

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO—N.º 149
8 de Julho de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

VOL. II (Nova série)
Publica-se às quintas-feiras

NOVO!

COBENAL

AZEVEDOS

FOSFATO DE ADENINA + ANEURINA ACTIVADA * + VITAMINA B₁₂

* Aneurina activada pelo ião-pirofosfórico, em meio adenosino-fosfórico glicosado

INDICAÇÕES

Adinamia neuro-muscular e cardíaca • Convalescências • Astenia consecutiva ao uso de antibióticos • Neurastenia, nervosidade, instabilidade psíquica • Estados de desnutrição • Deficiências de crescimento e desenvolvimento das crianças e lactentes • Anorexia e astenia dos velhos e crianças • Dermatoses seborreicas • Neurodermites e certos eczemas • Dermatites de contacto • Urticária crónica • Lupus • Zona • Esclerose em placas • Nevrites • Nevralgias do trigémio • Polinevrites diversas • Osteoartrite e osteoporose • Hemicrânia • Hepatopatias • Perturbações da gravidez: vômitos, hiperestésias, etc.

APRESENTAÇÃO

Injectável:

- NORMAL 5x2,2
- FORTE 3x3,3
- FORTÍSSIMO 3x3,3

Oral:

- XAROPE — Frascos de 100 cm³ para uso oral.

LITERATURA DETALHADA E AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS EX.^{MOS} CLÍNICOS



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

| | Pág. |
|---|------|
| ALEXANDRE SARMENTO e F. FIGUEIRA HENRIQUES — <i>Alguns aspectos demográficos dos Bochimanes do Sul de Angola</i> | 567 |
| JOSÉ MARTINS BARBOSA — <i>Doença de Fox e Fordyce</i> ... | 573 |
| MOVIMENTO MÉDICO—ACTUALIDADES CLÍ- NICAS E CIENTÍFICAS — <i>Granulomas perito- neais de corpos estranhos</i> — AMÂNDIO TAVARES ... | 583 |

SUPLEMENTO

| | Pág. |
|--|------|
| <i>A Escola Médica de Goa e o Ultramar Português</i> — PACHECO DE FIGUEIREDO | 491 |
| <i>Ecos e Comentários</i> | 493 |
| <i>Congresso Internacional de Ginecologia e Obstetria</i> | 494 |
| <i>A encefalografia de Gayet-Wernicke e as encefalopatias carenciais dos alcoólicos</i> — J. CAMBIER | 496 |
| <i>Noticiário diverso.</i> | |

Isolados, eficientes... juntos, muito melhor



HYDRO-BILEIN

MARCA REGISTRADA

(BILEIN E ÁCIDO DEHIDROCÓLICO, ABBOTT)

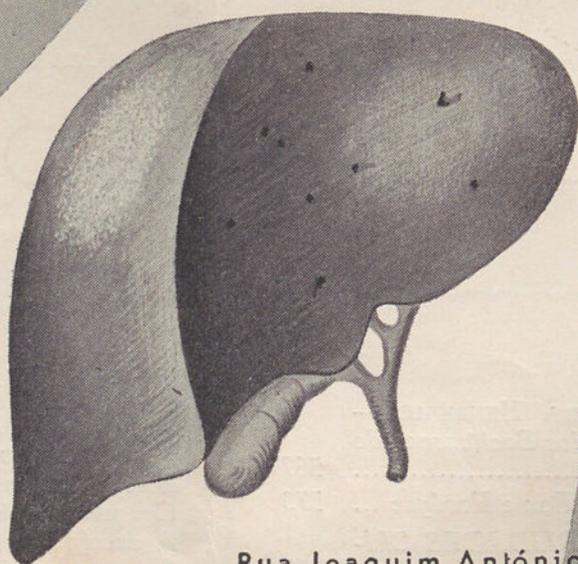
■ Uma terapêutica muito mais ampla contra os transtornos das vias biliares, é possível associando o ácido dehidrocólico aos sais biliares naturais num só produto. Este é o HYDRO-BILEIN, preparado Abbott, que contém 0,12 gm. de ácido dehidrocólico e 0,12 gm. de bilis de boi exsiccada e purificada.

O ácido dehidrocólico aumenta o volume de bilis e estimula a sua expulsão pelas vias biliares; o segundo componente produz uma bilis que contém sais biliares em quantidade equiparável à da bilis normal.

Além de produzir um verdadeiro efeito colerético —HYDRO-BILEIN facilita a absorção intestinal das gorduras e vitaminas lipossolúveis e aumenta a motilidade do intestino, provocando, assim, um efeito laxativo natural.

A dose média é de um confeito, duas a quatro vezes por dia, preferivelmente depois das refeições; esta dose pode reduzir-se se produzir efeitos laxativos não desejáveis.

HYDRO-BILEIN é apresentado em frascos de 40 e 100 confeitos.



ABBOTT LABORATÓRIOS, L.^{DA}

Rua Joaquim António de Aguiar, 43 r/c. D.^o
LISBOA — PORTUGAL

Alguns aspectos demográficos dos Bochimanes do Sul de Angola



ALEXANDRE SARMENTO

(Médico do Hospital do Ultramar e antigo Médico dos Serviços de Saúde de Angola)

e

F. FIGUEIRA HENRIQUES

(Médico do Quadro Comum do Ultramar)

I

Dispensamo-nos de acentuar o interesse indiscutível e dia a dia crescente dos estudos demográficos, pois tal facto é hoje unânimemente reconhecido por quantos (médicos, políticos, biólogos, sociólogos, etc.) se consagram à investigação dos diversos ramos em que se desdobram as Ciências Humanas.

No que diz respeito às populações nativas e atrasadas dos diversos Continentes, tais estudos revestem-se de particular oportunidade e sentido prático, pois concorrem poderosamente para esclarecer muitos factos que, sem a sua ajuda, ficariam certamente velados por um manto de imprecisão mas cujo conhecimento—deve-se acentuar—é precioso para a resolução de importantes problemas técnicos e administrativos.

Julgamos que o presente trabalho—movido pelo propósito de procurar contribuir para um melhor conhecimento das populações do Ultramar Português—tem o interesse especial de se referir a uma que, neste aspecto, é ainda bastante mal conhecida.



Area da Delegacia de Saúde do Baixo-Cunene

Referimo-nos aos Bochimanes ou Bacancalas—povos não-bântus do grupo Coi-san já hoje bastante escassos em número (recordemos que o Censo de 1940 dava um total de 5.882 indivíduos para o conjunto dos bochimanes e hotentotes) e que, como é sabido, levam uma vida miserável e primitiva por algumas zonas e regiões do sul e sudeste de Angola e dos territórios estrangeiros vizinhos.

Este estudo baseia-se essencialmente num inquérito que um de nós efectuou directamente junto de 100 mu-

lheres bochimanes, na área da Delegacia de Saúde do Baixo-Cunene (Postos de Cafima e Melunga).

É certo que o número de mulheres inquiridas não é muito elevado mas, se atentarmos nas condições muito especiais da vida desta gente, sem dúvida que sentimos que tal número representa já uma contribuição razoável para o estudo que temos em vista.

II

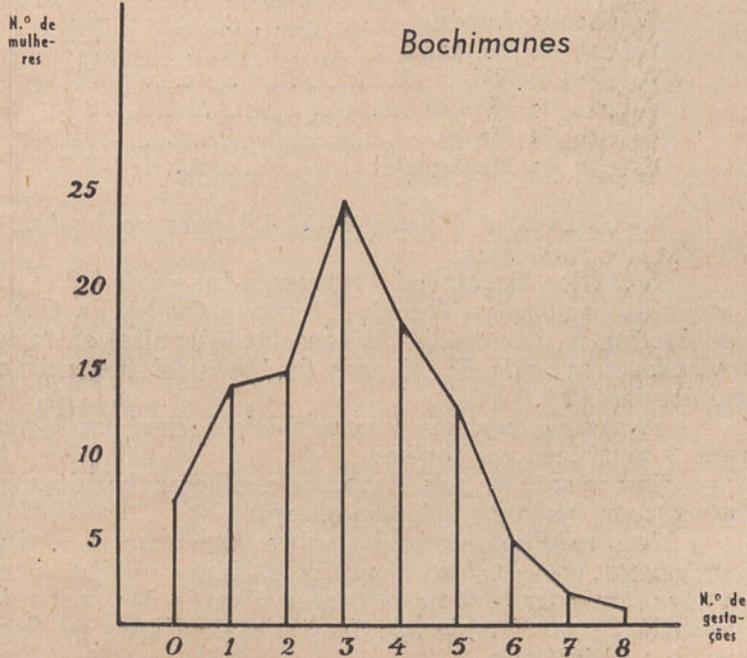
Como já dissemos, este trabalho assenta nos elementos obtidos no interrogatório realizado a 100 mulheres bochimanes.

Estas, todas casadas segundo os usos e costumes gentílicos, repartiam-se assim segundo as idades aparentes:

| | | |
|----------------------|----|----------|
| 15 a 19 anos | 19 | mulheres |
| 20 a 29 » | 39 | » |
| 30 a 39 » | 15 | » |
| 40 a 49 » | 17 | » |
| 50 a 59 » | 8 | » |
| 60 e mais anos | 2 | » |

Nestas 100 mulheres, apurámos o seguinte no que respeita ao número de gravidezes até ao momento do inquérito:

| | |
|---------------------------------------|----|
| Mulheres que nunca engravidaram | 7 |
| Mulheres com 1 gestação | 14 |
| Mulheres com 2 gestações | 15 |
| Mulheres com 3 » | 25 |
| Mulheres com 4 » | 18 |
| Mulheres com 5 » | 13 |
| Mulheres com 6 » | 5 |
| Mulheres com 7 » | 2 |
| Mulheres com 8 » | 1 |



Em relação às que engravidaram, temos pois uma média de 3,08 gestações por mulher.

A taxa de esterilidade é de 7%, mas devemos todavia esclarecer que as sete mulheres que declararam nunca ter engravidado estão todas incluídas no grupo etário 15-19 anos, o que nos leva a admitir que muitas delas possam ainda vir a ser mães dado o curto período ainda decorrido da sua actividade genital.

Assim, a taxa encontrada talvez não reflita exactamente a verdade, devendo portanto a taxa exacta ser mais baixa do que o valor apontado.

Trabalhando com os elementos do Censo de 1940, um dos autores deste estudo encontrou uma cota de 29,1% de esterilidade para o total das mulheres indígenas de Angola com mais de 14 anos de idade.

Nos Camarões a percentagem de mulheres estéreis era a seguinte, segundo os grupos étnicos: Bantus — 7,8%; Sudaneses — 13,8%; Negro-Hamitas — 29,7%.

No Togo este índice é de 10,6% e no Gabão de 10%.

L. Marchalant, num inquérito demográfico realizado junto das populações Yacouba, Toura e Oubé da Costa do Marfim, encontrou para elas, respectivamente, os seguintes índices de esterilidade: 9,69, 12,77 e 8,75.

Na Guiné Portuguesa — onde se têm levado a cabo valiosos e interessantes estudos demográficos da população indígena — Eduino Brito encontrou para a tribo Balanta 11,6% de mulheres infecundas e 6,6% para a tribo Brame.

Vemos assim que, em confronto com a de várias populações africanas, a taxa de esterilidade entre as mulheres bochimanas é relativamente baixa.

III

Vejamos agora o que se refere ao número de filhos havidos. Segundo os resultados do inquérito, 93 mulheres bochimanas deram à luz 281 filhos, o que nos leva a uma média de 3,02 filhos por mulher.

Tem agora interesse confrontar esta taxa de capacidade genital com o que tem sido observado em outras populações.

Na população indígena total de Angola, o valor médio é de 3,4.

Para algumas províncias administrativas e distritos do mesmo território ultramarino, os valores são estes:

| | |
|-----------------------------|-----|
| Província do Congo | 3,9 |
| Província de Malange | 3,0 |
| Província de Benguela | 3,8 |
| Província do Bié | 2,9 |
| Província da Huila | 3,3 |
| Distrito do Huambo | 4,2 |
| Distrito do Congo | 4,0 |
| Distrito do Zaire | 3,8 |
| Distrito da Lunda | 2,9 |
| Distrito de Benguela | 3,7 |
| Distrito do Bié | 3,3 |
| Distrito do Moxico | 2,3 |
| Distrito da Huila | 3,4 |
| Distrito de Moçâmedes | 3,0 |

Nos Camarões o valor é de 4,6 para os bantus e 3,9 para os sudaneses.

Na África Equatorial Francesa a taxa é de 3,2.

Nas populações Yacouba, Toura e Ouobé, da Costa do Marfim, a taxa média da capacidade genital entre as mulheres com mais de 45 anos de idade foi, respectivamente, de 4,2, 3,6 e 5,4.

Admite-se geralmente como média normal em África a de 3 a 4 filhos por mulher.

Em relação a esta taxa, as mulheres bochimanas apresentam portanto valores concordes.

Nos trabalhos realizados sobre este tema na Guiné Portuguesa por António Carreira e Eduino Brito, estes autores preferiram adoptar para a fixação das taxas de fecundidade as fórmulas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Nestas, «M» representa o número total de mulheres aptas para a reprodução; «m» o número das que tiveram filhos e «F» o número total de filhos havidos pelas *m* mulheres acima referidas.

A razão F/M é denominada «razão cumulativa de fecundidade» e a razão F/m «razão cumulativa de prolificidade».

À razão m/M é dada a designação de «quota das mulheres prolíficas».

Aos produtos por 100 das duas primeiras razões dão-se, respectivamente, os nomes de taxas de fecundidade e prolificidade.

No nosso caso das mulheres bochimanas, temos:

| | |
|--|-----|
| Mulheres aptas para a reprodução (M) ... | 100 |
| Mulheres que tiveram filhos (m) | 93 |
| Número de filhos havidos (F) | 281 |

Calculando as taxas, teremos:

| | |
|--|-------|
| Taxa cumulativa de fecundidade | 281,0 |
| Taxa cumulativa de prolificidade | 302,1 |
| Quota de mulheres prolíficas | 93,0 |

Para cotejo, damos seguidamente os valores encontrados na Guiné Portuguesa:

| Tribus | Tx. cum. fec. | Tx. cum. prol. | Qt. mulh. prol. |
|----------------|---------------|----------------|-----------------|
| Bramas | 288,6 | 309,2 | 90 |
| Balantas | 242,0 | 273,9 | 88 |

Como se vê, são bastante aproximadas as taxas das bochimanas e das guineenses.

IV

Como já dissemos, foi de 281 o número de filhos havidos pelas mulheres do nosso inquérito.

Importa agora ver qual foi a distribuição segundo as idades das mães e número respectivo de filhos:

| Idade das mães | 1 filho | 2 filhos | 3 filhos | 4 filhos | 5 filhos | 6 filhos | 7 filhos |
|---------------------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 15-19 anos. | 9 | 2 | 1 | — | — | — | — |
| 20-29 anos. | 7 | 10 | 13 | 7 | 2 | — | — |
| 30-39 anos. | — | 5 | 7 | 2 | 2 | — | — |
| 40-49 anos. | — | — | 2 | 4 | 5 | 3 | 1 |
| 50-59 anos. | 1 | — | 3 | — | 2 | 1 | 1 |
| 60 e mais anos. . . | — | — | 1 | 1 | — | — | — |

Por este quadro se vê que o número mais frequente de filhos por mulher foi o de 3, pois foram 27 as que deram à luz tal número de descendentes.

Seguem-se, em paridade, as mulheres com 2 e 1 filhos, vindo depois, por ordem decrescente, as com 4, 5, 6 e 7 filhos.

Para maior facilidade de exame, damos este quadro:

| | |
|-----------------------------|----|
| Mulheres com 1 filho | 17 |
| Mulheres com 2 filhos | 17 |
| Mulheres » 3 » | 27 |
| Mulheres » 4 » | 14 |
| Mulheres » 5 » | 11 |
| Mulheres » 6 » | 4 |
| Mulheres » 7 » | 2 |

Em relação à idade das mulheres, é também interessante mostrar o número de filhos havidos:

| | |
|---------------------------------|-----------|
| Mulheres com 15-19 anos | 16 filhos |
| Mulheres » 20-29 » | 104 » |
| Mulheres » 30-39 » | 49 » |
| Mulheres » 40-49 » | 72 » |
| Mulheres » 50-59 » | 33 » |
| Mulheres » 60 e mais anos | 7 » |

Como se vê, em números absolutos, é no grupo etário 20-29 anos que se regista o maior número de filhos, o que se compreende pelo facto de serem as mulheres desse grupo as que predominam no nosso inquérito (39 em 100), e por ser baixa a média de duração da vida nos bacancalas.

Em números relativos, há que apontar a posição das mulheres de 40-49 anos que, sendo 17 na nossa série, tiveram 72 filhos, ou sejam 4,2 por mulher.

Facto idêntico — o que é natural — verifica-se também com as mulheres de 50-59 anos, que são 8 na nossa série e tiveram 33 filhos, o que corresponde a 4,1 por mulher.

Ambas estas verificações estão ligadas, como é óbvio, ao maior período de tempo de actividade genital dessas mulheres.

V

O número total de abortos registados neste inquérito foi de 28.

Das 100 mulheres interrogadas, 22 tiveram abortos, o que nos dá portanto uma percentagem de 22 %.

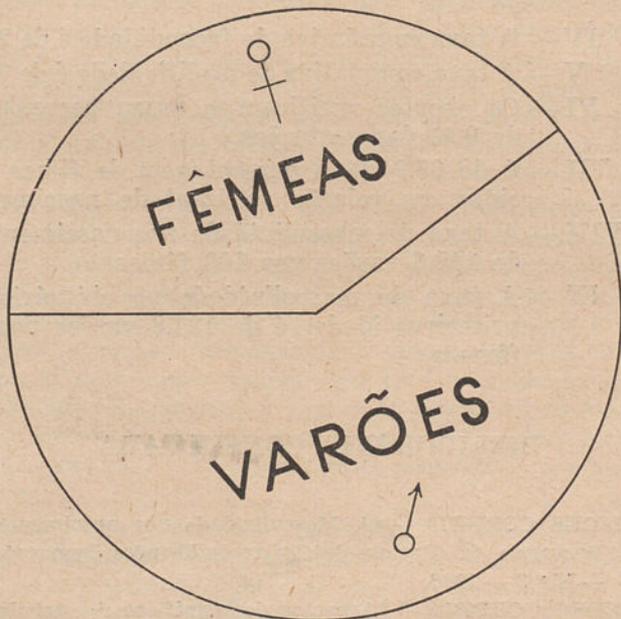
Em relação ao total de 308 gestações, a percentagem de abortos é de 9,0 %.

Das 22 mulheres a que acima fazemos referência, 17 tiveram 1 aborto, 4 tiveram 2 e 1 registou 3.

As suas idades foram as seguintes:

| | |
|------------------|-------------|
| 15-19 anos | 1 mulher |
| 20-29 » | 11 mulheres |
| 30-39 » | 3 » |
| 40-49 » | 6 » |
| 50-59 » | 1 mulher |

Bochimanes



Masculinidade nos Nascimentos

Façamos agora alguns confrontos com outros grupos étnicos que tenham também sido estudados neste ponto de vista.

Em relação ao número de gestações, a percentagem de abortos nas mulheres cuanhamas é de 12,4 %.

Entre os brames é de 11,2 % e de 11,8 % entre os balantas.

Cifra bastante aproximada à das cuanhamas foi registada por A. Carreira para a população não civilizada de Cacheu: 12,7 %.

Em Dakar, nos anos de 1933 a 1935, a percentagem foi de 8,1 %, 7,2 % e 5,7 %.

Marchalant dá para os Yacouba, Toura e Ouobé as

taxas de 1,05 %, 0,63 % e 0,14 %, na verdade excepcionalmente baixas.

Muitos autores, em estudos de demografia referentes às populações africanas, englobam na mesma rubrica nascidos-mortos e abortos, talvez pela dificuldade de controlar o rigor das informações prestadas quanto à distinção das duas situações.

Assim, Lefrou refere com este critério as taxas de 12,6 % para os bantus dos Camarões, 14,1 % para os Sudaneses e 10 % para os negro-hamitas do mesmo território, 13 % para o Gabão e 4,5 % para Tananarive.

Em face de todos estes dados, vemos que os valores das mulheres bochimanes estão dentro das médias para populações com um nível de vida material bastante superior ao seu, o que não deixa até certo ponto de ser surpreendente para quem conheça as condições tão duras e difíceis da vida bochimane, condições essas que de forma alguma se podem dizer favoráveis a um decurso higiénico e normal da gravidez.

VI

Como se sabe, tem grande interesse biológico o conhecimento da proporção da natalidade dos dois sexos.

Segundo o biologista francês Cuénot essa proporção vai de 105 a 118 varões para 100 fêmeas.

Marcelo Boldrini diz que a razão da masculinidade é aproximadamente de 106 homens para 100 mulheres, com pequenas diferenças nessa razão de uma população para outra, mas com oscilações muito limitadas na mesma população. Tão limitadas que as primeiras verificações desse fenómeno (nos meados do século XVII) foram consideradas inverosímeis.

No século XVIII — acrescenta Boldrini — Buffon ainda duvidava dele e mesmo no início do século XIX procuravam-se argumentos para combatê-lo.

Actualmente, porém, diz o ilustre catedrático da Universidade de Milão, nenhuma dúvida é mais possível, pois a experiência e a análise estatística confirmam-no de maneira absoluta.

Para o caso dos bochimanes apurámos que, num total de 281 nascimentos, 168 foram varões e 113 fêmeas, o que nos dá uma taxa de masculinidade de 148,6 por 100 fêmeas.

Trata-se de um valor bastante elevado que se afasta nitidamente daqueles limites a que fizemos há pouco referência.

Não nos esqueçamos que, sem dúvida, estamos em face de uma série relativamente pequena o que certamente tem influência nos elementos estatísticos.

Todavia, não queremos deixar de apontar também que resultados elevados têm sido registados por outros autores em diversas populações.

É o caso dos timorenses onde, em 1937, o Prof. Mendes Correia assinalou o nascimento de 129 varões por 100 fêmeas, facto este que parece manter-se dado o importante predomínio numérico que continua a verificar-se do sexo masculino no conjunto da população.

E é também, por exemplo, o caso das populações Yacouba, Toura e Ouobé, onde L. Marchalant registou as taxas de 123,6, 135,6 e 126,0 num total, respectivamente, de 7.739, 4.369 e 4.228 nascimentos.

Ainda dentro deste assunto da masculinidade nos nascimentos, parece-nos curioso ver que a taxa por nós encontrada contraria francamente a hipótese de Cuénot segundo a qual o grau de masculinidade está directamente relacionado com o da heterogeneidade racial de uma população.

Sendo os bochimanes uma população de bastante homogeneidade étnica seria pois de esperar uma baixa masculinidade, o que, como vimos, se não verificou.

Facto semelhante foi observado pelo Prof. Mendes Correia na população de Cabo Verde, onde a mescla racial levaria a supor a existência de uma alta masculinidade nos nascimentos.

Observou-se exactamente o contrário, pois, num período de onze anos (1930-1940), a taxa encontrada por aquele ilustre antropologista para os mistos e negros caboverdianos foi, para ambos, de 100,2.

VII

Neste inquérito apurámos que as 93 mulheres bochimanes deram à luz 281 filhos, dos quais 180 viviam à data do interrogatório.

Apurou-se também que todos os falecimentos se deram sendo muito baixa a idade das crianças.

Portanto, temos que 35,94 % dos filhos faleceram, o que nos dá uma ideia da taxa da mortalidade.

Neste aspecto, é interessante vermos o que se passa no território de Angola em relação aos dados do Censo de 1940.

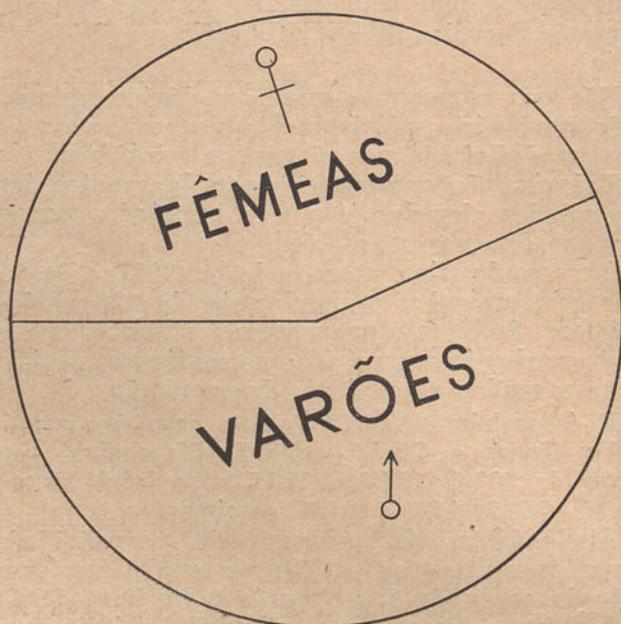
Por estes, verificamos que dos 3.035.587 filhos havidos pelo total das mulheres recenseadas, 1.249.748 tinham já falecido no momento do censo, o que dá uma percentagem de 41,2 % para o conjunto da Província.

Por distritos, o panorama é este:

| <i>Distritos</i> | <i>% de filhos mortos</i> |
|--------------------|---------------------------|
| Cuanza-Norte | 47,0 |
| Congo | 50,7 |
| Zaire | 51,8 |
| Cabinda | 35,5 |
| Malange | 41,9 |
| Lunda | 36,9 |
| Benguela | 40,6 |
| Huambo | 43,8 |
| Cuanza-Sul | 42,7 |
| Bié | 40,8 |
| Moxico | 25,0 |
| Huila | 30,2 |
| Moçâmedes | 27,4 |

Em face destes números, vemos que a posição dos bochimanes não deixa igualmente de ser um pouco surpreendente, pois a sua mortalidade infantil é das mais baixas verificadas.

Bochimanes



Masculinidade no obituário infantil

Parece-nos interessante ver agora qual foi, para o nosso caso dos bochimanes, a cota de masculinidade no obituário.

Dos 101 filhos que faleceram, apurámos que 58 eram varões e 43 fêmeas, o que nos dá portanto uma taxa de 134,8 varões por 100 fêmeas.

Constata-se aqui, pois, a conhecida predominância da letalidade masculina que tem sido apontada por toda a parte.

Para fazer apenas uma citação, diremos que no período de 1935 a 1944 o Professor Mendes Correia encontrou para a população portuguesa um valor de 116,4 para a masculinidade nos mortos até 5 anos de idade.

Tanto este valor, como o que referimos para os bochimanes e os que as estatísticas referem para a população indígena de Angola, parecem pleitear nitidamente — para nos servirmos das próprias palavras daquele eminente investigador — em favor de uma influência letal na estrutura germinal masculina, influência que se torna, de certo modo, com a mais elevada mortalidade masculina nas primeiras idades, compensadora natural do excesso de varões.

VIII

Com as reservas impostas pelo número de observações efectuadas, parece-nos todavia que deste inquérito algo de útil pode resultar como contribuição para o melhor conhecimento biológico e demográfico dos bochimanes, a cujo estudo a Missão Antropobiológica de Angola, chefiada pelo Prof. António de Almeida, se tem consagrado com muito saber e dedicação.

Dos apontamentos que deixámos anotados nas páginas deste trabalho, tiramos as seguintes conclusões:

- I — As mulheres bochimanes são bastante prolíficas, cabendo-lhes uma taxa média de 3,08 gestações por mulher.
- II — A taxa de esterilidade é de 7 %, sendo natural — pelas razões que apontámos — que esta percentagem seja superior à real.
- III — O número médio de filhos por mulher é de 3,02.
- IV — A taxa cumulativa de fecundidade é de 281,0.
- V — A taxa cumulativa de prolificidade é de 302,1.
- VI — Os abortos verificam-se numa percentagem de 9 % das gestações.
- VII — É de 35,94 % a percentagem de filhos falecidos em relação ao total de nascimentos.
- VIII — A taxa de masculinidade nos nascimentos é de 148,6 varões por 100 fêmeas.
- IX — A taxa de masculinidade no obituário das primeiras idades é de 134,8 varões por 100 fêmeas.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- A. MENDES CORREIA — «A Masculinidade nos nascimentos em Portugal», in «Revista do Centro de Estudos Demográficos» — N.º 3 — 1946.
- A. MENDES CORREIA — «Aspectos demográficos do Arquipélago de Cabo Verde», in «Garcia de Orta» — N.º 1 — 1953.
- A. MENDES CORREIA — «Raças do Império» — 1945.
- MARCELO BOLDRINI — «O Homem e a Sociedade» — 1950.
- G. LEFROU — «Le Noir d'Afrique» — 1943.
- EDUINO BRITO — «Aspectos demográficos dos Balantas e Brame», in «Boletim Cultural da Guiné Portuguesa» — N.º 31 — 1953.
- L. MARCHALANT — «Les populations Yacouba-Toura-Ouobé dans la subdivision de Man (Côte d'Ivoire)», in «Bulletin Médical de l'A. O. F.» — N.º 2 — 1950.
- ALEXANDRE SARMENTO — «População indígena de Angola», in «Boletim da Sociedade de Geografia de Lisboa» — N.º 11/12 — 1948.
- ALEXANDRE SARMENTO & FIGUEIRA HENRIQUES — «Contribuição para o estudo da demografia dos Cuanhamas» — (em preparação).
- ANUARIO ESTATISTICO DE ANGOLA — Anos de 1950-1951.

Doença de Fox e Fordyce

JOSÉ MARTINS BARBOSA

(Clínico no Porto)

Ao apresentarmos, aos nossos prezados leitores, este interessante caso clínico, cuja rotulação foi dificultosa por pouco vulgar ou comum, outra mira não temos em vista, senão sermos úteis e prestantes, aos que moirejam na sacrossanta missão de prestar alívio aos que sofrem, penam e padecem, e se a nossa finalidade for atingida, se algo de benéfico resultar, por bem empregadas daremos as pesquisas e labutas efectuadas, pois o único fito que nos move é servir a classe a que nos honramos de pertencer. Casos clínicos aparecem, por vezes, de difícil ou embaraçosa rotulagem, como já o fizemos salientar em trabalhos anteriores (1), e o relato que a seguir vamos apresentar, quer-nos parecer que ilucida, melhor do que as mais extensas considerações, o que acima apenas esboçado deixamos.

OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Maria L. P. F., actualmente com 48 anos de idade, solteira, consultou-nos, há já mais de 8 anos, por causa do seu aborrecido sofrimento, que muito a tem incomodado e afligido, mas que, por pudor, tem sempre ocultado, pois como se trata de uma donzela, não queria ser examinada por qualquer dos clínicos que a têm tratado das suas outras moléstias.

Antecedentes familiares — Mãe com 65 anos, ainda viva, se bem que sofrendo dos rins, do coração e do fígado. Pai falecido muito novo, no Congo Belga, com doença própria dos climas tropicais, cujo nome ignora — biliosa? — mas que o vitimou com 28 anos, tendo a nossa doente apenas 8 anos de vida, e por isso, pouco ou nada se recordando dele. Deste matrimónio mais filhos não houve, porém a mãe contraiu segundas núpcias e existem mais três irmãos do lado materno apenas, e com as idades respectivas de 39, 37 e 29 anos. Nada de importante a registar deste lado, bastando dizer que uma irmã é solteira e os outros dois irmãos casados e com descendência normal e saudável.

Antecedentes pessoais — Em criança sofreu muito de conjuntivite nos dois olhos, e constipava-se com facilidade, arrasando-se as bronquites por longo tempo. Teve sarampo em miúda, e já depois de senhora contraiu a escarlatina, que curou, sem complicações renais. Aos 17 anos de idade principiou a sofrer do estômago com a sintomatologia de úlcera, que mais tarde foi confirmada pelo exame radiográfico, com a localização na porção ascendente do duodeno, e uma certa dificuldade na passagem do bolo alimentar. Tratada com aplicações eléctricas melhorou bastante, engordou e hoje passa razoavelmente do seu aparelho digestivo.

Aos 18 anos de idade começaram a aparecer-lhe os primeiros sintomas da doença que determinou a nossa intervenção e que se caracterizavam por dois sintomas principais: o aparecimento de diversas «bolhas» no lado externo do grande lábio esquerdo da vulva acompanhadas de um intenso e incomodativo prurido, por vezes tão insuportável que com as unhas chegava a fazer sangue e depois sentia-se um pouco mais aliviada. Não sabe dar a certeza a propósito do que primeiro apareceu, se as «bolhas», se o prurido, mas tem a impressão de que deviam ter sido as «bolhas» a primeira manifestação a surgir, pois quando

principiou a sentir a comichão, notou logo a existência das «bolhas».

Como era muito envergonhada, não quis dizer a ninguém isto que sentia, nem tão pouco se sabia examinar e daí o facto de nenhuma indicação nos poder fornecer a respeito do início da localização das suas «bolhas», o que é perfeitamente compreensível e explicável. Apenas sabe que quando era do aparecimento das regras o prurido era muito mais intenso, o que, na sua ignorância, nos justifica com o porte das compressas higiénicas. Igualmente o prurido aumentava, ao despir-se, e durante a noite com o calor do leito, e em certos momentos que nem tinham data certa, nem hora fixa, nem causa explicativa. Por vezes chegavam as tais «bolhas» a sangrar com a acção das unhas, e por vezes com relativa abundância, pois chegava a pingar o sangue no chão, ou a sujar a roupa interior, camisa ou calças.

Foi incomodada pela vez primeira aos 12 anos e depois desta idade, nunca teve a menor falha, durava o incómodo 6 a 7 dias e aparecia sempre uns dias antes do mês, com o intervalo de 23 a 25 dias: $\frac{6-7}{23-25}$; nunca teve o mais ligeiro corrimento,

nem dor alguma, nunca tendo tomado medicação calmante para esse efeito. Deixou de ser assistida desde Abril do ano corrente — foi-o durante 35 anos — e agora sente as manifestações próprias da menopausa, mas sem a perturbarem enormemente, e tanto assim é, que ainda não sentiu necessidade de recorrer à opoterapia. O que nota, e com grande alegria, é que o prurido tem diminuído de intensidade, e de frequência igualmente, assim como conserva a impressão de que as «bolhas» têm igualmente diminuído de volume, não lhe parecendo tão salientes.

Exame da doente — Enferma de tipo asténico, mucosas bem coradas e pele morena, trigueira, aparentando o aspecto da colelmia familiar, tão primorosamente descrita por GILBERT e LE-REBOULLET, devendo salientar que nos quatro descendentes desta família, existem dois com esta característica em que falamos — a primeira e o quarto — enquanto que os outros dois irmãos são de pele clara, alva, e até bem branca — a segunda e o terceiro filhos do casal. Evidente e claro se torna que esta coloração da pele se deve à linha materna, pois o segundo marido da mãe, de que fomos médico assistente e faleceu com 56 anos de idade, de tuberculose pulmonar e laríngea, era branco, rosado e nunca sofreu de fígado apesar de abusar do uso do vinho verde, principalmente.

Nada de anormal há a descrever nos exames dos seus aparelhos: respiratório, circulatório, nervoso, urinário e endocrínico. Tensões na humeral esquerda: máxima 12; mínima 6,5; índice oscilométrico 2,5 divisões e tensão do índice 9; pulsações 72 p. m. Não há nem albumina nem glicose nas urinas. Não se encontrou o mais ligeiro sintoma de sífilis congénita o que está de acordo com a vida regrada e sãdia que o pai levava na província transmontana onde vivia este casal e tendo sido gerada aos 19 anos paternos e aos 17 maternos. Lues adquirida nem nisso se pode pensar, pois se trata de uma donzela. O seu aparelho digestivo é que foi sempre o seu ponto fraco, desde bem nova, como já o dissemos. Tendo sido confirmada pela radiografia a existência de uma úlcera na porção ascendente do duodeno e com ligeiro aperto cicatricial.

Na pele nada apresenta de anormal ou digno de registo, a não ser na região vulvar, no lado externo do grande lábio esquerdo, onde observamos umas dozes pequenas pápulas, isoladas, do tamanho de uma cabeça de alfinete pequeno, ou de grãos de milho miúdo, semiesféricas, separadas umas das outras, duras ao tacto, brancas brilhantes umas, outras mais arroxeadas, mas dando igualmente a mesma sensação de dureza, e sendo a sede de um intenso e violento prurido. Observamos, às vezes, lesões feitas pelas unhas devido à grande comichão que sentia. Não foi possível precisar modificações sudorais locais. Estes elementos estão dispostos em sentido linear e segundo o eixo

(1) José e Artur Martins Barbosa — *Problemas de Diagnose* — I — *Disidrose e Difteria*. «Jornal do Médico», X, 256, 577 a 585. — Porto, 1947.

José Martins Barbosa — *Problemas de Diagnose* — II — *Cheyne-Stokes e Insuficiência cardíaca*. «Jornal do Médico», XII, 298, 349 a 355. — Porto, 1948.

José Martins Barbosa — *Problemas de Diagnose* — III — *Doença de Trousseau — Reumatismo — Tuberculose*. «Jornal do Médico», XVI, 393, 187 a 198. — Porto, 1950.

maior do grande lábio, onde os pelos são raros e lisos, de cor escura.

Não se pode dizer que se trata de uma pessoa nervosa, excitável, antes pelo contrário, denota um temperamento calmo, nada irritável, se bem que no decurso da sua vida tenha sofrido muito com questões familiares e tenha tido igualmente uma vida de trabalho intenso, nos serviços caseiros e domésticos, pois só há poucos anos é que se encontra empregada como dactilógrafa e escriturária. Evidente se torna, que atenta a classe social da doente e o local da doença, não era fácil realizar uma fotografia, como igualmente não pudemos praticar uma biópsia para um estudo histológico; igualmente não era possível determinar com precisão quais as perturbações sudoríparas apresentadas pela nossa doente, numa região tão especial como aquela em que se apresentavam os sintomas patológicos.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Como características da doença da nossa enferma podemos sintetizar: *erupção papulosa muito pruriginosa, de localização limitada e especial, e carácter crónico*, pois já há mais de trinta anos que apresentava a mesma sintomatologia, com *conservação de um razoável estado geral*. Mas de que doença ou enfermidade se trataria? Eis o crucial problema que se punha à consideração do clínico geral, e que sendo a primeira vez que nos foi dado observar, na nossa longa prática de mais de 43 anos de vida clínica, obrigava-nos a atento estudo e pesquisa cuidada nos livros da especialidade. Para ilucidação dos que nos lêem, vamos explanar o caminho seguido pelo nosso raciocínio. Procuraremos primeiro o grande capítulo das:

PÁPULAS: — que pela definição de *DARIER* são pequenas elevações sólidas, espontaneamente resolutivas, se bem que, na nossa doente, a persistência de mais de 30 anos não se coadunasse muito com a característica atribuída pelo notável Mestre do Hospital parisiense de São Luís, isto é a sua não persistência indefinida. Neste grande capítulo encontramos: as verrugas planas juvenis, o líquen plano de Wilson, as sífilides papulosas típicas, os líquens scrofulosorum, e finalmente as *pápulas com prurigo*, que eram as que associavam as duas características apresentadas pela doente: pápulas e prurido. Vejamos o que, aqui, se podia colher.

PÁPULAS COM PRURIGO: — em que temos de considerar: a pápula do stróphulus ou prurigo agudo, e o prurigo crónico como seja o de Hebra, o prurigo nodular, o prurigo vulgar difuso e a doença de H. Fox e Fordyce. As primeiras modalidades tinham de ser afastadas sem dificuldade; restava-nos a doença daqueles dois dermatólogos que para nós era absolutamente desconhecida. Teríamos pois de ir estudar para ver se o nosso caso se poderia enquadrar dentro do molde clínico por eles descrito. Foi o que fizemos e cujas características vamos apresentar aos nossos leitores.

DOENÇA DE FOX E FORDYCE

Foi no ano de 1902 que apareceu o trabalho de *G. H. FOX* e *J. A. FORDYCE*, no «Journal of the cutaneous diseases»—Two cases of a rare papular disaffecting the axillary region—e, reportando-se a dois casos, um homem e uma mulher, de uma rara enfermidade papulosa da região axilar. Durante anos este trabalho caiu no ólvido, até que *FORDYCE*, em 1909, publicou, no mesmo jornal, um novo trabalho sobre esta afecção, com mais dois casos em mulheres. Até 1920 apenas se conheciam 18 casos, segundo o trabalho de *S. NEUMARK*, e hoje em dia não excederá muito a centena de casos os compilados em toda a literatura mundial. Na nossa vizinha Espanha data de 1947 o primeiro caso descrito, se bem que os próprios autores tivessem dúvidas sobre a sua classificação definitiva; posteriormente mais alguns casos têm vindo à luz da publicidade, mas pouco mais se tem avançado do que os primitivos estudos realizados e ainda reina muita dúvida e muita incerteza sobre esta curiosa e pouco vulgar doença. Alonguemo-nos um pouco no seu descritivo.

O que está seguramente estabelecido é que se trata de uma afecção orgânica das glândulas sudoríparas, explicativo das denominações de «hidrosadenosis» empregada por *CHATEL-LIER*, ou de «hidrosis» como usa *DARIER*, ou ainda da menos usada, denominação de *FIDANZA*: «apocrititis sudorípara».

Depois das pacientes e fundamentais investigações de *SCHIEFERDECKER*, datadas de 1922, sobre estas glândulas, as sudoríparas são divididas em duas classes ou grupos:

- *Glândulas sudoríparas écrinas* — de função puramente secretória, conservando sempre a sua integridade celular, mais numerosas e mais diversamente espalhadas na pele humana, e
- *Glândulas sudoríparas apócrinas* — muito menos numerosas, menos difundidas, e funcionalmente caracterizadas porque, além da sua secreção celular, perdem parte da sua substância protoplasmática e serviriam para a eliminação de substâncias odoríferas características, que chegam ao seu desenvolvimento máximo no tempo do cio, facilitando, destarte, o despertar do instinto sexual.

Quer pela sua origem, quer pela sua fisiologia, este investigador relaciona-as com um retrocesso no desenvolvimento ontológico, até chegar a uma propriedade dos antepassados, que está em via de desaparecimento, e dependendo intimamente da actividade sexual do indivíduo. Será nestas glândulas que reside o característico «cheiro a negro» que nós, os brancos, notamos nos indivíduos daquela cor, ou a inversa: o «cheiro a branco» que os africanos apontam em nós? Aqui fica pendente uma questão, que nos veio ao espírito, e que pômos para conhecimento dos curiosos, que a estes estudos se dedicam.

Ora, foram os curiosos e interessantes trabalhos de *FISCHER* que não só deram merecido destaque às descobertas de *SCHIEFERDECKER*, como igualmente chamaram a atenção para a correlação existente entre as glândulas sudoríparas apócrinas e a *doença de Fox e Fordyce*. Estas glândulas apócrinas encontram-se nas axilas, ao redor dos mamilos, na região umbilical, nas partes genitais, na zona circum-anal, nas proximidades do conduto auditivo, e do órgão palpebral; neste encontram-se junto às glândulas sebáceas livres — glândulas de Meibómio, e nas pertencentes às pestanas — glândulas de Zeiss, e glândulas de Moll, desembocando de modo quase regular na bainha radicular de uma pestana.

Como se deduz do que acabamos de expor, a situação destas formações glandulares coincide com as localizações da *doença de Fox e Fordyce* e incluso se observa igualmente a sua dependência com a evolução sexual, já que o prurido é, por vezes, mais intenso, como a nossa doente acusava, nas épocas menstruais, já que em certas ocasiões tem sido possível pôr em evidência a sua concomitância com alterações da esfera sexual.

Citemos o caso de *PAÜTRIER* — 1932 — em que o prurido desapareceu durante o tempo da gravidez, reaparecendo com a mesma violência logo após o parto. Citemos igualmente o curioso trabalho de *KARRENBERG* — 1928 — praticado em 160 cadáveres de idades e sexos diversos, e que estabelece a conclusão de que existe uma relação entre o ciclo genital e o funcionalismo das glândulas apócrinas, sendo de igual opinião *S. TAPPEINEER* — 1938 — considerando que estes complexos glandulares apócrinos experimentam alterações ondulatórias sincrónicas com o ciclo sexual, ainda que não causem grande mal estar subjectivo aos seus portadores.

Assim, a menstruação e a lactescência coincidiriam com uma tumefacção temporária e perda dos pelos nos terrenos cutâneos destas glândulas. Ao lado deste estado que poderá ser considerado como fisiológico, poderão existir todas as gradações patológicas podendo chegar até à *doença de Fox e Fordyce*, representando retrocessos, mais ou menos amplos, na escala filogenética.

ETIOLOGIA

Desconhece-se, por completo, a causa propriamente dita desta curiosa afecção, sendo certo que o sexo feminino é quem

SUSPENSÃO ORAL - XAROPE

PALMITATO

DE
CLOROANFENICOL
PARA USO INFANTIL

Febres tifóide e paratífóide e outras
salmoneloses.
Febre de Malta. Rickettsioses.

TOSSE CONVULSA

Meningites. Infeções urinárias. Varicela.
Sarampo, rubéola e papeira.
Infeções por cocos resistentes à penicilina.

Chlorotifina

SUSPENSÃO ORAL
(Xarope)

apresenta-se em frascos com
60 c. c. correspondendo cada
colher de chá a cerca de 4 c. c.
(125 mg. de cloroanfenicol
aproximadamente).

Fácil administração — Idêntica actividade

SABOR AGRADÁVEL
PRODUTO SÁPIDO

e completamente absorvido pelo
tracto digestivo.

INSTITUTO LUSO-FARMACO — LISBOA





REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

VICOMBIL

Bial

DRAGEIAS — XAROPE

| | |
|---|--|
| VITAMINA A . . . 5.000 U. I. | VITAMINA B ₂ . . . 0,002 g. |
| VITAMINA D ₂ . . . 500 U. I. | VITAMINA B ₆ . . . 0,003 g. |
| VITAMINA C . . . 0,075 g. | VITAMINA B ₁₂ . . . 0,001 mg. |
| VITAMINA E . . . 0,01 g. | VITAMINA P. P. . . 0,02 g. |
| VITAMINA B ₁ . . . 0,003 g. | ÁCIDO FÓLICO . . . 0,2 mg. |
| PANTOTENATO DE CÁLCIO . . . 0,005 g. | |

Por drageia

ou

Por colher das de sobremesa = 10 g.

Drageias: Frascos de 20 e de 50
Xarope: Frascos de 100 e de 200 g.

ESTADOS NORMAIS E PATOLÓGICOS: DESENVOLVIMENTO, ESFORÇOS FÍSICOS E INTELLECTUAIS, FADIGA, FALTA DE FORÇAS, ESGOTAMENTO, GRAVIDEZ, AMAMENTAÇÃO, PERTURBAÇÕES GASTROINTESTINAIS E ALIMENTARES, INFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS, CONVALESCENÇAS

paga o maior tributo, pois a proporção de doentes do sexo masculino não ultrapassa 10 %, se bem que nas duas observações principais dos dois dermatólogos norte-americanos um caso fosse masculino, e um outro feminino. A idade da aparição desta afecção, corresponde ao período de actividade da secreção sudoral apócrina, isto é entre a puberdade e a menopausa. Na literatura recolhida por CHATELLIER citam-se os casos extremos de WITHERS com 13 anos, e os de FORDYCE e JODAS-SOHN com 48 anos de idade. O nosso caso encontra-se compreendido dentro destes limites — 18 anos — e entre os 11 casos de que nos foi dado ler as observações, a idade média era de 22 anos, pois os mais jovens relatavam 14 anos — L. CSER (1941) e TEIPPEINEER (1938) e o mais idoso — 33 anos — L. BERTELLOTTI (1941).

Sem insistir na possibilidade de perturbações endócrinas, de que mais adiante analisaremos a significação, registemos, contudo, que são frequentes, mas não constantes, as anomalias menstruais assim como acidentes infecciosos — hidrosadenites — podem preceder o aparecimento desta doença.

SINTOMATOLOGIA CLÍNICA

Dois sinais dominam, se bem que em proporções variáveis, esta curiosa afecção: AS PÁPULAS e o PRURIDO.

A dermatose pode ocupar as duas axilas, os mamilos, o púbis, os grandes lábios, ou a região peri-umbilical, sendo excepcional uma destas localizações isoladas, se bem que a nossa doente constituísse uma dessas excepções.

AS PÁPULAS aparecem sobre um fundo acastanhado ou até bem branco, quando, por exemplo, a sua sede é nas axilas, ultrapassam por vezes o bordo interno do braço, prolongando-se em ponta, para o seio. Forma-se um conjunto de pequenas pápulas de 1/2 até 2 milímetros de diâmetro, redondas, ovalares, semi-esféricas, de aspecto translúcido, e do tamanho da cabeça de alfinetes ou de grãos de milho miúdo, firmes à palpação podendo contudo serem brancas, rosadas ou mais ou menos acastanhadas, como eram as da nossa observada. Apesar de se apresentarem por vezes numerosas, estreitamente apertadas umas de encontro às outras, não se confundem nunca, nem tão pouco confluem. Demonstra-se este facto fazendo estender a pele entre dois dedos, e então vemos a disposição em estrias com as pápulas individualizadas e separadas por sulcos.

No seu centro observa-se, às vezes, uma minúscula saliência, hiper-queratósica, dura ao tacto, noutras pápulas poderá ver-se uma depressão, com um orifício pilo-sebáceo donde sai um pêlo fino, seco, curto e geralmente quebrado. Se a afecção é muito antiga os pêlos em geral caem e as axilas aparecem-nos glabras. As mucosas estão sempre indemnes, e quando a doença aparece nos mamilos as pápulas desenham as mesmas filas lineares, mas então, dispostas concentricamente. Nos grandes lábios, como se observava na nossa doente, o aspecto em lugar de ser liso, era ligeiramente mamilonado, pois as pápulas eram mais volumosas, talvez do tamanho de pequenas ervilhas e contrastando flagrantemente com o outro grande lábio que se apresentava liso e com a pele normal. Nada podemos dizer, no nosso caso, a respeito da secreção sudoral, mas se uns observadores consideram-na normal, ao nível das zonas doentes, outros declaram-na alterada: ou para mais ou para menos.

Os tegumentos entre as pápulas e em torno da placa eruptiva, são em geral normais, mas podem, segundo os diversos observadores que os têm descrito, apresentar-se acastanhados, acinzentados, pigmentados, ou ligeiramente infiltrados ou liquefificados. Sobrepondo-se a toda esta sintomatologia, podem apa-

recer lesões resultantes das coçadelas frequentes a que o prurido obriga.

O PRURIDO é geralmente intenso, e a nossa doente bem o assinalava, pois em certas ocasiões era-lhe impossível conciliar o sono. De noite apoquentava-a mais do que durante o dia, o que atribuímos à distração que as suas ocupações caseiras lhe determinavam, pois não se compreende como a marcha, a transpiração, o uso das calças, etc., etc., não agravassem diurnamente o prurido. É também muito persistente, se bem que com períodos de maior ou menor intensidade. Por vezes pode tornar-se intolerável. Quanto ao seu aparecimento é que os diversos observadores não estão muito de acordo: uns afirmam que ele precede o aparecimento das lesões, e alguns vão até ao ponto de afirmarem que pode mediar largo espaço de tempo entre o começo do prurido e o aparecimento das pápulas. NEUMARK, numa das suas observações, citada em 1931, marca o intervalo de 11 anos entre o começo do prurido e o aparecimento das pápulas, noutra observação da mesma data, apenas nos refere um intervalo de poucos dias. GOUGEROT, BLUM, OLGA ELIASSCHEFF, MATTERN (1932), CORDIVIOLA e MALBRAN (1943) e outros, citaram casos desta enfermidade, não pruriginosos, com lesões cutâneas de um tipo indiscutível, e por isso admitem que o prurido é um elemento inconstante e devido a outras causas que não à lesão de Fox e Fordyce. GOUGEROT, vai mais longe ainda, pois apresenta uma doente em que ele conseguiu provocar o aparecimento do prurido, por sugestão.

Não nossa doente podemos admitir o aparecimento simultâneo das bolhas e do prurido, pois ela nos refere um facto particular passado consigo e que até muito a assustou. Sentindo o prurido forte, intenso, persistente, foi coçar-se e então viu que a superfície da pele não era lisa, como o era até então, e ainda se conservava do outro lado. Observou a existência das pápulas, o que a fez assustar, e até querer resistir à tentação de se coçar, pois atribuíra, ou pelo menos assim o julgou, que as pápulas eram devidas às lesões das unhas. Mais tarde convenceu-se do contrário, pois as pápulas nunca mais desapareceram, quer ela se coçasse ou não.

EVOLUÇÃO

A evolução pode durar anos: no nosso caso 30 anos, e neste ponto todos os autores estão de acordo, se bem que todos relatem períodos de exarcebação, alternando com períodos de sedação. Os tratamentos são pouco eficazes, e não influem senão ligeiramente no prurido. O estado geral é que varia, pois nuns casos observa-se a sua integridade absoluta, enquanto que noutros se notam alterações mais ou menos graves e que se explicam facilmente pela intensidade do prurido, ou pela insónia acarretada por este. Algumas histórias clínicas referem observações de curta duração, alguns meses, umas, poucos anos, outras. Quer-nos parecer que, nestes casos, os doentes aborrecidos com os insucessos da medicação, abandonam a clínica e os clínicos sem estarem curados como se poderia deduzir.

Da nossa opinião são: L. AZÚA DOCHAO, A. ZUBIRI VIDAL, F. LANA SALARRULLANA (1947) e JAIME BIGNE e JAVIER GUILLEN em Junho de 1948.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Antes de entrarmos no descritivo do observado, nos cortes histológicos de preparações de casos desta doença, quer-nos parecer útil e interessante apresentar as características normais das glândulas sudoríparas apócrinas, tal como SCHIEFFER-

DECKER no-las descreveu no seu primoroso trabalho de 1922. Para este investigador estas glândulas têm uma secreção intermediária entre a secreção merócrina e a holócrina, e são caracterizadas pelo volume do seu pelotão secretor e pelo facto de que o seu tubo excretor termina sempre na vizinhança dum folículo pilo-sebáceo. Na *doença de Fox e Fordyce* a epiderme denota hiperqueratose e hiperacantose e um certo grau de espongirose, em torno dos folículos pilo-sebáceos junto dos quais terminam os canais excretores das glândulas apócrinas. O ostium folicular, por vezes, está obstruído por um rolhão córneo.

Na derme um infiltrado inflamatório de células redondas cerca os folículos pilosos, prolongando-se ao longo do trajecto sudorífero e pode penetrar na glândula apócrina. O epitélio do tubo sudorífero apresenta activa proliferação celular que descansa na luz do canal. As dilatações quísticas das glândulas apócrinas, sobre as quais numerosos observadores têm insistido, podem, nas opiniões de DUBREUILHE e DE ROXBURGH (1920), encontrar-se no córion das axilas normais, e é o que alguns autores designam por dilatação fisiológica das glândulas sudoríferas.

Como se deduz, do que deixamos exposto, não existem lesões histologicamente características da *doença de Fox e Fordyce*, que continua misteriosa, incaracterística, como já o deixamos dito, no seu aspecto etiológico, clínico e histo-patológico. Passemos agora ao estudo da sua

PATOGENIA

Muito curiosas são as divergências apresentadas pelos diversos Mestres dermatólogos, cada um «puxando a brasa para a sua sardinha» como soe dizer o bom povinho português, e procurando, com maior ou menor dose de subtilidades, fazer entrar a *doença de Fox e Fordyce*, no conteúdo patogénico que mais os seduz e mais do seu agrado é. Como este capítulo, a este respeito, muito elucidativo se nos afigura, vamos dar-lhe uma certa minúcia, que sempre servirá para aumento do cabedal científico dos que tiveram a pachorra de nos acompanharem até ao fim, ao mesmo tempo que cabalmente nos demonstra, quanta dúvida, quanta incerteza, quanta dificuldade, existem ainda no sempre sáfaro terreno dermatológico.

LIQUENIZAÇÃO E NEURO-DERMITES

CIVATTE foi um dos primeiros a discutir o momentoso problema patogénico da *doença de Fox e Fordyce*, perguntando se tínhamos o direito de falar em liquenização ou liquenificação, em face das pápulas descritas pelos dois estadonidenses. Responde-lhe a escola alemã com EHRMANN, HIGHMANN, GANS e ALEXANDER (1925) considerando a hiperacantose e a hiperqueratose como sintomas banais da liquenização, ao que se associa BROCO combatendo a falta do aspecto do quadrilhado característico da liquenização na *doença de Fox e Fordyce*, por ser assim nas axilas ou no púbis devido à localização das pápulas. EHRMANN sustenta que as perturbações observadas na secreção das glândulas apócrinas pode ser a origem da liquenização.

PAUTRIER (1936) considera a hiperqueratose, a hiperacantose, e a hipergranulose como características do quadro anatómopatológico da liquenificação, sustentando que as lesões histológicas da *doença de Fox e Fordyce* só em muito pequenos detalhes se diferenciam das ali observadas. De igual opinião são L. AZÚA DOCHAO, A. ZUBIRI VIDAL e F. LANA SALARRULLANA (1947). Será suficiente a falta da hipergranulose — WORINGER (1931) descreve-nos, até, uma ca-

mada granulosa muito mais adelgada — para caracterizar a *doença de Fox e Fordyce*? Quer-nos parecer que se impõe um mais profundo conhecimento das possíveis variações histofisiológicas das ditas regiões cutâneas, pois é muito de acreditar que algumas das afirmações feitas sobre os aspectos morfopatológicos da *doença de Fox e Fordyce*, tenham que ser revistas à luz desses novos conhecimentos e dessas novas investigações.

Passemos agora ao estudo comparativo da *doença de Fox e Fordyce* e das *neuro-dermites*, que também, como verão, é cheio de ensinamentos apesar dos numerosos pontos duvidosos encontrados.

Principiaremos por elucidar os nossos prezados leitores, que os primeiros exames praticados por FORDYCE conduziram, este investigador (1902 e 1909), a considerar a enfermidade que descrevia como uma *neuro-dermite* de origem tóxica, pela semelhança das alterações histológicas que indubitavelmente existem entre estas duas dermatoses. BROCO, JADASSOHN, RIECKE e EHRMANN sustentam o mesmo critério e PAUTRIER depois da sua magistral descrição das *neuro-dermites*, confirma que não é possível achar diferenças marcadas entre estas duas afecções. CHATELLIER, também é do mesmo aviso, considerando-a como uma forma especial de *neuro-dermite*, condicionada pela sua localização, o que a faz entrar no grupo das *neuro-dermites* circunscritas, tanto mais que em muitos casos, descritos pelos diversos observadores, há uma coexistência com típicas placas de *neuro-dermite* em outras zonas cutâneas.

Para EHRMANN a *neuro-dermite* é, nestes casos, um simples sintoma causado por uma anomalia funcional das glândulas apócrinas, concedendo, a reboque de FISCHER e SCHMIDT, um importante papel à acção irritante da secreção sudoral das apócrinas, que acaba por determinar a acantosis epidérmica e a degeneração dos folículos pilosos. A alteração da secreção sudoral determinaria o prurido e pela rascadura apareceria a liquenização — F. MARTINEZ TORRES (1949). GOUGEROT é que separa a *doença de Fox e Fordyce* do grupo das *neuro-dermites*, baseado sobretudo, nos casos por ele e pelos seus colaboradores observados, e em que existiam as pápulas da pele sem os doentes acusarem a sensação de prurido. Será assim? Só o futuro é que poderá responder, principalmente depois dos estudos que preconizamos em linhas anteriores.

DOENÇA NÉVICA E HIDROSADENITES

SE GOUGEROT (1935), retira a *doença de Fox e Fordyce* do grupo das *neuro-dermites*, apesar dos trabalhos de MIDANA e ORMÉA que recentemente insistiram na grande analogia histológica das lesões dos nervos nas duas afecções: hiperplasia, degenerescência granulosa das neuro-fibrilas, etc., etc., é porque a faz entrar na classe das *doenças névicas das glândulas sudoríferas*, na qual, sem carácter de constância, se instalam pruridos de natureza diversa.

Para DELBANCO e ENGELHARDT chamou-lhes a atenção a frequência com que se vê as *hidrosadenites* e os *furúnculos* precederem a *doença de Fox e Fordyce*, e até nalguns casos a sua coexistência, e admitem então o seguinte mecanismo patogénico: a seguir a lesões infecciosas banais — ou a seguir a lesões de rascadura — produz-se um aperto no desaguadoiro dos folículos pilosos e, por conseguinte, nos trajectos sudoríferos apócrinos. Os produtos de secreção retidos, difundem-se, e excitando as terminações sensitivas da epiderme, provocam o prurido e por conseguinte a rascadura, que contribui para o agravamento das lesões. Estabelece-se assim um círculo vicioso, que para FISCHER e NEUMARCK tem como ponto inicial, ou de partida, a modificação

qualitativa da secreção apócrina, que actua secundariamente sobre o epitélio dos condutos sudoríferos, arrastando lesões proliferativas da epiderme, a irritação e o prurido. Esta teoria faz da *doença de Fox e Fordyce* uma verdadeira «miliar apócrina» no dizer de W. B. SHELLEY.

ARTZ-ZIELER também é partidário da correlação existente entre as hidrosadenites e a *doença de Fox e Fordyce*, e o caso clínico observado por AZÚA DOCHAO e colab. (1947) serve para ilustrar esta hipótese, pois a doente apresentava abcessos tórpidos nas regiões onde coexistiam as pápulas. O que fica sem solução é saber se é a hidrosadenite que determina o prurido, se é o prurido que mantém a hidrosadenite, ou se um e outro poderiam ser ligados a outra causa que os manteria inteiramente, como poderia ser a modificação qualitativa da secreção sudorípara apócrina (FICHER e NEUMARCK). Em nossa opinião todos estes processos se imbrincarão, sem que se possa dizer qual será o que origina o ponto de partida.

Na nossa doente, contudo, nenhuma destas hipóteses é para tomar em consideração, pois nunca acusou hidrosadenite, nem furúnculo, nem alteração das glândulas sudoríparas locais, que lhe chamasse particularmente a atenção; apenas sentia as pápulas duras ao tacto e o incomodativo prurido.

DISENDOCRINISMO

Sendo de notável coincidência, na imensa maioria dos casos clínicos expostos na literatura médica mundial, a presença da *doença de Fox e Fordyce* e a época de plena actividade *hormono-sexual*, nada mais natural do que muitos observadores e tratadistas se inclinarem, e até procurarem *perturbações endócrinas* na patogenia desta curiosa, e ainda plena de incógnitas, afecção.

Outra coincidência importante, para fazer salientar, é a grande preponderância do sexo feminino — 90 %, sobre o masculino — 10 %, com excepção dos casos citados por DOHI, em que de 5 doentes, dois eram varões, o que nos leva a crer que, no Japão, esta afecção se produz, com relativa frequência, entre os homens, mas esta citação não destrói a grande percentagem de mulheres, apresentando esta enfermidade, sobre o sexo masculino, principalmente observada na Inglaterra e nos Estados Unidos da América do Norte, países nos quais esta doença parece ser mais frequente.

Conhecidas as relações existentes entre esta afecção e as glândulas sudoríparas apócrinas, e sabida, como é, a ligação entre estas glândulas e o ovário, nada mais natural em ser, sobre esta importante glândula endócrina, que incidiu, em primeiro lugar, a atenção dos observadores. Como já o dissemos TAPPEINEER (1938) considera as apócrinas como um verdadeiro órgão atávico nas raças humanas superiores, estando na opinião de SCHIEFFERDECKER mais desenvolvidas nas espécies animais e nas raças humanas primitivas. Daqui, ao encontro, e com relativa frequência, de *perturbações ováricas diversas*, foi só uma pequena passada a transpor, e assim poderemos citar: frigidez nas doentes portadoras de *Fox e Fordyce*, atrasos nas primeiras regras, dismenorreias, melhora do ciclo menstrual depois da cura da *enfermidade de Fox e Fordyce*, exageração do prurido durante o período catamenial, durante as relações sexuais, etc., etc., tudo isto é referido por diversos autores, como sejam: AUDRY, PAUTRIER, FIDANZA, MUSSIO FOURNIER (1944), etc. BABER (1946) relaciona esta enfermidade com a menopausa, e o caso de L. AZÚA DOCHAO (1947) e colaboradores, pode filiar-se nesta mesma opinião pois teve o seu começo aos 46 anos de idade e aos 49 foi que se estabeleceu a menopausa definitiva, admitindo os auto-

res uma relação com o período crítico da doente. Há ainda a considerar o caso de HIRCHFELDT, com 67 anos de idade, mas isto constitui uma excepção, pois a *doença de Fox e Fordyce* observa-se sempre, em regra geral, depois da puberdade entre os 13 e os 50 anos (NEUMARCK), e com mais frequência entre os 20 e os 38 anos — CHATELLIER, BIGNE e GUILLEN (1949) e MARTINEZ TORRES (1949).

Na nossa doente foi em pleno período menstrual que a doença se instalou — 18 anos — tendo já 6 anos de existência o cataménio e sempre com regularidade. Ao aproximar-se da menopausa notou: diminuição do prurido, não só na sua intensidade, como na sua frequência, bem como lhe parece haver uma pequena diminuição no tamanho das pápulas, se bem que conservem a sua firmeza primitiva. Acha também que os pelos têm caído mais, naquele local, o que de estranhar não é.

Outros autores pensaram na glândula *tiróide* e citam com frequência casos de hipertiroídia. A doente de MIR e OLIVA tinha um metabolismo basal aumentado de 25 %, mas há também observações em que a hipotiroídia foi encontrada. Citemos alguns autores: LOUSTE, NEUMARCK, NETHERTON, etc., etc.

NEUMARCK tendo observado a exageração do prurido e a turgescência das pápulas depois das injecções de adrenalina, pensa que as glândulas *supra-renais* podem igualmente desempenhar um papel na *doença de Fox e Fordyce*. L. AZÚA DOCHAO e colab. falam também nesta hipótese, pois, na sua doente de 1947, observaram uma acentuada tendência à hiperpigmentação. Como muito bem observa MUSSIO FOURNIER — Buenos Aires, 1944 — todas estas relações hormonais são, na generalidade, sustentadas sem bases científicas muito seguras, o que nem de admirar é, pois tudo quanto diz respeito às glândulas endócrinas ainda não é apresentado sobre um terreno sólido e indiscutível. GOUGEROT como entende que as diversas perturbações glandulares observadas até agora, são inconstantes, variáveis, e pouco seguras, tanto que ele próprio não as encontrou com frequência, não lhes dá um valor extraordinário e daí o não admitir a *doença de Fox e Fordyce* como uma *doença disendocrínica*; para este autor, como já o dissemos, é uma *doença névica das glândulas sudoríparas*.

Pelo rápido descritivo feito, já os nossos estimados leitores podem avaliar quão dificultoso é o processo patogénico da *doença de Fox e Fordyce* e como igualmente várias e pouco eficazes serão as medicações prescritas para o seu tratamento. Razão tínhamos pois, quando dizíamos que cada dermatólogo procura «puxar a brasa para a sua sardinha» e quão incerto, ignorado, e movediço é o terreno em que, por enquanto assenta a *doença de Fox e Fordyce*, e que, em resumo, podemos concluir: *as desordens funcionais das glândulas sudoríparas apócrinas poderão ser devidas ou a perturbações nervosas — liquenização e neuro-dermites — ou a perturbações endócrinas — disendocrinismo — ou a causas infecciosas diversas — hidrosadenites — ou a uma patogenia névica — doença névica.*

DIAGNÓSTICO

A facilidade do diagnóstico consiste, principalmente, na *localização* da afecção, na existência das pápulas características, e na *intensidade do prurido* que a acompanha, e ainda na sua *frequência por crises*, bem como na *evolução prolongada*, observada em todos os casos citados.

A diferenciação com o eczema e o intertrigo da axila, é fácil, pois estes não são papulosos, com as verrugas planas também não é difícil, pois estas sendo papulosas, não são pruriginosas, como igualmente acontece com o acantosis nigricans

que além de ser vegetante é intensamente pigmentado, donde lhe advém o nome, e como já dissemos apruriginoso ou na pior das hipóteses comicha muito pouco.

O pênfigus benigno de *GOUGEROT-HAILEY* é pruriginoso mas apresenta bolhas flácidas bem diferentes das pápulas duras, firmes da *doença de Fox e Fordyce*. As pápulas do líquen plano têm um contorno poligonal, formam uma saliência achatada no seu centro, mas têm uma cor violácea, arroxeadas que as distingue facilmente das pápulas de brilho mate e ligeiramente translúcidas e pequenas como cabeças de alfinete que caracterizam a *doença de Fox e Fordyce*, bem como a sua disposição linear, nitidamente separadas uma das outras, que também é uma das características desta afecção.

Depois de tudo, quanto explanamos a respeito da patogenia desta curiosa e pouco vulgar afecção, quer-nos parecer que não será preciso insistir mais, noutras afecções dermatológicas que com a *doença de Fox e Fordyce* se poderiam confundir, pois não queremos repetir-nos, nem repizarmos, em pontos que já foram debatidos e claramente explicados.

Agora só nos falta falar do:

TRATAMENTO

que infelizmente, para os desafortunados doentes, é bastante precário e poucos ou nenhuns sucessos conta. As aplicações locais antipruriginosas — cânfora, mentol, etc. — podem ser muito úteis, pois desconhecendo-se ainda a verdadeira etiologia e patogenia desta afecção, quase que nos temos de limitar a uma medicação sintomática, que muito nos deverá contentar, se com ela colhermos bons resultados.

Os tratamentos endócrinos — foliculina, corpo amarelo, testosterona, etc., — mesmo guiados por explorações biológicas, são ineficazes, na grande maioria dos casos. *NEUMARCK* cita um bom resultado com as injeções de insulina, mas, infelizmente, o efeito não foi duradouro. Tem-se aconselhado o uso dos R. X, mas o seu efeito é lento e inconstante, não devendo olvidar que as suas aplicações são muitas vezes seguidas do aparecimento de hidrosadenites, que por vezes obrigam à incisão e à vacinoterapia. A psicoterapia poderá igualmente ser tentada, assim como aplicações de rádio, mas, por enquanto, não há ainda larga experiência destes métodos terapêuticos. Por diversos autores têm sido aconselhados: a autohemoterapia, a electrocoagulação, a neve carbónica, as irradiações com luz ultra-violetas, etc., etc.

Feriu-nos muito a atenção, o facto de, nas observações que nos foi dado conhecer, verificar-se o caso dos seus autores se reportarem a tempos relativamente curtos, vários meses, alguns anos, poucos, nos casos de mais longa observância, o que supomos ser devido, primeiro à ineficácia do tratamento, segundo ao aborrecimento e desânimo que se apodera das doentes, em face do insucesso medicamentoso, e por consequência o abandono das clínicas aonde eram observadas e medicadas.

BROWN, ROBINSON, KESTEN, CIPOLLARO, MACKEE (1946) obtiveram resultados satisfatórios com o tratamento pelos R. X e pelo rádio, se bem que nem sempre fossem definitivamente eficazes. *DOCHÃO* (1947) empregou esta terapia com pequenas doses espaçadas — 75 r, semanais (80 kw, 6 mA, 1 mm de Al. e 25 cms. de distância foco-pele), *BORY* (1933) empregou em uma doente a electrólise, prolongando o tempo da aplicação um pouco mais do que a depilação electrolítica, com o que melhorou rapidamente o prurido nas zonas tratadas, mas ele próprio reconhece que o método é laborioso e muito incómodo para o paciente.

Há quem aconselhe a ablação cirúrgica da pele, seguida,

ou não, de transplantação — *MONTCORPS, CLEMENT-SIMON, FINSEN e LENZ*, mas esta exérese apenas tem sido aplicada à pele da axila. *CLEMENT-SIMON* (1936) refere ter resolvido satisfatoriamente um caso, com prurido insuportável, mediante a exérese de toda a pele da região axilar, praticada segundo a técnica empregada nos doentes de abcessos tuberosos recidiventes.

Na nossa doente, atenta a localização especial que a doença apresentava, limitámo-nos ao emprego de uma pomada antipruriginosa, que bons resultados deu, pois atenuou, e muito, não só a intensidade como a frequência do prurido, a ponto de o tornar suportável, e assim a doente viver mais confortada e resignada. A tal ponto esta melhoria foi considerável, que apesar de por nós ter sido aconselhado o uso de uma medicação hormonal ovárica, nunca a quis realizar, por assim passar razoavelmente, e não ver uma necessidade imediata e justificativa da aplicação de tal remédio ou medicação. Considerámo-nos muito felizes com este sucesso clínico, principalmente desanimados, como nos encontrávamos, com os insucessos terapêuticos referidos por a quase unanimidade dos Colegas que à *doença de Fox e Fordyce* têm dedicado o melhor da sua atenção.

CONCLUSÕES

- 1.^a — Não nos ficou dúvida alguma sobre a etiquetagem do nosso caso clínico. Tratava-se de um caso da *DOENÇA DE FOX E FORDYCE*, caracterizado apenas pela sintomatologia clínica, já que os exames histológicos, no nosso caso, impossíveis de realizar, não são suficientemente claros, precisos e demonstrativos.
- 2.^a — A hiperqueratose, a hipercantose, os infiltrados perifoliculares de carácter linfocitário, o certo grau de espongiose em torno dos folículos pilo-sebáceos, não são suficientes para caracterizar esta afecção.
- 3.^a — Deverão ser estudadas mais profundamente, nesta doença, as alterações hormonais, que possam existir, a fim de podermos, de futuro, melhor orientar a nossa terapêutica, para sermos mais úteis aos nossos doentes.
- 4.^a — Deverá igualmente ser mais aprofundado o estudo da disfunção glandular sudorípara — glândulas apócrinas — que não se manifesta na clínica — e ainda o estudo de outros factores que possam determinar a *DOENÇA DE FOX E FORDYCE*, para assim igualmente se atingir a finalidade da conclusão anterior.
- 5.^a — Caracterizam esta doença: as *pápulas* com os seus aspectos especiais, bem como as *suas localizações* particulares; os *pruridos* não só intensos, como frequentes, e por *períodos de agravação* alternando com períodos de melhoria; a *evolução prolongada* e rebelde aos mais variados tratamentos; o *predomínio no sexo feminino*, podendo até agora afirmar que, 90 em 100 casos, são em mulheres; a *idade* em que aparecem estas manifestações e que corresponde ao ciclo genital da mulher.
- 6.^a — Para salientar, era a localização monolocal, que a *DOENÇA DE FOX E FORDYCE* apresentou na nossa doente, apesar de não lhe faltar nenhuma das outras características clínicas que servem para a classificar e para a individualizar como entidade mórbida independente e digna de assim figurar, como figura, nos tratados de Dermatologia.

Rufo



Sulfametil-tiodiazol

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

- Acção especial sobre o colibacilo
- Alta concentração no aparelho urinário
- Doses muito baixas
- Perfeita tolerância

COLIBACILOSES
das vias urinárias

LABORATÓRIOS
DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

WANDERCILINA

NOVA PENICILINA PROCAÍNICA
EM SUSPENSÃO AQUOSA ULTRA FLUÍDA
P R O N T A A A P L I C A R

- INJEÇÃO PRATICAMENTE INDOLOR
- GRANDE FACILIDADE DE ADMINISTRAÇÃO
- NÃO ENTOPE AS AGULHAS
- NÍVEIS TERAPEUTICOS DURANTE PELO MENOS 24 HORAS.

A EXCEPCIONAL FLUIDEZ DA SUSPENSÃO
DA NOVA **WANDERCILINA** DISTINGUE-A
DA GENERALIDADE DAS PREPARAÇÕES

AS PENICILINAS WANDER NÃO CUSTAM MAIS DO QUE AS OUTRAS

WANDERCILINA

| | | |
|------------|-------------------|--------|
| FRASCOS DE | 400.000 | 10\$00 |
| | 600.000 | 11\$00 |
| | 800.000 | 12\$00 |
| | 2.000.000 | 19\$00 |
| | 3.000.000 | 25\$00 |

PENICILINA POTASSICA G

| | | |
|------------|-------------------|--------|
| FRASCOS DE | 100.000 | 7\$50 |
| | 200.000 | 8\$00 |
| | 300.000 | 9\$50 |
| | 1.000.000 | 12\$00 |

MOVIMENTO MÉDICO

(Extractos e resumos de livros e da imprensa médica, congressos e outras reuniões, bibliografia, etc.)

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Granulomas peritoneais de corpos estranhos

AMANDIO TAVARES

(Professor de Anatomia Patológica na Faculdade de Medicina do Porto)

São de todos conhecidas as diversas e não raras condições que em Patologia humana promovem a constituição de granulomas de corpos estranhos — nódulos determinados pela reacção inflamatória dos elementos teciduais em presença de corpos estranhos de variada natureza introduzidos nos tecidos ou formados no próprio organismo, figurando entre estes os cristais de ácidos gordos nos focos de citosteatonecrose, os cristais de colestereína em antigos abscessos, as bolhas gasosas que obstruem os linfáticos na pneumatose intestinal, e outras substâncias de origem endógena que como tal se comportam.

Já em 1932, numa comunicação à antiga Associação Médica Lusitana, ERNESTO MORAIS e eu tivemos ensejo de aflorar o estudo do problema e de aludir à grande variabilidade de localização e patogenia de tais formações nodulares, cuja arquitectura em muitos casos faz lembrar, com suas células gigantes e epitelióides e elementos linfocitários, a do nódulo elementar de lesões específicas, nomeadamente o folículo tuberculoso, do qual, em regra, se distinguem com facilidade ao exame microscópico, porque, além de os cortes histológicos oferecerem a imagem, mais ou menos nítida, do corpo estranho causador, o nódulo costuma ter muito numerosas células gigantes e não está sujeito a caseificação.

Todavia — acrescentávamos — se a diferenciação histológica é, deste modo, singularmente facilitada na maior parte dos casos, o mesmo não acontece quando se dispõe, como único recurso, dos elementos que o exame macroscópico facultava, «muito especialmente se se trata de uma localização peritoneal, porquanto a descoberta de múltiplas pequenas nodosidades, cinzentas ou esbranquiçadas, a salpicarem a serosa, pela sua estreita semelhança com as granulações específicas, faz acudir imediatamente ao espírito a ideia de peritonite tuberculosa. Em outros casos pensa-se numa carcinose peritoneal.

Por conseguinte, compreende-se facilmente a importância que em tais circunstâncias tem a prevenção acerca da possibilidade de aparecimento de lesões pseudo-tuberculosas ou pseudo-neoplásticas, não tanto para um diagnóstico necrópsico como do que porventura se pode ser levado a fazer no decurso de uma intervenção operatória e decide a conduta a ter ou a técnica a empregar.

Focando especialmente as condições patogénicas da pseudo-tuberculose peritoneal por corpos estranhos, citávamos os casos devidos a parasitas ou seus ovos, a cristais de colestereína provenientes da ruptura de quistos ováricos⁽¹⁾ e, dando-lhes o devido relevo por sua frequência, as granulações pseudo-tuberculosas consecutivas a perfurações gástricas ou intestinais, por úlceras simples ou cancerosas, e bem assim as motivadas pelos restos de fibras de algodão da gaze asséptica utilizada nas laparotomias, podendo demonstrar, com duas observações pessoais, este duplo mecanismo que preside ao aparecimento dos referidos granulomas peritoneais por corpos estranhos inertes.

Na primeira (Obs. I), relativa a um homem de 36 anos, as nodosidades agrupavam-se na vizinhança de antiga úlcera

gástrica e coincidiam com múltiplas aderências dos órgãos vizinhos, por peritonite circunscrita provocada por fissuração da parede gástrica, a qual consentiu a saída de particulas alimentares e a formação de nódulosinhos à superfície da serosa.

No segundo caso (Obs. II), também respeitante a um homem, de 24 anos, a reacção estabeleceu-se em volta de restos de fios de algodão das compressas e de cristais de talco (assim mostrou o exame à luz polarizada, mais tarde feito), os quais à serosa ficaram aderentes por ocasião da apendicectomia a que o doente fora submetido meses antes. Nova laparotomia vem revelar aderências entre as ansas do intestino delgado e múltiplos nódulosinhos disseminados pelo peritoneu, os quais faziam lembrar granulações da tuberculose miliar.

Desde então, ampliou-se o domínio do problema patogénico, enriquecido com novos aspectos, ao mesmo tempo que se procurou esclarecer outros. Pareceu-me, portanto, que não deixaria de ter utilidade rever a questão à luz dos novos factos e dos resultados da observação de novos casos arquivados no Serviço de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto, entre mais de uma centena (117) de espécies granulomatosas desta índole reveladas em 30.500 exames histológicos (0,38 p. 100) de peças operatórias ali recebidas nos últimos vinte e cinco anos (das quais 238 relativas ao peritoneu): lipogranulomas, granulomas colestereínicos e granulomas de corpos estranhos de proveniência exógena, introduzidos nos tecidos.

Desta última categoria contam-se 54 exemplares, assim distribuídos: adventícia femoral (infiltração de torotrato) — 1, aponevrose — 1, cordão espermático — 1, lábios — 2, órbita — 2, região ano-rectal — 6, pele — 21 e peritoneu — 18. Além destes, competem ao peritoneu 4 lipogranulomas e 4 granulomas colestereínicos. São, ao todo, 26 casos de granulomas peritoneais de corpos estranhos, no sentido lato da expressão.

Consideremos, antes de mais, os da primeira categoria, que se podem dividir em três grupos: no primeiro reúnem-se aqueles para os quais se reconhece o primeiro dos mecanismos acima apontados — génese relacionada com minúsculas soluções de continuidade do tubo digestivo, a proporcionarem a passagem, para o peritoneu, de pequeninas parcelas do seu conteúdo e que uma reacção mais ou menos discreta e feliz da serosa torna inofensivas; pertencem a este grupo, além do da Obs. I, atrás resumida, mais 10 casos (Obs. III a XII); em 5, todos concernentes a indivíduos do sexo masculino, a saída deve ter-se dado também através de uma fissura gástrica por úlcera péptica; em um caso a lesão, de natureza idêntica, localizava-se no duodeno, e em 4, dos quais três relativos a mulheres, coincidia com lesões de apendicite crónica secundária, o que leva a admitir uma perfuração fissurária no momento do surto agudo, perfuração assinalada, aliás, na história clínica de um deles (Obs. XII).

As lesões consistiam ou em pequenos nódulos dispersos, sobretudo no peritoneu visceral e nos epiplones, ou em uma massa tumoral, coincidindo por vezes com intensas lesões de periviscerite e gânglios hipertrofiados e duros, despertando a suspeita, quer da natureza tuberculosa, quer de metamorfose cancerosa da úlcera gástrica que motivara a intervenção.

(1) Em um caso recentemente descrito por QUER, DOCKERTY & MAYO, o derrame do conteúdo dum quisto dermóide na cavidade peritoneal motivara uma reacção granulomatosa de corpos estranhos que foi tomada por carcinomatose no momento da laparotomia.

Alguns nódulos eram recentes, outros estavam já em adiantada transformação fibro-esclerosa, com impregnação calcárea (Obs. V e VII) e mesmo ossificação (Obs. V).

Nalguns casos deste primeiro grupo tratava-se seguramente de detritos alimentares, cuja proveniência vegetal era atestada por vezes pela sua morfologia especial, de vesículas ora arredondadas, grandes e claras, ora irregularmente poligonais e de duplo contorno muito nítido; outros são alongados e de estrutura vagamente fibrilar (Fig. 1).

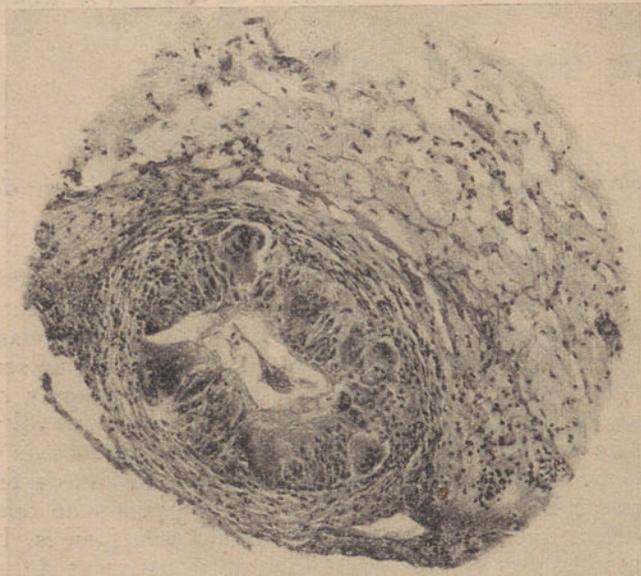


Fig. 1 — Nódulo granulomatoso de corpos estranhos recém-formado (fissuração gástrica por úlcera).

Ao segundo grupo pertencem os casos de granulomas organizados em volta de corpos estranhos introduzidos acidentalmente por uma laparotomia anterior e constituídos pelos restos de fibras de algodão das compressas de gaze ou cristais de talco empregado para a lubrificação seca em cirurgia. Nele se incluem, além do caso da Obs. II do nosso trabalho anterior e acima recordada, mais as seguintes (Obs. XII a XV):

Em Março de 1945, o Prof. MELO ADRIÃO manda-nos um fragmento do peritoneu parietal de Maria H. M. S., de 14 anos, internada no Serviço de Técnica Cirúrgica (Prof. SOUSA PEREIRA). A paciente queixava-se de dores abdominais intensas na fossa ilíaca direita, com irradiação para o membro inferior do mesmo lado e tendo como ponto de partida uma cicatriz viciosa, aderente e muito dolorosa, consecutiva a apendicectomia praticada um ano antes, e cuja exérese corrigiu parcialmente os fenómenos dolorosos, sobretudo a irradiação para o membro inferior.

A presença de granulações na serosa sugere o diagnóstico de peritonite tuberculosa, que o exame histológico não confirma: trata-se de simples nódulo de tecido fibro-escleroso moderadamente infiltrado de células inflamatórias de predomínio linfocitário, notando-se alguns elementos multinucleados dispostos ao redor de minúsculos corpos estranhos bi-refringentes à luz polarizada (cristais de talco): granuloma de corpos estranhos, espécie de nódulo silicótico em adiantada evolução fibro-esclerosa.

José R. O., de 46 anos, internara-se em Dezembro de 1950 na Enf. 1 do Serviço de Clínica Cirúrgica (Prof. ÁLVARO RODRIGUES) com uma fistula da fossa ilíaca direita. Pouco profunda, subcutânea, não comunica com o intestino (fistulografia pelo lipiodol), mas acompanha-se de empastamento profundo do flanco; por ela sai pús e nunca saíram fezes.

Este doente fora apendicectomizado cerca de dois anos e meio antes. Em dado momento, nota o aparecimento de uma tumefacção na fossa ilíaca direita acompanhada de sinais inflamatórios (fleimão), a qual foi aberta e drenada. J. R. O. saiu do Hospital, onde voltou a ser internado para excisão de trajeto fistuloso. Na operação encontra-se uma tumefacção dura, do tamanho dum ovo de peru, profundamente aderente à fossa ilíaca e com ansas do delgado aglutinadas. Colhem-se para análise alguns pequenos nódulos existentes no epíplon e no mesentério, um dos quais parecia caseificado, e cuja presença levava ao diagnóstico de tuberculose, não confirmada pelo exame histológico, que revelou um simples granuloma de corpos estranhos. Cada um dos nódulos (Fig. 2 e 3) é envolvido por uma relativamente espessa cápsula fibro-esclerosa, que possui alguns vasos dilatados, sendo o tecido de granulação dotado de numerosos elementos gigantocitários acumulados à volta de corpúsculos bi-refringentes à luz polarizada e com o aspecto morfológico dos cristais de talco.

António G. E., de 44 anos, internado na Enf. 3 do Hospital de Santo António (Dr. ARAÚJO TEIXEIRA), é submetido a uma primeira intervenção cirúrgica (gastrectomia total por cancro) em 26 de Fevereiro de 1951. Extenso carcinoma atípico, de forma infiltrante difusa, do estô-

magão, de paredes espessas e duras, tinha aspecto bosselado de toda a mucosa, ulcerada em vários pontos.

Reoperado mais tarde, mandam-se para o Laboratório fragmentos de jejuno e do colon transverso e seu meso, e ainda do pâncreas. Nem este nem o colon têm lesões apreciáveis, mas no meso vêem-se pequenas formações nodulares de contornos mal definidos — metástases de carcinoma atípico de células isoladas, coexistindo, lado a lado, com focos granulomatosos de corpos estranhos: uns, alongados, filamentosos ou em fita, devem ser de catgut não totalmente reabsorvido; outros têm as características morfológicas e a bi-refringência dos cristais de talco.

A parede jejunal apresenta um espessamento circunscrito correspondente a metástase carcinomatosa com as características apontadas.

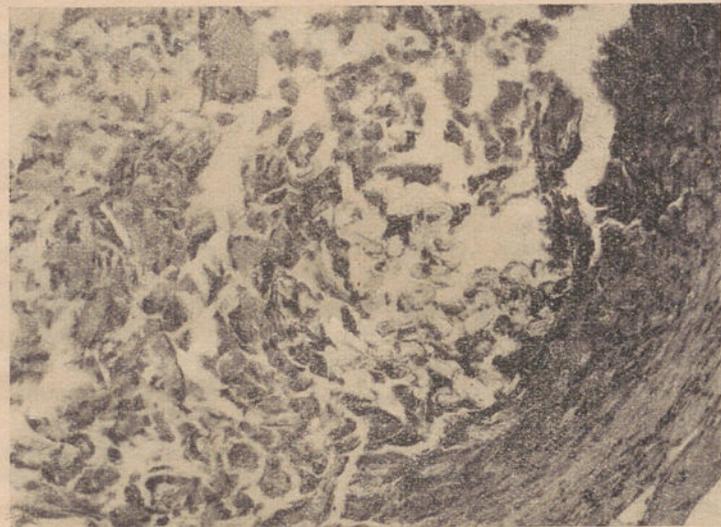


Fig. 2 — Granuloma de talco, do peritoneu (pós-apendicectomia).

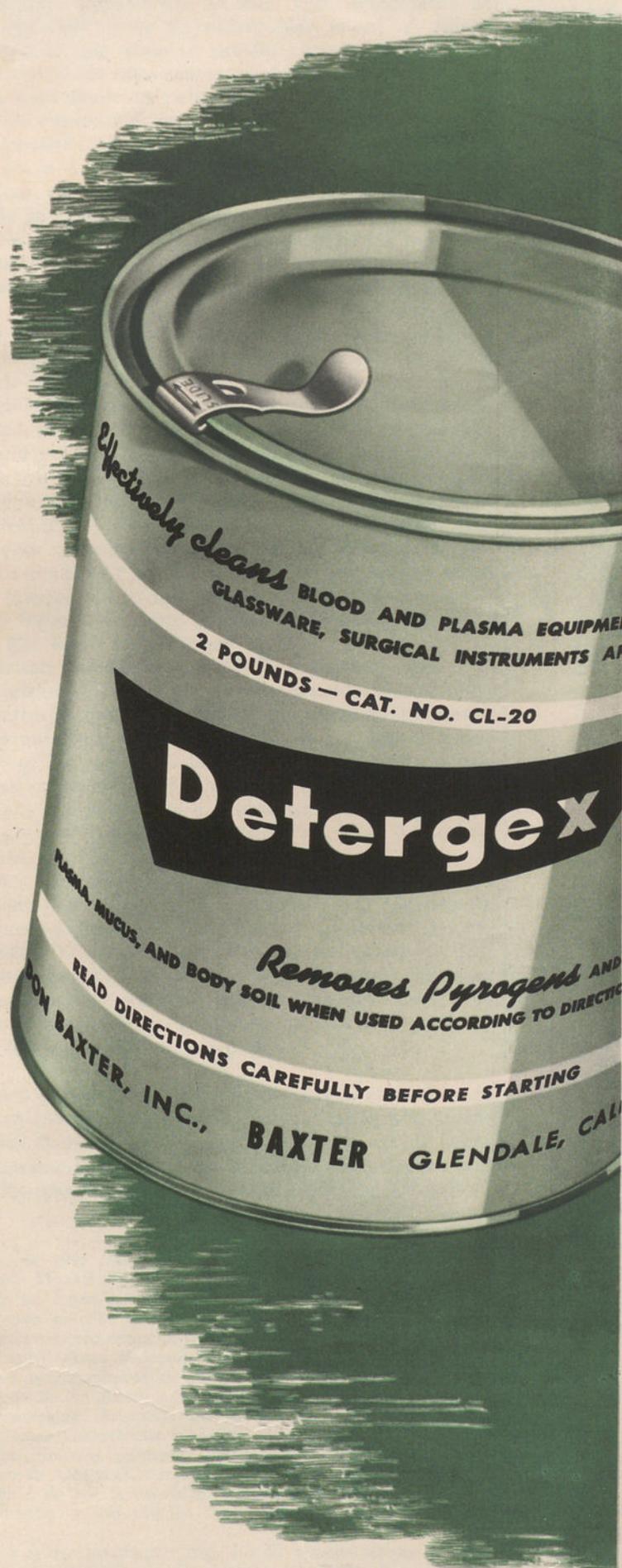


Fig. 3 — Granuloma de talco, do peritoneu (aspecto à luz polarizada).

Em suma, em duas destas observações os corpos estranhos são formados por cristais de talco, em outra associados a partículas de fibras de algodão, e a restos de catgut incompletamente reabsorvido na restante. Situavam-se, respectivamente, no peritoneu parietal, na região ileo-cecal, no colon descendente e no mesocolon transverso.

O granuloma do talco (cujos cristais são, sobretudo, constituídos por silicato de magnésio hidratado, que entra na proporção de 82,7 p. 100 no pó de talco do comércio, juntamente com 8,7 p. 100 de carbonato de cálcio e 7,6 p. 100 de carbonato de magnésio) é um aspecto particular da reacção provocada por partículas de sílica e alguns silicatos nos tecidos e que se traduz por activa proliferação fibroblástica, com ou sem formação de células gigantes de corpos estranhos.

As complicações pós-operatórias devidas ao uso do talco nas luvas ou de sulfamidas impuras que ficam incluídas nos tecidos ou depositadas nas cavidades serosas, são hoje bem conhecidas. Com efeito, muitos autores têm assinalado a produção de granulomas peritoneais desde que, em 1933, ANTOPOL chamou a atenção para os transtornos que podem acidentalmente, meses ou anos depois, toda a operação cirúrgica em que se usaram luvas, drenos ou lâminas de borracha envolvidas em talco antes da esterilização ou depois dela: fistulas e aderências peritoneais sob a forma de bridas espessas, densas e muito



*Para a limpeza rápida,
fácil, eficiente e económica
de material cirúrgico e
laboratorial, use*

Detergex[®]

especialmente estudado pelos laboratórios norte-americanos "BAXTER" para remover sangue seco, plasma, soro, etc. e destruir, ao mesmo tempo, o pirogénio.

Da sua aplicação, resultará:

RAPIDEZ - Mesmo no material de difícil limpeza, DETERGEX actua rapidamente, economizando-se tempo e trabalho.

FACILIDADE - Ao fim de dez minutos de imersão numa solução de DETERGEX, instrumentos cirúrgicos ou material de vidro ficam quimicamente limpos, sem cheiro e brilhantes.

EFICIÊNCIA - DETERGEX, quando usado de acordo com as instruções respectivas, não só remove a sujidade e a contaminação visível, como também destrói o pirogénio, independentemente da maior ou menor complexidade do material.

ECONOMIA - Apenas 28 gramas de DETERGEX - cujo custo é inferior a Esc.: 4\$00 - são necessários para a preparação de quatro litros e meio de solução. Esta solução conserva-se indefinidamente.

BAXTER

Distribuidores:

MUNDINTER

Intercâmbio Mundial de Comércio, S. A. R. L.
Av. António Augusto de Aguiar, 138-LISBOA

vascularizadas, massas neoplásiformes uni ou multinodulares, que levam o paciente a reoperar-se por motivo de obstrução intestinal, reacções peritoneais difusas, com sementeira de granulações semelhantes às da tuberculose miliar. A tuberculose é a afecção que mais se presta, clinicamente, à confusão, pela cronicidade das lesões (podem decorrer meses e anos entre a contaminação pelo talco e o aparecimento de granulomas com expressão clínica) e a semelhança dos nódulos miliares, de consistência dura e cor de pérola ou acinzentada. Por outro lado, a dureza pode dar a impressão de malignidade e justificar, em certos casos, a biopsia extemporânea.

De onde se conclui que o aspecto macroscópico, tão variado, das lesões não tem características próprias; a diferença reside no aspecto histológico: o granuloma consiste, como se viu, numa reacção típica de corpos estranhos ao redor dos cristais, com células multinucleadas, células redondas e um componente variável de tecido fibro-vascular, sem tendência para a caseificação. Os cristais de talco nem sempre se podem distinguir pelo simples exame microscópico, mas facilmente descobertos pela luz polarizada, graças à sua bi-refringência, sobressaem no fundo escuro da preparação, identificam-se pela morfologia própria, distinta das fibras de linho, de algodão, de seda, ou dos cristais de colesterol. A imagem mais enganadora é a dos detritos vegetais de origem alimentar.

É possível que o exame, à luz polarizada, de peças com simples reacções inflamatórias crônicas em doentes reoperados, permita denunciar a reacção ao talco em muitos casos clinicamente insuspeitos, o que elevaria consideravelmente a proporção de frequência deste género de complicações pós-operatórias, que estão longe de ser raras.

Num artigo publicado em 1947, EISEMAN, SEELIG & WOMACK coligiram 37 casos em que os granulomas de talco originaram perturbações sérias, que exigiram o internamento hospitalar dos enfermos para tratamento. A frequência apontada é de 1,7 p. 100 em 1912 intervenções, ocupando o primeiro lugar as operações abdominais (49 p. 100 dos casos), seguindo-se-lhes a laparotomia exploradora (11 p. 100) e as intervenções ginecológicas. Na estatística de ROSS & LUBITZ as toracotomias têm um lugar importante.

As lesões granulomatosas provocadas pelo talco, cuja responsabilidade patogénica foi experimentalmente confirmada por vários investigadores (GRIECO, SEELIG, LEHMANN & LEE, OWEN, FIENBERG, GERMAN, LICHTMAN, I. BERTRAND & TH. GAYET-HALLION, SCRIBA & NEUWALD, MAC QUIDDY), não têm tendência à reabsorção e crescem progressivamente; daí a evolução crônica e as recidivas enquanto os nódulos granulomatosos não forem totalmente extirpados.

O terceiro grupo de granulomas de corpos estranhos de origem exógena compreende as reacções suscitadas pela introdução accidental, com fins de diagnóstico radiológico, de substâncias de contraste irritantes para os tecidos. São desta espécie as duas Observações que a seguir se resumem (Obs. XVI e XVII):

Em Abril de 1941, foi pedida ao Laboratório, pelo Serviço de Ginecologia (Prof. MORAIS FRIAS), a análise histológica dum fragmento de tecido colhido no fundo-de-saco de DOUGLAS de Ana S., de 37 anos, que ali fora operada ao cabo de três meses de internamento.

Passado ginecológico assaz carregado; abortos e partos prematuros, meno e metrorragias; dores abdominais no hipogastro e fossas ilíacas, com exacerbações acompanhadas de surtos febris — sintomatologia toda ela agravada depois de um aborto seguido de infecção. Tratamento médico apropriado (vacino-terapia, diatermia, etc.) e, por fim, intervenção: histerectomia subtotal com anexectomia bilateral.

Diagnóstico clínico e operatório: metro-anexite de natureza bacilar. No fundo-de-saco de DOUGLAS, tumefacção do tamanho duma amêndoa, aderente à serosa e de cor acinzentada, rodeada por outras muito mais pequenas, semelhantes a granulações tuberculosas, a justificar aquele diagnóstico.

Todavia, o exame histológico (Fig. 4 e 5) permite afastar a hipótese de lesão específica, revelando um granuloma constituído, na maior parte, por elementos histiocitários isolados e cheios de grânulos refringentes, e alguns linfócitos, plasmócitos e granulócitos; a rodear aglomerados irregulares e amorfos duma substância estranha dispõem-se células gigantes também repletas de grânulos. Em certos pontos é já apreciável a evolução fibrosa do granuloma, revestido e invadido por espessos feixes conjuntivos (Fig. 6), dos quais se destacam delgadas fibrilas colagénicas dispersas por toda a lesão, cuja estrutura monomorfa em extensas áreas me fazia lembrar as neoformações obtidas experimentalmente no nosso Laboratório com o torotraste.

Os informes complementares pedidos ao Serviço de Ginecologia confirmam esta impressão: à paciente, que melhorara um pouco com o

tratamento instituído, tinha sido feita, um mês depois de internada, uma histero-salpingografia com tordiol, a seguir à qual se registara o agravamento do seu estado, pelo que de novo se recorreu à vacino-terapia e às aplicações diatérmicas, antes de ser operada. Saiu, curada, a 15 de Junho.

Quando, em Julho de 1951, operava Irene M. V., de 41 anos (fixação de um dos ovários, exérese do outro e salpingectomia bilateral), viu o Prof. MORAIS FRIAS as trompas cobertas de granulações esbranquiçadas e de nódulos, maiores, «de aspecto caseoso». Para averiguar a sua natureza pede o exame histológico, que vem mostrar o seguinte: uma das trompas é ainda permeável em certa extensão, mas nos restantes segmentos está, como a outra, fortemente estenosada ou obliterada; perda extensa do epitélio, aglutinação das pregas por tecido conjuntivo neoformado e constituição de imagens pseudo-glandulares; na mucosa e na serosa, formações nodulares (Fig. 7 e 8) de elementos histiocitários mono bi- ou multinucleados e cheios de massas de uma substância acinzentada, homo-

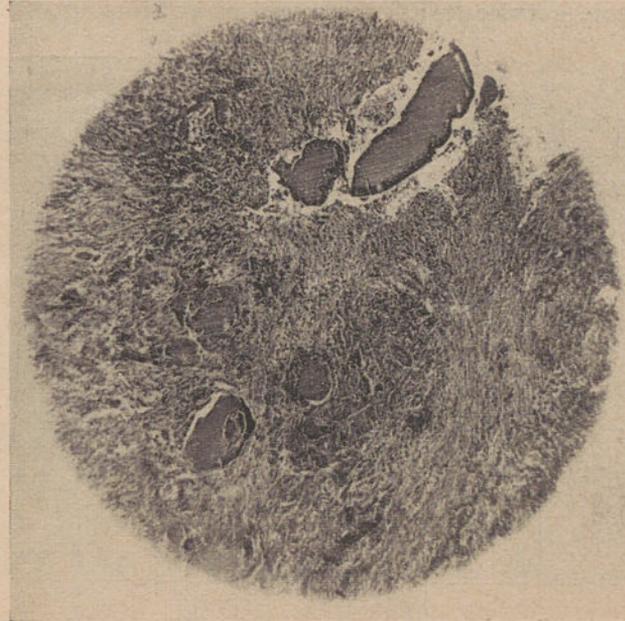


Fig. 4 — Granuloma de corpos estranhos (tordiol) da trompa de Falópio.

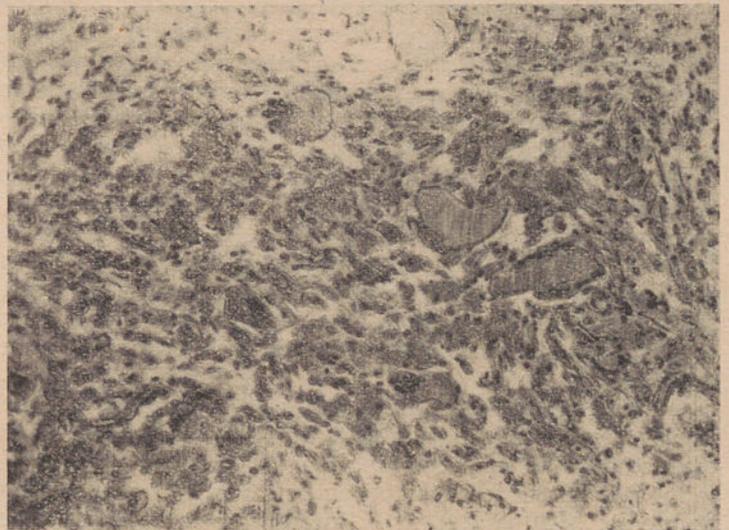


Fig. 5 — Granuloma de corpos estranhos (histero-salpingografia pelo tordiol).

gênea ou granulosa, de procedência exógena e que o exame histo-químico não permite identificar desde logo, reconhecendo-se, no entanto, a semelhança de aspecto com os grânulos floculados de certos produtos (Fig. 9). A fibrose, esboçada nalguns nódulos, é apreciável ou já acentuada noutros, principalmente nos localizados na serosa.

Diagnóstico histológico: Salpingite crônica, estenosante e parcialmente obliterante. Granuloma de corpos estranhos.

Perante este achado, pedem-se os necessários informes clínicos e vem-se a saber o seguinte: esta doente, que muito desejava ter filhos, tratava-se em Lisboa com um especialista que, depois de várias insuflações e radiografias com lipiodol, lhe fez uma salpingopexia. Não tardou, porém, que surgissem sérios transtornos da esfera genital, que levaram o seu médico assistente, Dr. SEBASTIÃO FEYO DE AZEVEDO, a confiá-la aos cuidados do Prof. MORAIS FRIAS.

Neste grupo trata-se como acabamos de ver, de reacções peritoneais determinadas por substâncias de contraste — o tordiol (solução coloidal a 20 p. 100 de dióxido de tório) no primeiro caso, o lipiodol (óleo vegetal iodado, contendo

40 p. 100 de iodo) na segunda, substâncias preferidas para a histero-salpingografia a outras, primeiramente usadas, ao verificar-se que eram irritantes para o peritoneu: colargol, contrastol (óleo bromado), etc.

Por estar fora da minha alçada, não vou deter-me na enunciação das vantagens e inconvenientes da histero-salpingografia, método que nas últimas décadas tanto interesse despertou nos meios ginecológicos e acerca do qual vastíssima bibliografia existe hoje; não me furtarei, contudo, a aflorar a questão da sua pretensa inocuidade.

Diga-se desde já: A histero-salpingografia não é, com efeito, um método inteiramente inofensivo, pois tem seus riscos, de gravidade muito variável e de causas muito diversas também. Para me ater apenas aos fenómenos de ordem essencialmente químico-tóxica, recordarei os acidentes graves, por

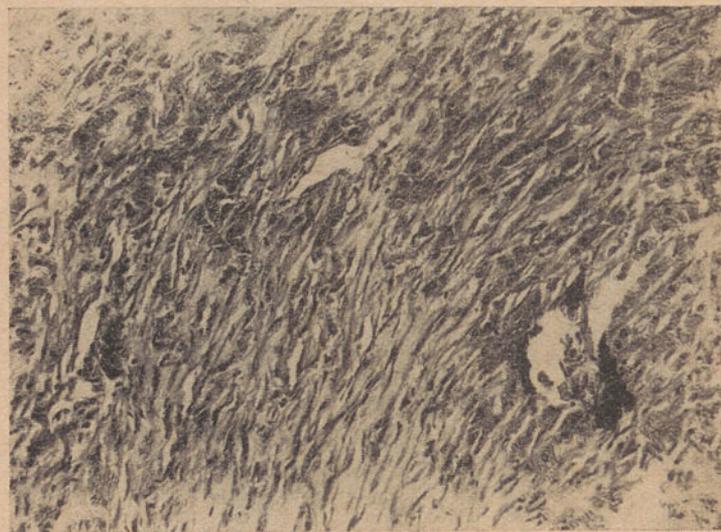


Fig. 6—Granuloma de corpos estranhos (histero-salpingografia pelo tordiol); zona de transformação esclerosada.

vezes mortais, verificados com os produtos inicialmente usados, acidentes consideravelmente atenuados com o emprego, de lipiodol preconizado por CARLOS HENSER em 1925, o que constituiu real e importante progresso, por se tratar de uma substância muito mais bem tolerada pela mucosa útero-tubárica e pelo peritoneu, capaz de o reabsorver fácil e rapidamente, ao cabo de 10 dias (FORSDIKE) ou de 2 a 3 meses (SICARD & FORESTIER). Autores há que não hesitam em o proclamar absolutamente inofensivo e destituído de toxicidade, além da vantagem do poder antisséptico e da grande opacidade. SCHULTZE declara nunca ter visto as alterações peritoneais, aliás benignas, que observara em laparotomias praticadas após salpingografia com iodipina, em que o veículo é o óleo de colza, o que prova a importância da qualidade do óleo empregado.

No entanto, os inconvenientes neste domínio não foram completamente abolidos. Alguns autores falam de oleomas consecutivos ao emprego do lipiodol, produto absorvível, é certo, mas tratando-se de pequenas quantidades. As grandes doses, diz MOURA RELVAS, «ficando meses em contacto com o peritoneu, submetidas a uma lenta reabsorção da parte do organismo, acabam por funcionar como elementos estranhos, em volta dos quais se organizam aderências». Quer dizer, os fenómenos reaccionais não dependem só da natureza da substância, mas estão estreitamente ligados às quantidades injectadas, e a dosagem exacta não se obtém pela injecção de determinada porção de lipiodol, porque se 10 c.c. são, por vezes, insuficientes, em outros casos 4 ou 5 c.c. são demais. Vendo no quadro como o útero se enche e vigiando a sua evacuação por uma prova final, chega-se a um resultado satisfatório. Tal é o método recomendado por SCHULTZE, por WONG e outros.

Para alguns autores, os depósitos de iodo formados ao redor do pavilhão e na pequena bacia por dosagem excessiva ou dificuldade de dispersão, podem ter, sobretudo nos casos antigos, uma influência favorável; outros, pelo contrário, julgam-nos capazes de prejudicar a defesa dos tecidos. É certo que nalguns casos a persistência do óleo na trompa, durante um ano ou mais, não provocou qualquer reacção inflamatória,

mas em outros doses exageradas ocasionaram fenómenos tóxicos ou irritativos particularmente intensos. Poderíamos citar vários deste género. No descrito por KÜSTNER, uma laparotomia praticada seis meses depois da salpingografia mostrou no peritoneu uma tumefacção do tamanho de dois punhos, aparentemente constituída por um depósito oleoso contendo



Fig. 7—Lesões da trompa devidas ao lipiodol (histero-salpingografia).

iodo e cercada de aderências. Em outros casos, o conteúdo líquido, também estéril, não continha iodo; note-se, porém, que, sendo o lipiodol um composto orgânico, o iodo não se pode caracterizar quimicamente pelos processos usuais, a não ser que o produto esteja saponificado.

Nos casos de LASH e de RIES, assim como nos granulomas por corpos estranhos observados por STEIN e ARENS, igualmente se atribuiu a um excesso de óleo iodado a formação das lesões. Todavia, mesmo doses apropriadas as podem produzir. No dizer de MOHRARDT, o óleo iodado, como todo o revulsivo, pode, mercê da sua acção irritante, estimular as



Fig. 8—Pequenos nódulos provocados pelo lipiodol à superfície da trompa (histero-salpingografia).

defesas e as funções, ou, pelo contrário, inibi-las; e o certo é que muitos autores (PROUST & PARAT, LE LORIER & P. ISIDOR, entre mais) têm verificado uma reacção fagocitária intensa ao contacto das gotículas de lipiodol retidas nas trompas, levando à formação de um verdadeiro granuloma por corpos estranhos. Constitui uma prova desse poder patogénico o caso acima descrito (Obs. XVII).

Quanto ao tordiol — produto coloidal não estabilizado, que ÓSCAR RIBEIRO usou como substância opaca por causa

**AFECCÕES
AGUDAS, SUBAGUDAS
E CRÓNICAS DAS VIAS
RESPIRATÓRIAS**

PROPULMIL
Bial

PROPULMIL

INJECTÁVEL

PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 10.000 U. I.
QUININA BÁSICA 0,06 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,05 gr. EUCALIPTOL 0,05 gr.
HEXAIDROISOPROPILMETILFENOL 0,02 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por ampola.

PROPULMIL

SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 300.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.
VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 10.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,1 gr.
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,2 gr. EUCALIPTOL 0,2 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por supositório.

PROPULMIL INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 200.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.
VITAMINA A 25.000 U. I. VITAMINA D₂ 5.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,05 gr.
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,1 gr. EUCALIPTOL 0,1 gr. CÂNFORA 0,05 gr. Por supositório.

Um **NOVO** e Superior

Antibiótico

de amplo espectro



ACROMICINA

TETRACICLINA **Lederle**

**Absorção mais rápida. Reacções Secundárias mínimas.
Maior estabilidade.**

A **ACROMICINA**, um novo antibiótico de amplo espectro, produzido pela equipa de investigação Lederle, tem demonstrado uma maior eficácia em experiências clínicas, com as vantagens de uma mais rápida absorção, de uma mais pronta difusão nos tecidos e nos líquidos orgânicos, duma tolerância superior e de uma maior estabilidade, resultando em níveis sanguíneos altos e prolongados.

A **ACROMICINA** pode agora adquirir-se nas seguintes formas farmacêuticas: Cápsulas de 250 mg., 100 mg., e 50 mg.+; Spersoids*, Pó Dispersível, 50 mg. por cada colher das de chá, cheia (3,0 g.)+; Intravenosa, de 500 mg., 250 mg. e 100 mg.

Outras formas de dosagem serão postas à disposição das Ex.^{mas} Classes Médica e Farmacêutica, tão depressa a investigação o permita.

+ A introduzir brevemente

* Marca Comercial Registrada



**Um nome que simboliza
supremacia na investigação
e na produção farmacêuticas**

Lederle Laboratories Division, AMERICAN Cyanamid COMPANY
30, Rockefeller Plaza, New York 20, N. Y.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ilhas:
ABECASSIS (IRMÃOS) & C.^A
RUA CONDE REDONDO, 64-3.º — LISBOA

do elevado preço do lipiodol — é também um excelente meio de contraste e, na opinião do nosso Colega, «muitíssimo bem tolerado, nada tóxico, nem irritante para o peritoneu pélvico»; por isso o reputava inofensivo.

Eu não posso dizer outro-tanto, nem dele nem do seu substituto — o torotraste — solução coloidal "perfeitamente estável, preparada pela Casa Heyden, e que teve larga aplicação (e não sei se ainda tem) em Radiologia. Os resultados da nossa larga experiência pessoal são dificilmente conciliáveis com aquela asserção e as conclusões doutros investigadores acerca da absoluta inocuidade do bióxido de tório.

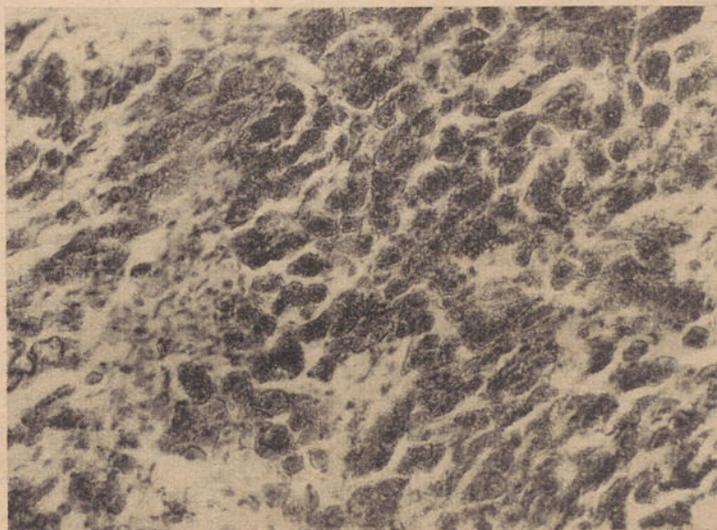


Fig. 9 — Granuloma do lipiodol

Com efeito, ERNESTO MORAIS e eu pudemos verificar como a acumulação desta substância nos tecidos é seguida de fugaz reacção inflamatória acompanhada de intensa proliferação histiocitária e de consequente fagocitose do tório. As alterações são, às vezes, acentuadas (nomeadamente a necrose, a metamorfose fibro-esclerosa, a degenerescência hialina), os fenómenos inflamatórios pouco aparentes e ordinariamente fugazes, como disse. A falta de tecido de granulacão tornaria um pouco imprópria a designação, geralmente empregada para as lesões provocadas, de granuloma de torotraste. Contudo, nalguns dos nossos exemplares a reacção inflamatória manifesta-se por infiltração linfo-plasmocitária difusa ou perivascular, sobretudo nas primeiras fases evolutivas do processo. A única vez em que ela revestiu caracteres francamente granulomatosos, com formação de células gigantes de corpos estranhos, o tório actuou sobre o peritoneu. É o caso da Obs. XVI.

Como pudemos demonstrar experimentalmente e a Clínica tem comprovado, a acção nociva da droga pode ir até à formação de verdadeiros sarcomas, mesmo quando ministrada por via endovenosa.

Os factos observados são — parece-me — suficientes para justificar a condenação do bióxido de tório como meio de contraste em Radiologia e o prudente conselho da sua substituição por outras substâncias opacas inócuas, com algumas das quais se podem obter, mercê do aperfeiçoamento da aparelhagem de Raios X, resultados que nada ficam a dever aos obtidos com o referido produto.

Nos 17 casos de granulomas peritoneais que deixo descritos e brevemente comentados, definem-se com razoável exactidão o mecanismo da sua formação e a natureza dos corpos estranhos, ao contrário do seguinte, em que nem esta nem aquela são suficientemente esclarecidos.

Trata-se de Clara S. P. M., de 40 anos, a quem o Dr. JOÃO DE ALMEIDA opera (histerectomia com anexectomia direita) na Casa de Saúde da Boavista, em Outubro de 1952.

O útero, aumentado de volume, era deformado por dois fibromiomas, um dos quais em desintegração autolítica na porção central, o anexo tinha lesões de ovarite esclero-cística e de salpingite crónica, associadas a alterações nodulares peritoneais que se tornaram suspeitas e orientaram o diagnóstico clínico no sentido de «anexite crónica bacilar». Ora, o exame microscópico dum fragmento de tecido que acompanhava a peça operatória mostra lesões de celulite subaguda inespecifica e um nódulo granulomatoso de corpos estranhos; as células gigantes envolvem uma substância amorfa, translúcida, cuja natureza não se consegue determinar.

Poderia, à primeira vista, pensar-se em lipogranuloma, mas a verdade é que dele não tem as características próprias, definidas no permenorizado estudo do meu saudoso discípulo FERNANDO SIMÕES e que nitidamente se desenham nos casos coleccionados no Serviço, dos quais quatro são relativos ao peritoneu e têm, portanto, aqui o seu lugar, ligados como estão à necrose gorda ou inflamação dos tecidos peritoneais, com seu aspecto típico e especial patogenia.

Os lipogranulomas peritoneais coligidos e já descritos em um trabalho anterior foram observados em doentes com hérnia inguino-escrotal estrangulada, apendicite, anexite e acidente obstrutivo por divertículo de MECKEL, sendo neste caso o diagnóstico de granuloma de corpos estranhos feito pelo cirurgião na intervenção operatória.

Devo, contudo, lembrar que nem sempre é fácil, mesmo ao exame microscópico, a destrição entre lipogranuloma e granuloma de corpos estranhos, podendo em certos casos encontrar-se a associação dos dois estados lesionais. Vimo-la, por exemplo, no apêndice da Obs. XII.

Em 4 outros casos, também descritos em pormenor no referido trabalho, tratava-se de granulomas colesterinicos, encontrados em laparotomias motivadas por peritonite, pneumatose cística (?), afecções útero-anexiais, sendo num destes casos posta a suspeita de metamorfose maligna do fibromioma existente.

* * *

Ficam descritos 26 casos de granulomas de corpos estranhos do peritoneu, cujo estudo deixa apreciar os variados aspectos que eles podem revestir, bem como as condições particulares promotoras da sua génese. As respectivas observações resumem-se no Quadro junto.

GRANULOMAS PERITONEAIS DE CORPOS ESTRANHOS

RESUMO DAS OBSERVAÇÕES PESSOAIS

| Obs. | Sexo e idade | Localização | Diag. clínico e operatório | Condições patogénicas | Caract. estrut. |
|------|--------------|------------------------|--|--|---|
| I | ♂, 36 a | Andar sup. do abdómen | Tuberculose miliar | Fissura gástrica por úlcera péptica | Granuloma de corpos estranhos |
| II | ♂, 24 | Andar inf. do abdómen | „ | Apendicectomia; reoperação meses depois | „ |
| III | ♂, — | Face ant. do estômago | „ | Fissura gástrica por úlcera | „ |
| IV | ♂, 57 a. | Duodeno | Granuloma de corpos estranhos | Fissura por úlcera duodenal | „ |
| V | ♂, 41 | Estômago e gr. epíplon | Tuberculose? Neoplasia? | Fissura gástrica por úlcera | „ Calcificação e ossificação |
| VI | ♂, 41 | Estômago | Reacção inflamatória? Neoplasia? | „ | Granuloma de corpos estranhos |
| VII | ♂, 56 | „ | Úlcera pilórica em metamorfose cancerosa | „ | „ Calcificação |
| VIII | ♂, 37 | „ | „ | „ | Granuloma de corpos estranhos |
| IX | ♀, 48 | Apêndice cecal | Tuberculose? | Apendicite crónica secundária | „ |
| X | ♀, 15 | „ | Apendicite crónica | „ | „ |
| XI | ♂, 42 | „ | Apendicite crónica tuberculosa? | „ | „ |
| XII | ♀, 33 | „ | „ | „ | „ Lipogranuloma |
| XIII | ♀, 16 | Peritoneu parietal | Peritonite tuberculosa | Apendicectomia; reoperação um ano depois | Granuloma de corpos estranhos. Adiantada evolução esclerosa |

| Obs. | Sexo e idade | Localização | Diag. clínico e operatório | Condições patogénicas | Caract. estrut. |
|-------|--------------|---|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| XIV | ♂, 46 | Cego, gr. epiploon e mesentério | Tiflíte tuberculosa | Fístula consecutiva a fleimão. Apendicectomia | Granuloma de corpos estranhos |
| XV | ♂, 44 | Estômago e mesocólon transverso | — | Gastrectomia por cancro. Reoperação 6 meses depois | » |
| XVI | ♀, 87 | Anexos e fundo de-saco de Douglas | Anexite tuberculosa | Histero-salpingografia | » |
| XVII | ♀, 41 | Trompas uterinas | Tuberculose | » | » |
| XVIII | ♀, 40 | Anexos | Anexite tuberculosa | Fibromiomas. Salpingite crónica | » |
| XIX | ♂, 56 | Apêndices epiplóicos contidos em saco herniário | ? | Estrangulamento herniário | Lipogranuloma. Cistosteatonecrose |
| XX | ♂, 38 | Peritoneu parietal | Granuloma de corpos estranhos | Divertículo de Meckel | Lipogranuloma |
| XXI | ♂, 45 | Apêndice epiplóico | Apêndice crónica | ? | » |
| XXII | ♀, — | Meso-sigmoide | Nódulos fibro-lipomatosos | Fibromatose uterina. Anexite | » |
| XXIII | ♀, 35 a. | Peritoneu de hipocôndrio direito | Peritonite tuberculosa | Celulite crónica | Granuloma colesterfínico |
| XXIV | ♀, 5 | Mesentério | Quistos do mesentério | Pneumatose cística | » |
| XXV | ♀, 41 | Ligamento largo | ? | Hematoma juxta-tubárico | » |
| XXVI | ♀, 47 | Útero | Fibromioma em metamorfose cancerosa? | Fibromioma. Anexite | » |

O aspecto macroscópico das lesões é, de facto, muito variável e sem características próprias: ora se apresentam como um tumor esbranquiçado ou acinzentado, de consistência dura, a despertar a suspeita de neoplasia maligna, ou apenas firme e a fazer pensar num tuberculoma, ora revestem o carácter de reacção peritoneal difusa, com uma sementeira de granulações semelhantes às da tuberculose miliar, nuns casos, de bridas espessas, densas e mais ou menos vascularizadas, noutros. Não tem faltado, inclusivamente, o diagnóstico de ileíte regional ou doença de CROHN.

Esta breve enunciação dá ideia dos problemas de diagnose que se podem levantar e dos erros que se podem cometer.

Dos 26 casos coligidos, só em 2 (Obs. IV e XX) se pensara na verdadeira natureza dos nódulos e se fizera o diagnóstico de granuloma de corpos estranhos (7,6 p. 100); em 12 (46,1 p. 100) levantara-se a suspeita, mais ou menos radicada, da natureza tuberculosa das lesões, em 4 (15,4 p. 100) tomadas por nódulos neoplásticos; em 2 outros hesitara-se entre simples reacção inflamatória, banal ou tuber-

culosa, e neoplasia; ocultas no meio de lesões peritoneais ou viscerais diversas (apendiculares, tubárias, etc.) em 3 casos (11,5 p. 100), dissimulavam-se no restante (devido ao talco) no quadro da disseminação metastática do carcinoma gástrico que motivara anteriormente uma operação.

O conhecimento destes factos não tem — é bom de ver — apenas importância doutrinária, tem a valorizá-lo um duplo interesse prático: por um lado, aconselha a não facilitar o diagnóstico de carcinose, de tuberculose ou de ileíte regional em presença de lesões granulomatosas ou fistulosas êntero-peritoneais, devendo ter-se presente, ao proceder a uma intervenção abdominal (sobretudo em indivíduos com lesões ulcerosas gastro-intestinais ou que previamente tenham sido laparotomizados), a noção da possibilidade de encontrar aspectos que à vista desarmada simulam perfeitamente granulações específicas ou neoplásticas, quando, na realidade, se trata de simples nódulos reaccionais por corpos estranhos; por outro lado, justifica as precauções que se devem tomar em certos métodos de diagnóstico ou com o uso de determinadas substâncias tidas por absolutamente inofensivas e que, na verdade, não o são: o lipiodol e o bióxido de tório como meios de contraste na histero-salpingografia, e o talco na lubrificação cirúrgica.

Pelo que respeita a este último produto, tal noção leva a não atribuir sistematicamente à inclusão ou à intolerância do material de sutura determinados acidentes pós-operatórios da cicatrização parietal, e tornaria aconselhável, na opinião de alguns, o seu banimento do campo da cirurgia.

Infelizmente, como fazem notar OLIVIER e colaboradores, apesar dos esforços empregados, ainda não se conseguiu encontrar o succedâneo perfeito do talco. Dois pós, há tempo propostos — o bitartarato de potássio e o amido formolado — não provocam, é certo, reacção tecidual nos animais de experiência, mas não deixam de ter seus inconvenientes: o primeiro, depois de uma demora no autoclave além de 20 minutos, tende a caramelizar-se e torna as luvas rígidas, o amido formolado, instável como é, liberta vapores irritantes para as mãos do cirurgião.

Recentemente, AMÉRICO MASSER & LUÍS E. MENDONÇA salientaram, entre os meios de prevenção dos granulomas e aderências peritoneais devidas ao talco, o emprego do pó conhecido como 108 de LEE & LEHMANN («Biosorb» do comércio), um derivado do amido de milho tratado por meios especiais para evitar a gelatinização e que, absorvido pelo peritoneu, não forma granulomas, como tiveram ocasião de verificar nas suas experiências.

Estas breves considerações bastarão para demonstrar o interesse prático do conhecimento destas não muito raras lesões peritoneais, o qual poderá justificar a publicação desta nota, constituindo um exemplo mais de como é necessário e útil manter estreita colaboração entre a Clínica e a Histologia, tantas vezes guia fiel do médico e do cirurgião.

(Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto — Centro de Estudos do INSTITUTO DE ALTA CULTURA).

Publicado in *Archives d'Anatomie Pathologique (La Semaine des Hôpitaux)*, 30, N.º 2, de 10-V-1954).

S U P L E M E N T O

A Escola Médica de Goa e o Ultramar Português (*)

«É justo e necessário que todo o Ultramar Português, que tanto e tão altos serviços deve aos médicos da Escola de Goa, lhes abra as portas de par em par para o exercício de clínica».

Dois acontecimentos de singular relevo marcaram o ano lectivo findo: —O curso de extensão universitária, organizado por professores das três Faculdades de Medicina da Metrópole e do Instituto de Medicina Tropical de Lisboa, e as lições de clínica cirúrgica dadas pelo professor Reinaldo dos Santos. Nordeado por uma sagaz política de espírito, quis, S. Ex.^a o Ministro do Ultramar, proporcionar aos médicos e aos estudantes de medicina uma excelente oportunidade de ouvir as lições dos doutos professores e, o seu interesse por esta província ultramarina, foi mais longe ainda quando, pelo seu despacho de 27 de Novembro findo, estabeleceu o princípio salutar de que *os encargos dessas missões em caso algum poderiam ser suportados pelo orçamento do Estado da Índia.*

Não posso também neste momento deixar de dar o devido relevo à generosa oferta do material laboratorial, de valor de quase 250 contos, que S. Ex.^a fez a esta Escola. Em nome da Escola Médico-Cirúrgica saúdo e apresento os protestos de reconhecimento a S. Ex.^a o Ministro do Ultramar, Sr. Comandante Sarmiento Rodrigues.

«Recordar os nomes de Caetano Florêncio Colaço e de José Filipe Dias é um dever, pois foram eles indubitavelmente os pioneiros da notável obra de saneamento e de assistência de que Portugal com legítimo desvanecimento tanto se orgulha».

Regista a Escola nos seus anais o facto de ter completado um século para a primeira contribuição dada pelos seus diplomados na «luta bemfazeja e humanitária contra as doenças, as pestes, a miséria fisiológica e o depauperamento rático, a insalubridade e o despovoamento» dos territórios de África confiados à Nação Portuguesa. Terras inóspitas e assoladas de epidemias, terras de degredo, verdadeiros cemitérios humanos, a África dos tempos idos não despertava cobiça nem interesse de ninguém. Por isso, um século volvido, poucos poderão avaliar à justa a coragem indómita, o alevantado espírito de sacrifício e o denodado civismo dos dois médicos que, ao abrigo do Decreto de 11 de Dezembro

de 1851, partiam em Fevereiro de 1854, no Brigue «Colapso», para Moçambique como facultativos de 2.^a classe do Quadro de Saúde. Recordar os nomes de Caetano Florêncio Colaço e José Francisco Cornélio Filipe Dias é um dever, pois foram eles indubitavelmente os pioneiros da notável obra de saneamento e de assistência de que Portugal com legítimo desvanecimento tanto se orgulha.

Os facultativos da Escola de Goa são inteligentes, bons clínicos, conhecedores das doenças especiais dos trópicos — disse o grande Director, Prof. Fonseca Torrie, em 1881.

O contingente dado pela Escola foi tão brilhante que, por Decreto de 2 de Dezembro de 1868, garantia-se aos seus diplomados a percentagem de dois terços de lugares de facultativos de 2.^a classe de todo o Ultramar Português. E assim, ela tinha já os seus representantes no quadro de Timor em 1856, no de Angola em 1863, no de S. Tomé em 1866, nos de Macau e Cabo Verde em 1870 e finalmente no da Guiné em 1880. Em 1881, o Director Prof. Fonseca Torrie, depois de se referir ao facto do total de 67 facultativos em serviço no Ultramar, 43 serem habilitados por esta Escola, dizia: «Sem a Escola de Goa nunca nas nossas possessões haverá a necessária assistência médica».

E acrescentava:

...os facultativos da Escola de Goa são inteligentes, bons clínicos, conhecedores das doenças especiais dos trópicos...

À medida, porém, que a África ia auferindo os benefícios do saneamento, aumentava paralelamente a concorrência dos médicos formados pelas Escolas da Metrópole, o que levava a Carta de Lei de 1896 a reduzir essa percentagem a um terço.

Em 1919, a orgânica dos Serviços de Saúde sofria uma profunda modificação e o Decreto n.º 5.727, que nem um passo sequer dava para a frente no campo assistencial, lançava ao total olvido—triste é dizê-lo—esta Escola e os serviços por ela prestados. O coronel António Faria, do quadro de Cabo Verde, os tenentes-coroneis Pedro Afonso e Peregrino da Costa, do quadro de Macau, o coronel Cláudio Pinto, o tenente-coronel Sales Gomes e o major Sales Luís, do quadro de Timor e o tenente Santana Barreto, do quadro da Guiné, foram os últimos representantes dessa bela falange de clínicos e sanitaristas que ingressaram nos quadros de Saúde do Ultramar com o diploma da Escola Médico-Cirúrgica de Goa, tendo mais tarde todos, exceptuado o último, feito a licenciatura na Me-

trópole para serem promovidos ao posto de capitão.

Sempre na brecha, ainda nas mais difíceis emergências, nunca a Escola de Goa recusou a sua colaboração aos Serviços de Saúde do Ultramar.

Quando, em 1927 o chefe dos Serviços de Saúde coronel-médico Damas Mora, pretende organizar em Angola um vasto inquérito epidemiológico sobre a doença do sono, bilharziose e malária, o seu pensamento vai para a Escola de Goa a quem dirige o apelo por intermédio do Director, Prof. Froilano de Melo. Sempre na brecha, mais uma vez ela dá o seu galhardo contributo enviando uma equipa de 5 jovens e distintos médicos — Rómulo Noronha, Gelásio Lobo, Gomes Pinto, Bruno Mesquita e João da Cruz — os quais pela sua magnífica actuação muito honraram a Alma-Mater. «Os médicos auxiliares contratados na Índia têm dado satisfação, são conscienciosos, trabalhadores e cheios de brio. Permiteme citar entre eles o médico Rómulo Noronha, cujos serviços no Dande são dignos de todo o elogio», escreveu Damas Mora. Mas pouco durou, porém, esse desafogo e tributo de justiça, conta com amargura o saudoso e querido Mestre e Director, Dr. Wolfgang da Silva; os médicos da Escola de Goa contratados para o desempenho das suas funções naquela colónia não foram confirmados nem reconduzidos apesar de boas impressões que lá deixaram.

E assim se desfazia o plano acalentado por Damas Mora, de organizar um Quadro Auxiliar, nos Serviços de Saúde de Angola, constituído por médicos formados pela Escola de Goa, *cuidadosamente escolhidos*, de que aqueles cinco jovens não eram mais do que uma *guarda-avançada!* Dezoito anos depois, em 1945 publicava-se o Decreto n.º 34.417 (Reorganização dos Serviços de Saúde), de grande alcance assistencial, que criava o quadro complementar de Medicina Geral no que podiam ingressar, por contrato, os nossos médicos e ressaltava os seus direitos reconhecidos por decreto de 11 de Janeiro de 1847. São já decorridos nove anos e é forçoso confessar que eles continuam esquecidos, exceptuado numa grave crise de falta de assistência clínica e sanitária por que passou Timor, após a 2.^a guerra mundial em que ainda uma vez os seus serviços foram solicitados.

Nas mais difíceis emergências, nunca a Escola de Goa recusou a sua colaboração aos Serviços de Saúde do Ultramar.

São estas as considerações que achei dever bordar à margem de um centenário.

(*) Alocução proferida na sessão solene de abertura das aulas do ano lectivo de 1954-1955 pelo Director da Escola Prof. Pacheco de Figueiredo.

rio honroso para pedir a atenção de S. Ex.^a o Ministro do Ultramar e de V. Ex.^a, Sr. Governador Geral, para um problema que reputo de alto interesse para a Escola.

Urge evitar que a Escola morra de asfixia ou seja uma fábrica de proletariado intelectual à procura aflitiva de cargos de burocracia.

É elevado o número de candidatos com habilitação liceal ou da Universidade de Bombaim que, em anos sucessivos, pretendem a matrícula no 1.º ano do curso médico-cirúrgico.

| | |
|-----------------|-----------|
| 1951-1952 | 42 alunos |
| 1952-1953 | 32 » |
| 1953-1954 | 36 » |

Nos referidos anos lectivos o número total de alunos matriculados foi respectivamente de 170, 159 e 166. Aguardam, no presente momento, a conclusão do curso 27 finalistas. A Ordem dos Médicos na Índia Portuguesa, por sua vez, tem já 420 inscrições! Todos estes dados dizem com clareza que a pleora é grande e o mal tende a aumentar, não só pelo número sempre crescente de médicos mas também por o campo de sua actividade clínica ser reduzido, muito inferior ao de décadas de anos atrás.

Urge, pois, evitar que este estabelecimento morra de *asfixia*, permita-se-me o termo, ou seja uma fábrica de proletariado intelectual à procura aflitiva de cargos de burocracia.

Os médicos da Escola de Goa, no Passado e no Presente.

No Passado, os nossos médicos foram pioneiros que serviram e ilustraram o velho solar materno e levaram às terras virgens de Angola e Moçambique, um grande contributo de saber e abnegação, ajudando a abrir, para o povoamento e civilização, as novas províncias africanas, disse-o S. Ex.^a o Ministro do Ultramar na sua notável mensagem. No Presente, eles são bons clínicos, experimentados, inteligentes e sabedores, possuindo educação, delicadeza, simplicidade e modéstia, quantas vezes informação completa, bom juízo, conhecimentos e até cultura e ilustração, afirmou-o com a sua autoridade de Mestre de Patologia Médica o Prof. Vaz Serra, na Sala dos Capelos da velha e mui nobre Universidade de Coimbra. É pois justo e necessário que todo o Ultramar Português, que tantos e tão altos serviços lhes deve, lhes abra as portas de par em par para o exercício de clínica, sem considerar como habilitação obrigatória o curso de Medicina Tropical, dada a situação e a organização especial desta Escola.

Ao iniciar o novo ano lectivo, eu de-sejo afirmar que o futuro desta Escola depende não só da eficiência do ensino e do grau do aproveitamento dos alunos, mas também do nível de actividade profissional dos seus diplomados, farmacêuticos e médicos, unidos por estreitos laços de solidariedade espiritual para bem servir a humanidade sofredora.

PACHECO DE FIGUEIREDO

«Crise actual, personalidade e endocrinologia»

Uma conferência do Dr. Eurico Pais

Na Sociedade de Geografia, no dia 17, efectuou uma conferência o Dr. Eurico Pais, que versou o tema «Crise actual, personalidade e endocrinologia».

Presidiu à sessão o Presidente da Sociedade de Geografia, Prof. Mendes Correia, que fez a apresentação do conferencista. O Dr. Eurico Pais começou por afirmar que neste período instável da história da humanidade se impõe, cada dia mais, tomar atitude clara e, quando necessário, combativa, nesta luta de ideias, conceitos, preconceitos, filosofias e sistemas que caracteriza a época actual. Definiu, depois, o que é crise, e, delimitando o conceito da crise presente, apreciou as causas que a podem determinar e, quanto aos seus efeitos, disse: «A geração que herda um sistema de vida, uma cultura, herda soluções. Pela capacidade inquiridora da nossa personalidade surgem problemas para que são encontradas novas soluções, que podem constituir outra cultura, outra maneira de viver. Assim, o reportório das crenças medievais foi trocado pelo Renascimento, como o homem helénico se trocou pelo romano e este pelo cristão ou pelo feudal».

Mais adiante, referiu as mudanças de crenças da época actual e mostrou as mudanças de convicções na ciência médica, desde a fisiologia, patologia, neurologia, psiquiatria, até à psicologia e patologia psico-somática, quer no campo clínico, quer no experimental, demonstrando que os transcendent progressos da medicina, nos últimos 50 anos, são convergentes para a valorização do homem, na sua totalidade de pessoa humana, da personalidade. Aludiu, a certa altura, à «hipertrofia da técnica», à despersonalização, definindo, a propósito, os conceitos de personalidade individualista e colectivista.

Sempre escutado com o maior interesse, o Dr. Eurico Pais abordou, depois, o problema das hormonas e sua acção sobre o psiquismo, admitindo que o sistema endócrino possa ser considerado como centro, base da estrutura da personalidade. Relacionou o nascimento da endocrinologia com a evolução das ideias colectivistas e, depois de criticar certas restrições aos conceitos expostos, terminou assim:

«Embora com estas limitações, supomos ter trazido, porventura, um mais amplo conspecto de uma nova extensão aos problemas da personalidade e, assim, ter dado, ainda que em moldes bem modestos e precários, a nossa contribuição para uma tentativa de esclarecimento da crise ideológica actual.»

Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Reuniu no dia 11 a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, sob a presidência do Prof. Xavier Morato, para escutar uma conferência do Prof. Gaetano Boeschi, Reitor da Universidade de Modena, que foi apresentado ao numeroso auditório, entre o qual se notava o Sr. Ministro da Itália, pelo Prof. Barahona Fernandes.

O orador, que subordinou a sua conferência ao sugestivo tema «Porquê não falar de tratamento diencéfalo-raquidiano, a propósito de reumatismo e artrite crónica?», começou por afirmar a sua estranheza por se não utilizar o tratamento diencéfalo-raquidiano, quando a sua experiência e a da sua escola demonstram que tal método é, de longe, superior a todos os outros tratamentos conhecidos para as artrites crónicas. E, dizendo que podia apresentar numerosos casos, limitou-se a dar conta de um, para provar a sua afirmação.

Continuando, o Prof. Boeschi expôs a teoria sobre que assenta o referido tratamento, que resultou de uma série de investigações científicas de muitos anos, e que levaram a abandonar, de maneira geral, a administração de medicamentos. A terminar, o conferencista explicou a técnica do tratamento diencéfalo-raquidiano, muito simples, que consiste em injectar, nas cavidades meníngeas, qualquer substância heterogénea, quer seja água, ar, etc., depois de se extraírem alguns centímetros cúbicos de líquido céfalo-raquidiano. Este tratamento — disse — nunca deve repetir-se, a não ser em casos muito especiais e passados muitos dias.

Instituto Português de Oncologia

Na reunião do corpo clínico do Instituto Português de Oncologia, efectuada no dia 22 de Maio, o Dr. Luís Botelho fez uma conferência em que falou de «Hormonas sexuais e cancro». Começou por fazer a história dos princípios relacionados com o papel desempenhado pelas diferentes hormonas no aparecimento do cancro de qualquer localização, e expôs, depois, as principais experiências feitas no sentido de demonstrar que certas hormonas, como as da hipófise, suprarrenal e gónadas, favorecem o desenvolvimento do cancro em seres predispostos. Por último esquematizou as indicações da hormonoterapia, bem como o estudo laboratorial relacionado com aquela terapêutica, no tratamento do cancro do seio e da próstata, que tem sido empregado com resultados animadores.

ECOS E COMENTÁRIOS

LUTA ANTITUBERCULOSA

Chega-nos a boa notícia de que, em breve, vai ser alargado o internamento de tuberculosos, aproveitando as camas actualmente disponíveis. Nesta maré alta de realizações, o sector da tuberculose — onde, aliás, se tem trabalhado intensamente — é daqueles que mais necessitam de interesse, de verbas, de «carolas». O que se passa, actualmente, em Portugal, quanto à tuberculose, é ainda deplorável — e não está de acordo com o rejuvenescimento, o «élan» que caracterizam as actividades nacionais — em que o Estado tem tido papel decisivo — e que transformaram o País de lés a lés. Bem sabemos que estas insuficiências na luta antituberculosa vêm de longe e, se não temos agora mais e melhor — isso de modo algum é devido à falta de canseiras daqueles ilustres homens, bem compenetrados da importância destes problemas, que, no Ministério do Interior, têm tido a responsabilidade deste sector. Todos recordamos, com admiração, o que conseguiram fazer, apesar das reduzidas verbas atribuídas, o Ministro do Interior, Dr. Trigo de Negreiros, e o anterior Subsecretário de Estado, Dr. Alberto Ribeiro Queirós. Agora, felizmente, o novo Subsecretário de Estado, Dr. Melo e Castro, é também um entusiástico animador da luta contra a tuberculose e envida todos os esforços para o seu desenvolvimento. Bem haja.

M. C.

A COLABORAÇÃO DA PREVIDÊNCIA

Os nossos seguros sociais têm de colaborar, em bom entendimento entre os dois Ministérios responsáveis — o do Interior e o das Corporações — nas despesas e na ampliação dos serviços assistenciais para os tuberculosos. Depois do internamento hospitalar para cirurgia, que supomos estar nos desejos dos dirigentes dos Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência, parece-nos que é ao tratamento ambulatório e ao internamento dos tuberculosos que devem dedicar a mais próxima atenção. Os seguros sociais — cuja limitada rede de assistência na doença todos lamentamos — não podem deixar de colaborar, pelo que diz respeito à necessidade de internamento em sanatórios para numerosos dos seus filiados, com os respectivos serviços do Ministério do Interior. Urge levar a efeito tão necessária colaboração, agora, que, de novo, se procura intensificar a luta antituberculosa. Estamos certos de que os dirigentes da Federação e o Sr. Ministro das Corporações, Dr. Soares da Fonseca, encerrarão, logo que lhes seja possível, este momentoso problema.

M. C.

A MORTALIDADE CAUSADA PELOS MEIOS DE TRANSPORTE

Informa «La Semana Médica», de Buenos Aires (Suplemento diário), que um inquérito levado a efeito pela O.M.S. em 15 países revelou que, em 100 mortes atribuídas a acidente causados por meios de transportes, o automóvel é responsável, tratando-se de varões, por 70 casos e, para as mulheres, 77. Nalguns países, a proporção é de 81,1 % para os homens (Estados Unidos) e 90,4 % para as mulheres (Austrália). A maioria das viti-

mas do automóvel é constituída por peões, principalmente se são velhos ou crianças; nalgumas regiões, quando as crianças têm menos de 5 anos, os automóveis são para elas mais mortíferos do que o sarampo, a meningite, a difteria e a coqueluche.

A seguir, como causa de acidentes, vem a motocicleta e, depois, a bicicleta, os transportes em água (nestes, principalmente, as imprudências cometidas na pesca do alto mar e em actividades dos desportos náuticos). Muito depois, vem o caminho de ferro e, finalmente, o avião, cujas vítimas são geralmente militares.

LUTA ANTITUBERCULOSA NA FINLÂNDIA

Do J. A. M. A. de 20 de Março, transcrevemos as seguintes informações a respeito da campanha contra a tuberculose nesse país.

Na Finlândia (como nos outros «países escandinavicos») as actividades voluntárias, neste capítulo, foram gradualmente substituídas pela iniciativa do Estado e das autoridades locais, com o fim de se obter uma mais eficaz centralização. Em 1944 uma comissão designada pelo Estado estabeleceu nova legislação para o combate a essa doença, a qual entrou em vigor em 1949, sendo o país dividido em 19 distritos, sob o ponto de vista da campanha contra a tuberculose, administrados pelo Ministro da Saúde. Cada um destes distritos deve manter uma comissão técnica e um sanatório. Além disso organizaram-se instituições especiais para «terapia pelo trabalho» (occupational therapy), para crianças em riscos de se infectarem nos seus lares, e para doentes com formas graves.

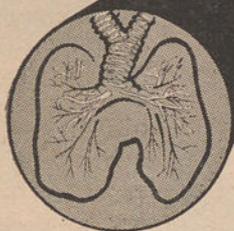
A vacinação pelo BCG não é obrigatória, mas todos os adolescentes de 15 anos devem ser obrigatoriamente inspecionados, pela comissão local ou por o seu médico particular. A vacinação pelo BCG começou em 1941, mas nos anos seguintes poucos indivíduos foram vacinados (por razões fáceis de compreender) — apenas 25.000 até 1944. Depois da guerra a vacinação desenvolveu-se muito e só em 1951 foram vacinadas 123.063 pessoas, subindo então o número total de vacinados a cerca de um milhão, quer dizer, praticamente 1/4 da população total do país.

Ocorre-nos, a este respeito, perguntar como vai a vacinação pelo BCG em Portugal?

Com «directões», «comissões», «unidades de rastreio», conferências, palestras, discussões, cartazes, laboratórios a produzir a vacina, decretos, leis, e tanta gente para vacinar (seguramente mais do que o milhão de vacinados finlandeses), quantas pessoas foram vacinadas no nosso País?

PELA PRIMEIRA VEZ PREPARADO EM PORTUGAL,
A PARTIR DA PENICILINA, POR PROCESSO
ORIGINAL ESTUDADO NOS Nossos LABORATÓRIOS

PULMAXIL N



Iodidrato do éster β -dietilamino-etílico
de benzilpenicilina

PARA SUSPENSÃO AQUOSA

Acumulação electiva de penicilina no
tecido pulmonar

Caixa de 1 frasco de 500.000 U.
(+ 1 ampola de excipiente)



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

CONGRESSO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

(Genebra, 26 a 31 de Julho de 1954)

Nos últimos dias do mês corrente vai realizar-se em Genebra um importantíssimo Congresso: o Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. Já há muitos meses que numerosos ginecologistas — entre os quais alguns portugueses — estão inscritos: alguns milhares, de quase todos os países do Mundo. Depois do Congresso Internacional de Ginecologia, que se realizou com grande sucesso em Paris no ano de 1951, é o primeiro desta especialidade que se efectua com carácter internacional e vai ser, sem dúvida, o mais concorrido de todos, até agora.

O Congresso é realizado pela Sociedade Suíça de Ginecologia e de Obstetrícia, por solicitação dos países representados no Congresso Internacional de Nova Iorque de 1950; será a primeira manifestação da futura Federação Internacional de Ginecologia e de Obstetrícia.

Durante o Congresso haverá 30 sessões em 4 secções que funcionarão simultaneamente, com a duração de 1 hora e meia cada uma, sobre um assunto determinado. Em princípio, um relator iniciará a exposição do assunto durante 30 minutos e 4 relatores adjuntos completarão esta exposição e a discutirão (4 vezes 10 minutos). A sessão será encerrada com perguntas escritas apresentadas por membros do auditório; as respostas serão dadas pelos relatores escolhidos pelo Presidente da sessão.

Os relatores foram designados sob proposta das Sociedades Nacionais de Ginecologia e de Obstetrícia e o número de relatores de cada país dependeu do número total de especialistas inscritos em todas as Sociedades.

Em cada manhã haverá uma conferência magistral, que durará 45 minutos, e será feita por um médico não especializado em ginecologia e obstetrícia sobre um assunto de interesse geral relacionado com um tema do Congresso.

No fim do Congresso, será organizado um colóquio sob o patrocínio da Organização Mundial de Saúde para tratar do ensino da profilaxia em ginecologia e em obstetrícia. Durante o Congresso, a Sociedade Suíça de Endocrinologia organizará para os congressistas uma sessão extraordinária.

O tema geral do Congresso é:

A profilaxia em Ginecologia e Obstetrícia:

- a) Ginecologia — A profilaxia dos tumores genitais;
- b) Obstetrícia — A protecção da criança durante a gravidez e o parto.

*

O Congresso vai realizar-se no Palácio das Exposições (Secretariado geral,

grande anfiteatro, sala de sessões n.º 2, exposição científica, exposição técnica, livraria, pequenas salas para as comissões, gabinete de viagens, banco, restaurante, bars, etc.) no Palácio do Conselho Geral (sala de sessões n.º 3), Salão da Universidade (sala de sessões n.º 4), Teatro da Comédia (sala de sessões n.º 5, para comunicações livres) e Cinema Eliseu (para filmes científicos).

*

O Comité suíço de organização do Congresso é presidido pelo Prof. H. de Wattewille, de Genebra, tendo como secretário geral o Dr. W. Geisendorf, também de Genebra.

*

As conferências magistrais estão a cargo dos Drs. Buttmand (Tubingen), Casperson (Estocolmo), Houssay (Buenos Aires), Oberling (Paris), Penrose (Londres), Sigerist (Yale e Zurique) e Warkany (Cincinnati).

Além dos relatórios oficiais, haverá um número limitado de comunicações, aprovadas pelo Comité dirigente do Congresso; entre estas, uma será dum português — o Dr. Mário Cardia.

*

Além da parte científica, que nos 6 dias do Congresso ocupará a maior parte do tempo, fazem parte do programa um concerto sinfónico, cruzeiro no lago Lemman, festa campestre com exhibições folclóricas e recepções.

*

Muitos participantes deste Congresso Internacional de Ginecologia e de Obstetrícia tomam também parte na Conferência Internacional sobre as Tromboses e Embolias que se realizará em Basileia e as «Assises Françaises de Ginecologia», que se efectuarão em Paris, sob a presidência do Dr. Claude Béclère, nos dias 19 a 22 do mês corrente.



COMPLEXO B

| | | |
|---------------|----------------------------|--------|
| | Tubo de 25 comprimidos | 12\$50 |
| Série fraca — | | |
| | Caixa de 12 ampolas | 22\$50 |
| | Boião de 50 comprimidos | 28\$00 |
| Série forte — | | |
| | Caixa de 6 ampolas de 2cc. | 32\$00 |
| Xarope — | Frasco de 170cc. | 27\$00 |
| Reforçado — | Boião de 20 cápsulas | 35\$00 |



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

NEUROPLÉGICO**4560 R.P.****LARGACTIL**

Cloridrato de cloro-3 (dimetilamino-3' propil) - 10 fenotiazina

POTENCIALIZADOR

dos

ANESTÉSICOS GERAIS, HIPNÓTICOS, ANALGÉSICOS**CIRURGIA**

Preparação para a anestesia
 Anestesia potencializada
 Hibernação artificial
 Hipertermia post-operatória
 Prevenção e tratamento do choque
 Hipotensão controlada

PSIQUIATRIA

Excitação maníaca
 Estados de confusão
 Estados de ansiedade
 Psicoses de obsessão
 Curas de sono

OBSTETRÍCIA

Eclampsia
 Vômitos da gravidez
 Analgesia obstétrica

**SIMPATICOLÍTICO
 ESPASMOLÍTICO
 VAGOLÍTICO**

**ANTI-EMÉTICO
 HIPNÓTICO
 SEDATIVO**

COMPRIMIDOS

doseados a 25 mg.
(FRASCOS DE 50)
 3 a 6 comprimidos nas 24 horas

**AMPOLAS doseadas a 50 mg.
(CAIXAS DE 10)**

$\frac{1}{2}$ a 1 ampola 3 a 4 vezes nas 24 horas

**(VIA INTRAMUSCULAR
 OU INTRAVENOSA
 EM PERFUSÃO)**



AMOSTRAS E LITERATURAS SOB PEDIDO

A VIDA MÉDICA EM FRANÇA

A encefalopatia de Gayet-Wernicke e as encefalopatias carenciais dos alcoólicos

Foi proposto em 1881 por Wernicke o nome de polioencefalite superior hemorrágica para uma afecção em que aparecem perturbações psíquicas, paralisias oculares múltiplas, e evoluindo para a morte em dez dias. Faz referência às lesões hemorrágicas especiais do tronco cerebral. Mas, desde 1875, Gayet descreveu nos arquivos de fisiologia normal e patológica uma observação inteiramente sobreponível no plano clínico e anatómico, diferindo apenas por uma evolução mais prolongada. A etiologia alcoólica já encarada por Wernicke foi confirmada por trabalhos ulteriores.

Em 1890, Korsakoff chama a atenção para um aspecto especial da confusão mental, observada em indivíduos portadores duma polinevrite, especialmente nos alcoólicos. A existência dum substrato orgânico a este síndrome foi demonstrada por Gamber (1928) que mostra, ao lado das lesões corticais difusas do alcoólico, a constância duma afecção dos corpos mamilares no síndrome de Korsakoff.

Marchiafava (1903) tinha encontrado um outro aspecto das manifestações cerebrais do alcoolismo que foi durante muito tempo isolado, não só pelas suas lesões anatómicas especiais (necrose axial do corpo caloso) mas pelas circunstâncias etiológicas muito especiais: consumidores de vinho espumoso italiano.

Foi introduzida uma modificação importante na maneira de encarar os acidentes nervosos do alcoolismo crónico por ter sido posta em evidência a frequente carência em vitamina B nestes indivíduos. Os casos observados em prisioneiros ingleses por Wardener e Lennox em Malaisie deviam fornecer uma verdadeira prova experimental da concepção carencial da encefalopatia de Wernicke.

Recentemente, um certo número de observações feitas em França têm incidido as atenções para as encefalopatias alcoólicas. A tese de Pallasse (1952), as publicações de Girard, Garde e Devic (1953), as observações anatomo-clínicas muito completas de Schwob, Gruner, Fouquier, Harl, Francon e Guerre, têm evidenciado a multiplicidade dos aspectos clínicos e posto o problema dos antecedentes familiares entre os diversos tipos de encefalopatia alcoólica.

ETIOLOGIA

Não referiremos as numerosas observações dos síndromes de Wernicke nos indivíduos carenciados não

alcoólicos. Trata-se de estenoses altas, cancros gastro-intestinais ou de afecções emetisantes (vómitos post-operatórios, vómitos incoercíveis da gravidez). Há, também, numerosas observações revelando infecções crónicas e até estados melancólicos com recusa de alimentação. Todos estes factos foram reunidos nas publicações de Neuburger, de Jolliffe e de Boles.

Porém, o alcoolismo figura como causa dominante do síndrome de Wernicke. Certamente ainda se não pode apreciar a parte que cabe a estes acidentes no conjunto das manifestações cerebrais do alcoolismo. As observações de Girard e colaboradores levam a pensar que as encefalopatias carenciais são mais frequentes o que classicamente não se admitia.

Jolliffe verificava a etiologia alcoólica 24 vezes em 27 observações, Girard pô-la em causa 15 vezes em 18. Todas as observações demonstram o papel dos factores favorecedores que intervêm quer agravando a carência de absorpção, quer aumentando as necessidades do organismo em vitamina B₁. As infecções agudas, a tuberculose, intervêm neste sentido, o *delirium trémens* desempenha também, pelas perturbações nutritivas e metabólicas que daí resultam, um papel importante. Girard viu desencadear-se a encefalopatia depois dos vómitos consecutivos a uma tentativa de desintoxicação pelo antabuse.

CLÍNICA

Dos pródromos são frequentes as cefaleias, vertigens, diplopia, mas sobretudo a ataxia.

As perturbações psíquicas são o elemento mais constante do quadro clínico. Trata-se dum estado de confusão mental, o doente está possuído dum turpor e duma sonolência que muitas vezes se tem comparado à letargia encefalítica. Geralmente, está totalmente imobilizado, mas são possíveis os períodos de excitação por vezes com acessos de cólera. Existe muitas vezes um certo grau de onirismo, porém as manifestações delirantes não têm nunca a intensidade, a violência, que caracteriza o delírio alcoólico agudo. Em resumo, é um estado vizinho do delírio alcoólico, mas que terminará, nas formas graves, por um coma profundo.

Desde há muito tempo, os sinais oculares têm sido considerados indis-

pensáveis para o diagnóstico: sobretudo paralisias extrínsecas, atingindo bilateral e assimetricamente o motor ocular externo. É raro o aparecimento do nistagmo. Todavia, existia em todas as observações de Wardener e era o sinal dominante na observação de Lhermitte que englobava um grande síndrome vestibular. É difícil apreciar a acuidade visual: no entanto, já Wernicke tinha notado um edema papilar que se tem encontrado muitas vezes (Lhermitte, Girard).

Desde há muito tempo que estes sinais oculares têm sido considerados como indispensáveis. A maior parte dos trabalhos recentes admitem que eles são inconstantes: para Spillane faltariam em 75 % dos casos, faltariam igualmente na maior parte das observações de Girard e em três observações de Schwob.

A ataxia seria um sintoma muito frequente mas muitas vezes de difícil exteriorização e mais ainda de distinguir o que se refere à ataxia cerebelosa e eventualmente a uma componente cordonal posterior ou mesmo eventualmente frontal.

A possibilidade de movimentos anormais tem sido assinalada há muito tempo. Porém, observações recentes, especialmente as de Girard e de Schwob, têm insistido na frequência duma hipertonia dum tipo especial nem piramidal, nem «plástico», revestindo um carácter de oposição.

Pode ceder a uma mobilização doce, mas uma mobilização brusca pode aumentá-la e dar uma verdadeira crise tónica. Ela tem apresentado no estado terminal «um verdadeiro aspecto de rigidez de descerebrização» (Schwob).

Os sinais piramidais, frequentes, não estão nunca no primeiro plano e variam dum dia para o outro.

São constantes as perturbações vegetativas que intervêm na hipertermia do período terminal (Girard).

O electro-encefalograma pode mostrar alterações difusas com ondas, predominando as frontais. O líquido cefalo-raquidiano é normal ou apresenta um ligeiro aumento de albumina. A hiperpiruvicemia seria habitual. Girard encontrou, numa observação, uma taxa de 9 mg.

Procura-se investigar, nestes doentes, alguns argumentos em favor dum mecanismo carencial. A polinevrite é, classicamente, frequente. Todavia, parece ser rara nas observações de Girard, e Schwob sublinha a falta de sinais periféricos nas suas três observações. Os sinais cutâneos da pelagra foram, muitas vezes, assi-

ACÇÃO ANTIBIÓTICA
COM REFORÇO DAS
DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS,
MICROCOCOS CATARRAIS, ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS,
ENTEROCOCOS, B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + DIHIDROESTREPTOMICINA +
LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS, MICROCOCOS
CATARRAIS, ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS, ENTEROCOCOS
B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

APRESENTAÇÃO:

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA
Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA
Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA + 0,25 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (INFANTIL)
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 1 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (FORTE)

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8 - LISBOA

DEPÓSITO EM ANGOLA: JALBER, L. DA - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA

nalados por Jolliffe. Girard verificou, por duas vezes, taxas de porfirinas urinárias, sugerindo uma carência em vitamina P. P.

EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

Se o diagnóstico é fácil quando, às perturbações psíquicas, se associam as paralisias oculares características, pode ser difícil na falta destas últimas e nesta circunstância a evolução pode ter o valor dum «test terapêutico».

A tiamina: 400 a 1.000 mg. por dia, será administrada, pelo menos por um lado, em injeção endovenosa. Associar-se-lhe-á os outros elementos do complexo B e também, sendo possível, a levedura *per os*. O tratamento geral assegurará uma larga rehidratação, uma ração calórica elevada e a prevenção das infecções.

Nos casos favoráveis a melhoria espectacular das perturbações psíquicas, as paralisias oculares, muitas vezes, mostram-se mais resistentes. Nos casos opostos pode tornar-se possível a morte apesar do tratamento. Jolliffe insistia no papel das infecções associadas. Girard, apesar dos antibióticos, conta ainda 8 insucessos em 18 observações: trata-se de formas tratadas tardiamente onde se pode admitir que as lesões se tornaram irreversíveis.

Entre estas formas extremas, existem formas prolongadas, formas em que a melhoria das perturbações psíquicas deixa subsistir um síndrome de Korsakoff tenaz (3 vezes em 10 sobreviventes, Girard), e, por vezes mesmo, formas em que permanece um estado demencial com atrofia cerebral.

ANATOMIA PATOLÓGICA

O síndrome anatómico clássico é caracterizado pelo agrupamento das lesões nas paredes do terceiro ventrículo, envolvendo a substância cinzenta, o aqueduto, o pavimento do 4.º ventrículo, os tubérculos quadrigéminos posteriores, os corpos mamilares. Mas é o aspecto histológico, sobretudo, que é característico: alterações dos precapilares e dos capilares

dilatados, turtuosos, proliferantes como em certos pontos, hemorragias em anel e aspectos de espongiose. Associa-se uma reacção glial difusa sem aspectos inflamatórios, lesões celulares ganglionares constantes, mas relativamente discretas, simples alterações da morfologia celular.

Sabe-se que as lesões descritas por Gamper, no síndrome de Korsakoff, ao nível dos corpos mamilares, são histologicamente muito vizinhas e apresentam o mesmo tipo das lesões capilares.

Observações recentes têm mostrado a associação às lesões clássicas da encefalopatia de Wernicke, de alterações do corpo caloso análogas às da doença de Marchiafava (Girard: 3 observações, Schwob: 2 observações).

As observações de Schwob e Gruner têm de particular o interesse de mostrar a associação, num mesmo caso, de lesões mesocefálicas, duma necrose axial do corpo caloso, dum ataque dos núcleos cinzentos centrais, sempre associados à proliferação capilar muito especial.

FISIOPATOLOGIA

A natureza carencial da encefalopatia alcoólica não se discute mais e, as experiências de avitaminose provocada no animal têm reproduzido todas as lesões da encefalopatia de Wernicke. O estudo da paralisia de Chastek no raposo, que revela uma carência pura em tiamina, tem fornecido um argumento suplementar.

Verifica-se, facilmente, que o tecido nervoso, que utiliza quase exclusivamente hidratos de carbono, seja particularmente sensível à carência em tiamina, constituindo a cocarboxilase.

Explicam-se mais dificilmente as alterações capilares que, para Bailey, seriam secundárias às perturbações metabólicas celulares.

Um facto é certo, a carência dá lugar essencialmente a uma «lesão bioquímica» e a fenómenos reversíveis. Mas o seu prolongamento pode ser responsável por lesões histológicas irreversíveis.

CONCLUSÃO

Numerosos argumentos conduzem à aproximação dos diferentes aspectos das «encefalopatias carenciais» dos alcoólicos entre os quais se citará: o síndrome de Wernicke clássico, certos síndromes vizinhos mas não comportando paralisia ocular e onde uma hipertonia pode ser o facto dominante, certas formas subagudas, em que o síndrome de Korsakoff poderá ser um aspecto e enfim, provavelmente, o síndrome de Marchiafava. A justificação prática dum tal reagrupamento deve ser procurada no plano terapêutico: a administração massiça de vitaminas do grupo B pode transformar a evolução de afecções que segundo a sua descrição inicial terminam pela morte.

D. J. CAMBIER.

(Gentilmente fornecido pela Embaixada de França em Lisboa)

Hospital de Marinha

Integradas no ciclo de conferências promovidas pelo director do Hospital de Marinha, Dr. Telmo Corrêa, com o fim de pôr os novos clínicos daquele estabelecimento de assistência ao corrente dos serviços e métodos de trabalho ali seguidos, efectuaram-se, nos dias 20, 23 e 24, as três últimas palavras, da autoria, respectivamente, dos Drs. Gualter Marques, Custódio Fernandes e Perquilhas Teixeira, os dois primeiros oficiais médicos e o último primeiro-tenente-farmacêutico.

Os conferencistas ocuparam-se, respectivamente, dos temas «Seleção do pessoal da Armada»; «Serviços de saúde naval em combate», e «Alimentação na Armada».

CONSULTAS

Pergunta:

O colega Dr. B. P. pretende saber quais as obrigações dos médicos sanitários, segundo as suas categorias.

Resposta:

As obrigações dos facultativos municipais vêm expostas no art. 150.º do Código Administrativo; em vista do disposto no n.º 43.º deste art., convém ver também o art.º 68.º do Regulamento Geral de Saúde, de 24-12-901.

Para os restantes funcionários de Saúde, convém ver os art.ºs 14.º a 22.º, 68.º e 69.º do Decreto-lei n.º 35.108, de 7-11-45 e os art.ºs n.ºs 50.º e 74.º do mencionado Regulamento Geral de Saúde.

A. CARNEIRO



E. TOSSE & C.ª

HAMBURGO

VALODIGAN

“TOSSE”

Tonificação do coração em doses de digitalis extremamente pequenas e sossego simultâneo do doente.

Eficácia óptima e de compatibilidade excelente.

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART

Rua de Santo António, 203 — PORTO

SUB AGENTE: A. G. GALVAN — R. da Madalena, 66-2.º — LISBOA

Produto original apresentado sob as formas de "PÓ" e de "PASTA"



BASE:

ALBUMINA
DIATOMÁCEAS
COLOIDE SILÍCICO

INDICAÇÕES

LAURODERME "Pó"

Intértrigos - Eritêmas - Eczemas húmidos - Pruridos - Lesões dérmicas de toda a espécie - No tratamento da pele irritada e sensível - Nos recém-nascidos, principalmente em combinação com a "Pasta" - No tratamento vaginal sêco.

LAURODERME "Pasta"

Intértrigos - Eritêmas - Eczemas - Lesões dérmicas de toda a espécie - No tratamento da pele irritada e sensível - Queimaduras, etc..

NOTA - Em certos casos deverá aplicar-se a "Pasta", à noite, friccionando bem até completa absorção pela pele, e, para aumentar a sua acção, deverá pulverizar-se o local com o "Pó".



A VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 26 de Junho a 3 de Julho)

Dia 26 — A Misericórdia de Paços de Ferreira promove uma subscrição pública com o fim de obter meios para adquirir um aparelho de raios X e material cirúrgico.

— Na Murtosa procede-se aos trabalhos de montagem de um aparelho de raios X oferecido pelos murtoseiros da América. A Santa Casa recebe agora também um subsídio de 15 contos que o Estado

destina a aquisição de mobiliário e a equipamento.

28 — No Porto, na Casa de Saúde da avenida dos Aliados, presta-se homenagem ao seu fundador Dr. Alberto Gonçalves. Durante a sessão, a que assistem figuras das mais representativas do meio médico portuense, descerra-se um medalhão com a efigie do homenageado. Discursam vários oradores em que se destacam os Prof. Carlos Ramalhão, Alvaro Rosas, Silva Júnior e Santos Silva. Pela família os Drs. Macedo Pinto e Alberto Gonçalves Júnior.

29 — O Fundo do Desemprego comparticipa com 457 contos, para a construção do posto hospitalar de Castelo de Paiva.

— No Porto, no salão de festas do Coliseu inaugura-se a Exposição de Edu-

cação Sanitária. Assistem os Subsecretários da Assistência e da Educação Nacional, Drs. Melo e Castro e Veiga de Macedo, autoridades e muitos médicos. Discursa o Dr. Augusto da Silva Travassos, director geral de Saúde, que a promove juntamente com a Liga Portuguesa de Educação Sanitária. Este jornal dará notícia pormenorizada do acontecimento.

30 — O Dr. Melo e Castro, Subsecretário de Estado da Assistência Social, acompanhado pelo Dr. Domingos Braga da Cruz, Governador Civil do Porto, visita o Sanatório de D. Manuel II, o Hospital de Joaquim Urbano e o Dispensário de Higiene Social, todos daquela cidade.

— A Cruz Vermelha Portuguesa informa que, em virtude de autorização do Subsecretário de Estado do Comércio e Indústria, o preço da venda ao público da hidroestreptomina e da estreptomina, na sua sede e delegações passa a ser de 6\$50 cada grama, desde 1 do corrente.

Para os Hospitais, Institutos de Assistência Nacional aos Tuberculosos, Misericórdias, etc. mantêm os descontos habituais.

— No Porto, na secção regional da Ordem dos Médicos, realiza-se a 4.ª Reunião da Sociedade Portuguesa de Pediatria, núcleo do Norte, e relativa ao presente ano académico.

1 — No Hospital Geral de Santo António, do Porto, realiza-se a oitava conferência promovida pelos Serviços de Urgência, daquele estabelecimento de assistência. Profere-a o Dr. Eduardo Gama, que aborda o tema «Hematomeses». Usam da palavra os Drs. Araújo Teixeira, Alvaro Rosas, Veiga Pires, Emídio Ribeiro, Alberto Dias, Ruela Torres, Babo de Magalhães, Estêvão Samagaio e Gabor Gencsi.

2 — A delegação do Subsecretariado de Estado da Assistência Social, integrada na nossa representação oficial à 13.ª conferência da União Internacional contra a Tuberculose, a realizar em Madrid, é constituída pelos Drs. Carvalho Dias, Fausto Lopo de Carvalho, João de Oliveira Campos, Figueiredo de Lima e José dos Santos Bessa.

3 — Em Lisboa, sob a presidência do Prof. Egas Moniz, secretariado pelo Prof. Pereira Forjaz reúne-se a Classe de Ciências da Academia das Ciências de Lisboa, com a presença de numerosos académicos.

Ao iniciar os trabalhos, o Prof. Egas Moniz, refere-se à actividade do Prof. Mira Fernandes, que agora foi atingido pelo limite de idade, e à actuação do eng. Vieira Natividade, na sua recente viagem à Grécia.

Falam depois os Prof. José Vicente Gonçalves, o Prof. Júlio Palacios, em nome dos cientistas espanhóis, o Prof. Rui Teles Palhinha, o Prof. Barbosa Soeiro e o Prof. António Herculano de Carvalho. O eng. Luís de Menezes Acciaiuoli oferece à Biblioteca o segundo volume da sua obra sobre a hidromineralogia portuguesa, que o presidente agradece.

Na «Ordem do dia», o Prof. Carlos Teixeira apresentou um trabalho de investigação paleontológica sobre um ceratodontídeo do Karroo de Angola, que é muito apreciado e é resolvido publicar-se nas «Memórias» da classe.

Seguidamente, o Prof. Pereira Forjaz, associa-se, aos votos do presidente, destacando as altas figuras do Prof. Mira Fernandes e do Prof. Vieira Natividade, aborda depois o problema da dosagem cromatográfica. Sobre a exposição do Prof. Pereira Forjaz falaram alguns académicos, encerrando-se a sessão, pelas 16 horas.

— Os Drs. Fernando Magano, catedrático da Faculdade de Medicina do Porto e vice-reitor da Universidade, e Joaquim da Silva Pereira, são agraciados com o grau de Grande Oficial e Cavaleiro da Ordem Militar de Santiago da Espada.

— Iniciam-se as comemorações que

NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL,
REUMATISMO ARTICULAR, ETC.

I O D O P₂
AMPOLAS — GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO
COM SOLU P₂

PREVENÇÃO DOS ACIDENTES
HEMORRÁGICOS. MELHOR
TOLERÂNCIA DO IODO

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

**Para o tratamento de fundo
da hipertensão**

**Contra os casos rebeldes,
mais possibilidades de associação**

Serpasil*:

Nepresol* e Apresolina*:

O SERPASIL

abaixa a tensão arterial
acalma e alivia
muitas vezes mesmo com doses fracas

SERPASIL + NEPRESOL OU APRESOLINA

Alcaloide puro cristalizado de Rauwolfia

Derivados ftalazínicos muito eficazes

* Marcas registadas

Produtos CIBA, Limitada — Lisboa

a Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal promove na passagem do XXIV aniversário da sua fundação e XXII do assentamento da primeira pedra do Sanatório do Monte Alto e XIV da inauguração do Preventório Infantil.

Estrangeiro

De Dublin, onde está reunido o VI Congresso Internacional dos Médicos Católicos, anuncia-se que o primeiro Prémio Internacional de Ética Médica, instituído pela Associação Portuguesa dos Médicos Católicos no V Congresso Internacional, que reuniu em Paris em 1951, para recompensar o melhor trabalho do género publicado entre cada congresso, será atribuído a Pio XII, «como homenagem filial às suas muitas e luminosas alocuções acerca da moralidade médica, que formam um conjunto de leis admiráveis em matéria de ética profissional».

Na mesma ocasião, dirigindo-se a todo o mundo médico através da imprensa, disse o secretário geral da Associação Portuguesa dos Médicos Católicos, professor Santana Carlos, ao representante da F. P., que a atribuição ao Santo Padre, «como filial homenagem pelos seus inúmeros e belos discursos de moral médica, que constituem normas admiráveis de deontologia profissional», da medalha do «Prémio do Papa João XXI», juntamente com um inscrito ricamente iluminado pelo beneditino português D. Lucas Teixeira, tem carácter honorífico excepcional.

O IV Congresso Europeu e Mediterrâneo de Gastroenterologia, que reuniu de 27 de Junho a 2 de Julho, em Paris, abordou principalmente os temas de hipertensão portal e dumping-síndrome.

AGENDA

Portugal

Concurso

Está aberto:

Para provimento do cargo de médico do partido único, com sede e residência obrigatória na sede, do concelho de Vila de Ferreira do Alentejo.

Estrangeiro

De 2 a 5 de Julho realiza-se o IV Congresso da Associação de Estudos fisiopatológicos do fígado e da nutrição em Vichy. Tem como ordem de trabalhos as disqui- nesias biliares.

De 24 a 27 de Setembro, realiza-se em França (Vichy-Paris-Enghien) o Congresso internacional de Hidrologia Médica. Apresenta os seguintes relatórios à discussão: dores cardíacas e dores hepato-vesiculares; influência das curas hidrominerais sobre o poder colinesterásico do sangue; cuidados aos traumatizados nas estâncias hidrominerais. É secretário o Dr. Françon, 55, Rue des Mathurins, Paris (9^o 1).

De 12 a 14 de Novembro, realizam-se as Jornadas Médicas de Nice. É secretário o Dr. Louis Baraya, 51, Rue da Maréchal Joffre, Nice.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 23 a 30/VI/1954)

23/VI

Foram classificados os seguintes candidatos no concurso para internos do internato complementar de ortopedia e fractu-

ras dos Hospitais Cívicos de Lisboa: 1.º Dr. Henrique Coelho de Castro; 2.º Dr. José Carlos de Oliveira; 3.º Dr. António Pereira.

24/VI

Dr. José Joaquim Álvares de Moura, médico municipal do concelho de Miranda do Corvo — nomeado subdelegado de Saúde do referido concelho.

Foram classificados os seguintes candidatos no concurso para internos do internato complementar de radiologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa: 1.º Dr. António Coelho Lopes; 2.º Dr. Guilhermino de Oliveira Cham.

26/VI

Dr. Artur de Almeida Coimbra — nomeado médico-cirurgião do quadro complementar de cirurgia e especialistas de Angola.

Dr. José Alberto Milheiro da Costa — exonerado, a seu pedido, do lugar de médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português.

28/VI

Aviso da Câmara Municipal de Vila do Conde comunicando que foi nomeado para o lugar de médico municipal do partido de Malta o Dr. Joaquim de Azevedo Oliveira.

29/VI

A delegação do Subsecretariado de Estado da Assistência Social, integrada na representação oficial portuguesa, à XIII Conferência da União Internacional Contra a Tuberculose, que se realizará em Madrid, fica assim constituída: *Membros conselheiros da União Internacional Contra a Tuberculose*: Dr. Carlos Migueis Carvalho Dias, director do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, já designado pela portaria publicada no «Diário do Governo» n.º 51, 2.ª série, de 2 de Março findo e Dr. Fausto Lopo de Carvalho. *Correlatores*: Dr. João de Oliveira Campos; Dr. Rui Cândido de Figueiredo Lima e Dr. José dos Santos Bessa.

30/VI

Dr. Mário José Pires, médico de 2.ª classe do quadro comum do ultramar português, colocado em Moçambique — nomeado para desempenhar as funções de médico da missão ou brigada de prospecção e investigação das endemias.

Dr. Adelino Cercal Martins — aprovada a sua nomeação para o lugar de médico adjunto da estância termal de Melgaço.

Hospital do Ultramar

Prosseguiu no dia 12, no Hospital do Ultramar, em reunião do respectivo corpo clínico, a que presidiu o director, Dr. João Pedro de Faria, o Simpósio sobre fígado, iniciado dias antes. Nesta sessão falou o Prof. Aires de Sousa, sobre «Estudo funcional das vias biliares». Depois de referir que até 1924 a radiologia não dispunha de meios para qualquer estudo funcional das vias biliares e se devem a Graham e Cole os elementos para se realizar a colecistografia, demorou-se no estudo da questão. E, porque a introdução de modernos meios de controle obriga a uma revisão da semiologia clássica, o Prof. Aires de Sousa, com a ajuda de novos recursos técnicos, procurou interpretar algumas situações de disenergia biliar.

Partidas e Chegadas

Prof. Diogo Furtado

Partiu para o Brasil o Prof. Diogo Furtado, que, em missão oficial e a convite da Comissão do Centenário da Cidade de S. Paulo, foi tomar parte no Congresso Internacional de Otoneuroftalmologia.

Prof. Vítor Fontes

Regressou do Brasil, acompanhado de sua esposa, o Prof. Vítor Fontes, que se deslocara àquele país em missão oficial, tendo regido, no Rio de Janeiro, um curso de psiquiatria infantil. O Prof. Vítor Fontes pronunciou, ainda, em S. Paulo e Belo Horizonte, diversas conferências sobre neuro-psiquiatria e neuro-anatomia.

Dr. Mário Fernández

A convite da Sociedade Espanhola de Endocrinologia e a fim de assistir à sua I Reunião, partiu para Granada o Dr. Mário Fernández y Fernandes, que ali foi representar a Sociedade Portuguesa de Endocrinologia.

Dr. Paula Nogueira

Em missão de estudo, partiu para Heidelberg e outros centros universitários alemães, o Dr. Henrique de Paula Nogueira, primeiro-assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Dr. Ricardo Jorge

Em viagem de estudo e visita aos principais centros cirúrgicos, partiu para França o Dr. Jaime Ricardo Jorge de Paula Rosa.

A Família Médica

Casamento

Realizou-se há dias o casamento da sr.ª D. Maria Aida Andrade Pimenta, filha do sr. António Andrade Silva Júnior, com o Dr. Carlos Filipe de Aguiilar Manso, filho da sr.ª D. Palmira de Aguiilar Manso e do Dr. Filipe Manso. Aparentaram, por parte da noiva, seu irmão, sr. António Pimenta Andrade, e a sr.ª D. Olinda Monteiro, e, do noivo, seus pais.

Falecimentos

Faleceram:

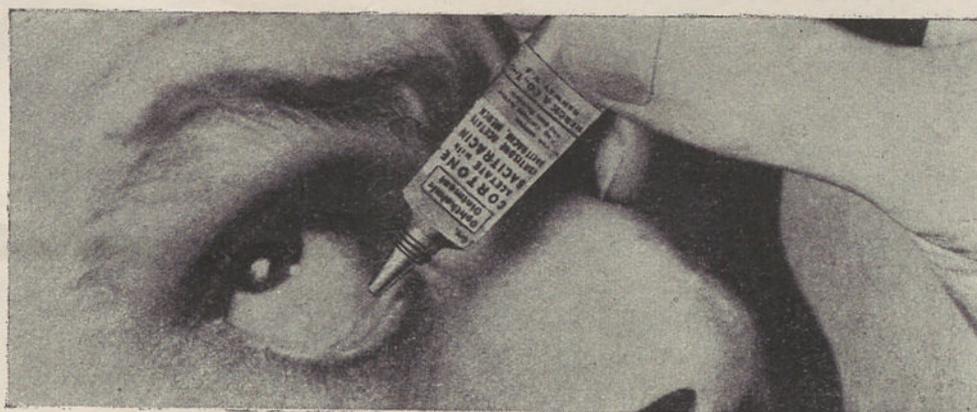
No Crato, o sr. Francisco Crujeira, pai do Dr. Hermenegildo Crujeira, médico em Lisboa.

A sr.ª D. Margarida Angélica da Cruz Rocha de Macedo, sogra do Dr. Virgílio Bacelar de Oliveira.

A sr.ª D. Olinda da Glória de Moraes Sarmento Campilho, mãe do Dr. Aníbal Campilho.

nova protecção dupla nas doenças

**INFLAMATÓRIAS
DOS OLHOS...**



POMADA OFTÁLMICA DE

Cortone^{*} ACETATO (Acetato de Cortisona de Merck & Co., Inc.)
COM **BACITRACINA**

A Pomada Oftálmica de Acetato de CORTONE com BACITRACINA influi tanto nos sintomas, como nas causas de muitas doenças dos olhos. Em determinadas condições inflamatórias do segmento anterior do olho, este unguento serve para

- diminuir rapidamente a inflamação dos tecidos
- salvaguardar a visão
- destruir ou impedir o desenvolvimento das bactérias
- reduzir as possibilidades de infecções secundárias
- encurtar a duração da doença

Fornece-se: A Pomada Oftálmica de Acetato de CORTONE com BACITRACINA em bisnagas de 3,5 gm. Cada gm. = 15 mg. CORTONE e 1.000 unidades de BACITRACINA.

*CORTONE é uma marca registada da Merck & Co., Inc. para esta espécie de cortisona. Esta substância foi pela primeira vez posta à disposição do público pelos serviços de investigação e produção da Merck & Co., Inc.

MERCK-SHARP & DOHME INTERNATIONAL

DIVISION OF MERCK & CO., INC.

161 AVENUE OF THE AMERICAS, NEW YORK 18, N. Y., U. S. A.

Distribuidor:

SOC. COM. CROCKER, DELAFORCE & CO. S.A.R.L.

Rua D. João V, 2, Lisboa

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EM SUSPENSÃO OLEOSA COM MONOESTEARATO DE ALUMÍNIO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300 000 U. I.
BISMUTO 0,09 gr.

Por ampola de 3 c. c.

SÍFILIS (em todas as formas e períodos)
AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 gr.

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,045 gr.

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

