

Ano XVII

N.º 7

Julho 1940



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

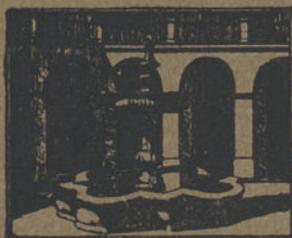
*Egas Moniz, Augusto Monjardino, Lopo de Carvalho,
Pulido Valente, Adelino Padesca, Henrique Parreira,
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Morais David

REDACTORES

*Morais David, Fernando Fonseca, Eduardo Coelho, José Rocheta, Almeida
Lima, Fernando de Almeida, Cândido de Oliveira,
Oliveira Machado e Carneiro de Moura*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

Subsidiado no ano de 1939 pelo Instituto para
a Alta Cultura

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:

Ano, 60,700

Colónias e estrangeiro

Ano, 80,700

NÚMERO AVULSO: 8,700 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

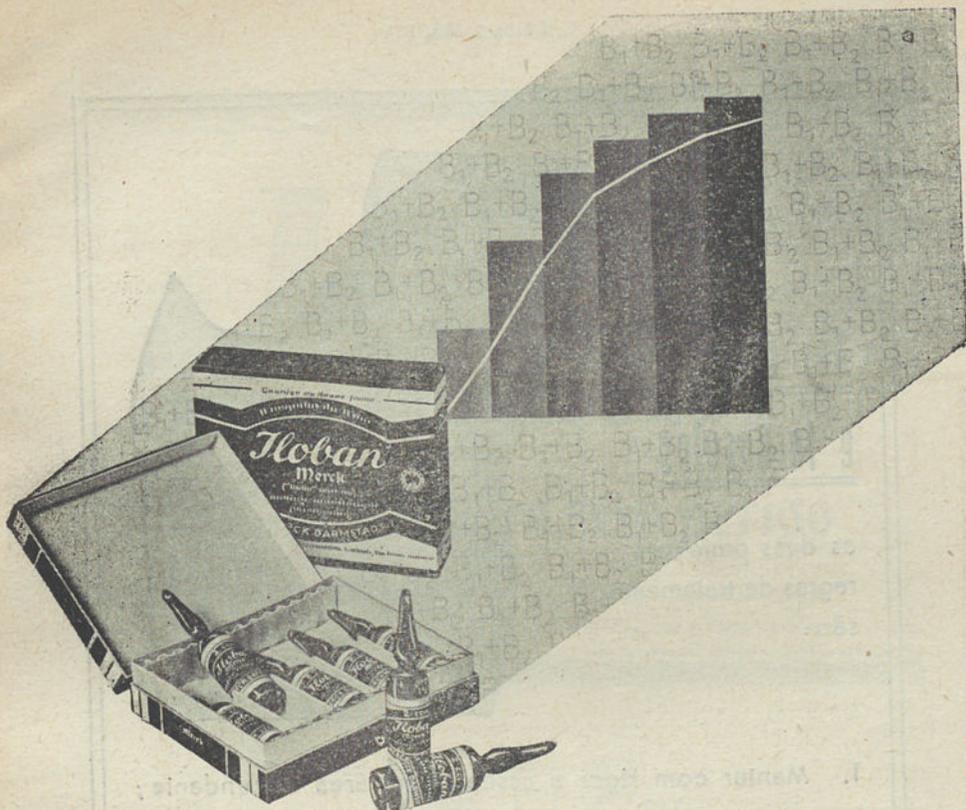
Todos os assuntos referentes à administração e redacção devem ser dirigidos ao Dr. Morais David, Secretário da Redacção e administrador da *Lisboa Médica*, — Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

Sala P

Est. 1

Tab.

N.º



Floban

Merck

Extracto hepático injectável altamente activo, adicionado de 0,1% de vitamina B₁ (aneurina), bem como de 0,2% de Nicotil-Amida e com um conteúdo biologicamente controlado de 0,01% de lactoflavina (grupo de vitamina B₂).

Embalagem original: Caixa com 5 ampôlas de 2 cc.

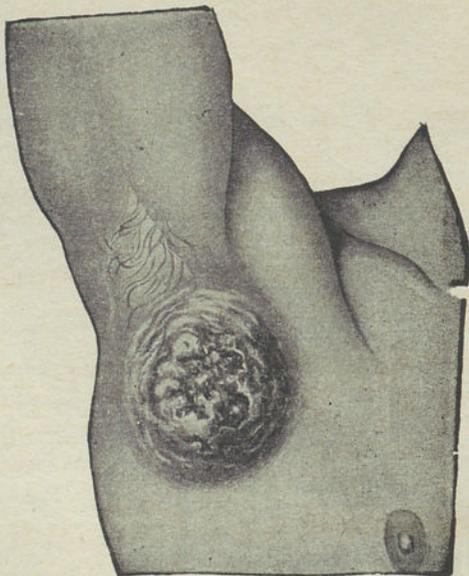
E. MERCK - DARMSTADT
REPRESENTANTES PARA PORTUGAL: QUÍMICO-FARMACÊUTICA, LIMITADA

LISBOA

RUA GOMES FREIRE, 96

Nos carbúnculos e furúnculos

as duas principais
regras de tratamento
são :



1. Manter com rigor a assepsia na área circundante ;
2. Deixar o furunculo seguir o seu curso, auxiliado por medicação apropriada.

O uso da **Antiphlogistine** satisfaz admiravelmente o objectivo de **AMBOS** os requisitos

É um penso cirúrgico, antiséptico, osmótico e descongestivo, que retém o calor ; é o suplemento mais desejável da injeccção ou de qualquer outra terapêutica

Antiphlogistine

Amstras mediante pedido

The Denver Chemical Mfg. Company, Nova York

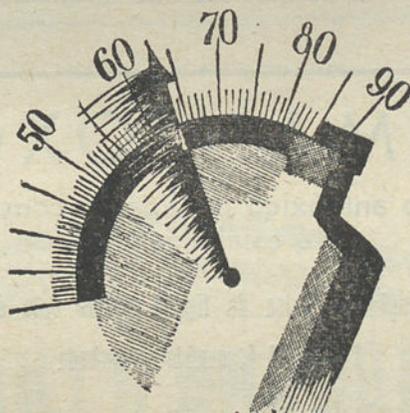
Robinson, Bardsley & Co., 8 Caes do Sodré, Lisboa

Epilepsia

ALEPSAL

simple, seguro, sem perigo

3 Doses : 10 ctg - 5 ctg - 1 ctg 1/2 (Phenylethylmalonilurea)
 LABORATORIOS GÉNÉVRIER, 45, Rue du Marché - Neuilly-Paris



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: Luclano & Matos, Rua Sofia, 11

CURÍA

Estância modelar no centro do País

CLIMA TEMPERADO — A mais formosa estância de águas de Portugal
 Água mineral medicinal com aplicações terapêuticas bem definidas.
 Doenças dos rins e bexiga. — Calculose renal úrica, oxálica e fosfática.
 Pielonefrites, cistites crónicas. — Gôta, reumatismo crónico. Hiperten-
 são arterial. — Doenças anafiláticas. — Água
 diurética, desintoxicante e dessensibilizante

DIRECÇÃO CLÍNICA DO PROF. DR. ÂNGELO DA FONSECA

Médicos adjuntos: Drs. TRISTÃO RIBEIRO e MANUEL PIRES

Balneário completo (banhos carbo-gasosos, de bolhas de ar, duches sub-aquáticos, etc.) — Massagens por técnicos diplomados. — Electroterapia. — Laboratório de análises clínicas sob a direcção do Prof. Dr. Meliço Silvestre com o Dr. Henrique de Oliveira como adjunto.

Aberta de 1 de Junho a 15 de Outubro

HOTEIS COM REGIME DIETÉTICO ABERTOS TODO O ANO

DEPÓSITOS } LISBOA — Pestana, Branco & Fernandes, Lda. — Rua dos Sapateiros, 39-1.º
 } PORTO — Alfredo Ribeiro — Rua dos Caldeireiros, 109

HORMANTOXONE

Princípio antitóxico do fígado, concentrado
 e estabilizado.

SUPRE a função antitóxica do fígado quando esta é deficiente

ESTIMULA-A, quando perturbada

INDICAÇÕES: Insuficiência da função anti-tóxica do fígado — Auto e hetero-intoxicações — Toxi infecções — Anafilaxia — Intolerâncias alimentares — Dermatoses.

Laboratoire PHYGIÈNE — 7, Rue Lucien-Jeannin — LA GARENNE (Seine)

Para amostras e literaturas dirigir-se aos representantes-depositários:

VASCONCELOS & C.^a — 50-A, Rua Andrade, 50-B — LISBOA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de metilaminoarsenofenol
ANTISIFILÍTICO-TRÉPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS: Injecção sub-cutânea sem dor,
Injecção intramuscular sem dor.

Adaptando-se, portanto, perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior aos seus
similares

INALTERABILIDADE em presença do ar

(injecções em série)

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

Preparado pelos LABORATÓRIOS de **BIOQUÍMICA MÉDICA**
19-21, Rue Van-Loo, PARIS (XVI^e)

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL E SUAS COLÓNIAS:

Teixeira Lopes & Ca., Lda. (Farmácia)
RUA ÁUREA, 154-156 / RUA DA VICTÓRIA, 75-79
TELEFONE 2 4 8 1 6 / LISBOA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoários,
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

Nº 1748
3 Julho 1923

A
LYXANTHINE ASTIER

**Granulado efervescente
anti-artrítico**



Reune numa forma inédita

33°/o de princípios activos

Iodo
Enxôfre } aceleradores da nutrição vascular e articular

Gluconato de cálcio: 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

<i>Prof. Jorge Monjardino</i> , por Fernando de Almeida.....	Pág.	423
<i>Pesquisa de «Trichomonas Vaginalis» nas Leucorreias</i> , por A. B. Corrêa Mendes	»	432
<i>Um caso de Rickettsiose (Tifo Murino)</i> , por José Cutileiro	»	445
<i>Síndroma de Waterhouse-Friderichsen</i> , por Silva Nunes	»	459
<i>Pierre Marie</i> , por António Flores	»	465
<i>Revista dos Jornais</i>	»	470
<i>Notícias & Informações</i>	»	XXIX

PROF. JORGE MONJARDINO

Há pouco mais de um mês fui visitar o Prof. Jorge Monjardino, retido em casa por prolongada e atroz doença; encontrei-o sentado a uma pequena mesa cheia de livros, a trabalhar no seu novo volume sôbre a evolução da enfermagem através dos tempos. Fraquíssimo, muito emmagrecido, caminhando com grande dificuldade, o entusiasmo pela investigação era o mesmo de sempre. Expôs-me o plano da obra, encetada e escrita de colaboração com sua Filha, e quando, ao despedir-me, lhe dizia para não se cansar, rebuscando livros e artigos de jornal, respondeu-me: «Depois de concluídas estas notas, quero fazer umas investigações sôbre a bacia feminina. E ainda bem que veste, porque vais já tratar de me procurar o que há de útil sôbre o assunto». Deu-me umas notas bibliográficas e escreveu em um pedaço de papel, que guardo com veneração, o assunto escolhido: «Músculos lisos da pelve feminina; ensaio para estudo da sua patologia».

Semanas depois falecia o Prof. Jorge Monjardino, trabalhador incansável, homem justo e bondosíssimo, cuja vida girou sempre entre o amor pela Família e pela Medicina.

Estou certo que deve ter sido dos poucos que deixam saüdade em todos os que o conheceram.

A sua vida foi uma constante peregrinação pelo mundo, sempre ao serviço da sua profissão. Nascido em Angra do Heroísmo em 1885, frequentou a Escola Médica de Lisboa, onde se formou em 1910; coube-lhe então o prémio «Sousa Martins», «por ser considerado o aluno mais distinto que saíu da Escola no ano lectivo de 1909-10». Em seguida defendeu tese «Sôbre Anafilaxia», sendo-lhe atribuídos os prémios «Câmara Pestana» e «do Instituto Bacteriológico».

Partiu para a América do Norte, onde obteve o diploma de médico



(M. D.) para o Estado de Massachusetts e por lá ficou um ano. Regressou a Lisboa em 1911, indo trabalhar para o serviço do Prof. Cabeça. No ano seguinte concorreu para Cirurgião do Exército, cabendo-lhe o segundo lugar. Fêz parte da Expedição ao Niassa, em 1914-15; em 1916, depois de ter dirigido o Serviço de Cirurgia em Tancos, foi em missão a França e a Inglaterra. Em 1917 e 18 esteve na Flandres; recebeu a «Medalha comemorativa do C. E. P.», «Medalha da Vitória», «Cruz de Guerra de 2.^a classe», «Croix de Guerre avec Étoile de vermeil» e o Oficialato das Ordens de S. Tiago, Cristo e Aviz.

Terminada a Guerra, a peregrinação continua: dirige-se para o Rio (1919), onde, pouco depois, obtem licença para exercer clínica. O seu espírito franco e bom, o seu ar plácido, caminhando sempre devagar, como que para não atropelar ninguém; o gôsto pela ciência, o amor à Pátria e a saúde que dela tinha, em breve conquistavam no seu novo pôsto o coração de portugueses e brasileiros. Não é pois para admirar que um ano passado sôbre a sua estada no Brasil, o nomeiem Membro honorário da Academia Nacional de Medicina do Rio e sejam do prof. Miguel Couto as palavras que lhe foram dirigidas ao entrar para a douta assembléia.

Logo a seguir, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio recebeu também como seu confrade e é o prof. Fernando de Magalhães quem lhe dá as boas vindas. Depois foi um dos fundadores da Sociedade de Obstetria e Ginecologia do Brasil; mais tarde sócio honorário da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, sócio da Association Française de Chirurgie.

Durante os 10 anos que permaneceu no Rio publicou trabalhos, fêz conferências, representou a Faculdade de Medicina de Lisboa e a Sociedade de Ciências Médicas junto da Academia Nacional de Medicina; por outro lado foi encarregado, por esta, de saudar o Prof. Cabeça e o Dr. António José de Almeida, quando ambos ali foram recebidos.

A sua passagem pelo Brasil ficou assim indelévelmente assinalada. Dedicado à colónia portuguesa, principalmente para ela viveu e trabalhou. Dirigiu a «Obra de Assistência aos Portugueses Desamparados» e na «Beneficência» orientou a elaboração do projecto e a construção da nova Clínica Ginecológica, para onde, concluído o edifício, foi nomeado director. Vivia para o seu trabalho e revia-se nêle. Mandou fazer um filme e fê-lo projectar em Lisboa e na Clínica Ginecológica de

Paris (Broca). E quando a sua vida parecia ter tomado um rumo definitivo, espíritos mesquinhos ousaram tentar desprestigiar o seu nome honrado e levaram-no a abandonar a sua obra e a Terra hospitaleira a que se tinha acolhido. Foi êste um dos maiores desgostos da sua vida.



PROF. JORGE MONJARDINO

Acusaram-no... de ser português! Ao que respondeu: «Sou português, estruturalmente português!» e é essa «a mais enternecedora das verdades!» Quiseram vergá-lo, mas depois da prova dura a que foi sujeito, ficou nua a grandeza do seu carácter, preferindo abandonar a terra adoptiva, que lhe vira nascer um Filho, onde tinha criado as

melhores relações, clínica rendosa e uma obra de que os portugueses de além-mar justamente se orgulhavam e orgulham.

E voltou... para recomeçar. Foi isto em 1929. Vai trabalhar de novo, voluntariamente, para o serviço do Prof. Cabeça. Em 1932 abre um dos poucos Hospitais portugueses dignos dêsse nome, a Maternidade Alfredo da Costa, e o Prof. Jorge Monjardino vai ocupar o lugar de Chefe de Clínica do Serviço de Ginecologia. Foi nessa qualidade que melhor o conheci, sendo eu interno na mesma secção. Ali, na convivência diária, nas horas alegres ou nas tristes; nos conselhos, na paciência com que nos aturava, no tacto com que sabia resolver as divergências inevitáveis; a boa vontade que punha em ensinar-nos, a insistência para fazermos investigações, orientando trabalhos em curso ou sugerindo assuntos aos que os não encontravam facilmente; na camaradagem durante as pequenas excursões que uma ou outra vez se fizeram... tivemos, médicos, enfermeiras e demais pessoal, ocasião de apreciar um espírito que, sem excepção, estou disso absolutamente certo, deixou em todos a maior saúde. A sua falta para a Maternidade é imensa; sentimo-lo agora e senti-lo-emos no futuro.

Mas a sorte não o bafejava. Pouco depois de nomeado para a Maternidade foi a concurso para professor agregado de cirurgia da Faculdade de Medicina de Lisboa, sendo o único candidato aprovado. Durante vários anos leccionou os cursos de Medicina Operatória e Propeidética Cirúrgica. Tendo depois sido anulado o concurso, a Faculdade contratou-o para continuar a fazer as suas lições. Nesse lugar se manteve até a morte vir pôr termo à sua vida movimentada.

O Prof. Jorge Monjardino, que escrevia por gosto, com elegância e muita facilidade, era director da *Imprensa Médica* e redactor do *Arquivo de Obstetria e Ginecologia*. Deixa-nos, pelo menos, 82 trabalhos, de que adiante damos os títulos, dispersos por variadíssimas revistas. São todos êles relacionados com a medicina, quer se trate da exposição de casos clínicos, quer de trabalhos de conjunto, de assuntos hospitalares ou de história da medicina.

Era um espírito progressivo. A sua maior ambição, desde que foi professor da Faculdade de Medicina, era transformar a secção de Medicina Operatória em um Instituto de Cirurgia Experimental; chegou mesmo a fazer a planta e a publicá-la em um dos seus trabalhos, acompanhada de uma nota descritiva.

As instalações hospitalares também lhe mereciam especial atenção. A sua maior obra neste capítulo é a clínica ginecológica atrás referida.

Em Portugal há um pequeno hospital orientado por êle em Tábua, e outro nos Açôres, na Povoação de S. Jorge.

O pouco que deixo dito do Prof. Jorge Monjardino não me foi imposto pelo reconhecimento e amizade; todos quantos o conheceram sabiam que Êle era assim. Para os demais, para os que em poucas palavras quiserem saber quem era o Prof. J. Monjardino, quero aqui deixar arquivado o telegrama enviado do Rio, por ocasião do concurso para a Faculdade de Medicina, pelo Prof. Fernando de Magalhães, alto expoente das ciências e letras brasileiras; nêle se contém a definição exacta do Mestre e Amigo que a morte levou: «Só agora tenho notícia seu triunfo justa recompensa seu alto valor, seu espírito superior de alta humanidade, seu patriotismo silencioso e benemérito, mandou-lhe um grande abraço».

Era assim mesmo, e assim se manteve até ao fim o Prof. Jorge Monjardino.

FERNANDO DE ALMEIDA

BIBLIOGRAFIA

- 1) «Sôbre Anafilaxia» — Lisboa, 1910.
- 2) «Cirurgia na América» — *Medicina Contemporânea*, 1911.
- 3) «Contribution à l'étude de l'anaphylaxie» — *Arquivos do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana* — Tômoo IV. Fasc. I. Lisboa, 1912.
- 4) «Um caso de vacinoterapia» — *Medicina Contemporânea*. Lisboa, 1912.
- 5) «Um caso de linfagioma quístico do pescoço» — Comunicação à Sociedade de Ciências Médicas. Jornal da mesma Sociedade. Lisboa, 1912.
- 6) «Tratamento de feridas pelo ar quente e pelo açúcar» — *Medicina Contemporânea*. Lisboa, 1913.
- 7) «Sôbre quistos hidáticos» (I) — *Medicina Contemporânea*. Lisboa, 1914.
- 8) «Sôbre quistos hidáticos» (II) — *Medicina Contemporânea*. Lisboa, 1914.
- 9) «Um caso de dilatação difusa do esôfago» — *Medicina Contemporânea*. Lisboa, 1914.
- 10) «Um caso de varizes e flebites do membro superior» — *Medicina Contemporânea*. Lisboa, 1914.
- 11) «Um caso de varizes do membro superior» — *Arquivos de Anatomia e Antropologia*. Vol. I, pág. 381. Lisboa, 1914.
- 12) «Sôbre úlceras gastroduodenais» — Lisboa, 1913.
- 13) «Sôbre escorbuto» — *Medicina Contemporânea*. Lisboa, 1915.
- 14) «Febre tifóide nos países quentes» — *Medicina Contemporânea*. Lisboa, 1915.
- 15) «A-propósito de um caso de tétano anormal» — *Medicina Contemporânea*. Lisboa, 1916.
- 16) «Some notes on portuguese surgery during the first three months on the western front» — *The Lancet*, n.º 4926 — Londres, 1917.

- 17) «Cirurgia de Guerra» — *Medicina Contemporânea*, 1918.
- 18) «Nota sôbre o tratamento das feridas articulares do joelho» — *Medicina Contemporânea*, 1919.
- 19) «Nota sôbre a ósteo-síntese primitiva nas fracturas diafisárias complicadas de ferida» — *Portugal Médico* (3.^a série, vol. V, n.º 3). Pôrto, 1919.
- 20) «Um aparelho para algumas fracturas do membro inferior» — *Medicina Contemporânea*. Lisboa, 1919.
- 21) «Shock das feridas» — *Portugal Médico*. (3.^a série, vol. IV, n.º 5) — Pôrto, 1919.
- 22) «Notas sôbre empiemas torácicos metapneumónicos» — *Medicina Contemporânea*. Lisboa, 1919.
- 23) «Cirurgia na guerra e cirurgia na paz» — Rio de Janeiro. Julho de 1919.
- 24) «Sôbre o tratamento das fracturas diafisárias» — Conferência lida na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Outubro de 1919.
- 25) «Tratamento cirúrgico da prisão de ventre» — Comunicação à Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, 1920.
- 26) «Um caso de ressecção total da tibia» — *Brasil Médico*, 1920.
- 27) «Eutanásia e cirurgia na guerra» — Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, 1921.
- 28) «Abscessos hepáticos e abscesso do pulmão» — Comunicação à Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, 1921.
- 29) «Sôbre o tratamento das inflamações pélvicas da mulher» — in *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio, 1921.
- 30) «Profilaxia do cancro ginecológico» — Comunicação à Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil, 1921.
- 31) «A-propósito de apendicite» — Comunicação à Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, 1921.
- 32) «Um caso de fibroma quístico da coxa» — in *Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia*, Rio, 1922.
- 33) «A Medicina Social no Rio de Janeiro» — Conferência na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, 1923.
- 34) «Um caso de artróplastia da anca» — in *Brasil Médico*, 1923.
- 35) «Tratamento das inflamações pélvicas da mulher» — *Jornal dos Clínicos* — Rio, 1924.
- 36) «Sôbre o tratamento das fracturas expostas nos fins do século XVIII» — in *Brasil Médico*, 1924.
- 37) «Hospitais inglêses em Londres e na zona de guerra (Norte de França)». Notas e impressões — in *Portugal*, Rio, 1924.
- 38) «Cancro do útero» — Apontamentos para o estudo e regimento da sua profilaxia. Rio de Janeiro, 1925.
- 39) «Teratoma do ovário» — in *Fôlha Médica*, Rio, 1926.
- 40) «Membrana de Jackson» — in *Fôlha Médica* — Rio de Janeiro, 1926.
- 41) «A dor na cirurgia do abdómen» — in *Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia*, ano II, n.º 3 — Rio de Janeiro — Março de 1926.
- 42) «Aneurisma da artéria femural» — in *Revista de Medicina e Pharmacia*, ano II, n.ºs 7, 8 e 9. Rio, 1926.

- 43) «Alguns casos de cirurgia articular» — in *Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia*, 1927.
- 44) «Instalação de pequenos hospitais» — Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, em Julho de 1927.
- 45) «Hospitais portugueses no Rio de Janeiro» — Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa. Dezembro de 1927.
- 46) «Cuidados prè-operatórios» — in *Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia*, 1928.
- 47) «Varizes do braço e ante-braço» — in *Revista de Medicina e Pharmacia* — Rio, 1929.
- 48) «Quisto hidático do rim» — in *Revista de Medicina e Pharmacia*, Rio, 1929.
- 49) «Acêrc da passividade das drenagens em cirurgia abdominal» — in *Revista de Medicina e Pharmacia* — Rio, 1929.
- 50) «O levantamento do útero, por via vaginal, na histerectomia abdominal total» — in *Revista de Medicina e Pharmacia*, 1929.
- 51) «Observações clínicas» — in *Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia*, 1929.
- 52) «Arteriografia» — in *Revista das Clínicas*, 1929.
- 53) «Arteriografia» — in *Jornal de Radiologia do Rio de Janeiro*, 1930.
- 54) «A-propósito do cancro inoperável do colo do útero» — in *Revista de Medicina e Pharmacia*, 1930.
- 55) «Notas à margem de uma pequena estatística operatória» — in *Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia*, Rio, 1930.
- 56) «Cuidados prè-operatórios» — in *Medicina Contemporânea*, n.º 22 — Maio, 1931.
- 57) «Fístula recto-vaginal» — in *Medicina Contemporânea*, n.º 28 — Julho, 1931.
- 58) «Opoterápia ovárica» — in *Medicina Contemporânea*, 1932.
- 59) «A-propósito dos aneurismas de grandes artérias» — in *Medicina Contemporânea*, n.º 1 — Janeiro de 1932.
- 60) «Aspectos cirúrgicos de nervos intra-torácicos e retro-peritoneais» — Lisboa, 1932.
- 61) «Cirurgia dos nervos frénicos cervicais; sua influência no tratamento da tuberculose pulmonar» — Coimbra, 1932. Dissertação de concurso para professor agregado de Cirurgia.
- 62) «Curriculum vitae» — Exposição documentada da carreira e títulos científicos e pedagógicos de Jorge Monjardino — Coimbra, 1932.
- 63) «Pequenos hospitais». Apontamentos para a sua instalação — *Medicina Contemporânea*, 1933.
- 64) «Intensas metrorragias por fibromiomas uterinos» — *Arquivo de Obstetricia e Ginecologia* — 1933.
- 65) «Diagnósticos precoces em ginecologia» — *Arquivo de Obstetricia e Ginecologia*, 1933.
- 66) «Peri-salpingites pseudo-tuberculosas» — *Arquivo de Obstetricia e Ginecologia*, 1933.
- 67) «Casos clínicos» — *Arquivo de Obstetricia e Ginecologia*, 1933.

- 68) «Hematometrio e hematosalpinx». A-propósito de dois casos clínicos. — *Arquivo de Obstetria e Ginecologia*, 1934.
- 69) «Acêrca da Assistência hospitalar em Portugal» — *Imprensa Médica*, 1935.
- 70) «Acêrca do ensino da Medicina Operatória na Escola de Lisboa» — *A Medicina*, 1936.
- 71) «A anestesia geral por inalação» (Notas sôbre a sua história). *Rev. Clínica, Higiene e Hidrologia*, 1936.
- 72) «Dores de origem pélvica na Mulher e seu tratamento» — Em colaboração com Fernando de Almeida e Gomes de Oliveira — *Arquivo de Obstetria e Ginecologia*, 1936.
- 73) «Elementos de Patologia e Propedêutica Cirúrgica» — Lisboa, 1936.
- 74) «Noções gerais sôbre anestesia» — *A Medicina*, 1937.
- 75) «Breves noções sôbre cirurgia do coração. Notícias das pesquisas de Claude Beck» — *Imprensa Médica*, 1937.
- 76) «Dois casos de obstrução incompleta do cólon descendente» — *Arquivos de Obstetria e Ginecologia*, 1937.
- 77) «Algumas notas sôbre a história da ginecologia nas suas relações com o estudo da anatomia da pelve e das hysterectomias abdominais» — *Arquivos de Obstetria e Ginecologia*, 1938.
- 78) «Cirurgia» — Observações e anotações — Lisboa, 1938.
- 79) «A-propósito da vinda de John Hunter a Portugal, em 1762» — *Imprensa Médica*, 1938.
- 80) «Medicina Operatória» — Sumário de lições e generalidades, Lisboa, 1939.
- 81) «Ressecção óssea e auto-enxérto; mixto-sarcoma da tibia» — *Imprensa Médica*, 1940.
- 82) «Na Idade-Média» — Excerpto de um livro em preparo, de colaboração com Maria Medina Monjardino. — «Por bem». Ensaio de estudo sôbre a evolução da enfermagem — I — Tempos idos, cap. 3. — *Imprensa Médica*, 1940.

Depois de concluídas estas notas tivemos conhecimento de mais os seguintes trabalhos:

- 83) Questões ginecológicas. «A Med. Contemp.», Ano LI, N.º 23, 4 de Junho de 1933.
- 84) Sintomas da inflamação: dor. «Medicina», Ano I.
- 85) Iniciação cirúrgica. «Medicina», Ano I.
- 86) Instituto luso-brasileiro de alta cultura. «Imprensa Médica», Ano I, 1935.
- 87) Cursos de aperfeiçoamento. «Imprensa Médica», Ano I, 1935.
- 88) Hospital Beaujon. «Imprensa Médica», Ano I, 1935.
- 89) Conflito italo-etiope. «Imprensa Médica», 1935.
- 90) Gases asfixiantes. «Imprensa Médica», 1935.
- 91) Radiodiagnóstico obstétrico. «Imprensa Médica», Ano I, 1935.
- 92) Acêrca de alguns aspectos radiológicos das úlceras gástricas e das perfurações que elas determinam. «Imprensa Médica», Ano I, 1935.
- 93) Charles Richet. «Imprensa Médica», 1935.
- 94) Abcesso apendicular na fossa ilíaca esquerda. «Imprensa Médica», Ano II, 1936.

- 95) Aniversário da «Imprensa Médica». «Imprensa Médica», Ano II, 1936.
- 96) A ocupação da Renânia e os gases asfixiantes. «Imprensa Médica», Ano II, 1936.
- 97) A-propósito de um caso de abcesso do pâncreas. «Imprensa Médica», Ano II, 1936.
- 98) Esteatonecrose do mesentério. «Imprensa Médica», Ano II, 1936.
- 99) «L'homme, cet inconnu», de Alexis Carrel. «Imprensa Médica», Ano II, 1936.
- 100) Liga dos Amigos de Lisboa. «Imprensa Médica», Ano II, 1936.
- 101) Reflexões. «Imprensa Médica», Ano III, 1937, págs. 23 da Colectânea «Arte, Letras e Medicina», publicada em apêndice ao volume.
- 102) Miosite estafilocócica do grande peitoral. «Imprensa Médica», Ano IV, 1938.
- 103) Sarcoma condro-osteóide-osteoblástico do fémur esquerdo (1/4 inferior): desarticulação coxo-femural. «Imprensa Médica», Ano IV, 1938.
- 104) Palavras de A. C. Celso, de há dezanove séculos. Tradução livre da versão do *Tratado de Medicina* — «Re Médica» — de Celso, Edição de A. Védrenes — (textos latino e francês) — 1876. «Imprensa Médica», Ano VI, 1940.

Maternidade Dr. Alfredo da Costa

PESQUISA DE «TRICHOMONAS VAGINALIS» NAS LEUCORREIAS (1)

POR

A. B. CORRÊA MENDES

Assistente do Instituto Câmara Pestana
Chefe do Laboratório da Maternidade

A *Trichomonas vaginalis*, protozoário flagelado descrito por Donné, em 1836, tem o seu *habitat* natural na vagina da mulher, podendo provocar um quadro patológico que muitos ginecologistas consideram específico, classificando-o de «vaginite por tricomonas».

O poder morbígeno do parasita, a sua identidade com outras espécies de flagelados, o processo de transmissão da infestação e o modo de conduzir a terapêutica são diversos aspectos do problema das T. V., sobre os quais não há ainda unanimidade de opiniões.

Pode dizer-se que as tricomonas são parasitas de distribuição universal: numerosas estatísticas dos mais diversos países revelam sempre a sua presença numa percentagem importante de mulheres e reconhecem-na geralmente como uma causa banal de leucorreia. A infestação por tricomonas seria, segundo Hees (1938), uma parasitose endêmica sujeita a brotes epidêmicos.

A mulher grávida é particularmente susceptível à infestação, chegando a atribuir-se a este parasitismo, nas observações mais carregadas, cerca de cinquenta por cento das leucorreias que acompanham a gravidez. Para alguns autores (Stein e Cope, 1933) o facto explicar-se-ia pelo aumento de hormona sexual feminina que se observa durante a gravidez, podendo pensar-se que também a esta causa hormonal se deve a exacerbação da vaginite por tricomonas em seguida à menstruação. A presença de sangue actuando como meio de cultura favorável, ou o

(1) Êste artigo deu entrada na Redacção em 7 de Maio de 1940.

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

■

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

■

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**ALIMENTAÇÃO
INFANTIL**

▼

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Gimenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

LISBOA



SÔRO ANTI-
HEMORRÁGICO
dos D^{rs} DUFOUR e LE HELLO

ANTHEMA

HEMORRAGIAS
HEMOFILIA
HEMOSTASE
BIOLÓGICA
PRÉOPERATÓRIA

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPECIA"

MARQUES POULENC FRÈS & USINES DU RHONE 21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8^e

aumento de alcalinidade produzido pelo sangue menstrual, poderiam, segundo Piper (1936), explicar também a exacerbação post-menstrual.

Na América, onde o problema das tricomonas vaginais tem sido tratado numa série importante de trabalhos publicados nestes últimos anos, reconheceu-se que a infestação é mais vulgar nas mulheres pretas do que nas de raça branca, o que significa que depende, até certo ponto, dos hábitos de higiene.

Supõe-se que a *T. V.* é um parasita no sentido estricto e por isso a sua aquisição não é de admitir sem relação mais ou menos directa com um portador, são ou doente, de protozoários de *Donné*. Desconhece-se o modo como se adquire habitualmente a infecção, mas é de supor que se trate, em geral, de uma transmissão indirecta através da água, roupas ou objectos sanitários conspurcados recentemente. A transmissão directa tem sido também observada, particularmente no caso de infecção da mulher pelo homem com uretrite ou prostatite devida a tricomonas.

Parece assente que a infestação por *Trichomonas vaginalis* não tem qualquer relação com as *Trich. buccalis* ou *hominis* (Bland e Rakoff, 1937), sendo duvidosa a que possa ter com as *Trichomonas* dos animais domésticos.

Um dos aspectos do problema das *T. V.* que está em aberto é o que se refere à patogenicidade primária dos flagelados para a espécie humana. Não se obteve até à data a demonstração experimental do seu poder infectante e tem-se verificado que a flora bacterica coexistente com as *T. V.* nas leucorreias se afasta nitidamente, na maioria dos casos (excluída a fase inicial da infestação pelos flagelados), do quadro bacteriológico da vagina sã. Em lugar dos habituais bacilos acidófilos de *Döderlein* encontra-se quasi sempre uma profusão de bactérias com variadas características morfológicas e tinturiais correspondendo ao grau III da classificação da flora vaginal de *Cruickshank* e *Sharman* (1934). Desta abundante flora isolam-se por vezes bactérias averigualmente patogénicas, em particular o estreptococo, capazes só por si de provocar vaginites, o que leva alguns autores a pôr em dúvida o papel etiológico dos parasitas flagelados, sabido como é que uma percentagem não muito pequena das mulheres infestadas suporta o parasitismo sem o menor incómodo.

Uma combinação da acção dos dois agentes é admitida por alguns autores, que atribuem a vaginite a uma simbiose entre tricomonas e estreptococos, manifestando estes últimos o seu poder patogénico mercê da acção irritante atribuída às tricomonas.

O bom resultado da terapêutica contra as tricomonas permite supor que elas desempenham realmente papel importante na produção da vaginite: verifica-se com efeito que a cura clínica segue com grande regularidade a cura parasitológica e que a reaparição dos flagelados se acompanha de uma recrudescência dos fenómenos inflamatórios. A regularidade do aspecto clínico das «leucorreias por tricomonas» que permite aos práticos fazer um diagnóstico etiológico de probabilidade, com certa margem de segurança, guiando-se simplesmente pelo aspecto das lesões da mucosa vaginal e pela aparência particular do corrimento, é também um argumento a favor da acção patogénica das tricomonas.

Mesmo sem pensar nas complicações, aliás também discutidas, que alguns autores atribuem à infestação pelas tricomonas — cistite, pelvi-peritonite, acidentes do puerpério, etc. — basta o alívio que se proporciona às doentes suprimindo a leucorreia pela terapêutica apropriada para mostrar o interêsse que há em encarar o assunto nos serviços de ginecologia e obtetria.

O diagnóstico parasitológico da infestação é bastante simples e pode ser feito no gabinete de consulta por qualquer clínico com alguma prática que para isso disponha do material e do tempo necessário. Faz-se geralmente a pesquisa a fresco, misturando um pouco de pus com uma gota de sôro fisiológico e observando ao microscópio, entre lâmina e lamela, com ampliação pequena ou média. O movimento do parasita que cria à sua volta uma espécie de «zona de perturbação» característica (Tempé, 1936), a agitação dos glóbulos de pus ou das células que o cercam quando êle se prende pelo axostilo a qualquer ponto da preparação, o chicotear dos flagelos e o drapejar da membrana ondulante, não permitem dúvidas sôbre a natureza do parasita. Convém, claro está, que a pesquisa se não faça em seguida ao emprêgo de antisépticos vaginais ou de geleias anti-conceptivas e que não se use qualquer lubrificante para a introdução do espéculo. De contrário, embora as tricomonas possam não estar mortas, ficará o exame a fresco prejudicado pela ausência do elemento fundamental para o diagnóstico, que nestes casos é a mobilidade do parasita, aliás menos acentuada do que a das outras espécies de *Trichomonas* que se encontram na espécie humana.

Ao líquido utilizado na diluição do pus para o exame a fresco pode juntar-se um corante que, por contraste, torna mais evidente a presença dos flagelados: safranina a 0,1 % (Miller, 1936) ou azul brilhante de cresil (Bender e Hettche, 1934). A observação em gota pendente ou em campo escuro pode ser utilizada para a pesquisa dos parasitas,

notando-se os flagelos, neste último processo, com particular nitidez. Não devemos esquecer que a presença de tricomonas num exsudado vaginal, revelada pelo exame a fresco, não dispensa ou exige mesmo que se faça um exame bacterioscópico da flora vaginal associada, para excluir qualquer outro agente etiológico ou até, como pretendem alguns autores, para dêle tirar indicações sobre o prognóstico.

Outro método a que se recorre para pesquisar as tricomonas é a cultura, obtida pela sementeira do pus em meios apropriados de que se tem ensaiado uma grande variedade de fórmulas. Para efeitos de simples diagnóstico os resultados são tão bons como os que se obtêm pelo exame directo a fresco. O estudo da cultura faz-se em preparações a fresco semelhantes às do exame directo do exsudado vaginal. A diferença a favor da cultura, obtida por alguns autores que compararam os dois métodos, é inconstante e não chega a ter significação estatística (Magath, 1938, Bland e Rakoff, 1937) e o processo não é de aconselhar por ser moroso e de técnica mais complicada. A sua aplicação tem interesse particular no diagnóstico da infestação intestinal ou bucal.

A identificação das tricomonas em preparações fixadas e coradas pelos métodos geralmente aconselhados interessa sobretudo para estudo da morfologia e pormenores citológicos dos parasitas, mas é pouco prático como método de rotina para diagnóstico. Tanto para a fixação como para a coloração se tem ensaiado várias técnicas, recomendando Powell (1936) a fixação a quente em líquido de Bouin, seguida de coloração pela hematoxilina férrica de Heidenhain ou a coloração pelo Giemsa, depois de fixação pelos vapores de ácido ósmico e álcool metílico.

No Laboratório da Maternidade Alfredo Costa principiámos por procurar as tricomonas a fresco no pus diluído em soro fisiológico, mas algum tempo depois notámos que muitas vezes se reconheciam as tricomonas nos esfregaços de pus corados pelo Gram depois de fixação pelo calor. Passou por isso a mencionar-se a presença ou ausência de tricomonas na resposta do exame dos esfregaços que nos eram enviados para estudo da flora vaginal e pesquisa de neissérias, só voltando a fazer-se a observação a fresco recentemente, quando resolvemos comparar os resultados obtidos pelos dois métodos.

Para rotina de serviço do Laboratório o método de procurar as tricomonas no mesmo esfregaço em que se procuram os gonococos, além de reduzir o trabalho, economizando tempo, tem a vantagem de permitir que se faça o exame no momento que se julgar oportuno, o que não sucede com a pesquisa de tricomonas a fresco. Neste último caso

deve proceder-se à observação das preparações o mais rapidamente possível, visto que as tricomonas se podem tornar imóveis — comprometendo o exame — num espaço de tempo relativamente curto. Devemos também lembrar-nos que uma parte importante dos exames de exsudado vaginal requisitados ao Laboratório tem necessariamente de ser feitos pelo método de Gram, visto que vem já em esfregaços secos sobre lâmina. Nestas circunstâncias não há que hesitar sobre o método a empregar para a pesquisa de tricomonas.

Em alguns casos utilizámos para o exame a fresco a suspensão do pus num soluto de proteose-peptona (Difco) a 2 % com 0,5 % de Cl Na. Tratava-se nestes casos de aproveitar o material enviado ao Laboratório para cultura de neissérias, em cuja técnica empregámos o soluto de peptona como meio de transporte, podendo, depois de inoculado, conservar-se na geleira durante sete horas antes de fazer a sementeira em agar-chocolate. As tricomonas resistem mal a baixas temperaturas, mas mantêm-se vivas, por vezes durante cerca de trinta horas, quando conservadas à temperatura ambiente neste meio de transporte. Não obtivemos, no entanto, resultados nas tentativas de cultura utilizando o mesmo meio inoculado com tricomonas e incubado a 37°C.

As preparações de pus para a pesquisa de neissérias e tricomonas pelo método de Gram devem fazer-se pela técnica que os americanos chamam «roll film» e que consiste não em esfregar, mas em rolar, sobre vários pontos da lâmina, uma zaragatoa carregada com um pouco de exsudado, de modo a não alterar a morfologia e as relações recíprocas dos vários elementos a examinar. Deixam-se secar, fixam-se e coram-se como é costume quando se usa o método de Gram-Jensen. Como contraste usamos o soluto fénic, glicerinado, de fucsina (Ziehl-Czaplewski) a 1/10.

As tricomonas são gram-negativo e os pormenores da sua estrutura, revelados pela coloração de contraste, que permitem a identificação, são: os flagelos, em número de quatro, muitas vezes visíveis em número variável, com uma inserção aparentemente comum, destacando-se do corpo do parasita ou rebatendo-se sobre o seu contôrno; o núcleo alongado, situado próximo da extremidade anterior do parasita onde estão inseridos os flagelos, fortemente corado de vermelho e destacando-se sempre bem do protoplasma, e o aspecto deste último, granuloso ou espumoso, quasi característico, diferenciando-se sempre bem das células epiteliais ou dos glóbulos de pus. Apresenta muitas vezes vacúolos, mais ou menos numerosos, perfeitamente incolores e de contôrno redondo.

Para a dietética da primeira infância



Leite completo em pó, acidificado

(LEITE DE MARRIOTT)

Um novo produto Nestlé

PEDIDOS DE AMOSTRA E LITERATURA À

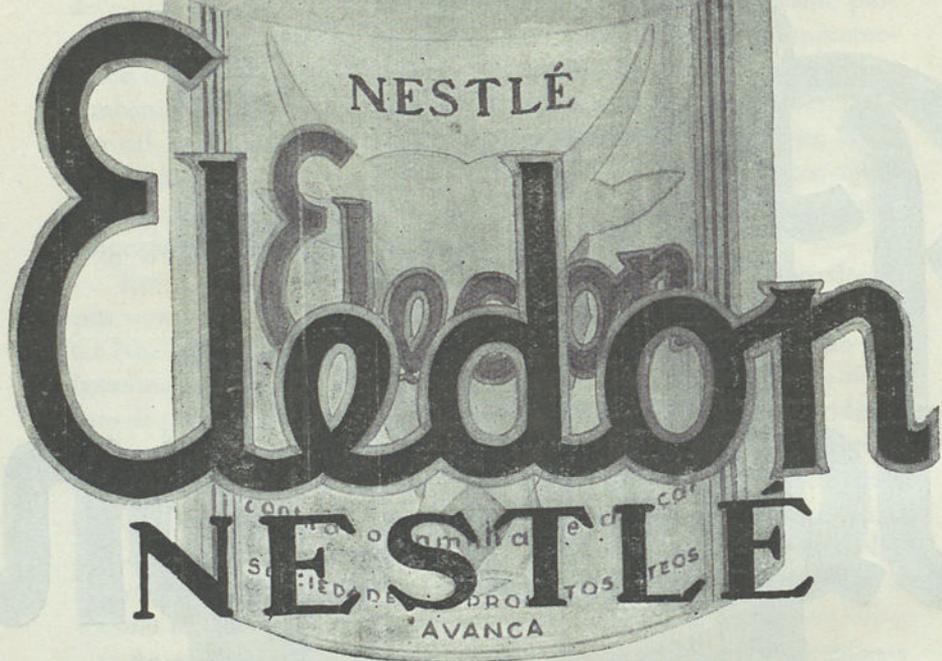
Sociedade de Produtos Lacteos

PORTO

AVANCA

LISBOA

Obabeurre



IMPÕE-SE

NO TRATAMENTO DAS

Perturbações gastro-intestinais

PEDIDOS DE AMOSTRAS Á

Sociedade de Produtos Lacteos

PORTO

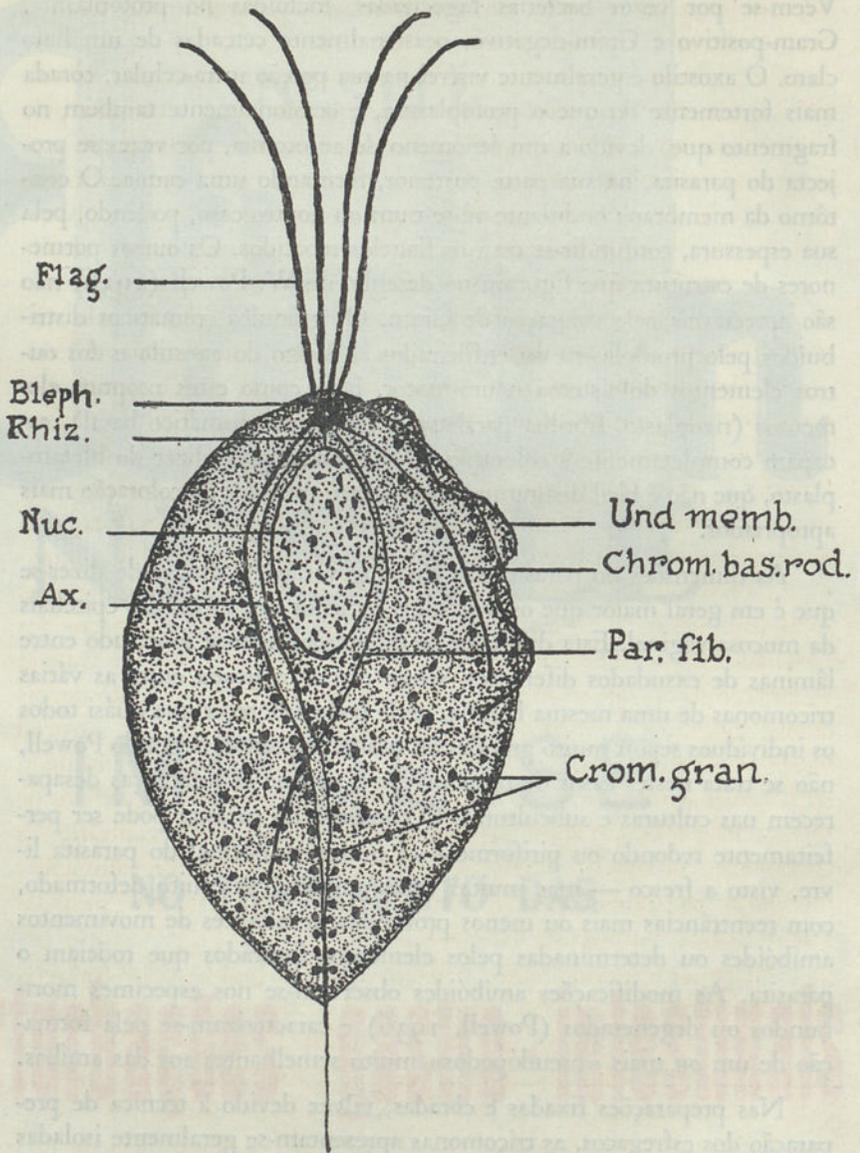
AVANCA

LISBOA

Vêm-se por vezes bactérias fagocitadas, incluídas no protoplasma, Gram-positivo e Gram-negativo, ocasionalmente cercadas de um halo claro. O axostilo é geralmente visível na sua porção intra-celular, còrada mais fortemente do que o protoplasma, e ocasionalmente também no fragmento que, devido a um fenómeno de autotomia, por vezes se projecta do parasita, na sua parte posterior, formando uma cauda. O contôrno da membrana ondulante vê-se num ou noutro caso, podendo, pela sua espessura, confundir-se com os flagelos rebatidos. Os outros pormenores de estrutura que figuram no desenho de W. Powell (1936) não são apreciáveis pela coloração de Gram. Os grânulos cromáticos distribuídos pelo protoplasma ou enfileirados ao longo do axostilo e dos outros elementos do sistema neuro-motor, bem como estes próprios elementos (rizoplasto, fibrilha parabasal e filamento cromático basal), escapam completamente à coloração. O mesmo se pode dizer do blefaroplasto, que não é fácil distinguir, mesmo com métodos de coloração mais apropriados.

As dimensões do parasita são bastante variáveis, mas pode dizer-se que é em geral maior que os leucócitos e menor que as células epiteliais da mucosa vaginal. Esta diferença de dimensões nota-se sobretudo entre lâminas de exsudados diferentes, sendo menos marcada entre as várias tricomonas de uma mesma lâmina, onde pode acontecer que quâsi todos os indivíduos sejam muito grandes ou muito pequenos. Segundo Powell, não se trata nestes casos de raças diversas, porque as diferenças desaparecem nas culturas e subculturas. O contôrno do parasita pode ser perfeitamente redondo ou piriforme — é o aspecto normal do parasita livre, visto a fresco — mas muitas vezes apresenta-se muito deformado, com reentrâncias mais ou menos profundas, resultantes de movimentos amibóides ou determinadas pelos elementos figurados que rodeiam o parasita. As modificações amibóides observam-se nos espécimes moribundos ou degenerados (Powell, 1936) e caracterizam-se pela formação de um ou mais «pseudópodos» muito semelhantes aos das amibas.

Nas preparações fixadas e còradas, talvez devido à técnica de preparação dos esfregaços, as tricomonas apresentam-se geralmente isoladas e não reünidas em grupos, como ocasionalmente se observa no exame directo a fresco ou nas culturas. Nota-se por vezes que as tricomonas estão separadas dos elementos figurados vizinhos por uma zona ou halo incolor cercando todo o parasita e que parece resultar de uma possível retracção do protoplasma devida à acção do calor usado para a fixação.



TRICHOMONAS VAGINALIS Donné, segundo Powell (1936)

Ax. — Axostilo. Bleph. — Blefaroplasto. Chrom. bas. rod. — Filamento cromático basal. Chrom. gran. — Granulações cromáticas. Flag. — Flagelos. Nuc. — Núcleo. Par. fib. — Fibrilha parabasal. Rhiz. — Rizoplasto. Und. memb. — Membrana ondulante.

Aspecto semelhante pode também observar-se, naturalmente com a mesma origem, em volta de células epiteliais.

Ao contrário do que acontece nas tricomonas provenientes de culturas, é bastante raro observar-se nos esfregaços de pus corados pelo Gram, parasitas completamente recobertos de bactérias a tal ponto que se tornem irreconhecíveis os pormenores de estrutura que habitualmente permitem a identificação do protozoário. Nestes casos o protoplasma parece retraído e condensado, o parasita fica mais pequeno e corado intensamente de vermelho, constituindo estes aspectos a principal causa de erro do diagnóstico parasitológico em preparações coradas pelo método de Gram. A acumulação de bactérias sobre as tricomonas é fenómeno relativamente raro, mas quando se manifesta atinge geralmente quasi todos os parasitas de uma preparação ou, talvez melhor, do mesmo exsudado, e é possivelmente este o motivo porque em raros casos a infestação foi revelada só pelo exame a fresco, falhando o diagnóstico nas preparações coradas. Procurando averiguar se a demora na secagem dos esfregaços de pus poderia explicar este aspecto dos parasitas, comparámos preparações secadas rapidamente à chama com outras deixadas secar lentamente, mas não notámos qualquer diferença no aspecto dos parasitas. Um pouco de pus conservado sobre lâmina, fresco, em câmara húmida, à temperatura ambiente durante oito horas e estendido depois em esfregaço que se secou, corou e fixou pelo método usual, não mostrou também acumulação de bactérias sobre os parasitas, que se mantinham perfeitamente identificáveis, permitindo afastar a hipótese de defeito de técnica na explicação deste aspecto das preparações. Pelo contrário, as tricomonas conservadas em proteose-peptona à temperatura ambiente, embora se não trate de uma cultura de parasitas, apresentam-se, passadas poucas horas, rodeadas de bactérias.

Admite-se geralmente que, nas culturas, a acumulação de bactérias sobre os parasitas é sinal de degenerescência das tricomonas e pode supor-se que a acção da terapêutica que tende a destruir os flagelados provoque esse aspecto, mesmo nas preparações feitas directamente com o exsudado vaginal.

Como o exame do pus a fresco é o método escolhido pela maioria dos que têm estudado as leucorreias por tricomonas, raras vezes se faz menção da coloração de Gram como processo normal de identificação dos parasitas. Alguns autores, como Capek (1927), Stein e Cope (1931), Glassman (1934), Zequeira (1935), Tempé (1936) e Morenas (1937) mencionam-no para o criticar ou rejeitar com maior ou

menor decisão, dizendo que se não encontram com maior frequência os flagelados por não serem reconhecíveis sobre as lâminas de pus coradas pelas técnicas usuais, ou por se confundirem com os leucócitos. Outros autores dizem que o método não é superior às preparações a fresco, o que não significa que êle não seja igualmente bom e muito útil quando as circunstâncias nos obriguem a empregá-lo. Kissling (1934), Gwelessiany e Papitachvili (1935) referem-se-lhe como método satisfatório. Ewing e Le Moine (1934) preferem à coloração pelo método de Gram a coloração simples dos esfregaços não fixados ao calor, por uma tinta de contraste diluída (fucsina fénica) pretendendo que por êste método obtêm com mais regularidade a coloração dos flagelos. Realmente a presença de flagelos bem distintos facilita a identificação do parasita, mas não é o facto de submetermos os esfregaços aos diversos tempos da coloração de Gram que impede que os flagelos se coram pelo contraste de fucsina. Em quasi tôdas as nossas preparações é possível encontrar numerosos parasitas com os flagelos mais ou menos destacados do corpo do protozoário e bem corados; quando êles se não observam não quere dizer que não estejam corados, mas simplesmente que estão encobertos pelo próprio citoplasma da tricomona ou que se projectam sobre uma zona da preparação em que se acumulam muitos elementos figurados corados (bactérias, muco, células epiteliaes, leucócitos). De resto a presença de flagelos visíveis não é elemento absolutamente indispensável para a identificação do parasita, visto que, depois de treinados nestes exames, basta o aspecto do protoplasma e a disposição do núcleo para nos chamarem a atenção sobre a possibilidade de se tratar de uma tricomona ou mesmo para afirmar que se trata realmente de um parasita. Se uma observação mais minuciosa nos permite depois ver os flagelos destacando-se do corpo do parasita, o que acontece quasi sempre numa percentagem importante dos parasitas de uma preparação, fica afastada qualquer dúvida que pudesse existir. Embora a técnica de Ewing e Le Moine seja muito simples, tem o inconveniente de não aproveitar a preparação para o estudo da flora bacterica que acompanha os tricomonas e que terá de ser feito numa outra preparação, essa então corada pelo Gram; há uma duplicação de trabalho, sem qualquer vantagem para o resultado do exame.

As lâminas de pus coradas pela fucsina, submetidas ou não ao método de Gram, podem ter, sobre o método de exame a fresco, a vantagem de permitir um diagnóstico parasitológico, mesmo que, pela acção do tratamento, não existam exemplares vivos.

Comparando os resultados do exame a fresco e do exame das preparações coradas pelo Gram, fizemos a observação de 120 leucorreias de doentes das consultas de obstetrícia e ginecologia (classes pobres), notando-se infestação por tricomonas em 38 destas doentes (31,66 % de incidência global). Das 120 doentes pertenciam 91 à consulta de obstetrícia (grávidas), das quais 29 eram portadoras de tricomonas (31,86 %). O pequeno número de observações da consulta de ginecologia (8 casos de infestação por tricomonas em 29 doentes) não permite tirar percentagens, tanto mais que nestas doentes a pesquisa de parasitas foi requisitada quasi sempre para doentes cuja sintomatologia permitia suspeitar que se tratava de infestação por tricomonas.

Três anos antes de começarmos o estudo que agora apresentamos, baseado em 120 observações, mencionávamos já a presença ou ausência de tricomonas nos esfregaços enviados ao Laboratório para exame bacterioscópico. Foram observados durante esse espaço de tempo (Agosto de 1936 a Julho de 1939) 393 esfregaços de secreção vaginal pertencentes a mulheres de várias idades e das mais diversas condições sociais, grávidas ou não grávidas, umas sãs, outras doentes. O número de infestações por tricomonas, observado sem qualquer selecção de casos nem idéia de estatística, foi de 92, o que representa uma incidência de 23,4 por cento.

Creemos que em Portugal há apenas dois estudos publicados sobre a infestação por tricomonas: o de divulgação publicado em 1937 por Meleiro de Sousa e outro de Rodrigues Gomes e Van Zeller, publicado no Porto em 1936, com uma percentagem de casos positivos de 48 % em doentes da consulta de obstetrícia e ginecologia.

Nas 120 observações deste nosso trabalho os resultados do exame a fresco e do exame em lâminas coradas pelo Gram foi concordante em 116 casos (35 positivos e 81 negativos). Apenas em três exames, número que não chega a ter significado estatístico, foi o diagnóstico parasitológico feito exclusivamente pelo segundo destes métodos, falhando a observação a fresco. Em um caso só foi possível encontrar tricomonas nas preparações coradas depois de sabermos que elas existiam nas preparações a fresco. Pode concluir-se que se equivalem, quanto ao seu valor prático, os dois métodos de diagnóstico das tricomonas.

Na maioria dos casos que observámos com infestação por tricomonas a flora vaginal coexistente apresentava-se desviada do quadro bacteriológico normal da vagina. Em relação à classificação germânica da flora vaginal em três graus (*Reinheitsgrad*), mencionada por

Cruickshank e Sharman (1934) (1), apenas duas vezes se observou uma flora de grau I e cinco vezes uma flora de grau II; em todos os outros casos observava-se uma grande variedade de bactérias, faltando o bacilo de Döderlein. A existência de tricomonas acompanhados por uma flora de grau I só se observa na fase inicial da infestação pelos flagelados; depois modifica-se rapidamente a flora, a não ser que a parasitose se instale sobre uma vaginite bacteriana preexistente, acompanhada já anteriormente por uma flora de grau III.

Obtida pela terapêutica a exterminação do parasita, observa-se normalmente um regresso rápido da flora bacteriana ao grau I. Para Brook Bland e Rakoff (1936) o estudo bacterioscópico da flora vaginal nas doentes em tratamento de infestação por tricomonas, é de considerável valor prognóstico.

Não fizemos qualquer estudo especial em relação ao *Micrococcus gazogenes alcalescens*, pequeno coco Gram-negativo que acompanha frequentemente a infestação por tricomonas e ao qual se atribue o aspecto arejado e espumoso da secreção vaginal.

Só em três casos observámos infecção por *Neisseria gonorrhoea*, juntamente com infestação por tricomonas.

A coexistência de tricomonas e filamentos de eumicetas foi observada em duas doentes grávidas. Em dez dos 79 casos de leucorreia em que se não encontraram tricomonas pode a vaginite ser imputada à presença de eumicetas (12,4 %), sendo esta observação aplicável sobretudo às grávidas (nove casos).

Três das leucorreias revelaram a existência de espirilos em quanti-

(1) Classificação germânica da flora vaginal (segundo Cruickshank e Sharman):

GRAU I — Flora bacteriana homogénea, constituída quasi inteiramente por bacilos de Döderlein, ocasionalmente acompanhados por elementos levuliformes; secreção esbranquiçada e grumosa (*cheesy*) devida à descamação de células epiteliaes da mucosa vaginal. (pH 4,0-4,4).

GRAU II — O bacilo de Döderlein apresenta-se associado com outros tipos de bactérias (um ou mais); secreção em geral de quantidade moderada, mucopurulenta, de reacção menos ácida (pH 4,6-7,6).

GRAU III — Flora vaginal constituída por vários tipos de bactérias — enterococos, estafilococos, difteróides, vibriões, bacilos coliformes — acompanhada por secreção menos ácida ou mesmo alcalina (pH 5,6-7,6), abundante e purulenta ou escassa e aquosa.

dade digna de nota; em dois dêstes casos os espirilos coexistiam com tricomonas, sendo o terceiro caso uma doente da consulta de ginecologia.

Em duas grávidas com leucorreia não atribuível a tricomonas observaram-se, nos esfregaços de pus, vibriões em grande quantidade; em uma delas observou-se simultâneamente a existência de eumicetas.

RESUMO

Mencionam-se alguns dos aspectos do problema da infestação por *Trichomonas Vaginalis* e estuda-se em particular a identificação dos parasitas em preparações coradas pelo método de Gram depois de fixação pelo calor. Êste método de diagnóstico dá resultados comparáveis aos que se obtêm pelo exame a fresco.

Em 120 doentes das consultas de Obstetrícia (91) e Ginecologia (29) sofrendo de leucorreia, observaram-se tricomonas em 38 (31,66 %).

SUMMARY

In this paper the author considers some aspects of the problem of the infestation by *Trichomonas vaginalis* and particular studies the identification of the parasite in smears colored by the Gram's method after fixation by heating. This method of diagnosis gives identical results to those obtained by fresh examination.

This study was carried on 120 out-patients suffering from leucorrhœa, 91 attending the department of obstetrics and 29 that of gynecology; the total number of positive findings (trichomonas) was 38 or 31,66 per cent.

BIBLIGRAFIA

- BENDER, W. & HETTICHE, O. — Zur Diagnostik der Trichomonaden. *Zentralblatt für Gynakologie*. Vol. LVIII, pág. 930. 1934.
- BLAND, P. B. & RAKOFF, A. E. — Some bacteriologic aspects of *Trichomonas Vaginalis* vaginitis. *Vida Nueva*, Havana. Vol. XXXVII, pág. 467. 1936.
- The incidente of Trichomonads in the vagina, mouth and rectum. *The Journal Americ. Med. Assoc.* Vol. CVIII, pág. 2013. 1937.
- CAPEK, A. — Die flagellaten-urethritis des Mannes. *Medizinische Klinik*. Vol. XXIII, pág. 1535. 1927.
- CRUICKSHANK, R. & SHARMAN, A. — The biology of the vagina in the human subject. II — The bacterial flora and secretion of the vagina at various age-periods and their relation to glycogen in the vaginal epithelium. *The Journal. Obst. & Gyn. Britis' Empire*. Vol. XLI, pág. 208. 1934.

- EWING, R. E. & LE MOINE, M. — The diagnosis of *Trichomonas Vaginalis* vaginitis. Preliminary report on a new method. *Surgery, Gynecology and Obst.* Vol. LVIII, pág. 192. 1934.
- GWÉLESSIANY, J. & PAPITACHVILI, M. — Contribution à l'étude de *Trichomonas vaginalis*. *Bull. Soc. Pat'ol. Exotique*. Vol. XXVIII, pág. 317. 1935.
- HEES, E. — Epidemic Trichomonad infections and experimental studies thereon. *The Journ. of the Egyptian Med. Assoc.* Vol. XXIX, pág. 813. 1938.
- KISSLING, N. — Le *Trichomonas Vaginalis*. Son rôle en gynécologie. *Ginéecologie et obstétrique*. Vol. XXIX, pág. 116. 1934
- MAGATH, T. B. — The diagnosis of *Trichomonas Vaginalis*. A comparison of a cultural method with direct examination of wet preparations. *Americ. Journ. Obstetr. and Gynec.* Vol. XXXV, pág. 694. 1938.
- MELEIRO DE SOUSA, H. — Trichomodas e corrimentos vaginais *Medicina Contemporânea*. Vol LV, pág. 62. Lisboa, 1937.
- MILLER, J. R. — Four common conditions of the vagina and cervix. *Proceed. Staff Meeting Mayo Clinic*. Vol. XI, pág. 689. 1936.
- POWELL, W. N. — *Trichomonas Vaginalis* Donné 1836: Its morphologic characteristics, mitosis and specific identity. *The Americ. Journ. of Hygiene*. Vol. XXIV, pág. 145. 1936.
- RODRIGUES GOMES, J. & VAN ZELLER, R. — Estudo clínico das vulvo-vaginites devidas ao «*Trichomonas Vaginalis*». *Portugal Médico*. Vol. XX, pág. 282. 1936.
- STEIN, I. F. & COPE, E. J. — *Trichomonas Vaginalis* (Donné), a preliminary study. *Americ. Journ. Obst. and Gynec.* Vol. XXII, pág. 368. 1931.
- *Trichomonas Vaginalis* (Donné). *Americ. Journ. Obst. and Gynec.* Vol. XXV, p. 819. 1933.

UM CASO DE RICKETSIOSE (TIFO MURINO) (1).

POR

JOSE CUTILEIRO

Assistente do Centro de Saúde de Lisboa

O Tifo Murino é uma variedade isolada, não há muitos anos, da forma clássica do tifo exantemático, daquela forma a que Nicolle pôs o nome de tifo histórico. Observada em primeiro lugar na América do Norte, dois factos surpreenderam logo os primeiros investigadores: a sua benignidade, incomparavelmente maior que a do tifo clássico das guerras e da fome, e o seu escasso poder de difusão, limitando-se sempre a pequenas epidemias onde quer que apparecesse.

Outra diferença separava os dois tifos exantemáticos, e esta de ordem experimental: a inoculação de sangue dum doente com tifo histórico no peritoneu do cobaio provoca neste animal uma curva febril típica; se o sangue inoculado fôr, porém, dum doente com tifo murino, a curva febril é acompanhada dum sintoma de grande importância diagnóstica — a reacção escrotal. O animal inoculado apresenta uma tumefacção do escrôto, ao principio unilateral, depois bilateral, acompanhada de vermelhidão e calor da pele da região, e, — sintoma muito importante, também — uma fixação dos testículos nas bôlsas, impedindo a sua deslocação para a cavidade abdominal. Os esfregaços da vaginal, sobretudo da vaginal parietal, corados com qualquer dos métodos empregados para coloração de Rickétsias (Giemsa, Castañeda) mostram células carregadas destes elementos, se o exame é feito nos primeiros dias da reacção escrotal, ou Rickétsias extra-celulares, se o exame é feito mais tardiamente. Além disso, estas lesões repetem-se através de passagens feitas quer com sangue do cobaio colhido durante o período febril, quer mediante inoculações de líquido de «lavagem testicular», quer ainda de emulsões da vaginal parietal em sôro fisiológico.

(1) Trabalho realizado no Serviço 2 do Hospital Curry Cabral e no laboratório do Centro de Saúde de Lisboa.

Estudando a população murina numa prisão onde surgira um pequeno foco desta forma de tifo, conhecida no México pelo nome de *tabardillo*, autores americanos verificaram que, inoculando, em cobaios, cérebros de ratos dessa prisão, obtinham uma curva febril e reacção escrotal idênticas às que se observavam após a inoculação de sangue dos doentes. Isto levou-os a pensar que seria o rato (*mus ratus*) o depósito de vírus, e daí o nome que a doença hoje tem. A passagem pelo rato parece aumentar a virulência do vírus, de tal forma que vários investigadores aconselham, em presença de um caso suspeito de tifo murino, primeiro a inoculação no rato, e depois, decorridos alguns dias, a inoculação de emulsões de vários órgãos do rato no cobaio. Entre o quinto e oitavo dia após a inoculação do rato as rickétsias encontram-se com frequência na vaginal deste animal, se bem que os seus genitais nada apresentem de estranho, ao contrário do que se passa no cobaio. As rickétsias parecem multiplicar-se nas células endoteliais, acabando por rompê-las e passar para a circulação geral, fixando-se ao nível de outros órgãos, como, por exemplo, o cérebro, que pode servir para material de inoculação, quando esta se faz mais tardiamente. Conservando-se o vírus bastante tempo no cérebro do rato, é a este órgão que se recorre quando se pretende investigar a existência da doença numa população murina.

Ao estudar-se a sua difusão verificou-se que o piolho do corpo — que no tifo histórico desempenha papel primordial — não tinha aqui função alguma digna de nota. O tifo murino era transmitido pela pulga do rato e é este animal o reservatório de vírus. Era a pulga do rato que, abandonando o animal após a sua morte, contagiava o homem; mas esse contágio dava-se raramente, e isto explicava o carácter endémico do seu aparecimento. Dos outros ectoparasitas do rato, o piolho e os ácaros revelaram-se capazes de se infectarem; mas o primeiro não pica o homem e os segundos só excepcionalmente o parasitam, parecendo, pois, destituídos de importância para a difusão da doença. Segundo o critério exposto, foi o tifo murino considerado como uma doença do rato transmitida, de onde em onde, ao homem.

Não devo deixar de referir aqui uma questão de extraordinária importância, quer teórica, quer prática: ¿Que relação existe entre os dois vírus, murino e histórico? ¿Serão êles absolutamente diferentes, ramos bem separados dum tronco comum, ou são susceptíveis de se transformarem um no outro? Aqui divergem os conceitos: para a maioria dos autores americanos a doença do rato seria a forma ancestral do tifo histórico. H. Mooser, em 1932, escrevia: «Na minha opinião o tifo mu-

rino constitue a forma primitiva do vírus, enquanto que o tipo humano, obtido de casos epidémicos, representa a forma de adaptação secundária ao ciclo piolho-homem». Quere dizer, segundo êste conceito, uma epidemia de tifo histórico, clássico, poderia originar-se a partir dum primeiro caso de tifo murino, transmitindo-se de homem para homem através do piolho, desde o momento que o local onde apparecesse reúnisse condições favoráveis.

A esta hipótese opõe-se Ch. Nicolle. Num artigo escrito em 1932, em resposta a Mooser, concluia assim: «Para resumir numa frase esta tão longa dissertação, nós pensamos, como Mooser, que os dois tifos teem uma origem comum; mas não acreditamos que, actualmente, um se possa transformar no outro e que se possa afirmar que não existe senão um tifo».

Como se vê, êle não admite possibilidades de transformação. Em face do unicismo dos autores americanos, põe Nicolle o seu dualismo. A questão permanece em aberto. É possível, contudo, que a razão esteja mais do lado dos primeiros. Vários factos assim fazem pensar: o aparecimento de reacções escrotais no cobaio, se bem que pouco intensas e irregulares no seu aparecimento, em epidemias características de tifo histórico; a possibilidade experimental de converter um vírus noutra, conforme demonstraram Mooser, Varela e Pilz, fazendo com que um vírus histórico desse origem a reacções escrotais intensas no cobaio, mediante engenhosos artifícios de técnica.

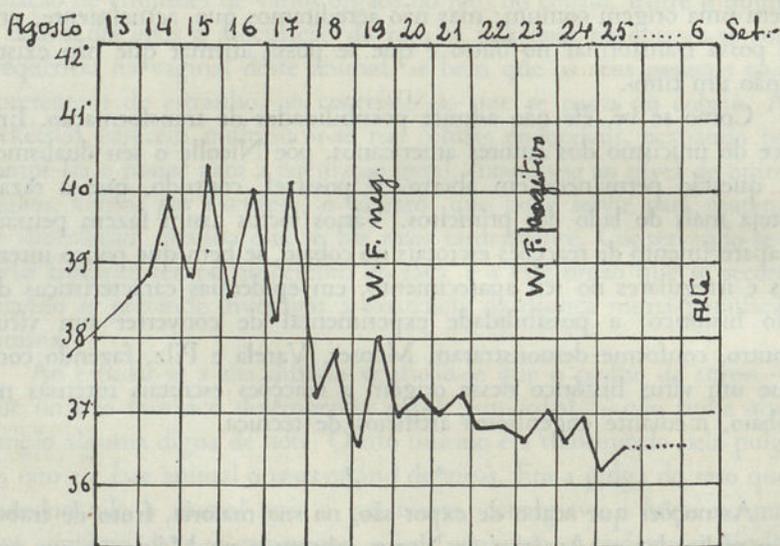
* * *

As noções que acabo de expor são, na sua maioria, fruto de trabalhos realizados na América do Norte, sobretudo no México, e em que figuram os nomes de Maxcy, Neil, Mooser, Zinsser, Castañeda, Kemp, e outros. O estudo da doença, quer clínico, quer experimental, foi feito com casos de tifo mexicano, e durante alguns anos se supôs que esta forma de tifo exantemático, tão característica pela benignidade e tendência a permanecer localizada, pelo reservatório de vírus — o rato —, pelo insecto vector — a pulga — e pela afecção provocada no cobaio — febre e reacção escrotal — era exclusiva do continente americano. E opunha-se então o tifo americano ao tifo europeu. Alguns anos depois, contudo, foram descritas na Europa formas idênticas de tifo exantemático. Reconhecida por Marcandier e Pirot, a bordo dos barcos de guerra em Toulon, e por Lépine na Grecia, a doença foi assinalada em várias regiões da Europa e do Norte de África. A noção de que o tifo murino existia somente na América desapareceu; e hoje, na

Europa, em presença dum doente com febre exantemática, além do tifo histórico e da febre escaro-nodular, devemos lembrar-nos também da existência desta afecção. Foi o que sucedeu no caso que passo a relatar:

H. C. F. S., de 26 anos de idade, corticeiro, residente em Arrentela; entrado no Hospital Curry Cabral a 13-VIII-1939, visto por mim no dia seguinte. Relata nessa altura a seguinte história:

Doente há cerca de dez dias. O início não foi extremamente brusco, andando as temperaturas dos dois primeiros dias à roda de 38°,5. Sentia dores na região lombar, que passaram rapidamente, e cefaleias grandes que ainda se mantinham



à data da primeira observação. Três dias antes de entrar para o serviço aparecera-lhe um exantema constituído por pequenas manchas róseas, que o doente notou primeiro nos antebraços e depois nas pernas. Segundo refere, o exantema já fôra dum vermelho mais vivo que no momento da primeira observação.

Estado geral regular. Exantema em geral maculoso, nalguns pontos papuloso, extremamente rico em elementos, que ocupa os membros superiores e inferiores, que é denso no tronco, e que poupa a face, a palma das mãos, e a planta dos pés. A côr do exantema, em geral, é rosa pálido, havendo, contudo, no dorso, vários elementos em transformação petequial. Língua húmida, saburrosa, vermelha nos bordos e ponta. Baço palpável um dedo abaixo do rebordo costal, indolor. Ligeiro gorgolejo na fossa ilíaca direita. Bradicardia relativa (100 p. m. para 39°,7). Auscultação cardíaca e pulmonar: nada de anormal.

R. de Widal com B. Tífico, Paratíficos A e B, negativa.

Interrogado particularmente sobre esse ponto, o doente nega contacto com cães, não lhe constando, mesmo, que na região onde trabalha haja cães infes-

tados com carraças. Na casa onde dorme há bastantes ratazanas, mas só no sótão, estando este (segundo diz) bem isolado do resto da casa.

Nos dias seguintes ao da primeira observação mantêm-se as cefaleias e a febre; o exantema vai empalidecendo, mas acentua-se, sobretudo no dorso, a transformação peteual. A 17 de Agosto queixa-se de dores nas extremidades, em particular ao nível dos joelhos e dos cotovêlos. Os reflexos tendinosos são normais. A 19 do mesmo mês o doente está consideravelmente melhor, óptimo, subjectivamente. Reacção de Weil-Felix com P.Ox19, negativa. A partir desse dia o doente passa sempre bem, entrando em franca convalescença. Nota-se certa pigmentação na pele, que é nítida nos elementos que sofreram transformação peteual. A 23 a reacção de W. F. (P.Ox19) é positiva a 1/40, 1/80, 1/160 (1). A 30 de Agosto repete-se a reacção, que se mantém positiva até 1/160, e a 6 de Setembro o doente tem alta, curado, tendo unicamente como resto da sua doença uma pigmentação ligeira nos sítios onde o exantema sofrera transformação peteual.

PARTE EXPERIMENTAL

A parte experimental deste trabalho divide-se em duas séries: uma tendo como ponto de partida a inoculação no cobaio de sangue total do doente extraído no 11.º dia de doença; outra que se iniciou com a inoculação do coágulo de sangue extraído mais tardiamente, no 15.º dia de doença, estando o doente já quasi apirético. Para mais fácil compreensão da marcha da investigação publico dois esquemas, um para cada série.

Pela análise do primeiro esquema vê-se que obtive resultados positivos no cobaio 6, nos ratos 10 e 20; duvidosos no rato 11 e no cobaio 15. O caso do rato 11 é interessante de examinar, porque é uma demonstração clara das idéias que expus sobre a multiplicação das rickétsias na vaginal e sua disseminação pelo organismo. Este animal foi sacrificado 12 dias após a sua inoculação, numa altura, portanto, em que não devia ter já rickétsias na vaginal, e estas se deviam ter fixado noutros órgãos. De-facto, os esfregaços da vaginal nada revelaram e a inoculação da «lavagem testicular» também nada produziu no rato 19. Pelo contrário, a emulsão de cérebro, inoculada no rato 20, provocou neste animal, 8 dias depois, o aparecimento de células carregadas de rickétsias (microfotografia 3).

Esta primeira série de experiências foi interrompida por motivos de ordem material.

PROTOSCOLOS DA PRIMEIRA SÉRIE

Cobaio 6 — Inoculado a 15-VIII-1939 com 2 cc. de sangue do doente, intraperitonealmente. No 6.º dia após a inoculação, reacção escrotal à esquerda. Ao 8.º dia, reacção escrotal à direita.

Sacrificado a 25-VIII-1939. Testículos aumentados de volume, vaginal bastante congestionada.

Relatório de histologia patológica — O conjuntivo inter-canalicular, bastante laxo, sem alterações. A periferia dos cortes, no conjuntivo, abundantes

(1) Não se fez R. de Weil-Felix com P.Ox2 por não ter sido possível obter antígeno.

vasos capilares, na maioria cheios de sangue com limites endoteliais aparentes. A parede mostra-se em alguns como que formada pela proliferação do endotélio com espessura regular e uniforme em toda a sua extensão; noutros observa-se um revestimento endotelial nítido, mas a parede é formada por elementos de natureza conjuntiva proliferados e por células de infiltração, entre as quais



Cobaio 6

Cobaio 9 — Inoculado a 23-VIII-1939, intraperitonealmente, com 1 cc. de sangue do cobaio 6. Em observação durante um mês, nada apresentou de anormal.

Rato 10 — Inoculado a 25-VIII-1939, intraperitonealmente com 1 cc. de sangue do cobaio 6.

Sacrificado 6 dias após a inoculação, sem ter apresentado reacção escrotal. Os esfregaços da vaginal revelam células idênticas às observadas no cobaio 6, mas com os elementos descritos mais nítidos (microfotografia 2).

Cobaio 12 — Inoculado a 25-VIII-1939, intraperitonealmente, com emulsão das supra-renais do cobaio 6.

Nos dois últimos dias, testículos um pouco aumentados de volume, mas sem reacção escrotal. Sacrificado em 19-IX-1939. Esfregaços da vaginal: não vi elementos suspeitos de rickétsias.

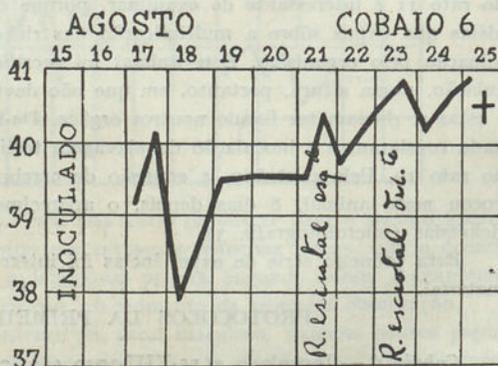
Cobaio 13 — Inoculado a 25-VIII-1939, intraperitonealmente, com emulsão de cérebro do cobaio 6. Nada de anormal durante 28 dias de observação.

Rato 11 — Inoculado a 25-VIII-1939, intraperitonealmente, com emulsão de cérebro do cobaio 6.

Sacrificado 13 dias após a inoculação. Esfregaços da vaginal: não revelaram imagens suspeitas de rickétsias.

se encontram pseudo-eosinófilos. Formase d'êste modo um regalo peri-vascular que, por confluência com o dos vasos vizinhos, dá origem a extensas formações, no meio das quais se encontram os vasos, tomando muitas vezes aspecto granulomatoso. Os processos decorrem essencialmente ao nível dos capilares, mostrando-se arteríolas livres. — *Dr. João de Campos.*

Esfregaços da vaginal mostram células endoteliais do protoplasma azul-claro, com numerosos corpúsculos azul-escuro, de tom levemente arroxeados, uns ovóides, outros um pouco alongados, parecendo bacilos muito curtos (microfotografia n.º 1).



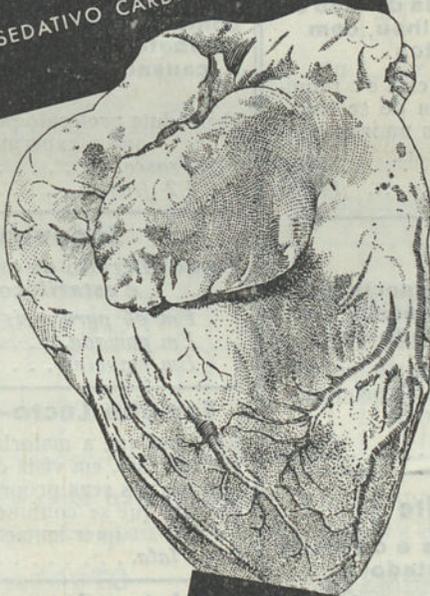
LISBOA MÉDICA

LABORATORIOS DEGLAUDE
15, BOUL. PASTEUR, PARIS (XV^e)

■
MEDICAMENTOS CARDIACOS
ESPECIALISADOS

■
GIMENEZ-SALINAS & C^a
246, Rua da Palma
LISBOA

SPASMOSEDINE
SEDATIVO CARDIACO



DIGIBAÏNE
TONICO CARDIACO

os 2 medicamentos cardiacos essenciaes



ESPECIALIDADES PORTUGUESAS

que pela sua originalidade nos honram em qualquer meio culto

Lipobiase

Emulsão vitaminada de óleo de fígados de bacalhau, com hipofosfitos

Para combater a Anorexia e o raquitismo. Tem a vantagem de se tomar tanto no verão como no inverno

1 frasco 26\$00
1/2 frasco 14\$00

Iodal

Iodo peptonado associado ao iodeto de Potássio em granulado

Não pode produzir iodismo, por não conter líquido, onde se produza ácido Iodídrico

Frasco 14\$00

Cerimalte

Extracto de cereais e de malte glicerosfosfatado

Alimento de doentes em estado febril

Frasco 19\$00

Fibrocalcina

Recalcificante preparado com sais de cálcio já assimilados pelos animais

Em comprimidos 6\$00
Em pó - frasco 17\$00
Injectável 20\$00

Lactobilina

Comprimidos queratinizados, contendo extracto de bilis, para combater a prisão de ventre, causada por insuficiência biliar

O produto preferido por toda a gente que o experimenta

Frasco 13\$50
1/2 frasco 9\$00

Sanavirus

Caldo filtrado de estreptococos e estafilococos

Em pó para irrigações 12\$00
Em pomada 10\$00
Em empoas 10\$00

Farinha Lacto-Bulgara

Alimento que a maioria dos médicos portugueses, em vista dos resultados obtidos nos seus próprios filhos, não permite que se confunda com qualquer imitação

1 lata 6\$00

Produtos de regimen alimentar para diabéticos

Albuminuricos Hipertensos
Peçom catálogo especial

Lactobiase

Fermento lactice, contendo os Bacilos Bulgaros documentados pelas análises oficiais. *Lactobiase Enema* para clistères nas febres tifoideas, paratifoideas e colibacilares

Laboratório Farmacológico de J. J. FERNANDES, L. DA

Rua Filipe da Mata, 30-32 LISBOA Telefones 4 2620-2 6476
Agencia no PORTO: Rua Mousinho da Silveira, 300 - Telefone 6380

Rato 20 — Inoculado em 7-IX-1939, intraperitonealmente, com emulsão de cérebro do rato 11.

Sacrificado 8 dias após a inoculação. Esfregaços da vaginal: células carregadas de rickétsias (microfotografia 3).

Rato 19 — Inoculado a 7-IX-1939, intraperitonealmente, com líquido de lavagem testicular do rato 11.

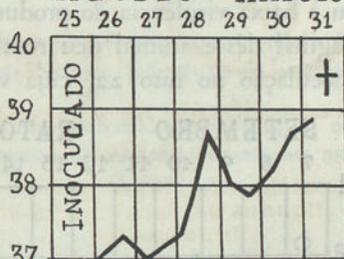
Sacrificado a 13-IX-1939. Esfregaços da vaginal: não vi rickétsias.

Cobaio 14 — Inoculado em 31-VIII-1939, intraperitonealmente, com líquido de lavagem testicular do rato 10.

Falecido em 5-IX-1939 de doença intercorrente.

Cobaio 15 — Inoculado em 31-VIII-1939, intraperitonealmente, com emulsão de cérebro do rato 10. Apirético durante 3 semanas de observação. 15 dias após a inoculação, edema pouco acentuado e passageiro dos genitais externos.

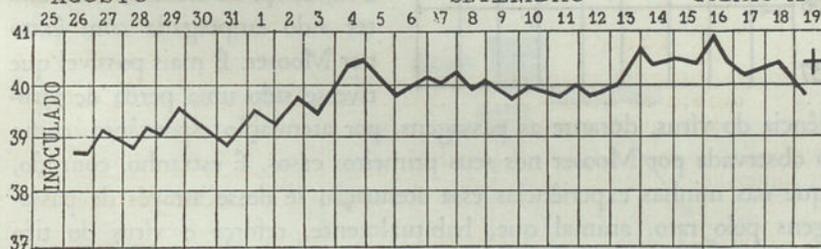
AGOSTO RAT010



AGOSTO

SETEMBRO

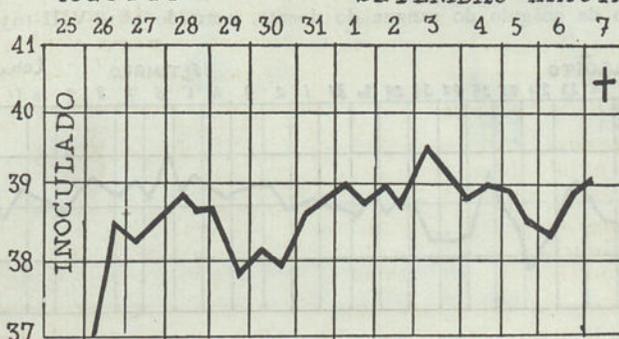
COBAIO 12



A 2.ª série dêste trabalho comporta um pequeno número de experiências, algumas das quais incompletas, devido a dificuldades de ordem

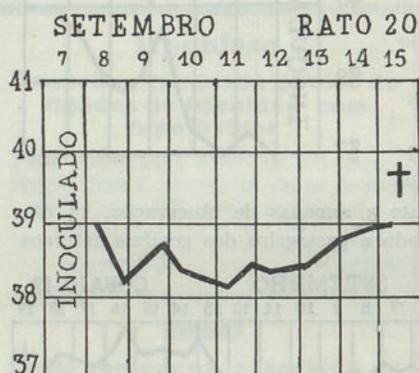
AGOSTO

SETEMBRO RAT011



material. Inicia-se em 19-VIII-39, com inoculação duma emulsão de coágulo de sangue do doente, extraído no 15.º dia da doença, com o

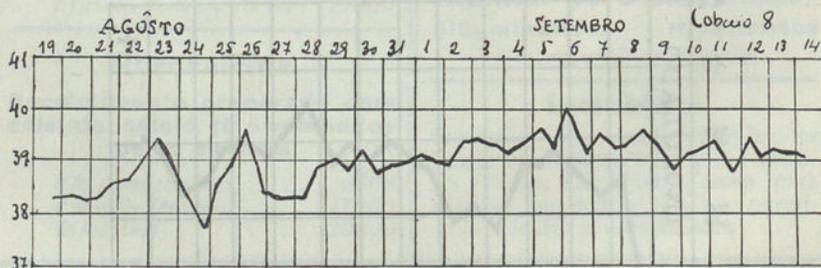
enfêrmo quasi apirético. Essa emulsão foi inoculada intraperitonealmente no cobaio 8. Este animal teve um movimento febril irregular, pouco típico, e só quasi um mês após a inoculação apareceu com edema dos genitais externos. Este prolongado período de incubação atribuo-o eu à baixa virulência do produto inoculado. O exame de esfregaços da vaginal dêsse animal deu resultado positivo. Fiz lavagem testicular e inoculação no rato 22, cuja vaginal mostrou, igualmente, rickétsias.



Dêste animal para os outros que se seguiram fiz a passagem mediante emulsão da vaginal parietal, abandonando assim a técnica da lavagem testicular (Mxycy). A partir do rato 22 não obtive mais resultados positivos. Não atribuo o fracasso à mudança de técnica, visto esta ter sido empregada com êxito por Mooser. É mais possível que tivesse sido uma perda de virulência do vírus, durante as passagens, por atenuação espontânea, como a observada por Mooser nos seus primeiros casos. É estranho, contudo, que nas minhas experiências essa atenuação se desse através de passagens pelo rato, animal que, habitualmente, reforça o vírus do tifo murino.

PROTÓCOLOS DA 2.^a SÉRIE

Cobaio 8 — Inoculado a 19-VIII-1939, intraperitonealmente, com 2 cc. de emulsão de coágulo do sangue do doente, extraído a 18-VIII-1939.



A 14-IX-1939 o animal é sacrificado, por se ter observado edema, não muito acentuado, do escroto. Esfregaços da vaginal mostram algumas células com rickétsias.

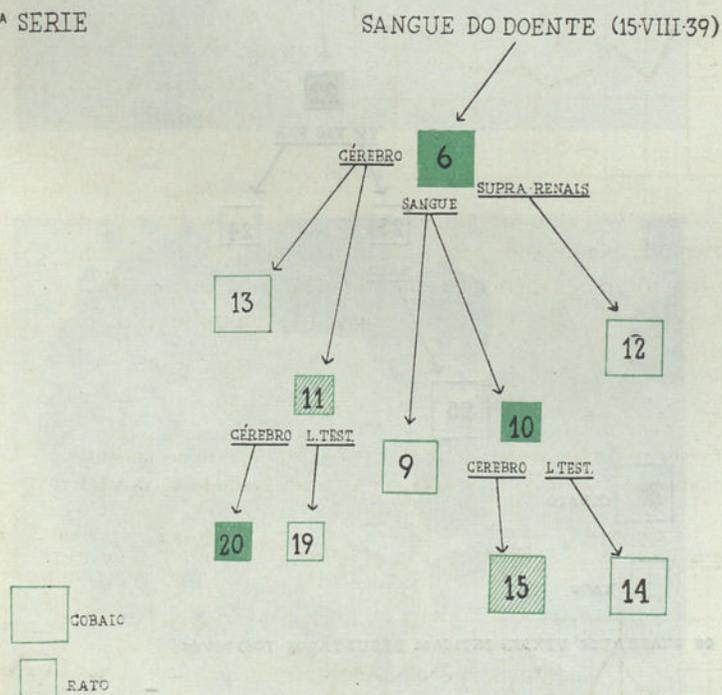
Rato 22 — Inoculado a 14-IX-1939, intraperitonealmente, com 1 cc. de «lavagem testicular» do cobaio 8. Sacrificado em 20-IX-1939. Esfregaços da vaginal revelam células carregadas de rickétsias (microfotografia 4).

Rato 23 — Inoculado a 20-IX-1939, intraperitonealmente, com emulsão da vaginal parietal do rato 22. Sacrificado a 27-IX-1939. Não vejo rickétsias nos esfregaços da vaginal.

Rato 24 — Inoculado a 20-IX-1939, intraperitonealmente, com emulsão da vaginal parietal do rato 22. Sacrificado a 26-IX-1939. Esfregaços da vaginal não revelam rickétsias.

Cobaio 25 — Inoculado a 27-IX-1939, intraperitonealmente, com 1 cc. de emulsão do baço do rato 23. Nada se observou de anormal durante um mês de observação.

1ª SERIE

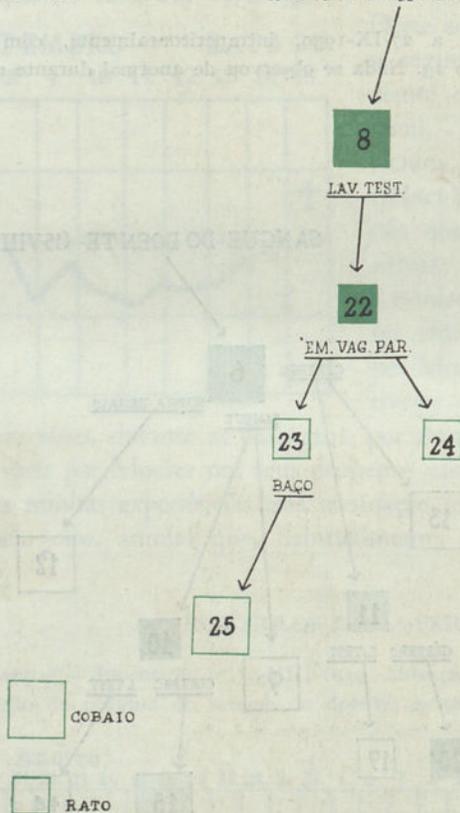


OS QUADRADOS VERDES INDICAM RESULTADOS POSITIVOS

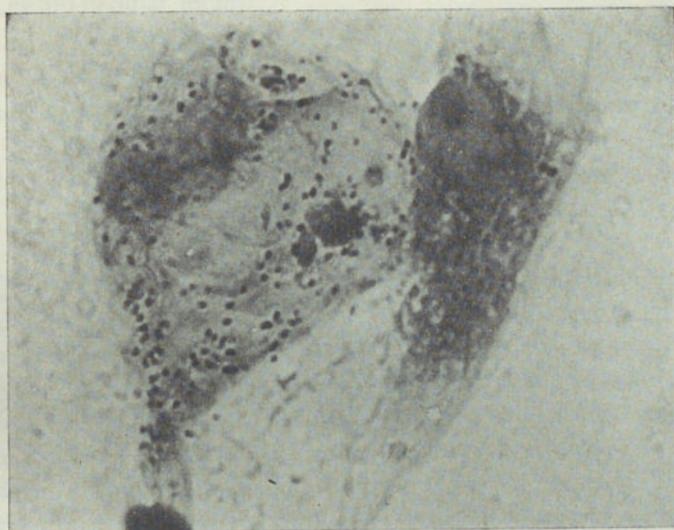
OS QUADRADOS TRACEJADOS INDICAM RESULTADOS SUSPEITOS

2ª SERIE

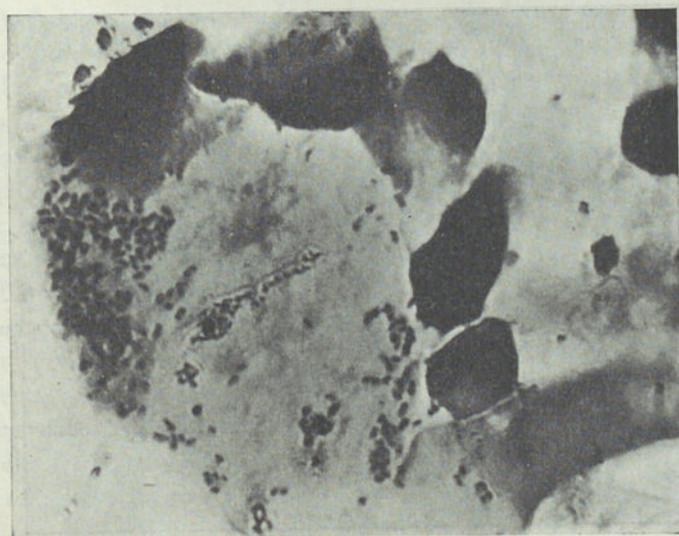
COÁGULO DE SANGUE DO DOENTE (18 VIII-39)



OS QUADRADOS VERDES INDICAM RESULTADOS POSITIVOS



N.º 1



N.º 2

Coloração : Castañeda (Mod. por Lépina)
Ampliação : 1540 D.



N.º 3



N.º 4

Coloração: Castañeda (Mod. por Lépine)
Ampliação: 1540 D.

Dr. PIRES SOARES — Inst. Histologia da Fac. Med. Lisboa

Os argumentos clínicos que me fizeram pôr de parte a idéia de febre escaro-nodular foram:

- 1.º — A ausência de escara de inoculação.
- 2.º — A ausência de convívio com cães, infestados ou não com carraças.
- 3.º — O facto do exantema ter poupado a face, a palma das mãos e a planta dos pés.

Qualquer dêles, de-per-si, era insuficiente. Mas, tomados em conjunto, tinham bastante importância. A estes argumentos de ordem clínica juntavam-se razões de ordem experimental:

Na febre escaro-nodular a reacção escrotal do cobaio após inoculação de material infectante, em geral, só aparece se êste fôr excepcionalmente virulento (carraças esmagadas). Caminepteros, que obteve esta reacção no cobaio, declara o seu fracasso quando se emprega sangue do doente. E a quantidade empregada é extraordinariamente maior que a que eu empreguei: 8 cc. distribuídos em duas doses de 4 cc. inoculadas em dias diferentes. (No meu caso inoculei, duma só vez, 2 cc. de sangue total). Acresce ainda a isto o facto do sangue do doente ter sido extraído muito tardiamente — 11.º dia de doença — numa altura em que já circulam pelo sangue substâncias virulicidas, falhando, por isso, muitas vezes, a inoculação de sangue total. Parece-me, pois, que estas circunstâncias (quantidade pequena e extracção tardia, e, a-pesar-de tudo, reacção escrotal intensa) são importantes argumentos contra a idéia de febre escaro-nodular, sobretudo se lhe acrescentar as razões de ordem clínica a que já fiz referência.

Uma hipótese mais difícil de afastar era a do tifo histórico. O facto da doença ter aparecido durante o verão, duma forma esporádica, e com ligeira gravidade, era argumento contra. Contudo, não se deve ignorar a presença de formas esporádicas, benignas, de tifo histórico. Todavia, alguns dados experimentais levaram-me a afastar, também, esta idéia. São êles:

- 1.º — A reacção escrotal intensa do cobaio inoculado. De-facto, se o tifo histórico pode também causar reacção escrotal no cobaio, esta é muito mais atenuada, nunca deixando, em geral, de ser possível fazer recolher os testículos para a cavidade abdominal.

A segunda razão, que eu considero também bastante importante, é o aparecimento de células carregadas de rickétsias na vaginal dos ratos,

quando sacrificados entre o 5.º e o 8.º dia, em opposição aos resultados negativos obtidos quando os sacrifiquei depois dessa data, o que está plenamente de acôrdo com os trabalhos de Maxcy, com tifo murino.

O único argumento que eu vejo contra a idéia de tifo murino é a atenuação espontânea do vírus através de passagens pelo rato, que se verificou na segunda série dêste trabalho. Esta atenuação está em desacôrdo com a opinião de Nicolle e outros investigadores, mas creio ter sido já observada também por alguns autores.

É evidente que o estudo dêste caso não é completo. Devia-se — e não se fêz por razões alheias à minha vontade — ter estudado a população murina da casa onde vivia o doente, e onde, possivelmente foi contagiado. Todavia, em face dos dados clínicos e experimentais expostos, e a-pesar-do indeciso que ainda há neste problema das rickettsioses, parece-me estar em presença dum caso de tifo murino.

BIBLIOGRAFIA

- BLANC, G. et CAMINEPTEROS, J. — *Arch. Inst. Pasteur*. Tunes, 1931, 20, 343.
 CAMINEPTEROS, J. — *C. R. Soc. Bio.*, 1932, 110, 344.
 CASTANEDA, R. — *J. Exp. Med.*, 1930, 52, 195.
 DURAND, P. — *Arch. Inst. Pasteur*, Tunes: 1931, 20, 56; *ibid.*, 1932, 21, 239 e 484.
 DURAND, P. et CONSEIL. — *Arch. Inst. Pasteur*, Tunes, 1931, 20, 54.
 DURAND, P. et LAIGRET. — *Bull. Soc. Path. Exo.* 1932, 25, 106.
 KEMP, H. — *J. Amer. Med. Ass.* 1932, 97, 775.
 LEVADITI et LEPINE. — *Les ultra-virus des maladies humaines* — Maloine, Paris, 1938.
 MARCANDIER et PIROT. — *C. R. Ac. des Sc.* 1932, 194, 399.
 MARCANDIER, PLAZY et PIROT. — *Bull. Soc. Path. Exo.* 1933, 26, 354.
 MACXY, H. — *U. S. Pub. Health Rep.* 1929, 44, 1935.
 MOOSER, H. — *J. Inf. Dis.* 1928, 43, 241; *Arch. Inst. Pasteur*, Tunes, 1932, 21, 1.
 MOOSER, VARELA, PILZ. — *J. Exp. Med.* 1934, 59, 11.
 NICOLLE, CH. — *C. R. Ac. des Sc.* 1932, 194, 804; *Arch. Inst. Pasteur*. Tunes, 1932, 21, 14.
 NICOLLE, CH., LAIGRET et GIROUD. — *Arch. Inst. Pasteur*, Tunes, 1933, 22, 326.
 NICOLLE, CH., LAIGRET, MARCANDIER et PIROT. — *C. R. Ac. des Sc.* 1932, 194, 1704.
 ZINSSER, H., CASTANEDA, MOOSER. — *J. Amer. Med. Ass.* 1932, 97, 231.

Êste trabalho foi c nfirmado, nas suas linhas gerais, pelo Dr. Eduardo Gallardo, do Instituto Nacional de Sanidad, Madrid. A deslocação do autor do artigo a esta cidade foi subsidiada pelo Instituto para a Alta Cultura.

LISBOA MÉDICA

Um progresso no tratamento da
diplopia



ÁTROPA-LAB

papaverina

Lab



AYER, LIMITADA
Lisboa Médica

Um progresso no tratamento da
blenorragia
e das
infecções estafilocócicas
pelo

Uliron

B
A
Y
E
R

*Um novo quimioterapêutico
por via oral*

Indicações:

Blenorragias

e todas as infecções gerais produzidas única-
mente por estafilococos, feridas infec-
tadas, panarícios, fleimões, hidrosadenites,
furúnculos e antrazes

Embalagem original:
Tubos com 24 comprimidos

»Bayer«
LEVERKUSEN
Representantes:

BAYER, LIMITADA
Largo do Barão de Quintelo 11-2º LISBOA



SINDROMA DE WATERHOUSE-FRIDERICHSEN

POR

SILVA NUNES

Pediatra dos Hospitais

Segundo Danciger, a literatura médica mundial contava, em Abril de 1940, apenas 74 casos de apoplexia supra-renal aguda com sépsis fulminante.

Conquanto pareça dever-se a Marchand, em 1880, a primeira descrição desta entidade patológica, como suposta doença de Werlhoff associada a hemorragia supra-renal, deve-se a Voelcker, em 1894, o primeiro caso, descrito minuciosamente. No entanto, foi o inglês Waterhouse quem, em 1911, teve a honra de apadrinhar êste síndrome, de que compartilhou, a partir de 1918, o norueguês Friderichsen.

Assim ficou integrado na nomenclatura médica o síndrome de Waterhouse-Friederichsen.

A maior parte dos casos descritos ocorre na primeira infância. Sacks, compulsando os casos publicados até 1937, atribue-lhes a cifra percentual de 70.

O comêço é, geralmente, súbito, hiper-agudo. A criança pode despertar bruscamente, se estava dormindo, solta um grito, tem vômitos e diarreia, por vezes com dores abdominais. A temperatura sobe, ora mantendo-se contínua, ora apresentando carácter séptico. Nota-se palidez alternando com cianose, sem doença pulmonar evidente que as justifique. A criança entra rapidamente em côma, aparecendo-lhe petéquias e, por vezes, grandes sufusões. A respiração torna-se irregular, com ritmo de *Cheyne-Stokes*.

Magnusson descreveu ainda um sintoma relacionado com o colapso circulatório, que consiste na dificuldade em obter sangue por incisão da pele.

No sangue pode observar-se hipoglicemia, leucocitoses variáveis, por vezes leucopenia, como no caso de Danciger, trombopenia e aumento dos tempos de hemorragia e de coagulação.

O meningococo tem sido considerado como factor etiológico em cerca de 70 % dos casos, provocando uma sépsis fulminante. Mas o

síndrome não é, como se depreende, necessariamente associado a meningococemia.

Embora mais raramente, apontam-se também o estreptococo, estafilococo, pneumococo, bacilos de Friedlander, piocianico, tífico, etc.

O caso que se descreve — o primeiro, cremos, publicado em Portugal — tem, como os anteriormente apresentados, uma curta história, inferior a 24 horas e com uma permanência no serviço de Pediatria Médica do Hospital Estefânia apenas de 4 horas.

A. M. A., do sexo feminino, de 6 anos, natural e residente no Seixal.

A história familiar refere mãe tuberculosa, falecida há 10 meses, de parto. Pai e dois irmãos saudáveis. Nos antecedentes pessoais nota-se nascimento normal, aleitamento materno até 1 mês, mixto até os 3-4 meses, idade em que foi desmamada. Apareceram-lhe os dentes tarde (?), andou só aos 21 meses, falando desde os 11. Mentalidade desenvolvida, mas saúde geral deficiente, tendo sofrido sarampo, tosse convulsa, convulsões e dentes cariados. Abscesso dentário há uma semana.

No dia 19-IV-40 fôra ainda à escola, veio almoçar a casa, ingerindo favas à refeição, regressou àquela às 14 horas para a abandonar definitivamente às 16, com saúde aparente.

Cantou, brincou com um irmão até às 20 horas. A essa hora teve um arrepio intenso, começando a queixar-se da garganta e subindo-lhe a temperatura. Administraram-lhe 0,10 de equinina com aspirina, que vomitou imediatamente, e um colutório de azul de metilene. Passou a noite agitada e febril. As 8 horas do dia 20 estava em coma e com o corpo coberto de petéquias. Deram-lhe um clister, que não revelou melena macroscópica.

Os médicos locais, então chamados, medicaram-na e aconselharam-lhe a vinda urgente para Lisboa, sendo por nós observada, cerca das 13 horas.

Tratava-se duma criança do sexo feminino, com bom estado de nutrição, em coma. Olhos abertos, imóveis. Hálito fétido. Corpo recoberto por petéquias e pequenas equimoses consecutivas a injeções. Não havia quaisquer sinais meníngeos.

Pulso fraco, acelerado. Tons cardíacos também acelerados, bastante fracos. Murmúrio respiratório com fervores úmidos dispersos, mais numerosos na parte posterior do tórax, sobretudo nas bases.

Ventre de panículo adiposo desenvolvido, deprimindo-se facilmente. Fígado aumentado, palpável cerca de 2 cm. abaixo do respectivo bordo costal. Baço impalpável. Sistema linfático normal.

Musculatura flácida. Hipo-reflexia. Dentes cariados, com tumefacção gengival, mas sem gengivorragias. Língua seca, vermelha na ponta e bordos. Amígdalas inflamadas.

Foi-lhe feita imediatamente uma análise de sangue, que revelou:

Eritrócitos por mm. ³	4.180.000
Hemoglobina	60 %
Valor globular	0,72

Acentuadas anisocitose e poiquilocitose; forte policromasia; 0,8 normoblastos.

Leucócitos por mm. ³	36.150
Neutrófilos	} 85,2
{ Seg. 56,4	
{ bast. 22,8	
{ Jor. 6	
{ miel. 0	
Eosinófilos	0
Basófilos	0
Linfócitos	8
Monócitos	6,8
Índice do desvio nuclear.....	1/2,5
Muitos neutrófilos degenerados.	

(a) *Pereira Leite.*

A hemocultura revelou abundantes estafilococos e bacilos irregularmente gram-positivos (*B. Subtilis*). A cultura está, provavelmente, inquinada.

(a) *J. Maia Loureiro.*

A doente faleceu às 17 horas do dia 20-IV-40, isto é, 4 horas após a sua hospitalização.

O exame necrótico, feito pelo Prof. Dr. Henrique Parreira, a quem se tributa o merecido agradecimento, revelou:

«Tumefacção medular das placas de Peyer e foliculos da porção terminal do ileon e da porção inicial do cego (febre tifóide). Hiperplasia da polpa esplénica. Congestão pulmonar bilateral. Tumefacção turva do miocárdio, fígado e rins. Congestão e hemorragia das cápsulas supra-renais. Púrpura cutânea. Cárie dentária do 1.º incisivo superior esquerdo e dos quatro premolares inferiores (dois direitos e dois esquerdos).

Exame histo-patológico:

Intestino:

Nos cortes que interessam as placas de Peyer verifica-se que estas estão tumefactas e edemaciadas, com certa redução dos foliculos linfóides, e nota-se a existência de células volumosas, mononucleares, que englobam no seu citoplasma linfócitos e detritos celulares (Fig. 1).

Diagnóstico histo-patológico: Tumefacção medular das placas de Peyer (febre tifóide).

Supra-renal:

Na camada cortical, mais ou menos conservada, os capilares apresentam-se muito dilatados, cheios de sangue e focos de hemorragia intestinal recente com destruição parcial das células parenquimatosas. A hemorragia atinge a camada medular, cuja estrutura está quasi desaparecida (Fig. 2):

Diagnóstico histo-patológico: Congestão — hemorragia intersticial recente.

(a) *H. Parreira.*

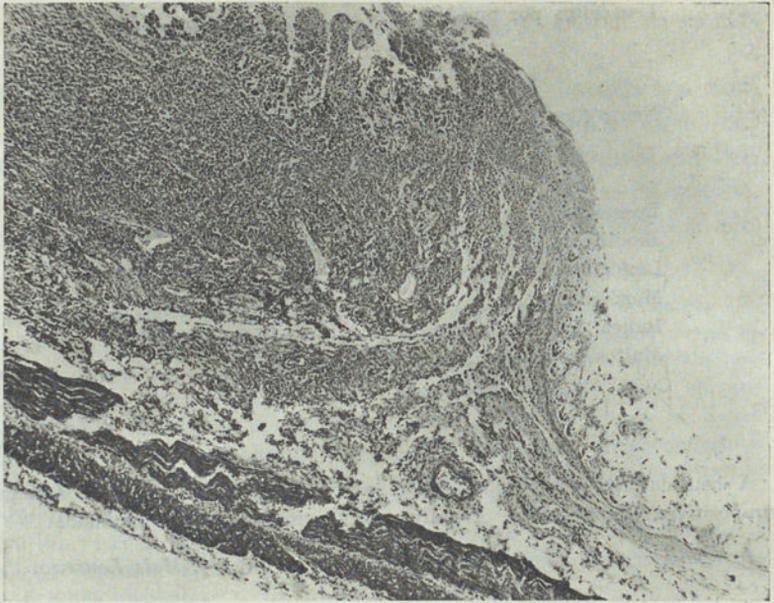


Fig. 1

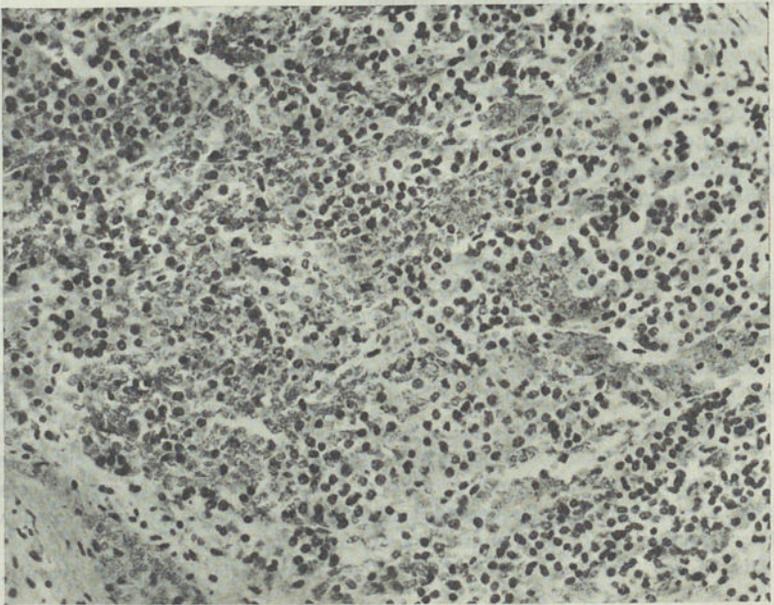


Fig. 2

Da descrição dêste caso ressalta, claramente, a presença dum síndrome clássico de apoplexia supra-renal aguda. Acresce-lhe, porém, uma particularidade: a coexistência dum tifo ambulatório.

É um facto que a criança apresentava, havia uma semana, um abcesso dentário, podendo presumir-se nêle a origem duma septicémia aguda. Mas, a hemo-cultura revelando estafilococos, não o atesta suficientemente porque, conjuntamente, se encontraram bacilos subtilis.

A febre tifóide foi um achado anátomo-patológico, pois sintoma algum a fazia prever na curta evolução da doença e na sua hiper-leucocitose (36.150 leucócitos) com neutrofilia de 85,2 %.

A subitaneidade dos sintomas podia lembrar uma intoxicação aguda. Especialmente no nosso caso, a doente comera favas horas antes de adoecer. O favismo parece ser uma doença exclusiva de certas regiões do Mediterrâneo (Itália, Grécia), afectando muitas vezes os impaludados, dando hemoglobinúria e anemia grave, segundo uns, por toxemia de substância contendo ácido cianídrico ou enzima (Kiamasi), mais provavelmente por shock anafilático, pois quer as lesões encontradas, quer as alterações humorais, correspondem às do shock experimental, a que acresce uma acção por vezes rapidamente resolutive de SO_4Mg_2 .

A febre tifóide fica-nos, pois, como causa determinante provável do caso que se apresenta.

A interpretação patogénica do síndrome de Waterhouse-Friederichsen, com o seu estado de shock, colapso circulatório, cianose, hipoglicemia e hiperpirexia, pode ser explicada pela apoplexia supra-renal e consequente destruição desta glândula.

As bactérias, por si só, invadindo por forma maciça a corrente sanguínea, dando embolias, ou as suas toxinas, podem ser causa das hemorragias cutâneas e supra-renais. Uma debilidade capilar congénita supra-renal facilitaria a trombose venosa bacteriana.

O papel desintoxicante supra-renal explicaria uma desapareição tóxica circulatória, com concentração supra-renal, produzindo hiperemia, destruição vascular e hemorragias.

Alguns AA. admitem que a infecção do fígado ou do baço pode dar uma verdadeira reacção anafiláctica, observando-se nesses órgãos uma infiltração eosinófila, linfocitária e plasmocitária, como na escarlatina.

As substâncias anafilactogénicas provocariam uma vascularite supra-renal, podendo estas alterações capilares estender-se a outras glândulas alterando a tonicidade da parede dos vasos sanguíneos.

O exame histológico das hemorragias punctiformes da pele revela

dilatação dos vasos, com maior ou menor infiltração hemática nos tecidos circundantes, sem rotura propriamente dita.

A teoria infecciosa como causa exclusiva, opõem-se, porém, estudos anatómicos. Assim, as hemorragias supra-renais dos recém-nascidos ou a trombose duma só glândula não provocam púrpura.

Também, segundo Levinson, a suprarenalectomia experimental não provoca diátese hemorrágica.

Outro facto ainda, realçado por Biddau, é a raridade do síndrome de W. F., quando é tão freqüente a meningococémia e tantas outras toxi-infeções de afinidade supra-renal, como a difteria.

A predisposição individual parece-nos dever ser encarada.

A existência de hipoplasia cromafim, no estado timo-linfático, também com tendências para a morte súbita, fêz admitir uma possível relação entre o síndrome de W. F. com aquêlo estado. De-facto, diversos AA. citados na bibliografia que consultámos têm encontrado, nos exames necrôpsicos, a coexistência de estado limo-linfático com êste síndrome, tendo freqüentes hemorragias nos folículos hiperplásicos do intestino. Poderia assim relacionar-se a febre tifóide com as hemorragias espontâneas das glândulas supra-renais, de que o nosso caso seria um exemplo.

Moro explicava a morte súbita, no estado tímico, por hipoplasia do tecido cromafim, que fracassa bruscamente. Nêle se descreve também a diminuta resistência capilar, a permeabilidade anormal, a hipotensão arterial.

Em resumo: a patogenia do síndrome de Waterhouse-Friederichsen gira fundamentalmente em tórno da hipótese toxi-infecciosa electivamente supra-renal, devendo, porém, considerar-se a predisposição individual, representada pelo estado timo-linfático, como factor adjuvante.

A evolução invariavelmente fatal em curto prazo da apoplexia supra-renal aguda, dispensa concepções terapêuticas, puramente fantasistas.

BIBLIOGRAFIA

- BIDDAU. — *La Pediatria*, Julho de 1938.
DANCIGER. — *Journal of Ped.* Abril de 1940.
GORDON. — *4th. Annual Meeting of the American Academy of Pediatrics.* Junho de 1934.
INGLESSI. — *Rivista de Clinica Pediatrica.* Dezembro de 1938.
KUNSTADTER. — *Arch. of Ped.* Agosto de 1939.
LEVINSON. — *Journ. of Ped.* Abril de 1939.
MAGNUSSON. — *Rev. Franc. de Ped.*, n.º 3, de 1936.
THOMAS. — in *Trat. Encicl. de Enf. de la Inf.* Vol. I, 1934.

PIERRE MARIE

A história contemporânea é de tal maneira assinalada pela velocidade que as gerações novas mal conhecem os grandes nomes que encheram de admiração a época anterior. E não há que falar em ingratidão, pois sentimentos e afectos não lograram ainda adaptar-se à unidade de tempo que hoje rege a ciência nem ao ritmo em que o homem gasta a vida.

O risco do esquecimento é maior em Pierre Marie porque, tendo vivido com lúcida inteligência até aos 87 anos, abandonara de todo o tablado da medicina desde 1923. Na idéia de que «a carreira se deve cortar a tempo», exilou-se voluntariamente nas propriedades que possuía na Bretanha e na Provença para se acolher ao ambiente requintado das suas colecções de arte e ao conchêgo da família que só algum raro privilegiado tinha o direito de devassar. Por isso convém que o menor dos seus discípulos evoque em breves palavras aos leitores da *Lisboa Médica* a figura do Mestre e a sua obra, tão vasta na extensão como imperecível pela qualidade, que o eleva à dignidade de um dos maiores médicos de todos os tempos.

Logo na idade de 33 anos descreveu com Charcot, de quem era o discípulo dilectô, a *miopatia progressiva das extremidades*, às vezes *familiar*, acompanhada de lesões dos cordões posteriores que ficou conhecida nos livros com o nome dos dois autores. O tempo consagrou a afecção e deu-lhe direito de cidade no catálogo das doenças hereditárias, onde representa o tipo neural do grande grupo das atrofia musculares progressivas.

Pela mesma época o génio de Pierre Marie revelou-se em todo o vigor na descrição da entidade que classificou de *acromegalia*. Na memória publicada na *Revue de Médecine*, em 1886, definiu com tal precisão os caracteres somáticos da doença, as perturbações funcionais da esfera genital e da visão, a marcha evolutiva até à caxequia e o próprio tumor pituitário, que o quadro ficou clássico e os demais observadores pouco lhe puderam acrescentar.

O diagnóstico diferencial também ficou logo bem delineado; mas Marie desejava ver a acromegalia ainda melhor isolada. Da análise minuciosa de casos susceptíveis de confusão nasceu um síndrome novo, a *osteo-artropatia hipertrofiante pneumica*, a que deu este nome por lhe atribuir causa tóxica, originada em processos infecciosos do aparelho respiratório. Os modernos não se conformaram com o exclusivo da etiologia, mas o tipo morfológico perdura.

Uma vez aberto o filão as descobertas sucedem-se, e fecunda foi a predilecção de Pierre Marie pelos aparelhos osteo-articulares. Ficámos-lhe devendo o conhecimento da *espondilose rizomélica* e da *disostose cleido-craniana*, trazidas a público em 1896 e 98. A primeira veio a provar-se com o tempo por argumentos anatómicos e radiológicos que não constituía uma entidade autónoma. Não porque a descrição do tipo clínico fôsse imperfeita, pois até deu lugar a discussões de prioridade com o digno rival de Marie que era Strümpell; o que se reconheceu foi a existência de casos com lesões limitadas à coluna, e é o conjunto de todos que forma a verdadeira espécie nosológica, a artrite crónica anquilopoiética. A disostose cleido-craniana, essa foi integrada definitivamente e sem retoque no capítulo das doenças heredo-familiares. Os investigadores subsequentes unicamente juntaram ao grupo algumas formas «frustes», como é da praxe em doenças tais.

No campo propriamente neurológico a forte originalidade de Marie deixou marcada a garra na *heredo-ataxia cerebelosa*, no quadro dos *lacunares* e na nevrite *hipertrofica familiar infantil* da sua autoria.

A heredo-ataxia separou-a da doença de Friedreich em 1893 firmado no predomínio dos sintomas da série cerebelosa e na conservação, quando não no exagêro, dos reflexos tendinosos. Clínicamente a destriça conserva ainda hoje a legitimidade, aceite por todos; à luz da heredo-biologia é forçoso entretanto considerar os dois tipos como muito aparentados. Mas a-pesar-de tudo alguns trabalhos recentes inclinam-se a admitir uma genotipia especial para a forma de Marie.

O estudo dos lacunares, de 1909, é um modelo de rigor e agudeza de observação clínica e um rico repositório de factos anátomo-patológicos. Contento-me em destacar-lhe a marcha «à petit pas», a evolução especial do síndrome e a localização das lesões.

Quanto à nevrite hipertrofica, é por emquanto difícil marcar-lhe posição definitiva no grupo das doenças hereditárias. Há tendência para a aproximar da amiotrofia neural, mas a dissemelhança é tão

grande e os casos são tão raros que o melhor é atermo-nos por-ora à descrição primitiva, à espera de factos novos.

Qualquer das entidades ou síndromas aqui lembrados bastaria para consagrar um nome; mas Pierre Marie, com a mesma clara visão com que os descobriu, com tão exacta propriedade os baptizou, que não é para admirar que os vindouros guardem o nome das doenças e acabem por esquecer o do próprio autor. Por isso me parecia justo que, pelo menos, a acromegalia se chamasse sempre *doença de Marie*.

A obra de segunda grandeza do Mestre abrange na sua amplidão tódã a neurologia e não cabe nesta curta resenha. Nomearemos apenas algumas das aquisições maiores, como a atrofia das células piramidais do córtex na doença de Charcot, a descrição magistral da acondroplasia no adulto, a noção da natureza infecciosa da paralisia infantil, a aplicação de igual conceito à esclerose em placas e à hemiplegia infantil, a organicidade da epilepsia, o reflexo contralateral dos aductores, a idéia da participação do núcleo lenticular na motilidade e na articulação da fala, certas formas de encefalite letárgica, para se avaliar da sua importância.

Se em face de uma obra de tal magnitude quisermos compreender o génio de Marie tentando determinar qual é o carácter comum que assinala as suas principais criações, temos de concluir que êste consiste na visão sintética global do quadro clínico, que conduz logo de entrada ao isolamento do tipo ou, num plano superior, ao estabelecimento da espécie nosológica nova; depois é que vem a dissecação do todo em cada uma das suas peças, praticada com rigorosa e penetrante observação. E porque esta sempre se cingiu aos factos, a obra, tirando algum pormenor de interpretação, continua de pé e tem assegurada a eternidade.

Não me seria levado a bem pelos neurologistas de escola francesa, se calasse aqui a intervenção de Pierre Marie na discussão do problema da afasia. A verdade é que, até pela paixão com que foi travada e pelo ruído que fêz à sua volta, destoou do carácter grave e eminentemente construtivo de tódã a restante obra. Foi iconoclasta para além do próprio tema e teve a eivá-la um certo anacronismo por não tomar em conta noções de localização e arquitectura cerebrais já conquistadas, que o Mestre aliás conhecia. Mas o génio não seria humano, se não tivesse defeito.

Pierre Marie exerceu a sua actividade primeiro na Salpêtrière, depois em Bicêtre. A partir de 1909 recebeu o encargo de ensinar a anatomia patológica na Faculdade e, por morte de Déjerine em 1917,

voltou para a Salpêtrière a assumir a regência da cadeira de Charcot que por todos os direitos lhe pertencia.

Foi no hospício de Bicêtre, no semestre do inverno de 1910-11, que tive a excelsa honra de ser seu discípulo, de companhia com os internos do serviço Charles Foix, talentosa esperança permaturamente desaparecida, e de J. A. Barré, depois professor em Estrasburgo. Nesse verdadeiro museu de doenças crônicas do sistema nervoso, só igualado na Europa pela Salpêtrière, foi-me dado admirar o clínico de mais pronto e penetrante diagnóstico de quantos conheci — e tive para comparação os mais célebres da época. Na sala de admissão e nas enfermarias, especialmente na chamada «Sibéria», e depois na mesa de autópsia e no laboratório prodigalizava Marie o seu imenso saber que se estendia a todos os ramos da medicina. Tôda a patologia interna, abrangendo as especialidades, lhe era por igual familiar e a sua grande erudição não desprezava a ciência estrangeira. Fazia os mais difíceis diagnósticos quási sempre de relance, por impressão global e, como tinha feitio autoritário, não era dado a justificá-los; mas nem por isso deixava de ter sempre presente a divisa de Montaigne: «Que sais-je?» Desta sabedoria dava prova quando, assediado por nós perante algum caso obscuro para lhe rompermos o reservado mutismo, respondia com modéstia: «J'en sais autant que vous». Um tanto céptico, criticando com a ironia cáustica da sua raça o que não aceitava boamente, era pouco atreito a teorias; o seu forte era a observação e o método anátomo-clínico de que tinha por uso dizer que, «aplicado com senso, nunca tinha induzido em êrro ninguém».

Aos doentes encantava-os logo ao primeiro contacto com o trato bondoso e com uma particularidade digna de menção: Era perito em tudo quanto interessa às artes e ofícios de que até os próprios termos técnicos conhecia.

Na estima de Pierre Marie tinham lugar à parte os discípulos, dispersos pelos centros neurológicos franceses e de todo o mundo, onde muitos honraram a memória do Mestre com a própria celebridade. Aos estrangeiros acolhia sempre com afectuosa deferência, quando voltava a enontrá-los, e reservava-lhes em casa uma tarde para se informar dos seus progressos na carreira e para os aconselhar; dos patrícios muitos ficaram devendo à sua influência decisiva as situações predominantes que vieram a ocupar.

O homem que desfrutou com abundância todos os bens do mundo, saúde, fama, honras, riqueza, também teve espinhos na vida: uns de-

rivados das próprias culminâncias da posição onde herdara de Charcot a grande influência na Faculdade, outros nascidos da incompreensão dos homens que não atingiam os vãos do seu espírito superior a sentimentos mesquinhos, mesmo quando ditados por princípios defensáveis. Os mais agudos feriram-no em cheio no coração; morreu-lhe o filho único, vitimado por uma infecção botúlica experimental, e perdeu a companhia da santa senhora que era Madame Marie. O Destino, depois de o ter atribulado tão duramente no final da vida, teve para com êle uma última generosidade. Deu-lhe o eterno descanso antes que sofresse a maior das provações: o luto da Pátria esmagada pela adversidade.

Com a pessoa de Pierre Marie desaparece um dos príncipes da medicina mundial e uma das maiores glórias da França. Nestas simples palavras de culto pelo Mestre rendo também homenagem à terra que gera tais filhos.

ANTÓNIO FLORES

Revista dos Jornais de Medicina

ALTERAÇÕES DA ACIDEZ GÁSTRICA NO HIPERTIROIDISMO. (*Störungen der Magenazidität bei der Hyperthyreose*), por Wolfgang Thiele — *Deutsche Mediz. Wochenschrift* — N.º 48 — Dezembro de 1939.

Muitos autores estudaram o assunto e os resultados obtidos, divergentes, levam uns a afirmar a falta de qualquer uniformidade de comportamento da acidez gástrica no hipertiroidismo, enquanto que outros concluem pelo predomínio da hiperacidez e o maior número encontra — em considerável percentagem de casos — valores de hipoacidez.

Pesquisas experimentais levaram também a resultados opostos.

As mais diversas causas se têm atribuído, na discussão do problema, as alterações da acidez e o A. acha que, dum modo geral, se teve em pouca consideração o papel do próprio estômago. A maioria dos autores realça a influência do transtórno endocrino em causa sôbre a acidez gástrica, mas, para o A., esta é condicionada no hipertiroidismo em parte nervosamente e em parte também orgânicamente. Um verdadeiro processo de gastrite, com ulterior atrofia da mucosa, levaria a perturbações no sentido de hipoacidez e mesmo, em casos antigos, a aquilias.

O A. estudou 90 casos de hipertiroidismo e relata, em seguida, os resultados observados.

Em 45 % dos casos não encontrou alteração sensível dos valores normais de acidez e nos restantes, hiper- e hipoacidez estão quási igualmente distribuídas, mas, enquanto que nos casos recentes predomina a hiperacidez, com o prolongamento da doença há mais casos de anacidez, explicáveis, para o A., pelo processo de gastrite crónica então coexistente.

Em casos graves de Basedow observou-se, de preferência, anacidez. 72 % dos estados de anacidez verificados pelo A. correspondiam a casos de hipertiroidismo.

Vê-se assim que, tanto à duração da doença como ao seu grau de gravidade, se pode atribuir papel de certa importância no valor da acidez gástrica.

Por último, o A. observou os seus casos quanto à possível existência de uma relação entre anacidez e hematopoiese; em 70 casos de hipertiroidismo encontra raramente (apenas em 4 casos) anemias pronunciadas, parecendo-lhe

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

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

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

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

SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilisação terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

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

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

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

LABORATORIOS CLIN COMAR & C^{ie} — PARIS

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

D. P. 158

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

COMPOZIÇÃO : Cada empôla de CINNOZYL
contem a solução seguinte esterilissima :

Cinnamato de bensitylo puro.....	0 gr. 05
Cholesterolina pura.....	0 gr. 10
Camphora	0 gr. 125
Azeite puro lavado pelo alcool.....	5 c. c.

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

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

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

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

127

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^{ie} Pharmas. de 1^o cl. Fornecedor dos Hospitais.
20, Rue des Fossés-St-Jacques. PARIS

“Ceregumil”
Fernández

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

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

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

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

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

TERMAS DO ESTORIL

Estabelecimento-Hidro-Mineral e Fisioterápico

Banhos de água mineral, do mar, quentes,
carbo-gasosos, duches e inalações

ONDAS CURTAS — Raios ultra-violetas e infravermelhos,
correntes electricas, massagens, mecanoterápica e gymnástica

Tratamento do reumatismo, gota, doenças das senhoras
e da circulação. Linfatisimo e escrofulose. Obesidade.

Informações detalhadas: SOCIEDADE PROPAGANDA DA COSTA DO SOL — ESTORIL

que as anemias hipocrômicas encontradas às vezes nos hipertiroidismos, ainda que relacionadas causalmente com estes, derivam menos da anacidez coexistente do que duma perturbação tireotóxica directa.

Pode admitir-se, contudo, a existência de um quadro típico de anemia perniciosa condicionado por um hipertiroidismo que tenha levado a um estado de aquilia, mas isto só muito raramente.

Oliveira Machado

O TRATAMENTO DA DESCOMPENSAÇÃO CARDÍACA NOS U. S. A.
(*Behandlung der Kardialen Dekompensation in U. S. A.*), por J. Jensen —
Deutsche Mediz. Wochenschrift — N.º 2 — Janeiro de 1940.

Depois de algumas considerações sôbre o conceito de estase cardíaca, o A. descreve a terapêutica geralmente usada, começando por destacar a importância do factor repouso, sempre mais notável quando o doente é hospitalizado — levado para fora do ambiente habitual — e só possível, por vezes, com o emprêgo de morfina em doses repetidas de 0,01 gr.

Depois de uma ou duas noites dormidas com o auxílio desta, poderá substituir-se por calmantes mais suaves, do grupo do ac. barbitúrico ou do bromo.

Limitação rigorosa da entrada de líquidos: a retenção dêste nos tecidos, aliás sem hidremia, devida a insuficiência cardíaca, assim o exige; a melhor forma de a controlar consiste na pesagem regular do doente, podendo assim descobrir-se o início duma descompensação cardíaca muito mais precocemente do que atendendo só ao edema.

Sangria — só em casos de edema pulmonar agudo e em certos estados de descompensação com forte cianose e estase pulmonar. Em geral está pouco indicada no tratamento da descompensação cardíaca.

Tratamento digitálico — ocupa nos U. S. A. o lugar de preferência. O A. estuda o seu modo de actuar conforme as opiniões dos vários autores britânicos e americanos, cita as drogas de efeito semelhante ao da digitalis, a forma preferível de administração, as indicações tão discutidas do tratamento pela digitalis e o seu método de aplicação e, por fim, os sintomas tóxicos que pode originar.

Diuréticos — que é sempre aconselhável juntar à tonificação cardíaca: limitação da quantidade de sal, uso do cloreto de amónio (3 gr. 3 vezes por dia) — contra-indicado no caso de insuficiência renal — e de preparados de mercúrio (Salirgan, Mercupirin), uso de drogas do grupo de Teofilina — menos activas que as anteriores — e de injecções endovenosas de sôro glicosado hipertónico.

Oxigénio, em inalações.

Em seguida o A. fala no papel que desempenham as infecções no aparecimento duma insuficiência cardíaca de começo rápido e do prognóstico consoante os resultados da terapêutica empregada, avaliados pela prova do pêso, pelo estudo do pulso, da pressão sanguínea, da dispneia, da velocidade circulatória e sobretudo da pressão venosa.

Por fim, a-propósito da tiroidectomia como meio de tratamento da descompensação cardíaca, diz que só em casos muito limitados poderá usar-se, naqueles casos em que a insuficiência progride lenta e inexoravelmente, sem reagir à melhor terapia medicamentosa.

Oliveira Machado

ETIOLOGIA E TRATAMENTO DE ÚLCERAS DA PERNA. (*Etiology and treatment of ulcers of the leg*), por Zimmerman & Faller — *Surg., Gyn., and Obst.* Vol. 70, n.º 4, pág. 792. — Ano de 1940.

As dificuldades encontradas no tratamento de úlceras da perna manifestam-se claramente nos 50 tratamentos diferentes recomendados nos últimos 2 anos.

Os AA. adoptam a designação «úlceras de perna» e não «úlceras varicosas», porque pode existir úlcera sem varizes. No entanto (pondo de parte as úlceras traumáticas, específicas ou neoplásicas da perna) a maioria, se nem sempre está em relação com o aparecimento prévio de varizes, está constantemente ligada a alterações da circulação venosa do membro. A úlcera pode originar-se ou em lesões das veias superficiais, ou das profundas. No primeiro caso o ponto de partida são varicosidades; a estase, em virtude da circulação ser, por consequência, pouco activa e a reacção de degenerescência que se verifica existir na íntima, favorece a fixação de bactérias circulantes e vindas de pontos mais ou menos afastados. Assim se instala uma flebite que exacerbam os traumas constantes a que o membro está sujeito; sucessivamente aparece periflebite, endurecimento cutâneo por alterações da circulação, eczema e, finalmente, úlcera.

As veias profundas podem também provocar o aparecimento de um processo semelhante; as lesões iniciam-se por trombo-flebite daqueles vasos e manifestam-se, no início, por edema; êste estado favorece a infecção da pele (erisipela, etc.) e sucessivamente aparece fibrose do tecido celular subcutâneo, depois endurecimento da pele, parecido com o referido acima, a-propósito das úlceras partidas de varizes; seguidamente vem a úlcera.

As úlceras, consequência de tromboflebite, são mais extensas, de desenvolvimento mais rápido, os tecidos estão mais alterados e a cura é mais difícil. Pode sempre partir-se do princípio de que se uma úlcera fôr grande, não reagir facilmente ao tratamento e fôr desproporcionada às lesões varicosas em torno, deve ser devida a flebite profunda.

As duas formas têm pois patogenese e manifestações clínicas semelhantes. O tratamento preconizado pelos AA. é também o mesmo, quer se trate de uma forma, quer de outra. Antes de o descrever, recomendam ter sempre presente que, uma vez instaladas as alterações dos tecidos (fibrose e isquemia cicatricial) pode o processo inflamatório curar, mas as lesões dos tecidos continuam a sua evolução.

O tratamento seguido consistiu em fazer maçoagem constante sobre os tecidos endurecidos; conseguiu-se, mantendo mecânicamente uma pressão suave

sobre as lesões e aconselhando os doentes a fazer a sua vida habitual. Dêste modo só ficam de cama os doentes que não toleram ligaduras na perna ou têm um processo infeccioso sério. Usaram sucessivamente colocar esponjas de borracha sobre a ferida, mantidas com ligaduras, pasta de Unna impregnando ligaduras, etc. Chegaram à conclusão de que o melhor era só a pasta de Unna (óxido de zinco 1, gelatina 2, glicerina 3, água 4) e os resultados foram e têm sido tão bons que não compreendem a vulgarização tão limitada obtida por êste processo. Ele faz desaparecer rapidamente a dor, o edema, o exsudado e a úlcera adquire rapidamente tecido de granulação.

Nas úlceras calosas succede, por vezes, depois de rápidos progressos no início, a lesão manter-se estacionária; bastará então pôr umas fitas de adesivo sobre a ferida, que serão suficientes para excitar a formação de tecido de granulação; se ainda assim, passado um tempo, não se fizer a cicatrização, pode aplicar-se uma almofada de borracha-esponja sobre a úlcera. É especialmente vantajoso o emprêgo destas borrachas nas úlceras de fundo irregular e profundo; consegue-se com elas aplicar a pressão sobre toda a superfície.

A pasta, que, uma vez feita, solidifica, deve ser derretida a banho-maria antes da aplicação. Pincela-se com ela toda a perna, do joelho ao pé; depois enrola-se uma ligadura de gaze, sem deixar pregas; em seguida, nova camada de pasta e nova ligadura, esta finalmente mantida no seu lugar com tiras de adesivo. A princípio, a não ser que o penso se suje de-pressa, mudá-lo uma vez por semana; depois, à medida que o exsudado e o edema diminuírem, não substituir a pasta senão de 2 ou de 3 em 3 semanas.

Uma vez obtida a cicatrização, convém manter a ligadura até à cura da esclerose dos tecidos; nas pernas com edema constante, causado pela tromboflebite, convém usar a ligadura permanentemente.

É necessário também tratar as varizes, se existirem; não que êsse tratamento tenha grande influência sobre as lesões ulcerosas actuais, mas para evitar, um vez a cura obtida, o reaparecimento do processo.

As varizes só deverão ser tratadas depois dos fenómenos inflamatórios agudos terem arrefecido, por consequência, depois de aplicar várias vezes a pasta de Unna. Usam a secção da safena junto à crossa, seguida de injeção esclerosante no tópo distal; posteriormente esclerosam todas as varicosidades, pela técnica habitual. Como líquido, depois de terem experimentado todos, os que lhes deram melhores resultados foram os sabões de ácidos gordos.

Para completar o seu trabalho, dizem os AA. que quando a exsudação da úlcera fôr bastante intensa e fétida, lhes tem dado bom resultado aplicar, antes da pasta, um unguento de mercurocromo a dois por cento em partes iguais de lanolina e vaselina. Nos casos muito dolorosos, usar um unguento que tenha incluído um anestésico.

Também pode suceder não ser possível ao doente tolerar de início qualquer penso oclusivo; a retenção do exsudado pode dar lugar a perturbações graves, com vômitos, hematórias, etc. Aplicar então compressas embebidas em sub-acetato de alumínio, até desaparecer o eczema e a exsudação.

Necessariamente a sífilis deve ser pesquisada e, em caso positivo, empregar pomada mercurial antes da pasta. A diabetes, arteriosclerose, avitaminoses, também podem coexistir.

Por fim referem-se ao tratamento pelos enxertos de pele, só para dizer que não lhes mereceu atenção por ser mais complicado e imobilizar o doente, o que não sucede com o método ambulatório adoptado.

F. de Almeida

O TRATAMENTO DO ABORTO ESPONTÂNEO, IMINENTE, OU HABITUAL. (*The treatment of spontaneous threatened, or habitual abortion*), por Collins, C., Weed & Collins — *Surg., Gyn., and Obst.* Vol. 70, n.º 4, pág. 782 — Ano de 1940.

Deve ser posta de lado a idéia de que, se fôr evitado um abôrto iminente, o feto, ao atingir o térmo, pode vir com malformações.

Não há um medicamento que evite todo e qualquer abôrto dos enunciados acima; para tentar resolver o assunto com maiores probabilidades de êxito, os AA. usaram uma combinação dos produtos que têm dado melhores resultados. Assim, administraram a tôdas as suas doentes, como base, vitamina E, sob a forma de óleo de trigo, até aos 8 ou 8½ meses da gravidez; conjuntamente deram, tôdas as semanas, uma injeção intramuscular de hormona gonadotrópica (possivelmente *antuitrin S. Parke Davis*) até aos 4½ meses. O progesterone foi dado também por via intramuscular, mas sòmente quando dores espasmódicas ou hemorragias a isso obrigaram; uma vez desaparecidas, voltaram à hormona gonadotrópica. Pesquisaram os casos de hipotiroidismo mesmo fruste; foram combatidos com extractos tiroideus.

Os resultados obtidos em 36 doentes foram excelentes.

F. de Almeida

MORTALIDADE FETAL. (*Fetal Mortality*), por Scott — *Amer. J. of Obst. and Gyn.* Vol. 39, n.º 3, pág. 382 — Ano de 1940.

O A. faz várias considerações sôbre os nado-mortos e os recém-nascidos mortos no Toronto General Hospital durante quatro anos (1935-38).

Houve ao todo 3.745 partos, com 149 nado-mortos e 80 recém-nascidos falecidos até ao fim do 1.º mês. Dentre os nado-mortos, 77 morreram antes e 72 durante o trabalho de parto.

As causas de morte mais freqüentes foram, por ordem decrescente: parto prematuro, malformações fetais, hemorragia cerebral e toxemia da gravidez.

O A. espera diminuir a percentagem dos prematuros dando dieta adequada às mãis que recorreram ao hospital e que pertencem por isso às classes com mais privações.

Pelo que diz respeito às anomalias fetais, pouco há a fazer, a não ser quando a hereditariedade possa ser a causa, e neste caso o único remédio não

poderá ser outro senão aconselhar a evitar nova gravidez. Do estudo pormenorizado que o A. faz, chega à conclusão de não ter este capítulo da obstetria adiantado grande coisa nos últimos anos, se alguma adiantou.

F. de Almeida

CURA RADICAL DO HIDROCELO PELA EXCISÃO DA CAMADA SEROSA DO SACO, por Young., H. — *Surg., Gyn., and Obst.* — Vol. 70, n.º 4, pág. 807 — Ano de 1940.

Depois de apontar defeitos aos vários métodos em uso no tratamento do hidrocelo, o A. diz obter ótimos resultados com a seguinte técnica, por êle imaginada: dissecação dos vários planos do saco até atingir a serosa; esta é libertada bem até cima, onde é ressecada; como é muito pouco irrigada, necessita poucas laqueações. Este método parece não dar hemorragias nem recidivas. O processo habitual, de ressecção dos vários planos do saco, vai seccionar vasos bastante desenvolvidos, donde possibilidade de hemorragia; o método de reviramento da vaginal vai produzir, em virtude desse mesmo reviramento, um volume por cima do testículo.

A dificuldade, no processo indicado pelo A., está em se conseguir dissecar o plano delgadíssimo da serosa sem a abrir senão no fim; mas se o saco fôr aberto antes de tempo, pode fazer-se a separação da serosa, dos outros planos, começando de dentro para fora e com idêntico resultado.

F. de Almeida

CONSIDERAÇÕES SOBRE A CALCULOSE DA PRÓSTATA. (*Considerazioni sulla calcolosi della prostata*), por Bonamone A. L. — *Atti e Mem. della Soc. Romana de Chirurgia* — Vol. I, fasc. 2 — 1939.

O A. abordou o estudo da calculose da próstata, capítulo de patologia urinária ainda mal definido, traçando um quadro muito completo e claro desta afecção.

A verdadeira calculose da próstata é primitiva da glândula, e deve ser separada da calculose da uretra posterior. De resto, clinicamente, estas duas modalidades são perfeitamente distintas na sua sintomatologia.

Pode-se dizer que, na prática, a calculose endógena da próstata não dá sintomas. É uma doença perfeitamente silenciosa, e descobre-se quando se examina bem os doentes, especialmente sob o ponto de vista radiológico.

Esse exame é determinado pelos sinais de hipertrofia da próstata, doença com que a calculose da próstata freqüentemente se associa.

Ao contrário, a calculose da uretra posterior é raramente assintomática e revela-se por sinais intensos de dor, disúria e infecção. Em compensação muitas vezes estes cálculos escapam ao exame pelos raios X.

O A. insiste em que pode pôr na pista do diagnóstico da calculose da

próstata, certas irregularidades e durezas da glândula, reveladas pelo toque rectal. Quanto à terapêutica da afecção, as conclusões do A. não me parecem perfeitamente justas, pois aconselha a via perineal para abordar e tratar a próstata calculosa, da qual é justo dizer que apresenta observações em que a cura se obteve por este modo. Todavia hoje o problema põe-se doutro modo. Dada a frequência com que a calculose da próstata aparece associada à hipertrofia adenomatosa da glândula, afecção para a qual, à parte certas excepções, de resto perfeitamente marcadas, se opõe quasi sempre a ressecção trans-uretral, em nada a presença de cálculos prejudica esta operação. Pelo contrário, os cálculos prostáticos, sempre de volume diminuto, saem, através do tubo, do aparelho de ressecção, durante a operação ou no seu post-operatório imediato.

Carneiro de Moura

—

UM CASO DE NÃO-REGENERAÇÃO DA DIÁFISE TIBIAL RESSECADA COMO TRATAMENTO RADICAL DA OSTEOMIELEITE. (*Un cas de non régénération de la diaphyse tibiale réséquée en vue d'un traitement radical d'ostéomyélite*), por Ch. Tool — Com discussão na Société Hellenique de Chirurgie — *Archives Balkaniques de Médecine, Chirurgie et leurs spécialités* — N.º 1 — Janeiro-Março de 1940.

Artigo interessante pela discussão a que deu motivo. O A. é manifestamente pessimista em relação à diafisectomia óssea. Trata-se dum caso de osteomielite aguda da tibia numa criança de 15 anos, apresentando várias fistulas, derivadas de três operações anteriores, realizadas no período agudo da doença. O A. realiza aos três meses da operação uma ressecção diafisária e três meses mais tarde a marcha era ainda impossível, sendo necessário construir um aparelho ortopédico. A radiografia demonstrou a ausência de toda e qualquer regeneração da diáfise tibial, mas havia uma hipertrofia com alongamento do peróneo.

O A. viu-se obrigado a fazer uma implantação da diáfise peroneal nas duas epífises tibiais.

Como é o segundo caso que o A. observa de falta completa de regeneração óssea, acha prudente dissuadir os cirurgiões de aplicar este método, a não ser que tenham dele uma particular experiência. De resto o A. frisa que ainda não existe entre os partidários do método um perfeito acôrdo quanto ao momento ideal de realizar esta intervenção e o mesmo sucede quanto à idade dos doentes.

DISCUSSÃO

Carayannopoulos considera que o insucesso desta operação, executada fora do período agudo, foi devido à ablação do perioste em actividade. Pessoalmente é partidário da diafisectomia, mas deseja-a realizada nos primeiros dias da osteomielite aguda, somente nas crianças, e respeitando na sua totalidade o perioste descolado, pois é dele que vai depender a futura regeneração óssea. Apresenta 30 casos operados pessoalmente, todos com êxito; a regeneração foi

completa, excepto num caso; em todos os casos nunca houve osteomielite de osso neoformado. Pelo contrário, tem uma impressão desfavorável do método de Leveuf (imobilização em gesso e abertura, se os há, dos abscessos bem colectados). Um caso assim operado foi seguido de morte.

Reconhece, por outro lado, a ineficácia de qualquer método contra a osteomielite super-aguda. Quanto à extensão da ressecção diafisária, ela deve corresponder exactamente à extensão do deslocamento do periosto, seguindo o grande eixo do osso, que só nos indica os limites da destruição óssea. A pequena banda óssea longitudinal que possa persistir em certos casos em que o osso não foi descolado em toda a extensão da sua circunferência, não é respeitada nesta ressecção. Quanto à cartilagem de conjugação, ela fica junta à epífise e habitualmente não é atingida pela infecção; de resto se ela fôsse atingida, a ressecção não teria qualquer influência sobre ela.

Nos casos em que depois da destruição parcial da cartilagem de conjugação pela infecção, a epífise foi atingida por sua vez, ter-se-ia que realizar, contra o princípio do método, é certo, a raspagem, ou melhor ainda, a ressecção parcial da epífise.

M. Antipas. É partidário do método clássico.

Coudolèon. Não acredita numa grande influência da diafisectomia sobre a marcha infecciosa geral da osteomielite.

Sotropas. É partidário dos métodos clássicos; todavia relata um caso de regeneração total duma tibia, totalmente descolada do seu periosto e que foi extirpada operativamente.

Yèroulanos. Tem dúvidas: 1) Sobre o valor funcional da cartilagem de conjugação depois da diafisectomia; 2) Sobre a possibilidade de regeneração óssea dum periosto tantas vezes destruído pela supuração.

Ch. Tool. Considera que o método está ainda em estudo. Todavia existe desacôrdo entre várias afirmações: 1) Sobre a extensão da ressecção; 2) Sobre o valor do deslocamento do periosto; 3) Sobre o papel da cartilagem de conjugação no respeitante à regeneração óssea. O maior inconveniente do método é a possibilidade, que julga freqüente, de não se fazer a regeneração do osso.

Além disso, relata ainda casos de pseudartrose, de fracturas espontâneas, deformações e encurtamentos, e enfim recidivas de osteomielite. Para êle a ressecção diafisária só deveria ser executada como tentativa última para evitar uma amputação iminente.

Carneiro de Moura

CONSIDERAÇÕES SOBRE A CICATRIZAÇÃO DAS FERIDAS OPERATÓRIAS ASSÉPTICAS E SUAS COMPLICAÇÕES. (*Considérations sur la cicatrisation des plaies opératoires aseptiques et leurs complications*), por Paraskèvas e Coclanakis — *Archives Balkaniques de Médecine, Chirurgie et leurs spécialités* — N.º 1 — Janeiro-Março de 1940.

Estudo muito detalhado, realizado no Serviço de Makkas, pelos seus colaboradores mais directos. Os AA. fazem, de início, certas considerações gerais sobre a técnica de esterilização seguida no serviço, realizando em seguida uma dis-

tingão muito severa acêrca das operações que devem ser consideradas ou não como assépticas. São depois estudadas, sob o ponto de vista estatístico, 2692 operações rigorosamente assépticas.

Nota-se o seguinte:

- 1) 2571 casos de cura «per primam» (95,53 %);
- 2) 64 casos de supuração (2,37 %);
- 3) 15 casos de infiltrações inflamatórias (0,55 %);
- 4) 8 casos de derrame sero-purulento através dos pontos da sutura cutânea (0,29 %);
- 5) 34 casos de hematoma (1,26 %).

No total houve um conjunto de 121 casos com complicações (4,47 %), cifra relativamente pequena em relação com as cifras estrangeiras.

Sob o ponto de vista do sexo dos doentes, as complicações são: 5,2 % nos homens, contra 3,6 % nas mulheres. Sob o ponto de vista da idade: 2,4 % nos adultos, contra 9,3 % nas crianças e 18,2 % nos velhos. Quanto às épocas, nota-se uma diminuição relativa das complicações e supurações, no verão, a-pesar da transpiração, maior poeira, etc.

Numa idéia de conjunto sôbre as operações realizadas nota-se que as hérnias dão 4,87 % das complicações (hematomas frequentes).

Quanto à origem da infecção, os AA. insistem especialmente nos cuidados que deve tomar o cirurgião, quanto à limpeza das suas mãos fora das operações, e à sua esterilização pré-operatória. Tôdas as pessoas que entram numa sala de operações deviam usar um vestuário especial, evitando todo o contágio do vestuário que vem de fora. O ar das salas de operações tem, duma maneira geral, as condições higiénicas requeridas. Problema importante deve ser a separação entre os doentes sépticos e assépticos em salas separadas, nos serviços e sôbre a não hospitalização dos erisipelatosos nos serviços de cirurgia.

Consideram-se ainda como factores de infecção:

- 1) Ajudantes numerosos;
- 2) manifestações brutais contra os tecidos;
- 3) acto operatório mutio longo;
- 4) certos estados físico-químicos particulares dos tecidos;
- 5) traumatismos dos troncos e gânglios linfáticos, que contêm muitas vezes micróbios.

Carneiro de Moura

ALGUMAS INVESTIGAÇÕES NO APARECIMENTO DO CARCINOMA DO SEIO, COM ESPECIAL REFERÊNCIA AO FUNCIONAMENTO DO OVÁRIO. (*Somme Investigations into the ocurrence of carcinoma of the Breast with Special Reference to the ovarian Function*), por Borge Heiberg e Povl Heiberg. (Copenhague) — *Acta Chirurgica Scandinavica* — Fasc. VI — Março de 1940.

As pesquisas feitas em 1926 pela Comissão de Higiene da Sociedade das Nações, respeitantes à mortalidade por cancro da mama na Inglaterra, Holanda e Itália, concluíram que essa mortalidade era maior nas mulheres solteiras.

Já pesquisas anteriores, baseadas em estatísticas hospitalares, deixavam

IODAMELIS LOGEAIS

Iodotânico estavel derivado da hamamelidina

GOTAS E COMPRIMIDOS

de 20 a 50 gotas ou 2 a 6 comprimidos por dia as refeições

Doenças do aparelho circulatório
Perturbações utero-ovarianas
Doenças do aparelho respiratório e da nutrição

OPO-IODAMELIS LOGEAIS

Associação do iodotânico do IODAMELIS
com a organoterapia masculina ou feminina

COMPRIMIDOS

dose media : de 2 a 6 comprimidos por dia

FORMULA MASCULINA • **FORMULA FEMININA**
Deficiencias endocrinianas **Disendocrinoas da donzela**
da idade madura **e da mulher**

NAIODINE LOGEAIS

Solução estabilizada de iodeto de sodium quimicamente puro

SOLUÇÃO A : Injecções intramusculares de 20 a 40 cc por dia.

SOLUÇÃO B : Injecções endovenosas de 20 a 40 cc por dia.

Todo o sindroma doloroso agudo ou crónico
Nevraxites - Algias rebeldes

THIO-NAIODINE LOGEAIS

INJECTAVEL

Complexo IODO - ENXOFRE - MAGNESIUM
em solução injectavel

SOLUÇÃO A : Injecções intramusculares de 5 a 20 cc por dia.

SOLUÇÃO B : Injecções endovenosas de 10 a 40 cc por dia.

A doença reumatica crónica,
quer que sejam a etiologia, a forma ou a sede

THIO-NAIODINE COMPRIMIDOS

Complexo IODO ENXOFRE - MAGNESIUM

associado aos sais de LITHINA e á VITAMINA B₁

Todas as doenças por carencia de enxofre

Reumatico crónico - Afecções das vias respiratorias

Doenças do figado e da nutrição

LABORATORIOS JACQUES LOGEAIS, ISSY LES MOULINEAUX PARIS

AGENTES GERAIS E EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL E COLONIAS :

A. GENIMEX FARMACEUTICA, 1^{da}, 27, Rua Joao de Deus, VILA FRANCA DE XIRA

LISBOA MÉDICA

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

Drageas com base de *Hypophyse* e de *Thyroide* em proporções judiciosas, de *Hamamelis*, de *Castanha 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

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60,700

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80,700

MÚMERO AVULSO : 8,700 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. Morais David, Secretário da Redacção e administrador da *Lisboa Médica* — Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

entrevier o facto. Em 1937 Herrel (Mayo Clinic) tentou demonstrar que a castração das mulheres evitava o cancro da mama. No mesmo ano Olck, provou que a menopausa aparecia mais tarde nas mulheres portadoras de cancro da mama, revelando uma relação entre a função do ovário e o aparecimento desta neoplasia.

O A., estudando as mulheres dinamarquesas, conclue que a mortalidade é muito maior nas mulheres solteiras. Os casos estudados (1200 mulheres portadoras de carcinoma mamário) mostram uma grande percentagem de mulheres solteiras. Examinando este material, vê-se igualmente que a menopausa aparece mais tarde do que normalmente na mulher sã.

É possível que as pesquisas histológicas persistentes possam distinguir formas de carcinoma diferentes. Como conclusão, pode-se tirar a de que a maior frequência do cancro da mama nas mulheres solteiras deve ser devida a um aparecimento mais freqüente duma forma de cancro determinado e que o desenvolvimento desse tumor particular depende do funcionamento do ovário.

Carneiro de Moura



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

De Coimbra

Realizou-se a cerimónia da imposição das insígnias doutorais, pela Faculdade de Medicina de Coimbra, aos drs. Luiz Raposo, Augusto Vaz Serra, Lúcio de Almeida, Mário Trincão, Bruno da Costa e Meliço Silvestre.

De Lisboa

Na Faculdade de Medicina de Lisboa realizaram-se as provas de concurso para professor agregado.

O candidato, dr. Vergílio Custódio de Morais, fez uma lição, à sorte intitulada «Aneurismas arteriais e seu tratamento» e uma lição, à escolha sobre «Drenagens».

As provas terminaram no dia 16 de Julho com a aprovação do candidato.

Sociedade Portuguesa de Oftalmologia

Inauguraram-se em Junho findo os trabalhos do Congresso da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia e, ao mesmo tempo, abriu-se uma exposição de material e de medicamentos oftalmológicos.

O dr. Mário Moutinho, secretário geral da Sociedade, convidou a assumir a presidência o dr. Alves de Sousa, do Porto, leu o relatório. Em seguida procedeu-se à votação de novos sócios e à alteração dos estatutos.

Os drs. Manuel Lemos e Alcino Pinto falaram sobre «Prescrição de lentes».

Ordem dos Médicos

O Conselho Geral da Ordem dos Médicos entregou uma representação ao Governo, na qual se ocupa da pleora médica e da circular ministerial que determinou a deslocação dos médicos municipais para a sede dos respectivos partidos, e conclue que, estando em actividade uma comissão revisora do Código Administrativo, melhor seria que o assunto se resolvesse não parcialmente — pelo processo advogado na aludida circular —, mas que se aproveitasse a oportunidade para encerrar de frente o problema da assistência médica rural nos seus múltiplos aspectos.

Prof. Egas Moniz

A Academia das Ciências publicou um volume em que reuniu os discursos proferidos, na sessão plenária de 1 de Fevereiro, de homenagem ao prof. Egas Moniz. No volume incluem-se os discursos dos drs. Júlio Dantas, profs. Caeiro da Mata e Reinaldo dos Santos e Joaquim Leitão e resposta do homenageado.

Médicos municipais

Abriu-se concurso para provimento dos partidos médicos de Ribeira Brava e das freguesias da Maia e Pôrto Formoso.

Curso de Medicina Sanitária

No Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge encerrou-se, no dia 10, o prazo para entrega de requerimentos para exames no Curso de Medicina Sanitária.

Saúde pública

O lugar de guarda-mor do quadro do pessoal técnico da Inspeção de Sanidade Marítima do Pôrto de Leixões e Foz do Douro foi ocupado pelo dr. Mário Pereira Lage, que deixou o cargo de delegado de saúde do concelho de Matozinhos.

— O dr. Francisco de Sales de Barros e Vasconcelos Esteves foi contratado para exercer as funções de médico da secção de tuberculose do Centro de Saúde de Lisboa.

Reunião de curso

O curso médico de 1924-1929 reuniu-se, no dia 6 de Julho, em Santarém, num almoço de confraternização.

Prof. Jorge Monjardino

No dia 24 de Junho findo faleceu o dr. Jorge Monjardino, professor auxiliar de cirurgia da Faculdade de Medicina de Lisboa, médico-cirurgião do Exército, antigo cirurgião do Hospital Visconde de Moraes e da Sociedade Portuguesa de Beneficência do Rio de Janeiro.

Necrologia

Faleceram: no Pôrto, o dr. Venâncio Ribeiro de Araújo, médico do Hospital de Santo António e do Sanatório Rodrigues Semide, e em Aveiro (Eixo), o dr. Carlos Alberto Ribeiro da Rocha e Cunha, médico municipal.

Prof. Egor Montz

A Academia das Ciências publicou um volume em que se encontram as...

Médicos municipais

Antes de começar a falar sobre os médicos municipais de Porto...

Curso de Medicina Sanitária

No Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge encontrase, no dia 10, o curso...

Saúde pública

O lugar de grande-mor do quarto do pessoal médico da Faculdade de...

Região de curso

O curso médico de 1934-1935 iniciase, no dia 6 de julho, em 2 aulas...

Prof. Jorge Monjardino

No dia 21 de junho findo passou a Dr. Jorge Monjardino, professor assistente...

Necrologia

Faleceu em Porto o Dr. António Augusto de Sá, médico do Hospital de...





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 J. D. PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE
ou Gimenez-Salinas & C.^a — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA



Cal - De - A Wander

O novo produto para a calcioterapia intensiva, indicado em todas as perturbações de cálcio e de fósforo

Cada comprimido contem:

Fosfato bibásico de cálcio	0,4 grs.
Lactato de cálcio	0,2 »
Vitamina D (Unidades internac.) . . .	750
Vitamina A » » . . .	500

Tubo de 20 comprimidos Esc. 20\$00

É UM PRODUTO WANDER

Depositários em Portugal:

Alves & C. (Irmãos)

Rua dos Correios, 41, 2.º Telefone P. B. X. 2 7653

Secção de Material Cirúrgico e de Laboratório

Largo do Chiado, 12, 1.º Telefone 2 5362

LISBOA

Sala
Est.
Tab.
N.º