

Ano XVII

N.º 2

Fevereiro 1940



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

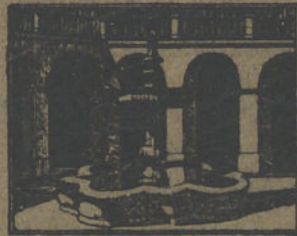
*Egas Moniz, Augusto Monjardino, Lopo de Carvalho,
Tulido Valente, Adelino Padesca, Henrique Parreira,
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

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 PELO INSTITUTO PARA A ALTA CULTURA

(A concessão de subsídios por parte do Instituto para a Alta Cultura, não envolve juízos de valor sobre a doutrina contida nas publicações subsidiadas nem aprovação da forma por que essa doutrina é exposta)

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, 60,000

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80,000

NÚMERO AVULSO: 8,000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

Sala

Est.

Tab.

N.º



JANEIRO ~ FEVEREIRO ~ MARÇO

SÃO OS «MESES DA PNEUMONIA» DO ANO

QUANDO a pneumonia ameaça, a ANTIPHLOGISTINE, usada como um adjuvante local, é um dos mais valiosos auxiliares à disposição do facultativo. Quando a moléstia já está estabelecida, o medicamento é também valioso, seja qual for o tipo do pneumococo. Sendo medicação compatível com o sêro terapêutico e outras drogas, oferece o mais eficiente meio de aplicar o calor húmido prolongado.

Antiphlogistine

The Denver Chemical Mfg. Co.
163, Varick Street Nova York, E. U. A.

Robinson, Bardsley & Co., Lda.
Cais do Sodre, 8. 1. LISBOA

NEURINASE

*provoca o
sôno natural*



Insónia
Perturbações nervosas

AMOSTRAS E LITERATURA
LABORATORIOS GENÉVRIER
45, Rue du Marché, NEUILLY-PARIS

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos preparados seus congêneres

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIe)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, L.^{da}

45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA
GRANULADO, INJECTAVEL

NUCLÉARSITOL

"ROBIN"

Anti-tuberculoso, Doenças degenerativas, Lymphatismo
Medicação de uma actividade excepcional

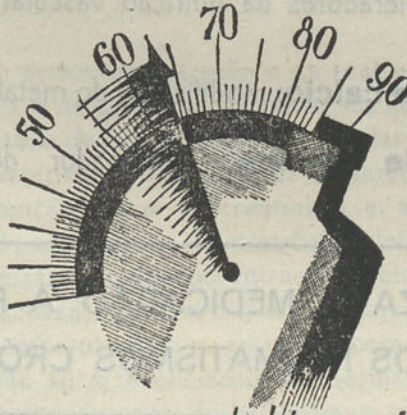
OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelq. D. N. S. P.

N.º 825-827
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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



o peso aumenta! tomando

NUTRICINA

TONICO PODEROSO PARA DOENTES,
VELHOS E CRIANÇAS

A' venda em todas as farmácias

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

A

LYXANTHINE ASTIER

Granulado efervescente

anti - artrítico



Reune numa forma inédita

33% de principios activos

Iodo
Enxofre } aceleradores da nutrição vascular e articular

Gluconato de calcio: modificador do metabolismo calcário

Bitartrato de lisidina: eliminador do ácido úrico

REALIZA A MEDICAÇÃO A PREFERIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

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

Literatura e amostras

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

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



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Novos aspectos da fisiopatologia renal</i> , por J. H. Cascão de Anciães	Pág.	63
<i>Contribution pour la différentiation des types du bacille de la tuberculose</i> , par Alberto de Carvalho et Carlos Vidal	»	94
<i>Um caso de parto gemelar prematuro desencadeado pela «Laveranea Malariae»</i> . Morte dos dois gémeos nas primeiras horas a seguir ao parto, por Acácio Alberto de Abreu Faria	»	104
<i>Cura clínica e parasitológica do «status malaricus», em alguns casos de tercã maligna, por injeção endovenosa de água bidestilada, esterilizada</i> , por Acácio Alberto de Abreu Faria	»	113
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	119
<i>Notícias & Informações</i>	»	VII

2.^a Clínica Médica — Hospital Escolar
(Prof. PULIDO VALENTE)

NOVOS ASPECTOS DA FISIOPATOLOGIA RENAL (I)

POR

J. H. CASCÃO DE ANCIÃES

(*Continuação do número anterior*)

Vimos que o estudo da filtração e da reabsorção, dentro da teoria de CUSHNY e do princípio de REHBERG, nos conduz à separação de um quadro de insuficiência glomerular e outro de insuficiência tubular. No primeiro quadro, há diminuição do volume do filtrado com retenção inicial de creatinina, e, a seguir, do azoto ureico e residual; no segundo, há uma baixa definitiva e rígida da reabsorção aquosa, com alta concentração de cloretos no reabsorvido, acima da concentração do filtrado e, também, com aumento da reabsorção das substâncias azotadas, como a creatinina e a ureia. Assim, não só a insuficiência glomerular, mas também a insuficiência tubular é capaz de conduzir à elevada taxa desta substância no sangue.

No aparelho capilar, vimos que dominavam as forças físicas da pressão osmótica, da pressão oncótica e da pressão sanguínea, em relação à semi-permeabilidade das ansas glomerulares; as doenças do glomérulo são resultantes de alterações deste sistema

(1) Lições realizadas no Curso de Aperfeiçoamento da Faculdade de Medicina de Lisboa, em 1939.

capilar, como a suspensão da semi-permeabilidade e a permeabilização à albumina, sob a forma de inflamação serosa.

No aparelho tubular dominam as forças da actividade selectiva do epitélio, no sentido da permeabilidade dirigida de EPPINGER, segundo as necessidades do organismo; as doenças dêste aparelho tubular conduzem à perda destas propriedades, transformando as funções tubulares em simples funções do tipo das dos glomérulos. Estas noções conduzem a novas ideias no domínio da patologia renal.

EKEHORN, em primeiro lugar, insurgiu-se contra a tendência de aceitar uma patogenia geral para as doenças renais e entendeu que nas doenças dos rins, como nas dos outros órgãos, a patologia devia ser posta em relação com a sede especial da perturbação da função. Para êle, as concepções gerais da patologia do rim, criadas por VOLHARD e por FAHR, teriam dado todos os seus frutos, enquanto o estudo da patologia especial, de localização lesional, estaria por fazer.

De-facto, muitas provas funcionais se têm proposto no sentido de investigar separadamente as funções glomerulares ou tubulares, mas não têm em geral essas provas nada de electivo, mesmo as dos corantes. Ora, não seria possível progredir no sentido de um sistema de localização, em troca de um sistema geral, funcional, da patologia do rim, sem se terem conquistado elementos da fisiologia e fisiopatologia que servissem de base a esta localização.

Isto foi permitido, em parte, pela teoria de CUSHNY e pelas aplicações do princípio de REHBERG nas investigações de vários autores e, ultimamente, com os trabalhos da escola de EPPINGER, que conduziram ao melhor conhecimento dos fenómenos de filtração e de reabsorpção que atrás expusemos, e à separação de uma sintomatologia glomerular e de outra tubular; à diferenciação de um quadro de insuficiência glomerular e outro de insuficiência tubular.

Esta patologia de localização não comportará, porém, unicamente, os territórios dos aparelhos glomerular e tubular. Outro elemento intervém, cuja fisiologia e fisiopatologia é menos conhecida e que é o *interstício do rim*.

Os conhecimentos sôbre o interstício do rim são mais recentes que os relativos a outros componentes da sua architectura e

a atenção sobre este elemento anatómico do rim só foi chamada depois que SCHADE publicou os seus trabalhos sobre o sistema de três câmaras (os vasos nutritivos, os espaços intersticiais, com os seus elementos conectivos e o parênquima celular) que serviram de base ao estudo das trocas humorais, quer para a patologia da clorémia, quer para o estudo dos estados de transmineralização e de inflamação serosa.

Conhecemos a importância do interstício nas trocas entre os parênquimas, o sangue e a linfa e sabemos o papel que êle desempenha no fígado e na patologia da inflamação serosa dêsse órgão, quando, por alteração da permeabilidade capilar, o interstício é invadido por exsudado plasmático. Conhecemos, também, o papel que o interstício desempenha na inflamação serosa do coração. Sabemos que, aumentada a permeabilidade dos capilares e tornada possível a passagem da albumina para fora dêstes, se dá uma inundação plasmática do interstício, que tem, como primeira consequência, impedir os fenómenos de difusão e transporte dos elementos nutritivos, das escoras e dos gases, entre o sangue e os elementos do parênquima, com perturbação imediata da actividade vital dos elementos celulares, e mais tarde, com a produção de lesões dos parênquimas, modificação da estrutura dos órgãos, e, até, formação de tecido conectivo, quer a partir do próprio exsudado plasmático, quer por proliferação dos elementos mesenquimatosos já existentes, com organização e esclerose secundária.

É este o quadro de inflamação serosa que EPPINGER, KAUNITZ e POPPER descreveram e com o qual estabeleceram uma patologia particular da permeabilidade.

Ora, a fisiologia e a patologia dos rins merecem ser consideradas, também, sob o ponto de vista do interstício. Como no fígado, o interstício desempenha no rim, função intermediária nas trocas entre o parênquima e os capilares, e aqui o parênquima é representado pelo epitélio dos tubos renais.

Torna-se necessário conhecer a architectura dêsse interstício. Podia julgar-se que os capilares e tubos tinham ligação imediata, que existia um contacto directo entre os capilares sanguíneos e os canais urinários. Menos autores pensam na existência de um espaço intersticial participando nas funções de trocas entre capilares e tubos renais, entre estes DISSE, que já descrevera os interstícios do fígado, e LUDWIG e ZAWARYKIN, que já

em 1863 descreviam espaços perivasculares, como, também, KELLER.

GICKELHORN conseguiu corar os espaços intersticiais do rim de salamandra, com tripaflavina, e outros autores puderam demonstrar a sua existência.

FUCHS e POPPER retomaram o assunto e realizaram experiências para estudarem o interstício do rim. A técnica do estudo dos espaços intersticiais, inicialmente empregada por GEROTE, consistia nas injeções de substâncias corantes, por picada, no parênquima do rim, ou por meio de injeções no bacinete, mas, com esta técnica, podia ficar a dúvida sobre se o que se via injectado eram, efectivamente, espaços do tecido intersticial ou vasos linfáticos.

Ainda, LEE BROWN mostrou que a injeção, por picada da cortical, não só injectava o tecido intersticial, mas levava o corante, rapidamente, também, aos capilares sanguíneos e às veias. FUCHS e POPPER conseguem separar os dois sistemas com a seguinte técnica: injectam tinta da China, diluída, através do uretero, até que ela apareça na superfície do rim, sob a cápsula, e saia pelas veias (para isso são necessários cerca de 60 a 80 cc. de tinta da China diluída a 1/5); nessa altura vê-se a tinta também nos capilares e nas veias, porque se deu rotura capilar e refluxo pielo-venoso. Injectam, depois, soluto fisiológico, nas artérias do rim, até que êle saia pelas veias, sem tinta da China, o que demora cerca de duas a três horas, e assim lavam o sistema vascular da tinta que nêle entrou. Se em lugar de dissolverem a tinta da China em água, a dissolvem em soluto a 30 % de glucose, o tecido intersticial fica dotado de poder osmótico para absorver a água do sôro fisiológico com que se lavam os vasos e, assim, os espaços entumescem-se. Ainda se torna mais visível êste sistema, injectando nas artérias um soluto a 1 % de gelatina com azul de Berlim, o qual cora os capilares de azul, ficando os espaços intersticiais a negro, com a tinta da China. Os capilares mostram-se, assim, cercados de uma bainha de tecido intersticial, mas a disposição dêste tecido é diferente da do figado.

Emquanto no figado há uma distribuição regular, paralela às colunas de REMAK, no rim há, entre os elementos epiteliaes do parênquima, um interstício, no qual os capilares se cruzam em sentidos diversos, sendo o interstício mais desenvolvido nos pontos

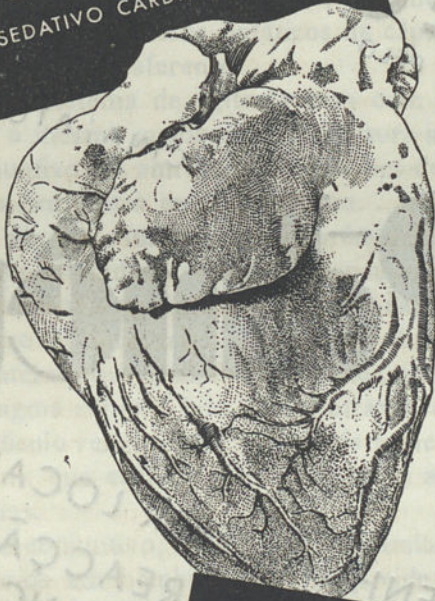
LISBOA MÉDICA

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

MEDICAMENTOS CARDIACOS
ESPECIALISADOS

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

SPASMOSEDINE
SEDATIVO CARDIACO



DIGIBAÏNE
TONICO CARDIACO

os 2 medicamentos cardiacos essenciaes

LISBOA MÉDICA

DETTE
240

Prevenção
E
tratamento
DA
TOSSE CONVULSA
PELO

STOCK
VACINA ATÓXICA
néo-dmètys

NENHUMA DOR LOCAL
NENHUMA REACÇÃO
MESMO NAS CRIANÇAS
DE PEITO

Em caixas de 6 empôlas de 1 cc.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

specia

Marques Poulenc frères & Usines du Rhône, 21, rue Jean Goujon
PARIS (8ème)

de cruzamento dos capilares. Estas relações verificam-se claramente na cortical, na vizinhança dos tubos contornados, ao passo que na medular já é mais apreciável um paralelismo no decurso de vasos e tubos. A cápsula de BOWMANN mostra-se estanque a êste sistema intersticial. Se se laqueiam as artérias do hilo, ou se se injecta o rim do cadáver, não aparece tinta da China nos glomérulos. Se lá vai parar, nas experiências no vivo, é porque a tinta foi aos vasos e à circulação geral. A bainha intersticial acompanha o vaso, quer aferente, quer eferente, justamente até ao glomérulo, embora entrem capilares linfáticos na cápsula de BOWMANN, em companhia do vaso aferente.

O exame do sistema de «gitterfasern» com impregnação pela prata, mostra o mesmo quadro de arquitectura intersticial do rim. O tecido conjuntivo do rim fica dividido em duas porções: uma que envolve o rim, outra que o atravessa.

A cápsula fibrosa está fixada ao parênquima por tecido conjuntivo laxo, constituindo o espaço subcapsular. Em tórno do hilo do rim há uma zona de maior aderência da cápsula, com cerca de meio centímetro de largura, e a cápsula divide-se em dois folhetos: um, interno, que enche o seio renal; outro, externo, como que um diafragma sôbre o hilo, que é atravessado pelos vasos e cálices do pedículo renal. Entre estes dois folhetos do seio renal, aloja-se gordura que enche o interstício entre as artérias interlobares e as veias.

Êste tecido conjuntivo, saído do hilo, caminha com os vasos, acompanhando-os em bainha que se subdivide com êles, até se abrir na periferia, no sistema conectivo subcapsular. Se se injectar líquido, sob pressão, no uretero ou bacinete, rompe-se um cálice e por aí o líquido injecta-se em todo êste tecido intersticial com formação de derrame peri-renal, verdadeira hidronefrose peri-renal, e isto pode, mesmo, verificar-se com radiografias, empregando líquido opaco.

Está, assim, verificado que no rim os canais urinários se acham separados dos capilares sanguíneos e entre os dois há um sistema com lume injectável e demonstrável, tanto morfológicamente, como patológicamente. Ainda, pode o interstício injectar-se de plasma e verificar-se a sua existência com a técnica histológica própria (fixador de CARNOY e técnica de inclusão de EPPINGER), na nefrite serosa ou inflamação serosa do rim.

A disposição dos linfáticos do rim, tem também interesse para a fisiologia e fisiopatologia do órgão, e os conhecimentos a seu respeito resultam, sobretudo, das investigações de IASIENSKY. Êste autor pôde distinguir entre espaços do tecido intersticial e vasos capilares linfáticos. Estes constituem uma rêde fina, que se encontra no tecido intersticial, na sua periferia, junto às paredes exteriores dos canais urinários, quer na cortical, quer na medular, e, depois, juntam-se em vasos de maior calibre, no limite da medular para a cortical, correndo ao lado dos vasos interlobares, até aos grandes linfáticos do hilo e de aí aos gânglios lombo-aórticos e alguns directamente ao canal torácico.

O que mais interessa é que os linfáticos da cápsula do rim humano estão em relação directa com os vasos linfáticos da cortical e há uma rêde abundante de linfáticos da cápsula que estão em contacto com os espaços subcapsulares do interstício. Assim, os líquidos do parênquima renal que não possam ser drenados pelos vasos linfáticos vão ao espaço intersticial subcapsular, de onde podem ser drenados pelos linfáticos da cápsula fibrosa, e de aí vão directamente aos gânglios e canal torácico ou, pelas anastomoses com os linfáticos da cortical, vão aos linfáticos do parênquima e ao hilo.

Os fenómenos fisiológicos que se passam neste sistema, consistem numa circulação extracapilar, segundo a teoria de STARLING, entre capilares sanguíneos, tecido intersticial e sistema linfático.

No ramo capilar arterial a pressão hidrostática vence a pressão oncótica do plasma e a água é filtrada através da parede do capilar, para o interstício, com os cristalóides dissolvidos e sem albumina ou com pouquíssima albumina. No ramo venoso do capilar, que é mais largo, há queda da pressão hidrostática, preponderância da pressão oncótica e reabsorpção do filtrado capilar. Alguma albumina filtrada é drenada pelos linfáticos.

No rim, esta circulação atinge particular importância, pois a rêde capilar glomerular é muito extensa, e sabemos já como a reabsorpção ao nível dos tubos se faz em quantidade considerável.

São os capilares os fornecedores da corrente aquosa que atravessa o rim em quantidade considerável, pois a filtração de vinte e quatro horas orça pelo volume de 200 litros. No rim, de maneira diferente do que se passa nos outros órgãos, esta corrente de filtração vai às cápsulas de BOWMANN, que são representantes da

cavidade do celoma e, só por um trabalho de reabsorção realizado ao nível dos tubos, que é particular do rim, é que uma parte desta corrente líquida volta ao sangue pelos ramos venosos, enquanto a outra parte, mínima, vai constituir a urina definitiva.

As condições são aqui diferentes das da circulação extracapilar dos outros órgãos. No rim, põe-se a questão de saber onde termina o capilar arterial e onde começa o capilar venoso. Isto pode determinar-se, seguramente, nos outros parênquimas, pela tensão do oxigénio e do anidrido carbónico dos respectivos sangues, mas, no glomérulo, o sangue não dispõe de oxigénio, nem o ramo eferente do glomérulo recebe anidrido carbónico que possa servir para fazer a distinção entre ramo arterial e ramo venoso. O sangue, depois da passagem pelo glomérulo, fica, sim, pobre de água e rico de albumina, portanto, com alto poder oncótico, e é isto que caracteriza a diferença entre os dois territórios capilares do rim. As necessidades de oxigénio até ao glomérulo são tão pequenas que a tensão deste gás não baixa mais do que de vinte para dezóito volumes por cento.

O sangue que vem dos glomérulos e vai depois às artérias rectas post-glomerulares, possui, pois, alto poder oncótico, próprio para as funções de reabsorção e, por isso, merece o nome de venoso, a-pesar da sua riqueza em oxigénio.

É mercê deste alto poder oncótico que pode realizar-se a elevada reabsorção de 99 % dos 100 a 200 litros do filtrado glomerular das vinte e quatro horas, e tanto é o líquido que terá de ser transportado através do interstício renal, no seu trajecto dos tubos para os capilares de reabsorção.

É sobretudo nas ansas dos tubos de HENLE que se leva a efeito a reabsorção aquosa, e esta é a porção homóloga dos canais em que KELLER estudou a reabsorção nos animais. Aí encontraram KELLER, e seus colaboradores, potenciais negativos, que devem tomar-se como indício da reabsorção de água, e também de sal e de amino-ácidos, ao passo que nos tubos contornados de primeira ordem, encontram-se cargas positivas que estão em relação com a reabsorção de substâncias electro-negativas, como a ureia e o açúcar. É ao tecido intersticial e aos capilares da substância medular que compete a sua drenagem.

O interstício do rim tem, não só a sua fisiologia, mas, também, a sua patologia, como os outros elementos anatómicos associados

à função renal; é um elemento funcional e não um elemento de simples suporte. Normalmente, o tecido intersticial é atravessado pela massa de água, que sabemos ser considerável (99 % dos 100 a 200 litros) e que HOLLATZ avalia em 75 cc. por minuto e por cada 40 grs. de pêsso do tecido medular onde se faz a reabsorpção.

Poderia julgar-se que condições anormais dêste transporte líquido, ou por aumento, ou por diminuição da massa líquida transportada, se traduziriam, respectivamente, por imbibição aquosa ou deshidratação do interstício, mas, verifica-se que, dentro de variações que não ultrapassem condições fisiológicas, a repleção intersticial é constante.

Os exames histológicos feitos em animais sujeitos à introdução de grandes sobrecargas aquosas, por injeção intravenosa, mostram grande imbibição aquosa do fígado, ascite e edema do tecido peri-renal, mas, não há edema subcutâneo, nem com os métodos próprios do exame do interstício, como se faz para o estudo da inflamação serosa, com o fixador de CARNOY e inclusão própria de EPPINGER, se encontram quaisquer modificações do tecido intersticial, seja na medular, seja na cortical.

¿ Que se passa para que haja esta constância de repleção do tecido intersticial, a-pesar-de grandes variações da massa de líquido a transportar ?

A resposta depende do conhecimento do interstício quanto aos seus vasos; capilares, veias e artérias.

À artéria aferente segue-se o ramo capilar arterial, que é o glomérulo, e dêste sai o vaso eferente, que se continua pela artéria recta post-glomerular, até se subdividir em capilares da medular, que são verdadeiramente a porção venosa do capilar, porção destinada à reabsorpção, contendo sangue oxigenado, mas que, pela passagem no glomérulo, perdeu água e outras substâncias, à excepção da albumina, ficando dotado de alto poder oncótico muito próprio para a reabsorpção.

Êste capilar, ao mesmo tempo que tem a função de reabsorpção, também é o capilar nutritivo da substância medular, à qual fornece o oxigénio que leva. Passam-se, portanto, nêle, trocas em dois sentidos opostos: o de nutrição da medular, com saída dos capilares para os tecidos, e o de reabsorpção, no sentido dos tubos para os capilares. Êste aparelho capilar da medular é designado por «glomérulo negativo». Ora, o exame da zona externa

da medular mostra uma disposição e distribuição especial destes capilares, cujo interesse veremos.

Ao passo que nos outros parênquimas a distribuição se faz afastando-se os capilares uns dos outros, mas dispostos a distâncias aproximadamente iguais, entre os elementos do parênquima, a distribuição dos capilares na zona externa da medular, a qual se vê bem, por exemplo, nos rins de estase, é muito particular.

Os vasos aglomeram-se em feixes de oito a dez, nesta zona do rim. Há vasos com células musculares, que devemos aceitar de natureza arterial. Há um tipo particular de capilarização. Conhecemos o tipo de capilarização do músculo e parênquimas que nos interessou no estudo da inflamação serosa. Esse tipo de capilarização é funcionalmente destinado à nutrição; os capilares estão distribuídos por forma a fornecerem regularmente, a todo o parênquima, a nutrição, dentro das suas zonas próprias de difusão, contíguas.

O tipo de capilarização em feixes, que acabamos de descrever na medular do rim, é uma capilarização funcionalmente destinada à reabsorção.

Ao lado do «tipo de nutrição», há este «tipo de reabsorção». Não há, na zona externa da medular, distribuição de zonas de influência nutritiva, nem de contacto com o parênquima. Dos dez vasos aglomerados em feixes, cerca de $1/3$ são arteríolas e os outros $2/3$ são constituídos por vénulas e capilares. Na zona interna da medular, os feixes não contêm mais do que três a cinco capilares e, só isoladamente se encontram arteríolas.

Coincidindo com este diferente agrupamento dos vasos na zona interna e externa da medular, há também arquiteturas diferentes. FUCHS e POPPER estudaram esta arquitetura, com injeção dos vasos e modelação, e mostraram a sua importância funcional. Os vasos dos feixes da camada externa, convergem para o centro da pirâmide e anastomosam-se aos feixes vizinhos por meio de ramos transversais, mais ou menos curtos, que se agrupam também em feixes, como os vasos de onde provêm.

Os vasos da zona interna, dispostos paralelamente, anastomosam-se, formando uma rede de malhas apertadas, de forma que, na porção externa da medular, os canais urinários encontram-se, com os seus vasos nutritivos, entre as colunas constituídas pelos feixes, e na porção interna, estão mergulhados na

rêde vascular, cujas malhas se dispõem de forma a limitar porções cúbicas com cêrca de 0,2 mm. de aresta. Na porção externa, as anastomoses são menos abundantes e fazem-se entre vasos de feixes diferentes, ao passo que a rêde de anastomoses da porção interna é feita entre vasos, quer de feixes diferentes, quer do mesmo feixe.

A distribuição das veias, estudadas com injecção e modeladas por FUCHS e POPPER, faz-se com a particularidade de formação de sinuosidades, no limite da cortical para a medular, por vezes formando uma só curvatura, por vezes com várias ansas seguidas.

Quanto às artérias, é muito mais complicado o conhecimento da sua distribuição.

É questão já antiga, que se debate, ainda, se todo o sangue que passa na medular atravessou o glomérulo ou se a medular recebe sangue, independentemente, da irrigação que lhe vem do vaso eferente, pelos ramos das artérias rectas post-glomerulares. MÖLLENDORF, que se tem ocupado muito particularmente do estudo histológico do rim, entende que a técnica habitual que procura resolver o assunto e que se baseia em preparações por injecção e corrosão, é incerta, mas, pode assegurar-se que, pelo menos, a maior parte do sangue da medular é sangue que passou o glomérulo. Já VIRCHOW tinha conseguido demonstrar, em rim amilóide, a existência de irrigação própria, para-glomerular e não post-glomerular, injectando artérias da medular sem que se injectassem os glomérulos.

Outros autores conseguiram demonstrações da existência de tal irrigação, mas, os melhores factos para o esclarecimento do problema, foram trazidos por HOU JENSSSEN e GÄNSSLEN. GÄNSSLEN demonstra a existência de artérias de mais delgado calibre, que saem das artérias interlobares e que, depois de caminharem algum tempo paralelas a essas, se separam em ângulo brusco, mergulhando nas pirâmides, e HOU JENSSSEN encontra, para cada trezentas arteríolas post-glomerulares da medular, cêrca de dez vasos que não passaram o glomérulo e que saem do vaso aferente antes de entrarem no glomérulo, ou directamente do ramo mais alto da artéria arciforme. Verifica-se, ainda, que estas primitivas artérias para-glomerulares se bifurcam antes da sua entrada na medular, por forma a poder garantir-se hoje que, das

arérias da medular, 6 a 12 % não passaram o glomérulo. As verificações com preparações injectadas, de POPPER e FUCHS, confirmam o facto. Se o reconhecimento destes vasos não é fácil é porque, como POPPER e FUCHS também mostram nas suas preparações, estas artérias não são rectas, e formam ansas em S ou U antes de entrarem nos feixes de vasos da medular. Se bem que não seja fácil avaliar a percentagem, nos feixes, destes vasos que não passaram o glomérulo, em relação aos outros post-glomerulares, pode avaliar-se em 5-6 a 10-12 % a quantidade de vasos rectos verdadeiros, para-glomerulares. Em cada um dos agrupados fasciculares da zona externa da medular, há, sempre, uma artéria das que passaram o glomérulo e há, algumas vezes, mais de que uma, duas ou três, mas, nem todos os feixes contêm um ramo para-glomerular; porém, como se fazem as anastomoses entre os vasos de um feixe com os de outros, como já dissemos, podemos concluir, com segurança, que afinal vai sempre sangue do ramo para-glomerular aos capilares de subdivisão destes feixes.

Esboçada a morfologia da vascularização renal, vejamos que aspectos ela traz para a fisiologia do rim, e qual pode ser a sua significação funcional.

Acabámos de ver que há, na medular, capilares com sangue que veio directamente da aorta, sem passar pelos glomérulos, estes em menor número, e capilares com sangue que passou os glomérulos e aí sofreu alteração de composição e de pressão. Naturalmente, haverá, ainda, capilares que conduzem a mistura dos dois sangues, dadas as anastomoses que ligam estes vasos entre si e de um feixe para outro. SCHWARZ, pela primeira vez, em 1923, pensou que a presença de sangue de duas proveniências na medular do rim devia ter significação funcional.

Os feixes vasculares acompanham os tubos de HENLE até ao fim e os capilares, em nenhum ponto estão em contacto directo com os tubos, como já dissemos, por forma que tôdas as trocas efectuadas nos dois sentidos, trocas de elementos nutritivos dos capilares para as células dos tubos e transporte de produtos resultantes de actividades celulares, fazem-se por intermédio do interstício. Isto é, sobretudo, evidente, em relação aos tubos de HENLE, que estão flagrantemente afastados dos capilares.

O tipo de capilarização em feixe é eminentemente propício à reabsorção dos líquidos transportados pelo tecido intersticial e, por outro lado, a proporção em que se mistura o sangue post-glomerular, sangue com qualidades osmóticas, oncóticas e de pressão diferentes, deve ter influência nas condições de reabsorção dos líquidos do interstício. Cada tubo de HENLE está no campo de acção de um destes feixes de capilarização do tipo de reabsorção. Outras particularidades de morfologia que aqui apontamos têm também significação funcional.

Assim, como as veias renais se abrem na veia cava inferior sem qualquer sistema de válvula, toda a estase ou pressão aumentada na veia cava teria imediata repercussão e nociva influencia sobre o fluxo das veias do rim e capilares venosos e sobre a pressão, a velocidade e a direcção da normal corrente sanguínea do interior do rim. Isto arrastaria as piores conseqüências sobre a função do rim.

A corrente de refluxo pelas veias renais não está, efectivamente, impedida por qualquer dispositivo valvular dos próprios troncos venosos, mas os capilares estão protegidos do refluxo centrífugo e das suas conseqüências pelo sistema de ansas e sinuosidades a que nos referimos, existentes na medular, que dificultam o refluxo do sangue nesse sentido e o obrigam a procurar a drenagem por via extra-medular. Também, nos vasos arteriais da medular se encontram disposições morfológicas que actuam no sentido de regular a corrente sanguínea nesses vasos e que são as sinuosidades, a formação de ansas e a irregularidade de trajecto que descrevemos, no termo dos ramos arteriais para-glomerulares.

Os ramos rectos verdadeiros, que não passaram pelo glomérulo, trazem sangue da aorta. O sangue que vem dos ramos arteriais post-glomerulares, pela sua passagem na rede capilar do glomérulo e pela perda de líquido filtrado, sofreu uma baixa notável da tensão e de velocidade, de resto útil para a reabsorção, como é útil no mesmo sentido a perda de água e o aumento do poder oncótico do sangue que aí circula; mas, o sangue que circula nos ramos provenientes directamente da aorta e que não passou pelos glomérulos, conserva ainda uma tensão elevada, parte da tensão que lhe provém da aorta.

Como os capilares vindos de uns e de outros destes vasos se

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

PRÉMIO ORFILA
1872



PRÉMIO DESPORTES
1904

A

DIGITALINE NATIVELLE

Actua com mais segurança do que tôdas as outras
preparações da digitalis, é e será a unidade padrão
que serve para medir a acção terapêutica de todos
os medicamentos cardiotónicos

FORMAS

Solução ao miléssimo
Grânulos a 1/10 de miligrama
Ampôlas a 1/4 de miligrama para injeções intramusculares

LABORATÓRIO NATIVELLE
27, Rue de la Procession, PARIS 15

Representante :

HENRI REYNAUD-127, R. Aurea-LISBOA

LISBOA MÉDICA

GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUINTE



LASA

TÓNICO PARA OS BRONQUIOS



CLAVITAM

FORTIFICANTE RECALCIFICADOR



KUSKUS

ALIMENTO RECONSTITUINTE



HALIBUT

PODEROSO
ANTI-RAQUÍTICO



LABORATÓRIOS

ANDRÓMACO

RUA ARCO DO CEGO, 90

TELEF. 4 0804

LISBOA

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

reúnem nas vénulas da medular, resultaria que o sangue das arborizações dos vasos para-glomerulares, com maior tensão, determinaria uma corrente de refluxo no território dos capilares post-glomerulares com a necessária conseqüência perturbadora da circulação glomerular e, também, com influência impeditiva sobre a reabsorção nestes territórios, pois, iria elevar, aí, a tensão hidrostática, que deve ser baixa, para facilitar a reabsorção, e contrariaria a pressão oncótica das albuminas do plasma que nêles circula. Torna-se, portanto, necessária uma queda de tensão nos vasos para-glomerulares, e essa queda deve realizar-se à custa do dispositivo, em ansas que FUCHS e POPPER observaram na porção dêstes vasos, quando entram nos feixes.

A morfologia descrita tem, pois, o fim de satisfazer às condições necessárias para a filtração e reabsorção, mantendo a pressão, velocidade e sentido da corrente sanguínea, amortecendo a tensão nos vasos que estão em comunicação directa com a aorta e protegendo os territórios capilares venosos da medular, das variações de tensão ao nível da veia cava inferior.

Era natural supor que a existência de duas irrigações distintas e com sangues diferentes, pudesse estar em relação com os fenómenos da diurese e com o transporte de água e outros materiais através do elemento, anatómico e funcional, que é o interstício do rim. A medular será irrigada só por sangue post-glomerular, se estiverem contraídas, ou excluídas da circulação, as artérias rectas para-glomerulares, e a medular receberá cêrca de 10 % de sangue arterial, da aorta, quando seja aberto o circuito das artérias rectas para-glomerulares.

FREY descreve, em 1935 e 1936, alterações da circulação renal, dêste tipo, que podemos considerar como dependentes de um sistema de comutação dos dois circuitos vasculares, na diurese de água, em opposição ao que se passa nos processos de concentração da urina. Assim, injectando tinta da China na carótida dos animais, ficam os glomérulos pretos e os capilares fracamente còrados, mas, se se fizer o mesmo durante o período de diurese por sobrecarga aquosa, os glomérulos ficam cinzentos e os capilares muito cheios de tinta. São, a êste respeito, muito evidentes, tanto as preparações macroscópicas, como as microscópicas, dos rins còrados vitalmente.

Nas preparações macroscópicas pode ver-se, durante o período

dé diurese, que a substância medular está rica de tinta da China, enquanto a cortical está descorada. Se a injeccção é feita, pelo contrário, em período de concentração, a cortical aparece escura, rica de tinta, ao contrário da medular. Há, pois, aqui, um sistema de comutação que deriva a circulação do rim para o circuito glomerular, na concentração, e para o circuito para-glomerular, na diurese.

Pensava FREY que fôsem, unicamente, condições diferentes de pressão num ou noutro sistema que regulassem a diurese. FUCHS e POPPER, retomando as experiências de FREY, confirmam-nas e vêem que os animais injectados, depois de terem recebido água, tinham os glomérulos com pouca tinta, e os feixes de capilares da substância medular, ricos de tinta. Nos animais injectados com sulfato de sódio, que provoca a concentração da urina, o quadro histológico era oposto, com os capilares fortemente corados, ao contrário dos tubos, e isto verificava-se quer com rins íntegros, quer com rins lesados por tóxicos, como pela cantaridina, ou após a compressão das artérias renais durante vinte minutos.

A interpretação a dar a estas experiências é a de que a tinta que vai pelos vasos aferentes aos glomérulos não passa, em quantidade apreciável, à rede capilar post-glomerular; portanto, se vemos tinta nos capilares da medular, deve ter aí chegado por meio das artérias rectas verdadeiras, para-glomerulares.

É isto o que sucede no máximo da diurese da água, o que nos leva a concluir que, nessa altura, o sistema de arteríolas rectas para-glomerulares está aberto e que, pelo contrário, no período de concentração, está fechado. Isto está ainda de acôrdo com a verificação de que, freqüentemente, no máximo da diurese há diminuição do filtrado glomerular.

As experiências de FREY, confirmadas por FUCHS e POPPER, estabelecem a dependência entre as variações de diurese e as proporções de mistura do sangue da medular, por comutação entre os dois circuitos arteriais aí existentes.

Vejamos como podemos associar estes factos aos outros que já conhecemos, sobre o comportamento da filtração e da reabsorpção na diurese. Para que haja a equivalência habitual, a proporcionalidade entre filtração e reabsorpção, de que depende uma diurese normal, é necessário que o sangue post-glomerular passe

na medular. É êle que, perdida a sua pressão hidrostática e perdida a água através do glomérulo, vai dotado de qualidades e de pressão oncótica capazes de reabsorverem, do interstício, a água perdida no glomérulo, até à isosmia. Nestas condições normais, só um pequeno número de arteríolas para-glomerulares estão abertas. Se estas artérias para-glomerulares se permeabilizam totalmente, vem, através delas, sangue rico de água e de baixo poder oncótico, que é o sangue arterial vindo directamente da aorta, sem ter sofrido as alterações de composição ao nível dos glomérulos, o que conduz à deminuição do poder reabsorvente da mistura dos dois sangues, do poder reabsorvente da rêde capilar da medular, deminuição da reabsorpção que se traduz por maior diurese.

○ A deminuição do poder oncótico do sangue dos capilares da medular, pela mistura de sangue não glomerular, regula a diurese.

○ São estas circunstâncias que fazem com que a imbibição aquosa do interstício seja sempre a mesma, quer em período máximo de diurese, quer em período de concentração. O líquido só passa o interstício solicitado pelos vasos, e por intermédio do interstício vem o líquido dos tubos em menor ou maior quantidade, determinando as variações da diurese. É mercê destas variações de diurese que a imbibição do interstício se consegue manter constante.

Vejamos como estes factos se coadunam com o comportamento da diurese na esclerose do rim. Aí, em consequência da esclerose dos glomérulos, um grande número das arteríolas post-glomerulares não são irrigadas, ao passo que as artérias para-glomerulares não são afectadas, sensivelmente, pelo processo. Ainda, existem vasos post-glomerulares que conduzem à medular sangue igual ao dos vasos para-glomerulares, por terem atravessado glomérulos lesados onde não se exerce filtração, onde o sangue não perdeu água. Há uma preponderância relativa de irrigação para-glomerular na medular, preponderância que até permite melhor reconhecer a existência dêste sistema de irrigação, exactamente, no rim de esclerose injectado. Foi num rim amilóide que VIRCHOW verificou a irrigação para-glomerular.

○ Pensam POPPER e os seus colaboradores que, devido às lesões glomerulares, se filtra menos urina provisória, que o filtrado está reduzido; mas, devido à preponderância dos capilares sangui-

neos, com sangue rico de água e de baixo poder oncótico, proveniente da circulação para-glomerular, a reabsorção na medular está prejudicada e relativamente mais reduzida que a filtração, e daí resulta uma diurese exagerada, que é a poliúria do rim esclerótico. Assim, esta poliúria, designada por compensadora, pode ter a sua razão de ser, não numa actividade de filtração exagerada, nem em qualquer acção epitelial, mas, sim, nestas condições particulares da irrigação do rim, as quais alteram as normais relações dos dois circuitos, por comutação em favor do circuito directo, para-glomerular, com prejuízo do circuito post-glomerular, que fica reduzido.

Compreende-se, pelo que acabámos de dizer, que, na prova da água, o aumento da diurese possa ser resultado da abertura do sistema para-glomerular. Mas então, ¿ como explicar a redução de diurese que se observa em doentes renais com má prova de diluição, sem a intervenção de factores extra-renais, e nos quais se verifica que a diminuição da diurese é determinada, não por diminuída filtração, mas por reabsorção patológica exagerada?

FUCHS e POPPER, observando que, em casos destes, a prova decorria com dores renais, pensam que as dores estejam em relação com edema do rim, que se tenha estabelecido edema do órgão, que se haja perdido a condição normal da constância de imbibição do tecido intersticial, porque a permeabilidade capilar, alterada, determinaria a formação de um exsudado intersticial, verdadeira inflamação serosa do rim, com a presença de albumina neste exsudado. Uma vez abertas, pela prova da água, as artérias para-glomerulares, elas ajudariam a aumentar o edema, em lugar de determinarem a diurese.

EPPINGER distingue dois estados de *inflamação serosa do rim*. Num primeiro estado, a riqueza de albuminóides do interstício determina aumento do poder oncótico e, portanto, aumento de reabsorção ao nível deste mesmo interstício. Num estado mais avançado, a organização fibrosa do interstício conduz ao impedimento de reabsorção, com poliúria.

A diurese está, pelo que acabámos de ver, em relação, menos com a alteração quantitativa da corrente circulatória do rim, do que com a modificação da qualidade do sangue que o irriga.

Outra importância tem ainda o interstício do rim. O tecido

intersticial tem-nos interessado, até aqui, unicamente nas suas relações de troca com os vasos e tubos ao nível da medular, mas, o tecido intersticial pode desempenhar ainda função de outro género. O tecido intersticial, perivascular, dos grandes vasos arteriais e das veias, vai subdividindo-se com estes vasos, até aos capilares e, onde se reúnem as artérias e veias interlobares, o tecido intersticial abre-se também no seio renal. Por outro lado, vai abrir-se na convexidade do rim, juntamente com o tecido perivascular das veias estreladas e dos vasos aberrantes.

Este dispositivo permite a expansão de líquido que se acumula, sob tensão, nos espaços intersticiais do rim ou no seio renal.

Se se injecta líquido, sob tensão, no bacinete, rompe-se um cálice, o líquido entra no seio renal e de aí pode sair por cinco vias:

- 1) pelo hilo, para o espaço retroperitoneal;
- 2) para o parênquima, inundando os espaços perivasculares;
- 3) de maneira difusa, entre tubos e capilares, no tecido intersticial do parênquima;
- 4) atingindo os espaços da superfície renal e estendendo-se sob a cápsula;
- 5) por ruptura da parede de veias, escoando-se por essas veias, por refluxo pielo-venoso.

Isto explica, também, o efeito terapêutico da descapsulação.

Já, por vários autores, tem sido descrita a drenagem de abundante líquido seroso, pela ferida operatória, nos primeiros dias da descapsulação, até que se estabelece a diurese. Esta drenagem não diz respeito a urina, mas, sim, a uma exsudação serosa que precede o estabelecimento da diurese.

KÜMMEL acha que o efeito da descapsulação é aumentado pela secção do tecido conjuntivo e adiposo do hilo, e isto está em relação com as vias de drenagem que acabámos de apontar. Há, portanto, uma drenagem pela convexidade do órgão, mas também a pode haver pela concavidade. Por outro lado, como os linfáticos dos dois rins se abrem em gânglios, situados ao longo da aorta, que estão em comunicação uns com os outros, e como, ainda, algumas vezes, os linfáticos dos dois rins comunicam directamente entre si, explica-se porque é que a capsulectomia unilateral pode trazer a melhoria funcional dos dois rins e ter efeito contralateral.

A descapsulação, porém, só tem efeito sobre a drenagem do

interstício, sobre a drenagem serosa ou aquosa, não directamente sobre a filtração, e por isso a filtração e a retenção podem não ser influenciadas com a descapsulação.

Os aspectos que apontámos têm aplicação na construção de um esquema de localização, em opposição às teorias funcionais, gerais, para as doenças do rim. São elementos que permitem o melhor conhecimento da fisiologia especial do rim, das funções dos seus elementos: do glomérulo, dos tubos, do interstício e dos vasos, e que trazem apoio a um sistema de patologia renal.

Assim, na clínica de EPPINGER são consideradas quatro formas essenciais nesta sistematização: a *doença do sistema pré-capilar*, a *doença do aparelho glomerular*, a *doença do aparelho tubular*, e a *doença do interstício*.

Nas primeiras formas, trata-se de casos em que existe uma alteração pré-capilar, das mais pequenas artérias, por entrada de plasma do lume, na parede do vaso, no sentido da *disória* de SCHÜRMAN e MAC-MAHON, por espasmo do vaso aferente, como pensam VOLHARD e PAL, ou pelo seu edema, segundo EPPINGER. O elemento patogenético da doença do rim é, então, a lesão pré-capilar, e a hipertensão é seu sintoma crucial.

Se applicarmos os nossos conhecimentos aos fenómenos de filtração e de reabsorpção, podemos aceitar que haja diminuição da irrigação glomerular por menor lume do vaso aferente, mas, também, o aumento concomitante da pressão pode elevar a pressão de filtração, de forma compensadora. Na hipertonia, que é um quadro crónico de alteração pré-capilar, desde que não há participação renal, a quantidade do filtrado mantém-se normal ou pouco abaixada, e variações de pressão que se produzam durante a doença, não chegam a alterar a medida do filtrado.

Isto acontece em todos os casos em que se desenvolve um aumento de pressão que compensa o prejuízo trazido à irrigação do glomérulo pela redução do calibre do vaso aferente. Porém, como na nefrite aguda o aumento de tensão só raramente é tão alto como nos estados crónicos de hipertonia, acontece que a compensação nestes estados agudos dá-se menos vezes, e, nestas condições, há deficiente irrigação do glomérulo e diminuta filtração.

Separado deste quadro precapilar está o quadro das *doenças do aparelho glomerular*.

EPPINGER encara a possibilidade de lesão glomerular por dois mecanismos: ou por elevada permeabilidade capilar, ou por diminuição de permeabilidade. O aumento de permeabilidade capilar seria mais freqüente nas doenças agudas do glomérulo, e a diminuição da permeabilidade, seria mais própria dos processos crônicos, que evoluem com esclerose do glomérulo, na qual intervém a natureza conjuntiva da cápsula de BOWMANN, pois, investigações morfológicas, como as de MOLLENDORF, ZIMMERMANN, MARCHAND e outros, mostraram que o folheto parietal da cápsula de BOWMANN não é constituído por tecido epitelial, mas, sim, por células de tipo adventicial, representantes dos pericitos, e PATRONI pôde reconhecer, neste folheto, proliferação de elementos do tipo de fibrócitos.

No primeiro caso, os sintomas são os do aumento de permeabilidade do glomérulo para a albumina e para o sangue, mas, esta permeabilidade exagerada, esta passagem da albumina e do sangue, não tem qualquer conseqüência sobre a função renal, nem determina insuficiência do órgão. Só a presença de albumina no lume dos tubos, pode actuar, pelo seu poder oncótico, sobre a reabsorção, que é condicionada, ao nível dos tubos, pelo sangue dos feixes.

Numa fase mais intensa de lesão glomerular, pode não existir, unicamente, esta simples perturbação de permeabilidade e produzir-se lesões anatómicas das ansas, determinando-se redução do filtrado glomerular e, também, imediatamente, subida da taxa da creatinina no sangue, antes, mesmo, da subida da ureia ou do azoto residual. É importante acentuar que isto pode realizar-se sem que haja hipertensão, isto é, independentemente de qualquer processo de redução de afluxo do vaso aferente.

O afluxo do vaso aferente não é alterado, mas a irrigação do glomérulo é que é prejudicada pelas lesões anatómicas dos capilares das ansas, que estão reduzidos de calibre pela tumefacção, exsudação, infiltração e proliferação celular. Disto resulta que é menor a quantidade de sangue que vai aos vasos eferentes e ao sistema capilar que lhe diz respeito, o que, em certo grau, vem determinar perturbações da nutrição e das funções da medular as quais, no seu máximo, na esclerose glomerular, conduzem à produção de poliúria por diminuída reabsorção.

Um terceiro elemento que pode ser sede de doença, é o *aparelho tubular*, ligado funcionalmente ao interstício. Descreve-

mos como função tubular a reabsorção da água e a reabsorção activa, por permeabilidade dirigida, de substâncias fixas, das quais algumas, como a ureia e o açúcar, seriam reabsorvidas ao nível dos tubos contornados. Por outro lado, possui ainda o epitélio do tubo funções secretórias e de síntese, por exemplo, do ácido hipúrico e do amoníaco. As lesões do epitélio conduzem ao quadro da *doença tubular*. Vimos que, normalmente, o epitélio, mercê da permeabilidade dirigida, escolhia com a sua actividade própria as substâncias a reabsorver na corrente aquosa. Vimos, também, que algumas substâncias passavam em iguais concentrações, no filtrado glomerular, no reabsorvido e na urina definitiva, enquanto outras se comportavam de maneira diferente, sendo regulada a sua reabsorção pelas necessidades do organismo.

Em condições de doença tubular, e o caso modelar a êste respeito é a esclerose renal, a actividade dos tubos mostra-se alterada, perde-se a sua faculdade de escolha dos produtos a reabsorver e deixa de executar-se um trabalho, activo, antiosmótico.

Isto determina a *isostenúria*; a concentração do filtrado é então igual à do plasma, à do reabsorvido e à da urina definitiva; o tubo reduz-se a uma membrana semi-permeável, transforma-se funcionalmente em glomérulo. Antes que êste estado se atinja na sua totalidade, a diminuição de função tubular conduz ao estado transitório de *hipostenúria*. Com isto se altera e se perde, também, a limitação da reabsorção do azoto, que era faculdade electiva do epitélio, e, assim, se concorre, por maior reabsorção da ureia, e de outras substâncias azotadas, como a própria creatinina, para a uremia de reabsorção.

Evidentemente, estes quadros patológicos não aparecem isolados, e doenças pré-capilares, glomerulares e tubulares, podem combinar-se em cada caso.

Por último, devemos considerar, ainda, o interstício, como sede de doença, pois é, afinal, também, um elemento funcional do rim, tão importante como os tubos e, até, de maior importância funcional do que a que possui noutros órgãos, como, por exemplo, o fígado, onde está representado pelos espaços de DISSE.

A *doença do interstício* pode affectá-lo de maneira aguda ou crónica, com os seus quadros diferentes para cada um destes casos. São, afinal, quadros de inflamação serosa do rim.

LISBOA MÉDICA

TUBERCULOSE
VITADONE
INJECTÁVEL

VITAMINAS A & D
fisiològicamente tituladas

Caixas de 6 empólas de 2 centímetros cúbicos

Contendo cada uma $\left\{ \begin{array}{l} 20.000 \text{ u. i. de Vitamina A} \\ 20.000 \text{ u. i. de Vitamina D} \end{array} \right.$

2 Injecções intra-musculares por semana

Etablissements **BYLA**—26, Avenue de l'Observatoire — PARIS

Literatura e amostras nos Representantes:

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

Granulos de Catillon STROPHANTUS

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

Granulos de Catillon a 0,0001 STROPHANTINE CHRYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St-Martin, Paris — K PHARMACIAS.



Vitaminas

fontes de energia vital
para o organismo no período
de crescimento

Vigantol

contém

vitamina D

quimicamente pura, atóxica e numa forma que é bem tolerada pelo organismo

Contra as perturbações do metabolismo do cálcio e do ióstró

Vogan

contém 100 vezes mais

vitamina A

do que o óleo de fígado de bacalhau vulgar, além disto contém uma quantidade adicional, rigorosamente atóxica, de

vitamina D

Para melhorar o estado geral, nos casos de atraso do desenvolvimento físico, susceptibilidade geral para as doenças, tuberculose e escrofulose. Além disto na xerofalmia, queratomalacia, hemeralopia, anorexia e doença de Basedow

E. Merck
Darmstadt

Representante:
Químico-Farmacéutica,
Limitada
Rua Gomes Freire, 90
LISBOA

»Bayer«
Levorkusen

Representante:
BAYER. LIMITADA
Largo do Banco de Quinteila 113
LISBOA

FAHR e NONNENBRUCH separaram uma *nefrite serosa*, como estado de exsudação serosa do interstício do rim, no sentido da inflamação serosa de EPPINGER.

Aí, como nos estados de hepatite serosa, a perturbação da permeabilidade da parede capilar permite a passagem da albumina do sangue para o interstício, e este estado activa a reabsorção, pois, à acção do sangue dos vasos junta-se a pressão oncótica do interstício e, tais factores conduzem a uma intensa redução de diurese, ou, mesmo, ao seu impedimento, à anúria.

Tal quadro é susceptível de se produzir em todos os estados de inflamação serosa generalizada, como sejam certos estados de choque ou de intoxicação alimentar, e em casos de nefrite aguda, em que a escassa irrigação dos capilares post-glomerulares, dada a dificuldade do trânsito sanguíneo no glomérulo, pode conduzir a lesões da permeabilidade dos mesmos capilares e a uma necrobiose dos tubos, como VOLHARD aceita, vindo a nefrite serosa complicar eventualmente a nefrite aguda. Em tôdas as formas de inflamação aguda serosa domina a perturbação da reabsorção e, se a drenagem da albumina do exsudado intersticial não pode fazer-se pelas vias linfáticas, passa-se o mesmo que na inflamação serosa de outros órgãos; do próprio exsudado seroso se produz tecido conectivo e dá-se a fibrose do interstício da medular, como na inflamação serosa do figado se geram estados de cirrose hepática, no miocárdio lesões de esclerose e na pielonefrite ascendente, de idêntica maneira, fibrose, nos limites da medular para a cortical.

Este *edema inflamatório* do rim possui um quadro característico, e FAHR chamou a atenção para êle. Não é um processo de nefrite local intersticial, embora, também, possa associar-se secundariamente a êle. Falta-lhe a infiltração celular que é característica da nefrite focal intersticial; mas, como consequência do edema seroso, o rim está fortemente tumefacto, com a cápsula tensa, cianótico e imbibido de líquido, que escorre pelo corte da cápsula e que sai também do corte do parênquima e, clinicamente, o quadro é o de acentuadíssima oligúria ou anúria, com uremia secundária. A pressão arterial pode ser normal; não há o factor espástico, ou outro, com redução do vaso aferente, que possa ter repercussão sobre a tensão. Além da sua produção em intoxicações, com lesões dos capilares, provocadas por via hema-

togénea, êste estado de doença do interstício pode aparecer em dependência de doenças do bacinete, que transportam as lesões ao interstício, através dos linfáticos.

A nefrite serosa caracteriza-se, clinicamente, pela evolução grave e aguda, com anúria e uremia, macroscopicamente, pelo alargamento dos interstícios e da cápsula de BOWMANN e pelo achatamento dos epitélios, mercê da exsudação serosa. A infiltração celular é nula ou escassa, mas, como a doença do interstício pode associar-se à nefrite focal intersticial, e como a esta pertencem infiltrações características, pode tomar-se, erradamente, à conta da nefrite focal intersticial o que pertence à nefrite serosa concomitante, e os sinais clínicos, graves, de anúria e uremia aguda serem lançados, erradamente, à conta de nefrite intersticial. Um caso do serviço onde trabalhamos, a que já fizemos referência (1), permitiu-nos aceitar a associação dêste quadro de nefrite serosa, não só com a nefrite focal intersticial, mas, também, com a glomerulo-nefrite focal, a qual, tendo um prognóstico benigno, pode ver êste prognóstico transformado pela complicação de nefrite serosa, com anúria e uremia aguda.

NONNENBRUCH publica, também, casos de nefrite serosa, seguidos a intoxicações alimentares, em que a doença do interstício renal deve ser expressão local da inflamação serosa generalizada, pois, num dos casos que evolucioneu mortalmente, NONNENBRUCH verificou, além dos sinais clínicos de gastro-enterite, colapso, fígado e baço grandes e dolorosos, anúria e uremia, quadros de nefrite serosa e ao mesmo tempo de inflamação serosa do fígado e ainda do encéfalo. Êste é um quadro de patologia especial do rim, inteiramente à parte dos quadros de doença pré-capilar, glomerular ou tubular.

Os casos crónicos de inflamação serosa do rim, de nefrite intersticial crónica, que conduzem a cirrose do órgão, são, em geral, acompanhados de fibrose do glomérulo. São quadros ligados à esclerose do rim, com diminuição de filtração, mas, mais intensa redução da reabsorção, por isso, como já dissemos, com poliúria.

Os sintomas das doenças renais têm, em relação com estes aspectos fisiopatológicos, significações próprias.

(1) *Lisboa Médica*. N.º 8. Pág. 497. 1938.

O aumento da pressão arterial é consequência das alterações precapilares. A *albuminúria* pode ser a consequência do aumento de permeabilidade do capilar do glomérulo, por inflamação serosa e, da mesma forma, a presença de eritrócitos na urina glomerular pode ser resultante da perturbação de permeabilidade que determina a albuminúria. Também, a albuminúria pode provir dos tubos, vinda do interstício, atravessando os tubos, para o que tem que atravessar primeiro a membrana basal e depois o epitélio. É natural a relutância em aceitar um tal mecanismo e, por isso, alguns autores pensam que, se há albumina proveniente dos tubos, ela vem dos albuminóides das suas células.

A diurese da prova da água mostra-se, pela aplicação do princípio de REHBURG, como já dissemos, dependente largamente dos factores extra-renais.

Uma má prova da água pode atribuir-se a várias causas, como a causas extra-renais. Não é a diminuição de filtração a causa de uma má prova de VOLHARD, como o demonstraram REHBURG, HOLTEN e outros, mas, são os factores extra-renais que, como já VOLHARD pensava, podem intervir na prova, e, então, a tendência ao edema destrói o paralelismo filtração-reabsorção no sentido de uma reabsorção menos reduzida que a filtração, o que determina menor diurese.

Quando a causa de deficiência da prova está no rim, pode tratar-se de um edema seroso da medular que aumenta a reabsorção, e, também, diminui a filtração, mercê da elevada pressão dentro dos canais, determinada pela compressão do edema intersticial, o que contraria a pressão de filtração nos glomérulos. A diminuição da filtração por compressão é maior, no rim com inflamação serosa, exactamente na altura da prova da água, porque, nessa altura, a irrigação dos vasos para-glomerulares, exagerada e com sangue rico de água, mais favorece a produção da imbibição intersticial e a compressão dos tubos.

A poliúria das nefrites crónicas é atribuída por PAL e outros autores à excitação do epitélio lesado, explicada por KORANYI e outros como poliúria compensadora determinada pela hipertensão e hipertrofia cardíaca, por v. NOORDEN como resultado de poli-dipsia dos doentes renais, por SCHLAYER, como devida a irritação dos vasos renais, e, enfim, por VOLHARD, como poliúria forçada, existente mesmo nos estados de redução aquosa, com o fim de

conseguir eliminar as substâncias a excretar, na proporção conveniente, por meio de uma diurese exagerada.

Apoiam o modo de ver de VOLHARD, as experiências de VOIT e ORTELL, que provocam uremia no cão a que se administram quantidades elevadas de ureia sem a suficiente quantidade de água e, ainda, os casos de MARK, que verifica insuficiência renal, com poliúria, quando faz a ablação de um rim e metade do outro.

EPPINGER e sua escola interpretam a poliúria da nefrite crónica e da esclerose renal como consequência da redução do sistema capilar post-glomerular em relação ao sistema capilar para-glomerular, se bem que possa haver um componente epitelial de tipo compensador.

A *prova de concentração de VOLHARD-STRAUSS* está, nesta concepção, dependente da alterada função de reabsorção dos tubos renais que regulam a quantidade das substâncias dissolvidas no líquido reabsorvido. Se esta função está prejudicada, e perdida a permeabilidade dirigida, a corrente líquida reabsorvida tem a mesma concentração do filtrado, do plasma e da urina definitiva. Há uma rica reabsorção de substâncias dissolvidas pelos capilares venosos, a urina definitiva tem concentração menor, aproximadamente igual à do filtrado glomerular e por sua vez idêntica à do plasma. Cria-se a situação de hipostenúria ou de isostenúria.

Outro sintoma das doenças renais é a *retenção azotada*. Está dependente da diminuição de filtração, em primeiro lugar, e da perda da permeabilidade dirigida, da função activa anti-osmótica dos epitélios tubulares, que, em segundo lugar, permite a uremia de reabsorção.

Avaliando o valor das provas funcionais do rim, FUCHS e POPPER pensam que os elementos orientadores no diagnóstico desta patologia especial do rim são: a medição da tensão, para pesquisa da hipertensão, da lesão pré-capilar; a pesquisa da hematúria e albuminúria, para reconhecimento da aumentada permeabilidade do glomérulo; a determinação do filtrado, segundo REHBERG, e a taxa da creatinina, como informadoras da baixa permeabilidade dos glomérulos, e a prova da concentração de VOLHARD e STRAUSS ou a verificação de reabsorção relativa diminuída, como sinal de lesão tubular.

Outras determinações e provas funcionais são, para os autores, inteiramente dispensáveis.

Algumas considerações terapêuticas resultam do que acabamos de dizer. O princípio terapêutico da fome e da sede, de VOLHARD, encontra a sua justificação da seguinte forma: pela sede não resulta diminuição da irrigação total do rim, mas, sim, um mais largo efeito de comutação por oclusão do sistema arteriolar para-glomerular, cujo território capilar pode determinar edema seroso do interstício, na nefrite aguda. O sangue post-glomerular, pobre de água, que circula durante a sede, não favorece a imbibição do interstício, como o sangue da circulação geral e, portanto, como o sangue para-glomerular, que é idêntico ao da circulação geral. A sede tem o seu efeito útil, terapêutico, como a prova da água ou *choque de água*, por razão semelhante, podem ter efeito prejudicial na nefrite aguda. A *fome* traz, como vantagem, menor quantidade de escoras a filtrar, mas, sobretudo, poupa ao epitélio renal o trabalho da selecção activa. Calculando a filtração e a reabsorção para cada indivíduo, REHBERG e HOLTEN concluem que até filtração de 50 cc. pode dar-se ao doente 70 grs. de albuminas, sem perigo de retenção.

Sobre a administração de sal, também há que considerar. Se na insuficiência dos tubos se administra muito sal, podem estes não conseguir baixar a taxa do cloro no reabsorvido, subir a taxa do cloro no sangue e produzir-se hiperclorémia. Se se administra pouco sal, pode o reabsorvido não levar o sal suficiente por perda da reabsorção electiva, e criam-se estados de hipoclorémia que, no indivíduo normal, nunca podem produzir-se pela simples redução do cloro alimentar, porque a permeabilidade dirigida dos tubos poupa a excreção e utiliza o cloro filtrado no glómulo, levando-o novamente ao sangue, em termos de não permitir que baixe a taxa do cloro, no sangue, para níveis inferiores ao normal.

Há, como dissemos, uma particularidade que distingue o comportamento dos tubos quanto à sua reabsorção do cloro ou do azoto; é que, mesmo quando o rim perdeu a sua faculdade anti-osmótica, isto é, quando, pela insuficiência de certo grau, os tubos não podem preparar um reabsorvido com densidade superior à do filtrado, ainda nesse grau de insuficiência, não total, lhe

fica a capacidade de dirigir a permeabilidade no sentido de escolher os cloretos em lugar das escoras azotadas, para realizar a concentração que é capaz de atingir. Assim, a urina definitiva vem relativamente pobre em cloro, mas conserva concentração apreciável de azoto que o rim excreta para evitar a retenção azotada.

Este é um primeiro grau de insuficiência tubular, porque, num grau de insuficiência mais intenso, já o rim não só perdeu a faculdade de preparar um reabsorvido mais concentrado, anti-osmótico, como também já não pode escolher os elementos a reabsorver para preparar a concentração que é capaz de efectuar, e então o azoto é reabsorvido sem ser substituído pelo cloro. É o caso em que intervém a uremia de reabsorção.

A *dietética* recebe também orientação do que temos dito. EPPINGER pensa que a dieta, com cloreto de sódio e pobre de azoto, contribue para a produção do edema, pela razão que apontamos, e haverá vantagem em substituir o sódio pelo seu antagonista potássio, no sentido de evitar a formação de edema à custa da transmineralização entre estes dois sais. A alimentação contendo potássio, como a administração de doses concentradas de açúcar, exercem efeito impeditivo sobre a inflamação serosa.

Se quisermos encarar um efeito terapêutico sobre a capilarite, sobre a glomerulite em especial, podemos aceitar, pelo que conhecemos da permeabilidade do glomérulo, duas acções terapêuticas: ou diminuir a permeabilidade exagerada que permite a albuminúria e a hematuria, ou aumentar a permeabilidade prejudicada que conduz à retenção do azoto. O piramidon, que figura nas experiências sobre a inflamação serosa como elemento que diminua a permeabilidade capilar, pode empregar-se nesse sentido, e HITZENBERGER aconselha reduzir as hematurias residuais por este meio, mas, se a permeabilidade está diminuída e com ela se reduziu a filtração, o piramidon só pode ser prejudicial. Se, como é freqüente, na glomerulite há zonas de lesões com aumentada permeabilidade, que permitem a passagem de albumina e sangue, mas há diminuição da superfície de filtração, por redução de anas capilares utilizáveis, a qual determina a retenção, o emprego do piramidon não terá, nestes casos, a menor justificação.

No tratamento da pré-capilarite estarão indicados todos os meios que possam diminuir o factor espasmódico ou de exsudação da arteríola como, por exemplo, o repouso, a redução da

alimentação e o uso da digitalina, não só como fármaco tonocardíaco, mas, também, pela sua acção vascular, e ainda a diatermia. A acção dos diuréticos, a não ser a da cafeína, explica-se, menos pelo efeito sobre a filtração do que pelo efeito sobre a reabsorpção. Efectivamente, os diuréticos, como a cafeína, podem aumentar a filtração porque abrem à circulação ansas e glomérulos e aumentam a superfície de filtração, e a digitalina porque aumentando a força cardíaca, aumenta o factor hidrostático em favor de uma maior filtração. Para a acção dos diuréticos mercuriais, deve invocar-se o mecanismo de comutação, que aumenta a irrigação do sistema para-glomerular, à custa de hidremia e aumento de quantidade de sangue, além da acção electiva sobre a descarga de cloretos, que, como sabemos, pode ir ao ponto de determinar hipocloremia.

Há, também, experiências e verificações histológicas que demonstram efeitos tubulares do mesmo tipo pela acção da cafeína (SOLVERANSKY e GRÜNWARD).

Do que acabámos de ver resulta que os diuréticos convenientes, quando haja retenção azotada, são, em primeiro lugar, a daldaira e as soluções concentradas de açúcar, que não lesam o epitélio. Os diuréticos mercuriais e do grupo das purinas, serão menos indicados nos casos de lesões tubulares, se bem que, em casos de aparelho tubular intacto, como na hipertonia, sem insuficiência renal, possam indicar-se.

Outro método terapêutico, a descapsulação, colhe, também, esclarecimentos sobre o seu mecanismo e indicações, nas bases fisiopatológicas que acabamos de expor a respeito do interstício.

WILK encontra sob a cápsula do rim, em casos de nefrite aguda e subaguda, acumulação de líquido seroso, e MEYER pensa que as aderências da cápsula ao córtex renal são resultantes da organização do exsudado nefrítico subcapsular.

Pesquisas de DICHER e ANDERSON, em rins de cães vivos, mostram fluxo que vem do parênquima do rim à sua superfície, como pesquisas de MAUTNER, CONHEIM e LICHTHEIM, verificam que após sobrecarga aquosa, a superfície do figado, a que se tira a cápsula, goteja. Sabemos, pela morfologia que expusemos dos espaços intersticiais, que estes se ligam com os linfáticos do hilo à convexidade e de um a outro rim, directamente, ou com inter-

posição de gânglios lombo-aórticos. A formação de hidronefroses peri-renais, está em relação com esta estrutura. A descapsulação realiza a drenagem do sistema intersticial, drenagem que se verifica na abundante exsudação dos pensos e que pode ser aumentada no seu efeito pela incisão do tecido laxo do hilo, conduzindo, até, à melhoria do rim do lado oposto, pela drenagem comunicante dos dois rins.

FUCHS aponta casos em que os benefícios da descapsulação desapareceram, passados meses, devido à formação de aderências, e que êle reoperou com êxito.

Histologicamente, o rim esclerótico, pielonefrítico, caracteriza-se pela formação fibrosa ao longo dos vasos, no limite da cortical para a medular e, também, pelo espessamento da cápsula fibrosa por perinefrite. São estados consecutivos a dois possíveis mecanismos. Uma vez, trata-se de estase e edema, por lesões do sistema capilar da medular, interessando só a camada medular, sem perturbação ao nível da cortical, nem sobre a irrigação glomerular; outras vezes é interessada, também, a cortical, por dificuldade do fluxo subcapsular, e são comprimidos os vasos corticais. O mecanismo de produção da lesão pielonefrítica, medular, deverá ser o de uma imbibição intersticial, por lesão dos capilares da medular, isto é, edema seroso, edema agudo, com oligúria, ao passo que a forma peri-renal deve ser condicionada pela estase periférica, pela dificuldade de drenagem, em consequência de obliteração do espaço subcapsular.

Os casos de natureza medular reagem à prova da água com o aumento agudo do edema e dor renal durante o efeito da prova, ao passo que os casos peri-renais são caracterizados, segundo FUCHS, por dores contínuas, em relação com o mecanismo da perturbação.

A descapsulação, tem indicação no rim edematoso, seja por nefrite serosa aguda, com grande oligúria ou anúria, seja na glomérulo-nefrite aguda com grande oligúria, em que os tratamentos medicamentosos, a sangria e a diatermia, não conseguiram melhorar a diurese.

Nos casos subagudos e crónicos, deve orientar-nos, para a indicação da descapsulação, a existência de dores contínuas, renais, ou a dor e oligúria provocadas pela prova da água, pois sabemos que no máximo de diurese, durante esta prova, a comutação em

**“eregumil”
Fernández**

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

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

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

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

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

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

Os artigos devem ser enviados 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\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO : 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

favor do circuito para-glomerular, rico de água, determina um agravamento do edema intersticial, com produção de oligúria, má resposta da prova e dores por tumefacção do rim.

Ainda, os rins de pielonefrite são indicação para capsulectomia e, aí, a determinação da filtração e da reabsorção pelo método de REHBERG permite-nos esclarecer se se trata de uma forma medular, na qual a filtração estará conservada, mas em que o edema da medular determinará uma reabsorção baixa, ou se se trata de uma forma peri-renal, na qual predominará a redução da filtração, por acção sobre os vasos e glomérulos. Parece existir, também, nesta forma peri-renal, subcapsular, um elemento funcional, possivelmente arterial, espástico, provocado pela presença do edema subcapsular, porque, em experiências de HASLINGER, a novocainização para-vertebral, reduzindo este factor, espástico, funcional, determina uma melhoria de circulação renal, permitindo melhor irrigação glomerular, a-pesar da persistência do edema, que não é modificado pela novocainização.

Estes aspectos da fisiologia e da fisiopatologia do rim, podem servir para fundamentar uma sistematização da patologia renal, como quer EKEHORN, não sob o ponto de vista de uma patologia funcional geral, mas sim de uma patologia de localização lesional.

A fisiologia especial dos glomérulos, dos tubos, do interstício, dos vasos, o estudo de cada um destes elementos do rim, mais perfeitamente conhecidos pelos trabalhos de morfologistas e clínicos, como MOLLENDORF, ZIMMERMANN, GÄNSSLEN, KROGH, FREY, CUSHNY, REHBERG e últimamente EPPINGER e trabalhadores da sua escola, como POPPER, FUCHS, KAUNITZ e MANDEL, permitem dar corpo a uma patologia de localização das doenças renais.

Por exemplo, no que diz respeito à glomérulo-nefrite difusa, a questão da patogenia do espasmo vascular não pode, seguramente, persistir para todos os casos, se é que virá mesmo a persistir para qualquer caso. A distinção estabelecida entre a patogenia por alteração pré-capilar, ligada à idea da intervenção do vaso aferente, e a patogenia por glomerulite, gira em torno do problema da localização da afecção primária. Alguns autores consideram o espasmo vascular como secundário à glomerulite e incluem na patogenia inflamatória do glomérulo todos os casos de glomérulo-nefrite difusa.

As experiências fundamentais de MAGUSI, provocando o quadro

de glomérulo-nefrite difusa com sêro nefrotóxico, e, também, as observações histológicas de FAHR, contestam a gênese espástica ou pré-capilar da glomérulo-nefrite aguda difusa e provam a existência de um quadro patológico de inflamação glomerular independente da isquemia secundária. Os vasos aferentes estão, nestas observações, cheios de sangue e, na maioria dos casos, dilatados pelo sangue e, se em certas ansas glomerulares há isquemia, esta dá-se como consequência da proliferação e exsudação dos epitélios das ansas, que expulsam o sangue do lume capilar, conservando-se injectadas fortemente as outras ansas em que a inflamação não chegou a obliterar o lume.

A hiperemia inicial do processo é impedida progressivamente pela proliferação inflamatória do endotélio e pela infiltração leucocitária e tumefacção edematosa das ansas dos glomérulos.

É mais aceitável a idea de FAHR, compatível com a idea de localização, pela qual a acção tóxica ou de um antigénio atacaria essencialmente o glomérulo, difusamente ou em focos, ou o interstício, também difusamente ou em focos, em dependência da reactividade dos respectivos tecidos para com o agente inflamatório, tóxico ou antigénio.

Não se trata de uma reacção específica para cada antigénio, mas, sim, de uma acção que se localiza num ou mais elementos anatómicos e funcionais do rim, conforme a disposição reaccional dêstes elementos quanto ao antigénio.

É difícil tirar conclusões seguras do aspecto histológico do quadro de glomérulo-nefrite difusa para comprovar a teoria de VOLHARD nestes casos. Tôdas as alterações que VOLHARD aponta para comprovação histológica da sua hipótese vascular, não são constantes. Constantes, sim, são os aspectos de alteração do próprio glomérulo, compatíveis com a localização glomerular primitiva. Outros argumentos em defesa da teoria de VOLHARD, quanto a glomérulo-nefrite aguda, são muito vulneráveis à critica que lhe põem alguns autores, como, por exemplo, FAHR. No mesmo sentido depõem as experiências de MAGUSI e outros investigadores japoneses, como as verificações de LONG, FINNER e PATSCHEN, que provocam glomérulo-nefrite difusa em porcos portadores de leve tuberculose experimental, com injeccção de tuberculina, como ainda as verificações de HÜCKEL, em que a hipótese de um efeito alérgico, localizado ao glomérulo, é apoiada, não só pelo modo de

produção das lesões, como pelo aspecto histológico da inflamação glomerular, surpreendida no seu início, e que tem paralelo com as alterações hiperérgicas dos tecidos, em que as lesões capilares são um elemento conhecido.

O caso de HÜCKEL é o de uma doente que seis semanas antes tinha tido uma borsite purulenta com linfangite e linfadenite operada e curada, e um dia antes dos sintomas renais havia renovado sinais de inflamação aguda no local da primitiva infecção.

O quadro histológico dos rins, observados vinte minutos depois da morte, mostra uma glomerulite, com vasos muito injectados, sem isquemia que não fôsse a resultante da oclusão inflamatória das ansas, com infiltração e exsudação, o que faz aceitar a HÜCKEL a natureza hiperérgica da glomérulo-nefrite.

Os casos de nefrite serosa de FAHR e NONNENBRUCH podem entrar no mesmo conceito, referido ao interstício. O mais que expusemos acêrca das nefrites crônicas e sôbre a nefrose, adapta-se também a uma patologia de localização a que trazem elementos de apoio as verificações construídas sôbre uma hipótese de função renal, a teoria de CUSHNY, que para FAHR continua sendo o maior êrro da história da medicina, só comparável ao êrro que em passada época dominou a fisiologia e que supunha as artérias para a circulação do ar e as veias para a circulação periférica. No centro desta patologia de localização ficará, como elemento essencial, o glomérulo. As lesões tubulares são, na grande maioria, secundárias à lesão glomerular ou primitivas, por reabsorção tóxica, como no caso do envenenamento pelo sublimado.

O papel do interstício poderá ser primário, ou acompanhará, secundariamente, lesões de outra localização primitiva.

Institut Rocha Cabral—Lisbonne

CONTRIBUTION POUR LA DIFFÉRENTIATION DES TYPES DU BACILLE DE LA TUBERCULOSE

PAR

ALBERTO DE CARVALHO et CARLOS VIDAL

On sait depuis longtemps que tous les animaux peuvent devenir tuberculeux, l'Homme étant le plus sensible à la maladie et la propageant aux animaux de son entourage. Cette constatation a donné lieu à qu'on se demande s'il s'agit de la même maladie chez tous les animaux, l'Homme compris.

Avant la découverte de ROBERT KOCH (après les célèbres expériences de VILLEMEN, en 1865) on cherchait la solution du problème seulement par l'inoculation et par l'histologie; mais aussitôt que l'agent de la maladie a été connu on ne devrait travailler qu'avec des cultures pures, provenant de l'Homme ou d'autres animaux.

Parmi les chercheurs qui ont pris part à ces études, il est juste de citer VILLEMEN, CHAUVEAU, KOCH, VIRCHOW, MAFFUCCI et BAUMGARTEN. Il faut reconnaître qu'il y a eu plus de contradicteurs que défenseurs de l'unité de l'agent de la tuberculose. Il serait très important qu'on arrivât à des conclusions nettes à ce propos, surtout à cause de la consommation du lait. Plusieurs États ont créé des Commissions chargées de ces études; les travaux de la Commission anglaise sont les plus connus.

Nous passerons rapidement en revue les principaux caractères pour la différenciation des types du bacille de la tuberculose, spécialement de ceux qui ont été l'objet des présents essais. Nous ne ferons référence qu'aux bacilles des types humain et bovin, parce qu'ils sont les plus importants (les seuls considérés pour quelques chercheurs) et ceux sur lesquels ont porté nos essais.

Caractères microscopiques: morphologie et coloration (diffé-

**OPOTERAPIA
FEMININA**

GINECINA **SEIXAS-PALMA**

**EXTRACTO HORMONAL
PLURIGLANDULAR A' BASE DE OVARIOS,
CAPSULAS SUPRARRENAES,
HIPOFISES E TIROIDEA.**

**DE OPTIMO RESULTADO
EM TODOS OS CASOS DE:
IRREGULARIDADES MENSTRUAES
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA
NEURASTENIA SEXUAL.**

HISTERISMO.

ACIDENTES CONSECUTIVOS A' OVARIOTOMIA.

NEVROSES CARDIACAS.

ASMA NERVOSA.

NEURASTENIA GERAL.

**LABORATORIOS
DE**

**BIOLOGIA E
QUIMIOTERAPIA
R. S. THIAGO 9 - LISBOA**

Foi para obviar as perniciosas consequências derivadas de insuficiências das glândulas endocrínicas que foi preparada a

GÍNECINA

que é isenta de princípios excitantes tornando-se mais económica e de resultados mais seguros que a tradicional ovarina.

Aproveitamos a oportunidade para chamarmos a atenção de V. Ex.^a para os seguintes preparados de criação própria, cujos resultados têm merecido os mais rasgados elogios.

EXTRACTO OVARICO COMPLETO — INDICAÇÕES: Histerismo, idade crítica, acidentes consecutivos à ovariectomia. Vômitos ocasionados pela gravidez. — DOSE: 2 a 3 comprimidos por dia antes das refeições.

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO — INDICAÇÕES: *Retenção ou desaparecimento da menstruação.* Começar o tratamento 8 dias antes da data em que devia aparecer a menstruação. — DOSE: 1 comprimido por dia e aumentar sucessivamente até 3.

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO N.º 2 — Se depois de tomar 2 tubos de Extracto Ovárico Antiamenorreico não obtiver resultado desejado, continue o tratamento com o *Extracto Ovárico Antiamenorreico N.º 2.* — DOSE: 2 comprimidos por dia.

EXTRACTO OVARICO ANTICONGESTIVO — INDICAÇÕES: Hemorragias uterinas. — DOSE: 3 comprimidos por dia. Raras vezes este extracto falha, mas caso se registre este facto coidamos V. Ex.^a a recorrer à **TIROIDINA Seixas-Palma** em tubos de 75-80 comprimidos a 0,1.



rences de configuration, plus ou moins grande affinité pour la fuchsine).

Caractères dans les cultures : milieux artificiels préférés et plus ou moins facilité de la culture, modification du pH dans les milieux liquides, rôle de la glycérine, etc. ; mais surtout par l'aspect des cultures (types R et S).

On doit à BAERTHLEIM et TOJODA les premiers essais, il y a presque 25 ans, sur la dissociation du bacille de la tuberculose, en colonies R et colonies S ; d'autres expériences sur ce sujet sont dues à GILDEMEISTER, en 1921. Mais les travaux bien connus sont ceux de PETROFF ; ils ont déterminé une nouvelle discussion sur l'agent de la tuberculose. Après ce chercheur Américain, BIRKHAUG a publié des recherches intéressantes, de même que plusieurs auteurs plus récents, comme LAPORTE, COSTIL, SAENZ, etc.

Jadis on pensait qu'il était difficile de réussir la dissociation du bacille de KOCH. Mais aujourd'hui on obtient facilement les deux types de colonies suivants :

S (Smooth), lisse, humide, d'un aspect homogène, non pigmenté, adhérent au milieu nutritif, facilement émulsionnable en eau distillée.

R (Rough), rugueux, sec, d'un aspect hétérogène, quelquefois pigmenté, facilement séparable du milieu nutritif ; difficilement émulsionnable en eau distillée (sauf avec de la bile).

On a décrit aussi des types de colonies étoilés, Ch, F S, etc. ; mais ils sont maintenant considérés comme des sous-types, soit du type R, soit du type S.

Outre les caractères décrits des colonies, on a eu recours pour la séparation des types du bacille à l'exigence d'un certain degré de température, au pH du milieu, à l'action des agents chimiques ou physiques, aux phénomènes d'agglutination, aux aspects du liquide de suspension bacillaire, etc., mais surtout à la virulence.

Cependant, presque tous les chercheurs sont d'accord aujourd'hui sur la facilité d'obtenir les colonies qu'on appelle dissociées, sur la dépendance entre l'aspect de celles-ci et la composition du milieu nutritif, sur la possibilité du type R devenir S ou vice-versa par des repiquages successives, de telle sorte que tous les caractères distinctifs n'ont qu'une valeur faible ou nulle.

Pour aider à la résolution de ce problème, nous avons fait quelques essais, dont le résumé est dans le schème suivant :

Löwenstein Lubenau Hohn Petragnani	Löwenstein Lubenau Hohn Petragnani	Löwenstein Lubenau Hohn Petragnani
Rakti	F	T
P	S_{iv}	E

Nous avons utilisé les souches suivantes, ensemencées sur le milieu de LÖWENSTEIN: H (Ratti), F (selles), T (thyroïde), P (liquide pleural), S_{IV} (bœuf) et E (expectoration). L'aspect des colonies ainsi développées a été respectivement S, R, S, R, S et R.

De chacune de ces 6 souches, on a fait des suspensions pour un deuxième ensemencement, sur les milieux de LÖWENSTEIN, LUBENAU, HOHN et PETRAGNANI (5 tubes de chaque milieu par souche). Dans ce 2^{ème} ensemencement, les types de colonies obtenus ont été:

Souche H — qui était d'abord S, est devenue R sur LÖWENSTEIN;

Souche F — d'abord R et ensuite R sur LÖWENSTEIN, S sur LUBENAU, prédominance de R sur S sur le milieu de HOHN, et de S sur R sur le milieu de PETRAGNANI;

Souche T — d'abord S et dans le deuxième ensemencement prédominance de R sur S sur les milieux de LÖWENSTEIN et de HOHN, et seulement R sur LUBENAU et sur PETRAGNANI;

Souche P — d'abord R et ensuite R sur LÖWENSTEIN et LUBENAU, et prédominance de S sur R dans le milieu de HOHN;

Souche S_{IV} — d'abord S et dans le deuxième ensemencement R sur tous les milieux;

Souche E — d'abord R et ensuite R sur LÖWENSTEIN, LUBENAU et HOHN, et S sur PETRAGNANI.

Avec ces colonies, développées dans le 2^{ème} ensemencement, on a fait un 3^{ème}, mais seulement sur les milieux de LÖWENSTEIN, HOHN et LUBENAU (pas la souche Ratti). De cette manière, nous avons ensemencé:

Souche F, type R provenant de LÖWENSTEIN et type S provenant de PETRAGNANI.

Souche T, type R provenant de LUBENAU et type S provenant de LÖWENSTEIN.

Souche P, type R provenant de LÖWENSTEIN et type S provenant de HOHN.

Souche S_{IV}, seulement type R.

Souche E, type R provenant de LÖWENSTEIN.

Dans ce 3^{ème} ensemencement, nous avons obtenu seulement des colonies R.

PROTOCOLE DES INOCULATIONS

Souche 6		Liquide céphalo-rachidien d'un enfant avec méningite tuberculeuse	
Cobayes avec : 10 ⁻² mgr. : 10 ⁻⁴ mgr. : III III	Lapin avec 1 mgr. : Poumons : tuberculose miliaire. Rate : beaucoup de tubercules. Reins : de rares tubercules.	Lapin avec 10 ⁻² mgr. : Poumons : tuberculose caséuse. Rate : normale. Reins : chaqu'un avec 1 tubercule.	
Souche P6		Liquide de pleurisie sero-fibrineuse	
Cobayes avec : 10 ⁻² mgr. : 10 ⁻⁴ mgr. : † 12 j. après IV	Lapin avec 1 mgr. : Poumons : tuberculose miliaire. Rate : beaucoup de tubercules. Reins : quelques tubercules.	Lapin avec 10 ⁻² mgr. : Poumons : tuberculose caséuse. Rate : normale. Reins : quelques tubercules.	
Souche 13		Pus de gomme bacilleuse du pli-de-l'aîne, chez un enfant	
Cobayes avec : 10 ⁻² mgr. : 10 ⁻⁴ mgr. : IV II	Lapin avec 1 mgr. : † 66 jours après l'inoculation. Poumons : tuberculose miliaire. Rate : normale. Reins : quelques tubercules.	Lapin avec 10 ⁻² mgr. : Poumons : tuberculose caséuse. Rate : normale. Reins : quelques tubercules.	
Souche Siv		Obtenue à Berlin chez un bœuf tuberculeux et envoyée par l'Institut Robert Koch	
Cobayes avec : 10 ⁻² mgr. : 10 ⁻⁴ mgr. : V V	Lapin avec 1 mgr. : † 22 jours après. Granulie.	Lapin avec 10 ⁻² mgr. : † 15 jours après.	
Souche Epiploon		Obtenue de cet organe d'un adulte avec tuberculose généralisée	
Cobayes avec : 10 ⁻² mgr. : 10 ⁻⁴ mgr. : V IV	Lapin avec 1 mgr. : Poumons : tuberculose caséuse. Rate : beaucoup de tubercules. Reins : de rares tubercules.	Lapin avec 10 ⁻² mgr. : Poumons : tuberculose caséuse. Rate : normale. Reins : quelques tubercules.	
Souche Fiv		Obtenue des selles d'un adulte avec T. P.	
Cobayes avec : 10 ⁻² mgr. : 10 ⁻⁴ mgr. : † 23 j. après III III	Lapin avec 1 mgr. : Poumons : tuberculose miliaire. Rate et reins : normaux.	Lapin avec 10 ⁻² mgr. : Poumons : tuberculose caséuse. Rate : normale. Reins : quelques tubercules.	



Souche L. P.	Liquide de pleurisie purulente d'un adulte	
Cobayes avec : 10 ² mgr. : 10 ⁴ mgr. : IV III	Lapin avec 1 mgr. : † 31 jours après. Poumons : 4 tubercules. Rate et reins : normaux.	Lapin avec 10 ⁻² mgr. : Poumons : 2 tubercules. Rate et reins : normaux.
Souche U6	Obtenu de l'urine d'un adulte avec tuberculose rénale et opéré de néphrectomie	
Cobayes avec : 10 ² mgr. : 10 ⁴ mgr. : II II	Lapin avec 1 mgr. : † 15 jours après.	Lapin avec 10 ⁻² mgr. : Poumons : tuberculose caséuse. Rate : normale. Reins : de rares tubercules.
Souche 26	Pus de gomme bacilleuse, chez un enfant	
Cobayes avec : 10 ² mgr. : 10 ⁴ mgr. : † 39 j. après III IV	Lapin avec 1 mgr. : † 15 jours après. Poumons : tuberculose miliaire Rate et reins : normaux.	Lapin avec 10 ⁻² mgr. : Poumons : tuberculose caséuse. Rate : normale. Reins : chacun avec 2 tubercules.
Souche Spt. 35	Souche isolée à Berlin d'une expectoration et envoyée par l'Institut Rober Koch	
Cobayes avec : 10 ² mgr. : 10 ⁴ mgr. : III II	Lapin avec 1 mgr. : † 15 jours après. Tous les organes normaux	Lapin avec 10 ⁻² mgr. : Poumons : de rares tubercules. Rate et reins : normaux.
Souche U2	Obtenu de l'urine d'un adulte avec tuberculose rénale et opéré de néphrectomie	
Cobayes avec : 10 ² mgr. : 10 ⁴ mgr. : † 48 j. après II II	Lapin avec 1 mgr. : † 39 jours après. Poumons : tuberculose miliaire. Rate et reins : normaux.	Lapin avec 10 ⁻² mgr. : Poumons : quelques tubercules. Rate : normale. Reins : un normal e l'autre avec 3 tubercules.
Souche 11	Coxalgie à gauche, chez un enfant	
Cobayes avec : 10 ² mgr. : 10 ⁴ mgr. : IV II	Lapin avec 1 mgr. : † 22 jours après. Poumons : tuberculose miliaire. Rate et reins : normaux.	Lapin avec 10 ⁻² mgr. : Poumons : tuberculose caséuse. Rate : quelques tubercules. Reins : chacun avec 1 tubercule.

Souche L68	Souche isolée à Berlin d'un cas de lupus et envoyée par l'Institut Robert Koch	
Cobayes avec : 10 ⁻² mgr.: 10 ⁻⁴ mgr.: II II	Lapin avec 1 mgr. : Poumons : tuberculose miliaire. Rate : quelques tubercules. Reins : beaucoup de tubercules.	Lapin avec 10 ⁻² mgr. : Poumons : quelques tubercules. Rate : normale. Reins : un normal et l'autre avec 2 tubercules.
Souche Ratti	Envoyée par l'Institut Pasteur de Paris	
Cobayes avec : 10 ⁻² mgr.: 10 ⁻⁴ mgr.: II I	Lapin avec 1 mgr. : Poumons : tuberculose caséusee. Rate et reins : normaux.	Lapin avec 10 ⁻² mgr. : Poumons : quelques tubercules. Rate : normale. Reins : chaqu'un avec 1 tubercule.
Souche 16	Coxalgie à gauche, chez un enfant	
Cobayes avec : 10 ⁻² mgr.: 10 ⁻⁴ mgr.: III III	Lapin avec 1 mgr. : Poumons : tuberculose miliaire Rate et reins : normaux.	Lapin avec 10 ⁻² mgr. : Poumons : tuberculose caséusee. Rate : normale. Reins : beaucoup de tubercules.
Souche 5	Gonite à gauche, chez un enfant	
Cobayes avec : 10 ⁻² mgr.: 10 ⁻⁴ mgr.: III III	Lapin avec 1 mgr. : Poumons : tuberculose miliaire. Rate : de rares tubercules. Reins : beaucoup de tubercules.	Lapin avec 10 ⁻² mgr. : † 11 jours après l'inoculation.

Nous avons vu dans le 2^{ème} et dans le 3^{ème} ensemencement quelques rares colonies rugeuses dans la base, mais laissant sortir par le sommet une substance d'aspect lisse.

Caractères par l'inoculation : nous venons de voir qu'on ne réussit pas par l'observation des cultures à obtenir des conclusions sur les types de bacilles tuberculeux. L'inoculation c'est la méthode préféré par presque tous les chercheurs pour la différentiation des types de l'agent de la bacilliose.

D'une façon générale, on peut dire que tous les animaux sont sensibles aux différentes qualités du bacille de Koch; cependant l'effet dépend beaucoup de la dose employée. La haute sensibi-

lité du Cobaye pour cette maladie est bien connue, que l'inoculation soit faite avec des bacilles du type humain, ou du type bovin; les effets sont des mêmes, et c'est la raison du grand emploi de cet animal dans les laboratoires des Cliniques. Cependant, le Lapin est l'animal choisi pour la différentiation des types humain et bovin, à cause de sa bien plus grande sensibilité pour l'infection avec le bacille bovin. On a proposé plusieurs façons d'injecter le Lapin; nous avons choisi celle qui nous a semblé la plus pratique. Dans les mêmes essais nous avons aussi inoculés des Cobayes en suivant l'avis du chercheur Danois JENSEN, afin de connaître s'il s'agit d'un bacille bovin de faible virulence ou d'un type humain ou même d'un type mixte.

Comme on voit, nous avons fait nos essais avec 16 souches des différentes provenances indiquées. D'abord le produit était ensemencé sur LÖWENSTEIN et ensuite dans les milieux liquides, bouillon ou KIRCHNER; ainsi, nous avons étudié les caractères des cultures de ces bacilles et obtenu le matériel pour l'inoculation. Les doses employées sont indiquées dans les protocoles des autopsies et on utilisait la voie sous-cutanée chez les Cobayes et l'intraveineuse chez le Lapin; comme d'habitude dans ce laboratoire, on ensemencait avec le matériel de l'inoculation dans la dilution $10^{-6}/0,1$ cc. des tubes au milieu dur, pour savoir combien de bacilles on inoculait. Les animaux étaient sacrifiés entre 50 et 70 jours après l'inoculation (sauf ceux qui sont morts aux cours des essais †). Pendant les autopsies, on cuillait les organes les plus atteints; ceux-ci étaient broyés avec de l'eau physiologique et ensemencés dans des tubes de LÖWENSTEIN. L'aspect des colonies développées sur ces tubes, après 2 mois de séjour à l'étuve à 37°, est dans la dernière colonne du tableau (pour chaque souche, l'indication supérieure se rapporte aux colonies des organes de Cobaye, celle d'en bas à ceux de Lapin). Dans ce tableau *B* et *H* signifient Bovin et Humain. Dans les protocoles des autopsies, où sont indiqués seulement les caractères macroscopiques, on a suivi le tableau de BRUNO LANGE (1), pour la voie sous-cutanée.

(1) *Zeit. Tbk.* 57, S. 212 (1930).

Souches	Types des colonies sur le milieu de LÖWENSTEIN	Types de la culture sur les milieux liquides		2ème passage sur les milieux liquides		Inoculation	Types des colonies sur le milieu de LÖWENSTEIN
		BOUILLON	KIRCHNER	BOUILLON	KIRCHNER		
6	R	—	—	H?	H	B	R
P6	R?	H	H	B	H?	B	R
13	R?	H	H	—	—	B	R
Siv	R	H	H	—	—	B	R
Epiploon	R	H?	B	B	H?	B	R
Fiv	R S	H	B	B	B	B	S
LP	R?	B?	—	B	B	H	R
U6	R?	B	B	B	B	B	?
26	R	—	B	B?	H?	B	R
Spt. 35	R S	—	B	—	—	H	S
U2	S	—	B	B	H	B	R
11	R?	—	B	B	H	B	R
L 68	R S	H	H	B	H	B	S
Ratti	S	—	—	B	B	B	R
16	R S	—	B	B	H	B	S
5	R	H	H	B	B	B	R

Ce tableau nous montre :

1) les résultats des cultures ne sont pas d'accord avec ceux des inoculations; les cultures elles-mêmes provenant des autopsies, soit du Cobaye soit du Lapin, sont pour la plupart différentes du type de la maladie;

2) seulement dans la moitié de nos essais, il y a eu accord entre les types de colonies développées sur le milieu de LÖWENSTEIN par ensemencement du matériel original et celui des organes des autopsies ;

3) il y a eu toujours accord du type d'infection chez les différents animaux inoculés avec la même souche. On doit toujours faire les inoculations chez les 2 espèces d'animaux, pour éviter l'inclusion de souches bovines faibles parmi les souches humaines et aussi pour nous révéler les infections mixtes ;

4) le pourcentage de tuberculose bovine dans nos essais a été bien plus élevé que ce qu'on pense chez nous (ne pas oublier que la plupart des produits a été obtenue chez des enfants (1) atteints de formes chirurgicales de la maladie).

BIBLIOGRAPHIE

- BESTA. — *Zit. Tbk.forsch.* Bd. 44. S. 47 (1936).
 BIRKHAUG. — *Idem.* Bd. 42. S. 480 (1935).
 CALMETTE. — *L'infection bacillaire et la Tuberculose.* Paris. 1920.
 DOWD. — *Amer. Rev. Tbc.* Vol. XXXII. Pg. 50 (1935).
 GAVRILOW et FESTER. — *Rev. belge Tbc.* N.º 5. Pg. 385 (1936).
 JENSEN and F. MÜLLER. — *Acta Tuberc. Scand.* Vol. X. Fasc. 1 et 3 (1936).
 JENSEN, F. MÜLLER and KLAER. — *Idem.* Vol. XI.
 JENSEN and BINDSLEV. — *Idem, idem.*
 JENSEN and KLAER. — *Idem.* Vol. XII.
 KOLLE, KRAUSS und UHLENHUTH. — *Hdb. der path. Microorg.* V. Bd. 2. Berlin. 1928.
 NASTA. — *C. R. Soc. de Biol.* Tome 125. Pg. 83 et 85 (1937).
 SAENZ. — *Idem.* Tome 118. Pg. 302 et 304 (1935).
 — *Idem.* Tome 119. Pg. 725 (1935).
 — *Idem.* Tome 120. Pg. 300 (1935).
 — *Idem.* Tome 122. Pg. 1231 (1936).
 — *Idem.* Tome 127. Pg. 1054 (1938).
 STAMATAN. — *Idem.* Tome 127. Pg. 646 (1938).
 VALTIS. — *Le virus tuberculeux.* Paris. 1932.
 VALTIS et VAN DEINSE. — *C. R. Soc. de Biol.* Tome 113. Pg. 726 (1933).
 — *Idem.* Tome 113. Pg. 814 (1933).
 — *Idem.* Tome 115. Pg. 1181 (1934).
 — *Idem.* Tome 116. Pg. 660 (1934).
 — *Idem.* Tome 118. Pg. 754 (1935).

(1) Nos remerciements au collègue de l'Hôpital D. Estefânia, Dr. PAKOCZY.

UM CASO DE PARTO GEMELAR PREMATURO
DESENCADEADO PELA «LAVERANEA MALARIÆ».
MORTE DOS DOIS GÊMEOS
NAS PRIMEIRAS HORAS A SEGUIR AO PARTO

POR

ACÁCIO ALBERTO DE ABREU FARIA
Médico Municipal e Delegado de Saúde de Alcácer do Sal

HISTÓRIA CLÍNICA

E. M., de 25 anos de idade, trabalhadora rural, solteira, natural e residente na freguesia de Santa Maria do Castelo (Alcácer do Sal).

Antecedentes hereditários e colaterais. — Nada revelaram de anormal, negando a existência de sífilis no marido. O exame clínico do marido, feito na época em que a doente baixou ao Hospital da Misericórdia, nada revelou de anormal. A sua reacção de WASSERMANN, em Maio de 1939, foi negativa. O marido faleceu, há dois meses, no Hospital da Misericórdia de Alcácer, de febre tifóide.

Antecedentes pessoais. — Teve sezões em criança, e nada mais relata de interêsse clínico.

História progressa. — Desde criança que tem sezões, com maiores ou menores intervalos, e que lhe passam tomando o «sulfato». A última vez que teve «febres» foi em Julho de 1937, depois de ter acabado os trabalhos da monda do arroz. Há dezóito anos que, na época própria, ou seja, durante os meses de Maio, Junho, Julho e parte do mês de Agôsto, trabalha na monda, e declara que, quando acabam os trabalhos e regressa a casa, tem todos os anos «febres».

Anamnese. — Diz que há sete meses lhe falta o «incómodo», embora não possa precisar os dias certos em que foi incomodada pela última vez. Desde a data da última menstruação começou a sentir arrepios, calafrios, suores, febre, dores de cabeça, dores no corpo todo, náuseas, vômitos e dores de dentes. Todos estes sinais se tornavam mais fortes para a banda da tarde. Andou três meses na monda do arroz, assim doente, sentindo-se uns dias mais aliviada e outros pior, pois, além de tudo o mais, não podia comer por causa das dores de dentes, e, mesmo assim, o pouco que comia era sem apetite. Durante o período em que andou na monda não tomou nenhum remédio contra as «febres». Na primeira quinzena de Julho, e já depois de ter concluído o seu trabalho de monda, foi à consulta externa da estação anti-sezonática de Al-

cácer do Sal, porque sentia ainda as mesmas «febres» e dores no corpo como as que tinha no momento em que fôra para a monda. Depois de lhe terem picado a orelha, deram-lhe um pequeno saco de papel, amarelo, contendo pastilhas da mesma côr, e recomendaram-lhe que tomasse duas no fim do almôço e duas no fim do jantar, tendo a doente tomado apenas três pastilhas por dia. Conta que, logo que começou a tomar as pastilhas, lhe apareceram inchadas as pernas e os órgãos genitais externos, sendo notável o inchaço dos pés. Com êste tratamento faltaram-lhe as sezões, mas, alguns dias depois de ter acabado de tomar esta primeira «remessa do sulfato amarelo» (*sic*), tornou a piorar com febre e «dores no corpo todo», tendo voltado, por êste facto, à consulta externa da estação anti-sezonática, onde lhe deram, depois de lhe terem picado novamente a orelha, nova «remessa de sulfato amarelo» para tomar em idênticas condições às da remessa anterior, embora ela tivesse tomado, sòmente, três pastilhas diárias. Ao meio-dia do terceiro dia desta nova fase de tratamento pelo «sulfato amarelo», começou a sentir dores à roda da cintura que irradiavam por ambos os lados do ventre para a «tabuinha da barriga» (sínfise púbica), e uma forte dor que, nascendo na virilha direita, ia até ao joelho dêste lado. Tôda a perna direita ficava dormente quando vinham as dores da barriga, tendo sentido em qualquer dos dois partos anteriores idêntica dor na virilha e igual adormecimento na perna, do mesmo lado. Como as dores da barriga se repetissem cada vez com maior freqüência, embora a princípio fôssem de meia em meia hora, resolveu, nesse mesmo dia, às quinze horas, ir consultar o médico, que a mandou baixar imediatamente ao hospital, com a seguinte prescrição: extracção de sangue do lóbulo auricular para «gota espessa»; repouso no leito, injecção de 5 cc. de óleo canforado a 10 0/0 e aplicações quentes na virilha direita, em virtude da intensidade da dor. Às dezassete horas do dia 12 de Agôsto de 1938, ou seja, duas horas depois de ter sido internada na enfermaria 3 do Hospital da Misericórdia, pariu, normalmente, um individuo do sexo feminino, tendo, minutos depois, sido extraído um segundo individuo do mesmo sexo, após ruptura provocada dum segundo saco amniótico, por fácil manobra de MORICEAU. Ambos os individuos nasceram com vida; ambos são de pequeno volume, tendo-se procedido às manobras clássicas para reanimar o segundo (extracção de mucosidades das fauces, flagelação e banho quente e frio). A dequitação foi natural, tendo, seguidamente à extracção do disco placentar e das membranas, recebido uma injecção subcutânea de 2 cc. dum soluto de ergotina a 10 0/0.

Antecedentes obstétricos. — Nega abortos e desmanchos. Tem dois filhos, varão e fêmea de 4 e de 2 anos e meio de idade, respectivamente, que nasceram de têrmo e de parto normal. Durante as duas gestações anteriores nunca teve «febres», nunca lhe incharam os pés, e, ao fim de vinte e quatro horas de parto, já tinha leite, tendo amamentado os dois filhos, um até à idade de 11 meses e o outro até à idade de 18. Tem sido sempre regularmente menstruada, citando, apenas, como interrupções, as fisiológicas do puerpério e da gravidez.

Observação. — Individuo do sexo feminino, de pupilas e cabelos castanhos, estatura e constituição regular, de mau estado geral e má nutrição, com palidez acentuada da pele e menos das mucosas, com pano gravídico facial, com

pigmentação da linha branca abdominal e da aréola de ambos os mamilos, e com o ventre não exageradamente desenvolvido relativamente à idade da gravidez. Tanto a altura uterina como a circunferência abdominal estão em relação com a idade duma gravidez de sete para oito meses. Durante o exame e a palpação do abdómen não notei contrações uterinas. O exame do coração e dos pulmões nada revelou de anormal. Não se fez pesquisa de albumina na urina. O exame do sangue em «gota espessa» revelou a existência de anéis

Diário clínico. — 12-VIII-38. — Às dezassete horas pariu dois gêmeos do sexo feminino. «Gota-espessa» do sangue periférico, revelou a existência de anéis. Esfregaço da placenta, revelou abundantes anéis e mórulas de *Laveranea Malariae*.

13-VIII-38. — À uma hora teve um violento calafrio, seguido de suores e febre.

15-VIII-38. — Nada mais houve de anormal e a puérpera pediu alta no dia 15, e voltou à consulta, a meu pedido, no dia 20-VIII-38. Gráfico de temperatura sem importância.

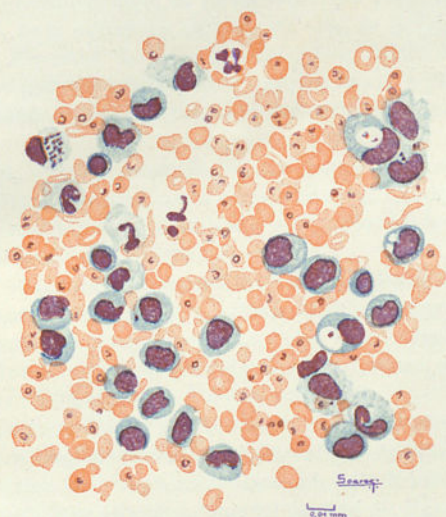
20-VIII-38. — Apresenta baço I (escala de Boyd), duro e indolor; boa involução uterina. À auscultação cardio-pulmonar, nada revelou de anormal. A secreção láctea estabeleceu-se com o mesmo ritmo e abundância como a de qualquer dos partos anteriores. Não tornou a sentir febre, tem apetite e queixa-se de dores no peito e nas costas. Já se dedica aos trabalhos caseiros. Volta à consulta, a meu pedido, em 25 de Agosto de 1938.

25-VIII-38. — Nunca mais teve febre, sente-se bem e já lhe passaram as dores do peito e das costas. Ainda tem abundante secreção láctea. Baço I (escala de Boyd), duro e indolor. «Gota espessa» negativa.

21-III-39. — Apresenta óptimo estado geral e de nutrição. Baço O (escala de Boyd). Tem apetite e nunca mais esteve doente.

Observação dos gêmeos. — Indivíduos do sexo feminino, de compleição débil, de respiração superficial e incompleta, sonolentos e com aspecto de sofrimento, apresentando o mais novo acentuado grau de cianose. «Gotas espessas» de ambos, extraídas do dedo grande do pé e coradas pelo corante Giemsa na diluição de uma gota e meia do soluto-mãe por centímetro cúbico de água destilada, não revelaram a existência de parasitas da malária. Ambos faleceram horas depois do nascimento e foram autopsiados no dia seguinte.

Necropsia. — Ambos apresentavam uma pequena quantidade de líquido amarelo citrino na cavidade pericardiaca e peritoneal. Congestão hepática em ambos, mais pronunciada no mais velho. Os restantes órgãos tinham aspecto normal. Durante a autópsia colhi esfregaços dos seguintes órgãos: do baço, do fígado, do timus, do cérebro e, também, do topo central do cordão umbilical, e «gota espessa» e esfregaço do sangue do coração. A técnica de fixação e coloração foi a seguinte: fixação com álcool a 90°, durante dez minutos. Depois das preparações secas, foram coradas, durante quarenta minutos, com o corante Giemsa, na diluição de uma e meia gota do soluto-mãe por centímetro cúbico de água destilada. O Giemsa foi empregado na mesma diluição, durante vinte minutos, nas preparações em «gota espessa». Nenhuma revelou a existência de parasitas da malária.



Esfregaço da face materna
de uma das placentas corada pelo Giemsa

Exame macroscópico da placenta. — Nada revelou de anormal, bem como o exame das membranas e dos cordões umbilicais, confirmando-se a existência de dois sacos amnióticos e de duas placentas reünidas por uma ponte membranosa, parecendo não haver, através desta, comunicação das duas circulações placentárias.

Exame parasitológico duma das placentas. — Para exame parasitológico colhemos, ao acaso, duma das placentas, sem que rigorosamente possamos confirmar a qual dos indivíduos pertencia, uma pequena porção do órgão na sua face materna, e fizemos um esfregaço que foi corado e fixado pela técnica já indicada. A um exame rápido do esfregaço encontrámos abundantes anéis e mórulas de *Laveranea Malariae*. Percorrendo a preparação e estudando-a, colhi, do seu estudo, os seguintes elementos parasitológicos: abundantes anéis intraglobulares mono- e binucleados de *Laveranea Malariae*; abundantes mórulas intraglobulares, com pigmento central, de dez ou doze merosóitos, de *Laveranea Malariae*. Algumas mórulas encontram-se dentro de macrófagos, conjuntamente com o glóbulo rubro parasitado, vendo-se o glóbulo, a maior parte das vezes, bastante descorado. Não observei gamontes, nem jovens nem maduros.

Exame citológico. — *Série mielóide*: ligeira anisocitose, policromatofilia com ortocromémia. Alguns megaloblastos e normoblastos. Bastantes mieloblastos e mielócitos neutrófilos; alguns glóbulos polimorfonucleares neutrófilos. Encontrei um polimorfonuclear eosinófilo.

Sistema retículo-endotelial: bastantes hemoistoblastos e hemocitoblastos carregados de pigmento (hemozoina), e, outros, com um, dois e três eritrócitos inclusos no protoplasma (função granulopéxica e eritrofágica). Monócitos endotelíoides clasmaticiformes com granulações de pigmento no protoplasma.

Série linfóide: vêem-se alguns linfócitos maduros.

Alguns eritrócitos parasitados percebem-se, nitidamente, dentro das respectivas células que os englobam, havendo outros, já descórados, que apenas deixaram no protoplasma da célula continente um halo branco ou levemente acastanhado que envolve uma pequena mancha central de pigmento melânico.

Ainda, pelo que respeita à série mielóide, encontrei plaquetas grandes, mas pouco abundantes.

Alguns elementos celulares da série branca apresentam o núcleo em divisão, e, outros, em *cariorhexis*.

«Ceux qui veulent opposer le laboratoire à la clinique et la clinique au laboratoire n'ont rien compris, ni au laboratoire ni à la clinique.»

CHARLES RICHET.

Trata-se de uma mulher solteira, de 25 anos de idade, terceira gesta, de constituição e estatura regulares, de mau estado geral e de má nutrição, trabalhadora rural, natural e residente, desde nascença, na vila de Alcácer, que, em virtude de ter sofrido durante meses, sem se ter tratado, de terçã maligna, pariu, prema-

turamente, dois gémeos de sete meses, do sexo feminino, débeis, e que faleceram horas depois do nascimento. A causa imediata da parturição prematura foi, sem dúvida, a infestação maciça da placenta materna pela *Laveranea Malariae*; mas considero elementos adjuvantes de alta valia na apreciação da gravidade da malária, neste caso, os seguintes: o desleixo da doença pelo tratamento racional do sezonismo; o trabalho impróprio para o seu estado fisiológico (monda do arroz durante o quinto, sexto e sétimo meses da gravidez); a condição de gemelaridade desta gestação; a impossibilidade de alimentar-se, pelo menos, como de costume, em virtude das dores de dentes, e, ainda, um certo grau de acção tóxica gravídica, em muito devem ter prolongado a duração desta infestação e favorecido a sua malignidade, que culmina, clinicamente, pela invasão placentária materna, no parto prematuro e na morte dos débeis neófitos.

De cinco placentas que pude submeter a exame parasitológico, em esfregaço, no momento do parto, somente esta apresentava sinais citológicos e parasitológicos de uma intensa infestação pela *Laveranea Malariae*. Tôda a preparação está coalhada de parasitas, uns, na fase de anel, e, outros, na fase de mórula, o que prova a existência de duas gerações parasitárias.

A mãe, depois do parto, até então sempre com sezonismo clínico, e com sezonismo clínico e parasitológico no momento da observação, nunca mais teve manifestações clínicas de sezonismo nem evidenciou parasitas no sangue periférico, embora o baço tivesse regressado lentamente. Tôdas as manifestações clínicas, inclusivè os edemas, desapareceram, como por encanto, logo depois do parto, e êste facto pode ser a prova de que esta gestação, no estado de abandono a que foi votado durante a evolução da mesma o tratamento racional do sezonismo, se tornara também numa fonte de toxemia gravídica, que o parto prematuro veio interromper, roubando ao mesmo tempo ao organismo uma pesada carga parasitária e tóxica palustres pela expulsão da placenta, e deixando-o entregue, desde êsse momento, à premunição que o organismo materno alcançara na luta contra a estirpe parasitária considerada durante êsse largo período de evolução duma terçã maligna em que não houve a contrariar à acção parasitária qualquer dose da medicação antipalustre. ¶ Não é com a simplicidade de um acto cirúrgico de incisão e drenagem de um abcesso

que estes factos poderão comparar-se no mecanismo mais complicado da sua execução; mas tocam tão de perto o brilho e a grandeza do seu resultado prático imediato, que o mecanismo que produziu e favoreceu, neste caso, a expulsão dos fetos e especialmente da placenta, não pode deixar de evocar na minha mente tal comparação, quando constato a melhora rápida, considerável e sustentada que a mãe obteve pela interrupção da gestação sem a ocorrência de complicações!

As pequenas dimensões do baço (B. I. Escala de BOYD) na doente, são, na verdade, próprias da forma parasitária que o exame do sangue revelou; mas também se admite que a placenta em tais casos exerce ou pode exercer a função de órgão supletivo do baço, sofrendo esta uma parte das modificações que ao primeiro pertencem, em geral, quando considerado num organismo independentemente do estado fisiológico da gravidez. O exame do esfregaço da placenta, na zona considerada, revelou a existência de formas celulares abundantes de reacção mielóide.

Em cinco recém-nascidos — cujo sangue em «gota espessa» submeti a exame parasitológico, tendo as mãis apresentado, durante a gestação ou no momento do parto, sinais clínicos, e, algumas, sinais parasitológicos de sezonismo — não encontrei parasitas da malária. A malária congénita é uma realidade, hoje indiscutível, mas não muito freqüente, opondo-se tenazmente a ela, nesta região de sezonismo endemo-epidémico, o elevado índice de epidemidade do sezonismo nos indígenas. Nos dois gémeos examinados não encontrei formas parasitárias, nem no sangue periférico nem nos esfregaços de órgão. É certo que, por vezes, os neófitos, já infestados quando nascem, apenas revelam a existência de parasitas no sangue periférico oito a doze dias após o nascimento.

O que me parece de maior interêsse neste caso é o facto de esta mulher, como tantas outras indígenas, desta região, impaludada desde criança e sofrendo da doença todos os anos, com maiores ou menores períodos de remissão, ter concebido dois gémeos, quando, actualmente, se pensa que a malária, pelo menos a do progenitor feminino, pode diminuir o grau de proliferação humana. Não posso apresentar números certos que, por comparação com outros de regiões e climas não sezonáticos e atenta a influência de factores de outra natureza, me possam levar a afirmações concretas; mas, atenta a facilidade com que encontrei os casos que

vou citar, poderei apenas dizer que não são raros entre nós os partos gemelares e até os trigemelares (três partos trigemelares). Dos casos de parto gemelar e trigemelar que vou referir, a maioria dêles são de mulheres indígenas e que apresentaram, segundo referem, várias vezes sinais clínicos de sezonismo. As que não são indígenas viveram durante muitos anos nesta região, e, num dos casos, houve a confirmação parasitológica da existência de sezonismo antes do parto gemelar.

P. M., de 23 anos de idade, solteira, trabalhadora rural, natural de Torão do Alentejo (zona de sezonismo endemo-epidémico) e vivendo em Alcácer há oito anos. Tratada por mim, em 1936, de sezonismo agudo, tendo o exame do sangue em «gota espessa» revelado, então, a existência de formas em anel. Em Setembro de 1938 pariu dois gémeos, de termo e do sexo feminino. Teve quatro filhos, de três partos.

M. B., de 22 anos de idade, casada, doméstica, natural e residente em Alcácer do Sal. Teve sezões várias vezes antes do casamento. Suspeita de he-re-dolues. Parto gemelar em Outubro de 1935, macho e fêmea. Teve quatro filhos, de três partos.

M. T. A., de 37 anos de idade, casada, doméstica, natural e residente em Alcácer do Sal. Teve sezões várias vezes. Parto gemelar em 1936, macho e fêmea. Teve oito filhos, de sete partos.

E. C., de 23 anos de idade, casada, doméstica, natural de Grândola (zona de sezonismo endemo-epidémico, de mais baixa epidemicidade que o da zona de Alcácer), e residente há anos em Alcácer do Sal. Teve sezões várias vezes. Parto gemelar em 1933, dois machos.

C. da C., de 43 anos de idade, solteira, trabalhadora rural, natural e residente em Alcácer do Sal. Sofreu de sezões várias vezes. Teve dois gémeos em 1938, dois machos. Nunca saíu de Alcácer e teve dezóito filhos, de dezassete partos.

M. da M., de 32 anos de idade, casada, trabalhadora rural, natural da Casa Branca do Sado e residente em Alcácer do Sal. Teve sezões várias vezes, e nunca saíu do concelho de Alcácer. A quarta gravidez foi gemelar, macho e fêmea.

R. E., de 30 anos de idade, casada, trabalhadora rural, natural de Val de Guizo e moradora no monte da Enxarraminha. Teve sezões várias vezes e nunca saíu do concelho, andando quasi sempre com febre durante o período da gestação. Parto gemelar em Dezembro de 1938.

C. M., de 32 anos de idade, casada, trabalhadora rural, natural das Alcáçovas (zona de sezonismo endemo-epidémica, menos grave que em Alcácer), e residindo no concelho, em Val de Guizo, desde os 9 anos de idade. Tem tido muitas vezes sezões e andou sempre com febre enquanto durou esta gravidez. Parto trigemelar em Dezembro de 1936, três fêmeas. Teve sete filhos, de cinco partos.

F. de J., de 49 anos de idade, casada, trabalhadora rural, natural de S. Romão do Sado e residente em Alcácer do Sal há vinte e seis anos. Nunca safu do concelho. Teve sezões várias vezes. Parto trigemelar em Novembro de 1925, três fêmeas. Oito filhos, de seis partos.

Tenho ainda notícia de outro parto trigemelar ocorrido no concelho, na freguesia de Santa Susana, pelo ano de 1936, mas não consegui apurar os dados necessários.

¡ Proteja-se a mulher rural e, especialmente, a mãe trabalhadora rural, por si própria e pelos filhos já nados ou ainda em gestação; estabeleça-se em moldes tanto quanto de acôrdo com a educação do nosso meio e a psicologia delas, o que de fundamental, de humano e de científico há a respeitar durante o período da gestação e da amamentação, e organize-se, com o auxílio das mãis locais mais abastadas e também, e principalmente, de visitadoras activas, inteligentes e afáveis, uma arrancada contra a mortalidade infantil através dos campos de Portugal!

¡ Exija-se da grávida o respeito pela vida que gera, no acatamento e obediência aos princípios fundamentais que se lhe ensinam, mas dê-se-lhe a protecção necessária para que se sinta amparada na elevada missão de mãe! ¡ Que o médico, sistematicamente, procure nela a sífilis, não só clinicamente, mas também pela reacção serológica própria, correctamente feita, amparando-a ainda e sempre durante o período de amamentação, e ela, por certo, assim, será ainda melhor mãe do que hoje é vivendo com os sacrificios e necessidades materiais com que vivem hoje a maior parte das mãis rurais!

¡ Criança rural, mãe rural e mulher rural: é preciso defender-vos contra os erros e a rotina de longos anos passados, mas, para tanto, é necessário que todos compreendam e sintam que é preciso valer-vos!

¡ Conheço-te bem e admiro-te no teu trabalho, no teu sacrificio, no teu lar entre os teus filhos, à tarde, depois de deixares o

trabalho ardente de um dia, ou na monda do arroz, fugindo, à pressa, para voltar ao trabalho depois de matares a sêde ao filho com o teu leite morno!

¡Falo por ti, pela tua alma, nobre, generosa e boa, que se dignifica mesmo nessa pobreza que tende a arrebatarte as fortes e sadias energias do corpo e do espírito!

BIBLIOGRAFIA

- CAVALLOTTI, A. M. — Un caso di probabile malaria congenita. *Ospedale Maggiore*. XXVI (8) : 362-365. Agosto 1938. In Vol. XVII. Fasc. 5-6 bis da *Rivista di Malariologia*.
- CHORTIS, P. — Sulle alterazioni del sistema reticolo-endoteliale nelle infezioni da «Plasmodium Gallinaceum». *Riv. di Parassit.* II (4) : 319-322, dic. 1938. In Vol. XVII. Fasc. 5-6 bis. 1938 da *Rivista di Malariologia*.
- ESPINOSA, L. A. — Paludismo congenito. *Nicaragua Med.* 18. Luglio 1937; rec. *Bol. Of. San. Panam.* 17 (8) : 721. Agosto 1938. In *Rivista di Malariologia*. Vol. XVII. Fasc. 1-4 bis. 1938.
- FABRE. — *Précis d'Obstétrique*. 1928.
- FRIAS, J. B. e ARJONA, B. L. — El Paludismo nel Primero Año de la Vida. 1937.
- GARCIA, E. Y. — Can Malaria be Contracted in utero?. *Journ. Philippine Island Med. Assoc.* 18 (3), (4) : 146. Marzo 1938. In Vol. XVII. Fasc. 5-6 bis da *Rivista di Malariologia*.
- GARNHAM, P. C. C. — The placenta in malaria with special reference to reticulo endotelial immunity. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. a. Hyg.* XXXII. (1) : 13-18, sed. 15. Junho 1938. In *Rivista di Malariologia*. Vol. VIII. Fasc. 1-4 bis. 1938.
- MARCHIAFAVA, E. e BIGNAMI, A. — La Infezioni Malarica. 2.^a ed. 1931.
- MEASHAM, J. E. — A Case of Congenital Malaria. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. a. Hyg.* XXXII (3) : 423-425. Novembro 1938. In *Rivista di Malariologia*. Vol. XVII. Fasc. 5-6 bis. 1938.
- MOREIRA, M. V. — A gravidez gemelar. Contribuição para o seu estudo. *Lisboa Médica*. N.º 5. Pág. 288. 1936.
- PITTALUGA, G. — Las enfermedades del Sistema Reticulo Endotelial. Madrid. 1934.
- SICAULT et MESSERLIN, A. — La maladie palustre. Réticule-endotheliose parasitaire. *Précis Médicale*. 24 de Setembro de 1938.

CURA CLÍNICA E PARASITOLÓGICA
DO «STATUS MALARICUS»,
EM ALGUNS CASOS DE TERÇÃ MALIGNA,
POR INJECCÃO ENDOVENOSA
DE ÁGUA BIDEUTILADA, ESTERILIZADA

POR

ACÁCIO ALBERTO DE ABREU FÁRIA
Médico Municipal e Delegado de Saúde de Alcácer do Sal

Como o auto-sangue directo pode, em certas condições, ser uma terapêutica adjuvante na luta contra o *status malaricus*, surti-me a idea, que pus em prática nos doentes desta região e cujos resultados primeiros aqui deixo escritos, de produzir a hemólise directamente na circulação venosa por meio da água bideutilada, esterilizada, à temperatura do ambiente.

Há cinco anos que faço clínica nesta zona pertencente ao Val do Sado, a de mais alta epidemicidade sazonal do país, e tenho por certo que, embora se proponham cada dia terapêuticas antipalustres que na bôca dos seus defensores seriam quasi heróicas, a quinina, especialmente, e a atebriua e a plasmouquina, constituem hoje os elementos mais valiosos desse arsenal terapêutico. Desde os arsenobenzóis a tôda a outra medicação tida por tónica e reconstituente, até à mais falada e não menos falaz terapêutica endovenosa adrenalínica em doses infinitesimais, até à terapêutica do *shock*, tudo me parecem meios que indirectamente e com maior ou menor violência, muitas vezes não destituídas de perigos e de duvidosa eficácia, especialmente pelo que respeita ao método de ASCOLI, podem ajudar a cura, mas nunca dar-nos a tranqüilidade nos resultados imediatos e no futuro, que a terapêutica pela quinina, pela atebriua e pela plasmouquina, racionalmente conduzidas, nos dão quasi constantemente. Não esqueço nunca que não há perigos por maiores que pareçam e resultantes da acção da quinina em algumas circunstâncias, que possam ilu-

dir ou mascarar aos olhos do terapeuta prevenido as virtudes da mais prática, da mais útil e da mais eficaz arma antipalúdica nas mãos dos experientes, que é, sem dúvida, a quinina administrada *per os*. E porque creio ter a compreensão do momento em que a terapêutica antisezonática se encontra e do valor dos seus elementos mais valiosos, é que me atrevo a relatar, simplesmente, alguns casos, entre os muitos que há três anos já conheço, da minha clínica hospitalar.

Os factos constatarem-se; a sua explicação tem o valioso interesse de nos poder orientar levando-nos mais longe, mas nem por ser desconhecida a causa dum fenómeno, o seu real valor, o seu valor prático fica menos verdadeiro!

A maioria dos casos em que vi a terapêutica hídrica parentérica operar, foram rigorosamente verificados no seu diagnóstico e na sua evolução pelo exame clínico e pelo exame parasitológico em «gota espessa». O método seguido é o seguinte: logo que o doente baixa à enfermaria, é-lhe tirada uma «gota espessa», e, em seguida, recebe uma injeção intravenosa lenta de 10 cc. de água bidestilada, esterilizada, à temperatura do ambiente. À tarde nova injeção endovenosa, em igual dose, seguindo a mesma via e a mesma técnica. Diariamente ou com curtos intervalos faz-se a verificação da parasitemia. Imediatamente depois da primeira injeção o doente sente-se aliviado das «dores no corpo todo», das dores nos rins (*sic*), das dores de cabeça, fica mais bem disposto e satisfeito e começa a ter menos transpiração. O estado eufórico é quasi sempre evidente e a contrastar, algumas vezes, com o estado de há horas, em que o doente chorava ao contar-nos as suas queixas (sintoma êste bastante freqüente nas recaídas sezonáticas desta região), rindo-se agora quando lhe lembramos a sua lamúria de há pouco e lhe perguntamos se está melhor. A sensação de adinamia, bem como o apetite, também melhoram.

Os exames parasitológicos repetidos no mesmo doente, durante a evolução do tratamento, provam claramente que a acção da água bidestilada nos casos por mim examinados, fêz baixar continuamente, até à sua desapareção, a parasitemia, dando-me assim a prova de que a diminuição e o desaparecimento completo da sintomatologia mórbida subjectiva e objectiva antecedem a redução e a anulação da parasitemia. Quando, no terceiro ou quarto dia de tratamento, examinei a «gota espessa», em re-

gra, achei uma diminuição do número de parasitas, esquizontes, os quais, à medida que o tratamento progride, vão gradualmente desaparecendo, até que, entre os três e os dez dias, já não encontrei parasitas da fase referida na circulação periférica. Isto aconteceu na maioria dos casos que até hoje observei. Em dois deles a parasitemia, já de si inicialmente baixa no primeiro dia antes do início do tratamento, aumentou no segundo dia, para desaparecer completamente ao terceiro dia de tratamento. Todos os casos que até agora submeti à terapêutica referida são de doentes infestados pelo «Plasmodium Falciparum». Notei ainda que esta terapêutica, nas doses e período de tratamento indicados, não tem ação sobre os gamontes do «Plasmodium Falciparum». Nos exames repetidos a que procedi em cada doente, durante o período de tratamento, notei, após dois ou três dias do início do mesmo, que as formas em anel, à medida que vão diminuindo no sangue periférico, apresentam, vistas na «gota espessa», o protoplasma de forma irregular e vacuoloso, e o núcleo menos intensamente corado em algumas formas em anel. Os vacúolos que a imagem das formas em anel apresenta observadas em «gota espessa», parecem-me reveladores duma diminuída resistência, especialmente protoplasmática, do parasita em frente da diferença de tensão osmótica do líquido corante.

O período de tratamento tem variado entre cinco e doze dias, o que, na maioria dos casos, chega para fazer desaparecer completamente a sintomatologia e a parasitemia. Em dois casos, cuja sintomatologia geral, de início carregada, justificou a sua hospitalização, os doentes pediram alta após dois dias de tratamento e declararam que já se sentiam bons e com forças para trabalhar. No entanto a «gota espessa» revelou ainda a existência de formas em anel, e, não podendo obstar à sua saída, recomendei-lhes a quinina, em doses moderadas, como hoje se deve prescrever segundo a recomendação da Comissão de Paludismo da Sociedade das Nações sobre o tratamento rápido pela quinina. Estes dois casos sugerem-me a ideia de que, em certas circunstâncias, possamos apagar com a terapêutica hídrica parentérica e rapidamente a chama tóxica intrínseca que queima o organismo, dando-lhe *ipso facto* possibilidade de completar a sua cura em tratamento ambulatorio e reduzindo assim, pelo menos, os dias de hospitalização.

Pelo que respeita às recaídas, nada de concreto posso dizer, neste momento, sobre o assunto.

A inocuidade deste processo de tratamento, o seu fácil manejo, o baixo preço da medicação e a sua facilidade de aquisição, são factores que, creio, devem merecer a atenção dos estudiosos para que possamos tirar dêle o melhor rendimento, ou, ainda para justamente infirmar ou confirmar aquilo que afirmo.

Nenhum trabalho conheço na literatura médica referente aos efeitos que os factos assinalados demonstram que a água bidestilada, esterilizada, em injeção endovenosa exerce sobre algumas formas do parasita da malária, mas desejo ardentemente que os resultados de tão simples terapêutica possam trazer, além de benefício, para os doentes, a possibilidade de estudar melhor a gênese de alguns fenómenos que interessam a malariologia. Seguidamente, o relato sumário de alguns casos tratados.

M. das Q., de 30 anos de idade, trabalhador, natural de Val de Guizo morador em Arapouco. Baixou ao hospital em 29-VIII-93g.

Antecedentes hereditários e colaterais. — Sem interêsse clínico.

Antecedentes pessoais. — É muito atreito a «febres» desde pequeno.

Anamnese. — Há nove dias começou com febre, suores, arrepios de frio, vômitos, dores de cabeça e dores no corpo todo. Anorexia. Tem sezões todos os dias, um dia mais forte e outro mais fraco. Observação: baço I (escala de Boyd); restantes órgãos, sensivelmente normais.

Diário clínico e terapêutico. — 29-VIII-93g. — «Gota espessa»: anéis. Óleo cantorajo 5 cc.; água destilada 10 cc.

30-VIII-93g. — Água destilada 2×10 cc. A sezão ontem já foi mais pequena. Já quasi não tem dores e está bem disposto.

31-VIII-93g. — Água destilada 2×10 cc. «Gota espessa»: menos anéis do que na primeira. A sezão hoje já foi mais tardia e mais pequena, com ligeiros arrepios. Estado geral melhor. Já tem appetite e pede aumento da dieta.

1-IX-93g. — Água destilada 2×10 cc. «Gota espessa»: negativa. Levantou-se. Ainda teve uma sezão ontem, mas mais pequena do que a do dia anterior. Sente-se com mais fôrça e já tem vontade de se levantar.

2-IX-93g. — Água destilada 2×10 cc. «Gota espessa»: negativa. Já não teve sezão. Dormiu bem e não teve suores nem arrepios durante a noite. Sente-se com muito mais fôrça e appetite. Foi a noite em que dormiu melhor desde que está hospitalizado.

3-IX-93g. — Baço 0; dormiu bem e nada sente de anormal. Alta, a pedido

A. M. P., de 5g anos de idade, casado, trabalhador, natural de Arraiolos e morador, há anos, em Santa Catarina de Sitimos. Baixou ao hospital em 27-VII-93g.

Antecedentes hereditários e colaterais. — Sem interêsse clínico.

Antecedentes pessoais. — Já teve sezões várias vezes.

Anamnese. — Há cinco dias que adoeceu de repente com febre, suores, arrepios de frio e dores no corpo, sendo grande a dor de cabeça. Anorexia e diarreia. Observação: baço O. Ligeiras dores abdominais à palpação. Restantes órgãos sensivelmente normais.

Diário clínico e terapêutico. — 27-VII-939. — Óleo canforado 5 cc. «Gota espessa»: abundantes anéis.

28-VII-939. — Água destilada 2×10 cc.

29-VII-939. — Água destilada 2×10 cc. Sente-se melhor das dores no corpo e da dor de cabeça.

30-VII-939. — Água destilada 2×10 cc. Só hoje nos declara que tem soltura. Toma poção de bismuto. Continua a melhorar do estado geral, das dores de cabeça, dos suores e das dores no corpo todo.

31-VII-939. — Água destilada 2×10 cc. «Gota espessa»: anéis pouco abundantes. Pára a soltura. Já não tem dores no corpo e a cabeça dói levemente.

1-VIII-939. — Água destilada 2×10 cc. Pede para se levantar e para lhe mudar a dieta, porque sente apetite.

2-VIII-939. — Água destilada 2×10 cc. Muito melhorado.

3-VIII-939. — Água destilada 2×10 cc. Constipou-se. Toma um xarope para a tosse e uma fórmula farmacêutica com aspirina e cafeína.

4-VIII-939. — Água destilada 2×10 cc.

5-VIII-939. — Água destilada 2×10 cc.

6-VIII-939. — Água destilada 2×10 cc.

7-VIII-939. — «Gota espessa»: gamontes de «Plasmodium Falciparum». Pára a água destilada. Está mais constipado. Toma plasmovina, duas fórmulas diárias.

8-VIII-939. — Plasmovina, duas fórmulas. Está melhor da constipação.

9-VIII-939. — Plasmovina, duas fórmulas. «Gota espessa»: gamontes de «Plasmodium Falciparum» em menor número e degenerados.

10-VIII-939. — Pára plasmovina. Está melhor da constipação, mas continua o seu tratamento.

11-VIII-939. — Continua o tratamento da constipação.

12-VIII-939. — Sente-se bem e com forças bastantes. Alta.

A. A., de 21 anos de idade, solteiro, trabalhador, natural de Papisio, concelho de Viseu, residente em Val dos Reis, dêste concelho. Baixou ao hospital em 30-VII-939.

Antecedentes hereditários e colaterais. — Sem importância.

Antecedentes pessoais. — Já teve sezões várias vezes.

Anamnese. — Há seis dias que adoeceu de repente com febre, arrepios de frio, suores, dores de cabeça e vômitos. Observação: baço O. Restantes órgãos sensivelmente normais.

Diário clínico e terapêutico. — 30-VII-939. — «Gota espessa»: abundantes esquisontes de «Plasmodium Falciparum» na fase de mórula. Água destilada 2×10 cc.

31-VII-939. — Água destilada 2×10 cc. Sente-se melhor das dores de cabeça, da febre, dos suores e mais aliviado dos vômitos.

1-VIII-939. — Água destilada 2×10 cc.

2-VIII-939. — Água destilada 2×10 cc. Está melhor, mas sente-se cansado.

3-VIII-939. — «Gota espessa»: negativa. Água destilada 2×10 cc.

4, 5, 6 e 7-VIII-939. — Água destilada 2×10 cc.

8-VIII-939. — Água destilada 2×10 cc. Injecção diária de cacodilato de sódio. Nunca mais tornou a ter arrepios de frio, nem dores de cabeça, nem suores, nem tem sentido febre. Sente-se ainda um pouco fraco e cansado. Está pálido.

9-VIII-939. — «Gota espessa»: negativa. Água destilada 2×10 cc.

10-VIII-939. — Água destilada 2×10 cc.

11-VIII-939. — Sente-se melhor, com algum cansaço ainda. Alta, a pedido.

CONCLUSÕES

1.^a — A água bidestilada, esterilizada, em injecção endovenosa de 20 cc. diários, nos casos por mim tratados, teve uma acção immediata sôbre o *status malaricus*.

2.^a — A parasitemia, formas esquizogónicas do «*Plasmodium Falciparum*», começa a diminuir, em regra, nos quatro ou cinco primeiros dias de tratamento.

3.^a — As formas em anel apresentam, quatro ou cinco dias depois de iniciado o tratamento, o protoplasma irregular e vacuoloso observadas em «gota espessa».

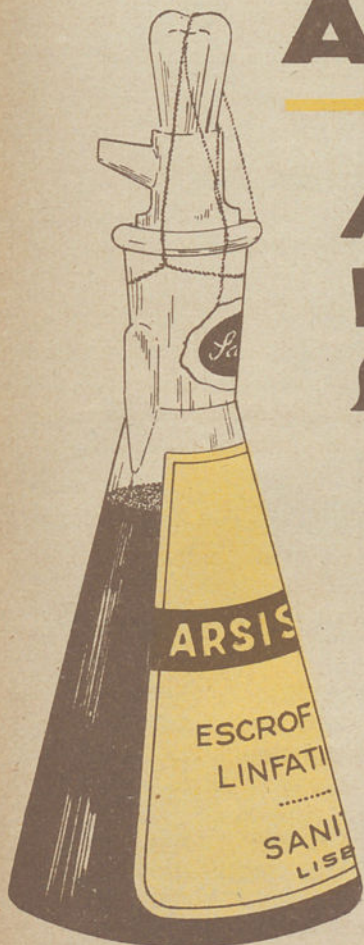
4.^a — Esta terapêutica não teve acção sôbre as formas sexua-das do «*Plasmodium Falciparum*».

5.^a — Num período que vai de sete a doze dias de tratamento, em regra, a parasitemia desapareceu.

6.^a — Constatei, usando êste processo, a cura clínica e parasitológica de alguns casos de sezonismo, recaídas. —

ARSISAN

ARSénico e Iodo orgânico SANitas



Há sempre vantagem em substituir a Iodo-peptona, xarope Iodo-tânico e outros preparados de iodo pelo Arsisan (associação do iodo ao arsénico) no

**ESCROFULISMO
e LINFATISMO**

Chorea), por T. STONE e E. FALSTEIN. — *Journal of Nervous and Mental Diseases*. Vol. LXXXVIII. 1939.

Resumo dos autores :

1) Estudo anátomo-patológico de seis casos clinicamente diagnosticados como coreia de Huntington.

31-VII-939. — Água destilada 2×10 cc. Sente-se melhor das dores de cabeça, da febre, dos suores e mais aliviado dos vômitos.

ARS

(Arsénico e iodo orgânico Sanitas)

O Arsisan é uma combinação, orgânica do arsénico e do iodo.

A absorção do arsénico, que entra no Arsisan sob a forma de methylarseniato disódico, bem como a sua assimilação, são muito rápidas, sendo muito bem tolerado pelo organismo; a sua eliminação faz-se também rapidamente.

É uma medicação especialmente indicada para a nutrição geral e com um efeito particular na anemia, no escrofulismo, nos estados de enfraquecimento geral, na diabetes e em várias dermatoses.

O iodo é um poderoso tónico e depurativo, pois que facilita a eliminação dos dejectos residuais do organismo, contribuindo para a nutrição geral, não só pela acção depurativa, mas também pela sua acção reconstituente.

É frequente encontrar-se intolerância de vários doentes, para o iodo, que lhes provoca o iodismo. Êste inconveniente porém evita-se perfeitamente com o emprêgo do iodo em combinação orgânica com a peptonã, que é a forma em que se encontra no Arsisan.

S A N

O conjunto das propriedades depurativas, tónicas e assimiladoras do Arsisan indicam a sua aplicação em todos os casos de escrofulismo, linfatismo, afecções glandulares, raquitismo e em todos os casos de queda do organismo, sobretudo, quando a par das manifestações para as quais está indicado o iodo, se encontram quaisquer manifestações de fraqueza geral.

MODO DE USAR: — O Arsisan prepara-se em gotas e em empolas. O Arsisan pode ser ministrado aos adultos ou às crianças.

As doses devem ser sempre reguladas pelo médico.

Quando haja falta de indicação especial, os adultos devem tomar 15 a 20 gotas em um cálice de água, no princípio de cada refeição e as crianças devem tomar tantas gotas a cada refeição, também em cálice de água, quantos forem os anos de idade que tiverem.

É conveniente interromper o tratamento, durante uma semana, depois de cada três semanas de tratamento.

Chorea), por T. STONE e E. FALSTEIN. — *Journal of Nervous and Mental Diseases*. Vol. LXXXVIII. 1939.

Resumo dos autores :

1) Estudo anátomo-patológico de seis casos clinicamente diagnosticados como coreia de Huntington.

31-VII-939. — Água destilada 2×10 cc. Sente-se melhor das dores de cabeça, da febre, dos suores e mais aliviado dos vômitos.

ARSISAN

EM EMPOLAS



O Arsisan em empolas emprega-se nas manifestações agudas do escrofulismo. Dar meio a um centímetro cúbico em injeção intra-muscular.

Se a injeção fôr dolorosa, adicionar-lhe 5 cc. de água destilada ou de soro fisiológico, dentro da seringa e injectar depois.

Revista dos Jornais de Medicina

O sulfato de benzidrina no tratamento do parkinsonismo post-encefalítico. (*Benzedrine Sulfate in Postencephalitic Parkinsonism*), por L. REZNIKOFF. — *Arch. Neurol. and Psychiat.* N.º 42. 1939.

O A. escolheu um grupo de doentes parkinsonianos post-encefalíticos com perturbações mentais (psicoses) e ministrou-lhes sulfato de benzidrina em comprimidos, durante quatro meses, com exclusão de qualquer outro tratamento. Os efeitos obtidos foram comparados com os resultados conseguidos anteriormente com a atropina, a hioscina e outras drogas.

Foram considerados, principalmente, os seguintes pontos:

- 1) O efeito do sulfato de benzidrina na forma das psicoses e nas suas manifestações.
- 2) O tempo máximo durante o qual se pode administrar a droga sem que se provoquem efeitos secundários nocivos.
- 3) As vantagens do sulfato de benzidrina em relação a outras drogas, como a atropina, a escopolamina e o estramônio, usadas correntemente no tratamento do parkinsonismo post-encefalítico.

O A. chegou às seguintes conclusões:

- 1) O sulfato de benzidrina parece não ter nenhuma influência benéfica nas manifestações psíquicas do parkinsonismo post-encefalítico.
- 2) O medicamento pode ser usado durante largos períodos em doentes crónicos, se se tiver o cuidado de o não empregar em doentes que tenham quaisquer lesões aparentes do sistema cárdio-vascular, e se usar de início com os cuidados necessários para despistar uma possível idiosincrasia individual.
- 3) É muito duvidoso que a droga estudada apresente quaisquer vantagens, excepto na redução das crises oculógiras, em relação às empregadas até à sua introdução (atropina, escopolamina, estramônio).

Segundo o A., a terapêutica dos casos de parkinsonismo post-encefalítico deve ser diferente de caso para caso e adaptada aos sintomas mais graves ou mais incómodos, pois o tratamento desta afecção tem de ser, infelizmente, ainda puramente sintomático.

ALMEIDA LIMA.

Anatomia patológica da coreia de Huntington. (*Pathology of Huntington's Chorea*), por T. STONE e E. FALSTEIN. — *Journal of Nervous and Mental Diseases.* Vol. LXXXVIII. 1939.

Resumo dos autores:

- 1) Estudo anátomo-patológico de seis casos clinicamente diagnosticados como coreia de Huntington.

2) Apresentavam todas alterações macroscópicas e microscópicas tão semelhantes entre si, que se tinha a impressão de observar sempre o mesmo cérebro. Estas alterações consistiam, essencialmente, num processo atrófico envolvendo todo o cérebro, acompanhado de lesões bilaterais do néo-estriado e dos hemisférios cerebrais.

3) A coreia de Huntington é uma doença degenerativa hereditária, devida a atrofia prematura das células do córtex cerebral e do néo-estriado.

ALMEIDA LIMA.

Mielite necrótica aguda e subaguda. (*Acute and subacute Necrotic Myelitis*), por J. C. GREENFIELD e J. W. TURNER. — *Brain*. Vol. LXII. 1939.

Os AA. apresentam um estudo clínico e anátomo-patológico de um caso de mielite necrótica aguda e dois casos de forma subaguda (Foix e Alajouanine), discutindo as relações destes casos com outros previamente publicados por diversos neurologistas.

O quadro clínico é o de uma paraplegia amiotrófica progressiva, com perturbações da sensibilidade de forma dissociada, abolição dos reflexos tendinosos e perturbações dos esfíncteres. Segundo os AA., estes aspectos, em conjugação com o estudo do líquido céfalo-raquidiano (dissociação albuminocitológica), são suficientemente característicos para levarem ao diagnóstico correcto (1).

As alterações anatómicas consistiam essencialmente numa esclerose primária obliterante dos pequenos vasos meníngeos, nos segmentos medulares mais baixos (lombares e sacrados), associada com grande espessamento das paredes das grandes veias meníngeas e por vezes, também, das grandes artérias.

A degenerescência do parênquima medular parece ser secundária às lesões vasculares.

ALMEIDA LIMA.

Sobre a diplegia facial congénita. (*The congenital facial diplegia syndrome*), por J. L. HENDERSON. — *Brain*. Vol. LXII. 1939.

O A. passa em revista a literatura relativa à diplegia facial congénita. Dêste estudo consegue destacar um síndrome independente, bastante bem definido. Descreve um caso pessoal típico numa criança de 3 anos de idade.

A diplegia facial é acompanhada usualmente por outras paralisias dos nervos cranianos, sendo também frequentes malformações diversas dos membros.

A incidência das principais anomalias distribue-se do seguinte modo: Diplegia facial em sessenta e um casos; paralisia do óculo-motor externo em quarenta e cinco casos; paralisia de outros nervos motores do globo ocular

(1) O que não impede que os dois casos subagudos descritos fôsem diagnosticados como tumores medulares, e ambos sujeitos à laminectomia.

em quinze casos; ptose em seis casos; pé-boto em dezanove casos; malformações braquiais em treze casos; ausência dos músculos peitorais em oito casos.

A diplegia facial era completa num têtço dos casos.

Quando a paralisia era incompleta, a distribuição era característica, apresentando-se os músculos peri-orais menos atingidos, usualmente os únicos ainda capazes de quaisquer movimentos. Nenhum outro tipo de paralisia facial tem uma tal distribuição.

Só em três casos há observações anátomo-patológicas.

A base anatómica das paralisias dos nervos cranianos é uma aplasia ou hipoplasia dos respectivos núcleos.

A etiologia da diplegia facial congênita continua por esclarecer. O A. discute algumas das teorias propostas.

ALMEIDA LIMA.

Dinâmica das hemianopsias homônimas e conservação da visão central. (*Dynamics of homonymous hemianopias and preservation of central vision*), por M. B. BENDER e M. G. KANZER. — *Brain*. LXII. 1939.

Observações cuidadosas de hemianopsias progressivas em casos de tumores cerebrais, mostram que há uma relação concomitante entre a acuidade visual, a visão para as côres e a redução do campo visual periférico. A chamada «conservação da visão macular» nas hemianopsias homônimas representa apenas, segundo os AA., uma etapa no desenvolvimento de uma hemianopsia completa, pois invariavelmente a redução do campo visual inicia-se na periferia, estendendo-se gradualmente para o centro. O exame minucioso do campo de visão «conservado» mostrará com freqüência uma diminuição da acuidade visual e alterações da visão para as côres, o que indica haver já algumas alterações nas vias ópticas da região aparentemente poupada.

Estas observações sugerem que há uma unidade funcional em tóda a radiação óptica (via óptica supra-geniculada), hipótese que é também sustentada pelo facto de não ser possível revelar pequenos escotomas nas áreas em que a visão está conservada, como seria de supor se a irradiação óptica fôsse constituída por pequenas unidades funcionalmente independentes.

A concepção da unidade funcional da radiação óptica tem uma clara aplicação na explicação do facto da conservação da visão central encontrada, seja qual fôr o ponto em que a radiação óptica é lesada, e constitue uma alternativa da hipótese da representação macular bilateral

ALMEIDA LIMA.

Miotonia congênita (doença de Thomsen), distonia miotónica (miotonia atrófica) e paramiotonia, são doenças idênticas. (*Identity of myotonia congenita (Thomsen's disease), dystrophia myotonica (myotonia atrophica) and paramyotonia*), por O. MAAS e A. PATERSON. — *Brain*. Vol. LXII. 1939.

Os AA. estudam vários casos de miotonia congênita e de distrofia miotónica. Tódas as suas observações, assim como o estudo dos casos referidos na

literatura, levam os AA. à convicção de que estes dois síndromas e a paramiotonia são essencialmente uma única e mesma doença.

Foram assinalados aspectos de distrofia miotónica em vários casos de miotonia congénita observados durante um período de vários anos. O exame dos parentes de doentes com paramiotonia revelou, quasi sempre, um ou mais com sintomas de distrofia miotónica.

Os AA. sugerem que se devem englobar os três síndromas mencionados sob a designação única de doença de Thomsen ou miotonia congénita.

ALMEIDA LIMA.

Amputação de membros sob anestesia local. (*Amputation de membres à l'anesthésie locale*), por BRETON — *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie*. Tômoo LXV. N.º 26. Pág. 1114 1939.

A amputação feita sob anestesia local tem sido usada por vários cirurgiões, com bons resultados, mas não está muito espalhada; o A., que a pratica habitualmente, resolveu por isso relatar os êxitos obtidos em, aproximadamente, cinqüenta casos operados por êle.

Parece-lhe que a pouca divulgação do método deve residir no receio dos cirurgiões em talvez não virem a obter anestesia capaz; é natural mesmo que isso suceda, usando doses pequenas, mas o A. injecta 300 a 400 cc. de soluto anestésico, se o doente fôr magro, e 500 a 600, se fôr gordo.

A absorpção de uma tão grande quantidade de liquido não é prejudicial, não só porque o A. tem todo o cuidado em não injectar qualquer vaso, mas porque usa um garrote na raiz do membro a amputar, e uma vez a intervenção terminada, deixa a ferida aberta, o que permite o escoamento de uma grande parte do liquido. Êste último pormenor é original, pois o A. não faz qualquer espécie de sutura. Termina a operação com um penso simples; ao quarto dia, se não há infecção local ou geral, faz a aproximação dos bordos da ferida com tiras de adesivo. A cicatrização faz-se em dez a quinze dias, com um bom coto.

Êste método de anestesia deve ser adoptado nos casos maus: tuberculosos com lesões pulmonares graves, diabéticos na iminência de cõma, gaseados, etc.

O A. usa o seguinte anestésico:

Novocaína	12,50 gramas
Percaína Ciba	0,625 »
Cloreto de sódio.....	45 »
Água destilada, neutra.....	q. s. p. 5.000 cc.

F. DE ALMEIDA.

Algumas particularidades de técnica a-propósito da anestesia loco-regional nas amputações e ressecções dos membros. (*Quelques précisions techniques au sujet de l'anesthésie loco-régionale dans les amputations et les resections des membres*), por DUBAN e BALOT. — *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie*. Tôm. LXV. N.º 28. Pág. 1234. 1939.

Os AA. procuraram qual seria a melhor técnica para amputar doentes em quem não é de recomendar a anestesia geral (gaseados, etc.). Acertaram em um método que se pode resumir assim: injeção pré-operatória de morfina ou morfina-escopolamina, efedrina, evipan ou rectanol; anestesia troncular dos nervos do membro junto à raiz do dito membro; finalmente, infiltração circular uns quatro dedos acima da linha de incisão. Como anestésico usam, indiferentemente, a novocaína a 1:200 ou a percaína a 1:2.000 ou 1:4.000.

Em geral, basta injectar, ao todo, de entre 100 a 200 cc. Como se vê, a quantidade de anestésico usada é menor que na técnica de Breton, acima descrita; mas o método de Duban é de execução mais difícil.

F. DE ALMEIDA.

Injeções arteriais no tratamento das fracturas expostas. (*Injections artérielles dans le traitement des fractures ouvertes*), por FOURMESTRAUX. — *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie*. Tôm. LXV. N.º 26. Pág. 1147. 1939.

Depois de fazer referência aos trabalhos do Prof. Reinaldo dos Santos, o A. diz que a sua experiência, colhida em mais de trezentos casos, lhe permite tirar conclusões sobre a aplicação de injeções medicamentosas intra-arteriais no tratamento das feridas de guerra. Durante as suas observações, é particularmente favorável o estudo de catorze fracturas expostas, das quais, com o tratamento cirúrgico clássico (excisão dos tecidos mortificados, etc.) e arteriotomia, curaram doze, a-pesar-de lesões extensas das partes moles e só em dois teve que recorrer à amputação.

Usa agulha fina, de 6/10; as injeções são geralmente feitas a coberto, tanto na humeral como na femural, a não ser que processos inflamatórios locais (adenite ou peri-adenite) obriguem à dissecação do vaso.

A injeção é seguida da colocação de um garrote na raiz do membro, para provocar estase. O líquido injectado tem sido soluto de mercuro-cromo a 2%, em quantidade variável (a máxima foi 20 cc.).

Os medicamentos injectados por via arterial ficam um certo tempo nos tecidos da região, que a estase favorece, e só a pouco e pouco os ditos tecidos se vão libertando deles; com os introduzidos por via venosa, o caso é diferente, pois só depois de diluídos na circulação geral e de atravessado o pulmão (oxidação, etc.), chegam em bem pequena quantidade e diluição ao foco infectado.

Além da parte medicamentosa, há ainda a reacção benéfica provocada nas paredes da artéria pela passagem de um líquido estranho e que pode ser comparada a uma simpatectomia (Leriche).

O A. nunca observou acidentes graves; é, no entanto, de toda a conveniên-

cia pensar nêles quando houver uma sensibilidade vaso-motora anormal; para evitá-los é fácil praticar uma intra-dermo-reacção à adrenalina: se se produzir uma placa lívida, mesmo pouco extensa e que leva tempo a desaparecer, não praticar a arterioterapia.

O A. resume duas observações que lhe foram comunicadas pelo Dr. Lamas, que injectou sulfamida em vez de mercuro-cromo; em um dos casos tratava-se de artrite estreptocócica, supurada, do joelho, e no outro de fleimão difuso grave, do antebraço e da mão; ambos foram seguidos de cura.

Em resumo, a arteriografia em cirurgia é lógica, fácil de praticar e os seus resultados, qualquer que seja o seu modo de acção, são evidentes.

F. DE ALMEIDA.

Sobre as perturbações vasculares provocadas pelas costelas cervicais. (*Sur les troubles vasculaires provoqués par les côtes cervicales*), por P. WERTHEIMER. — *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie*. Tôm. LXX. N.º 27. Pág. 1167. 1939.

Serviu para dar lugar às considerações que adiante se expõem, a observação clínica seguinte:

Mulher de 37 anos de idade, sem antecedentes patológicos. Há dois anos, início brusco de crises tipo Raynaud, com ora síncope, ora asfixia da mão direita; seis meses depois, ulcerações subungueais, mais tarde ulceração da face dorsal do médio e dores intoleráveis em todo o membro superior direito, a ponto de ultimamente mal poder movê-lo. Ao exame não havia pulsações nem na radial nem na humeral direitas; por cima da clavícula dêsse lado, pequeno tumor pulsátil do tamanho de uma ameixa.

A radiografia mostrou costela cervical bilateral, mais desenvolvida à direita.

Foi feita uma intervenção, que consistiu em secção do escaleno anterior, arteriotomia da subclávia para ressecção de dilatação fusiforme da artéria (embora permeável) e desarticulação da costela supra-numerária.

A doente não melhorou; pelo contrário, teve recrudescência dos fenómenos dolorosos, placas de isquemia, impotência funcional. Foi-lhe então feita infiltração do gânglio estrelado e da cadeia torácica; o resultado foi bom. Novas infiltrações em dias seguintes. Um mês depois, gangrena parcial de dois dedos, seguida de amputação; finalmente, uns meses mais tarde, a doente pode dizer-se curada, a-pesar das mutilações.

O A. faz várias considerações sobre os sintomas encontrados e lastima que a doente tenha sido tratada tarde demais.

Segundo P. Mocquot, a doente não melhorou com a intervenção, porque devia existir um obstáculo para lá da dilatação (não se fez arteriografia, nem se procurou índice oscilométrico) e a ressecção da parte permeável só veio complicar o caso; foi a infiltração estrelar que depois removeu aquêlê obstáculo.

Os bons resultados obtidos com a ressecção da subclávia têm-no sido quando se extirpou ou a totalidade ou parte da artéria trombosada, o que não foi aqui o caso.

Quando a artéria é permeável, a intervenção deve limitar-se à ablação da costela anormal.

Se existir obliteração anatómica duma parte da artéria, deve fazer-se a ressecção desse segmento; se espasmo, infiltrar ou ressecar o gânglio estreado.

F. DE ALMEIDA.

Sobre a queda de sangue ocasionada pelas diversas operações. Contribuição para o estudo da doença post-operatória. (*De la perte de sang occasionée par les diverses opérations. Contribution à l'étude de la maladie post-opératoire*), por LERICHE e VASILAROS. — *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie*. Tômoo LXV. N.º 28. Pág. 1242. 1939.

O assunto tem sido estudado por autores escandinavos e americanos.

A quantidade de sangue perdido durante qualquer intervenção cirúrgica, mesmo laqueando cuidadosamente cada vaso logo que sangre, é em geral bastante maior do que pode parecer à primeira vista. Para medi-la, os AA. adoptaram o método colorimétrico, que dá resultados bastante aproximados da verdade.

Os números que obtiveram foram, como é natural, muito variáveis e vão desde 50 até 1.550 cc. (ressecção de joelho sem ligadura d'Esmarch).

É de notar que Leriche tem uma especial preocupação em laquear imediatamente qualquer vaso que sangre; sendo assim, ¿ que números se obteriam se medíssemos o sangue perdido por cirurgiões menos hábeis e menos cuidadosos?

É sabido que a perda de 500 cc. de sangue traz uma grande repercussão sobre o organismo, onde certas glândulas e certos órgãos suportam mal uma anemia real, embora transitória. Reside nela uma tendência para o choque, pois a hemorragia, a partir de um determinado limite, prepara o terreno para o desequilíbrio vaso-motor. Se fôr feita uma transfusão antes de se estabelecer o dito desequilíbrio, o choque poderá ser evitado; mas, uma vez o doente em estado de choque, a transfusão não o resolverá.

Os AA. perguntam se a infiltração anestésica dos esplâncnicos não seria útil nestes casos, pela sua influência sobre a circulação abdominal.

F. DE ALMEIDA.

As complicações da radiumterapia no carcinoma do colo. (*The complications of radium therapy in cancer of the uterine cervix*), por GLYN MALIPHANT. — *The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.* Vol. XLVI. N.º 5. Pág. 873. 1939.

O A. estuda os resultados observados em seiscentos e cinqüenta doentes do Gyn. Dep. of the Cardiff R. Infirmary.

As complicações, depois do tratamento, foram de duas ordens: as causadas pela evolução das lesões e as relacionadas directamente com a radiumterapia.

Chegou à conclusão de que, no início do carcinoma, e tomando os cuidados de protecção e dosagem necessários, as complicações são, geralmente, ligeiras, quando existem. A cistite raras vezes se encontrou; a proctite, embora o recto seja mais sensível às radiações que a bexiga, também foi pouco frequente. Tanto quanto possível foram combatidos os processos inflamatórios associados ao carcinoma do colo, pois a radiumterapia excita a infecção bacteriológica. Observaram-se casos de piometra, sobretudo em úteros senis, com oclusão cervical; a radiumterapia pode favorecer o seu aparecimento, quando feita com tubo endocavitário com o respectivo tamponamento vaginal.

Houve doze mulheres que morreram de infecção post-tratamento: oito por peritonite, duas por pielonefrite aguda e duas por septicemia; em tôdas, as lesões neoplásicas eram avançadas.

Também houve casos de obstrução intestinal, ou por extensão do tumor, ou por o radium estimular a proliferação de tecido conectivo (apertos).

Fístulas resultaram muitas vezes da destruição, pelo tratamento, de infiltrações carcinomatosas dos septos vaginais, ou de aplicações repetidas e doses demasiado fortes.

F. DE ALMEIDA.

O síndrome sanguíneo no caso de tumores metastáticos da medula óssea e de leucanemia. (*Le syndrome sanguin en cas de tumeurs métastatiques de la moelle osseuse et de leucanémie*), por F. S. P. VAN BUCHEM e D. J. M. HENDRIKSEN. — *Acta Médica Scandinavica*. Vol. CII. Fasc. III. 1939.

Só em determinadas circunstâncias sobrevêm alterações notáveis do quadro hemático em doentes portadores de metástases tumorais na medula óssea. Os AA. referem dois casos clínicos, o primeiro dos quais de uma doente que lhes foi enviada por sofrer de epistaxis e grande anemia e cujo síndrome sanguíneo consistia numa anemia hipocrômica progressiva, acompanhada de accentuada trombopenia e de mielocitose e eritroblastose.

O diagnóstico de metástases da medula óssea provenientes de carcinoma da mama foi, mais tarde, plenamente confirmado pela necrópsia.

O síndrome sanguíneo caracterizado pela existência de uma anemia, em geral hipocrômica, com mielócitos e hematias nucleadas (proeritroblastos, megalo e normoblastos), encontra, portanto, confirmação neste caso.

Desde que em 1900 (Frese), para êle se chamou a atenção, muitos casos idênticos, que os AA. resumem aqui numa tabela, têm sido relatados.

Alguns autores pretenderam que a observação dêste síndrome tornaria possível o diagnóstico de tumores metastáticos da medula óssea, mesmo à falta dum carcinoma primário, mas a verdade é que em muitas outras afecções se têm observado síndromas idênticos: mielomas múltiplos, osteosclerose, anemia eritroblástica de Cooley, etc.

É preciso, portanto, quando se constata um síndrome sanguíneo dêstes, procurar sempre um carcinoma primário e examinar os ossos.

Para obter uma explicação dêste síndrome sanguíneo dos tumores metastáticos da medula óssea, observam em seguida os AA. os factos registados, e,

em primeiro lugar, o da hematopoiese extra-óssea, que sempre existe, e qual a sua gênese.

Diversas explicações têm sido propostas, mas, baseados no estudo do seu segundo caso, chegam, por sua vez, os AA. à conclusão de que o funcionamento insuficiente da medula óssea tem a maior importância na gênese da hematopoiese extra-óssea, ficando, todavia, em suspenso a questão de saber qual é a causa da insuficiência de função medular (mecânica ou tóxica).

Quanto à explicação das hemorragias, tantas vezes observadas em casos de metástases medulares e outras doenças que apresentam o síndrome sanguíneo típico, devem ser devidas não só a trombopenia acentuada, que quasi sempre se observa, como também ao estado dos capilares.

OLIVEIRA MACHADO.

¿ Causará o tratamento alcalino da úlcera péptica calculose renal? (*Do Alkalis used in the treatment of Peptic ulcer cause kidney Stones?*), por H. KRETSCHMER e RALPH BROWN. — *The Journal of the American Medical Association*. Vol. CXIII. N.º 16. Outubro de 1939.

Os AA. pretenderam estudar até que ponto poderia um tratamento alcalino ter importância na gênese da calculose renal, para o que examinaram dois mil duzentos e dez casos. Começam o seu trabalho pela história desta afecção, que data das primeiras épocas da civilização, e fazem um breve relato das diversas teorias que têm sido apresentadas para explicar a formação dos cálculos. Em seguida, falam sobre o tratamento racional, alcalino, da úlcera gástrica, já antigo, e no proposto por Sippy, em 1914. Os casos aqui estudados foram tratados, os mais antigos, com bicarbonato de sódio e carbonato de cálcio, e os dos últimos dez anos, principalmente, com fosfato tribásico de Ca e Mg, em quantidades diárias que variam de 25 a 30 grs., por períodos de dois a seis meses.

Em vinte e dois casos de úlcera, assim tratados, foram estudadas as calcemias e fosfatemias e em nenhum se viram valores anormais.

Seiscentos e oitenta, de novecentos e cinquenta indivíduos tratados de úlcera, desde 1914 a 1937, responderam ao inquérito que serviu para a elaboração deste estudo. Com tratamentos alcalinos, durante períodos que oscilam entre três a seis meses, quatro meses em média, ¿ o que observaram os AA. quanto a calculoses renais e ureterais? ; Que em vinte e um casos havia litíase renal já anterior ao tratamento da úlcera (3,1 %), e em trinta e três aquela apareceu depois do tratamento alcalino (4,9 %), o que dá uma ligeira diferença de 1,8 % ! Inversamente, estudando mil duzentos e sessenta doentes de litíase renal e ureteral, apenas em quinze casos, isto é, em 1,2 %, se encontrou na anamnese a administração de alcalinos para tratamento de úlcera gástrica.

Disto se pode concluir facilmente ser impossível de admitir o tratamento alcalino como factor genético da calculose renal.

OLIVEIRA MACHADO.

As sulfanilamidas, especialmente a sulfapiridina Eubasinum, no tratamento da meningite epidémica; o seu significado teórico, capacidade de passagem para o «liquor» e êxitos terapêuticos. (*Sulfanilamide, speziell Sulfapyridin Eubasinum in der Behandlung der Meningitis Epidemica; ihre theoretische Bedeutung, Uebergangsfähigkeit in den Liquor und Behandlungserfolge*), por GERHARD SÄKER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 34. Agosto de 1939.

Começando por apreciar o significado teórico das sulfanilamidas no tratamento da meningite, o A. destaca a importância da «barreira sangue-liquor», cuja permeabilidade a diversos fármacos estudou.

Referindo-se ao valor das injeções destes no próprio liquor, diz que é muito restrito, pois só actuam localmente e por breve espaço de tempo; esta e outras razões nos obrigam a uma quimioterapia com ponto de partida no sangue; só assim o medicamento atinge o foco inflamatório primário meníngeo.

Mas, cabendo ao liquido céfalo-raquidiano o papel de via de expansão da infecção e de estufa das bactérias, deve-se extrair aquêle por meio de frequentes e suficientes punções lombares, ao mesmo tempo que se procura obter no liquor recém-formado — e em concentração suficiente — um fármaco capaz de evitar novo crescimento das bactérias. Êste passaria constantemente até êle desde o sangue, a partir do qual se desenvolve já uma acção directa sobre o foco meníngeo.

Para o A. há necessidade urgente duma quimioterapia eficaz da meningite epidémica, uma vez que os resultados de tratamento obtidos com o soro são muito deficientes, o que Löffler, recentemente, confirmou em estatísticas.

Num segundo capítulo o A. estuda a capacidade de passagem para o liquor de diferentes sulfamidas (Prontosil album e rubrum, uma hexose-sulfamida e um sal de sódio do Eubasinum) e em especial do Eubasinum, chegando à conclusão de que, em opposição ao Uliron, por exemplo, esta sulfapiridina possui uma boa capacidade de passagem (como o Prontosil album), o que traz como consequência uma maior frequência de êxitos terapêuticos na meningite.

Não é possível porém, ainda hoje, estabelecer regras científicas acêrca do grau de permeabilidade da «barreira sangue-liquor».

OLIVEIRA MACHADO.

¿Hipovitaminose C? (*C-Hypovitaminose?*), por F. WINDENBAUER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 24. 1939.

O A. realça a importância do conceito de hipovitaminoses no estudo do problema das vitaminas e julga chegado o momento para uma revisão crítica do abundante material de investigação e uma mais exacta interpretação dos factos.

Rietschel vê, quanto à vitamina C, por exemplo, uma grande discrepância entre os factos biológicos e os resultados de investigação laboratorial e,

para a explicar, admite várias hipóteses, entre elas a de uma eventual síntese da vitamina C no organismo humano.

Ao A. parece duvidosa a existência de uma tal discrepância se se admitir como certo haver uma hipovitaminose C, sem fenómenos hemorrágicos, quasi nunca seguramente reconhecível sob o ponto de vista clínico. Mesmo o próprio escorbuto — especialmente nos lactantes — escapa freqüentes vezes ao diagnóstico clínico, como o comprova o facto de vários autores (Park, Guild, etc.), o terem verificado anatomicamente em dezanove casos (num total de quinhentas e trinta e duas crianças) ; enquanto que a clínica apenas reconheceu dois casos !

O A. compara o que se passa no homem e nos restantes animais, na maioria dos quais se faz a síntese do ácido ascórbico.

O organismo humano aspira sempre a um abastecimento óptimo de vitamina C e o seu estado de saturação, quanto a esta substância, mantém-se, sob condições normais, com uma administração diária de, aproximadamente, 30 a 50 mgrs.

Freqüente é o aparecimento de grandes *deficits*, avaliáveis por provas de carga, pelo que o A., após diversas considerações, termina o seu artigo por apoiar um abastecimento o maior possível (30 a 50 mgrs. diariamente) de vitamina C, fácil de se conseguir durante a estação quente, em que a Natureza põe à disposição do homem vitamina C em excesso.

OLIVEIRA MACHADO.

Doenças infecciosas raras. (*Seltenere Infektionskrankheiten*), por C. HEGLER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 40. Novembro de 1939.

O A. pretende chamar a atenção dos médicos jovens para algumas doenças infecciosas que, por serem menos freqüentes, são também menos conhecidas. Especialmente em tempo de guerra é necessário contar com elas, por vezes tão perigosas tanto entre os combatentes como na retaguarda.

Assim, começando por três infecções transmitidas pelo piolho — o Tifo exantemático, a Febre recorrente e a Febre dos cinco dias ou de Wolhijnia — descreve, em seguida, o Cólera asiático, a Triquinose, o Carbúnculo, o Mermo e a Tularemia.

Faz, de cada uma, descrição detalhada da sintomatologia e aponta os factos mais importantes no que diz respeito a diagnóstico, prognóstico, profilaxia e tratamento.

OLIVEIRA MACHADO.

O tratamento dos tumores da bexiga. (*Die Behandlung der Blasen geschwülste*), por W. HECKENBASCH. — *Zeitschrift für Urologie*. Vol. XXXIII. Fasc. V. 1939.

Para um tratamento adequado dos tumores da bexiga há necessidade de fazer a distinção anátomo-patológica entre tumores papilares e tumores sólidos infiltrantes.

O tumor papilar da bexiga pode ser tratado operatòriamente, quer por via transvesical, isto é, a céu aberto, quer por via endovesical, por processos puramente instrumentais endoscópicos.

Nos tumores sólidos e infiltrantes, que se estendem a tôdas as camadas da bexiga, o tratamento endovesical é considerado, pelo A., como um grave êrro. Em tais casos, a necessidade obriga a fazer, operatòriamente, ressecções de tôdas as camadas da bexiga, isto é, cistectomias parciais.

Os exames radiográficos são preciosos, não só para o diagnòstico como para as modalidades de tratamento; a cistografia revelará, não só a morfologia da própria bexiga alterada, tão importante nos casos em que a cistoscopia é impossível, como os refluxos vesico-renais uni- ou bilaterais; a pielografia intravenosa esclarece a existência de dilatações do uretero e hidronefrose unilateral, do lado do tumor, ou mesmo bilaterais, quando a extensão dêste é grande, até à perda completa de função dum dos rins.

Nos tumores papilares existe, com freqüência, a dilatação regular de todo o uretero do lado correspondente, com relativa integridade do funcionamento renal, ao contrário dos tumores sólidos e infiltrantes, em que as estenoses anatômicas, resultantes do próprio tumor, comprometem por completo a função dum dos rins.

CARNEIRO DE MOURA.

A associação bacteriana na tuberculose renal. (*L'associazione batterica nella tubercolosi renale*), por R. RIZZI. — *Archivio Italiano di Urologia*. Vol. XVI. 1939.

As associações bacterianas na tuberculose renal têm sido últimamente encontradas com uma freqüência que não está de acôrdo com as estatísticas antigas. A presença do estafilococo *album* nas urinas tuberculosas é muito freqüente para o A. Todavia, êsse germen não tem demonstrado qualquer poder patogénico ou mesmo tóxico.

É rara a presença do estafilococo áureo ou citrino e raríssima a presença de qualquer outro germen. Estas constatações têm sido feitas, não só na urina vesical, onde a contaminação exterior pode ser considerada fácil, mas na própria urina colhida no bacinete por cateterismo ureteral, cuidadosamente asséptico.

O A. constatou que na tuberculose renal pura, sem associações bacterianas, os focos patológicos estão limitados por zonas fibrosas; quando a infecção secundária existe, predomina o tecido caseoso com reacções leucocitárias. Seria interessante estudar porque motivo o estafilococo *album*, aparentemente não patogénico, adquire virulência em contacto dos focos tuberculosos.

Sob o ponto de vista prático, a necessidade de conhecer a associação bacteriana na tuberculose renal justifica-se para, nas formas bilaterais, com a ajuda de antisépticos internos (em especial a sulfamidoterapia) e vacinas, atrasar a marcha da doença e aliviar a sintomatologia, e nas formas unilaterais, que foram tratadas pela nefrectomia, combater a cistite residual. Esta, quando persiste (um caso em que se verificou existir infecção secundária), pode ser eficazmente combatida por uma medicação antiapiogénica que, con-

juntamente com a medicação habitual antibacilar, diminuirá a sintomatologia vesical e favorecerá a cura das lesões específicas.

CARNEIRO DE MOURA.

Contribuição experimental sobre questões gástricas por meio de ressecção do estômago. (*Experimentelle Beiträge zur Gastritfrage nach der Magenresektion*), por M. NUMAKATA (Tôquio-Japão). — *Archiv für Klinische Chirurgie*. 1939.

O A. fêz a ressecção do estômago pelo processo de Bilioth II em bastantes cães saudáveis, de 19 a 24 quilos de pêso.

Foi sempre feita uma larga gastro-pilorectomia, abrangendo o piloro e o antro-gástrico.

As conclusões experimentais que o A. tira provêm de treze observações em que o animal da experiência sobreveio de um a doze meses à operação.

As suas conclusões resumem-se do seguinte modo:

Depois da ressecção do antro no cão saudável, a mucosa gástrica restante mostra somente degenerescência e atrofia, sem qualquer sinal inflamatório (gastrite), excepção feita da região da anastomose.

A região jejunal empregada para a bôca anastomótica é que apresenta modificações de tipo inflamatório em 54 % dos casos.

A imagem gastros cópica do estômago restante, depois da gastrectomia, apresenta sinais visíveis na mucosa, que consistem essencialmente no encurtamento e rigidez das pregas, e sobre a sua superfície um revestimento de mucosidades, duras, viscosas, aderente e em forma de rêde.

Em treze casos observados apareceram cinco úlceras pépticas, sendo uma delas até com perfuração.

A grande ressecção gástrica deu sempre no animal a anacidez persistente.

A anemia e o *deficit* ponderal são conseqüências da grande ressecção do antro.

CARNEIRO DE MOURA.

Acêrca da enervação do baço. (*Ueber Milznerbung*), por MASAO SUGIMURA (Tôquio-Japão). — *Archiv für Klinische Chirurgie*. Julho de 1939.

O A. constatou, em primeiro lugar, que tôdas as enervações do baço eram seguidas, inicialmente, de esplenomegália; no prazo de uma a quinze semanas a seguir à enervação a dilatação do sistema vascular no interior do baço foi notável e notou-se afluência exagerada de sangue na polpa. Estas constatações foram macro- e microscópicas.

A polpa esplênica sofreu transformação fibro-adênica e os folículos linfáticos atrofiaram-se progressivamente até desaparecerem por completo.

O volume do baço aumenta, primeiro, até à quinta semana, para, depois, diminuir e, finalmente, fica mais pequeno que antes do enervamento.

Provocando no animal uma infecção experimental (esplenite infecciosa),

esta mostra um quadro clínico mais grave no cão, cujo baço foi enervado, do que no animal não operado.

A poliglobulia da espleno-contracção adrenalínica diminue ou desaparece no baço enervado.

Como conclusões do seu trabalho experimental, o A. tira as seguintes:

Os nervos do baço têm um papel importante para a conservação do estado de nutrição e para o desempenho das diferentes funções do baço, e que a sua ausência completa (enervação total), diminue a função do baço e provoca a atrofia dos seus tecidos.

CARNEIRO DE MOURA.

Parotidite supurada post-pneumónica. (*Parotiditis supurada post-pneumonica*), por R. VELAZCO (relator DONOVAN). — *Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos-Aires*. N.º 25. 1939.

Documentada monografia sobre as complicações supuradas das glândulas parótidas, no decorrer duma epidemia de pneumonia. O trabalho, embora estudando todos os capítulos do assunto, foca essencialmente o problema da terapêutica e mesmo, dentro desta, a cirúrgica.

A pouca frequência da complicação é dada pelas estatísticas como a de Stopatto (0,5 %) e a de John Moore, que em seis mil casos, em Viena, só encontrou seis supurações da parótida.

O capítulo da etiologia menciona todas as causas apontadas até à data e dedica um capítulo ao estudo bacteriológico dos germens mais frequentemente encontrados (estafilococo, estreptococo, pneumococo, tetragéneo, bacilo de Eberth, etc.), sem deixar de entrever a possibilidade de associações bacterianas, terminando esta parte com considerações de prognóstico bacteriológico, e, embora a relação entre o germen e a evolução seja variável, parece poder-se atribuir ao estreptococo uma maior malignidade.

A possibilidade de poder existir a parotidite por contigüidade ou propagação linfática de uma supuração otítica não é aceite pelo A. Fica sempre como mais provável a via canalicular ascendente nos doentes sem defesa e desidratados, e a via descendente ou hematogénea, que parece ser a mais frequente, sem que seja fácil todavia prová-lo.

O tratamento cirúrgico ganhará em ser auxiliado pela radioterapia, seja para abortar um processo inicial, seja para obter a localização e limitação dum processo mais avançado. Convém mesmo esperar, segundo o A., por um sinal definitivo de supuração para evitar drenagens desnecessárias, culpáveis muitas vezes da extensão do processo.

Não é esta, todavia, a opinião geral, pois Blair e Padgett aconselham drenar a parótida precocemente, dizendo ser erro mais sério retardar a incisão do que fazê-la desnecessariamente.

As incisões para a drenagem da parótida têm sido muito estudadas, tendo-se procurado chegar à glândula por uma incisão que permita abordar qualquer das suas regiões, sem expor as lesões dos elementos vasculo-nervosos intra-glandulares e que permita vigiar no post-operatório a evolução do processo, atacando os novos focos que se possam produzir. Ao mesmo

tempo, tem-se procurado que a cicatriz resultante seja o menos deformante possível.

O A. descreve minuciosamente, e com esquemas muito perfeitos, seis técnicas diferentes para abordar a parótida (de Blair, Lilienthal, Cope, Chutro, Morestin, Fisher), aconselhando vivamente a incisão de Morestin, porque foi a que melhores resultados lhe deu, mesmo nos casos em que havia propagação cervical.

Como anestesia para esta operação aconselha os gases, como sendo a mais indicada, mas, dado que o seu uso não teve ainda a generalização devida, convém saber que a anestesia local dá perfeitamente, quer fazendo a infiltração directa da incisão, quer fazendo a anestesia do plexo cervical à maneira de Braun, embora se deva contar com certa sensibilidade nas manobras profundas.

Como curiosidade, vale a pena citar que Chutro usava a anestesia raquidiana para estes casos, injectando 0,02 cc. de estovaina, entre a sétima cervical e a primeira dorsal.

CARNEIRO DE MOURA.

Alergia e premunição na vacinação pelo B. C. G. (*Allergie et premunition dans la vaccination par le B. C. G.*), por R. CHAUSSINAUD. — *Revue de la Tuberculose*. Tôm. V. N.º 8. 1939-40

É admitido, pela maioria dos autores, a principiar por Calmette, que a resistência específica conferida pela vacina do B. C. G. não se traduz pelo poder de eliminação rápida ou destruição de bacilos virulentos que no organismo vacinado se tivessem introduzido, mas antes admitem que êste é capaz de se defender fixando e encapsulando aquêles por esclerose e calcificação dos tecidos vizinhos; dêste modo o individuo afectado não apresentaria tendência a criar lesões extensas e até poderiam ser tão insignificantes que fôsem absolutamente compatíveis com uma saúde perfeita. Todavia, — e êste é um ponto de capital importância, — as infecções virulentas manifestar-se-iam clinicamente por uma alergia tuberculínica intensa e duradoira.

O A., pelo contrário, apresenta uma estatística de crianças — quarenta e um casos — onde se dá a circunstância da vacina pelo B. C. G. lhes ter conferido a facultade de eliminação dos bacilos virulentos, visto que aquelas permanecem anérgicas, a-pesar da cohabitação íntima e prolongada com pais tuberculosos, com expectoração positiva. Verificou-se mesmo a circunstância de algumas crianças, que viviam no mesmo meio e que não tinham sido vacinadas, apresentarem em determinada data fenómenos alérgicos em relação com o aparecimento de lesões tuberculosas de maior ou menor importância. Tal contraste não pode ser interpretado no sentido de se admitir nas crianças vacinadas uma infecção tuberculosa inaparente, de período pré-alérgico prolongado, e como é pouco provável que só as vacinadas tenham podido viver meses e até anos em contacto com tuberculosos sem se contagiarem, é-se levado a pensar que em certas crianças vacinadas pelo B. C. G. o bacilo de Koch virulento se pode comportar como um parasita inofensivo, incapaz de se fixar no organismo e susceptível de ser eliminado pelos emunctórios

naturais. Por outro lado, há que acentuar que a alergia não exclue a premissão contra a infecção, facto já afirmado por Calmette e Guérin, que verificaram, nos seus trabalhos, que a alergia tuberculínica não se deve considerar como um sintoma de defesa e que esta pode existir sem alergia. O A. afirma ainda que as revacinações por via subcutânea parecem aumentar a imunidade e proporcionalmente ao número daquelas, enquanto a alergia post-vacínica se revela sempre mais fraca e fugaz; a resistência dum organismo contra a tuberculose parece aumentar em relação com o número de infecções benignas que esta pode vencer, e tal circunstância independentemente do seu estado de alergia.

J. ROCHETA.

A apicólise no pneumotórax extra-pleural e como complemento da toracoplastia. (*L'apicolyse dans le pneumothorax extra-pleural et comme temps complémentaire de la thoracoplastie*), por R. MONOD e M. FOURES-TIER. — *Revue de la Tuberculose*. Tôm. V. N.º 8. 1939-40.

Apresentam os AA. uma estatística de casos de toracoplastia, onde procuraram aumentar a eficácia desta intervenção, acrescentando uma pneumolise subfascial, como se realiza no pneumotórax extra-pleural. Não nos parece a nós que tal prática se deva generalizar; julgamos até que, na boa intenção de reunir numa única intervenção as vantagens comuns a cada um dos processos operatórios, se possa cair na posição oposta, isto é, anularem-se estas como consequência da sua mistura. De resto, na crítica rigorosa á que os próprios AA. procedem nos resultados obtidos, se observa este ponto de vista; assim, ao lado de vantagens, como colapso imediato e mais completo, obliteração de maior número de cavidades e redução de toda a actividade cirúrgica a uma única intervenção, há que apontar, em primeiro lugar, a maior complicação das seqüências post-operatórias, tais como a supuração, que exige, por vezes, além das habituais punções e lavagens, a drenagem contínua; a dificuldade, nalguns casos, de manter o colapso realizado pela apicólise, e daí a necessidade de insuflações na bolsa a realizar após a intervenção; a frequência maior da disseminação e bilaterização post-operatória e, finalmente, a circunstância de uma maior duração do acto operatório com todas as suas consequências, principalmente a do maior risco de choque post-operatório.

J. ROCHETA.

Separação das expectorações e colheitas brônquicas; novo instrumental. (*Séparation des expectorations et prélèvements bronchiques; nouvelle instrumentation*), por F. TRIBOULET e M. KANONY. — *Revue de la Tuberculose*. Tôm. V. N.º 8. 1939-40.

O problema da colheita, em separado, das secreções brônquicas de cada pulmão, tem realmente, embora limitado, um certo interesse prático. Casos há, na verdade, nos quais nem os exames clínicos habituais nem radiográficos, permitem, com segurança, afirmar qual é o lado que apresenta as lesões

activas causadoras da expulsão de bacilos e portanto que pulmão convém submeter a qualquer tratamento activo, ou ainda, uma vez realizado êste num dêles, saber até que ponto vai a sua eficácia, uma vez se mantenha positiva a baciloscopia e existam no outro lesões suspeitas. Por isso se impôs a idea da colheita directa, *in loco*, da expectoração, e que alguns autores, ainda poucos, têm realizado por intermédio de broncoscopias especiais.

Os AA., que já tinham apresentado em 1931 algumas conclusões de trabalhos seus desta natureza, realizados com instrumentos dêste tipo, consideram agora como pouco prático o instrumental usado, particularmente pela demasiada rigidez e falta de obturação da sua extremidade, circunstância que poderia acarretar erros, pela possibilidade de recolher, na sua passagem pela traqueia, tôdas as secreções aí acumuladas e que proviessem quer da direita, quer da esquerda. Construíram, então, um sistema de duas sondas, muito mais flexível, uma das quais fechada na sua extremidade, excepto ao nível duma fenda, que se entreabre, por pressão exercida pela outra, a qual caminha no interior da primeira; introduzido o sistema no lado desejado, sob o *contrôle* radioscópico, injectam-se no brônquio correspondente, por intermédio da sonda interna, alguns centímetros cúbicos de soro fisiológico, que são, em seguida, reaspirados e servem para a análise.

J. ROCHETA.

Achados anátomo-patológicos de alguns individuos tratados com a aspiração endocavitária. (*Reperti anatomo-patologici di alcuni soggetti trattati con aspirazione endocavitaria*), por C. PANÁ e G. DOTTARI. — *Annali dell'Istituto «Carlo Forlanini»*. Ano III. N.º 7-8. 1939.

São estas as primeiras referências anátomo-patológicas publicadas na literatura, em indivíduos submetidos ao recentíssimo método terapêutico de Monaldi, para a cura das cavernas tuberculosas por meio da aspiração endocavitária transtorácica. Trata-se de uma casuística de nove observações de doentes submetidos a êsse tratamento, com intuitos puramente sintomáticos, pois nem a grandeza das cavidades, nem sobretudo o estado geral e local pulmonar permitiam supor resultados curativos. De-facto, tratava-se de grandes cavernas, algumas racemosas, atingindo as suas porções mais altas, em quasi todos os casos, o contacto directo com a cúpula pleural; fraca existência, portanto, de tecido pulmonar, peri-cavitário, com excepção do limite inferior da cavidade, mas, mesmo nesta circunstância, tratava-se sempre de tecido mais ou menos abundantemente infiltrado de lesões tuberculosas de diversa natureza.

Os resultados do exame anatómico não são, por isso, tão ricos de ensinamentos como o poderiam ser noutras circunstâncias, de melhor estado geral dos pacientes, que permitissem um período mais demorado de tratamento — um dos casos teve cinco dias de tratamento — ou com lesões pericavitárias de pouca importância, mas mesmo assim achamo-las de muito interêsse para melhor análise da patogenia dos fenómenos que se verificam nos doentes tratados por êste método. De um modo geral, verificou-se a ausência de conteúdo cavitário, nas cavernas tratadas, com excepção de um único caso, que



tinha abandonado o tratamento três meses antes da morte; todavia, mesmo naquelas, notou-se que no fundo dos recessos mais escavados se encontrava um resio de substância pióide, tenazmente aderente à respectiva parede. O aspecto microscópico da parede interna das cavidades, — que tôdas, de resto, se modificaram pouco, quer na forma, quer no volume, como consequência do tratamento, particularmente aquêles casos com persistência da intubação até poucos dias antes da morte, — era caracterizado pela existência de uma camada vascular, formada por vasos muito dilatados e em grande número, constituindo nalguns pontos verdadeiras locas sanguíneas, com hemorragias profusas, mas limitadas à espessura própria da camada; entre os vasos se nota também uma extensa infiltração de elementos celulares mononucleares, em parte linfócitos, em parte elementos mais grossos de núcleo claro, com características histiocitárias, que sofrem, de resto, processos regressivos à medida que se aproximam da superfície interna; finalmente, entre os molhos dos mesmos vasos se encontra o início de uma proliferação fibrosa, que se estende mesmo às zonas mais profundas peri-cavitárias, tudo alterações em relação com a duração do processo específico. Modificações profundas se notam também no parênquima imediatamente vizinho, caracterizadas pela existência de um enfisema de notável intensidade, com formação de espaços claros e de algumas bolhas, visíveis mesmo macroscopicamente, e que devem considerar-se como consequência da acção aspirativa exercida no interior da cavidade. É natural, como o pensam os AA., que se a repercussão desta acção se fizesse sentir sobre tecido peri-cavitário uniformemente normal, não se teria observado a formação de tais irregularidades. A respeito da constituição dos nódulos tuberculosos existentes em tórno das cavidades, pode dizer-se que quasi constantemente, e prescindindo da sua génese, se encontraram em notável transformação caseosa, mas não é possível afirmar se tal transformação se deve atribuir exclusivamente à irritação mecânica, provocada pela aspiração, ou se se deve considerar como um estado derivante das más condições gerais do paciente. Um último elemento se deve mencionar ainda, que se refere à constituição anatómica do trajecto da sonda; em geral, pode dizer-se que este toma o aspecto e a estrutura de uma pequena caverna, pois é internamente formado por um estrato vascular com fenómenos regressivos e infiltrativos superficiais e por um tecido de granulação que rapidamente evoluciona no sentido da esclerose; é freqüente encontrar ao longo de tal trajecto, mesmo que este tenha pouca duração, nódulos formados por células polinucleadas com o tipo de células de corpo estranho. Na zona pulmonar do trajecto, e imediatamente para fora dêste, encontram-se, nalguns casos, nódulos de tecido tuberculoso, mais ou menos abundantes e em várias fases de evolução.

J. ROCHETA.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdade de Medicina de Lisboa

Abriram-se concursos para provimento dos lugares vagos de assistentes da especialidade de oftalmologia, do 8.º grupo (cadeira de obstetria) e do 10.º grupo, subgrupo A (cadeira de neurologia), da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Hospitais Cívicos de Lisboa

Tomaram posse dos lugares de internos dos Hospitais Cívicos de Lisboa os seguintes médicos:

Internato complementar. — Drs. Cândido Nunes da Silva, João Ramos Dias, Leopoldo da Cruz Lares, Eugénio Mendes Ferrão, Júlio Correia de Seixas, José Jorge Botelho, Luiz de Oliveira Pimentel Júnior, Vasco Artur Ribeiro Santos, José das Neves Tavares, Fernando da Cruz Ferreira e António de Matos Chaves.

Internato geral. — Drs. Vitor Pena Carvalho, Abel Cancela de Abreu, José Mateus, Francisco Félix Machado, D. Alda de Jesus Mauricio, Armindo Saraiva Rodrigues, Tito de Sousa Noronha, Mário de Mendonça e Silva, Adolfo Juzarte Rêlo, João de Gouveia, Vergílio Nunes Tavares, João Próspero dos Santos, António Pereira e Sousa, Francisco Norton Brandão, Alberto Francisco da Silva e Joaquim Martins.

Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão do dia 23 de Janeiro, da Sociedade das Ciências Médicas, a Dr.ª D. Maria Teresa Furtado Dias apresentou uma comunicação intitulada: «Tumores da mama com formações queratóticas no *Mus musculus*».

Academia das Ciências de Lisboa

A classe de ciências da Academia das Ciências de Lisboa reuniu-se em 11 de Janeiro, presidida pelo Prof. Egas Moniz.

O Prof. Henrique de Vilhena falou sobre estereofotografia e a aplicação das chapas pancromáticas à anatomia.

O Prof. Celestino da Costa falou sobre microfotografia.

Sociedade Médica dos Hospitais Cíveis de Lisboa

No dia 19 de Janeiro realizou-se, no Hospital de S. José, a sessão inaugural da nova Sociedade Médica dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

O presidente, Dr. Anibal de Castro, pronunciou o discurso de abertura.

Ordem dos Médicos

Terminaram em 21 de Janeiro os trabalhos da Assembleia Regional da Ordem dos Médicos para eleição dos corpos gerentes. A lista aprovada foi a seguinte :

Delegados à Assembleia Geral. — Drs. Azevedo Gomes e Anibal de Castro, Profs. Egas Moniz e António Flores, Drs. António Silva Martins, Augusto da Silva Ferreira, Prof. Celestino da Costa, Drs. Emilio Tovar Faro e Castro Caldas, Prof. Pulido Valente, Drs. Francisco de Mendonça Côrte-Real e Meideiros de Almeida, Prof. Henrique de Vilhena, Drs. Couto Jardim, João Leite Duarte, J. Pais de Vasconcelos, Leite Lage, Joaquim Marques de Paiva, Júlio Gonçalves, Sá Penela, Profs. Mário Moreira e Reinaldo dos Santos e Dr. Formosinho Sanches.

Vogais do Conselho Geral. — Drs. Alberto Mac-Bride e Sousa Gomes.

Do Conselho Regional. — Drs. Armando Barreiros e Santos, Emilio de Oliveira Martins, Ernesto Barahona Fragoço Tavares, Fernando de Freitas Simões, José Espadinha Rocheta, Oliveira Montês e Luiz Quintela.

Secretários da Assembleia Regional. — Drs. Humberto da Silva Nunes e Jorge Silva Araújo.

— O Conselho Geral da Ordem, reunido nos dias 16 e 17 de Dezembro último, sob a presidência do seu bastonário, Prof. Elísio de Moura, tomou conhecimento das várias instâncias realizadas pela direcção junto do Governo, estudou as condições de integração das Caixas de Previdência já existentes

na futura Caixa de Previdência da Ordem e, por fim, ocupou-se do ante-projecto de lei do exercício ilegal de medicina.

— Reúnido nos dias 13 e 14 de Janeiro, o mesmo Conselho Geral, depois de resolver várias questões de expediente, estudou ainda o ante-projecto de lei sobre o exercício da medicina e assentou na redacção do relatório a apresentar à Assembleia Geral Ordinária, que deverá eleger o novo presidente do Conselho Geral para o biénio 1940-1941.

Prof. Egas Moniz

A Academia das Ciências de Lisboa, em sessão plenária, prestou homenagem ao Prof. Egas Moniz, seu presidente.

Falaram os académicos Dr. Júlio Dantas, Prof. Caeiro da Mata, Prof. Moreira Júnior, Prof. Reinaldo dos Santos e Joaquim Leitão. O homenageado agradeceu.

Instituto de Medicina Tropical

Por determinação do Ministro das Colónias, adiou-se, para data a anunciar, a abertura do Curso do Instituto de Medicina Tropical.

— Tomou posse do cargo de director do Instituto o Dr. Vasco Palmeirim, director dos Serviços de Saúde da colónia de Moçambique.

Instituto Nacional de Educação Física

Para o cargo de director do Instituto Nacional de Educação Física, recentemente criado, nomeou-se o Prof. João Emílio Raposo de Magalhães.

Ocupam lugares de professores do mesmo Instituto os seguintes médicos: Drs. Arsénio Cordeiro, Manuel Mesquita Guimarães Júnior, Benjamim Jorge Calado e Luiz Figueira.

Luta contra o sezonismo

Uma portaria publicada em 26 de Janeiro transfere a Estação Anti-Sezonática de Águas de Moura para Idanha-a-Nova.



Saúde pública

Abriu-se concurso, por trinta dias, para preenchimento do segundo partido médico com sede em Nossa Senhora do Rosário (Calheta).

Necrologia

Faleceram : em Macau, o Dr. José Pedro de Sousa Afonso, tenente-coronel-médico e director dos Serviços de Saúde daquela colónia ; em Coimbra, o Dr. Carlos da Costa Mota, capitão-médico, director da Escola de Magistério Primário e assistente de Fisiologia da Faculdade de Medicina de Coimbra ; e em Travanca, o Dr. Antero da Gunha Brochado.



PANBILINE
nas DOENÇAS DO FIGADO

RECTOPANBILINE
na PRISÃO DE VENTRE

HÉMOPANBILINE
nas ANEMIAS

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUÍNEA

TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

LABORATOIRE **J. D^r PLANTIER** ANNONAY (Ardèche)
FRANCE

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



Cal - De - A Wander

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

Cada comprimido contém:

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. 70\$00

É UM PRODUTO WANDER

Depositários em Portugal:

Alves & C. (Irmãos)

Rua dos Correiros, 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