) Óbitos por tuber- culose	(b) Óbitos tô- das as causas	Relação a/b %
1931	19	160	11,9	49	452	10,8
1932	21	184	11,4	47	407	9,5
1933	19	205	9,3	49	467	10,5
1934	16	192	8,2	34	440	7,7
1935	10	184	5,4	30	471	6,4
Média anual..	17	185	9,2	41,8	466,4	9,0

Tomando a média anual de óbitos para êste período como representando aproximadamente o número de óbitos em 1936, considerando o facto de que o número real de casos de doença reconhecidos pelo inquérito teria sido provavelmente maior se tivéssemos conseguido observar todos os indivíduos, mas nunca menor que o número achado, podemos concluir que há em Vila Franca, pelo menos, sete doentes por cada óbito anual por tuberculose. Êste número é, portanto, o menor possível para a relação «número de doentes para número de óbitos por ano» e corresponde somente à parte da população estudada. Por isso, é apresentado apenas como provisório, devendo ser corrigido com os resultados finais do inquérito, que ainda dura.

A determinação desta relação tem importância, porque, a partir dela, e com o conhecimento do número de óbitos anuais, é possível avaliar com suficiente aproximação o número existente de casos de doença numa comunidade e, portanto, estabelecer uma presunção sobre o número de camas, em hospitais ou sanatórios, necessárias para o isolamento dos doentes. Se considerarmos os resultados de outros inquéritos, como, por exemplo, a de-

monstração em Framingham, Mass. (1917-1923), por ARMSTRONG, e em Cattaraugus County, N. Y., os dados do Appraisal Form da American Public Health Association, a experiência em Detroit, em 1934, etc., encontramos para a relação citada os limites 3,6 a 9. A relação provisória achada para Vila Franca, segundo os dados acima, está, portanto, dentro dos limites destes números, o que nos permite concluir que o número de camas necessárias para a hospitalização dos tuberculosos em Vila Franca é de duas a três por cada óbito anual por tuberculose pulmonar, o que corresponde, para cada doente, a uma hospitalização média de quatro a seis meses, suficiente, na maior parte dos casos, para tornar os doentes não contagiosos.

CONCLUSÕES

1) A eficiência de qualquer campanha contra a tuberculose depende: *a)* da descoberta dos casos; *b)* do isolamento e tratamento dos doentes.

2) A descoberta dos casos deve ir até o exame completo dos contactos, entre os quais se encontra a mais elevada incidência da infecção e também outros casos na sua forma inicial.

3) Para a descoberta dos casos o dispensário, pela sua consulta externa, desempenha o principal papel, quando provido de pessoal médico adestrado, de enfermeiras-visitadoras bem habilitadas e munido de um aparelho de raios X para fazer radiografias.

4) A prova da tuberculina é indispensável para a descoberta dos casos, particularmente para revelar a infecção nas crianças.

5) O isolamento do doente visa dois objectivos: o primeiro é aumentar-lhe as probabilidades de cura pelo tratamento e o segundo evitar os malefícios do seu contacto com indivíduos sãos. Depois de sair do hospital ou do sanatório, o doente, na maior parte dos casos já não contagioso, é também o melhor colaborador do médico e do serviço de Saúde, devido ao seu melhor conhecimento e educação em relação à doença.

6) A tuberculose deve tornar-se uma doença de notificação obrigatória.

SUMMARY

This paper deals with some data collected through a survey upon the incidence of tuberculosis in the commune of Vila Franca (near Lisbon), selected by the General Director of Health of

Portugal on account of its population, mixed in character, being probably a fair representative of that of the whole country.

After explaining the method used—tuberculin MANTOUX test with 0.01 and 1.0 mgr. of old tuberculin (following more or less OPIE's technic) and radiographic examination of the chest upon the positives—the author summarizes the results of 1985 tuberculin tests upon a group of 1239 families including 5001 individuals, showing the age and sex distribution of the positive reactors, the number of those having tuberculous lesions among those X rayed, the distribution of the positive reactors among the contacts of positive and negative sputum patients, and the number of deaths at Vila Franca (parish and commune) for 1931-1935.

Taking the individuals' histories in regards to tuberculosis the author found a higher proportion of positives among the family contacts, particularly in females (86.5 % against 72.2 for those with a negative history). For the males, 77.8 and 65.1 % respectively.

According to the experience of this survey, the children in contact with sputum positive cases show a higher rate of infection than do the others (76.0 against 35.4 %).

From the data above and the figure for the ratio «actual cases of tb. per annual deaths» (at least 7), the author draws his conclusions:

1) The efficiency of any prophylactic campaign against tuberculosis depends upon: *a*) case finding and *b*) isolation, providing better treatment and avoiding the spread of the disease through contact.

2) The dispensary is a good unit for the case finding; the tuberculin test and X ray examinations are necessary for the investigation of the contacts, the latter particularly important for the children.

3) Among the family contacts are to be found early cases of the disease, best suitable for treatment.

4) Tuberculosis must be made a reportable disease.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ARONSON, J. D. — *Am. Rev. Tub.* 28-V-933.
- 2) BRACHMAN, D. S. — *Am. Rev. Tub.* 26-I-932.

- 3) Detroit Dept. of Health, VII-934.
- 4) HETHERINGTON, H. W. and E. W. FLAHIFF — *Am. Rev. Tub.* 27-1-933.
- 5) HETHERINGTON, H. W., F. M. MCPHEDRAN, H. R. M. LANDIS and E. L. OPIE — XXVI Rep. Henry Phipps Inst. 935-4.
- 6) Hospital number — *J. A. M. A.* 102-12-934.
- 7) JACOBS, P. P. — The control of tuberculosis in the U. S.-932.
- 8) LONG, E. R. — *J. Outdoor life.* 11-933.
- 9) OPIE, E. L. — XXVI Rep. Henry Phipps Inst. (932-933)-1.
- 10) OPIE, E. L. and F. M. MCPHEDRAN. — *Arch. Int. Med.* 50-12-932.
- 11) RICARDO JORGE. — Censo dos Tuberculosos do Reino (1-1-903)-905.
- 12) SAYÉ, L. — *Rev. Med. Barcelona.* 1-935.

Institut Rocha Cabral — Lisbonne

VITRIFICATION DU PARENCHYME PULMONAIRE

PAR

sanormona

LABORATORIO SANITAS
T. DO CARMO II - 1/c - LISBOA

hepatica



On fait l'extraction des organes de la cavité thoracique, tout en prenant la précaution de couper la trachée juste au-dessous du larynx et de traumatiser le moins possible les poumons. Le péricarde une fois ouvert, on coupe la pointe du cœur de manière à laisser bien visible les deux cavités ventriculaires. Au moyen d'une canule introduite par l'orifice ventriculaire droit de l'artère

- 3) Detroit Dept. of Health, VII-934.
- 4) HETHERINGTON, H. W. and E. W. FLAHIFF — *Am. Rev. Tub.* 27-1-933.
- 5) HETHERINGTON, H. W., F. M. MCPHEDRAN, H. R. M. LANDIS and E. L. OPIE — XXVI Rep. Henry Phipps Inst. 935-4.
- 6) Hospital number — *J. A. M. A.* 102-12-934.
- 7) JACOBS, P. P. — The control of tuberculosis in the U. S.-932.
- 8) LONG, E. R. — *J. Outdoor life.* 11-933.
- 9) OPIE, E. L. — XXVI Rep. Henry Phipps Inst. (932-933)-1.
- 10) OPIE, E. L. and F. M. MCPHEDRAN. — *Arch. Int. Med.* 50-12-932.
- 11) RICARDO JORGE. — Censo dos Tuberculosos do Reino (1-1-903)-905.
- 12) Sanf. J. — *Rev. Med. Barcelona* 1-25

sanormona hepatica

A Sanormona Hepática é a hormona hepática (o radical **San** indica que é preparada no Laboratório **Sanitas**).

Cada frasquinho de Sanormona Hepática contém as hormonas de 125 grs. de fígado fresco.

A Sanormona Hepática contém o princípio activo da glândula hepática. A sua eficácia é notável em todos os casos de anemias graves e progressivas, especialmente nas anemias de origem hepática.

O tratamento produz sempre uma melhoria, mais ou menos acentuada, conforme os casos, do estado geral do doente, aumentando rapidamente a taxa dos glóbulos vermelhos no sangue e a sua percentagem em hemoglobina.

A Sanormona Hepática apresenta-se à venda em caixas de 6 frasquinhos, correspondendo cada um a 125 grs. de fígado fresco, colhido

Institut Rocha Cabral — Lisbonne

VITRIFICATION DU PARENCHYME PULMONAIRE

PAR

com cuidados especiais de asepsia, directamente do animal e transportados imediatamente para o Laboratório, onde é sujeita ao tratamento próprio para se extrair as hormonas.

A dose a aplicar nos adultos é de um a três frasquinhos por dia, conforme a gravidade da anemia, em cerca de um decilitro de água, simples ou açucarada.

O sabor da Sanormona foi corrigido, de forma a mascarar o gosto do fígado e do baço. Tal como o apresentamos, chega a ser agradável.

Em virtude da acção das variações de temperatura sôbre a matéria albuminoide da Sanormona, produz-se às vezes um precipitado. Êste precipitado não indica alteração, podendo o medicamento ser tomado depois de agitado.

LABORATÓRIO SANITAS

LISBOA

On fait l'opération de la même manière que pour la trachéotomie, tout en prenant la précaution de couper la trachée juste au-dessous du larynx et de traumatiser le moins possible les poumons. Le péricarde une fois ouvert, on coupe la pointe du cœur de manière à laisser bien visible les deux cavités ventriculaires. Au moyen d'une canule introduite par l'orifice ventriculaire droit de l'artère

- 3) Detroit Dept. of Health, VII-934.
- 4) HETHERINGTON, H. W. and E. W. FLAHIFF — *Am. Rev. Tub.* 27-1-933.
- 5) HETHERINGTON, H. W., F. M. MCPHEDRAN, H. R. M. LANDIS and E. L. OPIE — XXVI Rep. Henry Phipps Inst. 935-4.
- 6) Hospital number — *J. A. M. A.* 102-12-934.
- 7) JACOBS, P. P. — The control of tuberculosis in the U. S.-932.
- 8) LONG, E. R. — *J. Outdoor life.* 11-933.
- 9) OPIE, E. L. — XXVI Rep. Henry Phipps Inst. (932-933)-1.
- 10) OPIE, E. L. and F. M. MCPHEDRAN. — *Arch. Int. Med.* 50-12-932.
- 11) RICARDO JORGE. — Censo dos Tuberculosos do Reino (1-1-903)-905.

AMOSTRAS MÉDICAS

A Sanormona Hepática é ensaiada nos hospitais de Lisboa e Pôrto. Em virtude do seu custo muito elevado, não é possível ao Laboratório Sanitas oferecer a todos os Ex.^{mos} Clínicos mais do que uma amostra de 4 frasquinhos, para tomarem conhecimento do medicamento e sua apresentação. Não nos é possível oferecer a quantidade de amostras necessárias para ensaios completos, pois que, só para preparar as amostras de 4 frasquinhos que temos preparadas para oferecer uma a cada médico, temos de colher cêrca de **dois mil e quinhentos quilos de fígado fresco** e tratá-los, além de outros produtos, por cêrca de **dois mil quilos de glicerina neutra**.

Estes números explicarão aos Ex.^{mos} Médicos a impossibilidade de oferecer mais do que uma amostra a cada um, oferta que teremos o maior prazer de fazer, desde que nos seja requisitada.

A Direcção do LABORATÓRIO SANITAS

Institut Rocha Cabral — Lisbonne

VITRIFICATION DU PARENCHYME PULMONAIRE

PAR

CARLOS VIDAL

Depuis la découverte de l'angiopneumographie, selon la méthode du Prof. LOPO DE CARVALHO, l'étude de la topographie des vaisseaux pulmonaires a acquis une grande importance. Pour l'interprétation des films radiographiques, il a été nécessaire à l'auteur et à ses collaborateurs d'obtenir des moulages broncho-vasculaires d'après la technique publiée dans la *Folia Anatomica Universitatis Conimbricensis*, vol. VIII, n° 16, 1933.

Dans le même but, par suggestion du même professeur, nous avons cherché à obtenir la transparence du poumon en employant la technique appliquée au cœur par WERNER SPALTEHOLZ. Les vaisseaux étant injectés, il serait facile de mieux préciser la topographie de la circulation pulmonaire. Au moyen de cette technique, décrite par son auteur dans «Die Arterien der Herzwand», Leipzig, 1924, nous ne sommes pas arrivés à des résultats tout à fait satisfaisants; en outre, la méthode est coûteuse et fort lente. Nous avons donc modifié profondément la méthode pour l'application au poumon et, après quelques tentatives, nous avons réussi à obtenir en peu de temps (2 ou 3 heures pour les poumons de petits animaux tels que cobayes, lapins, chiens, etc.) la transparence complète du parenchyme pulmonaire, en procédant de la manière suivante :

On fait l'extraction des organes de la cavité thoracique, tout en prenant la précaution de couper la trachée juste au-dessous du larynx et de traumatiser le moins possible les poumons. Le péricarde une fois ouvert, on coupe la pointe du cœur de manière à laisser bien visible les deux cavités ventriculaires. Au moyen d'une canule introduite par l'orifice ventriculaire droit de l'artère

pulmonaire, on fait passer dans celle-ci un courant d'eau dont la pression ne doit pas provoquer une distention de l'organe plus considérable que celle qu'il subissait dans la cavité thoracique pendant la vie. Cette opération se répète plusieurs fois, jusqu'à la sortie d'eau claire par les veines pulmonaires.

On procède de la même manière avec la trachée, en y faisant passer un courant d'eau, avec les mêmes précautions; la canule est retirée et le liquide s'écoule librement. Le lavage du poumon doit être prolongé tant que l'eau apporte des traces de sang et le tissu pulmonaire ne devient pas tout à fait blanc. Le désidératum, qu'on réussit facilement avec des animaux qu'on vient de sacrifier, devient parfois difficile à obtenir avec les pièces d'autopsie quand les poumons ont subi un commencement de putréfaction ou quand ils sont intensément congestionnés. Dans ces conditions, quand le simple lavage ne donne pas les résultats attendus, on peut additionner quelques centimètres cubes d'acide acétique au liquide de perfusion. On provoque ainsi la destruction des globules rouges du sang, ce qui permet de mieux entraîner leur hémoglobine.

On pratique ensuite des perfusions identiques avec la série croissante des alcools, d'une manière analogue à celle qui est en usage en histologie. Avec l'emploi de l'alcool à 70 et 90 degrés et, en dernier lieu, de l'alcool à 100 degrés, on obtient la complète deshydratation de la pièce anatomique. Cette deshydratation se reconnaît à l'aspect dur et parcheminé que présente la trachée.

L'injection de benzol pur et rectifié par la trachée et l'artère pulmonaire, conformément à ce qui a été décrit pour le lavage à l'eau permet d'obtenir immédiatement la transparence du poumon.

Pour cette perfusion au benzol on doit plonger la pièce dans le liquide. Une fois obtenue la transparence de la pièce, on peut rendre visible le système trachéo-bronchique, artériel ou veineux, par la simple injection dans les conduits correspondants (trachée pour l'arbre aérien, ventricule droit pour l'artère pulmonaire et auricule droite pour les veines pulmonaires) d'une pâte bleue à base de peinture «Duco» modifiée par nous, et dont la composition est indiquée dans nos travaux de moulage pulmonaire auxquels nous avons fait référence.

L'injection de la pâte colorante doit se faire lentement pour éviter la rupture des conducteurs qu'on veut rendre visible et seu-

lement jusqu'au degré de réplétion désiré (le remplissage complet des alvéoles ou des capillaires, selon qu'il s'agit de l'étude topographique de l'arbre aérien ou du système circulatoire, rendrait plus difficile leur examen).

On maintient l'organe dans du benzol, après avoir injecté la pâte colorante. Quand le liquide devient trouble, il s'agit d'une mauvaise deshydratation de la pièce; on peut y remédier par l'addition de quelques centimètres cubes d'alcool absolu au liquide conservateur (benzol).

Revista dos Jornais de Medicina

Quistos congénitos das cisternas subaracnoideias. (*Congénital Cysts of the Cisterns*), por TÖNNIS. — *Comptes rendus da 22.^a Reunião da Society of British Neurological Surgeons*. Berlim. Junho de 1937.

Tönnis apresenta oito casos de quistos das cisternas subaracnoideias, assim distribuídos: cisterna cerebello-medular, três casos; cisterna da fenda de Sylvius, três casos; cisterna interhemisférica, dois casos.

Em todos os casos foi encontrada uma história clínica de hipertensão intracraniana por crises, não se observando edema da papila ou apenas edema muito pouco acentuado. Não foi encontrado nenhum sinal de inflamação nas paredes dos quistos. As membranas que limitavam os quistos tinham uma estrutura anatómica idêntica à das meninges.

Apenas num dos casos a membrana possuía um aspecto anormal, tendo de início sido considerada a lesão como um quisto parasitário. Neste caso o conteúdo do quisto era formado por um líquido opaco de aspecto leitoso. Em todos os outros casos foi encontrado no interior do quisto um líquido límpido e xantocrômico, coagulando imediatamente após a sua remoção.

A análise química do líquido permite excluir a hemorragia como causa determinante da sua formação.

Assim, apenas resta a hipótese de que a causa da formação dos quistos reside numa malformação congénita das meninges.

Os nove casos apresentados pelo A. foram todos operados. Sete retomaram a sua actividade, alguns já há anos, com uma cura clínica perfeita. Um permaneceu com uma parestesia ligeira da perna esquerda. Um outro, uma criança de quatro anos, após um período de melhoras que lhe permitiu ter alta do serviço, apresentou um síndrome de hipertensão do líquido céfalo-raquidiano, que levou à formação de uma fistula.

ALMEIDA LIMA.

Alterações localizadas da configuração do cérebro em casos de hipertensão intracraniana. (*On local changes in the configuration of the brain in cases of increased intracranial pressure*), por SPATZ. — *Comptes rendus da 22.^a Reunião da Society of British Neurological Surgeons*. Berlim. Junho de 1937.

Quando a tensão intracraniana aumenta, não se observa apenas o aspecto da tumefacção generalizada do tecido cerebral, mas vêem-se alterações da sua configuração, produzidas por uma tumefacção cerebral mais pronunciada ao nível de determinadas circunvoluções.

A tumefacção cerebral é mais pronunciada nas regiões onde há mais espaço entre a superfície do cérebro e as paquimeninges (foice e tenda do cerebelo), isto é, nas cisternas.

Assim, correspondendo à configuração em anel que forma o conjunto das cisternas: basal, ambiens e interhemisférica, as circunvoluções, que, quando tumefactas, preenchem essas lacunas, tomam também a forma de um anel. O lume das cisternas é fortemente diminuído por êste anel de circunvoluções tumefactas, podendo chegar a ser completamente obliterado.

Adolf Meyer denominou êste aspecto patológico «herniação cerebral». O termo «hérnia» é, porém, empregado imprópriamente neste caso, pois não há protusão do cérebro num espaço patológico.

O processo que se dá nestes casos é simplesmente o preenchimento de espaços livres dentro do crânio, pelo tecido cerebral, que se tornou anormalmente volumoso.

Em casos de tumores unilaterais dos hemisférios, o ventrículo, os gânglios da base, o corpo caloso e as circunvoluções que fazem saliência no «anel cisternal», são empurradas para além da linha média. As circunvoluções em posição dorsal em relação à cisterna interhemisférica (isto é, dorsais em relação à *impressio falsis*) não tomam parte neste movimento, porque a sua posição está fixada pela foice do cérebro. Do mesmo modo a haste hipofisária tem a sua posição inferior fixa, mas como a sua inserção no «tuber cinereum» se desloca, toma necessariamente uma posição inclinada. O movimento do cérebro, quando deslocado por um tumor, dá-se, portanto, entre dois pontos fixos: por um lado, a foice do cérebro; por outro, a inserção da haste da hipófise.

O maior grau de protusão para além da linha média encontra-se numa região situada a meia distância entre estes dois pontos fixos, o que pode ser bem demonstrado em secções sagitais feitas através dos hemisférios e eixo cerebral (seguindo o terceiro ventrículo).

Nos casos de tumefacção cerebral sem tumor ou em casos de tumores bilaterais, o «inchaço» é simétrico, não há protusão na zona média indicada.

A protusão cerebral pode ser demonstrada *in vivo* pela ventriculografia. A obliteração das cisternas por protusão da substância cerebral pode, por vezes, ser revelada pela arteriografia.

Esta obliteração das cisternas deve ser considerada na análise clínica dos sintomas tumorais, pois pode provocar manifestações susceptíveis de serem erradamente interpretadas como sintomas locais do tumor.

ALMEIDA LIMA.

Pseudo-tumores do cérebro. (*Pseudotumors of the cerebrum*), por GUTTENBERG. — *Comptes rendus da 22.ª Reunião da Society of British Neurological Surgeons*. Berlim. Junho de 1937.

O termo «pseudo-tumor» foi introduzido, em 1904, por Nonne. Desde a publicação de Nonne tem aparecido um grande número de artigos sobre pseudo-tumores cerebrais e seus sintomas, dos quais se deduz que a maior

parte dos autores consideram uma e a mesma coisa pseudo-tumor e meningite serosa circunscrita. Por outro lado, contudo, há autores que afirmam que as manifestações anátomo-patológicas dos pseudo-tumores não são conhecidas.

Finklenburg foi o primeiro a indicar que nunca se deveria fazer o diagnóstico de pseudo-tumor senão após o desaparecimento de todos os fenómenos de lesão intracraniana durante vários anos. Êste autor justifica a sua afirmação com a exemplificação de vários casos de tumor cerebral com histórias clínicas, estendendo-se durante, pelo menos, dez anos, durante os quais se encontram períodos de um ano e mais, completamente livres de sintomas.

Guttenberg apresenta dois casos semelhantes:

1) Homem de 46 anos de idade; trepanação paliativa há vinte e um anos, por «pseudo-tumor». Desde a operação trabalha como condutor de automóveis. Nenhum sintoma objectivo. Nos últimos tempos voltou a sentir cefaleias, hesitações na marcha, certa euforia. Ao exame neurológico apresentava:

Atrofia óptica e perturbações cerebrais. A ventriculografia revelou um tumor do III ventrículo. O doente morre antes da intervenção. A autópsia mostrou tratar-se de um teratoma do III ventrículo.

2) Doente que durante tódta a infância sofrera de cefaleias e vômitos. Aos trinta e cinco anos de idade, cefaleias e crises convulsivas.

Exame neurológico: atrofia óptica. Radiografia mostra acentuadas impressões digitais. Morte por perturbações circulatórias. Autópsia: oclusão do aqueduto de Sylvius, provavelmente em seguida a uma doença infecciosa na infância.

Em ambos os casos o diagnóstico de pseudo-tumor era justificável após o desaparecimento dos sintomas agudos. São perfeitamente similares a muitos casos publicados como pseudo-tumores. Os processos neuro-radiológicos actuais tornaram possível o diagnóstico em ambos os casos.

Considerando estas observações parece duvidoso que o elemento «tempo», isto é, o período de cura aparente suficientemente longo, seja suficiente para o diagnóstico de «pseudo-tumor».

É muito provável que em todos os casos se trate de perturbações da circulação do líquido céfalo-raquidiano, como no segundo caso apresentado, ou simplesmente de um êrro de diagnóstico, como no primeiro. Bailey também no seu livro afirma que o síndrome dito «pseudo-tumor» é produzido por alterações da circulação liquidiana.

Êste modo de ver é compartilhado e confirmado pela experiência de muitos neuro-cirurgiões (Olivacrona, Tönnis).

ALMEIDA LIMA.

Sobre os astrocitomas do cerebello. (*On the Question of Cerebellar Astrocytomas*), por ZULCH. — *Comptes rendus da 22.^a Reunião da Society of British Neurological Surgeons*. Berlim. Junho de 1937.

Actualmente todos os histopatologistas estão de acôrdo em que um grande número de astrocitomas do cerebello formam um grupo à parte, com características anatómicas especiais.

Este grupo é caracterizado macroscòpicamente pela presença de uma cápsula lisa e bem limitada. A sua estrutura histológica levou Bergstrand a considerá-los à parte do grande grupo dos astrocitomas. Também no seu desenvolvimento apresentam características histológicas importantes para o diagnóstico (degeneração celular, formação de grandes cavidades quísticas, formação de um tipo especial de irrigação, relação característica com as bainhas de mielina). Estes tumores parecem idênticos aos espongiblastomas do cerebello. O prognóstico post-operatório é muito favorável, como foi demonstrado por Cairns, na revisão que fêz ultimamente dos casos operados por Cushing.

ALMEIDA LIMA.

O valor da arteriografia cerebral no diagnóstico e terapêutica dos aneurismas. (*Value of Arteriography in diagnosis and therapy of aneurysms*), por LÜHR. — *Comptes rendus da 22.^a Reunião da Society of British Neurological Surgeons*. Berlim, Junho de 1937.

A arteriografia dos vasos cerebrais veio mostrar que os aneurismas causados por doenças dos vasos são muito mais frequentes do que até há pouco se julgava. A sua causa principal é a arteriosclerose; a sífilis ocupa o segundo lugar. Os verdadeiros aneurismas produzem sintomas apenas quando se rompem; um grande número de apoplexias tem provavelmente esta origem.

Mesmo nos aneurismas volumosos na base do crânio, na altura da curva da carótida (sifão carotídeo), não se encontra, em regra, nenhum sopro ou frêmito da carótida. Clinicamente, é impossível afirmar a existência de um aneurisma intracraniano antes de se dar uma ruptura; certas perturbações visuais e a observação eventual de sombras supra-selares de calcificação na radiografia da cabeça, podem fazer suspeitar a sua presença.

Os aneurismas traumáticos encontram-se quasi exclusivamente na base do crânio, sob a forma de aneurismas artério-venosos, formados pela ruptura da carótida interna no seio cavernoso.

Os aneurismas verdadeiros, de etiologia arteriosclerótica ou sífilítica, podem ser demonstrados por meio da arteriografia cerebral, com grande precisão, tanto em localização, como em volume; além disso, também a arteriografia permite conhecer as condições circulatórias em volta do aneurisma. A circulação do hemisfério onde se encontra o aneurisma é, na maior parte das vezes, parcial ou totalmente feita à custa do sangue vindo do hemisfério sã.

Sabe-se, pela experiência do tratamento de aneurismas de outras regiões, que a extirpação do aneurisma não é perigosa, se este tem já bastante tempo de formação. Isto também é verdadeiro para os aneurismas intracranianos, que podem ser atacados directamente.

O A. tratou um elevado número de grandes aneurismas intracranianos laqueando a carótida interna; nunca notou quaisquer perturbações após a laqueação e quasi todos os doentes tiraram excelentes resultados da intervenção, principalmente no que diz respeito às perturbações visuais.

Os aneurismas artério-venosos traumáticos da base não são tão bem

demonstráveis pela arteriografia como os de origem arteriosclerótica ou sifilítica, pois a passagem directa do torotraste para o seio cavernoso provoca uma imagem radiográfica mais confusa.

O tratamento cirúrgico destes aneurismas deve ser protelado até que se tenha formado uma circulação colateral suficiente. A laqueação da carótida interna pode trazer nestes casos uma cura definitiva (quatro casos de Lühr).

ALMEIDA LIMA.

Sobre as propriedades antigénicas da vitamina D. (*Ueber antigene Eigenschaften von Vitamin D*), por J. STEFL. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 32. 1937.

Conhecido o facto, demonstrado a primeira vez por Much, de que as substâncias da série lipóide são capazes de determinar no organismo a aparição de anticorpos específicos, e realizada a demonstração e verificação, por autores que em tal assunto trabalharam posteriormente, de que tal fenómeno biológico é verdadeiro para muitos lipóides, o A. procura estabelecer se é possível provocar no animal de experiência uma certa imunidade, em face de doses tóxicas de vitamina D, pela administração de pequenas doses da mesma vitamina.

Para êste fim foi usado como animal de laboratório o rato branco, e o A. estudou o problema em duas facêtas: a da imunização activa e a da imunização passiva, relatando pormenorizadamente a maneira como foram obtidas as várias soluções e suspensões de vitamina D e os respectivos títulos e doses empregadas.

Por último, o A. resume todo o seu trabalho em dois quadros, que sintetizam tôdas as experiências e em que se demonstra a acção da imunização obtida com pequenas doses de vitamina D administrada oportunamente.

Esta acção imunizadora foi semelhante nos casos em que se usaram soluções oleosas e emulsões aquosas e, também, em experiências feitas em coelhos. Há a notar, por outro lado, a resistência dos animais ao fenol, usado como meio conservador das emulsões e soros empregados.

OLIVEIRA MACHADO.

Investigações sobre o tratamento com insulina em depósitos. (*Beobachtungen über Insulindepotbehandlung*), por K. ZIRWER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 32. 1937.

O A. dirige as suas observações no sentido de esclarecer se existe, ou não, utilidade real no emprêgo de certos preparados contendo insulina associada a substâncias capazes de retardar a absorpção da insulina e determinar uma acção lenta, de maneira a evitar a injecção, repetida várias vezes durante o dia, das insulinas que se encontram no comércio.

Refere-se a vários preparados comerciais e, nomeadamente, à Deposulin, que é uma associação de insulina com um extracto do lobo intermediário de

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :

AGNÉ, 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

“

Ceregumil

Fernández

Alimento vegetariano completo á base de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal

Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados e principios minerales (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
Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C^o
240, Rua da Palma, 246
LISBOA

”

O emprêgo do calor no tratamento de várias enfermidades é, póde dizer-se, quási instintivo; e isso é tão certo, que êsse recurso tem sido empregado dêsde a antiguidade até à época presente, e hoje, mais do que nunca, maior atenção se dedica aos vários usos do calor.

O efeito sedativo do calor sôbre os nervos sensórios e motores, a sua capacidade de alterar o metabolismo local, pelo aumento que traz ao subsídio do sangue e linfa, e pelo incremento da nutrição nas partes, e pela absorpção dos exsudatos, torna o calor um elemento de vasta applicação no tratamento de enfermidades.

A prova disso (vê-se com freqüência de modo prodigioso) quando se emprega o calor sob a forma de Antiphlogistine, em casos tais como artrite, reumatismo crónico, ciática, lumbago, fibrosite, traumatismos, afecções das vias respiratórias superior e inferior, e onde quer que seja indicado o emprêgo do calor.

Na angina pectoris a Antiphlogistine, que mantém o calor próprio durante longo tempo, é muito empregada devido ao seu poder para mitigar a dôr, e pelo seu valor como sedativo.

hipófise. Por intermédio de uma hormona existente neste referido extracto obtem-se uma vasoconstricção, no local da injeccção, suficientemente dura-doiira para permitir a actuação retardada e prolongada da hormona dos ilhéus de Langerhans do pâncreas.

O A. verificou que a máxima intensidade de acção de esta insulina de depósito se manifesta pela altura das sete ou oito horas que sucedem à injeccção — facto que já havia sido afirmado por outros autores, como Schweers, — e por isto foi necessário fazer uma distribuição racional da quantidade de hidratos de carbono ingeridos em cada refeição em harmonia com as variações da intensidade de acção da insulina.

Os casos que serviram para a verificação experimental foram de diabetes *mellitus*, complicada com tuberculose pulmonar, broncopneumonia, gangrena, carbúnculo, etc., e as doses que foi necessário empregar em injeccção única oscilaram entre limites variáveis com a riqueza em hidratos da dieta, que foi, em média, de 110 grs.

Pelo estudo de estes casos o A. conclue que, de-facto, o emprêgo das insulinas de depósito marca um progresso na terapêutica da diabetes *mellitus*.

OLIVEIRA MACHADO.

Sôbre o tratamento dos estados espásticos. (*Ueber die Behandlung spastischer Zustände*), por RÜTHER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 32. 1937.

O A. refere-se, em primeiro lugar, aos resultados obtidos por diversos autores no tratamento de vários estados espásticos com o antiespasmódico Trasentin e às propriedades farmacológicas de este novo fármaco, realçando, nestes capítulos, os trabalhos de Meier e Salow.

O A. fez a sua experimentação usando a associação da Trasentin com a Cibalgina, que é conhecida sob o nome de «Spasmo-Cibalgin». Esta associação de fármacos foi largamente experimentada em numerosos casos, tendo o A. colhido bons resultados, particularmente nos casos em que se tratava de úlcera péptica jejunal, cólica renal e cólica hepática.

O número de casos em que foi feita a experimentação farmacológica atingiu sessenta e nove e o A. cita, com o fim de ilustrar o seu trabalho, dois dêles; estes últimos são respeitantes, respectivamente, a cólica das vias biliares e urinárias.

A observação estendeu-se também a casos de *angor pectoris*, em número de vinte e seis, sendo, dêstes, vinte e dois de *angor* verdadeiro e quatro de falso. O A. cita um dêstes, em que foi pôsto o diagnóstico de esclerose das coronárias e no qual obteve muito bons resultados, graças ao emprêgo de Spasmo-Cibalgin. Das observações citadas o A. conclue que o preparado em questão tem uma clara acção antiespasmódica e analgética.

OLIVEIRA MACHADO.

Investigações sôbre a acção do ácido mandélico na piúria das crianças. (*Ueber Versuche der Wirkung von Mandelsäure bei Pyurie im Kindesalter*), por HEINZ SCHMUCK. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 32. 1937.

O A. refere-se, em primeiro lugar, aos investigadores que, anteriormente, empregaram o ácido mandélico, sob as formas de sais de sódio, amónio e cálcio, destacando de entre estes os nomes de Henry Helmholtz, Blackfan, Emmet Holt Jr. e Edgar Schnohr e citando a maneira como tais autores empregaram o ácido mandélico e quais os resultados obtidos por cada um dêles.

Seguidamente, dá curta nota do que se pensa acêrca do metabolismo da substância em questão e da forma química sob a qual é eliminada pelo rim, fazendo notar que foi Schottem quem, pela primeira vez, verificou a eliminação no estado livre sem alteração de qualquer dos seus radicais.

Conhecida a grande acção bactericida dêste ácido, o A. procurou estudá-lo nas piúrias das crianças, empregando para êste estudo a solução contendo mandelato de amónio a 42,3 % e cloridrato de amónio na concentração de 14,1 %.

De todos os casos estudados, o A. dá nota pormenorizada e agrupa-os em quadro, de maneira que se torna fácil a verificação dos resultados obtidos, por meio, unicamente, de uma rápida análise. Nota-se que a urina dos pacientes aumentou bastante a sua acidez e que o desenvolvimento dos microorganismos, que antes existiam na urina, se encontrou entravado; nomeadamente o *bacterium coli* foi encontrado destruído na urina de crianças, entre 4 meses e 11 anos de idade, que foi submetida a desinfecção pelos mandelatos.

Os fenómenos de irritação renal nunca atingiram grandes proporções e, quando apareceram, regressaram com relativa facilidade.

OLIVEIRA MACHADO.

A influencibilidade da infecção pneumocócica pela cânfora e outras terpenas. (*Die Beeinflussung der Pneumokokkeninfektion mit Campher und anderen Terpenen*), por E. BERGER e F. KOEPLIN. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 33. 1937.

Os AA. pretendem verificar experimentalmente, *in vivo*, se a acção sôbre a infecção pneumocócica é propriedade peculiar à cânfora ou se, pelo contrário, outras substâncias do mesmo grupo das terpenas também possuem a mesma capacidade, ainda que em diferente grau de intensidade.

Sôbre êste assunto, até agora, nada havia publicado, salvo os trabalhos de Bochucke, Leo e Welch acêrca da acção farmacológica da cânfora dextró-gira.

Os AA. realizaram as suas experiências introduzindo no rato branco, por via intraperitoneal, uma suspensão de pneumococos do tipo III, dotados de grande virulência; os ratos foram tratados, em tempo oportuno, com as várias terpenas ensaiadas e que foram administradas por via subcutânea.

A acção anti-infecciosa das várias substâncias empregadas — cânfora dextrógira e inactiva, borneol, bornilacitato, canfena e terpineol — foi avaliada consoante o tempo de resistência à infecção e a sobrevivência, comparativamente com outros animais da mesma espécie tomados para testemunhas dos ensaios.

Não foi verificada qualquer acção anti-infecciosa por parte da cânfora inactiva e do terpineol; as outras terpenas, pelo contrário, demonstraram, claramente, possuir uma acção contra o pneumococo do tipo III, acção esta que, como dissemos, foi avaliada pelo número de animais de experiência que conseguiram suportar a inoculação intraperitoneal ou resistiram mais tempo que as testemunhas.

OLIVEIRA MACHADO.

Antecipação anormal do segundo tom cardíaco no alargamento da distância Q-T no electrocardiograma. (*Abnorme Vorzeitigkeit des 2. Herztones bei verlängerter Q-T-Distanz im EKG.*), por R. HEGGLIN e M. HOLZMANN. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 33. 1937.

Inicialmente os AA. expõem as ideias, geralmente admitidas, acêrca das relações, no tempo em que se produzem, existentes entre os acidentes electrocardiográficos do complexo ventricular e os dois tons cardíacos.

Esclarecem que estas relações consistem em pequeníssimo atraso do primeiro tom em relação ao início de R e sincronismo de T com o segundo tom. Esta ideia é sustentada por uma série de autores, de entre os quais há a destacar Lewis, Einthoven e De Lint, Kahn, Fahr, Gorten, Hoffmann e Selenin e Weber.

Os AA., porém, tiveram oportunidade de estudar três casos em que tais circunstâncias se não verificaram, e é o relato e a análise destes casos o que constitui o seu trabalho.

No primeiro caso tratava-se de um doente em estado de pre-côma diabético e no qual o segundo tom se encontrava antecipado, tendo como referência o T de 0,23 centésimos de segundo, o que é, de facto, uma grande antecipação. O segundo caso diz respeito a um doente com pancreatite aguda, grave colapso e hipocalcemia, e a antecipação do segundo tom era de 0,15 de segundo. Por último, no terceiro caso, tratava-se de uma mulher sofrendo de um tumor da medular da suprarrenal e nesta o segundo tom encontrava-se adiantado 0,10 de segundo.

Os AA. apresentam duas possíveis hipóteses para explicação do fenómeno, uma das quais lhes parece muito verosímil para a interpretação da discordância encontrada entre o desenrolar dos fenómenos eléctricos da contracção cardíaca e os mecânicos da mesma. Nesta hipótese admite-se que a elevada pressão sanguínea existente dentro do ventrículo no final da sístole alteraria a terminação da sístole, o que se exprimiria no traçado simultâneo da curva eléctrica e dos fenómenos acústicos passados durante a contracção pela referida discordância, que é o assunto da comunicação dos AA.

OLIVEIRA MACHADO.

Observações sôbre a questão da importância da eliminação de Prolan nos homens. (*Bemerkungen zur Frage der Bedeutung der Prolanausscheidungen bei Männern*), por D. GOSTIMIROVIÉ. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 33. 1937.

Sendo geralmente conhecidas as condições em que se faz a eliminação dos Prolan A e B, na mulher, nas várias condições fisiológicas e patológicas da vida (trabalhos de Zondek e Aschheim, Brühl e outros), o A. procura esclarecer quais as possíveis relações entre a eliminação do Prolan A pela urina e os transtornos da vida sexual masculina.

Faz, em primeiro lugar, referência às aquisições, fundamentais neste capítulo, adquiridas por investigadores que o antecederam, como os já estudados e Oesterreicher e Kukos, e imediatamente relata dois casos — de entre os muitos observados pelo A. — nos quais foi feita a análise da eliminação pela urina do Prolan A em doentes cujas queixas consistiam em transtornos da potência «ad generandi». Verificou que não há clara relação entre as queixas dos doentes e a eliminação da hormona em questão, pois tanto se pode encontrar na urina o referido Prolan, como pode faltar em absoluto. As histórias clínicas são referidas, assim como a terapêutica seguida nos dois casos.

OLIVEIRA MACHADO.

A traqueobronquite tuberculosa de tipo ulceroativo. (*Ulcerative tuberculous tracheobronchitis*), por J. BARNWELL, J. LITTIG e G. CULP. — *The American Review of Tuberculosis*. Vol. XXXVII. N.º 1. 1937.

Os AA. estudaram cuidadosamente um certo número de doentes hospitalizados por tuberculose pulmonar, que em determinado momento foram vítimas de processos de traqueobronquite ulcerosa, complicação das lesões bacilosas pre-existentes ao nível do pulmão.

Só recentemente é que na literatura médica, e sobretudo na americana, tem surgido a descrição de vários casos, residindo a raridade das publicações não só na relativa dificuldade de técnica que existe na observação directa das vias aéreas, mas também na rotina que se segue na maioria das autópsias, em que a atenção é desviada para o exame das vísceras torácicas, desprezando-se o dos canais aéreos.

As referidas complicações da traqueobronquite dão lugar à estenose e obstrução, de variável intensidade, ao nível da traqueia e brônquios, predominando a ulceração nessas lesões, em regra circundadas por uma exuberante reacção fibrosa, obliterando parcial ou totalmente o lume do brônquio. Nalguns dos casos descritos neste trabalho houve acidentes de edema traqueobrônquico, relativamente intenso, que se traduziram pelo agravamento rápido, mas em geral de curta duração, dos sintomas clínicos resultantes da obstrução traqueobrônquica. Estes episódios de edema explicam as crises alarmantes que por vezes os doentes apresentaram, sendo impressionante o contraste que se observou entre a sintomatologia, nalguns quasi dramática, e a insignificância dos sinais objectivos que se colheram pelo exame pulmonar.

Os AA., neste trabalho, descrevem minuciosamente seis casos de traqueo-bronquite manifestando-se como complicação dos processos bacilosos do pulmão, e que em determinado momento, sem agravamento destes últimos, apresentaram uma dificuldade respiratória progressiva, após um leve esforço físico ou mesmo em repouso, queixa que dentro em pouco se transformou em dispnéia, simulando em dois casos as crises de asma brônquica (doente considerado durante um certo tempo como tal e medicado nesse sentido), com agressão torácica muito acentuada e algumas vezes localizada nitidamente em determinada zona da parede do tórax. Com frequência surgem ataques paroxísticos de violentíssima tosse, que expulsa rolhões de secreção brônquica muito densos.

A confusão com as crises de asma é em grande parte resultante de aparecimento de roncós, audíveis até a relativa distância do doente, e que tanto se dão na inspiração como na expiração ou mesmo em ambos os tempos. Nalguns casos êsses roncós, que se não modificam com a tosse, têm uma tradução muito típica quando se faz a palpação do tórax, colhendo-se essa sensação em tôda a altura do hemitórax ou exclusivamente numa zona bem delimitada e de pequena extensão, correspondente a um lobo do pulmão, característico a que McConkey e Greenberg atribuem excessiva importância para a diagnose. Estes vários sintomas subjectivos agravam-se com o esforço físico, mesmo leve e com a simples mudança de posição do doente.

O conhecimento anterior da situação mórbida do território pulmonar do doente, através dos vários exames, dificilmente pode explicar o rápido e violento agravamento do seu estado, e as próprias observações, feitas não só no momento do acidente como em seguida, podem não fornecer elementos suficientemente claros ao clínico para estabelecer com precisão o diagnóstico.

Os roncós que se ouvem e se palpam, e que são considerados tão característicos, podem desaparecer por completo uma vez que o processo estenosante se acentua, dando-se o fenómeno da atelectasia, o qual se traduz pelo silêncio da zona pulmonar correspondente.

Uma vez que haja suspeitas clínicas de lesões de traqueo-bronquite, podemos recorrer ao estudo radiológico em série, aumentando as probabilidades logo que se observe o rápido e transitório aparecimento das manchas de atelectasia pulmonar.

A visualização da árvore respiratória pelo lipiodol dá, por vezes, imagens cuja interpretação é extremamente difícil, e, por êsse facto, a ausência de sinais radiológicos não invalida a hipótese da existência dum processo de traqueo-bronquite.

Há, pelo contrário, um elemento de notável valor, que consiste na persistência de abundantes bacilos de Kock na expectoração dos doentes bacilosos com discretas lesões parenquimatosas e sem formações cavitárias ou, inclusivamente, com regressão dos processos pulmonares, devidamente controlados pela radiografia, elemento que valoriza extraordinariamente a idea de agressão das vias aéreas, mas a confirmação absoluta do diagnóstico só pode ser feita por meio da broncoscopia.

Em matéria de terapêutica é fácil de prever que as soluções sejam escassas, recorrendo-se aos antiespasmódicos, à tuberculinoterapia, aos ultra-

violetas e, por fim, à radioterapia (em dois casos dos AA, com manifesto insucesso, agravando inclusivamente os fenómenos de atelectasia).

O tratamento local das lesões tráqueo-brônquicas é combatido pelos AA., não só pela extensão das lesões ao longo do conduto aéreo e dificuldade técnica de acesso ao local, como também pelo facto do traumatismo resultante das manobras executadas durante a broncoscopia favorecer o edema que, com tanta frequência, se forma ao nível das lesões tráqueo-brônquicas.

A tentativa de se obter uma regressão dos processos de traqueobronquite através da melhoria das lesões pulmonares foi posta em prática, executando os AA. o pneumotorax artificial, mas sem êxito algum, visto que essa intervenção foi precipitar a morte dos doentes, a-pesar dos AA. afirmarem que se dá, independentemente da existência do pneumotorax terapêutico.

BARREIROS SANTOS.

A importância da lavagem gástrica na pesquisa do bacilo tuberculoso nos adultos. (*The importance of gastric lavage for the demonstration of tubercle bacilli in adults*), por ALF. GULLBRING e NILS LEVIN. — *Acta Médica Scandinavica*. Vol. XCIII. Fasc. 1-11 (1937).

Data de dez anos a época em que Armand-Delille indicaram o método de lavagem ao estômago para a pesquisa do bacilo de Kock na criança atingida pela tuberculose pulmonar. São numerosos os trabalhos que posteriormente têm sido publicados e que vieram confirmar o valor do processo, e só muito recentemente é que este método de investigação foi aplicado nos adultos.

Na clínica de tuberculose do Hospital de Söderby foi pôsto em prática este processo, em cerca de 348 doentes, efectuando nêles a lavagem ao estômago, em jejum, com 100-200 cc. de água esterilizada e tépida, isolando-se a expectoração deglutida por meio da centrifugação e fazendo-se não só a pesquisa directa do bacilo pelo Ziehl-Neelsen, mas também a inoculação no animal.

O abundante material utilizado pelos AA. foi disposto em vários grupos, que resumimos em seguida:

Grupo I. — Constituído por indivíduos jovens (cerca de 20 anos) que apresentavam sinais radiológicos correspondentes às lesões que com relativa frequência se observam na infância, tais como o complexo primário e a infiltração parenquimatosa mais ou menos extensa dos campos pulmonares, sinais em regra acompanhados de reacção ganglionar do hilo, chegando nalguns casos a observar-se exclusivamente esta última. O exame objectivo dum grande número de casos deste grupo não revelou quaisquer sinais que permitissem a suspeita de lesões em actividade, ainda que acêrca desta última houvesse desconfiança perante os resultados das reacções de sedimentação sanguínea, e foi pelo método da lavagem gástrica que os AA. conseguiram revelar a existência de bacilos em 67 % dos casos.

Grupo II. — Abrange um elevado número de doentes, cujo estudo tem uma considerável importância, visto que os AA. incluíram neste grupo os tuberculosos de tipo fibroso, sem apreciáveis sinais clínicos de actividade,

em geral apiréticos e com um bom estado geral. Neste grupo estão incluídos os doentes em volta dos quais se deve agitar um problema de ordem social, visto que a maioria dêles são considerados portadores de lesões «fechadas» ou inclusivamente apontados como bacilosos clinicamente curados, mostrando os AA., pelo método da lavagem, que em cêrca de 35 % dos casos foram encontrados bacilos, subindo essa taxa até 90 %, à medida que a extensão das lesões vai aumentando.

Grupo III. — Reúne alguns casos de agressão pleural, acêrca dos quais havia vagas e indefinidas suspeitas de lesões parenquimatosas, e em que a lavagem gástrica revelou bacilos em 20 % dos casos.

Grupo IV. — Os AA. incluem neste grupo os doentes tuberculosos submetidos ao pneumotorax terapêutico, avaliando pelo método da lavagem os benefícios obtidos pelo tratamento, e por êste meio poder-se-á ter o *contrôle* suficiente para se avaliar a oportunidade em que se possa dispensar a execução do pneumotorax.

Além do notável valor social que tem êste método de investigação, bem demonstrado pelos casos abrangidos no grupo II, devemos ver nêle um auxiliar precioso, a que se deve recorrer para o diagnóstico diferencial entre as agressões bacilosas do pulmão ou pleura e as outras pneumopatias não específicas, cuja etiologia é difícil de conhecer, e em que os métodos habituais de observação fracassaram, transcrevendo os AA. alguns casos bem elucidativos em que essa característica do processo de lavagem gástrica para pesquisa do bacilo tuberculoso é nitidamente demonstrada.

BARREIRCS SANTOS.

O quadro da leucemia na tuberculose. (*Leukæmoid blood picture in tuberculosis*), por E. MILLS e ST. TOWNSEND. — *The Canadian Medical Association Journal*. Vol. XXXVII. N.º 1. 1937.

Neste artigo os AA. descrevem dois doentes com tuberculose aguda generalizada com hemogramas que correspondem aos duma leucemia mielo-blástica. Tem sido objecto de larga discussão a idea de considerar nestes casos a tuberculose miliar e a leucemia como entidades mórbidas independentes, atingindo o mesmo doente ou, pelo contrário, sofrer o organismo a infecção tuberculosa com reflexo na actividade hematopoiética, cuja perturbação se traduziria pelo quadro leucémico. É já relativamente extensa a série de casos que têm sido descritos, devendo recordar-se os de Wiechmann e Lenhartz, os quais não revelaram à autópsia quaisquer sinais tanto anatómopatológicos como microscópicos que correspondessem ao processo leucémico, ainda que a imagem sanguínea fôsse a duma grave alteração citológica.

Recentemente os investigadores americanos têm tentado estudar o assunto, inoculando a tuberculose, quer humana, quer bovina, nos animais de laboratório, sendo excepcionais os casos em que se tem observado alteração da fórmula sanguínea, a qual, ao manifestar-se, é extremamente fruste, desaparecendo entre o terceiro e o sétimo dia, verificando-se que no decorrer dêsse periodo há, na verdade, alterações histológicas da medula óssea, no sen-

tido hiperplástico, afirmando êsses investigadores que é muito provável que, em certos doentes com tuberculose pulmonar, haja condições de sensibilização da parte dos órgãos hematopoiéticos que respondem ao estímulo tóxico da infecção bacilosa por meio duma reacção do tipo hiperplástico.

BARREIROS SANTOS.

Ortopedia e traumatologia. (*Ortopedia e Traumatologia*), discurso lido na sessão inaugural do III Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia Ortopédica e Traumatologia pelo Prof. V. PUTTI. — *La Chirurgia degli Organi di Movimento*. Vol. XXII. N.º 4. Págs. 322-326. 1937.

O Prof. Putti, de Bolonha, faz notar a importância que o govêrno fascista deu a êste Congresso; agradece em seguida ter sido escolhido para a reunião o Instituto Rizzoli, de que é director, e também por ter sido chamado a presidir aos trabalhos, talvez porque se tenha pretendido manifestar-lhe o aprêço pelo êxito da Sociedade Internacional de Cirurgia Ortopédica e Traumatologia, da qual foi o primeiro e mais convicto promotor.

De facto, desde 1913, com Lovett (de Boston) e Jones (de Liverpool), que tinha proposto a criação duma Sociedade que reunisse os cultores da ortopedia de tôdas as nações. A guerra mundial fêz suspender os preparativos, que foram retomados pelo Prof. Putti em 1923, para depois serem levados a têrmo em 1929, com o auxílio de Albee. O Prof. Putti historia então a Ortopedia e afirma que ella, nos últimos vinte anos, tem progredido sincrónicamente com os restantes ramos da medicina. Abandonada a concepção puramente anatómica dos defeitos morfológicos, imprimiu à terapêutica uma directriz estritamente funcional. Esta já não tem como objecto a deformidade, fenómeno local, mas a investigação das causas das doenças sistêmicas. É por isso que a Ortopedia sente cada vez mais a necessidade de se manter em íntimo contacto com as disciplinas gerais, cooperando nas conquistas da medicina social.

«Tanto os métodos técnicos — diz o A. — dos quais se serve com tanta latitude, como a complementação instrumental, que soube tornar fina e eficaz, tornam-na digna de ser considerada verdadeira arte, no sentido grego e transcendente da palavra.»

Ninguém poderá medir bem o valor desta arte se deixar de considerar o que já fêz e o que está fazendo. O A. confia em que cedo ou tarde serão reconhecidos à Ortopedia todos os seus direitos.

Parece pretensão e é considerado loucura especialística, limitar nas Universidades o ensino da Ortopedia aos seus cultores especiais, mas é curioso recordar que no Ateneu de Bolonha existia, desde 1426, uma cátedra na qual Giovanni de Jenna fazia uma leccionação intitulada: «*Lectura dislocationum et fracturarum ossium*».

O Prof. Putti é de opinião que mostrar aos ortopedistas os vastos horizontes da cirurgia traumática e instruí-los, significa preparar uma bem enquadra milícia para a luta contra a grande epidemia traumática. Termina o seu discurso lembrando como é justo o vaticínio de Francesco Rizzoli,

fundador do Instituto que tem o seu nome, para que sirva «ao bem da humanidade, ao progresso da ciência e ao decôro da Pátria».

MENESES.

A terapêutica de osteíte, segundo Gruca. (*Resumo em italiano*), por Z. AMBROS. — *Chirurgja Narzadow Ruchu*. Vol. 9. N.º 3. Págs. 231-327. 1937.

O A. é partidário do tratamento da osteíte segundo o método de Gruca, método que permite obter na maioria dos casos uma cura perfeita, tanto na osteíte tuberculosa como na de outras naturezas. Segundo o A., deveria ser êste o tratamento clássico, pela simplicidade e facilidade de execução: a ferida é preenchida com vaselina esterilizada, que se mostrou nas experiências a melhor plumbagem, pois enche por inteiro a cavidade óssea, favorece a regeneração dos tecidos ósseos e forma uma drenagem excelente.

Além disto, o tratamento assim feito apresenta vantagens consideráveis, tanto para o doente como para os hospitais, porque em primeiro lugar abrevia o tempo de tratamento, evita a mudança dolorosa dos pensos e não dá complicações post-operatórias. Pelo que respeita aos hospitais, como a intervenção é extremamente simples, elimina muitos factores de despesa, tornando menos dispendioso o tratamento. Tudo isto tem uma significação social que não é indiferente.

MENESES.

Artrite da menopausa. (*Artritis climática*), por JOSÉ ALBERTO PÁNGARO. — *Revista Argentina de Reumatologia*. Ano II. N.º 9. Págs. 129-145. Agosto de 1937.

A artrite da menopausa é uma artropatia crônica freqüente, que atinge, de preferência, os joelhos, e que se observa quasi exclusivamente nas mulheres em menopausa, habitualmente obesas ou que aumentam rapidamente de pêso com a chegada da menopausa. Posto-que, etiologicamente, esteja ligada às perturbações neuro-endócrinas da menopausa, associam-se-lhe condições estáticas e mecânicas que favorecem o seu desenvolvimento e a localização nestas articulações. Anátomo-clinicamente, apresenta os caracteres dos processos articulares degenerativos ou artrósicos; a evolução é lenta e progressiva, e as imagens radiológicas mostram as alterações típicas proliferativas da cartilagem e do ôsso juxta-articulares. A artropatia da menopausa serve de rótulo a um conceito clínico, posto-que a anatomia patológica e a patogenia não permitam uma separação mais completa do vasto grupo das artropatias crônicas primitivas.

Quanto às ideias gerais do tratamento, é indispensável instituir desde início e constantemente a opoterapia correspondente. É necessário corrigir a obesidade, dada a influência que o pêso excessivo exerce sobre as articulações, empregando, a-par da opoterapia, um regime pobre em calorias. Em face da freqüência com que se observam alterações estáticas e, especialmente, o pé chato, é conveniente reduzi-lo pelo emprêgo de aparelhos adequados.

Bühler (de Viena), para quem o mais importante são as perturbações

puramente estáticas, aconselha como o melhor tratamento o emprêgo de ligaduras de permanência, com base de cola de zinco.

A medicação iodada ou o iodeto de mercúrio, o enxôfre coloidal, pertencem também ao quadro dos elementos terapêuticos.

MENESES.

A biopsia da medula óssea por punção das apófises espinhosas das vértebras lombares. (*La biopsia de la medula osea por punción de las apofisis espinosas de las vertebrae lombares*), por A. J. HEIDENREICH e G. L. HEIDENREICH. — *La Prensa Médica Argentina*. A. 23. N.º 52. Págs. 2818-2820. 1936.

O estudo da medula óssea é da maior importância em muitas doenças e considerando que, além disso, representa o órgão mais decisivo da economia orgânica, compreende-se como a exclusão do seu estudo na prática clínica diária, ou por receio do doente ou por imperícia do médico, não permite investigar alterações desta parte enorme do organismo. Todos os métodos empregados antes de Arinkin mostraram-se pouco práticos e foram abandonados. A técnica simplificada de Arinkin (1929) consistindo na punção com agulha do esterno, não é isenta em absoluto de perigo. Outros métodos propostos em seguida deixam subsistir os seus inconvenientes. Os AA. propõem, por isso, uma técnica especial, que consiste na punção das apófises espinhosas das vértebras lombares e que se recomenda pela facilidade, segurança e absoluta inocuidade de manobra. Descrevem pormenorizadamente o novo método.

MENESES.

Sobre a chamada epicondilita humeral. (*Sulla cosiddetta Epicondilita Omerale*), por A. MASTROMARINO (Milão). — *Archivio di Ortopedia*. Vol. LIII. Fasc. I. Págs. 133-169.

A epicondilita humeral dos italianos tem nos outros países variadas designações, dentre as quais destacamos: Schreiberkrampfes, Rider's Sprain, Lawn-Tennis Elbow, Beschäftigungsneurosen, Tennisschmerzen, Musikerlähmung, Tennis-Elbow, Épicondylalgie, Tennis-Elbogen, Névralgie épicondylenne, Épicondylite, Épicondylite des joueurs de tennis, Épicondylite des Sportsmen, Epicondylusschmerz, Tennisarm, etc.

O A. dêste trabalho, referindo três casos clínicos que teve ocasião de tratar na Clínica Ortopédica de Milão, esclarece algumas questões ainda insolúveis sobre a epicondilita humeral. Esta nomenclatura não lhe parece muito exacta, podendo bastar a de epicondialgia.

Precisa os dados semiológicos, sobre os quais se pode falar de epicondilita humeral, excluindo de considerar como tal a dor com sede no epicôndilo lateral, que se pode explicar por uma periostite, hiperostose, condromatose, bursite, etc.

O A. refere as inúmeras e exquisitas interpretações etiopatogénicas invocadas por autores italianos e estrangeiros e admite que na aparição do qua-

dro clínico tem papel exclusivo o elemento «músculo», e entre os músculos, apoiando-se em pesquisas anatômicas e funcionais, pode atribuir ao extensor comum dos dedos aquilo que provoca os fenômenos dolorosos.

As particularidades anatômicas junto da inserção dêsse músculo no epicôndilo, a-par da estrutura especial da fascia aponevrótica do próprio músculo, criam um conjunto funcional crítico que pode ser agravado por eventuais variedades morfológicas do esqueleto.

E o músculo entra em estado patológico sob a influência do esforço prolongado que suporta em condições desfavoráveis, seja pela mecânica do próprio músculo, seja pelas condições circulatórias tórpidas que influenciam com prejuízo o bioquimismo muscular.

As preparações histológicas obtidas com material colhido em dois casos durante a intervenção, fizeram excluir a existência de alterações periosteas e ósseas. As alterações que foram encontradas do lado do músculo extensor comum caracterizam o quadro dum processo inflamatório crônico. As numerosas microfotografias obtidas ilustram abundantemente estas afirmações. Sobre a debatidíssima questão da terapêutica, o A. sustém convictamente a intervenção cirúrgica.

Admite que as terapêuticas chamadas conservadoras possam de qualquer modo fazer cessar a sintomatologia dolorosa e beneficiar os doentes dum bem-estar temporário, mas acha que tôdas as terapêuticas sintomáticas não modificando de-facto nem as condições morfológicas nem as funcionais nas relações entre o epicôndilo e músculo que enfêrma, predispõem fatalmente para a recidiva.

O facto de, com a pequena intervenção proposta por Hohmann, os fenômenos dolorosos desaparecerem e não recidivarem, faz deduzir que as modificações mínimas, não exactamente avaliáveis, que a intervenção provoca na relação entre epicôndilo e inserção tendinosa no jôgo muscular, bastam para provocar o desaparecimento ou a regressão dos fenômenos inflamatórios crônicos.

MENESES.

Tentativas experimentais de tetanoterapia com o tratamento sêro-anestésico. (*Tentativi sperimentali di tetanoterapia col trattamento siero-anestetico*), por S. CAMINITI. — *Il Policlinico, Sez. Chirurgica*. N.º 9. Págs. 407-424. 1936 (separata).

O A, depois de lembrar as tentativas já feitas de terapêutica sêro-anestésica do tétano, refere algumas experiências suas em que utilizou o Evipan sódico, comparando-o com o éter, clorofórmio, cloreto de etilo, etc.

O uso do éter, clorofórmio e cloreto de etilo deu resultado negativo. O A. obteve bom resultado com o Evipan sódico, junto com o sêro específico em altas doses.

Os resultados experimentais obtidos autorizam, segundo o A., a empregar no homem êste processo terapêutico, para sua exacta valorização clínica.

MENESES.

Contribuições para o conhecimento do mecanismo de acção do penso de óleo de fígado-de-bacalhau. (*Beiträge zum Wirkungsmechanismus des Lebertranvundverbandes*), por H. KUMMEL e W. JENSEN. — *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*. Vol. CCXLVIII. N.ºs 3, 4 e 5. Págs. 238-253. 1936.

Depois duma ampla exposição sôbre o valor terapêutico do óleo de fígado-de-bacalhau, que hoje adquiriu na clínica uma geral simpatia, sobretudo no tratamento das feridas, o A. sustenta que o «Unguentolan» dá os melhores resultados terapêuticos.

A acção necrolítica do óleo de fígado-de-bacalhau pode ser facilmente apreciada num copo em que seja misturado com pus.

Foram feitas, com esta orientação, algumas provas experimentais em coelhos.

MENESES.

¿ Que importância tem a infecção geral tuberculosa para o organismo do homem? (*Welche Bedeutung hat die tuberculöse Allgemeininfektion für den Organismus des Menschen?*), por P. HUEBSCHMANN — Relatório apresentado na 7.ª reunião da Sociedade Alemã de Tuberculose in *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 89 Band. 6-8 Heft. 1937.

Começa o A. por citar a frase de Strümpell: «a tuberculose nem é um processo anatómico, nem um problema imuno-biológico, mas sim uma doença», e por isso a sua dissertação, que procura encarar aquela sob um ponto de vista geral, tem de ser apresentada sob o seu aspecto bio-patológico.

Dum modo geral o relatório de Huebschmann é a reafirmação duma determinada doutrina, já por êle estabelecida nos seus últimos trabalhos, e ainda em litígio em muitos pontos e por isso atacada, por vezes de modo bastante injusto, pois no dizer do A. cingem-se os impugnadores a questões de detalhe, que não podem ser criticadas sem se considerar a tese no conjunto. Para que esta seja bem compreendida, procura vincar bem logo de início que a patogenia da infecção tuberculosa tem como um dos seus principais substractos a natureza peculiar do agente infectante, particularmente caracterizado pela sua enorme resistência a quaisquer acções que se pretendam exercer sôbre ela, quer de origem interna, quer externa. A seguir chama a atenção para a facilidade, frequência e importância que tem no decurso evolutivo da doença a infecção geral com bacilos de Koch, entendendo-se por tal o transporte através do sistema circulatório daqueles agentes; alonga-se em seguida na demonstração daquela infecção, para chegar a uma das suas afirmações mais discutidas, a saber: há infecção sanguínea antes do complexo primário, e mesmo sem complexo primário podem os bacilos permanecer no organismo em estado de latência em órgãos histologicamente livres de lesões específicas; o baço é um dos órgãos preferidos. Destas duas noções tira o A. como conclusões práticas o seguinte: a bacilemia é uma situação muito mais frequente do que o afirmava Ranke, quando a localizava predominantemente no período secundário; sensibilidade e imunidade não estão igualmente distribuídas pelo corpo, mas podem ser diferentemente localizadas; pela obser-

vação dos últimos anos chegou-se à conclusão de que só excepcionalmente se podem influenciar estes factos por meios específicos, sem se conseguir dominá-los completamente. ¿Porque razão, pois, não são mais frequentes os casos graves de tuberculose? Porque não basta a presença frequente de bacilos no organismo para que aqueles casos se verifiquem; é necessário entrar também em linha de conta com todos aqueles factores desposicionais, não específicos, que muito bem conhecemos.

Não provocando a bacilemia muitas vezes, como dissemos, lesões específicas, ¿podem todavia encontrar-se nos tecidos alterações que atestem aquela? Sôbre tal hipótese mostra-se o A. bastante reservado; suponhamos, por exemplo, o baço, cujo aumento é característico, em certo grau, para a infecção tuberculosa. É possível que o agente específico tenha uma acção directa naquele aumento, mas não deve esquecer-se que uma tal infecção, como as outras dos agentes habituais, provoca, por vezes, extensas alterações tissulares, produzindo, por consequência, uma enorme quantidade de substâncias metabólicas anormais que entram na circulação e que devem ser retidas, em grande parte, naquele órgão, que é, como se sabe, um dos mais importantes depósitos de metabolismo. Pelo mesmo raciocínio se deve encorar a tese, principalmente defendida pela escola francesa, da origem tuberculosa da degenerescência mielóide; a tuberculose pode, quando muito, concorrer indirectamente para aquela degenerescência. Últimamente também tem sido muito discutido o problema das perturbações cardíacas dos tuberculosos; é preciso não esquecer que justamente na tuberculose pulmonar a sobrecarga do coração direito é bastante evidente e, por vezes, ainda mais importante em certos casos curados ou que tendem para a cura. Nos casos avançados a infecção, por si, apressa o gasto orgânico, e a chamada atrofia castanha é a sua expressão. Finalmente há casos onde se verifica a presença de alterações inflamatórias, mas nada nos pode garantir que elas sejam a directa consequência da acção do bacilo. Pode pois concluir-se que todos estes processos e muitos outros que aparecem no decurso da tuberculose nada tenham que ver com o agente desta, e outros devam ser considerados como devidos ao enfraquecimento total do organismo e uma consequência de alterações metabólicas locais; e por fim deve sempre ter-se em atenção o facto duma infecção mixta. Termina por afirmar que a melhor defesa contra a tuberculose consiste no fortalecimento do organismo, que assim pode opor eficaz e continuamente uma barreira ao ataque do bacilo.

J. ROCHETA.

Bases teóricas da quimiooterapia da tuberculose. (*Theoretische Grundlagen der Chemotherapie der Tuberkulose*), por H. SCHLOSSBERGER. — *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 89 Band. 6-8 Heft. 1937.

Se há problemas terapêuticos que mereçam interêsse, extraordinário interêsse, é, com certeza, um dêles o que procura achar nos compostos químicos a solução curativa da tuberculose. Por muito importante que seja o auxilio cirúrgico prestado aos tuberculosos, duma maneira geral qualquer que seja o órgão atingido, e o cuidado e atenção que é necessário prestar ao regime

dietético-reconstituente, perderiam ambos, aquele e estes, quasi por completo a sua categoria no dia em que se obtivesse um fármaco que destruísse no organismo infectado o bacilo de Koch infectante. Uma das dificuldades que mais têm embaraçado o progresso neste sentido consiste na pouca possibilidade de se poder trabalhar êste problema sob o ponto de vista experimental, como se fêz para a sífilis, por exemplo. Quasi todos os resultados positivos têm sido obtidos na observação de doentes, que exigem, como é natural, uma cuidadosa prudência; por outro lado, considerando a variabilidade individual do decurso da doença, qualquer juízo a fazer sobre se determinada substância actuou benêficamente exige observação demorada e um número razoável de casos, diversos na forma e no período.

De entre as substâncias químicas que têm sido empregadas com alguma eficiência merecem especial menção os compostos orgânicos de ouro, cuja síntese e introdução na prática se deve a Feldt; dos resultados já obtidos, satisfatórios na generalidade, se conclue, encarando a questão sob vários aspectos, que a acção daqueles se exerce particularmente por intermédio do sistema retículo-endotelial, aumentando o poder de defesa imunitário dêste, conforme parecer da quasi totalidade dos autores. Schlossberger, porém, admite, além desta tese, ainda o facto de o bacilo sofrer directamente a influência do medicamento. E, a-propósito, êste A. chama muito particularmente a atenção para a nomenclatura, pois entende que sem definições e noções claras não é possível uma compreensão fácil de conceitos que têm de ser emitidos por vozes e em sítios muito diferentes. Por isso define a quimioterapia, limitando-a à sua exacta função, isto é, o emprêgo de substâncias quimicamente definidas que actuem directamente sobre o agente infectante dum modo tanto quanto possível específico. Substâncias que actuem por intermédio das fôrças defensoras do organismo infectado, como já dissemos acima, não pertencem àquela definição; chamar-lhes-emos tónicos, por exemplo, substâncias activantes do protoplasma, etc.

Evidentemente, quando se empregam aqueles não quere dizer que o organismo não tome também parte na defesa, mas, nestas circunstâncias, o fenómeno é posterior e secundário. Uma vez definido êste conceito, alonga-se o A. em considerações de ordem teórica e prática, demonstrativas da razão que há na sua afirmação, para depois apresentar argumentos que militam a favor da sua tese, exposta atrás, que consiste em admitir uma acção dupla dos sais de ouro sobre o organismo infectado pelos bacilos de Koch, mas considerando como mais importante a acção químico-terápica. A-pesar-de tudo, não contemos, por enquanto, com a esterilização do organismo pelo emprêgo daqueles produtos, e, nestas condições, é mais clínico o uso de pequenas doses prolongadas e duradoiras que o inverso.

J. ROCHETA.

A importância clinica da quimioterapia da tuberculose. (*Die Klinische Bedeutung der Chemotherapie der Tuberculose*), por A. BAEMEISTER. — *Beiträge zur Klinik der Tuberculose*. 89 Band. 6/8 Heft. 1937.

Relata o A. a diferença dos diversos medicamentos áuricos mais comumente empregados na terapêutica antituberculosa, os órgãos que de preferên-

cia, todos êles, mais ou menos lesam, as indicações e a dosagem defendidas pelas diversas escolas, para rematar como segue: o problema da directa influência daquelas substâncias sôbre o bacilo da tuberculose está ainda por resolver.

A noção da acção catalítica e nosótrota dos preparados de oiro sôbre o sistema retículo-endotelial, é, por agora, a mais aceitável e está de acôrdo com os resultados clínicos. Aquela acção manifesta-se, clinicamente, por uma reacção local e por uma activação das defesas gerais do organismo, devendo por isso considerar-se como uma terapêutica excitante e, como tal, empregada contra a tuberculose. Por emprêgo judicioso, e entrando em linha de conta com estes dois factores, pode obter-se, em muitos casos, um resultado eficaz, podendo considerar-se as indicações muito mais largas do que com qualquer outro meio terapêutico.

Pode aplicar-se nas formas produtivas ou exsudativas, se o organismo doente e especialmente o seu sistema retículo-endotelial ainda possui a necessária fôrça reactiva. O modo de emprêgo e a dosagem dependerão de cada caso, mas, devido à acção nosótrota dos fármacos, é de conveniência empregar as pequenas doses. Graças aos últimos preparados, os perigos de intoxicação são mais bem conhecidos e mais facilmente evitáveis, mas não completamente superados. O problema do tratamento pelo oiro não pode considerar-se como resolvido, e, por isso, é de aconselhar uma grande prudência no seu emprêgo. Como em tôda a terapêutica excitante, deve primeiramente ser tomada em tôda a consideração a resistência, o grau de imunidade, a constituição do doente e, ainda, a forma da doença e todos os factores externos que cercam aquele. Deve considerar-se o Salganol B oleosum como o medicamento que presentemente é o mais eficaz e o relativamente mais inofensivo de todos os preparados; embora de acção mais modesta que os processos de colapsoterapia, merece a aureoterapia um certo destaque na terapêutica, que, de futuro, é natural que progressivamente aumente.

J. ROCHETA.

A cleidectomia, operação complementar da toracoplastia na cirurgia da tuberculose pulmonar. (*La cleidectomie, opération complémentaire de la thoracoplastie dans la chirurgie de la tuberculose pulmonaire*), por L. BERARD, M. DARGENT e J. FRANCILLON. — *Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*. Tômô XII. N.º 2. 1937.

Fazem os AA. a crítica à técnica proposta por Fiolle e Carcassone, e que consiste na cleidectomia parcial (têrço interno) como tempo prévio à toracoplastia posterior nos tuberculosos pulmonares, na idea de dar melhor acesso ao cirurgião para a ressecção total das duas primeiras costelas e permitir ao mesmo tempo um colapso mais completo e mais eficiente. No entender de Berard e colaboradores, e julgamos que muito bem, a cleidectomia, para quem tem uma certa prática de toracoplastia, é desnecessária e pode até aumentar os riscos operatórios, aumentando, como aumenta, os tempos da intervenção; por outro lado, é duvidosa a sua influência sôbre a diminuição

de volume do pulmão, mas há ainda que considerar a questão sob o ponto de vista ortopédico: a destruição da continuidade do arco clavicular, somada à incisão dos feixes musculares do bordo espinhal da omoplata, é comprometedora da estática da cintura escapular.

A cleidectomia pode ter as suas indicações, mas deve ser uma operação isolada ou não se executar senão como complemento duma operação por via anterior.

J. ROCHETA.

Contribuição ao tratamento pelo ferro nas anemias dos lactantes e crianças. (*Beitrag zur Eisenbehandlung der Anämie im Säuglings und Kindesalter*), por D. STOLLEIS. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 21. 1937.

Começa o A. por acentuar o abandono em que caiu o tratamento das anemias infantis pelo ferro, devido ao pouco resultado obtido, por um lado, e, por outro, a perturbações gastro-intestinais que aquele provocava. Os trabalhos de Starkensteins, porém, vieram mostrar as causas do insucesso; êste autor verificou que o ferro só tem uma acção anti-anémica quando empregado como catião bivalente, de modo que a acção terapêutica só pode obter-se quando se empregam sais ferrosos ou quando o ácido clorídrico do suco gástrico pode transformar os sais administrados, naquela forma. Os sais fêrricos não influenciam praticamente a anemia e, além disso, como precipitam a albumina, provocam uma acção cáustica sôbre a mucosa do tubo digestivo. Depois que êste facto se verificou passou a exigir-se dos sais de ferro um certo número de qualidades indispensáveis, que o A. considera duvidosas pelo que se refere à série de preparados habituais e mesmo ao próprio ferro reduzido.

Apresenta uma estatística de anemias infantis, de diversa etiologia, nas quais empregou o preparado «Ferro 66» como um preparado de confiança e que é uma combinação de cloreto ferroso combinado a ácido ascórbico, obtendo com êle resultados bastante superiores aos habitualmente obtidos com os outros preparados.

J. ROCHETA.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

X Conferência da União Internacional contra a Tuberculose

Realizou-se em Lisboa, de 5 a 10 de Setembro findo, a X Conferência da União Internacional contra a Tuberculose, sob o alto patrocínio do Sr. Presidente da República.

COMISSÃO DE HONRA — Presidente de honra: Presidente do Conselho de Ministros.

Membros de honra: Presidente da Assembleia Nacional, Presidente da Câmara Corporativa, Ministros do Interior, Negócios Estrangeiros, Obras Públicas e Comunicações e Educação Nacional, Subsecretário das Corporações e Previdência Social, Presidente da Comissão Administrativa do Município de Lisboa, Dr. António de Lencastre, primeiro secretário geral da Assistência Nacional aos Tuberculosos.

COMISSÃO GERAL — Presidente de honra: Ministro do Interior.

Presidente: Prof. Lopo de Carvalho, presidente da Comissão Executiva da Assistência Nacional aos Tuberculosos.

Membros: Secretário Geral do Ministério do Interior, Director Geral da Assistência Pública, Director Geral de Saúde Pública, Director Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais, Governador Militar de Lisboa, Governador Civil do Distrito de Lisboa, Governador Civil do Distrito do Pôrto, Governador Civil do Distrito de Coimbra, Presidente da Comissão Administrativa do Município do Pôrto, Presidente da Comissão Administrativa do Município de Coimbra, Presidente da Comissão Central da Cruz Vermelha Portuguesa, Director do Secretariado de Propaganda Nacional, Vice-presidente do Conselho Nacional de Turismo, Enfermeiro-Mor dos Hospitais Cíveis de Lisboa, Provedor da Misericórdia de Lisboa, Provedor da Misericórdia do Pôrto, Director da Assistência aos Tuberculosos do Exército, Presidente da Comissão de Assistência aos Tuberculosos da Marinha de Guerra.

Presidente da Academia das Ciências, Reitor da Universidade de Lisboa, Reitor da Universidade de Coimbra, Reitor da Universidade do Pôrto, Director da Faculdade de Medicina de Lisboa, Director da Faculdade de Medicina de Coimbra, Director da Faculdade de Medicina do Pôrto, Director do Instituto de Medicina Tropical, Presidente da Sociedade das Ciências Médicas,

Director do Hospital Escolar de Lisboa, Director do Hospital da Universidade de Coimbra, Director do Hospital Militar Principal, Director do Hospital da Marinha, Director do Hospital Colonial, Director da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Director do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, Director do Instituto Português de Oncologia, Director do Instituto Bento da Rocha Cabral, Presidente da Associação dos Médicos Portugueses, Presidente da Junta Provincial da Beira Litoral, Director do Dispensário Antituberculoso de Coimbra, Presidente da Associação Preventiva da Tuberculose na Infância, Presidente da Direcção da Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal, Médico-chefe do Serviço dos Dispensários da Assistência Nacional aos Tuberculosos, Inspector dos Dispensários da Assistência Nacional aos Tuberculosos no Pôrto.

COMISSÃO DE ORGANIZAÇÃO — Presidente: Prof. Lopo de Carvalho.

Secretário geral: Dr. Albano Castelo Branco, secretário geral da Assistência Nacional aos Tuberculosos.

Membros: Prof. Serras e Silva, membro da Comissão Executiva da Assistência Nacional aos Tuberculosos, membro da Câmara Corporativa, director geral de Saúde Escolar; Prof. Ferreira de Mira, membro da Comissão Executiva da Assistência Nacional aos Tuberculosos, director do Instituto Bento da Rocha Cabral; Eng.^o Fernando Ulrich, membro da Comissão Executiva da Assistência Nacional aos Tuberculosos, administrador do Banco de Portugal; J. Roque da Fonseca, membro da Comissão Executiva da Assistência Nacional aos Tuberculosos, membro da Câmara Corporativa, presidente da Associação Comercial de Lisboa.

COMISSÃO DE RECEPÇÃO — Prof. Serras e Silva, Dr. Cassiano Neves, Dr. Pacheco de Miranda, Dr. Simões Ferreira, Dr. Alberto de Carvalho, Dr. Custódio Teixeira, Dr. Nunes de Almeida.

COMISSÃO DE ALOJAMENTO — J. Roque da Fonseca, Dr. Sousa Santos, Dr. José Rocheta, Dr. Abel Alves, Dr. Vasco de Lacerda.

COMISSÃO DE EXCURSÕES — Eng.^o Fernando Ulrich, Dr. Arbués Moreira, Dr. Formosinho Sanches, Dr. Carlos Vidal, Dr. França de Sousa.

COMISSÃO DE REDACÇÃO — Prof. Ferreira de Mira, Dr. Amândio Paül, Dr. Carlos Santos, Dr. António de Meneses.

COMISSÃO DE SENHORAS — D. Adelaide de Atouguia Roque da Fonseca, D. Amélia Nunes de Almeida, D. Angela da Fonseca Rocheta, D. Beatriz Benjamin Pinto Gonçalves, D. Beatriz Mendonça, D. Clarisse Lomelino Guimarães, D. Cláudia Ramada Curto, M^{me} Celestino da Costa, D. Fernanda Carroça I opo de Carvalho, D. Helena Pacheco de Miranda, D. Josefa Vassalo de Mira, D. Lídia de Figueiredo, D. Laura Cancela de Abreu Infante de la Cerda, D. Laura Palha Infante de la Cerda, D. Maria Antónia de Sampaio Castelo Branco, D. Maria Antónia Ramada Curto, D. Maria Augusta Formosinho Sanches, D. Maria da Guia Ferreira Patrício, D. Maria Lane Borges de Sousa, D. Maria Inácia Castel-Branco, D. Maria Lufza José de Melo Ulrich, Viscondessa de Merceana.

COMISSÃO DE RECEPÇÃO EM COIMBRA — Governador Civil, Presidente da Comissão Administrativa do Município, Reitor da Universidade, Director da Faculdade de Medicina, Director do Hospital da Universidade, Director do

Dispensário Antituberculoso da Universidade, Presidente da Junta Provincial da Beira Litoral.

COMISSÃO DE RECEPÇÃO NO PÔRTO — Governador Civil, Presidente da Comissão Administrativa do Município, Reitor da Universidade, Director da Faculdade de Medicina, Provedor da Misericórdia do Pôrto, Presidente da Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal, Inspector dos Dispensários da Assistência Nacional aos Tuberculosos no Pôrto.

PROGRAMA

Domingo, 5 de Setembro, às 15 horas: Sessão da Comissão Executiva da União Internacional contra a Tuberculose, na sede da Assistência Nacional aos Tuberculosos.

Às 17 horas: Sessão do Conselho de Direcção da União Internacional contra a Tuberculose, na sede da Assistência Nacional aos Tuberculosos.

Às 22 horas: Sessão solene de abertura da X Conferência na Câmara Corporativa (Palácio do Congresso) sob a presidência do Sr. Presidente da República, com a assistência dos membros do Governo e do Corpo Diplomático.

Segunda-feira, 6 de Setembro, na Faculdade de Medicina. Das 9 às 12 ¹/₂ horas: Relatório sobre «Os aspectos radiológicos do hilo pulmonar e sua interpretação». Relator geral: Prof. Lopo de Carvalho (Portugal). Co-relatores: Alemanha, Prof. H. Kleinschmidt; Áustria, Dr. Ludwig Hofbauer; Estados-Unidos, Dr. H. C. Sweany; França, Prof. Émile Sergent, Dr. L. Delherm e Dr. P. Cottent; Grã-Bretanha, Dr. W. T. Munro; Lituânia, Dr. L. Koganas; Polónia, Prof. Witold Zawadowski; Checoslováquia, Dr. A. Hoffmann.

Das 15 às 17 horas: Discussão geral.

Às 18 ¹/₂ horas: Recepção na Presidência da República.

Às 22 horas: Recepção na Câmara Municipal, oferecida pela Comissão Administrativa do Município de Lisboa.

Têrça-feira, 7 de Setembro, na Faculdade de Medicina. Das 9 às 12 ¹/₂ horas: Relatório sobre «A primo-infecção tuberculosa do adolescente e do adulto». Relator geral: Dr. Olaf Scheel (Noruega). Co-relatores: Alemanha, Dr. Redeker; Espanha, Prof. L. Sayé e Dr. Tapia; Estados-Unidos, Dr. Robert E. Plunkett; França, Dr. J. Troisier; Grã-Bretanha, Dr. L. S. T. Burrell; România, Dr. S. Irimescu e Dr. M. Nasta; Suécia, Dr. H. Ernberg; Iugoslávia, Dr. Yevrenx Nédelkovitch.

Das 15 às 17 horas: Discussão geral.

Às 17 ¹/₂ horas: Chá nos jardins do Palácio Fronteira e Alorna, cedidos amavelmente ao Presidente da X Conferência, Prof. Lopo de Carvalho, pelos seus proprietários os Condes da Torre, que organizaram em honra dos congressistas uma corrida de touros segundo a tradição portuguesa.

Às 22 ¹/₂ horas: Visita à Exposição Histórica de Ocupação Portuguesa do século XIX.

Quarta-feira, 8 de Setembro, na Faculdade de Medicina. Das 9 às 12 ¹/₂ horas: Relatórios sobre «A profilaxia da tuberculose no domicilio». Relatores gerais: Dr. Ch. J. Hatfield (Estados-Unidos) e Dr. D. A. Powell (Inglaterra).

Co-relatores: Alemanha, Dr. Braeuning; Bélgica, Dr. Willems; Finlândia, Dr. Severi Savonen; França, Dr. P. Braun e Dr. Albert Bezançon; Itália, Prof. Gioacchino Breccia; Noruega, Dr. Nils Heitmann; Polónia, M^{me} Dr.^a Jantina Misiewicz; Portugal, Dr. Ládislau Patrício; Suíça, Dr. J. Morin.

Das 14 às 17 horas: Discussão geral.

Às 17 horas: Assembleia geral e sessão de encerramento.

Às 17 1/2 horas: Excursão a Sintra e Estoril oferecida aos congressistas estrangeiros pela Comissão de Organização.

Às 22 horas: Banquete social no Casino do Estoril.

Após o encerramento das sessões, realizou-se uma excursão à Batalha, Coimbra, Curia, Bussaco e Pôrto.

Curso Superior de Medicina Legal

Publicou-se um edital em que se diz serem admitidos à matrícula do Curso Superior de Medicina Legal todos os individuos que a requererem na secretaria do Instituto de Medicina Legal do Pôrto, de 15 a 30 de Setembro, juntando documento pelo qual provem ter concluído os exames de estado da Faculdade de Medicina ou possuírem diploma de médicos cirurgiões por qualquer das antigas escolas médico-cirúrgicas do continente, de bacharéis formados ou doutores em medicina por qualquer das três Faculdades, de bacharéis ou doutores em direito, e finalmente os alunos do 5.º ano que concluíram os exames de clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia e medicina legal.

Prof. Egas Moniz

O Prof. Egas Moniz foi à Itália realizar, em alguns centros universitários, conferências e demonstrações acêrca dos seus trabalhos de encefalografia arterial.

Começou a série de conferências no Hospital Neuropsiquiátrico de Racconigi (Piemonte) com «As novas noções anatómicas segundo a arteriografia carotidiana e da fossa posterior».

Congressos

O Prof. António de Almeida Garrett, director da Faculdade de Medicina do Pôrto, foi nomeado presidente da delegação oficial ao IV Congresso Internacional de Pediatria.

Saúde pública

Foram nomeados delegados de saúde efectivos, nos concelhos de Chaves e de Valpaços, respectivamente, os Drs. José de Montalvão Machado e António Dias Pinto.

— Para o cargo de delegado de saúde do concelho de Vila do Conde nomeou-se o Dr. Carlos Pinto Ferreira.

— O Dr. Francisco José Cambournac, médico malariologista do serviço da Direcção Geral de Saúde, foi autorizado a utilizar a bôlsa que lhe foi concedida pela Fundação Röckfeller, para estudos de malariologia, em comissão gratuita de serviço público, durante oito meses e em centros de estudos de diversos países da Europa.

— O Dr. Inocêncio Barbosa foi nomeado delegado de saúde no concelho de Vila Nova de Cerveira.

— Está aberto concurso, pelo prazo de trinta dias, para provimento do lugar de médico municipal do 3.º partido, com sede em Garvão (Ourique).



Saúde militar

Tomou posse do cargo de director do Hospital Militar n.º 4, de Évora, o Dr. Manuel de Sousa Menes, major médico, que veio transferido de Angra do Heroísmo.

— Foram louvados oficialmente os médicos civis Drs. Everardo Pidwell e Cândido Leal Tavares pelos serviços clínicos gratuitos que têm prestado ao pessoal dos postos da Guarda Nacional Republicana em Anadia e Sines e às respectivas famílias.



Saúde das colónias

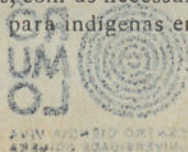
O Dr. Hildo Lerenó Monteiro foi nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro comum dos serviços de saúde do Império Colonial Português e colocado em Angola.

— Concluíram êste ano o curso do Instituto de Medicina Tropical cinquenta e dois alunos.

— Partiram para Moçambique os médicos Drs. José de Sousa Monteiro e Manuel de Larmande Blanc, e para Angola o Dr. Alexandre Alberto Sarmento.

— Está a construir-se, junto do Hospital Central de Lourenço Marques, uma enfermaria para indígenas, com as necessárias condições higiénicas.

— Inaugurou-se o hospital para indígenas em Coxito (Luanda).



Conferências

Na Sociedade de Geografia, o Dr. Adriano Burguette, director de serviço de clínica médica dos Hospitais Cíveis de Lisboa, realizou uma conferência intitulada: «O sol na escola e na medicina».

— O Dr. Augusto de Esaguy falou, na Emissora Nacional, sobre: «As últimas zonas do inconsciente».

Necrologia

Faleceram: em Amarante, o Dr. Artur Ravara, director de serviço de clínica urológica dos Hospitais Cíveis de Lisboa; em Lisboa, o Dr. Henrique Bastos, também director de serviço de clínica urológica dos Hospitais Cíveis de Lisboa, e o Dr. António de Castro Freire; e no Pôrto, o Dr. Carlos Fortes, médico da Misericórdia, e o Dr. António Mendes Correia.





PANBILINE
nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE
na PRISÃO DE VENTRE

HÉMOPANBILINE
nas ANEMIAS

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

LABORATOIRE DU D^r PLANTIER ANNONAY (Ardeche)
FRANCE
ou Gimenez-Salinas & C.^a — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

ADRENALINA BYLA

Solução a 1/1.000

NATURAL

QUIMICAMENTE PURA

DOENÇA D'ADDISON — SINCOPES CARDIACAS — HEMOPTISES, ETC.

Agentes para Portugal:

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

ALCACYL

Acetilsalicilato de cal com Alucol
Analgésico, anti-infeccioso, anti-termico

1 a 2 comprimidos dissolvidos num pouco
de agua assucarada; 4 a 6 vezes por dia

Sem acção nociva sobre o estomago,
rins e coração

DR. A. WANDER, S. A., PERNE

A venda em todas as farmacias e drogarias a Esc. 16300

UNICOS CONCESSIONARIOS PARA PORTUGAL

ALVES & C. A IRMAOS

RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º - LISBOA



ALCACYL WANDER

Sal
Est
Tab
N.