

Ano V

N.º 6

Junho de 1928



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECCÃO

PROFESSORES

*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,
Henrique Parreira*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

*Vasco Palmêirim, A. Almeida Dias, Morais David, Fernando Fonseca
António de Meneses e Eduardo Coelho*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

KALOGEN

Solução de Compostos Halogenados de Calcio
Preparada por Dr. TAYA e Dr. BOFILL

TONICO RECONSTITUINTE RECALCIFICANTE

Depositarios para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. Nova da Trindade, 9, 1.^o — LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Provam que a 4 por dia produzem diurese **prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MITRAES, GARDIOPATHIAS 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 infieis; exigir os Verdadeiros Granulos **CATILLON** Premio da Academia de Medicina de Paris para Strophantus e Strophantine, Medalha de Ouro, 1900, Paris.

3, Boulevard St Martin Paris — * PHARMACIAS.

CARNE LIQUIDA

— do Dr. Valdés Garcia de Montevideo —
TONICO RECONSTITUINTE DE
— GRANDE PODER NUTRITIVO

Contem mais de 19% de verdadeira peptona de carne.

— **INDICAÇÕES:** Anemia, Debilidade geral. Afecções
nervosas, Tuberculoses e convalescências —

— Pedir amostras e litteratura aos Depositarios para Portugal e Colonias: —

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o — LISBOA

Sala B _____

Est. 7 _____

Tab. 1 _____

N.^o 66 _____

APARELHOS
DE
Diatermia Dufлот
COM
Éclateur Fixo de Tungsténio

SEGURANÇA
ABSOLUTA.

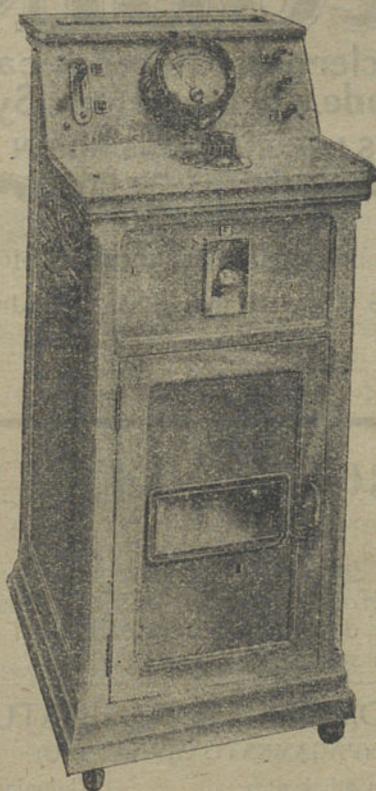
MANOBRAS
SIMPLES.

PRECISÃO NO
FUNCIONAMENTO.

RENDIMENTO
ELEVADO.

AUSENCIA DE
FARADISAÇÃO.

TRANSFORMADOR
TIPO INDUSTRIAL
SOB 75, 110, 150
E 220 VOLTS.



ÉCLATEUR
MODELO FIXO
TRABALHANDO AO
AR LIVRE E PO-
DENDO FUNCIONAR
LONGAMENTE SEM
DESGASTE.

CONDENSADORES:
DE GRANDE RENDI-
MENTO CONSER-
VANDO-SE SEMPRE
FRIOS.

MILIAMPEREMETRO
TÉRMICO
COMPENSADO DE
2 GRADUAÇÕES.

Visite-nos V. Ex.^a e encontrará o aparelho
que lhe convem

DAVITA, L.^{DA}

Rua Eugénio dos Santos, 81—LISBOA

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N I E

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ-SALINAS & C.^ª-R. Nova da Trindade, 9, 1.^ª-LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60,700

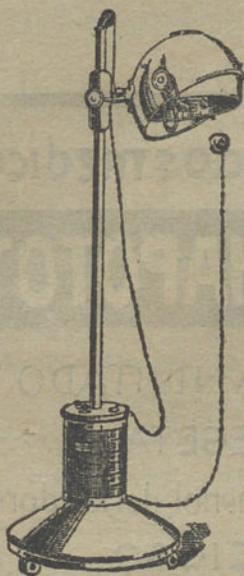
Colónias e estrangeiro:

Ano, 80,700

NÚMERO AVULSO: 8,700 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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



Lâmpada Bach

Os melhores aparelhos de

RAIOS X

E

Electromedicina

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

O melhor instrumental CIRÚRGICO, de DESINFECÇÃO, HOSPITALAR, é o da
casa M. Schaerer S. A., de Berna

Material para

Raios ultravioletas

Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

J. Roma, L.^{da}, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA

Usado pelos filhos dos medicos

NEO-LAXATIF CHAPOTOT

SUCO DE LARANJA MANNITADO
INTEIRAMENTE VEGETAL
Isento de drasticos, de Phtaleina de Phenol, de Beladona
INOFENSIVO - DELICIOSO

Pedir amostras ao Concessionario para Portugal: A. Serra, R. Almeida e Sousa, 2 LISBOA

Hämafopan

do Dr. A. WOLFF, BIELEFELD

Depositários:

Henrique Linker, L.da — LISBOA

Rua de D. Pedro V, 32-36

HEMOGLOBINA - FERRO

Extracto de Malte

RICO EM VITAMINAS

simples e composto com
arsénio — brometo de cal-
cío — cálcio — ferro inor-
gânico — ferro e arsénio —
gaiacol — iodo — silício —
silício e cálcio — silício,
cálcio e gaiacol.

Resultados excelentes!
Sabor agradável!

Alimentos ALLENBURYS

para crianças e adultos

cientificamente adaptados a cada idade

N.º 1 — lácteo, para recém-nascidos.

N.º 2 — lácteo, dos 3 aos 6 meses.

N.º 3 — maltado, além dos 6 meses e adultos.

DIET — peptonizado, para doentes dispépticos e velhos.

BISCOITOS — para o período do desmame e dentição.

BIBERON prático, lavável, melhor modelo (2 formatos).

Representante da casa Allen & Hanburys, Ltd.-Londres, COLL TAYLOR, LTD.
Rua dos Douradores, 29-1.º-LISBOA — Telef. C. 1386 — Teleg. DELTA

AGENTES NO PORTO, BRAGA, ETC.

Termómetros HICKS

GENUINOS-CLINICOS

Usados em todo o mundo

A VENDA NAS FARMACIAS DO PAIZ

Agente geral: COLL TAYLOR L.ª -Rua Douradores, 29-1.º-Lisboa-Telef. C. 1386

INSULINA A.B.



Brand

SOLUÇÃO ESTERIL PRONTA A INJECTAR

ESTA 1 — Rapidez e exactidão na dose.

MARCA 2 — Completa actividade e estabilidade.

ASSEGURA 3 — Ausência de reacção e dor na injeccção.

20 unidades por c. c. em frascinhos de:

EM DUAS 5 c. c. = 100 unidades (ou 10 doses)

FORÇAS: 25 c. c. = 500 » (» 50 »)

40 unidades por c. c. em frascinhos de:

5 c. c. = 200 unidades (ou 20 doses)

Folheto grátis sobre o tratamento da Diabetes pela INSULINA — Á VENDA NAS FARMÁCIAS

THE BRITISH DRUG HOUSES, Ltd. e ALLEN & HANBURYS, Ltd. — LONDRES

Representante em Portugal:

COLL TAYLOR, LDA. R. Douradores 29, 1.º-LISBOA—Telefone C. 1386

Deve-se empregar a Antiphlogistine a frio, nos casos de Dermatite Crónica



NOS casos de Dermatite Eritematosa, quando há vermelhidão acompanhada de calor e de ligeiro inchaço da parte afectada, empregue-se a frio a Antiphlogistine.

As propriedades higiênicas da Antiphlogistine

são particularmente valiosas nestes casos. Além de defender do ar e de aliviar a dor, a erupção vesicular e a inflamação são reduzidas, a exsudação serosa fica depositada na compressa e o processo de reparação é assim auxiliado.

A Antiphlogistine é um auxiliar importantíssimo em tôdas as formas

de inflamação, mesmo profunda. Absorve a água dos tecidos edemaciados, alivia a dor, e actua por meio de um sistema fisiológico para restabelecer a circulação normal na parte inflamada.

Quando a Antiphlogistine é empregada a tempo, evita-se muitas vezes a supuração que se segue à destruição dos tecidos.

Mais de 100.000 médicos empregam a Antiphlogistine; obtem-se em qualquer farmácia.

Peça-nos a nossa amostra gratuita e literatura sobre Antiphlogistine, a preparação mais largamente espalhada.

The Denver Chemical Mfg. Company
New York, U. S. A.

Laboratories: London, Sydney, Berlin, Paris,
Buenos Aires, Barcelona, Montreal, Mexico City.



"Promotes Osmosis"



ROBINSON, BARDSLEY & C.^{IA} — Caes do Sodré, 8, 1.^o — LISBOA



NUTREINA

FARINHAS DE BANANA

EUNUTREINA

Farinha de banana

LAXO-NUTREINA

Farinha de banana e aveia

RIZO-NUTREINA

Farinha de banana e arroz

NUTREINA

Farinha de banana e milho

Não contém cacau nem açúcar

Alimento melhor e mais sã para crianças na primeira idade, convalescentes, e pessoas fracas.

Fabricadas pela **SOCIEDADE ESPANOLA DE NUTREINA**

Pedir amostras ao concessionario para Portugal:

A. Serra, Rua Almeida e Sousa, 2—LISBOA

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 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIe)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

LISBOA

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche
PARIS (França)
Registo comercial: Seine N.º 103 278

ARHÉOL

 $C^{15} H^{25} O$


Princípio activo da Essência de Sângalo
Blenorragia. Cistite. Piélite. Pielonefrite.
Catarro vesical

KOLA ASTIER

GRANULADA

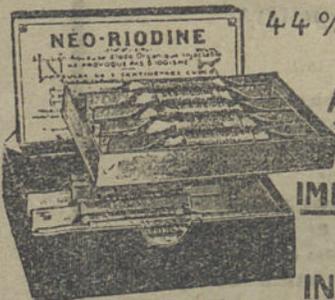


Antineurasténico. Regulador do coração
Gripe. Astenia. Surmenage.
Convalescença das doenças infecciosas

NÉO-RIODINE

 $C^3 H^6 O^4 I_5 Na$

Solução Aquosa de Iodo
Orgânico Injectável



44% de Iodo

ACÇÃO

IMMEDIATA

INTENSA

Em injeções intramusculares e intra-venosas.
Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm³, segundo os casos.

NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

Perturbações cardio-vasculares, Arterio-esclerose, Escleroses pulmonares, Affecções respiratorias chronicas, Rheumatismo, Lymphatismo, Escrofula, Tuberculose, Doenças especificas e em todos os casos em que a medicação iodada ou iodurada é indicada.

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

GIMENEZ - SALINAS & C.^a — Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o — LISBOA

RIODINE

 $(C^{18} H^{33} O^3)^3 (H)^2 C^3 H^5$

Derivado organico iodado
Ether glicerico
iodado do acido
ricinoleico.



ACÇÃO

LENTA

PROLONGADA

Composto definido e estável
Dose media: De 2 a 6 perlas por dia
após as refeições.



SUMÁRIO

Artigos originaes	
<i>Variolo-vaccine. — Encéphalites post-vaccinales</i> , par Ricardo Jorge ...	pág. 367
<i>Um caso de abcessos múltiplos no couro cabeludo</i> , por Alvaro Lapa ...	» 380
<i>Sobre a acção da insulina no tratamento da tuberculose pulmonar</i> , por Vasco de Lacerda e Ferreira de Mira, filho	» 395
Notas clínicas	
<i>Apontamentos sobre o tratamento cirúrgico das neoplasias do seio</i>	» 406
Bibliografia	
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 410
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i>	» 431
<i>Necrologia</i>	» 433
<i>Notícias & Informações</i>	» LI

VARIOLE-VACCINE. — ENCÉPHALITES POST-VACCINALES

RAPPORT PRÉSENTÉ AU CONGRÈS D'HYGIÈNE À PARIS — OCTOBRE 1927

PAR

RICARDO JORGE

«Les facteurs de recrudescence de la variole dans le monde» — on nous demande de les chercher et de les exposer. Je me suis trouvé indiqué comme rapporteur. Le bureau de ce Congrès par la voie de son Président, mon éminent ami, M. le Professeur Léon Bernard, me l'a commandé et j'ai obéi, mais sans me dissimuler aucunement mon impuissance de jouer le rôle d'oracle, comme il le faudrait sur un sujet qui récele tant de mystères. Sans paradoxe, je pourrais intituler les considérations que vous allez entendre — *De la nouvelle variole et de la nouvelle vaccine*.

Voilà un thème bien choisi, aucun autre peut-être n'est plus d'actualité en médecine préventive, aucun autre assurément n'est plus passionnant. En effet, des passions sont déchaînées autour de cette question qui ne devrait être envisagée que dans le calme, comme il sied à la science et à ceux qui la cultivent, et qui ont le droit d'être entourés d'égards et de respect; on en manque singulièrement vis-à-vis d'eux. Devrions-nous, comme il serait commode et légitime, boucher nos oreilles à ces clameurs, à la manière du sage Ulysse? Impossible de le faire; nous, les hygiénistes, nous ne vivons pas dans une tour d'ivoire, nous nous mêlons à la foule, notre champ d'action est en plein forum — car



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

c'est là que les avis de l'hygiéniste deviennent des injonctions, acceptées par le public ou sanctionnées par les détenteurs du pouvoir. On ne peut pas dédaigner des adversaires, surtout s'ils deviennent assez forts pour contrecarrer les commandements sanitaires.

La vérité est que l'épidémiologie est la plus compliquée des sciences sociales médicales. Les épidémies ne sont pas des épisodes prédéterminés, frappant avec la fatalité des plaies d'Égypte. Les hommes y sont pour beaucoup. Les habitudes et les croyances ont parfois une profonde influence étiologique sur les cycles épidémiques. La pathodémie est pour une part plus ou moins grande la conséquence d'un état social et le reflet des coutumes et des idées ambiantes.

Pour la vieille petite vérole, l'influence de l'état mental de la collectivité sur son apparition ou sur son extinction est de première évidence. La chronique du small-pox est dominée par un principe d'ordre psycho-moral : la croyance ou l'incroyance dans la prophylaxie vaccinale.

Au bon vieux temps où je faisais mon apprentissage, une vérité luisait pour tout le monde avec l'éclat du soleil : la variole est le fléau le plus à craindre, la vaccination est son remède préventif, aussi innocent qu'efficace. La splendeur de ce triomphe de l'hygiène, étayé par des statistiques éloquentes, faisait le juste orgueil de la médecine préventive ; l'index variolique d'un pays était le standard de sa civilisation sanitaire.

Eh bien ! ce blason ne brille plus, on l'a dédoré. Le dilemme de la malignité de la variole et de la bénignité de la vaccine on l'a renversé. On craignait jadis la variole et on ne la craint plus : on ne craignait pas la vaccine et on la craint maintenant. Par un singulier retour des choses d'ici-bas, on proclame l'innocence du small-pox et la malfaisance du cow-pox. Il serait difficile de trouver une inversion aussi complète dans le monde des idées. Et la prophylaxie classique de la variole qui était devenue un dogme, si dogme il y a, risque de sombrer, pour les uns comme inutile, parce qu'il n'y a plus de danger, pour les autres comme dangereuse, parce que nuisible.

Écoutons les échos de cette proclamation révolutionnaire chez ceux qui, du haut de leur génie, s'arrogent le titre de hérauts de mentalité.

Herbert Spencer, le grand philosophe, aujourd'hui un peu oublié, avec quelque injustice, mais qui a exercé une influence profonde et durable parmi les biologistes et les médecins, se méfiait de la vaccination, convaincu d'ailleurs que le small-pox était un mal nécessaire : il croyait que sa suppression nous avait attiré la grippe, de sorte qu'on avait simplement changé de fléau auquel l'homme doit rendre un tribut toujours égal. Nous avons un témoignage plus à la page. Bernard Shaw, l'écrivain primatial de la littérature contemporaine, a profité de la préface du drame *Jeanne d'Arc* — deux chefs-d'œuvre réunis qui viennent de faire le tour du monde — pour pester contre la vaccination : l'obligation de la vaccine, remplaçant le baptême obligatoire, est « un charlatanisme grossièrement scientifique, malfaisant, anti-sanitaire ». Il se figure la sainte Pucelle élevée à la moderne, et la police forçant ses parents à lui faire introduire dans les veines « le poison le plus infâme que nous connaissions pour la race ».

Nous lirons, nous, ces passages avec un sourire socratique aux lèvres. Les aberrations des gens d'esprit sont bien connues ; elles sont la rançon du génie ; mais lorsque ces idées bouleversantes trouvent moyen de se glisser dans les plis cérébraux des hommes célèbres, il y a quelque chose de sapé ou de chancelant dans l'économie intellectuelle du monde. Et l'on comprend aisément le cri de détresse poussé au-delà du détroit — *the small-pox is without control* — aveu d'impuissance à refouler la marée montante de l'infection dans la patrie même du grand Jenner.

La marée montante, déferle-t-elle partout ? Sommes-nous, en fait, devant une recrudescence de la variole ? Recrudescence de quoi ? de son incidence ou de sa gravité ? S'il était possible de donner une réponse d'ensemble aux deux questions, j'inclinerais à la négative ; le small-pox paraît ne devenir ni plus fréquent ni plus virulent.

Nous ne sommes pas en mesure de faire l'estimation globale des dégâts de la variole dans le monde. Ces calculs sont trop précaires et incertains, faute de statistiques valables dans beaucoup de contrées. Pour l'année 1924, le *Public Health Service* des États-Unis, d'après les données fournies par 62 contrées, est arrivé au chiffre global de 218.000 cas avec plus de 50.000 décès ; les États-Unis y figuraient par un cinquième du total, c'est-à-dire

à peu près 40.000 cas. Dans l'année courante, d'après les enregistrements de nos organisations internationales d'hygiène pour le premier semestre, on compte déjà aux Indes, qui sont un foyer extrêmement actif, 169.000 cas avec 40.000 décès. Les Etats-Unis chiffrent 15.000 et la Russie plus de 15.000 l'année dernière. Comme épidémie meurtrière, on signale celle de la ville de Rio-de-Janeiro en 1926 où les décès atteignirent le chiffre de 2.254.

Si nous embrassons dans un regard d'ensemble les pays dont la chronique infectieuse est bien connue, nous constatons que partout où l'activité de la vaccination est suffisante, là où elle a pénétré dans les mœurs, en devenant une coutume consacrée par la force légale ou morale, la variole est inexistante ou presque. Rien jusqu'ici, nulle part, n'a ébranlé la grande loi prophylactique du 19^e siècle. Là où la méthode jennérienne n'est pas assez soignée, là où les non vaccinés sont nombreux, la variole continue à sévir. Et c'est dans ces pays où la vaccination fléchit, soit par négligence, soit de parti pris, grâce aux agissements agressifs du sectarisme, qu'on doit essayer de contrôler si en effet la variole tend à s'accroître en fréquence et en gravité. Or, dans ces pays à endémie variolique on ne constate ni que l'endémie devienne plus forte, ni que les épidémies manifestent une tendance explosive ou même diffuse. Le plus souvent, les séries sont modestes et les poussées, quoique affectant la gravité ordinaire du small-pox classique, se laissent facilement dompter. Les épidémies ne se montrent en réalité ni durables ni expansives. Bien des exemples seraient à citer et nommément ceux que l'on a pu recueillir récemment ici même en France. La Pologne et la Serbie viennent d'arrêter avec force le cours de la variole.

On nous objectera: qu'est-ce que vous faites des statistiques anglaises et d'autres encore? C'est qu'il faut introduire ici, non pas à la manière scholastique, mais par l'amour de la réalité même, un *distinguo*, et ce *distinguo* était naguère encore une véritable pomme de discorde.

La variole se révèle épidémiologiquement sous deux faces assez tranchées et opposées. L'une, la variole classique, *la variole de Sydenham*, qui continue à se produire telle qu'on la connaît d'après une expérience séculaire. Elle se maintient la même, à une différence près: c'est que l'ancienne forme dite confluente vraie, si léthale que son diagnostic était presque toujours un arrêt

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

TÃO INDISPENSÁVEIS A' VIDA
ASSEGURA UMA ALIMENTAÇÃO
DE LEITE ADMIRAVELMENTE
APROPRIADA PARA UM DESEN-
VOLVIMENTO RÁPIDO E VIGO-
ROSO, PROMOVE A FORMAÇÃO
DE OSSOS E DENTES FORTES
E PERFEITOS

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

ALIMENTAÇÃO INFANTIL

GIMENEZ - SALINAS & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o

LISBOA



MAGNESIA S. PELLEGRINO

Purga. Refresca. Desinfecta.

Colocamos á disposição do Corpo Medico as amostras
que necessitar para os seus ensaios

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO
- TORINO -

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a - Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o - LISBOA



Vacinas Neosán

Vacina Antitífica preventiva } Via
" " curativa } Bocal

Preparadas pelo Professor Dr. Salvat Navarro, Catedrático de Higiene da Faculdade de Medicina de BARCELONA e adoptadas oficialmente em HESPAÑA pela INSPECCAO GERAL DE SAUDE.

SÉRIE INJECTAVEL

Antitífica preventiva. Antitífica curativa. Antigonococica. Antiestafilococica. Antimelitococica. Anticatarral. Antigripal.

LABORATORIOS PASTEURIANOS — Director: Professor Salvat Navarro, BARCELONA

Pedir amostras e literatura ao concessionário para Portugal: A. SERRA, Rua Almeida e Sousa, 2 - LISBOA

de mort, est devenue rare ; ses degrés supérieurs de virulence tendraient à disparaître. Elle persiste, comme je viens de le dire, et elle ne montre pas tendance à s'aggraver, à engendrer des épidémies faisant les ravages de celles d'antan. Peut-être que si la barrière de la vaccination s'écroulait entièrement, peut-être qu'alors elle recouvrerait ses allures anciennes de fléau dévastateur.

L'autre, oui, relève la tête et surgit dans toutes les parties du monde en se signalant, soit par sa durée épidémique, soit par sa propagation diffuse. Plus expansive ou plus tenace, on la dirait plus active que la variole ordinaire ; toutefois ce qu'elle a gagné en force épidémiogénique elle le perd en pouvoir pathogénique. Sa virulence est insignifiante, elle est douée d'une bénignité sans pareille, invraisemblable, là même où le malade, en raison des circonstances ou par suite de l'exhubérance de l'exanthème, serait condamné sans appel, s'il s'agissait de la variole traditionnelle. Bénignité si tranchante qu'elle s'impose à l'esprit du médecin, de l'hygiéniste et du public. Impossible de s'y méprendre ou d'éluder ce fait qui saute aux yeux.

Quel est le nom de ce type extravagant, puisqu'il faut le dénommer quoi qu'il en coûte, parce que, contrairement à la peste du fabuliste, il ne remplit pas l'Achéron ? Lâchons le mot, c'est l'*alastrim*. C'est le vocable qui a prévalu, mais par cette locution ou par un autre, ce qu'on veut exprimer c'est l'identité de toutes ces varioles bénignes produites en Afrique, en Amérique, en Australie, depuis la fin du siècle dernier, et en Europe dans les 7 ou 8 dernières années. En comparant les rapports sur ces épidémies, tels qu'ils ont été publiés par ses auteurs qui souvent ne se connaissaient pas les uns les autres, lorsqu'il y a trois ans je présentais à l'Office les mémoires sur l'*alastrim* et la variole, j'ai eu l'impression sûre que les descriptions n'étaient que les tirages d'un même cliché, et que leur teneur noso-épidémique était identique, celle de l'*alastrim* brésilien, et j'avais que l'Europe venait d'en être envahie : le *mild small-pox* qu'afflige l'Angleterre depuis 7 ans et le *white-pox* qui a régné 3 ans dans quelques cantons suisses, n'étaient que des exemplaires européens de la maladie africo-américaine, jugée jusque là exotique. Chez nous, l'*alastrim* venait de se présenter comme s'il voulait ne pas laisser de doutes sur sa nature et son origine. Un nègre de la Guadeloupe

l'apporte à Ponta Delgada, aux Açores, et malgré les mesures prises contre l'intrusion, il se répand vite, comme une traînée de poudre envahissant l'île entière où, sur une population de 150.000 âmes, il fait 15.000 victimes — de malades, bien entendu, car les décédés n'ont pas dépassé le chiffre infime de 10.

Et voilà un exemple saisissant de son épidémicité; il s'étend, il se diffuse, c'est cette qualité qui lui a fait donner au Brésil le nom d'alastrim. Il se propagea aux autres îles, mais n'y a duré que quelques mois. En Angleterre et en Suisse, son extension fut moindre; dans ce dernier pays, il s'est éteint au bout de trois ans, mais en Angleterre il subsiste et il progresse.

Ce mild-pox britannique présente des allures intéressantes. Il s'accuse depuis l'année 1921, produisant plus de 300 cas; l'année suivante le chiffre est triplé; en 23, il se monte déjà à plus de 2.000; en 24, plus de 5.000; en 25, à peu près 10.000 — chiffre qui sera doublé à la fin de cette année 26, puisque le 1^{er} semestre enregistre déjà 9.600 cas. Cependant cette morbidité d'une dizaine de mille, qui, pour la variole ordinaire, fournirait un obituaire de 2.000 décès ou davantage, n'a causé que 11 décès, léthalité infinitésimale. Les cas enregistrés en 1926 atteignent les 90 p. cent du total variolique connu pour l'Europe entière, exception faite de deux extrémités, orientale et occidentale. Ce parallèle numérique démontre par lui-même la petitesse de la variole classique devant le nouvel alastrim. Et encore nous avons des raisons de croire que dans d'autres pays l'alastrim existe, bien qu'ayant passé inaperçu.

Puisqu'il y a des types bien tranchés épidémiographiquement, il est naturel et logique qu'au nouveau type on oppose une rubrique nouvelle, pourvu qu'on ne se méprenne pas sur sa signification exacte. Dans notre esprit, il n'y a qu'une acception, celle d'une épidémie *sui generis*. Serait-elle aussi une maladie *sui generis*? C'est cette deuxième question qui préoccupe les esprits critiques, ce qui nuit jusqu'à un certain point à la clarté du jugement à porter. Nos ancêtres étaient des ontologistes, et nous, les médecins, nous ne sommes pas encore affranchis de ce péché originel.

A ces deux formes est-ce le même virus qui préside pathogéniquement ou sont-ce deux virus différents? Une autre question prime celle-là — les deux types sont-ils interchangeables et ré-

versibles, c'est-à-dire, de la douce épidémie alastrinique la sévère épidémie variolique peut-elle sourdre, et, vice versa, une poussée maligne peut-elle se changer en poussée bénigne? C'est ce qui pratiquement nous intéresse, nous, épidémiologistes et hygiénistes. Ce n'est que par des enquêtes qu'on peut parvenir à savoir si les poussées alastriniques ont pour origine des cas préexistants de variole ordinaire et si elles aboutissent parfois à des épidémies graves, c'est-à-dire, si le small-pox peut évoluer en alastrim ou l'alastrim en small-pox. Or, les observations accumulées jusqu'ici, soit en Amérique, soit en Europe, portent à présumer que les deux types épidémiques gardent une interindépendance réciproque dans leur éclosion et dans leur évolution. Ils peuvent coexister en même temps en divers endroits du même pays: c'est ce qu'on a vu en Angleterre, aux Etats-Unis, même en France, chacun d'eux gardant ses caractéristiques habituelles et sans aucune liaison apparente. Ils peuvent se faire suite sur le même territoire sans indice visible de causalité mutuelle. Enfin, rien n'empêche que les deux épidémies puissent s'entremêler, quoique étrangères l'une à l'autre; cependant, même dans cet enchevêtrement il est parfois possible de démêler les deux types. Ainsi à Madras, Turkah et Pandit en 1925 ont observé, en même temps que sévissait une épidémie sévère de variole, des cas d'une maladie ressemblant à l'alastrim, rencontrée surtout chez les nouveaux arrivés de Malabar et de Cochim. Voilà l'alastrim signalé aussi en Asie, la patrie d'origine de la vieille variole de Rhasés.

On ne peut pas garantir d'une façon sûre que les deux types ne soient pas réversibles, mais on peut affirmer que, si cette réversibilité est possible, elle doit être extrêmement rare, les choses se passant d'ordinaire comme si elles n'avaient rien de commun entre elles. Quoique sans liaison étiologique visible, les deux types peuvent se suivre en des périodes successives de prévalence; ainsi à Détroit, Minnéapolis et Los Angeles, après des années de prédominance alastrinique, le type virulent est revenu. Donc, dans les pays alastrinés, on ne doit pas s'endormir sur l'innocence du fléau, croyant que la sévérité ancienne est abolie.

Si l'on arrivait à prouver expérimentalement que le virus est absolument le même, le danger de la conversion d'alastrim en

variole deviendrait compréhensible. Même au point de vue pratique, il y a lieu d'encourager la poursuite de ces recherches. Les travaux mémorables de Gordon sur les virus varioliques ont déduit que les réactions sérologiques sont sensiblement les mêmes pour les deux, sauf des différences de degré; cependant Gordon réserve ses conclusions avant de pousser plus à fond la comparaison expérimentale. Tout récemment, aux Indes, Tuckur et Pandit ont rencontré des différences sensibles entre les réactions expérimentales du virus alastrinique et du virus de la variole grave. De même que pour la vaccine, il est vraisemblable que dans la genèse du virus alastrinique il s'est produit une mutation virulente qui semble stable. Rien n'autorise cependant à supposer qu'il s'agit d'une atténuation ou d'une dégénérescence de la primitive variole, due à une certaine immunité acquise ou à la dégradation produite par la vaccination. La coexistence des deux modalités nous fait repousser cette hypothèse; du reste, quoique ne sévissant que récemment, l'alastrim a au moins un siècle d'existence, puisqu'il y a une page de Jenner où l'on retrouve le calque exact du type actuel.

Bien que de l'expérience épidémiologique et de la pratique vaccinale on puisse tirer sur les qualités des deux virus des références qui porteraient à croire qu'il ne sont pas équivalents au point de vue immunologique, ni entre eux, ni par rapport à la vaccine, on peut poser en principe que, pratiquement, variole et alastrim sont également passibles d'une prophylaxie absolument efficace: là où la vaccination peut être dite universelle, pas d'épidémisation alastrinique ou variolique; on est immunisé contre ses assauts. C'est dans les populations non vaccinées que l'une et l'autre fleurissent. On l'a vu dans les cantons suisses: ceux, où la pratique vaccinale est régulière, ont constitué une barrière que le mild-pox n'a pas franchie. Si autrefois la variole sévère poussait tous les gens raisonnables à se faire vacciner, à présent la variole bénigne n'y invite pas. Pourquoi s'infliger du mal pour se prémunir contre une maladie passagère pour laquelle on ne demande même pas les soins du praticien? On exagère tout de même, puisqu'une épidémie diffuse, si légère soit-elle, cause des dommages individuels, et collectifs, d'importance.

Et voilà que cette exaspération même se tourne contre la prophylaxie et d'autant plus que le vaccin jadis innocent est bien

parfois nuisible, les lymphes ont repris une puissance gênante, causant des réactions locales et générales que craignent les vacinateurs et le public. Partout on se plaint et on s'effraie de cet excès d'activité. On est obligé à diluer de plus en plus la pulpe; jadis on ne dépassait pas le titre de 1:5000 et à présent on le pousse parfois jusqu'à 1:100.000.

D'où viendrait cet accroissement d'énergie? L'homme serait-il devenu plus réceptif à la vaccine? Peut-être, mais on sait bien que le vaccin est devenu plus virulent pour les animaux de contrôle. Cette exaltation est-elle spontanée ou factice? Il est de pratique courante aujourd'hui dans les Instituts Vaccinogènes de faire des passages à travers le lapin, pour renforcer les souches affaiblies à la longue. C'est cette technique la cause des exaltations? Le Professeur Gins, de l'Institut Koch, nous communique qu'en Allemagne les cas de vaccine généralisée deviennent légèrement plus fréquents; la recrudescence virulente pourrait être spontanée et l'effet d'une involution régressive du cow-pox vers le smallpox originel; il tendrait à se rapprocher de la variole d'où il dérive. Quoi qu'il en soit, on a senti la nécessité de standardiser les lymphes par des procédés dont la technique et les formules viennent d'être établies à la Conférence de Berlin, organisée par la Section d'Hygiène de la Société des Nations. De là aussi, la réduction du champ d'inoculation vaccinale; finies les trois scarifications à triple incision, chacune d'un centimètre. La scarification que un ou les deux, se réduisent au millimètre ou même à la simple acupuncture. On le voit bien, pour tout dire, les médecins manient le vaccin avec tous les ménagements, comme s'il craignaient les suites de la vaccination. Ils sont aussi atteints par les frayeurs du public.

Ce raffinement de virulence était déjà un désagrément, toutefois on n'a qu'à se mettre sur ses gardes pour l'éviter, mais voici qu'il y a 2 ans on a eu la surprise d'apprendre qu'une complication à haute gravité surgissait après la vaccination — *l'encéphalite post-vaccinale* entièrement inconnue jusqu'alors. C'est en 1922 qu'on la constate en Angleterre où elle sévit jusqu'au début de 24, avec 62 cas, pour reprendre après une pause, en 26, une nouvelle série de 19 cas, ce qui porte le nombre des cas britanniques à 80. En Hollande, sans savoir ce qu'il était advenu en Angleterre,

on se rend compte de son apparition à partir du commencement de 1925; depuis lors, sauf à de courts intervalles, les cas se succèdent, leur chiffre se monta à 124. Les Pays-Bas et la Grande-Bretagne sont les deux grands foyers, si l'on peut dire, de cette encéphalite. Mais la maladie a éclaté un peu partout par des rares cas sporadiques. On les signale en Suisse, en Tchécoslovaquie, en Autriche, en Allemagne, en Pologne, en France, en Portugal; on l'a déjà découverte de l'autre côté de l'Atlantique, aux Etats-Unis. Le bilan peut atteindre, je présume, tout au plus, 250 cas; mais combien d'autres ont dû passer inaperçus en ces contrées et ailleurs. Plusieurs communications se rapportent à des cas anciens diagnostiqués rétrospectivement, des cas bien démontrés, ceux de Turnbull, en Angleterre, remontent à 1912.

La série est, en somme, assez modeste; mais ce n'est pas la quantité qui compte, mais la qualité, car il s'agit d'un accident consécutif à une opération préventive et encore obligatoire. Si au moins les troubles nerveux s'effaçaient sans conséquence, mais l'atteinte est sévère et la mort s'ensuit dans une proportion redoutable. Aux Pays-Bas, la léthalité a été de 30 0/0; en Angleterre, le tribut plus lourd arrive à 50 0/0. On comprend l'émotion provoquée par ses issues fatales, surtout lorsque, comme il est arrivé dans la petite ville hollandaise de Goes, on constate 4 cas, dont 2 mortels; c'est assez pour jeter dans le désarroi le public et les médecins. Des faits pareils déssillent brutalement les yeux pour nous faire voir que nous sommes dans une crise aiguë de la prophylaxie variolique, qu'il importe de conjurer à tout prix. Pour la conjurer, il faut justement savoir ce qu'elle est et nous le savons pas encore, c'est triste à dire, mais il faut le dire.

Accuser l'échantillon, la souche de la lympe employée, c'était était le premier mouvement tout indiqué. L'accusation est tombée puisqu'aux autres vaccinations faites avec la même lympe l'encéphalite ne s'ensuivait que dans une proportion infinésimale; puisqu'en changeant de lympe, les accidents se produisaient de même. L'expérience hollandaise et anglaise a été décisive en ce sens. En désespoir de cause, on a en recours aux Pays-Bas à ce que l'on appelle improprement *neuro-vaccin*; la série n'a point cessé. C'était à prévoir; ce vaccin, ne semble, en somme, qu'un cow-pox cultivé dans le cerveau du lapin, au lieu du ventre de la

génisse, ce qui n'exclut pas les préférences qu'on puisse lui accorder.

Donc, on peut poser que l'encéphalite peut survenir quelle que soit la souche ou le procédé de l'obtention du vaccin et qu'elle ne peut pas être attribuée à une défectuosité quelconque ni à des qualités particulières de la lymphe employée. Son degré même de virulence n'y serait pour rien; que le vaccin soit hyperactif ou hypoactif, à faible ou à forte puissance, il peut également enfanter des encéphalites. Voilà un premier point acquis, établi déjà à la Conférence de La Haye l'année dernière.

Le tableau clinique est généralement simple et homogène. Etat léthargique presque pas accompagné d'autres désordres nerveux. Rareté notamment des paralysies oculaires; rareté aussi de séquelles; pas de parkinsonisme. La moelle est intéressée, surtout dans la nouvelle série anglaise: paraplégie spastique, incontinence de fèces et d'urine. Le tableau anatomo-pathologique est celui d'une encéphalo-myélite diffuse sans localisation spéciale. Il faut exclure du cadre des encéphalites post-vaccinales les infections courantes à siège cérébro-médullaire dont le diagnostic différentiel s'impose: infections qui peuvent accidentellement se manifester, après la vaccination, par coïncidence fortuite. Dans la dernière série britannique on a mis de côté des myélites syphilitiques, de la méningite tuberculeuse, du tétanos et de la méningite cérébro-spinale. Il me semble aussi, que lorsque les accidents surviennent à court et surtout à long délai, après l'inoculation vaccinale, la classification est douteuse. Il y a un triage à faire.

Il doit y avoir un virus en cause dans l'encéphalite vaccinale-lequel?

Des hypothèses ont surgi, excluant du méfait le virus vaccinal et incriminant le virus inconnu des encéphalites connues, inoculé on ne sait comment, par l'opération vaccinale, ou existant déjà à l'état latent dans l'organisme et recevant de l'infection vacinale le coup de fouet nécessaire pour déchaîner l'encéphalite. C'est la léthargique qui a joui de cette faveur, faute de preuves expérimentales directes, puisqu'on n'a pas pu déceler le virus léthargique dans les cerveaux autopsiés, mais ce n'est qu'une hypothèse que les faits n'étaient pas assez; les deux encéphalites sont discordantes dans leur appareil syndromal et lésionnel.

Le parallélisme des deux courbes dans le graphique hollandais,

celle de l'encéphalite commune et celle de la vaccinale, a donné d'abord un semblant de preuves à la thèse de la maladie d'Economo. Dans la dernière année, la concordance a été moins accentuée aux Pays-Bas; en Angleterre, les deux graphiques sont entièrement aberrants. Il ne manque pas d'autres arguments contraires à une telle identification qui, à notre avis et jusqu'à preuve du contraire, est à écarter dans l'état actuel de nos connaissances. Je l'avais déjà fait dans le rapport présenté à la conférence de la Haye.

L'idée de la complicité du virus herpétique s'est à peine fait entrevoir; on ne l'a jamais vu engendrer des encéphalites chez l'homme.

Pourquoi chercher ailleurs un virus encéphalitogène, découvert ou à découvrir, puisque nous avons sous la main celui-là même que nous inoculons? C'est l'hypothèse la plus naturelle et vraisemblable; elle nous est venue à l'esprit, en faisant le graphique des délais d'incubation des encéphalites, c'est-à-dire, des jours écoulés entre l'inoculation vaccinale et l'apparition des phénomènes nerveux. Les cas s'amoncellent entre le 10^e et le 13^e jours tant dans la série hollandaise que dans la série anglaise. Dans la série récente cette prédominance se fait sentir d'une façon encore plus accentuée. En Angleterre, pour les derniers 19 cas, 16 se groupent tous du 10^e au 13^e jour; aux Pays-Bas 80 % des cas ont la même date. Donc l'infection encéphalitique se déclanche à une échéance relativement constante. Tirons la conséquence. Un virus est inoculé dont l'action morbigène retarde, en règle, entre 10 à 13 jours. Or, il y a un virus qui agit tout justement dans le même délai — c'est le virus variolo-vaccinal. Lorsqu'on inocule le small-pox à la manière préjennérienne ou le cow-pox à la manière jennérienne, la généralisation morbide et la poussée exanthématique surviennent du 10^e au 13^e jour. Ici la répercussion cérébrale se fait sentir à une échéance pareille. On dirait qu'un cas constaté en Portugal est venue tout exprès pour servir d'illustration: les symptômes encéphalitiques éclatèrent le 10^e jour au moment même où se produisait une éruption généralisée de vaccine.

Nous savons aujourd'hui que la vaccine se généralise dans l'organisme, pouvant être extrait des viscères principales, foie, poumons, cerveau, après un délai variable pour chaque espèce.

“Quimioterapia das infecções”

A solução iodica do Professor Pregl

(Premio Nobel de Quimica) para o tratamento inter-venoso de todas as infecções, usa-se com o nome de

SEPTOYODO

PREGL

Indicações: Fébre puerperal, septicemias cirurgicas, meningites, pielonefrites, tifos e paratifos, febre de malta, etc.

Caixas de 5 ampolas de 10 cc. e de 1 cc.

Para uso externo, assim como para tratamento das cistites, endometrites, dacriocistites, etc., em lavagens ou instilações

Presoiodo Pregl

Todas as enterites, assim como as diarreias estivais e da infancia, tratam-se com exito usando

**Exito
seguro**

Albotan

MARCA REGISTRADA

**Efeitos
duradouros**

Inofensivo mesmo para as creanças por não conter opiaceos

Tratamento causal

Peçam amostras e literatura ao concessionario dos productos S. A. L. I. A.
ANTONIO SERRA, Rua Almeida e Sousa, 2—LISBOA

vergean

TERAPEUTICA DA SIFILIS

O TRATAMENTO ARSENICAL
HYPODERMICO VERDADEIRA-
MENTE INDOLOR PRÁTICA-SE
COM O



ACETYLARSAN

DE COMPOSIÇÃO ACTIVA E SEGURA

AMOSTRAS E LITERATURA

LABORATOIRE DES PRODUITS
"USINES DU RHÔNE"
21, RUE JEAN-GOUJON.PARIS

E. SCHWEICKARDT
AGENTE GERAL PARA PORTUGAL
133, RUA DA PRATA. LISBOA

Les recherches faites en Angleterre sur les cerveaux autopsiés ont eu la chance d'y retrouver le cow-pox inoculé. Ce transport au cerveau est inoffensif, rien ne le décèle morbidelement; mais expérimentalement on peut provoquer la localisation encéphalitique par une action traumatique ou une simple injection de bouillon dans les veines.

Les virus de la famille variolique sont, à degré inégal, encéphalitogènes. Les complications nerveuses du small-pox sont en somme assez rares; pour la varicelle, on signale maintenant des cas; pour la vaccine, hélas, nous venons d'en recevoir la leçon.

On objectera à cette théorie de l'action encéphalitogène directe que les vaccinations se chiffrent par centaines de mille, par millions et les encéphalites par des unités, par des dizaines, des centaines tout au plus. Comment rallier fait, si rarement produit, à l'incidence de l'inoculation infiniment multipliée? Mais aussi l'action virulente de la vaccination s'épuise, elle aussi, généralement dans l'éruption locale, et néanmoins, sans qu'on sache pourquoi, l'éruption généralisée, survenant sans rapports forcés avec la souche vaccinale, ni avec sa virulence, est aussi assez rare. Pour l'étiologie de l'encéphalite, il faut admettre une cause seconde provocatrice, un facteur X, intervuable jusqu'à présent.

Une pierre d'achoppement vient de tomber sur la route de la prophylaxie antivariolique déjà encombrée de préjugés. Tant qu'elle restera là, la variole en profitera pour prospérer. On parviendra à doubler ce cap des tourmentes; notre pratique en a vu bien d'autres et s'en est tirée. Que les compétents s'engagent pour solutionner ce problème aigu, que les laboratoires, les administrations et les organisations internationales d'hygiène ne s'en dessaisissent pas jusqu'à parvenir à éviter ce nouveau fléau qui se tourne traîtreusement contre notre médecine préventive.

Ainsi soit-il! Aucun lieu d'élection ne pouvait mieux convenir pour formuler un tel vœu que cette enceinte sur les murs de laquelle resplendira éternellement le nom divin de Pasteur, le symbole auguste et puissant de la science française.

UM CASO DE ABCESSOS MÚLTIPLOS DO COURO CABELUDO

POR

ÁLVARO LAPA

Sob a designação de — «*Perifolliculitis Capitis Abscedens et Suffodiens*» descreveu Hoffmann, em 1907 (*Ein Fall von Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens*), uma afecção rara do couro cabeludo. Essa doença, de aspecto inflamatório mas de evolução crónica, é caracterizada essencialmente pela formação de nódulos primitivos de perifoliculite, pelo aparecimento de supuração e de tractos fistulosos localizados na zona cutânea do couro cabeludo ocupada pela dermatose.

No doente apresentado por Hoffmann na Sociedade de Dermatologia de Berlim e que serviu de base à descrição dessa dermatose, notava-se na região occipital, havia mais de um ano, a presença de numerosas lesões (cêrca de 20), constituídas por nódulos do tamanho de avelãs ou mais pequenos, sem cabelos, de coloração pálida e de contornos bem delimitados. Entre as saliências hemisféricas desenhavam-se rugas na pele, depressões, verdadeiras ravinas que se entrecruzavam, dando ao tegumento um aspecto cerebriforme *sui generis*.

Nos limites da área ocupada pela dermatose nos mamilos mais periféricos, encontravam-se ainda alguns cabelos dispersos e, na parte mais elevada dos nódulos, pequenas crateras donde surdía pús. A exploração pela sonda revelava a existência de longos tractos fistulosos. Lesões pustulosas discretas e pequenas zonas de alopecia cicatricial completavam o aspecto mórbido da afecção identificada por Hoffmann. Neste caso especial, segundo o autor, a evolução do processo mórbido parece ter sido acelerada pelo emprêgo de uma pasta de sulfureto de zinco a 10 0/0.

As pesquisas microscópicas não revelaram a existência de quaisquer espécies de fungos, nem as culturas mostraram a pre-

sença de qualquer agente de natureza micósica. Tratava-se, portanto, de um processo de foliculite supurativa de marcha muito lenta, que soerguia o tegumento, constituindo locas no couro cabeludo e formando trajectos fistulosos: um verdadeiro processo de celulite tórpida que, ao cabo de um longo período evolutivo, terminava pela formação de alopecias cicatriciais.

As referências existentes na literatura dermatológica àcerca desta curiosa entidade mórbida são escassas e raras. Assim, somente em 1913, Ruete, num artigo publicado no *Dermat. Zeitsch.*, descreve de novo um caso dessa afecção. Antes de se ocupar dêle, êste autor estudou todos os processos patológicos do couro cabeludo que, associados, ou não, a elementos de carácter pustuloso, podem, em última análise, conduzir a estados cicatriciais e alopécicos definitivos: a sífilis, a tuberculose, o lúpus eritematoso, o fávus e as alopecias atrofiantes sem lesões aparentes, entre as quais se distinguem, pelo aspecto característico de atrofia primitiva da pele, a *alopecia parvimaçulata* (mais vulgarmente conhecida sob a designação de — «pseudo-pelada de Brocq») e as formas do acne escalvante de Besnier. A esta lista, já muito extensa, de afecções do couro cabeludo, acrescentou Ruete ainda a descrição das alopecias cicatriciais provocadas pelo impetigo, pela furunculose e, por último, pelas lesões nodulares tórpidas e profundas do acne escalvante que, com mais rigor, deveriam antes ser incluídas na entidade mórbida isolada por Hoffmann sob o título de — «*Abcessos múltiplos do couro cabeludo*».

Contudo, antes da descrição — hoje clássica — de Hoffmann e do caso de Ruete, já em 1904 (e a êste caso se refere Ruete), Nobl apresentára à Sociedade de Dermatologia de Viena um caso de foliculite profunda do couro cabeludo, acompanhada de calvície. «Tratava-se de um homem de 34 anos, cujo vértice e região occipital eram sede de um processo mórbido constituído por nódulos isolados ou agrupados em placas; êstes elementos variavam de tamanho que ia desde o volume de uma semente de linho até ao de uma ervilha, eram de aspecto avermelhado e elevavam-se acima do nível normal da pele. Na parte acuminada encontravam-se cabelos partidos que com facilidade se destacavam. Êsses nódulos duros, dolorosos, infiltrando o couro cabeludo, alternavam com outros de contornos igualmente bem delimitados, sem cabelos, mas que atingiam o volume de avelãs,

dando ao tacto a sensação de um tecido mole, depressível, esponjoso. A pele, nesses pontos, apresentava um aspecto liso e lustroso.

Entre os tumores desenhavam-se de um modo irregular áreas de atrofia cutânea, pequenas pregas profundas de tecido cicatricial, que iam desde as dimensões mínimas do tamanho de uma unha até ao de uma pequena moeda. Nesses pontos verificava-se também o desaparecimento das glândulas sebáceas. Do fundo dos sulcos, entre essas pseudo-circunvoluções do tegumento, surgia, aqui e além, um ou outro cabelo disperso».

Sob o ponto de vista clínico e histológico, a-pesar da sua evolução ulterior diferente, esta entidade mórbida apresentava analogias com a *dermatite papilar capitis*. As preparações mostraram a existência de um processo de perifoliculite exsudativa junto dos folículos e das glândulas anexas. Enquanto, porém, na foliculite esclerosante a proliferação e espessamento do tecido eram efectuados por um processo inflamatório, o infiltrado perifolicular era formado, principalmente nesse caso, por linfócitos. Não faltaram os abscessos profundos, terminando êstes — após ruptura espontânea ou artificial — por dar lugar ao aparecimento de lesões cicatriciais que correspondiam, num grau maior ou menor, à extensão mórbida da dermatose.

Ruete, na sua monografia, refere-se igualmente a um caso observado por Spitzer da doença de Lang (*Dermatite Folicular e Perifolicular Conglobata*) o qual, além das lesões generalizadas do tegumento próprias dessa afecção, apresentava, também no couro cabeludo, manifestações que seriam idênticas às descritas por Hoffmann e Ruete.

Spitzer observou a afecção de Lang num doente de 24 anos, tecelão, ao qual, durante o serviço militar, apareceram, em vários pontos do dorso, nódulos do tamanho de lentilhas, que se rompiam espontaneamente, dando lugar a saída de pús. Outros nódulos surgiram mais tarde no pescoço, nas nádegas, nos membros, nas axilas e na nuca. A pele do doente apresentava um aspecto estranho e inconfundível: em qualquer parte do corpo podia observar-se e seguir-se, desde o início, a evolução dos elementos eruptivos; estes começavam por nódulos acneicos, de um tom vermelho-azulado, a que não faltavam, por via de regra, os comedones; em outros, porém, era manifesta a ausência dêsse elemento

eruptivo. Sem dores e sem grandes sinais inflamatórios, estes elementos cresciam até atingir o volume de um feijão, rompendo-se depois espontaneamente. Em vários pontos os nódulos confluíam, formando grupos, constituindo tumores de certa grandeza, com a superfície lisa e tom vermelho-azulado, dos quais, por pressão directa, saía pús por vários orifícios que muitas vezes até estavam situados em pontos distantes da periferia dos tumores, mas que lembravam, pela configuração, uma tartaruga a sair da casca.

No tórax, — sobretudo no dorso e nas axilas, — observavam-se inúmeras cicatrizes de dimensões variáveis desde o tamanho de um grão de milho até ao de uma pequena moeda, cicatrizes cuja côr era esbranquiçada ou azulada, tendo pontos de pigmentação escura; pelo seu aspecto objectivo, estas lesões apresentavam uma certa analogia com quelóides ou com certas formas de gomas de marcha serpiginosa. Na região occipital, porém, o aspecto das lesões era diferente das restantes manifestações do corpo. Nesta região, na área invadida pelo processo mórbido, observavam-se vários tractos fistulosos, entrecruzando-se em diferentes direcções e dando lugar à formação de locas (cavidades inter-comunicantes), as quais se encontravam ainda em alguns pontos separadas parcialmente umas das outras por lingüetas de tecido fibroso cicatricial. No seu conjunto, as lesões recordavam, pelo aspecto morfológico, as da dermatite papilar de Kaposi.

Uma sonda mole introduzida em qualquer das fístulas dos tumores da região occipital, depois de percorrer um determinado tracto, podia sair por um orifício muito afastado dêsse, e que à primeira vista pareceria não ter qualquer correlação com o primeiro.

Spitzer não procedeu ao estudo histológico de qualquer dos nódulos do couro cabeludo — o que teria dado seguramente ao caso um maior interêsse científico.

Do exame histo-patológico dum nódulo do tegumento do tórax, concluiu, no entanto, êste autor que a afecção de Lang se iniciava no folículo, que em tórno dêste existia sempre um estado premonitório de inflamação, seguindo-se, num período mais avançado da doença, o aparecimento de uma neoformação abundante de tecido granuloso que invadia o tecido celular subcutâneo. A supuração que — segundo êste autor — representaria apenas um factor

secundário derivado da intervenção de agentes microbianos banais da pele, levaria finalmente à destruição completa da infiltração do tecido embrionário e ao aparecimento de locas no tecido celular subcutâneo.

O CASO DE RUETE

Na observação apresentada por êste autor, a afecção appareceu num homem de 20 anos. Os pais e irmãos eram saudáveis. Teve três irmãos, que morreram de tenra idade em consequência de doenças próprias da infância. O doente nunca soffreu de qualquer afecção grave. Durante três anos, com alternativas várias, teve na face e no dorso manifestações intensas de acne, às quais não attribuiu grande importância. Há, porém, um ano que no vértice da cabeça lhe appareceram umas saliências avermelhadas, uns pequenos tumores, que aumentaram rapidamente de volume. Muitos dos nódulos amoleceram. Na parte mais elevada de algumas dessas saliências abriram-se crateras que supuraram, determinando com rapidez a formação de crostas espessas e consistentes. Toda a área affectada estava muito sensível e dolorosa a pressão. O doente era um homem de estatura mediana, de bom aspecto e sem lesões internas evidentes.

Não existiam gânglios palpáveis. A urina era normal. A face e o dorso eram sede de manifestações acneicas de intensidade moderada.

No couro cabeludo notava-se a presença de uma erupção constituída por nódulos amarelo-avermelhados, lisos, de tamanho de avelãs. No acume dos nódulos não existiam cabelos e somente no fundo dos sulcos situados entre os montículos estes se mantinham; contudo não estavam solidamente fixados e podiam destacar-se com facilidade. Alguns desses tumores eram duros; outros, porém, apresentavam sinais de flutuação. As lesões manifestavam-se com mais intensidade na região occipital. A afecção, ainda que com carácter de menos gravidade, apparecia no vértice e avançava em arcos concêntricos até às orelhas, próximo da linha da inserção dos cabelos. A nuca não se encontrava na área abrangida pelo processo patológico. No ápice de alguns dos nódulos observavam-se pequenas pústulas. Os abcessos originaram no tecido celular subcutâneo a formação de cavidades inter-comunicantes. A

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

Emulsão aseptica de lecitina e luteinas em sôro fisiologico

Este preparado não provoca reacção

Esta bioplastina nacional, escrupulosamente preparada e ensaiada na clinica hospitalar de Lisboa, rivalisa com a sua congénere estrangeira e impõe-se pelo seu preço reduzido.

Receitae a

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

Em caixas de 10 ampolas de 1,5 c. c.

» » » 6 » 5 » »

Porque é

DE ASEPSIA GARANTIDA
DE FABRICAÇÃO SEMPRE RECENTE
DE APLICAÇÃO INDOLOR
PRODUCTO PORTUGUÊS
O MAIS ECONOMICO DOS CONGÉNERES

TODOS OS EX.^{MOS} CLINICOS PODEM REQUISITAR AMOSTRAS AOS NOSSOS DEPOSITARIOS :
VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.^{DA} — Rua da Prata, 237 — LISBOA
LOURENÇO FERREIRA DIAS, L.^{DA} — Rua das Flores, 153 — PORTO

PULMAC

DR. SEIXAS-PALMA

FORMULA DO DR. CASSIANO NEVES

QUIMICA — O PULMAC é uma calcina natural (cascas d'ovos), associada a silicatos, fosfatos e extractos organo-terapicos do pulmão e baço.

FARMACOLOGIA — Para uma recalificação se dar é indispensavel: 1.º uma formula calcaria apta á reabsorção; 2.º, existirem as condições de assimilação do organismo. Ambas realiza o PULMAC porque a formula calcaria é de **reconstituição animal**, e os seus componentes organoterapicos estimulam a defeza organica e a assimilação do calcio pelos órgãos.

APLICAÇÕES CLINICAS — Tuberculose em geral, doenças do aparelho respiratorio, raquitismo, remineralisação, amamentação. (Para a falta de leite aconselhamos o nosso Lactogeno).

MODO D'APLICAÇÃO — 5 a 10 comprimidos durante o dia engulidos com agua antes das refeições, creanças 3 a 5 comprimidos ao dia.

EFEITOS — Aumento do apetite e das forças, diminuição da tosse, aumento de peso, melhoria geral.

VANTAGENS DO PULMAC — O seu diminuto preço. E não exigir dieta.

PROVAS DA SUA EFICACIA — Ter merecido o plagiato do estrangeiro.

DEPOSITARIOS GERAES:

VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, LDA.

Rua da Prata, 237, 1.º — Lisboa

pressão exercida sobre qualquer montículo determinava muitas vezes o aparecimento de serosidade ou saída de pús em orifícios fistulosos pertencentes a tumores muito afastados do primeiro. O couro cabeludo apresentava-se descolado e uma sonda poderia percorrer com facilidade um trajecto de cinco ou seis centímetros sob o tegumento. O aspecto da região occipital era idêntico ao de uma cordilheira acidentada em que séries de elevações regulares se mantivessem uniformemente à mesma altura.

A descrição clínica deste caso permite incluí-lo também na série de observações da «*perifoliculitis capitis abscedens e suffodiens*».

Na serosidade sanguinolenta e no pús espesso que saía dos abcessos encontraram-se *estafilococos áureos* que foram facilmente cultivados. As sementeiras efectuadas em glucose-agar e meio de Sabouraud não revelaram, porém, a existência de quaisquer outros agentes de natureza parasitária.

As lesões cutâneas deste doente melhoraram rapidamente em seguida à aplicação de raios Roentgen e de injecções de auto-vacina.

Ruete procedeu ao exame histológico de um dos nódulos da cabeça. O tumor foi fixado em álcool e incluído em parafina. Os córtex foram corados com hematoxilina-cosina, azul de metilena, Weigert, Van Gieson. Para pesquisa das bactérias efectuou-se o método de Gram. Nos córtex appareceram zonas de pele normal com os seus prolongamentos interpapilares, folículos e estruturas glandulares intactas. No meio, porém, das preparações as papilas estavam obliteradas, os folículos e as glândulas anexas substituídas por uma massa granulosa de aspecto aparentemente homogéneo. A epiderme apresentava-se muito adelgada e mesmo, reduzida, nalguns pontos, a duas ou três camadas de células. Com maior ampliação observava-se em pontos que, aparentemente, pareciam estar isentos de alterações patológicas, o início de uma infiltração de elementos celulares, abundantes sobretudo na região perifolicular. A-pesar do cabelo mostrar um aspecto quasi normal, o seu crescimento no entanto era já irregular e, na papila, verificava-se a existência duma infiltração de elementos celulares. A camada externa da raiz do cabelo fôra parcialmente destruída e possuía poucos núcleos. Na periferia notavam-se pequenos ninhos de leucócitos, idênticos àqueles que faziam parte da infiltração

perifolicular; essa infiltração era constituída apenas por elementos monucleares. Como os leucócitos se encontravam exclusivamente na camada cortical da raiz do cabelo e nas outras camadas não havia vestígio de qualquer infiltração celular, fácil era de supôr que o processo patológico tivesse começado na região perifolicular, invadindo só mais tarde o folículo pròpriamente dito. As lesões seriam, portanto, inicialmente de natureza perifolicular.

As fibras elásticas mantinham o seu aspecto normal na maior parte da preparação; nalguns pontos, porém, esses elementos desapareciam por completo, ao contrário do que sucede nas formas exuberantes do *acne queiloide* da nuca (*foliculitis sclerotisans nucae*), em que tôda a região afectada é invadida por um tecido de neoformação esclerosante.

Segundo a opinião de Ruete, o que caracteriza, sob o ponto de vista anátomo-patológico, esta afecção singular, é sobretudo o aparecimento de um tecido de granulação de aspecto análogo ao da estrutura tuberculosa. Como já foi dito, a epiderme estava reduzida nas suas camadas. As papilas e o córion adjacente foram invadidas por grande número de células monucleares. Havia também muitas células gigantes, notando-se a presença destas em quási todos os campos. Igualmente se notavam em vários pontos das preparações fragmentos de fibras elásticas, lesões do tecido conjuntivo. Os capilares estavam aumentados de volume e número, encontrando-se com abundância polinucleares e eosinófilos. O método de Gram revelou a existência de grande número de estafilococos disseminados no tecido perifolicular, no folículo e na massa da granulação do tecido. No entanto não poderá afirmar-se que estes estafilococos sejam os primitivos agentes da afecção ou que, pelo contrário, eles desempenhem um papel secundário na evolução subaguda da doença descrita por Hoffmann.

CASO DE WISE E PANKURST

Em 1921 Wise e Pankurst, da Vanderbilt Clinic, de Nova-York, publicaram a observação de um novo caso análogo aos precedentes.

«M. F., solteiro, de 27 anos. Nunca sofreu de qualquer afec-

Productos

Zambeletti

“IODARSONE ZAMBELETTI,,

(Tónico depurativo e reconstituinte)

Linfatismo, escrofulose, raquitismo, adenopatia e em todas as convalescenças



L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

Apartado 214

L I S B O A

Urotropina effervescente

Schering



Preparado tendo por base
a UROTROPINA original.
Refresca — previne — cura

Em vista da grande quantidade de substitutos do nosso producto, rogamos a V. Ex^a. que ajunte á palavra Urotropina, apesar de ser marca registada nossa, o nome „Schering“, ou seja receitar

Urotropina - Schering.

N'uma experiencia de mais de 30 annos de fabricação da Urotropina, está o segredo da superioridade da Urotropina Schering sobre os similares e imitações.

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. SCHERING.), Berlin.

Pedir AMOSTRAS e LITERATURA ao representante:

SCHERING, LIMITADA — Rua Victor Gordon, 7, LISBOA

ção grave. Teve sempre saúde. A sua doença começára nove meses antes. Observou a primeira lesão, quando se encontrava em França. Na região posterior da cabeça surgiu a primeira sementeira de pequenos elementos pustulosos da erupção, precedida de dores. Os médicos prescreveram-lhe vários tratamentos, porém nenhum lhe deu alívio e a doença, em pouco tempo, invadira, além da região occipital, grande parte do couro cabeludo. No momento da observação do doente, as lesões mais importantes abrangiam uma área circular de oito a nove centímetros, sendo centro desta o vértice. Verificava-se facilmente que o aspecto das lesões não era vulgar. A furunculose, as foliculites, o acne escavante, a pseudo-pelada de Brocq ou outras alopecias atrofiantes do couro cabeludo, só em consequência da localização da doença é que poderiam ser evocadas a-propósito de um possível diagnóstico diferencial.

Quarenta a cinquenta nódulos arredondados do tamanho de ervilhas ou de avelãs constituíam, neste caso, as lesões elementares da doença. Muitos desses elementos salientes, vermelhos e sem cabelos, assemelhavam-se a furúnculos de evolução tórpida. De alguns surdia serosidade com abundância; outros, porém, pelo aspecto morfológico apresentado antes, poderiam classificar-se como quistos sebáceos. As lesões mais salientes tinham uma configuração pouco vulgar: eram redondas, hemisféricas, de superfície lisa, espelhenta, de côr opalescente, recordando o aspecto de um cacho de uvas verdes com a sua pele translúcida. De alguns desses elementos, em consequência da compressão exercida, saía abundante serosidade. As lesões em certos pontos apresentavam-se isoladas; noutros aproximavam-se, constituindo grupos formados por elementos de vários tamanhos.

Na área do couro cabeludo invadida pela afecção não existiam cabelos, — salvo um ou outro muito raro, no fundo dos sulcos que separavam os diferentes elementos nodulares.

No ápice ou na base de alguns dos elementos existiam pequenos orifícios dos quais, de quando em quando, gotejava um líquido sero-purulento que adería à pele das regiões circunvizinhas. A compressão efectuada sobre qualquer nódulo provocava muitas vezes a saída de pús ou de serosidade em outros elementos, afastados cinco e seis centímetros dos primeiros. Uma sonda introduzida em qualquer das fístulas indicadas podia seguir livremente

o seu caminho, numa extensão de cinco a seis centímetros, sem encontrar qualquer obstáculo.

No laboratório do prof. Zinsser foram efectuados vários exames à serosidade colhida nos orifícios fistulosos dos nódulos. Como consequência dessa pesquisa apenas se verificou a presença na serosidade de grande número de estafilococos albus, áureos e estreptococos. Os esfregaços não revelaram a existência de bacilos de Koch. O resultado da reacção de Wassermann foi negativo. O doente não quiz sujeitar-se à prova da tuberculina. Do exame histológico de uma lesão do volume de uma ervilha foram obtidos os seguintes resultados, em preparações coradas com hematoxilina-eosina, azul de metilena e Weigert:

— A estrutura histológica predominante era de um granuloma com grande número de células gigantes, indicando êsse facto a evolução de um processo de aspecto tuberculóide. A infiltração patológica era constituída por elementos celulares polimorfos, ocupando a parte mais profunda da cútis; havia dilatação dos espaços linfáticos e dos vasos, edema dos tecidos, infiltração intensa perivascular e dilatação de vénulas e arteríolas; desintegração de elementos celulares. Nas últimas camadas da derme, a infiltração celular era muito mais pronunciada e de carácter mais difuso do que nas superficiais. Na epiderme notava-se nalguns pontos uma atrofia apreciável dos seus elementos constitutivos e noutros fenómenos de acantose.

A infiltração perivascular era constituída principalmente por plasmazelen e células redondas.

Nos pontos da derme, onde a estrutura celular parecia ter sofrido o maior número de alterações, é que, com grande frequência, se encontravam numerosas células gigantes. Estas variavam muito na forma e tamanho, no aspecto da vacuolização, e algumas delas mereciam talvez melhor a designação de — chorioplaxes. Além destes elementos observavam-se também numerosos linfócitos e polinucleares dispersos nas preparações sem qualquer correlação com os vasos sangüíneos. As paredes dos vasos, a-pesar-de edematosas, não revelavam a formação de qualquer processo hiperplásico.

No conjunto, não obstante o aspecto tuberculóide das lesões, não havia, no entanto, formação característica de folículos tuberculosos, como succede, por exemplo, no lupus vulgar,

*

* *

Em Fevereiro de 1927, no H. de S. José, na consulta de dermatologia, tivemos ensejo de observar, pela primeira vez, um caso clínico de uma afecção do couro cabeludo que, pelo aspecto morfológico, pela evolução subsequente do processo mórbido e pelas alterações anátomo-patológicas apresentadas, nos pareceu idêntico à doença rara descrita por Hoffmann — «*Perifolliculitis Capitis Abscedens e Suffodiens*».

M. J., 11 anos, do sexo feminino. Não apresenta antecedentes patológicos que interessem. Pai e mãe saudáveis. Não se encontram na doente quaisquer vestígios ou estigmas de heredo-sífilis.

Veio à consulta em 6-2-927 por causa duma erupção do couro cabeludo que começára quatro meses antes por uns pequenos nódulos situados no alto da cabeça, os quais apareceram brusca-mente, sem prurido e sem dores, crescendo de repente e atingindo, apesar da terapêutica que lhe fôra aconselhada, o volume e as dimensões que agora apresentam. A doente nunca sofreu de qualquer traumatismo craneano, nem parece ter tido qualquer erupção anterior de carácter supurativo, em que pudesse filiar-se a origem da afecção que ela apresenta, neste momento, na cabeça.

No couro cabeludo da doente, na região do vértice, numa área quasi circular, de sete a oito centímetros de diâmetro, estão dispostos em grupo os elementos fundamentais da erupção. Esta é constituída por nódulos do tamanho de caroço de azeitona, de secção cónica, de superfície lisa, brilhante, de côr vermelho-azulada, quasi translúcidos e de aspecto levemente inflamatório. Os tumores muito aproximados uns dos outros dão, no seu conjunto, à região doente, um aspecto mamiloso, de cordilheira acidentada, em que tôdas as saliências, porém, não atingissem o mesmo nível. No ápice dos tumores não existem pêlos, encontrando-se somente alguns, esparsos e pouco abundantes, no fundo dos sulcos e ravinas que separam os nódulos. A sua vitalidade é escassa, pois-que, com facilidade, se destacam.

Na parte mais elevada de algumas dessas saliências existem orifícios fistulosos, crateras minúsculas donde surge difficilmente, e por compressão, uma serosidade pouco abundante e pouco rica

em elementos purulentos. Os tumores salientes, túrgidos, revelam ao tacto uma sensação de falsa flutuação, parecendo serem na verdade constituídos apenas por um tecido mole, esponjoso, depressível. A incisão larga e profunda de qualquer dos elementos eruptivos só dava lugar ao aparecimento de uma hemorragia profusa e abundante. Intercalados entre os nódulos maiores, especialmente na periferia da zona ocupada pela afecção, observavam-se, em via de desenvolvimento, outros elementos do mesmo aspecto morfológico e do tamanho de bagos de arroz ou de ervilhas. No fundo



Fig. 1

das pregas da pele, entre os tumores, existiam pequenas áreas de atrofia cutânea e de configuração circular.

Além da grande placa do vértice, notava-se também no couro cabeludo em outros pontos, principalmente na região occipital e na occipito-temporal, a existência de pequenos nódulos de foliculite isolados, que, contudo, não apresentavam grande tendência para formar novas placas.

Os esfregaços obtidos da colheita de serosidade revelaram a presença abundante de estafilococos áureos e de raros estrepto-

cocos. O nosso colega Pereira da Silva — a quem agradecemos o seu valioso auxílio, — conseguiu, depois de várias tentativas, obter culturas de estafilococos e preparar uma vacina cujo emprêgo deu resultado no tratamento dêste caso.

A pesquisa do bacilo de Koch foi negativa. As pesquisas dos agentes tricofíticos e leveduras foram também estéreis. A reacção de Wassermann deu igualmente resultados negativos.

O exame histológico de um fragmento do tumor fixado e corado pelos métodos habituais da hematoxilina-cosina (métodos de Weigert e Van-Gieson), revelou-nos a presença das seguintes lesões:

— Na epiderme, intacta no seu conjunto, nota-se, no entanto, que as diferentes camadas celulares aumentaram sensivelmente de espessura, que os prolongamentos interpapilares aumentados de tamanho, penetram profundamente em alguns pontos da derme, subdividindo-se, bifurcando-se e dando lugar com relativa freqüência a anastomoses. Êste fenómeno de hiperacantose verdadeira acentuada constitue uma reacção histo-patológica freqüente da epiderme em muitas afecções da pele cuja marcha é crônica e arrastada. O estrato granuloso encontra-se também aumentado de volume. No corpo mucoso de Malpighi não se observa a existência de infiltração leucocitária que é peculiar aos processos agudos de foliculite, nem quaisquer vestígios de edema intercelular, notando-se apenas um certo grau de vacuolização.

Na derme as papilas apresentam o seu aspecto normal e somente na parte profunda do córion se verifica a presença de edema, de dilatação dos espaços linfáticos e dos vasos sanguíneos; a luz de alguns dêstes canais está repleta de glóbulos rubros e polinucleares e a parede dos vasos encontra-se ligeiramente hipertrofiada.

Acompanhando êsse processo vascular observa-se também na camada mais profunda do córion uma intensa desagregação dos



Fig. 2.

elementos celulares. Na região da derme atravessada pelos folículos, na parte mais profunda do córion, e principalmente em tôrno destes, é que se nota a existência de uma infiltração muito acentuada de elementos celulares de reacção inflamatória constituída exclusivamente por células monucleares: plasmócitos na parte central da reacção nodular e de monocitos nas zonas da periferia, onde a infiltração celular é menos pronunciada. Em um ou outro ponto dessa zona de infiltração celular, encontram-se dispersas algumas células gigantes e algumas até situadas no interior dos espaços linfáticos, como mostra a fig. 3. As lesões histológicas observadas tem, portanto, o aspecto clássico dos

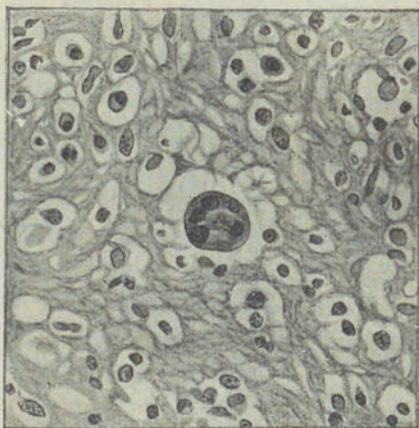


Fig. 3.

plasmomas, isto é, o das alterações peculiares a tôdas as inflamações crônicas da pele de carácter sicósico.

Com relação ao ignorado mecanismo fisio-patológico que preside à formação das lesões de «*perifolliculitis abscedens et suffodiens*», recentemente, S. Cueni (*Dermatologische Zeitschrift*, outubro 1927), afirmou, apoiado no exame em série de preparações histológicas da dermatose, que a lesão era provocada por uma retenção córnea

folicular, e que esta determinaria por seu turno a irritação do folículo e do tecido conjuntivo circunvizinho. Os micróbios piogénicos invadiriam finalmente êstes órgãos, causando as alterações foliculares próprias da afecção.

Para êste autor o acne conglobata apenas se distinguiria da doença de Hoffmann — ao ponto de vista histo-patológico — pelo desenvolvimento exagerado do sistema folicular e pela localização também diversa dos elementos eruptivos da afecção.

A doente curou-se ao cabo de dois meses de tratamento, tendo a terapêutica consistido em injeções de autovacina, aplicações de penos compressivos e de pastas levemente resorcinaçadas. As le-

sões desapareceram, dando lugar à formação de áreas de alopecia cicatricial.

*

* *

O aspecto insólito da erupção, a sua localização especial, as suas tendências pouco inflamatórias e os caracteres fundamentais da sua evolução clínica não permitem de modo algum que esta erupção possa incluir-se em qualquer dos grandes quadros mórbitos das principais doenças do couro cabeludo. No início — ainda que superficialmente — a afecção poderá algumas vezes apresentar certas analogias com erupções do tipo do acne escalvante.

A-propósito dêsse possível diagnóstico diferencial, Boeck escreveu o seguinte: «No tipo de acne escalvante descrito por Quinquaud, as alterações observadas resumem-se do seguinte modo: As lesões habitualmente são constituídas por *pústulas punctatas*, semelhantes a abcessos miliares do tamanho de uma cabeça de alfinete, ou mais pequenos ainda, sendo estes atravessados ao centro por um cabelo que se arranca com facilidade. O pêlo não tem vitalidade, altera-se, cai rapidamente e, como o processo inflamatório destrói o folículo, êste não se regenera e o pêlo nunca mais aparece; em consequência dessa acção destruidora, a pele torna-se lisa, brilhante, atrófica, recordando êste processo patológico a cicatrização provocada pela tinha favosa.

As placas resultantes de alopecia são de contornos irregulares, de dimensões variáveis, não atingindo, porém, em nenhum caso, o grau de extensão característico das grandes peladas. Apresentam-se quasi sempre dispersas, salpicando de pequenas lesões o couro cabeludo, não mostrando, portanto, grande tendência para confluir. Cada um dêstes elementos de foliculite não assenta sobre qualquer nódulo duro avermelhado, como sucede nas lesões de sicose.

As lesões do acne escalvante descritas por Lailier e Robert são idénticas à forma precedente. Êstes autores, contudo, afirmam que, nesta variedade clínica, as lesões residuais das cicatrizes acneicas, ou, antes, a atrofia cutânea, podem continuar a avançar e a invadir o tegumento sem que, todavia, se observe o aparecimento de novos elementos pustulosos.

Seja, porém, como fôr, a doença de Hoffmann pelos seus

pseudo-abcessos do tamanho de ervilhas ou avelãs, distingue-se facilmente dos acnes escalvantes.

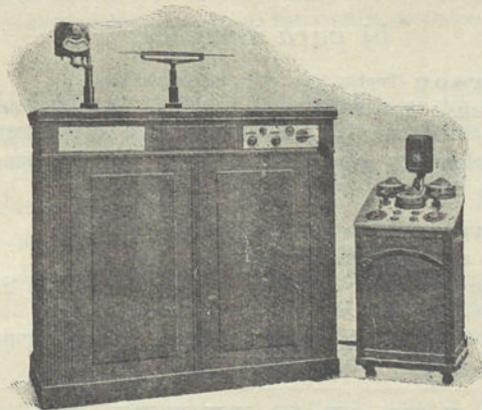
A *pseudo-pelada* de Brocq, com as suas placas de alopecia definitiva de tom de marfim velho, também não se confunde com a perifoliculite apontada: na *pseudo-pelada* de Brocq, autêntica atrofia primitiva do couro cabeludo, não se observam lesões supurativas do folículo, ou mesmo lesões de carácter inflamatório, crónico e arrastado, como aquelas que caracterizam por exemplo as lesões hiperqueratósicas do ostium folicular, peculiares do lupus eritematoso. Quando muito, na pseudo-pelada — e isso só muito fugazmente — poderá observar-se, no início da afecção, um ligeiro rubor situado na região do folículo — único vestígio de carácter inflamatório desta doença atrofiante do couro cabeludo. Apesar-de, em última análise, estas afecções conduzirem à atrofia do tegumento, os caracteres particulares da sua evolução clínica são, no entanto, e em todos os casos, bem distintos dos da doença de Hoffmann.

A dermatite papilar do couro cabeludo de Kaposi, e, principalmente, o acne quelóide da nuca — afecção esta vulgar entre nós — também poderá confundir-se — ainda que dificilmente — com os «*Abcessos múltiplos do couro cabeludo*». O aspecto morfológico do acne quelóide da nuca é bem característico, não só pela sua localização especial na linha de inserção do cabelo na nuca, pela sua marcha invasora, lenta e cicatricial, como também pelo aspecto hiperplásico, quelóide, inconfundível desta afecção.

Portanto, a doença de Hoffmann, apesar-de rara, merece, pelo aspecto morfológico e pela evolução clínica, ocupar um lugar especial entre as principais afecções do couro cabeludo.

APARELHOS PARA ELECTROMEDICINA
DA CASA
GAIFFE - GALLOT & PILON
PARIS

INSTALAÇÕES DE RAIOS X
«TUBOS COOLIDGE»
ACESSORIOS



CONTACTO GIRATORIO TIPO M. S.

FORNECIMENTOS DE RADIO DA CASA
RADIUM BELGE — BRUXELAS

CONCESSIONARIOS EXCLUSIVOS

S. I. C. E.

SOCIEDADE IBÉRICA DE CONSTRUÇÕES ELÉTRICAS, LDA

PRAÇA DOS RESTAURADORES, 78, 1.º — LISBOA

TELEFONE: NORTE 3849

Preparados arsenicais "BAYER"

a) para uso interno:

1. **Elarson** (1 comprimido contém $\frac{1}{2}$ mgr. As)
2. **Ferro-Elarson** (1 comprimido contém $\frac{1}{2}$ mgr. As e 3 ctgr. ferro reduzido).

O Elarson é um preparado arsenical lipóidico, sal de estrôncio do ácido chloroarsinosobehenólico.

Empacotamento comercial. Vidros com 60 comprimidos. *Empacotamento original BAYER.*

b) para injeções:

1. **Solarson** (heptinchloroaronato de amónio)
Vantagens: Aproveitamento completo da acção arsenical. Optima tolerância. Injecção indolor. Não produz mau hálito.
Empacotamento comercial: Caixas com 12 ampolas de 1,2 c. c. *Empacotamento original BAYER.*
2. **Optarson** (Combinação de Solarson estriquina)

Tónico dos nervos e vasos.

O Optarson possui o mesmo efeito arsenical do Solarson, mais a acção rápida e estimulante da estriquina.

Empacotamento comercial: Caixas com 12 ampolas de 1,2 c. c. *Empacotamento original BAYER.*

JUVENINA

(Combinação de methylarsonato de yohimbina com methylarsonato de estriquina)

Poderoso tónico nas depressões físicas e psíquicas e especialmente nas da esfera sexual.



Prescreva-se: Drageas de 0,1 gr. L
Ampolas de 1,2 c. c. X

Empacotamento original «BAYER»

•••••

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Pharmazeutische Abteilung "Bayer-Meister Lucius"

•••••

Representante-depositário: **AUGUSTO S. NATIVIDADE**
Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA

Serviço de Clínica Propedêutica
(Prof. Lopo de Carvalho)

SÔBRE A ACÇÃO DA INSULINA NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR

POR

VASCO DE LACERDA E FERREIRA DE MIRA, FILHO
Assistentes de Propedêutica Médica da Fac. de Med. de Lisboa

Antes do isolamento da insulina por BANTING e BEST, a diabetes com desnutrição e acidose era tratada pelas chamadas curas de jejum, que, se traziam aumento do emmagrecimento em virtude da pouca quantidade de alimentos absorvidos, tinham a vantagem de não aumentar a acidose, diminuindo, portanto, a probabilidade de aparecimento do coma diabético.

Estas curas de jejum sucederam às chamadas curas de super-alimentação, que foram primeiramente instituídas para combater a desnutrição progressiva do diabético, sem se lembrarem os médicos, que aconselhavam êste último regimen, que o perigo para o doente estava menos na desnutrição do que no coma e que, portanto, se criavam condições para êste mais rapidamente se declarar. Isto mesmo foi demonstrado mais tarde por ALLEN e JOSLIN.

Hoje, com o tratamento pela insulina e com um regimen alimentar adequado, consegue-se fazer desaparecer a glicosúria dos diabéticos, evitar as perturbações devidas à acidose e manter a nutrição do doente em estado de equilíbrio, podendo mesmo obter-se a recuperação de algum pêso perdido.

A acção manifesta da insulina sôbre a desnutrição do diabético levou a pensar que o mesmo medicamento poderia ter útil emprego em outros estados de desnutrição não dependentes da diabetes.

Em animais normais FLIESS e FALTA conseguiram curas de engorda verdadeiramente notáveis pela administração da insulina.

Na medicina humana também a insulina tem sido usada com êsse fim, e, segundo a opinião de alguns pediatras, tem dado excellentes resultados quando administrada a crianças. Mas é sobretudo no estado de desnutrição dos adultos que a insulinoterápia tem sido experimentada com melhor êxito.

Na tuberculose pulmonar sem diabetes tem sido aquele medicamento empregado, não só para impedir o emmagrecimento progressivo, mas também, em certos casos, quando o estado de nutrição se mantêm estacionário. Pretende-se obter por êste modo um aumento de pêso que se não tinha alcançado pela aplicação simultânea do repouso, cura de ar e alimentação cuidada.

Foram principalmente os autores vienenses que mostraram maior entusiasmo pela insulinoterápia em casos de tuberculose pulmonar. Afirmam êles que, nos tuberculosos com pouco apetite e em que o pêso se mantêm estacionário, a insulina faz desaparecer rapidamente a anoréxia e aumenta, conseqüentemente, o pêso do individuo. Como se sabe que o aumento de pêso nos tuberculosos, quer êle se acompanhe de melhoria dos sinais pulmonares, quer estes sinais fiquem estacionários, é, em geral, um facto importante de prognóstico favorável, o valor da insulinoterápia, como adjuvante no tratamento da tuberculose pulmonar, torna-se, pois, evidente.

*

* *

As nossas experiências foram efectuadas pela maneira seguinte :

A insulina era dada em injeções sub-cutâneas, meia hora antes das duas principais refeições. A dose inicial foi, em todos os casos, de 10 unidades, dividida igualmente pelas duas principais refeições. Esta dose era aumentada progressivamente, até ao máximo de 40 unidades diárias, mantendo-se esta última dose sem alteração durante 6 ou 9 dias.

O pêso, a tensão arterial, a temperatura e o apetite foram investigados antes de começar o tratamento e de três em três dias, enquanto êle durou, procedendo-se de igual modo até um mês depois da sua terminação.

A alimentação não variou da que era dada antes de se começar o tratamento pela insulina e foi mantida até ser dada por finda

a sua aplicação; sòmente se deixava a cada doente algum açúcar para que êle próprio podesse combater de pronto qualquer incidente hipoglicémico que surgisse. Isto aconteceu efectivamente na maioria dos casos, independentemente da dose de insulina empregada, manifestando-se por tonturas, nervosismo, cefaleias, etc.

Em todos os doentes que tratámos pela insulina observámos aumento de pêso, nalguns muito considerável, e apreciável mesmo com pequenas doses do medicamento, noutros só com as doses de 30 a 40 unidades.

Seguem as observações de alguns doentes que se encontravam em estado de nutrição deficiente, sem apetite, e aos quais a cura insulínica aumentou o pêso e fêz reaparecer o apetite desde as primeiras doses, mantendo-se esta situação durante todo o periodo de tratamento, e mesmo passado êste.

OBSERVAÇÃO I.—A. M., 28 anos.

Doente há alguns meses. Diagnóstico clínico: Tuberculose de forma fibro-caseosa activa febril cavitária. Lesões do lóbulo superior do pulmão esquerdo. Tratado pelo pneumotórax artificial.

Antes do tratamento.— Temperaturas: máx., 37; mín., 36,6. Tensão arterial: máx., 15; mín., 8 (Pachon). Altura, 1,60 m. Pêso, 54,800 kgs. Anoréxia. Começa-se a cura de insulina, que cessa ao fim de 21 dias.

No final do tratamento.— Temperaturas: máx., 37; mín., 36,6. Tensão arterial: máx., 15; mín., 7 (Pachon). Pêso, 56,800 kgs.

A temperatura e a pressão manteem-se. O apetite é melhor e o pêso aumentou 2 kgs.

OBSERVAÇÃO II.—A. P., 20 anos.

Doente há 3 anos. Diagnóstico clínico: Tuberculose de forma fibro-caseosa tórpida limitada Lesões pulmonares na metade superior do pulmão direito. Tratamento higieno-dietético.

Antes do tratamento.— Temperaturas: máx., 37,4; mín., 36,6. Tensão arterial: máx., 13; mín., 8 (Pachon). Pêso, 67,700 kgs. Altura, 1,75 m. Pouco apetite. Começa-se a cura de insulina, que cessa ao fim de 21 dias.

No final do tratamento.— Temperaturas: máx., 37,2; mín., 36,6. Tensão arterial: máx., 13; mín., 7 (Pachon). Pêso, 69,500 kgs.

A temperatura e a tensão arterial manteem-se. O apetite é melhor e o pêso aumentou 1,800 kgs.

OBSERVAÇÃO III.—M. P., 25 anos.

Doente há um ano. Diagnóstico clínico: Tuberculose de forma fibro-caseosa tórpida extensa. Lesões atingindo quási todo o pulmão direito.

Tratamento higieno-dietético.

Antes do tratamento. — Temperaturas : máx., 37,4; mín., 36,6. Tensão arterial : máx., 13; mín., 8 (Pachon). Altura, 1,59 m. Pêso, 59,000 kgs. Anoréxia. Começa-se a cura da insulina, que cessa ao fim de 21 dias.

No final do tratamento. — Temperaturas : máx., 37,3; mín., 36,8. Tensão arterial : máx., 13; mín., 8 (Pachon). Pêso, 61,500 kgs.

A temperatura e a tensão arterial mantem-se. O apetite é bom e o pêso aumentou 2,500 kgs.

OBSERVAÇÃO IV. — I. B., 20 anos.

Doente desde Março de 1927. Diagnóstico clínico : Tuberculose de forma fibro-caseosa activa febril cavitária. Lesões no lóbulo superior do pulmão direito. Tratado pelo pneumotórax artificial.

Antes do tratamento. — Temperaturas : máx., 37,2; mín., 36,4. Tensão arterial : máx., 13; mín., 7 (Pachon). Altura, 1,57 m. Pêso, 51,500 kgs. Anoréxia. Começa-se a cura de insulina, que cessa no fim de 21 dias.

No final do tratamento. — Temperaturas : máx., 37,2; mín., 36,4. Tensão arterial : máx., 13; mín., 7 (Pachon). Pêso, 53,300 kgs.

A temperatura e a tensão arterial mantem-se. O apetite é regular e o pêso aumentou 1,800 kgs.

OBSERVAÇÃO V. — M. R., 20 anos.

Doente desde Agosto de 1927. — Diagnóstico clínico : Tuberculose de forma fibro-caseosa tórpida extensa. Lesões do lóbulo superior médio e inferior direito.

Tratado pelo pneumotórax artificial.

Antes do tratamento. — Temperaturas : máx., 37,2; mín., 36,2. Tensão arterial : máx., 13; mín., 8 (Pachon). Altura, 1,48 m. Pêso, 43,400 kgs. Pouco apetite. Começa a cura de insulina, que cessa ao fim de 27 dias.

No final do tratamento. — Temperaturas : máx., 37,2; mín., 36,4. Tensão arterial : máx., 14; mín., 8 (Pachon). Pêso, 45,600 kgs. Muito apetite.

A temperatura e a tensão arterial mantem-se. O pêso aumentou 2,200 kgs. O apetite é melhor.

OBSERVAÇÃO VI. — M. C., 19 anos.

Doente desde Junho de 1927. Diagnóstico clínico : Tuberculose de forma fibro-caseosa activa febril extensa. Lesões abrangendo a metade superior direita e o ápice esquerdo.

Tratado pela sanocrisina.

Antes do tratamento. — Temperaturas : máx., 37,6; mín., 36,8. Tensão arterial : máx., 12; mín., 7 (Pachon). Altura, 1,50 m. Pêso, 41,200 kgs. Pouco apetite. Começa-se a cura de insulina, que cessa ao fim de 27 dias.

No final do tratamento. — Temperaturas : máx., 37,2; mín., 36,6. Tensão arterial : máx., 13; mín., 7 (Pachon). Pêso, 44,00 kgs. Mais apetite do que anteriormente.

A temperatura e a tensão arterial mantem-se e o pêso aumentou 2,800 kgs.



OBSERVAÇÃO VII. — G. S., 29 anos.

Doente há 7 anos. Diagnóstico clínico: Tuberculose de forma fibro-caseosa tórpida úlcero-fibrosa crónica. Lesões na metade superior do pulmão esquerdo.

Tratado pela sanocrisina e pelos antigénios metilicos.

Antes do tratamento. — Temperaturas: máx., 37,3; mín., 36,4. Tensão arterial: máx., 13; mín., 9 (Pachon). Altura, 1,56 m. Pêso, 53,600 kgs. Pouco apetite. Começa-se a cura de insulina, que cessa no fim de 17 dias.

No final do tratamento. — Temperaturas: máx., 37,1; mín., 36,4. Tensão arterial: máx., 14; mín., 8 (Pachon). Pêso, 57,300 kgs.

A temperatura e a tensão arterial manteem-se. O apetite aumentou, assim como o pêso, que mostrou um excesso de 3,700 kgs.

OBSERVAÇÃO VIII. — M. L., 28 anos.

Doente há anos. Diagnóstico clínico: Tuberculose de forma pleuro-cortical fibro-caseosa tórpida limitada. Lesões no lóbulo inferior do pulmão esquerdo.

Tratado pelo pneumotórax artificial.

Antes do tratamento. — Temperaturas: máx., 37; mín., 36,4. Tensão arterial: máx., 13; mín., 8 (Pachon). Altura, 1,51 m. Pêso, 46,400 kgs. Pouco apetite. Começa-se a cura de insulina, que cessa ao fim de 27 dias.

No final do tratamento. — Temperaturas: máx., 37; mín., 36,6. Tensão arterial: máx., 14; mín., 8 (Pachon). Pêso, 50,300 kgs.

A temperatura e a tensão arterial manteem-se. O apetite é melhor e o pêso aumentou 3,900 kgs.

OBSERVAÇÃO IX. — A. P., 35 anos.

Doente desde Julho de 1927. Diagnóstico clínico: Tuberculose de forma fibro-caseosa tórpida extensa. Lesões no lóbulo superior do pulmão esquerdo.

Tratado pelo pneumotórax artificial.

Antes do tratamento. — Temperaturas: máx., 37; mín., 36,4. Tensão arterial: máx., 14; mín., 9 (Pachon). Altura, 1,54 m. Pouco apetite. Pêso, 53,200 kgs. Começa-se a cura de insulina, que cessa ao fim de 22 dias.

No final do tratamento. — Temperaturas: máx., 37,2; mín., 36,4. Tensão arterial: máx., 13; mín., 9 (Pachon). Pêso, 57,500 kgs.

A temperatura e a tensão arterial manteem-se. O apetite melhorou. O pêso aumentou 4,300 kgs.

OBSERVAÇÃO X. — M. R., 37 anos.

Doente desde Outubro de 1927. Diagnóstico clínico: Tuberculose de forma fibro-caseosa activa limitada. Lesões no lóbulo superior do pulmão direito.

Tratado pelo pneumotórax artificial.

Antes do tratamento. — Temperaturas: máx., 37,4; mín., 36,8. Tensão arterial: máx., 15; mín., 7 (Pachon). Altura, 1,64 m. Pêso, 51,200 kgs. Pouco apetite. Começa-se a cura de insulina, que cessa ao fim de 22 dias.

No final do tratamento. — Temperaturas: máx., 37,2; mín., 36,6. Tensão arterial: máx., 14; mín., 8 (Pachon). Bom apetite. Pêso, 54,100 kgs.

A temperatura e a tensão arterial mantem-se. O apetite aumentou, assim como o pêso, que mostrou um excesso de 2,900 kgs.

Outros doentes mantinham-se em regular estado de nutrição e com algum apetite antes de iniciado o tratamento. Nestes só as grandes doses de medicamento tiveram acção. O aumento do pêso e do apetite manteve-se depois do tratamento ter cessado. Seguem as observações:

OBSERVAÇÃO XI. — I. R., 24 anos.

Doente desde Maio de 1927. Diagnóstico clínico: Tuberculose de forma fibro-caseosa tórpidia cavitária localizada. Lesões no lóbulo superior esquerdo e ápice direito.

Tratado pela sanocrisina e antigénios metilicos.

Antes do tratamento. — Temperaturas: máx., 37,2; mín., 36,6. Tensão arterial: máx., 15; mín., 8 (Pachon). Altura, 1,68 m. Pêso, 63,100 kgs. Bom apetite. Começa-se a cura pela insulina, que cessa ao fim de 21 dias.

No final do tratamento. — Temperaturas: máx., 37; mín., 36,4. Tensão arterial: máx., 15; mín., 8 (Pachon). Pêso, 64,300 kgs.

A temperatura, o apetite e a tensão arterial mantem-se. O pêso aumentou 1,200 kgs.

OBSERVAÇÃO XII. — R. M., 27 anos.

Doente desde Fevereiro de 1927. Diagnóstico clínico: Tuberculose de forma fibro-caseosa tórpidia extensa. Lesões em tódia a extensão do pulmão esquerdo.

Tratamento higiénico-dietético.

Antes do tratamento. — Temperaturas: máx. 37,3; mín. 36,5. Tensão arterial: máx. 16; mín. 9 (Pachon). Altura, 1,72 m. Pêso, 69,400 kgs. Bom apetite. Começa-se a cura de insulina que cessa ao fim de 21 dias.

No final do tratamento. — Temperaturas: máx. 36,8; mín. 36,6. Tensão arterial: máx. 16; mín. 10 (Pachon). Pêso, 71,500 kgs.

A temperatura, o apetite e a tensão arterial mantem-se. O pêso aumentou 2,100 kgs.

OBSERVAÇÃO XIII. — I. P., 25 anos.

Doente há 5 anos. Diagnóstico clínico: Tuberculose de forma fibro-caseosa tórpidia limitada. Lesões no lóbulo superior do pulmão direito. Tratado pelo pneumotórax artificial.

Antes do tratamento. — Temperaturas: máx., 37,2; mín., 36,4. Tensão arterial: máx., 14; mín., 10 (Pachon). Altura, 1,70 m. Pêso, 64,900 kgs. Bom apetite. Começa-se a cura de insulina que cessa ao fim de 22 dias.

No final do tratamento. — Temperaturas: máx., 37; mín., 36,6. Tensão arterial: máx., 14; mín., 8 (Pachon). Pêso, 66,400 kgs.

A temperatura, o apetite e a pressão mantem-se. O pêso aumentou 1,500 kgs.

As observações que seguem dizem respeito a dois doentes cujo pêso e apetite vinham sucessivamente aumentando desde a sua hospitalização, antes, portanto, da aplicação da insulina. O aumento de pêso continuou do mesmo modo sem que possamos, por conseguinte, afirmar que fôsse devido ao medicamento, pois poderia ser a natural seqüência da melhoria do estado de nutrição, que os doentes iam progressivamente alcançando. Devemos ainda notar que o efeito do medicamento, se a êle podemos atribuir o aumento de pêso, mostrou ser menor do que o realizado nos doentes das precedentes observações. E possivelmente isso será devido a terem alcançado já êsses doentes, com o successivo acréscimo de pêso que tiveram antes do tratamento insulínico, um estado florescente de nutrição de que se não poderia esperar já importante melhoria.

OBSERVAÇÃO XIV. — I. A., 21 anos.

Doente há 4 anos. Diagnóstico clínico: Tuberculose de forma fibro-caseosa tórpida extensa. Lesões pulmonares bilaterais, mais activas à esquerda. Internado em 18-8-927. Pêso nessa data, 48,800 kgs.

Tratamento higieno-dietético.

Antes do tratamento. — Temperaturas: máx., 37,2; mín., 36,8. Tensão arterial: máx., 14; mín., 8 (Pachon). Altura, 1,62 m. Pêso, 58,300 kgs. Bom apetite. Começa-se a cura de insulina, que cessa ao fim de 27 dias.

No final do tratamento. — Temperaturas: máx., 37,2; mín., 36,4. Tensão arterial: máx., 13; mín., 8 (Pachon). Pêso, 59,200 kgs.

A temperatura, o apetite e a tensão arterial mantem-se. O pêso aumentou 0,900 kgs.

Antes do tratamento o pêso aumentara em 27 dias cêrca de 1,750 kgs.

OBSERVAÇÃO XV. — A. S., 22 anos.

Doente há quasi um ano. Diagnóstico clínico: Tuberculose de forma fibro-caseosa tórpida cavitária localizada. Lesões bilaterais mais extensas à esquerda. Êste doente foi hospitalizado em 2-11-927 e pesava 62 kgs. Tratado pela sanocrisina.

Antes do tratamento. — Temperaturas: máx., 37,4; mín., 36,5. Tensão

arterial: máx., 15; mín., 9 (Pachon). Altura, 1,69 m. Pêso, 68,600 kgs. Bom apetite. Começa-se a cura de insulina, que cessa ao fim de 21 dias.

No final do tratamento. — Temperaturas: máx., 37,2; mín., 36,6. Tensão arterial: máx., 15; mín., 9 (Pachon). Pêso, 70,200 kgs.

A temperatura, o apetite e a tensão arterial manteem-se. O pêso aumentou 1,600 kgs. Antes do tratamento o pêso aumentara em 21 dias cêrca de 2,300 kgs.

Todos os doentes que foram objecto das observações precedentemente descritas estavam apiréticos ou sub-febris, não lhes sobrevindo, como resultado do tratamento, alterações de temperatura.

Observámos, porém, essas alterações em um doente que tinha temperaturas de 38° à tarde e ao qual se interrompeu o tratamento, ao fim de 12 dias, por se queixar de fortes dôres de cabeça, nervosismo e mal-estar, ao mesmo tempo que as temperaturas subiam para 38,8. Com essa interrupção, as temperaturas voltaram a 38 e os outros sintomas desapareceram.

OBSERVAÇÃO XVI. — R. A., 28 anos.

Doente desde Junho de 1927. Diagnóstico clínico: Tuberculose de forma fibro-caseosa activa febril extensa. Lesões nos dois terços superiores do pulmão direito.

Tratado pelo pneumotórax artificial.

Antes do tratamento. — Temperaturas: máx., 38; mín., 37,2. Tensão arterial: máx., 12; mín., 8 (Pachon). Altura, 1,71 m. Pêso, 60,300 kgs. Anoréxia. Começa o tratamento pela insulina, que cessa ao fim de 12 dias.

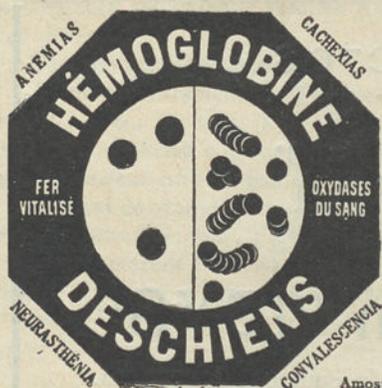
No final do tratamento. — Temperaturas: máx., 38,8; mín., 38. Tensão arterial: máx., 12; mín., 7 (Pachon). Pêso, 61 kgs.

A temperatura aumenta. A tensão arterial mantém-se. O pêso aumentou 0,700 kgs.

Ainda em outros doentes o tratamento pela insulina foi interrompido, por terem surgido hemoptises, recomeçando, no entanto, decorridos alguns dias. Nestes conseguimos ainda que o pêso aumentasse, repetindo a última dose que tinham tomado antes da interrupção e seguindo o resto da aplicação do tratamento até final, como para os outros casos.

OBSERVAÇÃO XVII. — M. A., 18 anos.

Doente desde Maio de 1927. Diagnóstico clínico: Tuberculose de forma



Opothérapie Hématique Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineræes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D^r em P^a, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)

Amostræ e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, Lisboa

IODALOSE GALBRUN

IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL

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

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

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

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

PULMOSERUM BAILLY

**Regenerador poderoso dos Órgãos Respiratorios
Medicação das Doenças**

BRONCHO - PULMONARES

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

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

Laboratorios A BAILLY 15 et 17, Rue de Rome, PARIS (8^e)

PRODUCTOS

“IBYS,”
(MADRID)

Adrenoserum “IBYS”

Associação de sôro normal de equino e adrenalina.

Soro Normal Equino “IBYS”

(Para secundar a acção do «ADRENOSERUM»)

Bronconeumoserum “IBYS”

Associação de soro pneumo-diftérico de cavalo
e optoquino

PEDIDOS DE AMOSTRAS A

L. LEPORI

(Sucessôr da ITALO-PORTUGUEZA)

APARTADO 214 — LISBOA

fibro-caseosa activa febril extensa. Lesões nos dois terços superiores do pulmão direito.

Tratado pela frenicectomia.

Antes do tratamento. — Temperaturas : máx., 37,4; mín., 36,6. Tensão arterial : máx., 12; mín., 8 (Pachon). Altura, 1,47 m. Regular apetite. Pêso, 43,200 kgs. Começa o tratamento pela insulina, que interrompe em 3-1-928, para recommear em 13-1-928 e terminar em 5-2-928.

No final do tratamento. — Temperaturas : máx., 37,2; mín., 36,4. Tensão arterial : máx., 13; mín., 7 (Pachon). Bom apetite. Pêso, 45,900 kgs.

A temperatura e a tensão arterial mantem-se. O apetite aumentou, assim como o pêso, que mostrou um excesso de 3,700 kgs.

OBSERVAÇÃO XVIII. — A. H., 41 anos.

Doentê desde Fevereiro de 1927. Diagnóstico clínico: Tuberculose de forma fibro-caseosa activa febril extensa. Lesões bilaterais, principalmente no pulmão esquerdo.

Tratamento higienico-dietético.

Antes do tratamento. — Temperaturas : máx., 37,2; mín., 36,6. Tensão arterial : máx., 16; mín., 9 (Pachon). Altura, 1,52 m. Regular apetite. Pêso, 42,400 kgs. Começa o tratamento pela insulina, que interrompe em 3-1-928, para recommear em 11-1-928 e terminar em 31-1-928.

No final do tratamento. — Temperaturas : máx., 37,2; mín., 36,4. Tensão arterial : máx., 16; mín., 9 (Pachon). Apetite regular. Pêso, 53,500 kgs.

A temperatura, a pressão e o apetite mantem-se. O pêso aumentou 1,100 kgs.

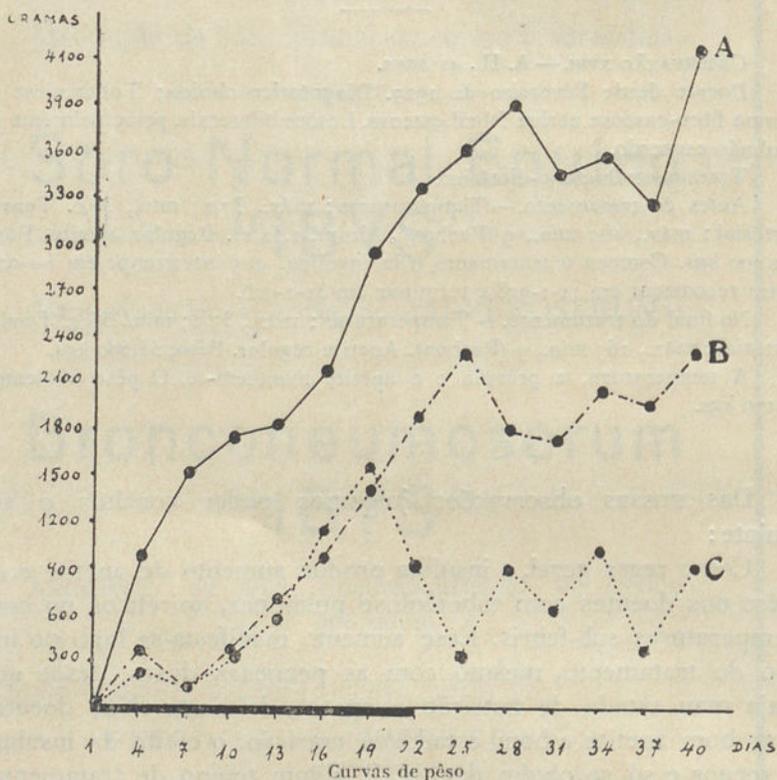
Das nossas observações julgamos poder concluir o seguinte :

Como regra geral, a insulina produz aumento de apetite e de pêso nos doentes com tuberculose pulmonar, apiréticos ou com temperaturas sub-febris. Êsse aumento manifesta-se logo no início do tratamento, mesmo com as pequenas doses, desde que haja mau estado de nutrição e apetite deficiente. Nos doentes com bom apetite e bom estado de nutrição, o efeito da insulina é menor e só se obtém depois de algum tempo de tratamento, isto é, com doses mais elevadas. Quando o regimen alimentar e repouso convenientes bastem para aumentar progressivamente o pêso dos doentes, julgamos que o tratamento pela insulina não deve ser empregado por desnecessário.

Devemos ainda fazer notar que não observámos alteração sensível da tensão arterial nos doentes tratados, ao contrário do

que afirmam alguns autores. Também em nenhum dos doentes se notaram sinais de urticária e tumefacções dolorosas motivadas pelas injecções de insulina, o que certos autores igualmente descrevem.

Não excedemos a dose máxima de 40 unidades e notámos que a sua repetição se manifestava por um estacionamento no aumento de pêso. É possível que obtivéssemos maior progressão se aumentássemos a dose como alguns investigadores fizeram, chegando a injectar 60 unidades por dia.



A — Doente com mau estado de nutrição e apetite deficiente.

B — Doente com bom estado de nutrição e bom apetite.

C — Doente cujo pêso vinha aumentando progressivamente antes da aplicação da insulina.

Por último, compete-nos acentuar que nos doentes submetidos ao tratamento não observámos o mínimo indício de reacção focal, nem alterações apreciáveis dos sintomas anteriormente observa-

dos e que eles próprios afirmaram sentir-se mais fortes e com melhor disposição.

RÉSUMÉ

Les auteurs ont employé l'insuline dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, en commençant par 10 unités du médicament. Cette dose a été augmentée progressivement jusqu'à 40 unités. Pendant la cure, de même que dans la période précédente et dans celle qui s'ensuivait, on a fait l'observation des malades au point de vue de l'appétit, poids, température et tension artérielle.

Ces observations ont montré une amélioration de l'appétit et du poids des malades apyrétiques ou ayant de très petites élévations de température. L'effet se présentait depuis le commencement de la cure, c'est-à-dire, avec les plus faibles doses du médicament, chez les malades ayant un appétit insuffisant et un mauvais état de nutrition. Chez les autres l'effet a été moindre, et il ne s'est produit qu'aux derniers jours du traitement. Au cas où le régime alimentaire et le repos se soient montrés capables d'augmenter progressivement le poids des malades, la cure insulini-que devindrait inutile.

Aucune réaction dans le foyer tuberculeux n'a été observé, de même que l'urticaire, des altérations de la tension artérielle ou des tuméfactions douloureuses provoquées par les injections d'insuline. Les malades, eux-même, ont accusé un accroissement d'énergie et une réelle sensation de bien être.

NOTAS CLÍNICAS

APONTAMENTOS SÔBRE O TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS NEOPLASIAS DO SEIO (1)

PELO

PROF. FRANCISCO GENTIL

Questão para muitos já resolvida, é ainda hoje das mais angustiosas para os clínicos quando lhes aparecem situações limites de difícil diferenciação entre neoplasmas benignos e malignos. Nos casos extremos não há já hesitações; e, às neoplasias malignas corresponde a amputação larga da mama com extirpação dos peitorais e esvaziamento do tecido celular da axila. Aos neoplasmas benignos corresponde a simples extirpação, nuns casos por via anterior e com incisões radiadas no sentido dos canais galactóforos, para não isolar lóbulos glandulares predispondo a outras formações neoplásicas, e nos tumores profundos, operando pela incisão arqueada do sulco submamário tal como descrevi em Março de 1924 (2) para, levantada a glândula, poder extirpar por via posterior a neoplasia e os tecidos sãos que a cercam.

Mas, casos há de difícil diagnóstico diferencial entre neoplasias benignas e malignas; e aí, dois problemas graves se põem ao cirurgião consciencioso.

Extirpa-se um seio para reconhecer ao exame histológico ter sido brutal a mutilação destinada a tratar um processo patológico curável por uma operação conservadora e económica, o que é sempre grave e numa mulher nova é barbaro?

Ou faz-se uma extirpação parcial, cercando o nódulo neoplásico, para se reconhecer ao exame histológico tratar-se de um carcinoma e ter a desoladora responsabilidade de haver criado condições de incurabilidade a uma doente que se nos confiou em condições ideais de cura radical?

São dois aspectos do problema terapêutico das neoplasias do seio, a ponderar sempre e a procurar resolver sem prejudicar as doentes quanto à vida e quanto à forma.

A falta desta preocupação constante origina desastres individuais e provoca no clínico geral a descrença no valor da terapêutica cirúrgica, e por isso nós devemos sempre recordar a afirmação de Lilienthal: — «o problema do cancro deve sempre ser encarado tendo em vista os *três factores humanos inseparáveis* — o paciente, o prático de medicina geral e o cirurgião».

Na América do Norte a luta contra o cancro iniciada há 14 anos nesta orientação tem produzido excelentes resultados. Não devemos esquecer que

(1) Este artigo é o primeiro de uma série de notas clínicas e terapêuticas sôbre o cancro. Notas de vulgarização do I. P. do C.

(2) Conferência feita na Associação Méd. Lusitana (Pôrto) e publicada no *Jornal da Soc. das Sc. Méd. de Lisboa*, Tomo LXXXVIII, Março a Maio de 1924.

as mais perfeitas instituições de tratamento do cancro fálham, se a confiança do clínico geral não se estabelecer, pois o diagnóstico precoce, a profilaxia e a intervenção cirúrgica oportuna só se podem realizar com a colaboração do médico da família. Só êle pode resolver o paciente a aceitar o diagnóstico e o tratamento «*problema de psicologia prática*» (Lilienthal) que muito importa ter sempre presente.

Trabalhando nessa orientação conseguiram os americanos em casos de cancro da mama os resultados indicados por Bloodgood :

«A percentagem dos casos operáveis, que era de menos de 50 % antes de 1900, atingiu cêrca de 95 % em 1920, — ao mesmo tempo que a relação numérica dos tumores benignos para os tumores malignos observados passou de 20 % a cêrca de 50 %. Muitas mulheres, com efeito, veem consultar por pequenos tumores benignos intraglandulares ou lesões precancerosas do mamilo, que outrora só se observavam depois da transformação em tumores malignos».

¿Em Portugal o que poderiam dizer as estatísticas?

Na consulta do Instituto Português do Cancro estão inscritas 58 mulheres com neoplasias do seio, em 252 doentes, 44 neoplasias malignas inoperáveis, 10 neoplasias malignas operáveis e 3 neoplasias benignas.

Esta simples referência dispensa comentários. Mas, estamos longe de poder concordar com James Ewing quando êle afirma a possibilidade de se poder em muitos casos evitar o cancro e conclue :

«Quando os meios de prevenção do cancro forem largamente conhecidos, o cancro poderá tornar-se o eliminador dos imprevidentes, dos imbecis, e dos inaptos».

Em boa verdade o cancro da mama é pedra de toque da educação geral médica em matéria de neoplasias e para êle há realmente uma profilaxia bem estabelecida pelos vários institutos de luta anticancerosa e assim resumida por Ewing :

«O cancro do seio não aparece nunca, praticamente, numa glândula mamária normal, mas sempre numa glândula alterada por involução anormal ou inflamação prévia. As pesquisas de Bagg no rato e as investigações concordantes de Adair sôbre a etiologia dos cancros do seio na mulher, umas e outras, demonstram o papel primordial da mastite crônica, ela própria provocada pela retenção do produto de secreção. *Existe uma higiene da glândula mamária (corrigir as alterações congénitas ou adquiridas do mamilo, evitar o desmame brusco, suprimir as causas de estagnação da secreção e tratar as inflamações crônicas)* que fará diminuir o número dos cancros.

Dois artigos (1) interessantes suscitados pelo sindroma da *mama sangrante* quando originado pelas *vegetações papilares intra-canaliculares* mostram o êrro de se amputar sistemáticamente a mama sem um diagnóstico seguro de malignidade da lesão; e a nossa prática de muitos anos procurando fugir a fórmulas terapêuticas rígidas e condicionando a mutilação a praticar por um sólido diagnóstico pre-operatório levou-nos, há mais de quinze anos,

(1) Deryl Hart. *Archives of Surgery*. April 1927. Vol. XIV. N.º 4. Pág. 793.

Leçène et Gallier *Journal de Chirurgie*, Avril 1928, Tome XXXI. N.º 4. Pág. 481.

a usar sistematicamente, nos casos susceptíveis da mais ligeira dúvida, o processo anatómo-clínico.

Estas considerações e casos recentemente observados na consulta do Instituto Português do Cancro mostraram-nos a utilidade de chamar a atenção dos clínicos para o aspecto terapêutico das neoplasias mamárias.

Algumas doentes observadas na consulta do Instituto fazem a sua história por forma a servir de exemplo a tantos outros casos. Doentes portadoras de pequenos nódulos mamários foram operadas sob anestesia local sendo-lhes feita a enucleação das pequenas massas tumorais e suturada a ferida operatória. Em seguida fêz-se o exame histológico, que demorou alguns dias e foi reconhecida a malignidade da lesão. Grande acto cirúrgico, larga amputação, e, a-pesar disso, lógicamente, reproduções e metastases. É fatal esta seqüência de factos e nós procuramos chamar a atenção sobre as graves conseqüências dêste procedimento, ainda tão correntemente empregado, com a publicação desta nota clínica. Na verdade, fazer-se o exame histológico do produto extirpado já representa um progresso sobre a prática corrente de há poucos anos no nosso meio cirúrgico, mas vejamos se há meio de proceder com maior garantia para as doentes.

A simples extirpação, enucleando junto à massa tumoral, traumatizando-a, expremendo-a, para não exceder a zona, em regra restricta, infiltrada pelo anestésico empregado, quando se trata de uma neoplasia já em plena degenerescência maligna, espalha nos tecidos seccionados elementos que originam a reprodução (continuação do neoplasma) e lançam na circulação células neoplásicas, determinantes e origem, em próximo futuro, de metastases cancerosas já inevitáveis mesmo com a mais larga e mutilante das amputações secundárias.

E procede-se assim em muitos casos. Quando o exame histológico confirma a benignidade da lesão, bem está; quando marca a malignidade e a extirpação foi larga, pode até ter sido suficiente em alguns, raríssimos, casos. Mas, numa percentagem relativamente importante o procedimento referido condena à morte a doente submetida a essa má terapêutica. Há meio de o evitar e todos nós, cirurgiões-oncologistas, temos o dever de o divulgar, principalmente depois da conferência internacional de 1926 para a luta contra o cancro, reunida em Lake Mohonk por iniciativa da «American Society for the Control of Cancer», que votou as bases da campanha contra o cancro. Dessas bases julgamos dever transcrever as seguintes:

«3. A luta contra o cancro, no estado actual dos nossos conhecimentos, consiste no emprêgo de medidas de higiene individual e de certas medidas preventivas e curativas, de que o êxito depende de uma cooperação inteligente do paciente com o médico».

«5. O cancro, em algumas regiões do corpo, pode ser descoberto num estado muito precoce. Se estes casos são tratados correctamente, é bem possível uma cura permanente».

«8. Os médicos práticos devem ser postos ao corrente dos últimos progressos realizados no estudo do cancro, afim de diagnosticarem, tanto quanto possível, os casos de cancro que observem».

«9. Os cirurgiões e os radiologistas devem fazer progressos constantes nos métodos técnicos aperfeiçoados que são necessários para o diagnóstico e para o tratamento correcto, não só dos casos vulgares, mas também dos mais obscuros e dos mais difíceis.»

«14. Deveria insistir-se sobre a importância da vulgarização de conhecimentos precisos, usuais e práticos, relativos ao cancro; estes conhecimentos não deveriam ser confundidos com o que é puramente teórico e experimental.»

«15. Os esforços para a luta contra o cancro deveriam ser feitos em duas orientações principais: 1.º estimular a investigação científica afim de aumentar os conhecimentos existentes; 2.º *promover a utilização prática dos conhecimentos de que dispomos*. Mesmo no estado actual dos nossos conhecimentos, muitas vidas poderiam ser salvas e são sacrificadas por uma hesitação inútil.»

E podemos infelizmente acrescentar pela ignorância das condições anatómo-patológicas que condicionam e ensinam a interpretar os factos clínicos.

*

* *

: Como se deve proceder perante uma doente portadora de um nódulo mamário em que o mais cuidado exame clínico não permitiu pôr *com absoluta segurança* o diagnóstico de malignidade ou de benignidade?

Sob anestesia local e com tudo preparado para uma anestesia geral, permitindo a imediata ablação da glândula e tecidos invadidos pela conhecida permeação linfática das neoplasias malignas, faz-se a extirpação da massa tumoral sem a ela nos cingirmos estreitamente e antes cortando em tecidos macròscopicamente sãos. A ferida fica aberta e sangrando livremente sobre a gaze interposta nas superfícies seccionadas, e, em menos de dois minutos, o anátomo-patologista diz ao cirurgião se deve encerrar a ferida operatória ou praticar uma larga amputação de mama.

Há muito que assim procedíamos utilizando o micrótomo de congelação, a-pesar-de ser pouco prático o transporte do instrumental necessário a tal processo de exame, por estarmos convencidos das vantagens que isso tinha para a vida das doentes. A boa terapêutica cirúrgica precoce do carcinoma raras vezes se pode fazer sem a estreita colaboração do operador e do anátomo-patologista, mas até há pouco o instrumental usado dificultava na clínica extra-hospitalar tal prática e com isso se procurava justificar a relutância de muitos ao seu emprêgo sistemático. Mas hoje, com o método rápido de Benjamim Terry (1), nada pode justificar já a falta de uma estreita e constante colaboração do anátomo-patologista e do cirurgião.

Quantas vidas pode salvar esta boa prática e quantos dissabores ela evita aos doentes e ao cirurgião, só o demonstra o seu emprêgo em todos os casos de diagnóstico duvidoso.

(1) *Lisboa Médica*, Ano V, N.º 5, Maio de 1928. «Notas práticas de Laboratório» por H. Parreira.

Revista dos Jornais de Medicina

A punção da hipófise no homem. (*Der Hypophysenstich beim Menschen*), por A. SIMONS e C. HIRSCHMANN (Berlim).— *Der Nervenarzt*. Págs. 73, 94.

Nas sessões de 14 e 28 de Fevereiro dêste ano apresentou o Prof. Simons na «Berliner Gsellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten» o resultado dos estudos que há pouco mais de um ano vinha realizando, de colaboração com Hirschmann, sobre a punção da hipófise em certos casos de síndrome hipofisária ou infundibular, para esclarecimento do diagnóstico.

A comunicação despertou o maior interesse e tem sido largamente discutida.

Neste artigo Simons trata propriamente da parte clínica, referindo apenas resumidos pontos de técnica enquanto que Hirschmann descreve esta minuciosamente, documentando o trabalho com numerosas figuras que facilitam a compreensão do método.

Baseiam este seu estudo em 20 punções em 8 doentes diversos. Perigos ou inconvenientes apenas verificaram, até agora, sinais de meningismo durante umas 24 horas após uma das punções, como por vezes se observam após punção lombar; dores na zona do trigêmeo em dois dos doentes. Estas dores tem como ponto de partida uma irritação produzida na dura-mater que se estende sobre a sela ou no fundo da própria sela, zonas essas que são dependentes do trigêmeo. Podem ainda observar-se irradiações para o ouvido. Sempre que seja necessário fazer a punção da hipófise os doentes devem previamente ser prevenidos destes possíveis acidentes.

Os AA. nunca observaram após a punção e como consequência desta a mais pequena perturbação na função visual. Os doentes eram sempre cuidadosamente observados pelo oftalmologista.

Resumindo: Não consideram a punção da hipófise mais perigosa que qualquer outra punção do cérebro, sempre que seja praticada com boa técnica.

A técnica deve previamente ser bem estudada no cadáver.

Acrescentam ainda que a lesão do cortex frontal não tem clinicamente qualquer importância.

Acentuam todavia repetidamente que a punção da hipófise só se justifica para firmar com segurança um diagnóstico que os outros meios de exame deixam apenas suspeitar, ou ainda para fins terapêuticos.

Hirschmann dá as seguintes indicações sobre a técnica:

1.º— Traçar uma linha recta unindo a parte média da raiz do nariz à protuberância occipital externa.

2.º— Traçar uma linha perpendicular à primeira unindo o centro das duas bossas frontais (por vezes difíceis de marcar). No quadrante superior esquerdo dêsse sistema de coordenadas marcar na linha das ordenadas (linha ântero-posterior) uma distância de $2\frac{1}{2}$ -3 cm. a partir do ponto de entrecruzamento das duas coordenadas. Na linha das abscissas marcar para a



PRODUTOS

Serono

Metranodina SERONO
Em todos os casos de menorragia,
menopausa e dismenorréa
(sempre que não existam lesões anatómicas,
mas sómente funcionais)
AMOSTRAS PARA OS SRS. MÉDICOS

L. Lepori

RUA VICTOR CORDON, 1-A
Apartado 214 LISBOA

MYO-SALVARSAN

Dioxidiaminoarsenobenzol-dimetansulfonato sódico

para aplicação indolor

POR VIA INTRAMUSCULAR E SUBCUTANEA

na

SALVARSAN-TERAPIA

.....

Toxidade reduzida — Alto poder terapêutico
Boa tolerância — Não irrita os tecidos

....

Indicado especialmente em todos os casos que não permitem a injeção intravenosa do Neosalvarsan

.....

Aprovado pelo Instituto Nacional de Terapêutica experimental em Frankfort a. M. (Alemanha)

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Pharmazeutische Abteilung "Bayer-Meister Lucius,"

....

Representante-depositário: AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Donadores, 150, 3.º — LISBOA



esquerda 1 cm. O ponto assim obtido é o que deve escolher-se para a punção. Márcá-lo na pele com pedra de cautério, ou qualquer outro processo. A punção é feita partindo um pouco à esquerda da linha média para evitar a lesão do seio longitudinal.

Nos doentes calmos anestesia local, nos agitados narcose.

O operador coloca-se à direita do doente. Fazer um furo de trépano de 1,2 cm. de diâmetro até atingir a dura. Incisão longitudinal da dura-mater.

Colocar debaixo da cabeça um travesseiro e fazê-la rodar para a direita. Um ajudante deve fixar a cabeça nesta posição.

A agulha deve espetar-se no limite superior da incisão da dura-mater e de maneira a formar com o plano da região um ângulo aberto para diante de uns 120°. Reparando sempre na linha mediana e guiando-se por ela fazer progredir lentamente a agulha através do cérebro frontal até esbarrar de encontro a uma resistência óssea. Se a técnica foi correcta nesta altura atingiu-se o plano esfenoidal. Verificar de novo, tanto quanto possível, pela inclinação da agulha, se a ponta estará bem na linha média. Fazer deslizar o bico da agulha no sentido fronto-occipital, sobre a superfície óssea que se encontrou. Para isto desviar para baixo o canhão da agulha. Num dado momento deixa de sentir-se o contacto do bico da agulha com a superfície óssea, apanha-se um tecido mole. Está atingida a hipófise. Introduzir lentamente um pouco mais a agulha na profundidade até sentir de novo uma outra superfície óssea (fundo da séla). É esta uma boa garantia de que a técnica foi perfeita. Retirar lentamente um pouco a agulha e aspirar então em várias alturas da região hipofisária.

É da maior importância para o êxito da punção a direcção em que se orienta a agulha até encontrar o plano esfenoidal, não só para atingir mais facilmente a hipófise como para evitar ferir os vasos ou os nervos da região.

Hirschmann e Frik (radiologista) estudaram um processo radiológico para orientar na melhor técnica a seguir em cada caso dado. Este estudo foi objecto de um trabalho de Frik a publicar no «Nervenarzt».

Uma especial disposição dos vasos e nervos da região e a observância dos preceitos de técnica que aconselham evitar a lesão desses órgãos.

Sob o ponto de vista terapêutico, afóra o esvaziamento de formação quísticas, ocupam-se agora os AA. de averiguar as possibilidades de tratamento dos tumores da região hipofisária pela aplicação directa de substâncias radiativas ou pela electrocoagulação.

A. ALMEIDA DIAS.

Sobre a punção do cérebro. (*Erfahrung mit der Hirnpunktion*), por H. G. CREUTZFELDT.—*Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. Bd. LXVIII. 1928. Págs. 140-156.

Este trabalho do Prof. Creutzfeldt baseia-se em 219 casos, num total de 1824 punções do cérebro. (Média 8,3 punções por cada doente).

O aspecto macroscópico do material recolhido por aspiração raras vezes pode dar indicações.

O tecido recolhido pela punção retira-se da seringa e agulha, aspirando

um pouco de sôro fisiológico. É depois fixado em álcool a 96° (1-4 horas). — Álcool abs. — Xilol — Xilol-parafina — Parafina (48-56°). Algumas horas após a punção pode cortar-se o material assim incluído. Córtes de uns 7,5 microns. Estudar pelo menos uns 10 córtes. Coloração: Cresilvioleta; hematoxilina-eosina; Van Gieson; fibras elásticas; Weigert (coloração da fibrina; Turnbull).

O A. liga a maior importância ao estudo dos elementos da neuroglia.

Ao contrário de Peter, pensa que procurar fazer diagnóstico de várias doenças do sistema nervoso pelo aspecto das células nervosas do tecido recolhido por punção é um método sujeito a grandes causas de êrro.

Nos 219 doentes puncionados foi atingido o foco em 142 casos. Dêstes 142 casos, 135 puderam ser mais tarde estudados em intervenção cirúrgica ou necrópsia. 99 vezes confirmou-se o diagnóstico feito com o material de punção. Em 36 dos casos não se confirmou.

A punção deve, sempre que não se obtenha resultado positivo num dos hemisférios, repetir-se do lado oposto, porque, como é sabido, os sintomas secundários em casos de hipertensão predominam e encobrem muitas vezes os sintomas focais.

O A. aponta a seguir os casos em que a punção parece ter tido alguma influência na causa da morte (16). Em 9 dêstes 16 casos, a morte sobreveiu quasi imediatamente após as punções. Em 6 casos, agravamento dos sintomas e morte passados alguns dias.

A punção do cérebro não é, evidentemente, segundo afirma o A., uma intervenção isenta de perigo, mas pode prestar os mais altos serviços, não para dispensar o diagnóstico clínico, mas para o completar quando êle só por si não dêr indicações seguras que possam guiar a uma localização.*

Uma exacta localização é da maior importância para os resultados que com uma possível intervenção cirúrgica se podem colher, e aquela muitas vezes só a punção do cérebro a permite fazer.

O A., sem de forma alguma encobrir o perigo que pode correr o doente portador de tumor cerebral a quem se faz uma punção, pretende todavia mostrar o alto valor dêste método.

Que a experiência e a clinica esclareçam as condições que muitas vezes regem esses accidentes graves e nos ensinem a evitá-lo.

A. ALMEIDA DIAS.

O tratamento ideal da diabetes e maneiras de o conseguir. (*Ideal in the treatment of diabetes and methods for their realisation*), por E. P. JOSLIN. — *The New. Eng. Jour. of Med.* 12 de Abril de 1928.

Joslin—o consagrado médico americano—começa o artigo com a alusão a cinco casos de diabetes que, pela sua evolução, plenamente justificam a eficácia dos tratamentos de que hoje podemos dispôr no combate contra a doença.

A-pesar-de certas estatísticas continuarem a falar em uma mortalidade elevada e igual à mortalidade de tempos atrás, pode, contudo, afirmar-se que

os casos apresentados de maneira alguma representam uma excepção no decurso da doença e que o resultado obtido nestes exemplos é igual ao que se consegue na generalidade dos doentes.

Em 12 meses que vão até 1 de Julho de 1927, o A. tratou e seguiu 1241 diabéticos, cuja mortalidade foi de 3,5 %, não havendo a registar nem um único caso de morte por acidose. Duas mortes que sobrevieram entre 235 crianças diabéticas foram causadas por complicações sépticas.

Dois outros casos a que o A. faz referência, mortos em acidose, são a demonstração cruel do perigo em que incorrem os doentes indisciplinados, que esquecem as normas de tratamento a que devem rigorosamente submeter-se.

Ainda o facto de algumas estatísticas pretenderem descobrir um acréscimo no número de diabéticos é erróneo; esse aumento deve ser considerado como a expressão de uma maior sobrevivência desta categoria de doentes, consequência lógica dos tratamentos actuais.

Se o coma diabético passou a ser uma raridade, e já o devia ser também nos tempos que precederam a terapêutica insulínica (pelo menos nos meios convenientemente iniciados nos fundamentos da diabetes) outras complicações continuam a produzir-se na hora presente, e destas sobresaem as que se prendem com as alterações do sistema vascular — a artério-esclerose — com uma mortalidade tão grande que se torna um problema digno de atenção.

De 609 mortes que o A. verificou depois que emprega a insulina, 47 % derivaram de lesões arteriais dos membros inferiores.

A frequência com que se depara esta complicação parece ter íntimas relações com o defeito de regime alimentar a que os diabetes muitas vezes ficam sujeitos, regimes compostos com excesso de gorduras, as quais por seu turno determinam um acréscimo na deposição de gordura nos tecidos.

As diabetes fatais, com 5 ou mais anos de duração, tanto em indivíduos novos como em velhos, apresentaram à autópsia lesões de artério-esclerose e 90 % dos diabéticos vivos, com diabetes de 10 ou mais anos de duração, apresentam calcificação das artérias que pode confirmar-se pelo exame radiológico.

A profilaxia da artério-esclerose e do envelhecimento precoce, nos diabéticos, consiste em primeiro lugar na redução sistemática do peso dos doentes a valores vizinhos do peso normal, com um consumo de hidratos de carbono estritamente indispensável, sem liberalidades inconvenientes, e da mesma maneira sem uma sobre-carga desmesurada de gorduras na dieta.

Em um caso referido no *Am. Jour. of Med. Scien.*, exuberantemente se acham justificadas estas indicações.

Trata-se de uma doente com uma diabetes benigna em que a doença começou aos 45 anos; durante 13 anos foi assistida com um tratamento consciencioso, mas com uma dieta pobre em hidratos de carbono e rica em gorduras. Nos últimos 5 anos de vida o peso da doente subiu de 44 para 79 Kgs. A insulina neste caso, no tratamento de uma situação de acidose, quasi se mostrou inactiva. O protocolo de autópsia diz: «As artérias vertebraes continham grandes nódulos amarelos. As artérias do hexágono de Willis estavam endurecidas, com um aspecto análogo ao da artério-esclerose grave e apenas a sua

côr era amarelo-claro. O exame histológico dêstes vasos mostrou uma infiltração gorda das suas tûnicas.

«É com um exagêro na acumulação de gordura nos tecidos que a diabetes começa e com um excesso de gordura nos tecidos ou na dieta que a diabetes, humana ou experimental, termina».

Em épocas passadas era a acidose o termo habitual dos doentes; na hora actual, pelo menos no que diz respeito à diabetes humana, é a artério-esclerose prematura a complicação mortal mais freqüente dos diabéticos.

MORAIS DAVID.

Causas de morte na obstrução intestinal aguda. (*Causes of death in acute intestinal obstruction*), por GATCH, TRUSHER, AYRES.—*Surg. Gyn. and Obst.* Março de 1928.

Os AA. concluem assim o seu trabalho:

A obstrução aguda do intestino apresenta-se sob dois tipos: a obstrução aguda simples, na qual existe apenas oclusão do canal intestinal sem necrose de parede e o estrangulamento agudo, em que a obstrução se complica de gangrêna parietal do intestino.

A primeira variedade aparece principalmente no piloro ou no duodeno. A morte nestes casos deriva de profundas perturbações metabólicas, que teem fundamento em três factores principais: a desidratação, a perda de cloretos determinando a tetania gástrica e a inanição. Nas obstruções simples que decorrem no intestino grosso as funções metabólicas são menos tocadas e os sintomas affectam um carácter menos pronunciado.

No estrangulamento agudo, além dos sintomas que fazem parte do quadro da obstrução alta do intestino existe, como elemento sintomático capital, a toxémia.

A toxina é um produto proteolítico formado pela acção de bactérias de putrefacção no segmento intestinal obstruído, de acção equivalente à da histamina.

A absorpção desta toxina faz-se pelo segmento de intestino distendido e, no caso de gangrêna, pela superfície peritoneal, de onde passa à circulação.

No intestino delgado tôda a obstrução expontânea ou experimental se complica de gangrêna a um intervalo maior ou menor.

O prognóstico da obstrução simples, à face dos conhecimentos de que hoje se pode dispôr é bom, a menos que o doente esteja já moribundo quando se institue o tratamento adequado.

Os sintomas da desidratação e perda de cloretos são eficazmente combatidos com a injeccção de sôro fisiológico.

Nos casos de estrangulamento, com gangrêna, êste tratamento conserva algumas indicações, mas é incapaz, só por si, de impedir a toxémia e é sôbre ésta que precisam convergir tôdas as intervenções terapêuticas.

Quando os sinais de peritonite são já manifestos qualquer tratamento é baldado. Sem esta gravíssima complicação há que recorrer à intervenção cirúrgica, tendo sempre em vista que nestas circunstâncias o *shock* cirúrgico

e a toxemia caminham a par e que a intervenção deve ser sempre precedida de uma injeção intravenosa de soro fisiológico, em larga dose.

MORAIS DAVID.

Estudo experimental do papel da estase biliar na produção da calculose hepática. (*Experimental study of the factor of biliary stasis in production of gall stones*), por J. COPPER, C. ILLINGWORTH. — *Surg. Gyn. and Obst.* Maio de 1928.

Em uma referata publicada no número 5 da *Lisboa Médica*, dêste ano, relatámos as conclusões principais do artigo «The bacteriology of Cholecystitis». A clinical and experimental study»; por elas se pode avaliar a importância que representa a infecção da parede da vesícula biliar como factor etiológico da calculose hepática e do papel inibitório que a bilis exerce no desenvolvimento das bactérias.

Nesse mesmo artigo vinha demonstrada experimentalmente a perfeita inocuidade da injeção intravesicular dos micro-organismos determinantes da infecção da parede da vesícula.

Este trabalho sugere também a importância da infecção da parede da vesícula como factor causal da calculose e diminue o significado etiológico da simples estase biliar ou da estase associada à infecção da bilis. O artigo resume-se assim:

A clínica tem exagerado a importância da estase biliar, da infecção e da presença de elementos capazes de figurar como núcleos de cálculos hepáticos, atribuindo a estes diversos factores a principal origem da calculose. Os autores foram incapazes de provocar a calculose experimental por meio da simples estase biliar ou da estase combinada com a infecção da bilis, mesmo depois da introdução de corpos estranhos dentro da vesícula. «Implicitamente parecem necessárias outras condições auxiliares para produzir a coleditiase. Uma destas condições pode bem ser a infecção da parede da vesícula, conforme um dos autores demonstrou clinicamente».

MORAIS DAVID.

Tumores malignos da glândula tiroidéa. (*Malignant disease of the thyroid gland*), por J. PEMBERTON. — *An. of Surg.* Março de 1928.

Os tumores malignos do corpo tiroideo e os tumores nodulares benignos, segundo o estudo de 457 casos a que o artigo se refere, figuram entre si numa percentagem, respectivamente, de 1 para 36,7.

Em 87% dos tumores malignos havia sintomas de bócio benigno antecedendo a sua transformação maligna.

A suspeita de malignidade estriba-se no crescimento rápido do tumor com ou sem rouquidão por paralysia da corda vocal, na aderência aos tecidos vizinhos, na dureza e aspecto nodular da lesão.

A estatística do A. revelou 1% de sarcomas, 25% de carcinomas ditu-

sos, 38 % de carcinomas com aspecto de adenoma fetal, 3o % de carcinomas papilares.

As metastases fazem-se por via linfática ou sangüínea e são principalmente freqüentes nos tecidos próximos da glândula tiroideã, nos pulmões, no tórax, no mediastino e no esqueleto.

O método de tratamento preferível consiste na intervenção cirúrgica seguida de irradiação.

Segundo o A. afirma, os resultados do tratamento operatório são mais felizes do que geralmente se imagina.

Dos 204 doentes operados no período que vai de 1907 a 1923, 32 % vivem após um intervalo da intervenção que varia de 3 a 18 anos. A malignidade difere consoante o tipo do tumor, sendo máxima nos sarcomas.

MORAIS DAVID.

A sífilis dos rins. (*La sífilis de los reñones*), por K. KRIEGER. — *Rev. Med Hamb.* Abril de 1928.

A alteração renal mais freqüente, de etiologia sifilitica, é a chamada nefrose luética. A sua aparição faz-se por vezes a poucas semanas da infecção, outras, porém, mais tarde, no decurso do 1.º ou 2.º período da sífilis.

A grande albuminúria, os edemas, o sedimento particular, rico em gorduras e em cilindros lipóides, que, observados à luz polarizada, dão a dupla refrangência, a falta de sinais cardíacos, oculares e de retenção azotada são característicos. O tratamento específico tem aqui uma formal indicação, podendo ou não ser precedido de um tratamento não específico preparatório, se por ventura os sinais clínicos são muito intensos. O prognóstico é bastante variável. A afecção pode curar em pouco tempo, mas pode também proseguir a sua evolução, com sintomas mais apagados ou entrar depois nos quadros terminais da esclerose renal.

Também é possível a associação da nefrose com a degenerescência amilóide.

Um outro tipo de lesão luética do rim é a goma especifica, muito mais raro de resto do que os que acabam de ser referidos. O diagnóstico da natureza sifilitica das lesões renais, salvo a forma de nefrose ou referências de anamnese bastante precisas, é muito difficil.

MORAIS DAVID.

Vinte anos de experiência da endocardite infecciosa de evolução lenta. (*Vingt années d'expérience de l'endocardite infectieuse à évolution lente*), por L. SYLLABA (de Praga). — *Annales de Méd.* N.º 5. 1928.

A endocardite lenta apresenta-se ao A. como uma doença caracterizada por uma evolução clínica muito típica, por uma hemocultura muitas vezes positiva — muitas vezes também negativa — e de prognóstico fatal. O A. baseia esta concepção num conjunto de 46 casos observados durante um período bastante longo para permitir fazer um estudo profundo.

Sobre 17 dos doentes, nos quais praticou o exame bacteriológico do sangue, somente em 59 % havia estreptococcus, e pneumococcus num.

Certos autores tem encontrado as hemoculturas positivas em 100 % dos casos.

Isso é devido a que o método de Freund e Berger consegue descobrir o viridans não só na doença de Osler e na croniósepsis (sepsis viridans, sepsis lenta) mas ainda nos casos de endocardite recidivante *não* séptica, e mesmo noutras doenças, nas quais os estreptococcus não são considerados como a causa patogénica primária, ou ainda porque o seu papel patogénico se mantém duvidoso.

Este facto põe-nos de sobreaviso sobre o valor de uma comunicação feita ultimamente relativa a 4 casos de endocardite «lenta» curada, nos quais o estreptococcus viridans se encontrára no sangue e cuja evolução clínica da doença não apresentou o carácter séptico e embolizante, não tendo o curto período de observação (15 dias) permitido pôr o diagnóstico de endocardite lenta.

Devia tratar-se nessa comunicação de uma simples bacteriemia no decurso da endocardite recidivante não séptica.

Um resultado positivo da hemocultura, mesmo associado dos sinais físicos da cardiopatia valvular, não basta para se pôr o diagnóstico de endocardite lenta. É preciso que todo o quadro clínico apresente os traços nitidos de um processo séptico e embolizante.

A importância do quadro clínico para o diagnóstico da inflamação lenta do endocárdio valvular é, portanto, evidente.

O atributo *lenta* de Schottmüller põe em relêvo uma parte importante do quadro clínico, mas é *secundária*. A evolução da doença pode durar duas semanas, meses, um ano ou dois. Um acesso de endocardite benigna, não séptica, verrucosa pode evolucionar também durante muito tempo. A duração da febre não tem importância para o diagnóstico diferencial. A sua intensidade e forma também são destituídas de valor diagnóstico. É o aparecimento repetido das embolias e das metástases que representa o fenómeno capital no quadro clínico da endocardite lenta. A repetição das embolias e das metástases em diferentes lugares, o seu desaparecimento num ponto e eclosão noutra, a rapidez de evolução e de reparação, a alternância dos dias de euforia relativa e dos dias preches de novas manifestações mórbidas de origem embólica, metastásica, ou secundariamente inflamatória, tal é o panorama clínico que se não deve apagar do espírito do médico, quando tiver ocasião de tratar um doente deste género durante um período bastante longo.

O *carácter séptico-embolizante* da doença, associado da sua evolução lenta e fatal, constitue o elemento primordial do diagnóstico diferencial da endocardite lenta.

O diagnóstico da endocardite lenta pode ser delicado e manter-se mesmo duvidoso até à morte. Uma hemocultura positiva do estreptococcus viridans não resolve a questão, porque este estreptococcus pode encontrar-se no sangue no decurso de uma septicémia lenta sem localização endocárdica (sepsis viridans). Somos forçados, então, a procurar elementos puramente clínicos que nos esclareçam sobre a natureza do estado mórbido enigmático e nos resolvam o problema diagnóstico.

Os elementos de que o A. se serve são:

- 1.º Os comemorativos.
- 2.º Anemia grave com côr sub-ictérica.
- 3.º Aparecimento de um sôpro diastólico no orifício aórtico e mitral.
- 4.º Hipertrofia do baço.
- 5.º Hemorragias cutâneas.
- 6.º Hemorragias das mucosas.
- 7.º Algias:
 - a) Algias torácicas (no rebôrdo costal esquerdo, etc.).
 - b) Algias abdominais — devidas aos infarctus do figado ou ao infarctus nosentérico (o grande syndroma abdominal).
 - c) Dores nos membros.
- 8.º Hemorragias retinianas.
- 9.º Afonia súbita com respiração estridulosa.
- 10.º Hemocultura.
- 11.º A monocitose e a presença de células endoteliais no sangue com um desvio para a esquerda do índice nuclear.
- 12.º Lesão arterial grosseira de uma das extremidades.
- 13.º Manifestações cerebrais.

Todos os doentes do A. atingidos de endocardite lenta morreram.

E. COELHO.

Observações sobre a colite ulcerosa não específica. (*Observations sur la colite ulcéreuse non spécifique*), por B. CROHN. — *Archives des Mal. de l'App. dig.* N.º 4. 1928.

Tem-se ligado, nos últimos anos, uma grande importância à chamada «colite ulcerosa não específica», isto é, à inflamação crónica limitada ao cólon, caracterizada por erosões hemorrágicas e ulcerações superficiais, variando de intensidade até às ulcerações profundas e penetrantes. A evolução é crónica, com recaídas periódicas que podem durar anos; é uma afecção grave, muitas vezes mortal. Os sintomas manifestam-se por dores abdominais, dejecções frequentes e diarreicas, tenesmo. É uma forma de colite distinta, e provavelmente devida a uma infecção qualquer, possivelmente ao estreptococus ou ao enterococus.

Os sintomas da doença começam progressivamente por diarreia ligeira, algumas vezes syndroma febril e emissão de dez a vinte dejecções por dia, contendo sangue. O processo patológico começa frequentemente no recto ou na ansa sigmoideá, podendo invadir todo o grande intestino. A imagem sigmoidoscópica é caracterizada por tôdas as variações, desde a simples congestão, pequenas ulcerações, até às grandes úlceras de bordos irregulares e durcs.

A formação de um apêrto do intestino não é considerada excepcional. Nos casos mais graves, quando a reacção inflamatória e a ulceração invadi-

PRODUCTOS BRUSCHETTINI

Vacina Antipiogénica Polivalente
"BRUSCHETTINI"

ESTREPTOCOCICA

ESTAFILOCOCICA

Muitíssimo eficaz em toda a espécie de infecções, abscessos, furunculoses, supurações de úlceras e feridas, erisipelas, gangrenas gasosas e septicémias.

L. LEPORI RUA VICTOR CORDON, 1-A
Apartado 214 — LISBOA

VIGANTOL

Vitamina-D

Ergosterina sujeita ás radiações ultravioletas, muito activa e de dosagem exacta, foi lançada no mercado!

Algumas das principais indicações:

Rachitismo, osteomalacia, carie dos dentes, estados espasmodicos (espasmo-philia, tetano), diatese exudativa, anemias.

Prophylactico na gravidez e no periodo da lactação,
nos partos prematuros, na constituição rachitica.

Formas Comerciaes: Frascos de 10 e 50 c. c. dum soluto oleoso a 1 %; frascos de 50 pastilhas a 2 mgr. de Vigantol cada uma; caixas em folha de 25 drageas cobertas de chocolate, a 4 mgr.

**I. G. Farbenindustrie
Aktiengesellschaft**

Secção Farmaceutica
"BAYER-MEISTER LUCIUS"
LEVERKUSEN (Alemanha)

DEPOSITARIOS:

Augusto S. Natividade
Rua dos Douradores, 150-3.º—LISBOA
Sociedade de Anilinas, L.^{da}
Rua José Falcão, 199 — PORTO

E. Merck

FABRICA DE PRODUTOS CHIMICOS
DARMSTADT

DEPOSITARIOS:

J. Wimmer & Co.
Rua 24 de Julho, 34
LISBOA
Rua Trindade Coelho, 1-C.
PORTO

ram todos os tecidos da parede, o processo pode provocar, no decurso da cicatrização, uma constricção do tecido conjuntivo, substituindo a mucosa normal.

A maior atenção é dirigida para o tratamento, e particularmente para o tratamento médico conservador desta doença crónica.

O emprêgo das soluções antisépticas não irritantes para as irrigações do cólon harmoniza-se com a concepção de que a doença é uma infecção localizada na parede intestinal. Na experiência do A. a acriflavina neutra numa solução de sôro a 1/4000 deu-lhe resultados dos mais satisfatórios. Deve ser retida no intestino durante 1/2 hora ou mais, tendo cada irrigação 500-750 c. c. Nos casos graves serão feitas irrigações duas vezes por dia, e de dois ou de três em três dias durante o período de cura. Nos casos mais graves sô depois de 21 dias de tratamento é que a melhora clínica se manifesta. Deve continuar-se o tratamento durante todo o período da doença e ainda na convalescença.

Tem-se empregado outras soluções antisépticas, como o permanganato de potássio, mercurocromo, o ácido tânico, o nitrato de prata, o soluto Dakin, etc. Na clínica de Mayo empregam-se irrigações de violeta de genciana.

Quanto ao regime, o A. aconselha um regime geral que não contenha celulose. Pode ser abundante e variado.

As vacinas autógenicas teem sido recomendadas. Bargaen aconselha uma vacina feita com o diplococcus cultivado directamente da parede do intestino doente.

O A. tem dado várias vezes injecções intravenosas de sôro antidesintérico polivalente. Depois da injecção de sôro, nos casos que foram seguidos de reacções fortes, a reacção immediata consistiu numa melhora clínica nitida. Ultimamente, o A. emprega injecções, por via muscular, de cloridrato de emetina em todos os casos de colite ulcerosa.

Tratamento cirúrgico.—A operação da escolha é uma ileostomia, operação que, executada nos casos muito graves e com reacções febris, dejecções frequentes, prostração e anemia secundária acentuadas é muitas vezes um meio de salvar a vida. Mas, infelizmente, a operação não basta para salvar o doente.

Nem a ileostomia, nem a cecostomia, nem a colectomia parcial ou sub-total curam a colite.

E. COELHO.

A radiação do baço no tratamento da asma e das doenças alérgicas.
(*Roentgen-Ray Treatment of the spleen in asthma and in related allergic diseases*), por G. L. WABBROTH. — *Arch. of int. Med.* N.º 5. 1928.

Oitenta e um doentes com asma e outros estados alérgicos associados foram tratados com pequenas doses de raios X sôbre o braço. Dezoito (de 56 crianças) ficam sem quaisquer sintoma; 16 apresentaram melhoras; 22 não reagira n ao tratamento. Três (de 25 adultos) curam-se; 9 melhoraram, e 13 não experimentaram quaisquer melhoras.

E. COELHO.

Sobre a influência dos preparados de pâncreas nas perturbações da reabsorção das substâncias alimentares em cães sem pâncreas. (*Über den Einfluss von Pankreaspräparaten auf die Störung der Nährstoffresorption bei pankreaslosen Hunden*), por M. NOTHMANN. — *Klin. Woch.* N.º 19, 1928.

As pesquisas mais conhecidas sobre o assunto são as de Abelman, feitas sob a direcção de Minkowski. Abelman verificou que, a-pesar da falta de pâncreas, as proteínas são ainda em parte absorvidas, tendo encontrado o valor médio de 44 %. A gordura administrada aparece por completo nas fêses. Se juntamente com as substâncias alimentares se fornece pâncreas de porco fresco o aproveitamento das substâncias alimentares sobe além de 70 % e o das gorduras a 48 e 72 %.

Nas pesquisas do A. o exame microscópico das fêses de animais sem pâncreas mostra depois da administração de Pankrophorin uma quasi completa desapareição da gordura e das fibras musculares.

F. FONSECA.

Contribuição para o estudo da reacção de Bordet-Wassermann na mulher grávida. (*Contribution a l'étude de la reaction de Bordet-Wassermann chez la femme enceinte*), por A. LAFFONT e A. MÉLE. — *Gyn. et Obstétrique*. T. XVII. N.º 4, 1928.

O valor da reacção de B-W está diminuído nas mulheres cujos antecedentes revelam a expulsão de fetos mortos ou macerados, (35 % em lugar de 56 % de reacções positivas. Os AA. julgam êste fenómeno ligado a um estado de anergia sífilítica.

A reacção de B-W é muitas vezes positiva no sangue do cordão dos filhos posteriores dessas mulheres, continuando negativa no sangue da mãe.

A sero-reacção é mais vezes positiva no sangue da mãe do que no do cordão. O fenómeno inverso sucede nas mulheres que tiveram muitas expulsões de fetos mortos ou macerados.

A reacção de B-W conserva na mulher grávida o valor que se lhe atribue fóra da gestação, permitindo diagnosticar sífilis em cerca de 10 % das mulheres aparentemente indemnes.

F. FONSECA.

A reacção de Bordet-Wassermann no sangue do cordão umbilical. (*La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang du cordon ombilical*), por P. TRILLAT e J. ROUSSET. — *Gyn. et Obstétrique*. T. XVII. N.º 4, 1928.

A reacção de B-W pode ser aplicada ao diagnóstico da sífilis hereditária, procurando a sua positividade no sangue materno.

A pesquisa da reacção de B-W no sangue do cordão na ocasião do nascimento é um método simples e práctico.

Em 935 observações, os AA. encontraram 5,24 % de B-W positivos no sangue do cordão.

Certos autores pensam que o sangue do cordão produz hemólise em condições anormais, mas esta forma de pensar não se baseia em pesquisas científicas.

Por agora pode-se admitir a identidade dos sangues materno e do cordão.

Os AA. verificaram que na grande maioria dos casos uma mãe sã e um recém-nascido não tem uma reacção negativa. Pelo contrário, notaram que em todas as observações com B-W positivo havia vestígios de sífilis ou na mãe ou no filho.

A coexistência da reacção humoral e das manifestações clínicas sífilíticas é a regra.

Concluem por afirmar que a verificação dum B-W positivo no sangue do cordão é um grande argumento em favor da sífilis hereditária e deve ter como consequência um tratamento enérgico.

F. FONSECA.

Estudos de serologia comparada entre o sangue do cordão e o sangue retro-placentário. (*Études de sérologie comparative entre le sang du cordon et le sang rétro-placentaire*), por G. CHAPPAZ. — *Gyn. et Obstétrique*. — T. XVII. N.º 4. 1928.

O A. pretendeu comparar no momento do parto as reacções serológicas usuais no sangue do cordão e no sangue retro-placentário.

O A. chegou às seguintes conclusões:

A) — O Hecht é, em regra, sempre nulo no sangue do cordão.

B) — Há contradições serológicas flagrantes entre o sangue retro-placentário e o sangue do cordão.

C) — As reacções nos casos contraditórios são positivas no sangue retro-placentário. Neste caso as reacções feitas com o sangue da mãe concordaram com as do sangue retro-placentário, embora as reacções fôsem mais fracas, como se pode verificar no seguinte exemplo:

Sangue retro-placentário	Sangue directo da mãe	Sangue do cordão
Wassermann, fortemente positivo	Wassermann, positivo	Wassermann, negat.º
Hecht, fortemente positivo	Hecht, positivo	Hecht, nulo
Vernes, fortemente positivo	Vernes, positivo	Vernes, negativo

Não é, pois, necessário empregar o sangue do cordão na pesquisa da sífilis. A-pesar-de separado por uma só camada celular, esse sangue tem reacções serológicas próprias e enganadoras. Depois do parto duma grávida cheia

de sinais de sífilis activa, pode-se obter sangue do cordão com reacções negativas. Este processo conduz a êrros grosseiros.

O sangue retro-placentário dá reacções mais francas que o sangue obtido por punção venosa da mãe.

F. FONSECA.

Considerações sobre o tratamento da tuberculose dos anexos, do útero e do peritонеo. (*Considérations sur le traitement de la tuberculose des annexes, de l'utérus et du péritoine*), por T. KELLER. — *Gyn. et Obstétrique*. T. XVII. N.º 4. 1928.

Aplicar-se há raios X aos casos diagnosticados de tuberculose genital. Nos casos em que o diagnóstico é incerto e sô foi feito depois da operação, a irradiação post-operatória ajudará a cura.

Nos casos de peritonite exsudativa crônica, sobretudo quando há grande ascite, a laparotomia parece indicada; há muitos anos que o A. tem o hábito de introduzir na cavidade abdominal uma solução de argochromo (prata coloidal com azul de metilena), e é possível que doses muito fracas de raios applicadas em seguida sobre o abdómen actuem, por irradiação secundária do metal, sobre tôda a superfície do peritoneo, dando assim um excelente resultado curativo.

Em todos os casos assim tratados o A. reconhece a importância da cura climática e dietética como factores auxiliares.

F. FONSECA.

Administração oral de preparados pancreáticos e outros no tratamento da diabetes. (*Oral administration of pancreatic and other preparations in the treatment of diabetes*), por C. FULLER. — *The Brist. Med Journal*. N.º 3514. 1928.

Nos casos graves de diabetes a administração per os de preparados pancreáticos, «insulina sintética» e diatana apenas nos faz perder tempo e prejudica o doente, retardando o emprêgo do tratamento adequado: dieta e insulina em injeções.

Nos casos leves as melhoras que por vezes se observam são atribuíveis ao maior cuidado com que o doente segue a dieta.

F. FONSECA.

Sobre a acção da galegin na diabetes. (*Über die Wirkung des Galegins bei Diabetes*), por W. ELIASSOW. — *Archiv f. Verdauungs-Krankheiten*. Bd. XLII. 4. Abril 1928.

A galegin é um derivado da guanidina que se encontra nas sementes e folhas duma planta (Gaisklaes) e que, exactamente como a sintonina, provoca nos animais uma baixa da glicémia depois duma subida ligeira (inicial) de açúcar do sangue. No homem diabético, e segundo Reinwein, faz baixar a glicosúria, podendo fazer desaparecer 25 gramas de açúcar na urina. Rein-

wein conseguiu administrar 100 mgrs. de galegin diariamente sem qualquer perturbação dispéptica.

Nos casos apresentados pelo A. verifica-se que no primeiro, o efeito da galegin foi nulo, a-pesar-de administrado em grandes doses; no segundo houve efeito nítido, embora simultaneamente se tivessem reduzido os hidratos de carbone da dieta. Nos outros dois casos poder-se hia chegar igualmente à aglicosúria sem empregar a droga. O preparado é menos tóxico do que a sintalina. A esta acção menos tóxica corresponde uma menor acção sôbre a glicosúria, o que leva o A. a escrever que o efeito terapêutico dos derivados da guanidina está fortemente ligado à sua acção tóxica.

F. FONSECA.

O efeito da administração de álcool por via rectal sôbre a secreção gástrica. (*Die Wirkung rektaler Alkoholzufuhr auf die Magensaftsekretion*), por STEINITZ e SCHERESGHEWSKY. — *Archiv. f. Verdauungs-Krankheiten*. Bd. XLII. 4. Abril 1928.

O álcool administrado em clister, por uma só vez, na dose de 300 c. c. a 5 % determinou um efeito estimulante sôbre a secreção ácida do estômago na maioria das 52 experiências efectuadas.

Os clistères de álcool permitem, pois, activar a secreção dum estômago em hipofunção.

O efeito dos clistères de álcool é rápido, observando-se o máximo da secreção 15 a 30 minutos depois do clister e terminando o efeito dêste último decorridos 60 a 90 minutos.

Os valores do cloro total e da quantidade do suco nem sempre sofrem variações idênticas às da acidês.

Na forma de clister gota a gota o álcool excita igualmente a secreção ácida, sendo essa excitação mais duradoura, embora mais fraca do que a obtida com o clister simples de álcool.

Com os clistères de álcool conseguem-se obter grandes quantidades de suco gástrico puro.

Outros líquidos administrados por via rectal (água, soluções de cloreto de sódio e açúcar, clister alimentar) teem um efeito nulo ou ligeiro sôbre a secreção gástrica.

F. FONSECA.

Patogénese da tetânia gastrogénea. (*Zur Pathogenese der gastrogenese tetanie*), por H. STEINITZ. — *Klin. Woch. N.º 20*. 1928.

O A. observou tetânia num caso de estenose pilórica por ulcus parapyloricum e num outro de estenose duodenal por carcinóma da prega duodeno-jepunalis. O empobrecimento do organismo em cloro, determinado pelos vômitos sucessivos parece desempenhar um papel importante no desencadeamento das crises tetânicas. É possível que uma certa insuficiência das paratiroidéas actue como causa predisponente.

F. FONSECA.

Novas observações sobre acrodinia. (*Further observations upon acrodynia*), por A. E. VIPOED. — *British Journal of Children's Diseases*. Abril e Junho de 1926.

A palavra *acrodinia* exprime o principal sintoma desta doença, a que já algumas vezes aqui nos temos referido: dôr das extremidades. É uma neuropatia. A criança, atormentada pela dôr, torna-se irritável, agitada, angustiada, insônica; esconde-se no travesseiro, como se receasse a luz.

As principais características desta doença são as seguintes, em resumo:

- 1 — Ao princípio, catarro nasal.
- 2 — A criança torna-se irritável e triste.
- 3 — Aparição dum eritema que aumenta o mal-estar (por vezes pápulas e pústulas); é devido a uma irritação da pele e acompanha-se de suores frios.
- 4 — Mãos e pés frios, dum vermelho azulado, desaparecendo com a pressão do dedo. As outras extremidades (nariz, orelhas, pálpebras, punhos, tornozelos) apresentam o mesmo aspecto. São perturbações vaso-motoras: constricção das arteriolas, dilatação das vernulas. Podem observar-se bôlhas e esfacêlo nas pontas dos dedos.
- 5 — Pseudo paralisia, a criança deixa de andar e não pode servir-se das mãos.
- 6 — Sintomas de nefrite periférica: dôres internas nos braços e pernas, enquanto a sensibilidade cutânea está abolida ou diminuída.
- 7 — Engorgitamento de todos os gânglios superficiais, sobretudo nas axilas e virilhas.
- 8 — Perda rápida do pêso, em consequência da falta de apetite, das dôres e dos suores.
- 9 — Toxemia óptica, a criança dorme com os olhos mergulhados no travesseiro.
- 10 — Irritabilidade psíquica e agitação.
- 11 — Reflexos difíceis de obter.
- 12 — Urinas raras.
- 13 — Idade dos doentes: entre oito e dezoito meses.
- 14 — Duração da doença: entre quatro e seis meses.

Segundo o A., trata-se duma toxemia, actuando no cérebro e medula. Procurou obter uma cultura dos gânglios enfiados: encontrou um pequeno diplococo tomando o gram, diferente do gonococo e do pneumococo, e preparou uma vacina com êsse germen. A acrodinia difere absolutamente da paralisia, assim como da paralisia infantil; inútil insistir sobre isso.

Com o diplococo retirado dum gânglio inguinal, o A. fez uma vacina contendo 500 milhões de diplococos por c. c. Injectou, na primeira vez, 1 c. c. sobre a pele; três dias mais tarde, um centímetro e meio a 2 c. c., depois 4 a 5 c. c.

Cura depois de três ou quatro doses.

MENESES.

Deve-se aplicar à peritonite tuberculosa o tratamento cirúrgico ou médico? (*Doit-on appliquer à la péritonite tuberculeuse le traitement chirurgical ou médical?*), por CH. BRODY (Grasse A.-M.). — *Archives de Médecine des Enfants*. Tomo XXXI. N.º 1. Janeiro de 1928. Págs. 5-20

Como conclusão de tôdas as diferentes terapêuticas da peritonite tuberculosa, compreendida a laparotomia, entende o A. que um único domina e fica inatacável na série de métodos propostos, e é justamente um que é inofensivo na grande maioria dos casos, assegurando, além da cura local, que muitas vezes é problemática nos outros tratamentos, um levantamento do estado geral e o reforço de todo o organismo. É um tratamento médico: a hélio-aeroterápia.

As denominações de «tuberculose cirúrgica», «tuberculose local ou externa», sob as quais se classificou a peritonite tuberculosa até agora, são absolutamente impróprias e mal escolhidas. Esta doença não é nem cirúrgica, nem local, nem externa.

Estes termos devem desaparecer de todo; a doença é, pelo carácter e pelo seu tratamento, absolutamente médica, e provém duma infecção geral do organismo. Um doente destes não é um peritônico, é um tuberculoso.

Nos casos de peritonite tuberculosa deve-se:

1.º — Começar pela hélio-aeroterápia (à falta de sol, raios ultra-violetas), que é útil mesmo que mais tarde se pense em operar. Facilita a operação imposta, liberta quasi tôdas as aderências, mobiliza quasi tôdas as lesões, faz fundir e desaparecer as enormes massas intra-abdominais, levanta o estado geral e facilita o trabalho do cirurgião;

2.º — Associar à hélio-aeroterápia, segundo as possibilidades, sessões de raios ultra-violetas, que não duplicam a acção do sol mas completam-na;

3.º — Não operar senão quando as circunstâncias o impõem e a prudência clínica o permite. Não praticar a intervenção senão sob os raios solares ou artificiais (técnica de Témoin). Limitar o acto cirúrgico ao indispensável. Fazer seguir a laparotomia duma cura de helioterápia (técnica de Léo) que, juntando-se à cura de ar, ao repouso, à boa alimentação e a boas condições higiénicas, é o único tratamento racional da tuberculose. Continuar a cura todo o tempo necessário para que não haja a receber recaídas;

4.º — Mesmo depois da cura a mais perfeita, cuidar do organismo, evitar o surmenage, e sobretudo viver ao ar livre nas melhores condições possíveis, pois não é preciso esquecer que uma vez atingido pela tuberculose, um doente, mesmo curado, terá sempre menos resistência do que dantes. Para manter esta cura, tanto geral como local, será necessário fazer anualmente uma cura de repouso hélio-aeroterápico durante dois meses.

Não se deve nunca pensar numa generalização da laparotomia, pecha antiga, que não deve ser aplicada senão em alguns casos de peritonite bacilosa e suas complicações.

Uma extensa bibliografia acompanha êste trabalho.

MENESES.

Os eczemas dos lactantes. (*Les eczemas des nourrissons*), por E. LESNE e A. BOUTELIER. — *Revue Française de Pédiatrie*. T. II. N.º 5.

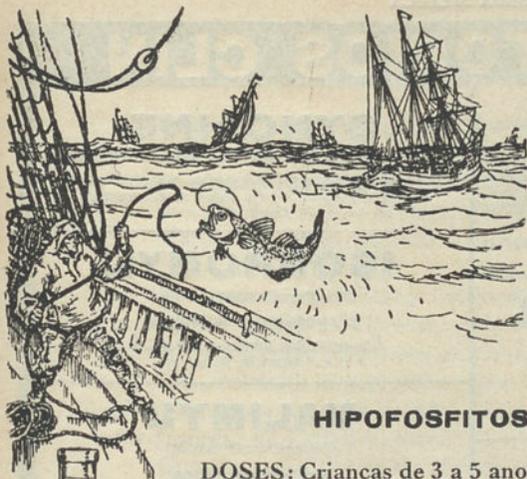
O eczema dos lactantes é uma dermatose bastante freqüente. Agrupa-se sob êste termo não só o eczema vesicular como também o eczema artificial de origem externa e o eczema seborreico que é antes uma dermatose eczematosa. Não nos detemos na descrição dos sintomas locais e gerais do eczema vesicular verdadeiro, que são bem conhecidos. A sua evolução é benigna e termina-se espontaneamente no decurso do segundo ano; só excepcionalmente pode terminar pela morte. A predominância de uma ou de outra lesão elementar do eczema permite distinguir muitas formas clínicas, entre as quais é importante o eczema pápulo-vesicular, que se aproxima do prurigo. Os eczemas artificiais são sobretudo representados pelos eczemas intertrigos. O impetigo e a parakeratose psoriasiforme podem eczematizar-se secundariamente e dar então o eczema post-impetiginoso com localizações variáveis, e o eczema seborreico, que começa em geral pelo coiro cabeludo, envolvendo a cara, da qual respeita o centro. Nos casos duvidosos, em que a imagem dermatográfica não permite um diagnóstico claro, esta localização pode diferenciá-lo do eczema vesiculoso verdadeiro. O diagnóstico deve ser feito contra tôdas as lesões apresentando vesiculação e as dermatoses crítemato-desquamativas.

A-pesar da freqüência do eczema dos lactantes e das pesquisas numerosas que tem suscitado, a sua etiologia ainda não é bem conhecida. Incriminaram-se, entre as causas determinantes, micróbios, irritações externas várias, etc. Um dos factores mais importantes é a lactação que actuará, sobretudo quando o leite é demasiado rico em gordura. As perturbações digestivas tem igualmente muita importância. No entanto, o facto de que as mesmas causas alimentares ou digestivas não provocam, em todos os lactantes, a mesma doença, deve fazer tomar em consideração a questão do terreno.

Puzeram-se em evidência modificações humorais, perturbações viscerais e endocrinas, o artritismo, a tuberculose, a heredo-sífilis. Poderá existir também uma sensibilização cutânea especial tal que, sob a influência de causas diversas, um lactante terá sempre um eczema. Muitas teorias tem sido emitidas para explicar a patogenia do eczema. Entre as que invocam as causas internas, é preciso citar a teoria tóxica, a teoria nervosa e a teoria anafiláctica. Para apoiar esta invocou-se a existência de intradermo-reacções ao leite, cujo valor é contestável; existiria, porém, a possibilidade duma transmissão de anafilaxia positiva à cabaia pelo soro do lactante doente.

O tratamento local variará segundo a própria natureza do eczema e seu grau de acuidade; o tratamento geral etiológico visará a suprimir as causas determinantes: irritação pelo coçar, lactação. Além disto, tratar as insuficiências viscerais, se existem, a heredo-sífilis, a anafilaxia ao leite.

Para terminar, lembremo-nos de que o eczema se infecta rapidamente, e que é preferível não hospitalizar os doentes nem os vacinar, e que é necessário ser prudente na administração dos séros terapêuticos.



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de Tibidabo, 3

BARCELONA

Preparada com:

EXTRACTO DE OLEO DE FIGADO DE BACALHAU. EXTRACTO DE MALTE.

HIPOFOSFITOS: De manganésio, de cálcio, de potássio, de ferro, de quinina e de estricnina.

DOSES: Crianças de 3 a 5 anos, duas a três colheres das de café por dia.
De 5 a 10 anos, de duas a quatro colheres das de doce por dia.
De 10 a 15 anos, de duas a quatro colheres grandes por dia.
Adultos, de três a quatro colheres grandes ao dia.

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

GLEFINA é o único meio que o médico tem para formular **ÓLEO DE FÍGADO DE BACALHAU NO VERÃO**

Outras especialidades: **TÓNICO SALVE:** Reconstituinte do sistema nervoso
GOTAS F. V. A. T.: Potente antiescrfuloso.

Depositários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L.^{da}**
Rua dos Sapateiros, 39, 1.^o — LISBOA



“ eregumil Fernández ”

Alimento vegetariano completo em base de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal:

Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados e princípios minerais (fosfatos naturais)

Insustituível como alimento, nos casos de intolerâncias gástricas e afeições Intestinais. — Especial para crianças, velhos, convalescentes e doentes do estomago

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ & CANIVELL Y C.^o — MÁLAGA

Depositários: **GIMENEZ SALINAS & C.^o**

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o

LISBOA

LABORATORIOS CLIN

COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol
(prata) - Electrauril (ouro) - Electr-Hg (mercúrio)
Electrocuprol (cobre) - Electrohidrol (hidróio) -
Electroselenium (selénio) - Electromartiol (ferro).
Arrhenomartiol.

2º COLLOIDES QUIMICOS : Colloithiol (enzofre)
Toglysol (todo-glycogeno).

SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodérmica

Doses : I (0 gr. 06) a X (0 gr. 60)

Crianças de peito : 0 gr. 02 e 0 gr. 04

NEO-TREPARSEANAN

Syphilla — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasas.

ENESOL

Salicilarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados)

Empólas de 2 e de 5 c.c. a 0 gr. 03 par c.c.

Injecções intramusculares e intravenosas.

ADRÉNALINE CLIN

Solução a 1/1000. — Collyrios a 1/5000 e a 1/1000.
Granulos a 1/4 milligr. — Suppositorios a 1/2 milligr.
Tubos esterilizados a 1/10, 1/4, 1/2 e 1 milligr.

CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do
organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D^r CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta

2 gr. de Salicylato de Soda por colher de sopa.

SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

LICOR E PILULAS DO D^r LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urlico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.

Syncaine pura em sal. — Soluções adranesthetics.

Tubos esterilizados para todas as anesthetics.

Collyrios.

ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

VALIMYL

(Diethylisovaleramide)

Antiespasmódico

Perolas doseadas a 0 gr. 05 : 4 a 8 por dia.

TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

Comprimidos doseados a 0 gr. 25 : 1 a 3 por dose.

3 vezes por dia.

INJECCÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N^o 596 e 796).

Glycerophosphato de soda a 0 gr. 10. - Cacodylato de
soda a 0 gr. 05. - Sulf. de strychnina a 1/2 milligr. (596)
ou 1 milligr. (796) por c. c.

CACODYLATO DE SODA CLIN

Globulos de 1 cgr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.
Tubos esterilizados em todas as dosagens usunas.

METHARSINATO CLIN

(Syn.: ARRHENAL)

Globulos de 25 milligr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.

Tubos esterilizados de 5 cgr. por c. c.

VINHO E XAROPE NOURRY

5 cgr. de iodo e 0 gr. 10 de tanino, por colher das de sopa.

Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

ÉLIXIR DERET

Solução vinosa com base de Iodureto duplo de Tanino
e de Mercurio.

De um a duas colheres de sopa por dia.

XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia.

1631

Do tratamento das cistites dolorosas chegadas ao estado de «cistalgia» pelas intervenções sôbre o simpático pélvico e, em particular, pela ressecção do nervo pre-sagrado. (*Du traitement, etc.*), por C. VIAN-NAY (St. Etienne). — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*. XXX ano. N.º 3. Março 1927. Págs. 229-236.

O tratamento das cistites dolorosas, cuja tenacidade e resistência aos tratamentos é desesperante, entrou numa nova fase e pode beneficiar em larga escala dos recentes progressos de cirurgia do simpático.

O A., primeiro do que tudo, expõe o que se entende por cistite dolorosa e cistalgia, tendo em vista as definições e conceitos de Heitz-Boyer (*Encyclopédie française de Urologia*, tomo IV).

Quando a cistite rebelde chegou ao estado de cistalgia, não estamos sômente em presença duma doença vesical, mas também duma *doença do sistema nervoso da bexiga*.

Esta noção devia logicamente conduzir os cirurgiões a intervirem sôbre o sistema nervoso da bexiga.

Primeiro (1889) as tentativas dirigiram-se sôbre os nervos brancos e fêz-se a ressecção do ramo perineal do nervo interno, cujas indicações era muito limitadas, e em breve se desistiu disso. A idéa de intervir sôbre o simpático, o «nervo da dor», segundo a expressão de Leriche, é infinitamente mais sedutora. Foi Jaboulay (1898) quem interveio primeiro sôbre o simpático pélvico para tratar a neuralgia pélvica da mulher, dirigindo-se ao simpático sagrado, abordando-o pela via látero-sagrada e descolando-o do recto. Desta idéa primitiva de Jaboulay pode dizer-se que se desprendeu o desenvolvimento actual da cirurgia do simpático pélvico. E em 1913 pensou-se já em tratar as cistites dolorosas rebeldes, seccionando os ramos nervosos principais que inervam a bexiga e a extremidade inferior da uretere, ou melhor, extirpando os gânglios hipogástricos de que êles emanam. Em breve esta técnica foi também abandonada; um doente tem uma retenção de urinas persistente. A simpatectomia peri-arterial hipogástrica deu então bons resultados nas diversas afecções ginecológicas dolorosas, mas não foi aplicada na cistalgia, onde é natural que dêse bons resultados. Segundo o A., porém, é preferível a *ressecção do nervo pre-sagrado*. Foi Cotte (1925) quem a experimentou com successo nas neuralgias pélvicas, no vaginismo, nas dismenorréas rebeldes, nas hipoplasias uterinas, nas metrorragias e lencorréas de origem ovárica e nas crises clitoricas.

O nervo pre-sagrado de Latarjet é visível por transparência nos indivíduos magros, e passa por diante da veia ilíaca primitiva esquerda, franqueia o promontório e bifurca-se logo para formar nos nervos hipogástricos, que ganham a parte superior do espaço retro-rectal e vêem lançar-se no corno posterior e superior do gânglio hipogástrico que está situado no espaço pelvi-rectal superior, na base e sôbre a face externa dos ligamentos útero-sagrados. O estudo de COTTE e DECHAUME (*Journal de Chirurgie*, 1925) descrevem a técnica operatória, não sendo, pois, necessário trazê-la para aqui em detalhe. Os dados anatómicos são aí largamente referidos.

É no seu tracto, por diante da 5.ª lombar, que se deve descobrir o nervo

pre-sagrado. O doente está em posição de Trendelenburg, o cirurgião à esquerda e faz uma laparotomia sub-umbilical mediana que o A. prefere à inc. de Pfannenstiël. As ansas intestinais são empurradas para o andar superior do abdômen e mantidas com compressas. O que é necessário vêr é o promontório, primeiro ponto de referência, e as duas ilíacas primitivas, segundo ponto de referência. Quando não é possível vêr o nervo pre-sagrado, é algumas vezes fácil senti-lo, porque forma um pequeno cordão duro que se rola sob o dedo quando com a pólpa do indicador se palpa a face anterior da 5.^a lombar.

Uma vez encontrado o nervo, faz-se no peritoneu, à sua altura, uma botoeira de três centímetros. Afastados os dois lábios desta botoeira, procura-se o nervo no tecido celular prevertebral e isolámo-lo com a sonda canula, ressecando depois dois centímetros dêle. Fecha-se com dois pontos de cutgut a brecha peritoneal posterior e sutura-se a incisão da laparotomia.

As principais vantagens da ressecção do nervo pre-sagrado são: a sua simplicidade, a sua benignidade e o respeito pela função motora da bexiga.

Depois desta desenvolvida descrição, o A. tira as seguintes conclusões:

1.º) Nas cistites dolorosas chegadas ao estado de cistalgia, quer dizer, chegadas a um ponto tal que o facto dominante é uma perturbação funcional permanente do sistema nervoso pélvico, está indicado agir cirurgicamente no simpático pélvico.

2.º) A intervenção de eleição é então a *ressecção do nervo pre-sagrado*.

Esta operação deve tomar na cirurgia urinária o lugar preponderante que adquiriu já nas afecções dolorosas do aparelho genital da mulher.

Deve-se, segundo o A., preferi-la à simpsectomia peri-arterial hipogástrica de Leriche, às intervenções sobre o gânglio hipogástrico de Latarjet e Rochet, e, enfim, à intervenção principal de Jaboulay sobre a cadeia sagrada, assim como à ressecção da cadeia lombo-sagrada por via abdominal, de que Jules Diez (Buenos-Aires) recentemente descreveu a técnica.

A cistalgia é absolutamente semelhante à causalgia dos membros.

MENESES.

Peritonite aguda por colite supurada do cólon transverso. Tamponamento de Miculiez. Cura. (*Peritonite aiguë par colite suppurée do colon transverse. Tamponnement de Miculiez. Guérison*), por G. MIGINIAC (Toulouse). — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*. XXXº ano. N.º 3. Março de 1928.

O A. não tem a intenção de reabrir a discussão e recordar o debate do recente congresso francês de cirurgia, mas simplesmente a de afirmar que o Miculiez apenas lhe tem dado sucessos, tanto no tratamento de peritonites graves, como no decurso de operações ginecológicas laboriosas (op. de Wertheim, anexites supuradas graves, grandes descalabros pélvicos, tornando impossível ou difícil a peritonização, etc.).

Uma mulher de campo, obesa e de 72 anos, sem passado patológico, sente dores abdominais e queixa-se de prisão de ventre. Toma, por sua conta, um

purgante, que traz efeitos péssimos: nem fezes, nem gases, e cólicas. Dia e noite maus, vômitos de madrugada e dia seguinte. Chamado de tarde o médico assistente, diagnostica apendicite aguda e indica operação imediata. O A. vê então a doente em conferência e rejeita o diagnóstico *à priori*, opinando por um cancro do intestino ou por uma peritonite qualquer, mas não apendicular. Prostração, 100 pulsações, 38º,2, vômitos não fecalóides, oclusão intestinal completa. Defeza, sensibilidade da parede abdominal à direita, dores à pressão desse lado. Depois da observação, o A. admitiu a possibilidade do diagnóstico de apendicite. Havia um abaúlamento sonoro na fossa ilíaca esquerda, fazendo pensar num vôlvo pélvico, a-pesar da ausência completa de peristaltismo. nenhuns sintomas mais. Operação. Anestesia local. Laparotomia na fossa ilíaca direita, até ao ligado. Uma onda de pús saíu por essa abertura, e cuidando logo que o colega tivesse razão procurou o cego. Este estava são e não distendido, branco-azulado e o apêndice pequeno e senil estava são também; não era uma apendicite. Pús livre no ventre, entre as ansas. Vesícula biliar intacta e sã. Pús sem matérias fecais nem alimentares, nem cálculos, nem gás, nem sangue, nem bilis, por toda a parte.

Então o cólon exteriorizou-se espontaneamente e a lesão mostrou-se logo. No cólon transverso, a igual distância entre o ângulo direito e a linha média, existia uma zona comprida de 8 a 13 centímetros, tumefacta, vermelha como fogo, coberta de pús grosso e atapetada de falsas membranas, umas amarelas, outras brancas, moles e friáveis. Não havia perfuração. Nenhum tumor, nem induração, nem gânglio. No cólon, sibalas duras como pedras, que o A. pôde fazer circular livremente para um e outro lado. Limitou-se a limpar o cólon com uma compressa embebida em éter, com o cuidado de não desfazer as aderências que provavelmente mascarariam uma perfuração mínima. Fêz reentrar o cólon no ventre, vendo-se a zona doente no fundo da ferida operatória. Saco e tampão de Miculicz, sem nenhuma laqueação nem sutura da parede abdominal, o que tornou a operação rápida e simples. Sequências operatórias perturbadas por acidentes de fraqueza cardíaca, prostração, ameaças de pneumonia e de congestão pulmonar. A digitalina, a estriçnina e o tratamento médico habitual anularam estes incidentes. Nova prova de que as complicações pulmonares post-operatórias são muitíssimas vezes, e com toda a facilidade, atribuídas à anestesia geral, éter ou clorofórmio, quando afinal, e sobretudo em velhos e cancerosos, se observam também após anestesia local. São complicações sépticas provocadas por embolias partidas dum fóco operatório séptico, escreve o A.

A doente não teve complicações do lado abdominal, não houve vômitos, gases ao 3.º dia, gases ao 4.º. Cura completa após as etapas habituais. Não há dúvida de que o purgante fêz aparecer uma peritonite, no decurso dum período de prisão de ventre banal numa velha cujo cólon devia estar ulcerado. O A. não viu perfuração, e porisso não afirma que a tivesse ou não tivesse. Pensa como Lardennois (1920), que na ausência duma verdadeira úlcera, vista e reconhecida, se pode admitir que, com o tempo, num prêsso de ventre, as matérias fecais duras podem irritar, ulcerar a mucosa do cólon, ou seja por divertículo cólico, ou por lesão senil, arterite, trombose localizada. Na falta dum cancro, de tuberculose, de febre tifóide, de disenteria, de vôlvo, de

estrangulamento interno, de intoxicação aguda, de acidentes urémicos, é preciso pensar em ulcerações produzidas mecânicamente, no decurso da obstrução e da estase num cólon talvez mal irrigado por artérias esclerosadas, apertadas de calibre ou ateromatosas; e isso não é a úlcera verdadeira, a doença de Curveilhier.

O A. diz que o diagnóstico da úlcera cólica perfurada nunca foi feito senão após operação, depois de feitos outros de tuberculose ou de cancro do cólon, a frio, ou de ileus ou apendicite quando de urgência, e que só a operação aclarou.

MENESES.

Hepatite tóxica e hepatolise causadas pelo atophan. (*Toxic hepatitis and hepatolysis following the use of atophan*). Clínica de M. A. Rabinowitz. — *The Medical Clinics of North America*. Jan. 1928.

A-pesar-de ser geralmente inofensivo, o atophan mesmo administrado nas doses habituais, tem causado intoxicações. Os sinais tóxicos podem ser fugazes (exantemas e enantemas, febre, cefaléas, vômitos, diarréa); mas, por vezes, os sintomas são graves e até seguidos de morte por atrofia amarela aguda do fígado.

Os casos de intoxicação, descritos nas melhores revistas médicas, são devidos não só ao atophan, mas também a alguns dos seus derivados, como o atophanyl e o diiodatophan (colecistografia).

Parece que a acção tóxica é devida ao grupo quinoleico, que entra na molécula destes produtos farmacêuticos.

A dose e o tempo de administração da droga necessários para produzirem qualquer fenómeno tóxico, variam de individuo para individuo, dentro de extensos limites.

De todos os órgãos o que é mais freqüentemente lesado pelo atophan é o fígado; por isto, nós devemos ter cuidados especiais no seu emprêgo, quando o doente tem ou teve qualquer afecção hepática.

Os sintomas de intoxicação desta viscera podem ir desde a hepatite tóxica ligeira (simulando uma icterícia catarral), até à morte por insuficiência hepática mais ou menos aguda.

Nos casos de grave intoxicação pelo atophan, tem-se encontrado na autópsia, ao lado das lesões hepáticas (que são principalmente de degenerescência gorda), esplenomegalia, hiperplasia da medula óssea, necrose gorda do pâncreas, coração e rins, atrofia do tiroidéa, etc.

Nos casos de hepatite ligeira, há dores no hipocôndrio direito, icterícia e vômitos; mas se a gravidade aumenta, há hemorragias do tubo digestivo e das serosas, acompanhando-se de perturbações psíquicas.

Nas intoxicações graves, o fígado atrofia-se cada vez mais, chegando a não poder ser delimitado pela percussão.

O A. aconselha a nunca dar atophan nos casos de afecção hepática, devendo também ser posto de parte sempre que a glicémia fôr inferior a 1/100. Nos outros casos, começar com pequenas doses e ingerido com água alcalina, suspendendo o seu emprêgo logo que se manifeste qualquer dos sinais de into-

xicação referidos. Neste caso, como medida terapêutica, devemos dar glicose, sendo possível, ajudar com insulina a sua fixação no fígado.

O A., ao lado dos casos por êle descritos de intoxicação pelo atophan, cita os descritos na literatura médica, que, infelizmente, já são numerosos.

A. CARVALHO.

Biblioteca da «Lisboa Médica»

Obras recebidas:

Congresso Nacional de Medicina. — 1 vol. de 450 págs. — Pôrto, 1927.
— *Noticia do I Congresso* (Lisboa, Maio de 1928) e *Actas do II Congresso* (Pôrto, Junho, 1927).

Arquivos das Clínicas Cirúrgicas publicados por Angelo da Fonseca e Bissaia Barreto. Tomo I, 1928. Coímbra. Imprensa da Universidade.

Die Tumoren des Gehirns, pelo Prof. L. PUUSEPP. I e II fascículos. — Tartu-Dorpat, 1928.

O Ensino da Clínica Médica na Escola do Pôrto de 1907 a 1927, pelo Prof. TIAGO DE ALMEIDA. — Imprensa Ind. Gráfica do Pôrto, Limitada, 1928.

Contribución al estudio de la Reacción serologica de Muchow y Lewy en la lepra, por JULIO MIRÓ CARBONELL. — Madrid, 1928.

Sôbre la inconstancia de las reacciones con productos específicos en la tuberculosis. Contribución experimental al estudio de la inversión nuclear (síntoma de Vélez) en la tuberculosis. El polimorfismo del virus tuberculoso. Contribución a su estudio. — *Publicaciones del Instituto Revatllat.* — Pla Barcelona, Dezembro, 1927.

A Fisiologia nos gastro-enterostomizados, por JOÃO DE ALMEIDA. — Pôrto.

Notice sur l'œuvre scientifique de Carlos França, por M. FERREIRA DE MIRA. — Coímbra, Imprensa da Universidade, 1927.



Publicações do Primeiro Centenário da Fundação da Régia Escola de Cirurgia de Lisboa:

A Escola de Cirurgia do Hospital Real de Todos-os-Santos (1565-1775), pelo Dr. SEBASTIÃO COSTA SANTOS.

O Prof. Miguel Bombarda. A sua carreira e a sua obra de alienista, pelo Dr. SOBRAL CID.

A Clínica Psiquiátrica de Lisboa (Manicómio Bombarda).—Propostas de reorganização apresentadas a S. Ex.^a o Ministro da Instrução Pública, pelo Dr. SOBRAL CID.

O valor da biopsia e do exame histológico no diagnóstico das neoplasias, por HENRIQUE PARREIRA.

El Método Radiográfico en las investigaciones sobre Topografía cráneo-encefálica, pelo Dr. ALEJANDRO RODRIGUES CADARSO.

Aspirações Universitárias. A Universidade ao Serviço da Nação, pelo Dr. SOBRAL CID.

Os processos de beneficiação central das águas de consumo e de esgotos, por JOSÉ FIRMINO SANTANA.

A Escola de Cirurgia de Lisboa e os Cirurgiões Militares, por MANUEL GIÃO.

O Estudo Fisiológico da Contração Muscular, por JOAQUIM FONTES.

Esbôço do estado actual dos nossos conhecimentos sobre a acondropiasia, pelo Dr. A. DE BRITO FONTES.

Necrologia

H. Noguchi

Morreu com 56 anos, vítima da sua dedicação desinteressada à bacteriologia, êste grande sábio japonês, que consagrou tôda a sua vida à ciência. Contraiu a febre amarela quando estudava em pleno fôco epidémico, em Akra, na Africa Oriental inglêsa, o virus que o havia de matar.

Depois de terminar os seus estudos de Medicina em Tóquio, Noguchi freqüentou o Instituto de doenças infecciosas do Professor Kitasato, foi assistente do Professor Flexner, na Pensilvânia, do Professor Madsen, no Instituto Seroterápico da Dinamarca e entrou para o Instituto Rockefeller, tornando-se membro associado em 1914. Desde essa data, principalmente, cada trabalho publicado por êste notável investigador consistia numa nova contribuição para o progresso da ciência. Era um dos maiores mestres da bacteriologia.

Entre os trabalhos de Noguchi, ressaltam os que dedicou à cultura do virus sífilítico. Foi o primeiro que conseguiu produzir a sífilis em certos animais com culturas puras de *Treponema pallidum*, mostrando que o espiroqueta encontrado na sífilis era o agente desta doença (1911). Descobriu o *Treponema pallidum* nos cérebros dos paralíticos gerais, demonstrando a natureza sífilítica da demência progressiva. Estes resultados foram publicados com M. J. W. Moore em Fevereiro de 1913, e confirmados por: Marinesco e Minea (1913); Marie, Levaditi e Bankowski (1913); Förster e Tomaszewki (1913) que utilizaram a substância cerebral retirada dos doentes por meio da formação Neisser-Pollak, e que observaram os movimentos activos do *Treponema*. Entre nós, foram êsses resultados confirmados também pelo Prof. Pulido Valente, quatro anos depois (1917).

Fêz ainda a demonstração da presença do virus sífilítico na medula dos doentes com ataxia motora; introduziu a «luetine-reacção» como método de diagnóstico da sífilis; isolou e cultivou os parasitas da framboesa das febres recorrentes, da tinha, da doença das galinhas, o *Leptospira icteroides* associado à febre amarela, e, simultaneamente, o desenvolvimento de uma vacina preventiva e do sôro para o seu tratamento. A sua publicação



mais recente diz respeito ao virus que existe associado ao tracoma, nas Índias Americanas.

Trás o seu nome a reacção que descobriu em 1909 para determinar as condições anormais do líquido céfalo-raquidiano, particularmente na paralisia geral, na tuberculose meningea e na paralisia infantil.

Ainda com Flexner procedeu a investigações sobre a poliomyelite e a meningite cérebro-espinal.

A sua bibliografia, composta de centenas de publicações insertas nos jornais médicos de todo o mundo, é enriquecida de três livros muito apreciados: *Snake Venoms* (1909); *The Serum Diagnosis of Syphilis and Luetin Reaction* (1910), e *The Laboratory Diagnosis of Syphilis* (1923).

As circunstâncias em que se deu a morte de Noguchi, contraíndo a febre amarela no decurso das suas experiências, vem aumentar o rol dos mártires da medicina com mais um nome, e este da mais alta estirpe.

EDUARDO COELHO.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

A descoberta da circulação do sangue por W. Harvey

(A celebração do terceiro centenário)

«Espero, se estou na verdade, que a minha obra seja de algum proveito para a ciência e que a minha vida não tenha sido de todo inútil».

HARVEY — *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*. — Francfort, 1628.

O Colégio Rial dos Médicos de Londres, com a presença de delegados de 22 nações, acaba de comemorar com desusado brilho o terceiro centenário da publicação da monografia em que William Harvey expõe a sua descoberta da circulação do sangue.

Há trezentos anos, em 1628, com o *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*, pequeno tómo de 76 páginas, que Flourens denominou o mais belo livro de fisiologia, trouxe Harvey à biologia nada menos do que o conhecimento definitivo do movimento do coração e do sangue.

Médico do Hospital Saint-Barthélemy, professor de anatomia e de cirurgia no Colégio Rial, médico titular do rei Carlos I e um dos práticos de maior nomeada em Londres, tinha cincoenta anos quando apareceu o seu livro, escrito em latim e impresso em Francfort.

A doutrina que então dominava era a de Galeno. «Toda a Idade Média — escreveu Richet — viveu sobre as idéas de Galeno... Dêle se aproveitaram, apenas, os seus êrros e as suas teorias, esquecendo-se as suas experiências» (1). Embora o médico de Pérgamo, servindo-se dos métodos experimen-

(1) Richet: Harvey, *La circulation du sang*, rad. fr., Paris, 1879.

tais, tenha feito observações exactas sobre o coração e os vasos, mostrando que o sangue das artérias difere do das veias; demonstrando ainda, em parte por experiências em animais vivos, a existência da pequena circulação e da passagem do sangue do coração para as artérias, as concepções de Galeno estavam cheias de erros anatómicos e fisiológicos. A sua doutrina expõe-na Gley (1) nestes termos:

•O sangue forma-se no fígado, que recebe pela veia porta os princípios dos alimentos modificados no tubo digestivo. É transportado a tôdas as partes do organismo pela veia cava, que, ao saír do fígado, se divide em dois ramos, um ascendente, o outro descendente. É o segundo que distribue o sangue nos órgãos da parte inferior do corpo para os nutrir, enquanto que o primeiro o leva para a aurícula direita, donde a veia cava superior o conduz às partes superiores do corpo. Mas Galeno tinha visto sangue nas artérias. Como penetra o sangue nestes vasos e para onde vai? A veia cava transporta o sangue para o ventrículo direito; uma parte dirige-se para os pulmões pela artéria pulmonar, não só para o alimentar, mas também para se misturar com o ar; uma outra parte passa directamente pelos póros do septo interventricular; por seu lado, o sangue que atravessa os pulmões regressa ao coração esquerdo pela veia pulmonar. É por esta mistura de sangue e de ar no ventrículo esquerdo que se formam os espíritos vitais. Os ventrículos contêm, pois, um sangue pneumatizado, um sangue misturado de espíritos. O ventrículo esquerdo envia êste sangue pelas artérias, que revivifica os órgãos justamente porque contém espíritos vitais. Tanto nas veias como nas artérias, o sangue vai do centro para a periferia, depois, nas duas ordens de vasos, volta sobre si próprio; do fígado e do coração às diversas partes do corpo e, destas, ao fígado e ao coração, é uma sucessão de fluxo e de refluxo. Do mesmo modo a veia porta conduz o quilo do intestino ao fígado durante a digestão e o sangue do fígado ao intestino durante a fase de repouso do tubo digestivo».

A doutrina era coerente, mas feita de entidades imaginárias. Estas concepções foram universalmente aceitas e todo o trabalho de Harvey consistiu em substituí-las pela realidade anatómica e fisiológica, fundada na observação e na experiência.

Começou os seus estudos em Itália com a idade de vinte anos. Proseguiu-os na Universidade de Pádua, onde ensinavam Colombo e Fabrício d'Acquapendente. Teve aí um meio admirável que favoreceu o desenvolvimento do seu génio. O clima espiritual da Europa tinha em Itália a sua estação predilecta. Era um mundo novo que renascia! O espírito da Renascença tocava as mentes superiores com o seu fogo sagrado.

Galileu, o apóstolo do método experimental, atraía às suas lições a *élite* não só de Itália como de toda a Europa que ia aprender a *nuova scienza*. O estudante inglez aprendia nesta atmosfera de beleza espiritual os métodos novos que iam revolucionar a ciência.

Os homens da Renascença, sofrendo de uma curiosidade de espírito insaciável, realizavam *l'uomo universale* — «o homem que sabe tudo e traz no seu

(1) Gley: *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n.º 21, 1928.

espírito a cultura do seu tempo, não à maneira dos áridos compiladores da Idade Média, mas como um artista sempre pronto à invenção pessoal» (Gebhart). O Renascimento estava representado nos homens que, como Leonardo Vinci, Ronsard, Galileu, Harvey, Lutero e Descartes, resumiam em si tódã a cultura e tódã a experiência do seu século, isto é, no espírito que alimentava com um novo e reconfortante alento tódãs as forças da produção humana.

São desta tẽpera os homens da Renascença. Foi assim Wiliam Harvey.

Regressado a Londres tornou-se o amigo de Francisco Bacon, o célebre autor de *Novum Novorum*.

Vevificado o seu espírito por uma séria disciplina filosófica, que Cláudio Bernard definiu mais tarde «*cet esprit philosophique qui sans être nulle part est partout et qui sans appartenir à aucun système, doit régner non seulement sur toutes les sciences, mais sur toutes les connaissances humaines*», Harvey aponta estes passos: «... A rotina e uma doutrina adoptadas, profundamente enraizadas no nosso espírito, são para nós como que uma segunda natureza, sobretudo quando o respeito pela grande antigüidade aí se vem juntar. Mas que a sorte venha em nosso auxílio! Confio na lealdade dos sábios e no seu amor pela verdade».

Faz experiências na rã, no sapo, no lagarto, nos peixes, no porco, no carneiro, nos animais do parque de Windsor, que o rei põe à sua disposição; põe o coração de todos êsses animais a descoberto e observa as suas pulsações. Nas serpentes retalha o coração e estuda as contrações isoladas de cada um dos fragmentos. Laqueia as artérias, as veias, mede a quantidade de sangue que o coração envia para as artérias em cada uma das suas contrações, isto é, determina o volume da sístole cardíaca.

Assim, o estudo do coração faz-se primeiro nos animais de sangue frio, por ser neles que melhor se pode estudar a sucessão dos seus movimentos, visto o coração bater mais lentamente; depois nos animais de espécies diferentes, inaugurando desta sorte a fisiologia comparada.

«De observação em observação — como afirma Gley -- e de experiência em experiência, caminhando passo-a-passo e metódicamente, chega a esta noção: que o sangue, saindo pela aorta, passa das pequenas artérias para as veias, donde volta ao coração direito, da mesma maneira que sai do coração direito através dos vasos pulmonares, donde torna ao coração esquerdo.

Ninguém, como afirma Huxley, imaginára que uma dada quantidade de sangue, contida por exemplo no ventrículo direito do coração pudesse, por acção mecânica das pulsações dêste órgão, ser conduzida ao seu ponto de partida depois de ter percorrido todo o organismo.

As suas observações, tódãs fundadas em viviseções, são ordenadas com lógica, podendo dar-se aos investigadores modernos como padrão de raciocínio científico.

A exposição que fêz Descartes no *Discours de la Méthode* (5.^a parte) (1) da descoberta de Harvey é bem elucidativa: «... Quero dar aqui a explicação do movimento do coração e das artérias... E, afim de se ter menos dificuldade

(1) Descartes; *Discours de la Méthode*, ed. Flammarion, págs. 31 e ss.

em perceber o que eu digo, desejava que todos os que não são versados na anatomia tivessem o trabalho, em vez de lêr isto, de mandar cortar diante de si o coração de qualquer animal de grandes dimensões, que tenha pulmões, pois é bastante semelhante ao do homem, e lhe façam mostrar as duas câmaras ou cavidades que possuem. Se se pergunta porque é que o sangue se *não esgota*, correndo assim continuamente do coração, e porque é que as artérias não são completamente cheias, visto que tudo o que passa pelo coração aí vai dar, não tenho necessidade de escrever outra coisa senão o que já foi escrito por um médico de Inglaterra, a quem devemos louvar por ter rompido o gêlo desta matéria, e ter sido o primeiro a ensinar que há várias pequenas passagens nas extremidades das artérias, por onde o sangue que elas recebem do coração entra nos pequenos ramos das veias e donde vai novamente para o coração; de sorte que o seu curso constitue uma circulação perpétua».

Depois da demonstração rigorosa do movimento circular do sangue, apoiada nas mais precisas provas experimentais, Harvey afirma: «Emfim, posso propôr a todos a minha doutrina sôbre a circulação do sangue». E, depois: «Em tôdas as partes da medicina, fisiologia, patologia, semiótica, terapêutica, quantos problemas podem ser resolvidos com o auxilio desta verdade e desta luz! Quantas dúvidas podem ser aplanadas! Quantas obscuridades elucidadas! Repassando tudo isto no meu espirito, encontro um vasto campo a percorrer, onde poderia estender-me de tal modo que a obra ultrapassava as dimensões dêste volume, mas talvez que a sciência me faltasse para a acabar».

Assim põe fecho ao seu livro, escrito com a maior singeleza, de uma transparente clareza de idéas, no qual o leitor se sente arrastado pela maneira por que Harvey o conduz de argumento em argumento à demonstração irrefutável da sua tésé.

*
*
*

Sob o ponto de vista *metodológico* três conclusões se impõem na obra de Harvey, que mais a valorizam ainda.

Uma é de ordem geral, que diz respeito à filosofia das sciências. O fenómeno da circulação aparece na obra de Harvey como sendo puramente mecânico. É a introdução da física na fisiologia. É — como notou Gley — a unidade da sciência que se revela nessa obra.

A segunda diz respeito ao método da fisiologia. Harvey instituiu a experimentação no animal vivo como método da fisiologia, que definitivamente foi posto por Magendie.

Partindo do exame cuidadoso das formas anatômicas, submete as conclusões fisiológicas permitidas pelo exame das estruturas ao contrôle da experiência.

A terceira consequência da sua obra é relativa ao critério da «quantidade» da sua doutrina. Pela primeira vez, segundo Huxley, na discussão de um problema de fisiologia se introduziram considerações quantitativas. Demonstrando que o sangue é enviado constantemente para as artérias pelas

contrações do coração, compara a *quantidade* de sangue lançada pelo coração num curto espaço de tempo à *quantidade* total de sangue contida no corpo.

A despeito «dos obstáculos, das objecções e das injúrias», servindo-me das palavras de Beclère referentes aos críticos de Harvey, a doutrina da circulação do sangue acabou por triunfar. Ultrapassou as comarcas da medicina e entrou na filosofia das sciências. Descartes descreve-a no *Discours de la Méthode* e no *Traité de l'Homme*.

É curioso vêr como o sábio inglez Huxley, que considerava Galileu, Harvey e Descartes os grandes iniciadores do pensamento moderno, ligava o pensamento do filósofo ao do fisiologista e ao do fisico, estabelecendo uma unidade fundamental entre êles: Descartes viu que as descobertas de Galileu significavam que leis mecânicas regem os pontos mais afastados do universo, e os de Harvey fizeram-lhe compreender que estas mesmas leis presidem às operações desta parte do mundo mais próxima de nós, isto é, à própria estrutura do nosso corpo.

Foi esta descoberta notável da circulação do sangue, cujo terceiro centenário o Colégio Rial dos Médicos de Londres acaba de comemorar.

As palavras com que Harvey abre a descrição da sua doutrina podem constituir o ideal do investigador moderno que não vê a sua pessoa, mas a porção de verdade que traz, porventura, na sua humildade, à sciência dos homens: «*Espero, se estou na verdade, que a minha obra seja de algum proveito para a sciência e que a minha vida não tenha sido de todo inútil*».

EDUARDO COELHO.

Faculdades de Medicina

De Coimbra

Vai ser aberto concurso para provimento dos lugares de preparador e ajudante do conservador do Instituto de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Coimbra.

—O sr. dr. João Maria Pôrto foi proposto para o lugar de professor ordinário de Pediatria.

—Foram contratados para assistentes provisórios da Faculdade de Medicina de Coimbra os srs. drs. Carlos Santos (Filho) e João de Oliveira e Silva.

--O sr. prof. dr. Fernando de Almeida Ribeiro foi nomeado director da Faculdade de Medicina de Coimbra.

De Lisboa

Vai ser aberto concurso para provimento de dois lugares de segundo assistente de Psiquiatria na Faculdade de Medicina de Lisboa e para um lugar de 2.º assistente de Histologia e Embriologia da mesma Faculdade.

*
* * *

Faculdade de Medicina de Paris

Na Faculdade de Medicina de Paris criou-se a *Cadeira de Tisiologia*, sendo nomeado professor o eminente tisiologista Léon Bernard, que regia a cadeira de Higiene.

*
* * *

Colectividades científicas

Academia das Ciências de Lisboa

Na sessão de 9 do corrente o sr. prof. dr. Magalhães Lemos fêz uma comunicação sôbre «Emoção-choque e confusão mental».

Esta comunicação vai ser publicada num dos próximos números da «Lisboa Médica» como artigo original.

Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão de 9 de Junho o sr. prof. dr. Sabino Coelho fez uma comunicação subordinada ao título «Reivindicação clínica a favor de Sousa Martins» e o sr. dr. Weiss d'Oliveira uma outra «A ginástica médica e a massagem».

Sociedade de Biologia

Sessão de 4 de Junho :

«Action de l'ergotamine sur le cœur du Chien (Études électrocardiographiques)», por Eduardo Coelho ;

«Le mécanisme de l'action de l'ergotamine sur le chimisme gastrique», por Eduardo Coelho e J. Cândido de Oliveira;

«Nouvelles observations cytologiques sur la germination des graines», por A. Gonçalves da Cunha;

«Sur la coloration vitale du vacuome dans les cellules des graines germées», por A. Gonçalves da Cunha;

«Sur les relations de la glycémie et de la température», por Alberto de Carvalho.



Hospitais

Civis de Lisboa

O «Diário do Govêrno» publicou um decreto modificando o regime de admissão aos lugares de assistentes e aos de internos dos serviços clínicos dos hospitais civis de Lisboa.

A êsses lugares poderão concorrer:

Os médicos habilitados com o diploma concedido findo o 3.º ano de internato dos Hospitais Civis de Lisboa e com dois anos de freqüência, como internos do 2.º e 3.º anos, dos respectivos serviços de cirurgia, de medicina, de especialidades ou de agentes físicos; os assistentes das clínicas das Faculdades de Medicina, a que se refere o § único do artigo 78.º do decreto-lei n.º 1.563, de 9 de Julho de 1918; os médicos formados pelas respectivas escolas ou Faculdades de Lisboa, Pôrto ou Coímbra até a data do primeiro concurso para internos. Em igualdade de circunstâncias os primeiros terão preferência para a classificação e nomeação.

Pode ainda o Govêrno, sob proposta do enfermeiro-mór, firmada no parecer do conselho técnico, autorizar a admissão a concurso de médicos formados nas três Escolas e que, não satisfazendo às condições anteriores, tenham prática similar à do internato dos Hospitais Civis de Lisboa, adquirida em Portugal ou no estrangeiro.

O internato em todos os serviços clínicos dos Hospitais Civis de Lisboa dura três anos.

Os lugares de internos dos 1.º e 2.º anos serão providos por concurso público, de provas práticas, a realizar antes do início de cada ano do internato. Aos lugares de internos do 1.º ano dos serviços clínicos só poderão concorrer médicos diplomados pelas respectivas escolas ou Faculdades de Lisboa, Pôrto ou Coímbra. Aos lugares de internos do 2.º ano só poderão concorrer os internos do 1.º ano com boas informações e aproveitamento. Os lugares de internos do 3.º ano serão providos, sem dependência de concurso, pelos internos que no 2.º ano tenham tido bom aproveitamento, conforme as informações

respectivas. Os concursos do 1.º ano de internato dos serviços clínicos serão para medicina e cirurgia e os do 2.º ano para medicina ou para cirurgia. Os internos do 1.º ano serão distribuídos exclusivamente pelos serviços gerais de medicina e cirurgia; os do 2.º ano pelos serviços gerais de medicina e cirurgia, pelos serviços de especialidades e de agentes físicos, conforme o número de vagas que houver respectivamente.

É concedida a frequência em serviços de especialidades ou de agentes físicos dos Hospitais Cíveis de Lisboa, durante dois anos, com os deveres e direitos dos internos respectivos, excepto o de qualquer vencimento, gratificação pecuniária, aos médicos diplomados com o 3.º ano de internato e frequência de serviços de medicina ou cirurgia; e, semelhantemente, aos que tendo frequência de serviços de especialidades ou de agentes físicos a desejem possuir dos serviços para que no 2.º ano de internato hajam feito concurso. Estas concessões serão feitas em número fixado, prévia e anualmente pela Direcção dos Hospitais.

Será exonerado das suas funções o interno que der mais de noventa faltas em cada ano civil.

A folha oficial também inseriu o decreto modificando diversas disposições do regulamento dos concursos para provimento dos lugares de assistentes e internos dos serviços clínicos e laboratoriais e de chefes de serviço, assistentes e internos dos serviços farmacêuticos dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

Escolar de Santa Marta

De acôrdo com o conselho escolar da Faculdade de Medicina de Lisboa, vai ser nomeado director o sr. prof. dr. Carlos de Melo.

*
* * *

Ensino da Estomatologia

Foi publicado o seguinte decreto:

«Artigo 1.º — Ficam suspensos os decretos n.ºs 14:180 de 11 de Agosto de 1927 e 15:199 de 21 de Fevereiro de 1928.

Art. 2.º — O Govêno nomeará uma comissão composta de professores da Faculdade de Medicina, médicos estomatologistas e cirurgiões dentistas formados por escolas estrangeiras de reconhecido valor scientifico, para, no prazo de 30 dias, se pronunciar sôbre a doutrina dos decretos acima citados e propôr superiormente a organização definitiva do ensino de Estomatologia.

Instituto Português para o Estudo do Cancro

A comissão directora do Instituto Português para o Estudo do Cancro solicitou ao sr. ministro da Instrução as verbas de 11 contos para material e 18 para pessoal como auxílio à despesa mensal do mesmo estabelecimento. Até à actualidade inscreveram-se no mesmo Instituto 252 doentes, em 33 dias de consulta, tendo sido dadas 415 consultas, observados e tratados 219 doentes e feitas 1711 aplicações de raios X, 138 exames histológicos e 350 análises.

Um prémio destinado a um trabalho de medicina

A delegação da Associação Espanhola para o progresso das sciências criou, por iniciativa do sr. Manuel Garcia Nogueiro, um prémio que será concedido por ocasião do congresso que, com a sociedade sua congénere em Portugal, aquela associação realizará em Barcelona em Abril e Maio do próximo ano.

Esse prémio consistirá numa medalha de ouro, 2.500 pesetas e o titulo de sócio vitalício honorário, podendo concorrer médicos espanhóis e portugueses inscritos ou que se inscrevam como membros daquelas associações.

Os trabalhos apresentados ao concurso deverão ser originaes e inéditos e não exceder 32 páginas calculadas como se estivessem impressas, sendo necessária a sua inclusão em envelope fechado, sobre o qual se designará o fim a que se destinam. O prazo para a admissão destas memórias termina em 15 de Abril de 1929. O júri que as apreciará será constituído pelo presidente da secção médica da Associação Espanhola, professor Sebastian Recazens, presidente da secção médica do Congresso de Cadiz; D. Leonardo Rodrigo Lavin, presidente da mesma secção em Barcelona; prof. Augusto Pi Suñer, e um professor português designado pela Associação Portuguesa para o progresso das sciências.

As memórias deverão ser entregues a estes professores ou à secretaria geral da Associação.

Jornadas Médicas do Rio de Janeiro

A classe médica portuguesa foi convidada, por intermédio da comissão organizadora do nosso III Congresso Nacional de Medicina a fazer-se repre-



sentar pelos seus componentes nas Jornadas Médicas do Rio de Janeiro, que se realizarão de 15 a 19 de Julho próximo.

A correspondência deverá ser dirigida ao sr. dr. Belmiro Valverde, secretário geral das Jornadas, para a rua de S. José, 84, 4.º, Rio de Janeiro.

*

* *

Conferências

Na Sociedade de Geografia fêz o sr. dr. José de Magalhães uma conferência sôbre «Tests mentais e a sua aplicação militar».

— O sr. dr. Damas Mora fêz na Sociedade de Geografia uma conferência intitulada «A assistência ao indígena como factor económico do desenvolvimento das colónias».

*

* *

Necrologia

Dr. António de Azevedo

Faleceu no dia 10 do corrente o sr. dr. António de Azevedo, redactor principal da «Medicina Contemporânea». Ao corpo redactorial dessa Revista apresenta a Redacção da «Lisboa Médica» os seus sentimentos.

— Também faleceu na Beira, Moçambique, o sr. dr. José Araújo de Lacerda, médico da Companhia de Moçambique.

— Em Almeirim faleceu o sr. dr. Guilherme Nunes Godinho. Era formado pela Escola de Lisboa.

*Tratamento completo das doenças do fígado
e dos síndromas derivativos*



Litiase biliar, insuficiência hepática, colemia amiliar,
doenças dos países quentes,
prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos

2 a 12 pílulas por dia
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem
de Extracto de Bilis
glicerinado
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 160 gr.
de água fervida
quente.
Crianças: $\frac{1}{2}$ dose

Depósito Cerel, Amstras e literatura: LABORATORIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^ª, Rua Nova da Trindade, 9-1.º — LISBOA

OPOTERAPIA VEGETAL

Os Energétènes BYLA

TODO O SUCO INALTERAVEL DA PLANTA FRESCA E VIVA

Valériane Byla

Digitale Byla

Colchique, Kubépine, Genêt, Gui, Muguet, Sauge, Cassis, Marrons d'Inde

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

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA



EXPOSIÇÃO MEDICO-
CIRURGICA PROMOVIDA
PELA LISBOA MEDICA
POR OCASIÃO DO CENTENÁRIO DA
RÉGIA ESCOLA DE CIRURGIA DE
LISBOA.

EM REUNIÃO DO JURI FOI DELIBERADO CON-
CEDER DIPLOMA DE MEDALHA DE
OURO AO EXPOSITOR *Alves e C.^a*
(Irmãos) pelos productos "Wander."

O PRESIDENTE

O SECRETARIO

Alves Berne

A. Fluvián D.^s

Pro memoria:

OVOMALTINE, fortificante;
JEMALT, óleo de fígado de
bacalhau isento do seu
gosto desagradável.

ALUCOL, contra a hiperaci-
dez e suas consequências;
CRISTOLAX, laxante tónico
e digestivo;

FORMITROL, contra as
doenças infecciosas da boca
e da garganta.

MALTOSAN, sopa de malte
Keller;

NUTROMALT, açúcar nu-
tritivo para crianças de
mama.

Dr. A. WANDER, S. A. BERNE

Únicos concessionários para Portugal:

ALVES & C.^a (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41, 2.^o — LISBOA

Sala
Est.
Tab.
N.º