

PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

DIRECCÃO CIENTÍFICA: AVRES KOPKE, prof. jub. do Instituto de Medicina Tropical; EGAS MONIZ, prof. jub. da Faculdade de Medicina de Lisboa; FROILANO DE MELO, director da Escola Médico-Cirúrgica de Nova Gôa; J. A. PIRES DE LIMA, prof. director do Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina do Pôrto; ROCHA BRITO, prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra; ROCHA PEREIRA, prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina do Pôrto.

ALMEIDA GARRETT, prof. na Fac. de Medicina do Pôrto — **REDACTOR PRINCIPAL.**

REDACÇÃO: ALBERTO DE MENDONÇA, Oto-rino-laringologista nos Hospitais Cívicos; AMÂNDIO TAVARES, prof. de Anatomia Patológica na Faculdade de Medicina do Pôrto; ARMANDO NARCISO, prof. do Instituto de Hidrologia e Climatologia de Lisboa; COSTA SACADURA, prof. jub. da Faculdade de Medicina de Lisboa; FERNANDO MAGANO, prof. de Cirurgia na Faculdade de Medicina do Pôrto; FERREIRA DA COSTA, Estomatologista nos Hospitais Cívicos de Lisboa; FONSECA E CASTRO, prof. agregado de Pediatria na Faculdade de Medicina do Pôrto; LADISLAU PATRÍCIO, director do Sanatório Sousa Marúns; LOPES DE ANDRADE, prof. de Oftalmologia na Faculdade de Medicina de Lisboa; VAZ SERRA, prof. de Patologia Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra.

SUMÁRIO: O tifo murino no Homem, por MANUEL R. DA CUNHA PINTO. Morte súbita consecutiva a cálculos do colédoco, por J. OLIVEIRA BARROS.

Movimento nacional — *A Medicina Contemporânea* (Perturbações circulatórias na difteria. Penicilina por via carotídiana). *Coimbra Médica* (A dor em cirurgia e a cirurgia da dor. Nova concepção de doenças de carência. Terapêutica de choque na febre tifóide. Encefalopatias infantis. Lepra). *Jornal do Médico* (Conceito actual de reuma. Enxertias glandulares). *Livros e Opúsculos* (Conferências sobre neuro-psiquiatria infantil. Morfologia do cortex cerebral (desenvolvimento). Arquivo arteriográfico. Vitaminas. Actualidades biológicas. Actualidades e utilidades médicas. Periódicos portugueses de medicina e ciências subsidiárias). *Sociedades e Congressos.*

Revista geral — Utilização clínica da penicilina, por JOSÉ GARRETT.

Notas científicas e práticas — O eritema nodoso nas crianças. As injeções de bismuto para a febre tifóide. Lesões hepáticas por queimaduras nas crianças. Profilaxia dos acessos tuberculosos da primavera e do outono. Sobre a sulfamidoterapia nas doenças do fígado. Objecções à sulfamidoterapia nas pneumonias.

ANEXOS — Estágio post-escolar e cursos de revisão de conhecimentos médicos, por A. GARRETT. Inventário das águas minero-medicinais portuguesas. Notícias e informações.

**NOVAR
S
É
N
O
B
E
N
Z
O
L
BILLON**

Satisfaz as exigências
das várias
Farmacopeias estrangeiras

Continua a ser
o medicamento de escolha
do tratamento de assalto
da

SÍFILIS

INJECCÕES INTRAVENOSAS

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA

21, Rue Jean Goujon - PARIS 8^e

REPRESENTANTE:

SOC. COM. CARLOS FARINHA, L.^{DA}

R. dos Sapateiros, 30-3.^o - LISBOA

Estágio post-escolar e cursos de revisão de conhecimentos médicos

O médico novo, recém-saído da Faculdade, vê-se quasi sempre embaraçado para traçar a rota da sua vida profissional. São poucos os que têm quem os guie e proteja, e encontram um caminho seguro por esse meio. A maioria lança-se na clínica, com ou sem o apoio de um lugar de vencimento fixo. E então, dois casos se apresentam: ou há noção da responsabilidade inerente à situação de clínico, ou essa noção não existe. Neste último caso, felizmente raro, a inconsciência leva a actuações tanta vez incorrectas e prejudiciais à vida dos doentes; são os maus médicos, por constituição psíquica, para os quais não há concêrto possível. Se existe viva a noção da responsabilidade, quanta dúvida cruel, quanta ansiedade e temor, não escurecem os primeiros passos da vida clínica!

O mal vem (todos o sabem) da falta de prática da profissão, sob a vista dos mais antigos, antes de iniciar o exercício independente da profissão. Desde a reforma de 1911 que no programa dos estudos médicos figura a obrigação de um ano de estágio hospitalar, depois de terminado o curso geral. Por uma incompreensível transigência com os interesses materiais imediatos dos alunos, não se pôs ainda em vigor esta disposição de fundamental interesse. O prejuízo que disto advém para o futuro dos diplomados é enorme.

Tal prejuízo não vem só do mal-estar que os moralmente bem formados têm de sofrer, mas também porque muitos dêles adquirem assim hábitos que não são os melhores, acostumam-se a proceder segundo a rotina que criaram com o que aprenderam nas aulas e com o que tiveram de tirar de si próprios, obrigados pela multiplicidade de situações mórbidas que foram enfrentando. Quando vivem em meios afastados dos grandes centros urbanos, a dureza da vida profissional (com o cansaço inerente à clínica domiciliária rural), a modéstia da habilitação técnica com que saíram das escolas (deixando assim de compreender perfeitamente a variedade das applicações dos conhecimentos teóricos), e a falta de meio propício a manter esperta a curiosidade intellectual, — tudo isso leva o médico, nessas condições desfavoráveis, a alhear-se do conhecimento dos progressos da medicina, de que tanta vez só dá conta, deformados e incompletos, pelos prospectos de propaganda das especialidades farmacêuticas. Triste verdade é esta, que custa a escrever...

Mas o que se passa entre nós, passa-se em tôda a parte do mundo. E por isso nos países mais progressivos, que cuidam a sério da saúde pública, têm-se instituído cursos de actualização, quer para clínicos gerais, quer para especializados em ramos da sanidade ou da clínica. Cursos êsses destinados aos médicos que vivem afastados

dos referidos centros, porque aos que nêles vivem é mais fácil o estar a par da evolução das técnicas, pela frequência dos estabelecimentos sanitários respectivos.

Bem andou o Conselho Geral da Ordem dos Médicos em procurar instituir cursos dessa índole. E bem andaré se instar junto do Governo pela efectivação do estágio clínico post-escolar obrigatório.

Sobre um e outro assunto voltarei a ocupar-me mais detidamente. Muito o merecem. Por hoje, apenas estas breves linhas de aplauso a uma iniciativa e de incitamento a outra.

A. GARRETT

Inventário das águas minero-medicinais portuguesas ⁽¹⁾

DISTRITO DE AVEIRO

Curia (Concelho da Anadia). — Sulfatada cálcica, hipotermal. Indicações: litíase renal e reumatismo gotoso. Director clínico: Prof. Dr. Tristão Ribeiro. Hospedagens: Palace Hotel, Grande Hotel, Hotel da Boa-Vista, Hotel do Parque, Pensão Lourenço, Pensão Portugal Santos, Pensão da Curia, Pensão Oceano, Pensão Rosa.

Vale da Mói (Moita, Anadia). — Hiposalina, férrea, cálcica e sódica, hipotermal. Indicações: anemias, dispepsias hipoclorídricas. Director clínico: Dr. Francisco Costa e Almeida. Hospedagem: Pensão Montanha.

Caldas de S. Jorge (S. Jorge, Feira). — Sulfúrea sódica. Para tratamento de dermatoses e reumatismos. Director clínico: Dr. Joaquim Alexandrino da Conceição. Hospedagens: Pensão Paraíso, Pensão Silva, Pensão Central.

Luso (concelho da Mealhada). — Hiposalina, carbo-gasosa, silicato-cloretada sódica, muito radioactiva. Indicada como diurética. Director clínico: Dr. José Cid de Oliveira. Hospedagens: Grande Hotel, Hotel Lusitano, Hotel dos Banhos, Hotel Serra, Pensão Alegre, Pensão Avenida, Pensão Lusa, Pensão Portugal, Pensão Silva, Pensão das Termas.

DISTRITO DE BEJA

Pisões-Moura (concelho de Moura). — Carbonatadas cálcicas, hipotermias (5 nascentes). Como água de mesa, diurética.

(1) Informações colhidas no relatório sobre o movimento das estâncias em 1941 e 1942, elaborado pelo engenheiro-chefe da Inspeção das Aguas, sr. Luis Acciaiuoli, e publicado pela Direcção Geral de Minas e Serviços Geológicos (*Águas de Portugal*, I vol., Lx.a, 1944).

Santa Comba e Três Bicas (concelho de Moura). — Carbonatadas cálcicas, hipotermiais. Empregadas para favorecer a diurese e na litíase renal. Instalação precária.

Fonte de Santa Ana (concelho de Moura). — Carbonatada cálcica. Usada para reumatismos e dermatoses pelos moradores nas vizinhanças.

DISTRITO DE BRAGA

Caldelas (concelho de Amares). — Hiposalina, bicarbonatada cálcica, carbogasosa, muito radioactiva, mesotermal. Indicação principal: enterocolites muco-membranosas. Director clínico: Dr. Júlio Rodrigues Formigal. Hospedagens: Hotel da Bela-Vista, Grande Hotel de Caldelas, Hotel das Termas. Pensão Continental Machado, Pensão Avenida, Pensão Familiar Central, Pensão Familiar da Tôrre, Pensão Ideal, Pensão Universal.

Castanheiros — Quinta do Eirogo (concelho de Barcelos). — Sulfúrea sódica, hipotermal. Indicações: dermatoses e reumatismos. Exploração irregular.

Mourisco e Vizela (Caldas de Vizela). — Sulfúreas sódicas, hiper-

FARMÁCIA VITÁLIA

DIRECÇÃO TÉCNICA DO SÓCIO
RIBEIRO DA CUNHA

34, PRAÇA DA LIBERDADE, 37—PÓRTO

Telef.: 828 e 4134

Telegr.: Farmácia VITÁLIA

Laboratórios de esterilizações, de produtos farmacêuticos e de análises
AVIAMENTO RIGOROSAMENTE CONTROLADO DE TODO O RECEITUÁRIO CLÍNICO



Alguns produtos injectáveis especializados
de reconhecido valor terapêutico:

Cálcio Vitália — Ampolas de 2, 5 e 10 c. c. de soluto estabilizado a 10 e 20 % de gluconato de cálcio quimicamente puro.

Cálcio-Vitacê — Ampolas de 5 c. c. de gluconato de cálcio a 10 % e de Vitamina C (1.000 U.I.).

Vitabê — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B₁, doseadas a 0,005 (2.500 U.I.).

Vitabê forte — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B₁, doseadas a 0,025 (12.500 U.I.).

Vitacê — Ampolas de 1 e 2 c. c. de Vitamina C, doseadas a 0,05 (1.000 e 2.000 U.I.).

Vitacê forte — Ampolas de 5 c. c. de Vitamina C, doseadas a 0,10 (10.000 U.I. por ampola).

termais, muito radioactivas. Para reumatismos, dermatoses; ainda usada como adjuvante no tratamento da sífilis. Director clínico: Dr. Alfredo Pinto de Sousa e Castro. Hospedagens: Hotel Sul-Americano, Hotel do Cruzeiro do Sul, Hotel Universal, Pensão das Termas, Pensão Águia de Ouro, Pensão América, Pensão Bom Retiro, Pensão Central, Pensão Nacional.

Caldas das Taipas (concelho de Guimarães). — Sulfúrea sódica, muito radioactiva, mesotermal. Indicações: reumatismos e dermatoses. Director clínico: Dr. Francisco Pereira de Carvalho Ribeiro. Hospedagens: Hotel das Termas, Pensão Vilas.

Gerez (concelho de Terras de Bouro). — Hiposalina, fluoretada sódica, radioactiva. Usada nas afecções hepáticas. Director clínico: Prof. Dr. Celestino da Costa Maia. Hospedagens: Hotel Maia, Hotel Moderno, Hotel do Parque, Hotel Ribeiro, Hotel Universal, Pensão Gereziana, Pensão Avenida, Pensão da Ponte, Hospedaria Central Jardim.

Dossãos — Quinta da Póvoa (Dossãos, Vila Verde). — Hiposalina silicatada. Não tem sido explorada.

DISTRITO DE BRAGANÇA

Bensaúde (concelho de Vila-Flor). — Carbonatada sódica, carbogásosa, hipotermal. Usada como água de mesa.

DISTRITO DE CASTELO-BRANCO

Unhais da Serra (concelho da Covilhã). — Sulfúrea sódica, muito radioactiva, mesotermal. Indicações: dermatoses, reumatismos, hemorroidas. Director clínico: Dr. António Ribeiro da Silva Lino. Hospedagens: Pensão Unhais da Serra, Hospedaria Maria Cândida.

Touca (Alpedrinha, Fundão). — Hiposalina, cloretada, silicatada, sulfatada, hipotermal. Usada como água de mesa.

Monfortinho (Salvaterra do Extremo, Idanha-a-Nova). — Hiposalina, muito radioactiva. Indicações: dermatoses, afecção do aparelho digestivo. Director clínico: Dr. José Gardette Martins. Hospedagens: Hotel da Fonte Santa, Pensão Boa-Vista, Pensão Internacional, Pensão Astória, Pensão Rocha.

Foz da Sertã (Sernache do Bonjardim). — Hiposalina aluminosa. Não tem exploração termal. Venda em garrafas.

DISTRITO DE COIMBRA

Caldas de S. Paulo (Penalva de Alva, Oliveira do Hospital). — Sulfúrea sódica, moderadamente radioactiva, hipotermal. Indicações: dermatoses e reumatismos. Exploração em más condições.

Pontão da Rapada (Penalva de Alva, Oliveira do Hospital). — Água Sulfúrea sódica. Não está em exploração.

Quinn

CARDIAMINA

Jaba

Analéptico
cardio-
-respiratório
de acção rápida
e segura
por via oral,
endovenosa
ou
intramuscular

Diethylamida do ácido
piridino- β -carbónico
em solução a 25%

EM TODOS OS CASOS DE
COLAPSO CÁRDIO-RESPIRATÓRIO

Dispneia. Intoxicação pelos anestésicos e Hipnóticos, etc.

PREPARAÇÃO DOS
LABORATORIOS JABA

Rua Actor Taborda, 5 — Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PÔRTO:
R. Mártires da Liberdade, 120

DEPÓSITO EM COIMBRA:
Avenida Navarro, 53

Amieira (Concelho de Soure). — Cloretada carbonatada. Indicações: dermatoses e reumatismos. Director clínico: Dr. Manuel Campos Pinheiro. Hospedagem no estabelecimento termal.

Bicinho (Concelho de Soure). — Cloretada carbonatada. Indicações: dermatoses e reumatismos. Exploração em pequena escala.

Banhos da Azenha (Concelho de Soure). — Cloretada e bicarbonatada. Para dermatoses e reumatismos. Exploração em pequena escala.

DISTRITO DE ÉVORA

Herdade da Casqueira (Concelho de Évora). — Hiposalina, ferruginosa. Exploração precária.

Herdade da Ganhoteira (Concelho de Portel). — Sulfatada mixta. Exploração irregular.

DISTRITO DE FARO

Fonte Santa (Quarteira, Loulé). — Hiposalina, cloretada sódica, bicarbonatada cálcica. Não está em exploração.

Monchique (Vila de Monchique). — Hiposalina, azotada, bicarbonatada sódica. Utilizada em dermatoses, reumatismos, afecções das vias respiratórias. Director clínico: Dr. José de Sousa e Costa. Hospedagens: Pensão Central, Pensão Encarnação, Pensão Internacional.

DISTRITO DA GUARDA

Caldas da Cavaca (Concelho de Aguiar da Beira). — Sulfúrea sódica, muito fluoretada, silicatada sódica. Empregada em dermatoses e reumatismos. Não está em regular exploração.

Caldas e Fonte Santa (Caldas de Manteigas). Sulfúrea sódica, hipotermal. Indicações: reumatismos e afecções das vias respiratórias. Director clínico: Dr. Francisco Sanches de Moraes. Hospedagem: Hotel das Caldas.

Termas Radium — Fontes de Chão da Pena, Favacal e Malhada (Caria, Sabugal). — Hiposalinas, silicatadas, carbonatadas mixtas, muito radioactivas. Indicações: gota, reumatismos crónicos, afecções dos aparelhos circulatório e digestivo. Director clínico: Dr. Francisco Maria Manso. Hospedagem: Hotel das Termas Radium.

Caldas do Cró (Concelho de Sabugal). — Sulfúrea sódica, hipotermal. Usada em afecções dos aparelhos respiratório e digestivo, e em reumatismos. Director clínico: Dr. Alfredo Viriato Lopes. Estabelecimento termal.

Fonte do Banho (Concelho de Sabugal). — Hiposalina, carbonatada sódica. Não está em exploração.

DISTRITO DE LEIRIA

Piedade e Fervença (Concelho de Alcobaça). — Cloretadas sódicas, bicarbonatadas e sulfatadas cálcicas, radioactivas, hipotermas. Indicadas

Fonte Romana (Na área de Pedras Salgadas). — Carbonatada sódica, carbogásosa. Venda em garrafas.

(Continua em frente das páginas 287, 291, 299, 303, 306).

K O L A A S T I E R

GRIPE — CONVALESCENÇA — DESPORTOS

L Y X A N T H I N E

REUMATISMO — GÔTA — ARTRITISMO

C O L I T I Q U E

TODAS AS AFECÇÕES COLIBACILARES

S T A L Y S I N A

TODAS AS AFECÇÕES ESTAFILOCÓCICAS

P H I L E N T É R O L

TODAS AS AFECÇÕES INTESTINAIS

A R H É O L

BLÉNORRAGIAS — CISTITES — PIELITES

COMPLETA O TRATAMENTO PELAS SULFAMIDAS

R I O D I N E

N É O - R I O D I N E

MEDICAÇÃO IODADA SEM IODISMO.

VIA BUCAL OU INJECTÁVEL.

LABORATÓRIO DO DR. P. ASTIER

Literatura e amostras nos representantes

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

Não haverá mais bebés...

pálidos, magros, fracos...



se lhes derdes todos
os dias

**LEITE CONDENSADO
AÇUCARADO NESTLÉ**

e a

**FARINHA LÁCTEA
«NESTLÉ».**

Regime harmonioso, regular, de grande valor alimentar, de digestibilidade fácil, que permitirá aos vossos bebés um desenvolvimento normal.

SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS

PORTUGAL MÉDICO

(3.^a SÉRIE DAS ANTIGAS REVISTAS: GAZETA
DOS HOSPITAIS E VIDA MÉDICA. ANO 37.^o)

1945

N.º 7

O tifo murino no Homem ⁽¹⁾

por MANUEL R. DA CUNHA PINTO

O tifo murino ou *endémico* é uma doença infecto-contagiosa, muito semelhante ao tifo *histórico* ou *clássico*, traduzindo-se, como êste, por febre e manifestações cutâneas do tipo máculo-petequial e tendo como agente etiológico um microrganismo do género *Rickettsia*. O modo de propagação desta rickettsiose, as diferenças biológicas do seu agente, assim como a sua evolução, de modo geral mais benigna, separam-na do tifo clássico.

Clinicamente, quâsi o podemos considerar como uma forma atenuada do tifo histórico (F. FONSECA, 1944). E essa semelhança é tão grande que, freqüentemente, o médico necessita de recorrer ao laboratório para que êste, pelas várias provas experimentais, lhe dê os elementos de destrinça que permitam um diagnóstico exacto. A par desta analogia clínica, existem outras semelhanças ainda, razão porque os vários autores que têm estudado as rickettsioses colocam o tifo murino lado a lado como o tifo histórico, formando o grupo homogêneo do tifo (PINKERTON, 1936; BURNET, 1937; ZINSSER, 1937).

O parentesco que liga os dois tifos é, na realidade, grande e explica-se pela existência de propriedades fundamentais idênticas dos agentes causadores. Ambos são responsáveis pelo aparecimento de lesões histo-patológicas semelhantes, a endangeite proliferativa, com presença de rickettsias nas células endoteliais, condicionando directa ou indirectamente tôdas as demais alterações anátomo-patológicas. Em ambos, as reacções serológicas são idênticas, especialmente a reacção de WEIL-FELIX que mostra sempre mais forte aglutinação com o bacilo *Proteus OX₁₉*. A aproximá-los há também a existência de imunidade cruzada entre as duas doenças, quer no homem, quer nos animais sensíveis.

(¹) Excertos do trabalho «Tifo murino», realizado no Laboratório de Bacteriologia do Instituto Português de Oncologia e no Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, e apresentado à Faculdade de Medicina do Pôrto, como dissertação de candidatura ao grau académico de doutor.



As duas variedades, sem dúvida, estão intimamente ligadas mas, apesar disso, podem separar-se pelo seu diferente comportamento nos animais de experiência e pelos seus ciclos epidemiológicos: no tifo murino, seguindo o ciclo rato-pulga-homem, para dar no homem doença com aspecto esporádico; no tifo histórico, passando por um ciclo mais simples, homem-piolho-homem, e revestindo habitualmente o aspecto epidémico.

Contudo, esta simplicidade esquemática nem sempre se verifica. É conhecido hoje e aceite pela maioria dos autores que o tifo endémico pode surgir e alastrar em verdadeiras ondas epidémicas, atingindo uma gravidade muito aproximada da das epidemias clássicas, assim como, por outro lado, se conhece a existência do tifo histórico com carácter esporádico no sudeste da Europa e nordeste da América do Norte. Se a epidemiologia das duas variedades parecia separá-las facilmente, estas observações vieram mostrar que nem sempre assim sucede e que êstes dados epidemiológicos antes tendem a aproximá-las.

Tem início geralmente brusco, atingindo de preferência os indivíduos que vivem ou trabalham onde o rato aparece mais vezes, como sucede em armazens das docas dos portos de mar, fábricas de moagem de comércio de géneros alimentícios, etc..

Entre nós, o seu aparecimento tem ocorrido quer nos meses frios de inverno, como geralmente acontece na Europa (LEPINE & LORANDO, 1936; LEPINE, 1938), quer nos meses quentes do estio, como é o caso na América do Norte, onde constitue uma doença da quadra quente.

O tifo murino atinge mais frequentemente os indivíduos novos e os adultos, poupando as crianças de menos de dez anos que, a serem atingidas, têm doença muito benigna. Os primeiros casos observados no Serviço de mulheres do Hospital do Rêgo foram em adultas, operárias duma fábrica de moagem (F. FONSECA & M. R. PINTO, 1942).

Nos meses de Janeiro e Fevereiro de 1942, isolaram-se dois casos de tifo exantemático, clínica e laboratorialmente caracterizados como tifo murino, em internadas no Serviço do Prof. FONSECA. Pouco depois, encontraram-se mais quatro casos entre o pessoal da mesma fábrica, operárias da secção onde trabalhavam as primeiras doentes e que tinham adoecido pela mesma ocasião. Pelas histórias clínicas referidas e pelas provas serológicas, foi possível concluir que se tratava de casos de tifo murino.

No verão de 1944, entrou, no mesmo serviço do Hospital do Rêgo, outro caso de tifo murino, confirmado pelo isolamento do vírus exantemático. No fim do mês (Agosto de 1944), foi isolada outra estirpe de vírus murino a partir do sangue de uma doente da Amadora que, clinicamente, tinha uma rickettsiose.

Temos assim, isolados numa zona da capital, oito casos de tifo murino no espaço de dois anos.

CUTILEIRO (1940) descreve um caso que, seguindo o critério de F. FONSECA (1942), não incluímos na nossa estatística,

Praticamente, a mortalidade é nula e a sua evolução clínica não reveste a gravidade do tifo clássico.

O período de incubação anda à volta de 12-13 dias em média, podendo ir de 5 a 23, segundo as observações de vários autores.

O início é usualmente brusco, com arrepios, dor de cabeça forte e febre alta, mas pode ser mais lento e insidioso lembrando o começo da gripe: o doente queixa-se de dores musculares, mal estar geral, pouca febre, sinais de catarro das vias aéreas superiores e conjuntivite e fotofobia mais ou menos acentuada. A temperatura mantém-se alta e o pulso geralmente acompanha-a. Os sinais nervosos intensificam-se, os doentes estão irrequietos e queixam-se de insónia teimosa. A língua apresenta-se saburrosa, e o apetite diminui ou desaparece. O baço nem sempre é palpável desde o início, mas em breve sente-se aflorar junto do rebordo costal. A sintomatologia do aparelho respiratório aparece a traduzir um estado inflamatório mais ou menos acentuado da árvore brônquica. A tosse seca, freqüente, é um dos sintomas mais penosos para o doente por lhe exacerbar a dor de cabeça, já de si difícil de suportar.

Do quarto ao sexto dia de doença, surge o exantema, sintoma dominante da enfermidade; faz-se acompanhar, a maior parte das vezes, pelo agravamento da sintomatologia geral — os doentes estão mais agitados, com pulso mais freqüente, e a temperatura sobe.

O exantema é constituído por pequenos elementos róseos, máculas do tamanho de cabeças de alfinete ou, outras vezes, pequenas pápulas. Aparecem nos flancos ou na parte superior do tronco, e os elementos atenuam-se pela pressão. O exantema alastra e, em dois a três dias, estende-se a todo o corpo, poupando habitualmente a cara, mas não as palmas das mãos e plantas dos pés, como acontece no tifo histórico. Os elementos do exantema sofrem muitas vezes a transformação petequial, devida à formação de pequenas tromboses e à estase nos vasos cutâneos, o que faz com que tomem uma côr arroxeadada. Outras vezes, o exantema é fugaz — 24-28 horas — e muito pobre de elementos. Na maioria dos casos, persiste até a defervescência para, em seguida, empalidecer, tomando então côr acinzentada. Acaba por desaparecer, o que sucede freqüentemente quando a febre já baixou.

Sintomatologia importante no tifo exantemático benigno é a do aparelho circulatório, relacionada com a existência das lesões anatomopatológicas dos vasos periféricos, miocárdio e sistema ner-

voso, produzidas pelo agente. A taquicárdia encontra-se quasi sempre e desde o início da doença, mas num dos nossos casos observamos bradicárdia. A subida da temperatura é acompanhada pelo aumento da frequência do pulso, que assim se conserva durante os vários dias da enfermidade. Na convalescença, pode ainda manter-se, mas as mais das vezes o que se encontra é bradicárdia.

Quasi sempre a taquicárdia é acompanhada de hipotensão, nunca tão acentuada como no tifo clássico, em que a sintomatologia cárdio-vascular é rica e da maior importância para o prognóstico. A hipotensão persiste às vezes durante a convalescença e deve estar relacionada em parte com as lesões do centro vasomotor. O quadro da insuficiência periférica, que frequentemente complica a evolução do tifo histórico, não costuma observar-se no tifo murino. A curva térmica tem aspecto característico. Nos dois ou três primeiros dias da doença, a temperatura sobe gradualmente, para se manter à volta dos 39° e, mais raramente, chegar a 40°. As remissões matinais são sempre pequenas, dando oscilações na curva térmica de um grau ou menos. Passada a primeira semana de febre contínua e ao aproximar-se o fim da doença, as oscilações térmicas acentuam-se, e a curva desce em lise ao mesmo tempo que a restaute sintomatologia desaparece. A lise faz-se em dois ou três dias e, na maior parte dos casos, é acompanhada de suores profusos. Só raramente se observa subida brusca da temperatura no início da doença, logo a seguir aos calafrios, assim como uma descida em crise no final da enfermidade.

O sistema nervoso, sede de lesões histológicas específicas, oferece uma sintomatologia até certo ponto característica da doença. Por via de regra, nunca é tão acentuada e exuberante como na variedade clássica. A cefaleia intensa e persistente e a insónia encontram-se quasi sempre desde o início e durante a doença; algumas vezes a dor de cabeça mantém-se ainda na convalescença.

Outro sintoma característico é a intransquillidade e agitação, que atinge a maior intensidade nos dias do aparecimento do exantema. O doente mexe-se frequentemente à procura de posição de repouso, que não encontra. A apatia e o abatimento são frequentes. Encontram-se às vezes sinais de irritação meníngea, como hiperestesia cutânea, vômitos, rigidez da nuca, sinal de KERNIG, mas no liquor as alterações, quando as há, são mínimas. Poucos sinais se encontram a traduzir alterações do aparelho digestivo. A língua saburrosa e seca observa-se frequentemente, e a falta de apetite é a regra. Por vezes há vômitos que agravam a inapetência.

Durante a doença, existe obstipação, na maioria dos casos, mas a diarreia pode aparecer, especialmente no comêço da enfermidade. A sintomatologia intestinal no seu conjunto é apagada.

O aumento de volume do fígado é raro, e pouco notável o

LABORATÓRIOS AZEVEDOS

VITAMINA A AZEVEDOS

Frasco conta-gotas com 10 c. c. de solução oleosa de Vitamina «A» natural a 50.000 U. I. por c.c.

VITAMINA B₁ AZEVEDOS

Frascos de 20 comprimidos de 5 miligrs. (1.650 U.I.)
Caixas de 6 Ampolas de 1 c.c. a 10 miligrs. (3.300 U.I.)
Caixas de 6 Ampolas de 1 c.c. a 25 miligrs. (8.250 U.I.)
Caixas de 6 Ampolas de 1 c.c. a 50 mtligrs. (16.500 U.I.)

VITAMINA B₂ AZEVEDOS

Frascos de 20 comprimidos de 2 miligrs.
Caixas de 6 Ampolas de 1 c.c. a 5 miligrs.

VITAMINA C AZEVEDOS

Frascos de 20 comprimidos de 50 miligrs. (1.000 U.I.)
Caixas de 6 Ampolas de 2 c.c. a 5% (2.000 U.I.)
Caixas de 6 Ampolas de 1 c.c. a 5% (1.000 U.I.)
Caixas de 3 Ampolas de 5 c.c. a 10% (10.000 U.I.)

VITAMINA D AZEVEDOS

Frasco conta gotas de 10 c.c. a 0,5 miligrs./c.c. (20.000 U.I.)
Caixas de 1 Ampola a 2,5 miligrs. (100.000 U.I.)
Caixas de 1 Ampola a 15 miligrs. (600.000 U.I.)

VITAMINA E AZEVEDOS

Frascos com 20 comprimidos a 20 miligrs. (20 U.I.)
Caixas de 6 Ampolas de 1 c.c. a 20 miligrs. (20 U.I.)

VITAMINA K AZEVEDOS

Frascos de 20 comprimidos a 5 miligrs.
Caixas de 6 Ampolas de 1 c.c. a 5 miligrs.

VITAMINA PP AZEVEDOS

Frascos de 20 comprimidos a 100 miligrs.
Caixas de 6 Ampolas de 1 c.c. a 50 miligrs.

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA



ESPECIFICO DA SARNA

Feliz combinação de :

NAFTOL B
BÁLSAMO DE PERÚ
RESORCINA
ÁCIDO SALICÍLICO
SALICILATO DE METILO EM
VEÍCULO ALCOOLICO GLICERINADO

Ex.^{mo} Senhor Doutor

*Os incomodativos aracnídeos da sarna,
seus ovos e outras doenças parasitárias da pele,
encontram em **SARCOPTIL** o medicamento ideal
para a sua rápida destruição.*

*Um produto
de reconhecido valor terapêutico
à disposição de V. Ex.^a*

LABORATÓRIO PEDROSO

Sob a Direcção Técnica de ISAURA FIGUEIREDO FONSECA

Licenciada em Farmácia

C.OVILHÃ

aumento do baço, que ultrapassa levemente o rebôrdio costal e se reduz rapidamente a partir do 7.º ou 8.º dia da doença.

Nos vários casos de tifo endêmico que nos foi dado observar, nunca encontramos alteração do funcionamento renal digna de nota. Além duma leve albuminúria febril, há modificações da concentração da urina, relacionadas por um lado com a intensidade da febre, por outro com a quantidade dos líquidos ingeridos.

O estudo do hemograma revela alterações semelhantes às que se dão no tifo clássico: é freqüente observar-se leucocitose moderada, com neutrofilia e linfopenia. Os valores dos glóbulos rubros e da hemoglobina estão pouco alterados; há tendência para anemia. A leucocitose oscila, em média, à volta de 11-12.000 glóbulos brancos por mm^3 , mas casos há em que logo de início se encontra leucopenia, como sucedeu em um dos nossos casos em que, no segundo dia de doença, havia 4.600 glóbulos brancos com 27 % de linfócitos. Nêstes casos e antes do aparecimento do exantema, é difícil o diagnóstico diferencial com a febre tifóide.

As alterações da fórmula leucocitária mantêm-se de modo geral até a defervescência. A neutrofilia diminui então, para ser compensada pelo aumento dos linfócitos e às vezes dos monocitos, que podem atingir percentagens altas. Os eosinófilos desaparecem quasi sempre no comêço e durante a doença, para só reaparecerem na defervescência ou na convalescência.

A convalescência é, em regra, prolongada. Os doentes, embora tenham tido uma doença benigna e de evolução curta, entram em convalescência com a sensação de grande astenia, maior do que podiam de comêço imaginar. Qualquer exercício os fatiga, e mesmo o falar por algum tempo lhes é penoso.

A enfermidade é fácil de caracterizar uma vez que o doente apresente o exantema, sintoma que, se é típico, orienta facilmente o diagnóstico. Êste é mais difícil de início, especialmente nos casos isolados. A observação de um enfêrmo que adoeceu súbitamente com cefaleia intensa, febre alta, catarro das vias respiratórias, insônia e hipotensão deve fazer pensar na hipótese de tifo exantemático. A ulterior evolução da doença e as provas laboratoriais, especialmente a inoculação dos animais sensíveis, confirmam o diagnóstico.

Esta enfermidade, porém, nem sempre tem início brusco, e então o diagnóstico diferencial com outra doença infecciosa aguda, a gripe, não é fácil de comêço. A evolução clínica e o estudo do sangue auxiliam a destrinça.

Maior dificuldade oferece o diagnóstico diferencial com a febre tifóide, especialmente quando o início do tifo exantemático benigno é insidioso. Em um dos casos de infecção laboratorial, essa dificuldade foi bem patente. Só pelo 5.º dia de doença, quando o exan-

tema surgiu exuberante e com aspecto típico, foi possível o diagnóstico. Até então, a doença, que tinha tido um começo arrastado, apresentava, como sintomas principais, febre contínua, à volta de 39°C, bradicardia, cefaleia moderada e dores musculares generalizadas. Habitualmente, não é este o aspecto do início da doença — na febre tifóide geralmente é arrastado, no tifo murino é brusco.

Por outro lado os sintomas das duas doenças, durante a sua evolução, regra geral são diferentes. Por vezes, o aparecimento de grande quantidade de manchas róseas num doente de febre tifóide pode embaraçar o diagnóstico. O hemograma é geralmente diferente nas duas doenças — no tifo exantemático há leucocitose moderada com neutrofilia e desaparecimento dos eosinófilos, na febre tifóide encontramos leucopenia com linfocitose. A hemocultura de KAYSER, positiva na febre tifóide, ou o comportamento dos animais inoculados com sangue dos tíficos, confirmam o diagnóstico clínico. As reacções serológicas, em geral mais tardias, podem ser elemento de valor, especialmente a reacção de WEIL-FELIX que pode já ser positiva a partir do 6.º ou 7.º dia de doença.

Outra doença que deve merecer a atenção do médico, principalmente na quadra quente, é a febre escaro-nodular que, nos últimos anos, parece ter aumentado de frequência entre nós. Se existe o cancro de inoculação, separam-se facilmente as duas rickettsioses pela possibilidade dum pronto diagnóstico. Regra geral, o exantema é constituído por elementos maiores, papulosos às vezes, com menor tendência para a transformação petequial, e invade frequentemente a face. O auxílio do laboratório é importante e permite a distinção, quer pelas reacções de aglutinação, sempre fracas com os bacilos *Proteus OX₁₉*, *OX₂* e *OX_k* na febre escaro-nodular, quer pelos resultados de inoculação na cobaia e seu diferente comportamento em relação ao vírus isolado, e pelas provas de imunidade.

Dois anos depois do isolamento dos primeiros casos de tifo endémico em Lisboa, estudados no Serviço de Moléstias Infecciosas do Hospital do Rêgo (F. FONSECA & M. R. PINTO, 1942; F. FONSECA, FR. WOHLWILL & M. R. PINTO, 1944) surgiram os novos casos do fim do verão de 1944, a que já nos referimos.

O tifo murino continua, pois, a manifestar-se entre nós. A descrição dos novos casos observados parece-nos útil, por objectivar melhor o quadro clínico da doença que o âmbito deste trabalho obriga a ser resumidamente exposto.

E. M. R., sexo feminino, 13 anos de idade, criada de servir em Lisboa, Antecedentes sem interesse. Admitida no serviço de Moléstias Infecto-contagiosas no dia 12 de Agosto de 1944, contava a seguinte história: havia três dias (9-VIII) adoeceu subitamente, com fortes dores de cabeça, principalmente frontais, má disposição, dores nas costas, que a seguir se estenderam pelo corpo, arrepios e febre a 39° C. Tomou dois comprimidos de aspirina e sentiu-se mais aliviada, depois de uma grande crise de sudação;

mas, passadas poucas horas, a cefaleia instalou-se novamente e sentiu novos arrepios. A temperatura subiu a 39^o,6.

Observação — Doente em bom estado de nutrição. Face um pouco congestionada e conjuntivite. Apresenta um exantema generalizado, pouco rico, constituído por elementos avermelhados (como manchas róseas), pouco salientes, que desaparecem pela pressão. Tem elementos nas palmas das mãos.

A auscultação cardíaca nada revela de anormal. Pulso 110/m. A auscultação pulmonar, encontra-se o murmúrio vesicular audível em tôda a área dos pulmões, e não se ouvem ruídos adventícios. O exame do sistema nervoso não mostra alterações. A doente está lúcida. Faringe hiperemiada. Amígdalas levemente hipertrofiadas e vermelhas. Língua saburrosa. Abdomen sem nada de anormal. Não se palpa o baço.

A febre manteve-se entre os 38^o,5 e 39^o C, sem oscilações durante mais cinco dias para, no décimo dia de doença, baixar em crise para 36^o,6. O exantema atenuou-se rapidamente, desaparecendo quatro dias depois da entrada no serviço.

Em 15 de Agosto, a reacção de WEIL-FELIX foi negativa para os *Proteus* OX₁₀, OX₂ e OX_k. Repetiu-se a reacção de WEIL-FELIX a 23-VIII, antes da doente abandonar o Hospital; foi positiva para o *Proteus* OX₁₉ até a diluição de 1:320, e negativa para o *Proteus* OX₂ e OX_k.

A inoculação de sangue da doente à cobaia permitiu o isolamento de uma estirpe de vírus murino. Inocularam-se cobaias por duas vezes; a primeira vez em 14-VIII, três dias depois da admissão, e a segunda vez em 17-VIII, véspera da descida da temperatura e fim da doença. As últimas cobaias, inoculadas com 1,5 cc. de sangue por via intra-peritoneal, não deram sinais de doença e, reinoculadas um mês depois com vírus murino (estirpe B. I — Lisboa), sofreram a doença tífica — não estavam imunizadas.

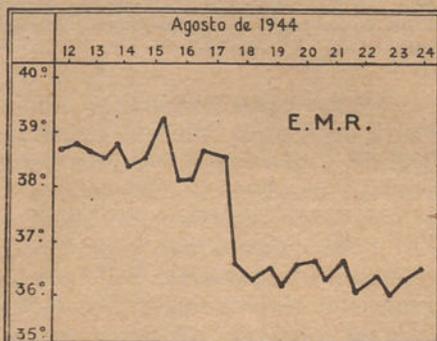
A partir de uma das cobaias inoculadas por via intra-peritoneal em 14-VIII (C. A. 39 macho) e que teve uma subida de temperatura até 40^o,3, onze dias após a inoculação, fizeram-se passagens com emulsão de cérebro para outras cobaias (C. A. 36 fêmea e C. A. 40 macho) e para ratos. A curva febril destas cobaias foi normal, mas um dos ratos, seis dias depois da inoculação, adoecia com febre a 38^o,4. Sacrificado nêsse mesmo dia, fizeram-se passagens, a partir da emulsão do cérebro, para ratos e cobaias. Nos esfregaços do exsudado peritoneal, encontraram-se rickettsias. Tanto as cobaias como os ratos tiveram doença tífica, que foi possível reproduzir sucessivamente (10 passagens na cobaia). Completou-se o estudo do vírus isolado pelas provas de imunidade, que foram positivas para o vírus homólogo ensaiado (B. I — Lisboa) e irregularmente positivas em relação ao vírus histórico (estirpe M. PUERTO, Madrid). As cobaias machos tiveram regularmente reacção de NEIL-MOOSER a partir da segunda passagem. Um coelho inoculado por via intra-peritoneal com emulsão de cérebro da cobaia CA 60 fêmea (II passagem) teve reacção de WEIL-FELIX positiva até à diluição de 1/200, dez dias depois da inoculação.

A cultura do vírus no saco da gema obteve-se facilmente.

2.^o caso — Trata-se de uma doente da clínica particular de um colega nosso (Luís Malheiro) a que devemos as informações que se seguem:

A evolução da doença fez-se aproximadamente em duas semanas. O período febril foi acompanhado de fortes mialgias e cefaleias intensas. Como sintomatologia dominante havia:

Exantema que apareceu ao 4.^o-5.^o dia da doença; os seus elementos sofreram a



transformação petequial poucos dias depois do seu aparecimento. Participação do miocárdio, revelada pelo aparecimento de fibrilação auricular que se instalou entre o 4.º-5.º dia da doença e desapareceu definitivamente 7-8 dias depois, sem que até hoje tenham aparecido sintomas de insuficiência circulatória. Durante a doença e no período de fibrilação também não foram observados sinais de insuficiência circulatória. Sub-icterícia depois da primeira semana de doença. Análises de urinas não revelaram nada de anormal.

Foram feitos vários exames laboratoriais: reacção de WEIL-FELIX — positiva para o bacilo *Proteus OX*₁₉ até diluições de 1:160 e para o *Proteus OX*₂ até 1/80; negativa para o bacilo *Proteus OX*_k.

A inoculação a cobaias (C. A. 27 macho e C. A. 28 fêmea — 25-VIII-944) do sangue da doente, colhido na Amadora e transportado imediatamente para Lisboa, permitiu isolar uma estirpe de vírus exantemático, caracterizado como murino pelo seu comportamento nos animais de experiência e pelas provas de imunidade. A estirpe isolada (estirpe «Amadora») foi mantida no laboratório durante cerca de quatro meses em passagens de cobaia a cobaia, conservando as suas características. Dava doença febril, acompanhada da reacção escrotal nas cobaias machos inoculadas e era patogénica para o rato albino. O vírus, inoculado no coelho por via intra-peritoneal, deu reacção de WEIL-FELIX positiva com o bacilo *Proteus OX*₁₉ até diluição de soro de 1/400. Como possuíssemos outras estirpes e a conservação de mais uma acarretasse dispêndio de animais, deixamos de a passar.

Alguns casos de infecção laboratorial, ocorridos durante o manejo da técnica da infecção experimental do murganho por via respiratória, e que foram seguidos desde o início, permitem completar o estudo da doença. Êstes casos acidentais deram-se em pessoal do laboratório, previamente imunizado com vacina americana tipo COX e em médicos não vacinados que, por motivos de serviço ou eventualmente, passaram pelo laboratório. Os cuidados que rodeiam o manejo da técnica citada (inoculação em caixas especiais) não impediram os contágios, tal como tem sucedido em outros laboratórios.

De entre os cinco casos de infecção acidental no laboratório, ocorridos sempre que houve necessidade de trabalhar com a técnica da inoculação nasal do ratinho, dois merecem referência pelo seu decurso pouco característico.

Um dêles chamou a atenção pela sua evolução muito benigna e de sintomas escassos. Foi o caso de uma empregada do laboratório, imunizada cerca de um ano antes com vacina de vírus clássico (Cox) e que, poucas semanas antes de adoecer, tinha sido inoculada com o mesmo tipo de vacina:

J. F. R., 40 anos, empregada de laboratório. Antecedentes sem interesse. Admitida no serviço de Moléstias Infecciosas no dia 11 de Agosto de 1943, contava a seguinte história:

Havia dez dias que começou a sentir dores de cabeça leves, que dias depois se acentuavam, aparecendo, ao mesmo tempo, dores pelo corpo e quebreira; febre irregular. As dores de cabeça mantiveram-se, e a temperatura por vezes foi à volta de 38°. Refere insónias, obstipação pouco acentuada e fotofobia pouco intensa. Teve algumas manchas pelo corpo e braços.

Observação—Doente em regular estado de nutrição. Leve conjuntivite. Língua saburrosa. Pequeno exantema em via de extinção, pobre de elementos, vendo-se melhor na pele dos braços e pernas.

DOIS PRODUTOS "ELBA,,

Anemias hemoglobínicas e globulares.
Hipo e Hiper-função hepática.
Estados de descalcificação.
Avitaminoses.
Regularização da função intestinal,

HEPATON "ELBA,,

de sabor delicado e muito agradável,
com Extracto Hepático super-concentrado,
Gluconato de cálcio, Citrato de ferro, e Vitamina C.

Representantes gerais:

Rua do Carmo, 8 BACELAR & IRMÃO, LDA. PÔRTO

Na arterio esclerose
Angina de peito
Sífilis em todos
os estados

IODORGAN "ELBA"

Solução orgânica de Iodo,
com 62,87% de metalóide

2 doses

Iodorgan simples · 0,031 de iodo por c. c.
» forte 0,062 » » » »

Representantes gerais:

Rua do Carmo, 8 BACELAR & IRMÃO, LDA. PÔRTO

Amostras e literatura à disposição dos Ex.^{mos} Clínicos

Alcalinésia BISMUTICA

Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis etc.

"Aseptal,"

Ginecologia. Partos. Usos antisépticos em geral.

BioLactina

Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, entero-colite, etc.

Bromovaleriana

Doenças de origem nervosa, insónias, epilepsia histeria, etc.

'Diaspirina,'

Gripe, reumatismo, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes, nevralgias, cólicas menstruais, etc.

DYNAMOL

Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, fraqueza geral, depressões nervosas, convalescenças, etc.

"Glucálcio,"

Descalcificação, tuberculoses, litiatismo, raquitismo, fraqueza geral, pleurísias, pneumonias, escrofulose, asma, etc.

Hepatodynamol

Normalização da eritro-e da leucopoése, regularização da percentagem de hemoglobina e do valor globular.

"NARCOTYL,"

As indicações da morfina. Previne a habitude e morfomania dentro de certos limites.

Proteion

Medicamento não específico actuando electivamente sobre os estados infecciosos.

PULMÃO-SORO

Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traqueia e dos brônquios, pneumonia, etc.

SUAVINA

Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.

Terpioquina

Medicação anti-Infecciosa.

Transpneumol

Quinjoterápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.

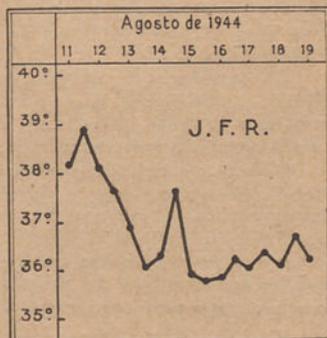
A auscultação cardíaca nada revela de anormal. A auscultação pulmonar, ouvem-se alguns atritos na base direita. Do lado do sistema nervoso, nada de anormal. Baço duro, palpável dois dedos abaixo do rebôrdo costal. Ao 12.º dia de doença, a febre começou a descer em lise.

Em 13 de Agosto, fêz-se uma hemocultura de KAYSER e reacção de WIDAL, com resultados negativos. O hemograma revelou leucopénia (3.700 leucocitos por mm^3), com 73% de neutrófilos e 1% de eosinófilos.

A reacção de WEIL-FELIX, feita a 16 de Agosto, foi positiva para os *Proteus OX₁₀* e *OX₂* até as diluições de 1:40.

Teve alta em 19 de Agosto de 1943. A convalescência foi um pouco demorada, mas menor do que é freqüente observar-se. Passada uma semana, já voltava ao serviço do laboratório.

O decurso da infecção foi, na realidade, benigno, só a obrigando a acamar no penúltimo dia da doença. A vacinação anterior com um vírus heterólogo deve ter conferido protecção suficiente para atenuar a enfermidade que, embora benigna, nunca teve evolução semelhante nos outros três casos de infecção de não vacinados.

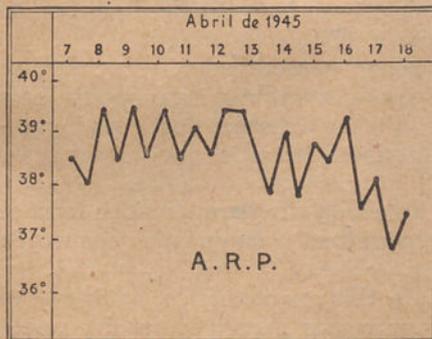


Outro caso que merece descrição resumida é o de um médico não vacinado que teve uma doença com começo diferente do habitual:

A. R. P., médico, 28 anos, saudável. Antecedentes sem interesse.

Três dias antes de acamar, começou a sentir-se mal disposto, com dores pelo corpo e cefaleia de aparecimento irregular, que se foi tornando gradualmente mais persistente. Já durante toda a semana que precedeu a doença, sentia-se mal disposto, sem saber definir o que tinha. No primeiro dia de doença, teve alguns arrepies e verificou, a meio da tarde, que tinha 38,5; o mesmo mal estar continuava.

Tomou um comprimido de aspirina e a temperatura baixou para 37,3, sentindo-se mais aliviado. A observação geral era negativa. Durante a noite esteve agitado, não conseguindo dormir seguidamente. A temperatura subiu novamente para 38,5 e assim se manteve durante quasi todo o dia seguinte.



A observação clínica continuava a ser negativa, a não ser bradicardia que começava a acentuar-se. O hemograma, feito na tarde do segundo dia de doença, dava 4 800 glóbulos brancos com 27% de linfocitos. Fêz-se hemocultura de KAYSER que foi negativa.

A doença continuava a sua evolução com mais sintomas subjectivos do que objectivos até que, no quarto dia de doença, mantendo-se a febre com tipo contínuo, começou a palpar-se o braço. Surgiram alguns elementos róseos, muito poucos, na pele dos flancos, que lembravam as manchas róseas da febre tifóide, e à auscultação ouviam-se alguns sinais de bronquite. O doente estava inquieto, e a tosse, sêca, exacerbava-lhe a dor de cabeça que voltara a instalar-se. Novo

exame de sangue mostrou leucopénia menos acentuada, 5.200, com maior linfocitose — 39,0%. Repetiu-se a hemocultura de KAYSER que foi negativa, e fizeram-se as reacções de WIDAL e de WEIL-FELIX. A reacção de WIDAL foi positiva para o bacilo para-tífico B até 1/100 (o doente tinha sido imunizado cerca de cinco meses antes com vacina T. A. B. tipo FELIX), e a reacção de WEIL-FELIX positiva para o *Proteus OX₁₉* até 1/200.

Do quarto para o quinto dia, a sintomatologia acentuou-se, principalmente a intranquillidade e, pela manhã, surgiu o exantema rico de elementos, pequenas máculo-papulas, invadindo o abdomen, peito, dorso e membros. A febre continuava à roda dos 39,5; só então começou a aparecer anorexia, que persistiu nos dias seguintes.

O decurso ulterior da doença foi o habitual. A febre manteve-se contínua até o nono dia, em que começou a haver remissões de mais de 1 grau, com tendência para a baixa da máxima. O exantema foi-se desvanecendo, sem que todos os elementos sofressem a transformação petequeal.

A temperatura desceu em lise, acompanhada de sudação abundante. O doente estava bastante abatido. Ao 12.º dia de doença, teve alta, sentindo então grande astenia que se prolongou pelo longo tempo da convalescença.

Êste caso apresenta um início da enfermidade com aspecto pouco freqüente e que levou os clínicos a pensar em febre tifóide, embora fôsse um vacinado. Como à data de adoecer estivesse a trabalhar em febre tifóide experimental, o diagnóstico de infecção pelo bacilo de Eberth ganhava mais possibilidades.

As alterações anátomo-patológicas do tifo benigno são idênticas às do tifo epidémico, embora mais discretas. Em 1911, BRILL descreveu os achados da autópsia de um caso que pôde observar, mas não fez o estudo histológico das lesões encontradas. Como a doença tem uma evolução benigna, são muito raros os resultados de autópsias que se encontram na literatura. PINKERTON & MAXCY (1931) tiveram a oportunidade de fazer o estudo anátomo-patológico e histológico de um caso fatal de tifo endémico, num indivíduo trabalhador de uma quinta do estado de Virginia.

O exame macroscópico é pouco característico. Encontra-se congestão das conjuntivas e mucosas da árvore respiratória e também das leptomeninges e do cérebro. Podem aparecer pequenas hemorragias punctiformes em vários órgãos. Na pele, pode observar-se exantema.

O exame microscópico das lesões do tifo exantemático fornece dados mais característicos e que permitem o diagnóstico seguro da afecção.

As alterações morfológicas do tifo exantemático benigno são análogas às do clássico — são os processos generalizados dos vasos, sobretudo das pequenas artérias (FR. WOHLWILL). Sòmente a intensidade e a freqüência destas lesões no tifo endémico é muito menor.

A pele é sede de maior número de lesões histológicas, em que predominam os processos de arterite e arteriolite. As primeiras lesões manifestam-se pela tumefacção dos endotélios que se descamam em

seguida para dar origem à formação de pequenos trombos. Ao mesmo tempo, surgem os processos proliferativos das camadas média e externa, constituídos pela acumulação de células bastante polimorfas, com núcleos redondos ou incurvados. Estes processos não acompanham os vasos em grande extensão; dão origem a processos focais — os nódulos típicos, característicos da afecção.

Depois da pele, é no sistema nervoso que se encontra maior número de lesões, principalmente nos centros e particularmente no bulbo. O sistema nervoso periférico também é atingido.

Histologicamente distinguem-se dois tipos de lesões, nódulares ou focais e difusas (FR. WOHLWILL). As primeiras, que se encontram em maior quantidade, se bem que em muito menor que no tifo clássico, correspondem às observadas nos outros órgãos. Atingem preferentemente os capilares e não as arteríolas, como sucede na pele. As lesões proliferativas revestem composição mais variada do que na pele e outros órgãos, dado nelas participarem as células gliais.

Dos outros órgãos, é o coração que representa alterações mais evidentes: processo inflamatório intersticial (miocardite intersticial) e alterações das pequenas artérias, com formação de nódulos típicos. No caso de PINKERTON & MAXCY, os processos de proliferação endotelial, que encontraram acompanhados de acumulação peri-vascular de macrófagos e outras células, eram idênticos aos observados no tifo histórico por WOLBACH, PALFREY, et al.. O rim e as cápsulas suprarrenais igualmente podem mostrar lesões típicas.

O *diagnóstico laboratorial* no tifo murino reveste grande importância e assenta principalmente no estudo do comportamento dos animais inoculados com sangue dos doentes — tifo experimental⁽¹⁾, e nas provas serológicas.

Do tifo experimental, daremos conta nos capítulos que seguem; citaremos agora as provas serológicas correntemente empregadas, fazendo referência mais pormenorizada àquelas cujo valor podemos avaliar pela nossa experiência.

A rickettsia, penetrando no organismo humano, actua como um bom antígeno. No decorrer da infecção, origina a formação de anticorpos de vários tipos, que se demonstram facilmente no sêro dos doentes. Encontram-se substâncias virulicidas, anticorpos fixadores de complemento (CASTAÑEDA, 1936; BENGTON, 1941) e aglutininas.

(1) O comportamento de alguns animais de laboratório (cobaia, rato, coelho, murganho, macaco), inoculados com vírus murino, toma aspectos que são característicos. Mas a perfeita caracterização de um vírus isolado só é possível pela reunião de uma série de dados fornecidos pelo estudo das qualidades que esse vírus revela, quando inoculado nos diferentes animais de laboratório.

A presença dos anticorpos neutralizantes do vírus exantemático tem sido aproveitada para as provas de sero-protecção de GIROUD (1938).

A reacção de fixação do complemento, em que se emprega como antigéneo uma suspensão de *Rickettsia mooseri*, deu excelentes resultados nas mãos de BENGTON e colaboradores, que verificaram a existência dêsses anticorpos logo nos primeiros dias da doença. Na convalescença encontraram-se em diluições de sôro de 1:4000 e 1:8000.

O sôro dos doentes, como é sabido, tem propriedades aglutinantes de dois tipos: específicas, isto é, os sôros são capazes de aglutinar suspensões de rickettsias, e para-específicas que se traduzem pelo poder aglutinante dêsses sôros em presença de suspensões de certas estirpes de bacilos *Proteus* (*OX*₁₉, *OX*₂ e *OX*_k).

As propriedades aglutinantes específicas são aproveitadas com muito bons resultados na reacção de WEIGL (1920), já praticada por OTTO & DIETRICH em 1917. Foram descritas várias técnicas para a execução desta prova, umas microscópicas, outras macroscópicas. Das primeiras, a que melhores resultados tem dado, nos laboratórios que estão aptos a praticá-la, é a técnica de WEIGL utilizando, como antigéneo, suspensões de rickettsias obtidas a partir do intestino do piolho, previamente infectado pela técnica dêste mesmo autor (CLAVERO, G. & GALLARDO, F. P., (1943). Tem sido especialmente empregada para os estudos serológicos do tifo clássico, mas pode também utilizar-se no tifo murino, visto que o piolho se pode infectar com a *Rickettsia mooseri*. CASTAÑEDA, SILVA & MONIER (1940), seguindo a técnica microscópica, empregaram, como antigéneo, suspensões não formolizadas da vacina de CASTAÑEDA.

Obtêm-se bons resultados com o método macroscópico. Segundo HUDSON (1940), a técnica a empregar e que torna a reacção muito sensível é a seguinte: utiliza-se, como antigéneo, a suspensão não formolizada de rickettsias obtidas no pulmão do ratinho (vacina de CASTAÑEDA). As diluições do sôro são feitas de 1:10 até 1:1280, tomando-se 0,25 cc. de cada uma delas, que se deitam em tubos pequenos (8 mm. de diâmetro). Junta-se em seguida, a cada tubo, 0,25 cc. do antigéneo e conservam-se em banho-maria durante três horas a 40° C, findas as quais vão para a geleira durante 12 horas, a 3-4°. As leituras podem então fazer-se.

Também se pode empregar como antigéneo uma suspensão fenicada (0,5%) de rickettsias, obtida pelo método de COX a partir do saco da gema. A clarificação destas suspensões por centrifugação fraccionada é mais trabalhosa do que a das suspensões feitas a partir do pulmão do ratinho. Tanto uma como outra suspensão obtem-se facilmente quando se trabalha com a *Rickettsia mooseri*.

Vitona-B

Wander



Tónico nervino com vitamina B₁
para o esgotamento físico ou
intelectual, neurastenia dos con-
valescentes, para combater a
fadiga primaveril e as depres-
sões nervosas

Tubo de 40 pílulas

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

BERNE • SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correios, 41-2.º • LISBOA

Sulfametazina cálcica

Absorção mais rápida do que a sulfapiridina, sulfafiazol ou sulfadiazina.
Grande solubilidade na água:

Praticamente eliminadas as complicações renais.

Eliminação lenta:

Excreção urinária nas 24 horas: 50 a 80 %.

INDICAÇÕES:

Pneumococos, estreptococos, estafilococos, B. Friedlander e Welch, meningococos.

Máxima actividade e polivalência.
Perfeita tolerância.

DIAZINOL

WANDER

Tubo de 20 comprimidos

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

BERNE · SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correiros, 41-2.º · LISBOA

A execução da técnica é rápida, e os resultados que obtivemos confirmam a opinião dos autores que a aconselham. A aglutinação é específica e permite a separação das duas variedades, o que não sucede com a reacção de WEIL-FELIX, que é comum aos dois tifos.

Da técnica clássica da reacção de WEIL-FELIX, sempre tão vantajosamente empregada no estudo das rickettsioses, não trataremos aqui. Os cuidados a ter com a selecção das estirpes de bacilos *Proteus* e com a preparação do antigéneo são hoje bem conhecidos de todos os que as praticam. Recentemente, FELIX (1944), num excelente artigo, passou em revista a técnica e interpretação da sua reacção, e BRIDGES (1944) chama a atenção para os cuidados a ter na preparação das suspensões dos bacilos *Proteus*. Merecem referênciam algumas das modificações propostas no intuito de facilitar a execução da reacção, o que têm grande importância em ocasiões em que haja que fazer grande número de reacções sem perda de tempo.

As modificações com que trabalhamos foram a proposta por WELCH (1931), derivada da técnica de HUDDLESON para o diagnóstico das bruceloses, e a de KUDICKE & STEUER (1940), técnica muito útil e fácil. Segundo este método trabalha-se com três gotas de sangue seco, colhidas sobre uma lâmina (gotas de 0,003 cc. de sangue) a que se junta 0,02 cc. de antigéneo (suspensão de *Proteus OX₁₉* morta pelo calor) à I gota, 0,04 cc. à II, e 0,08 cc. à III, no momento da execução da reacção. As leituras fazem-se passados um, cinco e dez minutos. As diluições que se obtêm são de 1:13 na primeira gota ou sejam 0,02 cc. para 0,0015 cc. de sôro seco (cada gota que é colhida com uma ansa especial terá 0,0015 cc. de sôro + 0,0015 cc. de glóbulos), 1:27 na segunda, e 1:53 na terceira.

Tanto com a técnica de WELCH, também usada entre nós por TRINCÃO (1942), como a de STEUER, obtivemos bons resultados em comparação com os dados da reacção de WEIL-FELIX.

O aparecimento das aglutininas no sôro dos indivíduos com tifo exantemático, em taxa suficientemente alta para ter valor diagnóstico, começa a fazer-se por volta do 6.º-7.º dia de doença. O valor máximo dessas aglutininas é atingido no comêço da convalescência, para baixar algumas semanas depois.

Os anticorpos neutralizantes, assim como os fixadores de complemento, parecem durar muito mais tempo no sôro dos indivíduos que padeceram a enfermidade. BENGTON & TOPPING (1942) encontraram anticorpos fixadores de complemento cinco anos depois da infecção tífica murina, em um dos indivíduos estudados.

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DO PÓRTO

Director: Prof. Dr. FRANCISCO COIMBRA

Morte súbita consecutiva a cálculos do colédoco ⁽¹⁾

por J. OLIVEIRA BARROS

Assistente voluntário

Alexandrina R. P., bordadeira, casada, de 47 anos de idade, entrou em Dezembro de 1944 para o Hospital Geral de Santo António com dores vesiculares, vômitos e febre pouco elevada. Foi-lhe feito o diagnóstico de colecistite calculosa.

Depois de permanecer três dias na Enfermaria 11, melhorou e, passados quatro dias em relativo bem-estar, sentiu, de novo, intensas dores que, da região da vesícula irradiavam para todo o abdómen. Teve vômitos biliosos a princípio e depois sangüíneos, pulso filiforme, arrefecimento das extremidades, ao que se seguiu a morte.

Os sintomas apresentados pela doente nesta crise fizeram nascer a suspeita de envenenamento ou hemorragia interna de causa desconhecida.

A rapidez e o imprevisto do desenlace, com as suspeitas a que deram lugar, motivaram a remoção do cadáver para o Instituto de Medicina Legal. A autópsia (Processo n.º 12.507) revelou:

SINAIS RELATIVOS À IDENTIFICAÇÃO. — Cabelos castanhos. Íris de côr castanha. Dentadura completa. Sexo feminino. Idade aproximada 47 anos. Pêso 45 quilos. Altura 1,350. Fórmula dactiloscópica (Vucetich) $\frac{A \ 1 \ 3 \ 3 \ 3}{A \ 1 \ 2 \ 2 \ 2}$.

EXAME DO HÁBITO EXTERNO: — Constituição esquelética normal. Estado de nutrição regular. Livores cadavéricos, pouco acentuados, nas partes posteriores do pescoço, tórax, abdómen e membros. Mancha verde de putrefacção nas regiões antero-laterais do abdómen. Sinais de picada, para injeção, na face externa de ambas as coxas, um dos quais, à direita, coberto por algódão aderente por colódio.

EXAME DO HÁBITO INTERNO: — *Meninges* — Congestão. *Encéfalo* — Congestão. Pêso do encéfalo: 1.200 gramas.

Laringe e traqueia — Congestão da mucosa laringo-traqueal

Coração — Pequenas placas ateromatosas na aorta. Esclerose difusa das sigmóides aórticas e nodular das valvas da mitral. Dilatação do coração. Pêso do coração: 260 gr.

(1) Comunicação às Reuniões Científicas do Corpo Docente da Faculdade de Medicina do Pôrto, em 24-II-1945.

Artérias coronárias — Placas ateromatosas não determinando alterações sensíveis do calibre.

Pleuras e cavidades pleurais — Aderências conjuntivas de ambos os lados.

Pulmões — Sufusões sangüíneas sub-pleurais. Zonas de enfisema e de atelectasia. Congestão e edema. Pêso do pulmão direito: 580 gramas. Pêso do pulmão esquerdo: 460 gramas. Raros e pequenos fragmentos, depois de forte expressão, deram prova da água positiva.

Fígado — Congestão. Zonas de degenerescência gorda. Aspecto muscado. Pêso do fígado: 880 gramas.

Vesícula e vias biliares — Espessamento notável das paredes da vesícula. Numerosos cálculos na vesícula biliar, o maior dos quais tinha o tamanho de um caroço de pêssego. Numerosos cálculos no cístico e no colédoco do tamanho de grãos de caça, número cinco. Aderência íntima da vesícula ao píloro.

Estômago — Com liquido turvo, côr de chocolate, na quantidade de oitocentos centímetros cúbicos. Manifestações de putrefacção da mucosa gástrica.

Pâncreas — Congestão. Esclerose. Pêso do pâncreas: 120 gramas.

Baço — Congestão. Pêso do baço: 100 gramas.

Glândulas supra-renais — Pêso da glândula supra-renal direita: 10 gramas. Pêso da glândula supra-renal esquerda: 10 gramas.

Rins — Congestão. Lobulação pouco acentuada, aderências ligeiras da cápsula ao parênquima e diminuição moderada da camada cortical. Pêso do rim direito: 100 gramas. Pêso do rim esquerdo: 110 gramas.

Não foram encontradas lesões apreciáveis nos órgãos de que não fazemos especial menção.

EXAMES HISTOLÓGICOS (N.º 383): — *Vesícula Biliar* — Esclerose intensa de toda a parede vesicular. Mucosa de epitélio muito atrofiada e córion adelgado, fibróide e infiltrado de elementos leucocitários. Glândulas em pequeno número, com o aspecto de fendas paralelas à superfície vesicular. Submucosa e muscular substituídas, em grande parte, por tecido fibroso. Colecistite esclero-atrófica.

Fígado — Esclerose apreciável das paredes de muitos canais biliares, ao nível dos espaços porto-biliares com atrofia do epitélio, que se apresenta cúbico, e de luz reduzida. Capilares radiados muito dilatados e com sangue. Células com pigmento sangüíneo e algumas em degenerescência gorda.

Pâncreas — Esclerose muito apreciável do tecido intersticial.

Rins — Lesões de nefrite crônica.

Coração — Esclerose muito discreta do tecido intersticial. Fibras cardíacas sensivelmente normais.

Pulmões — Esclerose alveolar apreciável, nalguns pontos. Congestão intensa e edema. Pequenos nódulos de alveolite aguda serosa, catarral, macrófágica, fibrinosa, fibrino-leucocitária e leucocitária. — Lesões de broncopneumonia aguda.

A morte de Alexandrina R. P., em face da informação clínica e dos dados da necrópsia completa e minuciosa parece-nos poder atribuir-se a cólica hepática consecutiva à presença de cálculos na vesícula, no cístico e no colédoco, visto que as lesões cardio-renais observadas, bem como as de broncopneumonia aguda, pelo seu grau e extensão não explicavam satisfatoriamente a sintomatologia clínica observada assim como o imprevisto e rapidez da morte.

BROUARDEL ⁽¹⁾ afirma que tôdas as doenças do fígado

(¹) BROUARDEL (R.) — La mort el la mort subite, Paris 1895.

podem provocar a morte súbita simulando envenenamento e atribui a morte repentina na cólica hepática a síncope cardíaca consecutiva a inibição resultante de excitação dos ramos do pneumogástrico que se distribuem pelas vias biliares.

Esta cólica pode ser acompanhada de perturbações vasculares, tais como a rutura de vasos do tubo digestivo, que explicam os vômitos sangüíneos, os quais, associados ao estado de colapso circulatório, lembram um síndrome de hemorragia interna.

A raridade da morte súbita nas crises de colecistite calculosa é tão grande que, como diz THOINOT⁽¹⁾, quasi fez esquecer a sua possibilidade. Entre os nove casos que cita êste autor refere um, observado por BROUARDEL, em que uma mulher nova sucumbiu vitimada por cólica hepática que surgiu pouco depois da ingestão dum refrêso, facto êste que a fez dizer, antes de expirar, que fôra envenenada.

A morte súbita, pode determinar delicadas investigações judiciárias, durante as quais, se faltam provas evidentes que desvançam a suspeita de crime, a conclusão do perito pode ser exposta a duros transe.

Se ao perito, em casos como êste, repugna aceitar e defender a conclusão que apresentamos, deverá limitar-se a afirmar que a morte foi natural e não existem sinais de violência, o que iliba, se os houver, a responsabilidade de incriminados.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

A MEDICINA CONTEMPORANEA, LXII, 1944.— N.º 19/20 (15-Out.): *Sobre hospitais*, por Francisco Gentil; *Perturbações circulatórias na difteria*, por P. Madeira Pinto; *A penicilina por via carotidiana*, por Guilherme Lopes. N.º 21/22 (17-Nov.): *Concursos*, por Francisco Gentil; *Enfarte miocárdico seguido de acentuadas perturbações do sistema excito-condutor e de ataques cárdio-cerebrais (síndrome de Adams-Stokes) por bloqueio sinusal*, por Pereira Viana.

Perturbações circulatórias na difteria.— Muito variadas, no seu aspecto clínico, pode dizer-se que são constantes, conquanto de diversa intensidade. Na difteria hipertóxica, o quadro é de insuficiência circulatória periférica, com sintomas de colapso; quando a doença não termina pela morte, êsse quadro regressa, e podem então aparecer os sinais da lesão do miocárdio, próprios da forma lenta da difteria. Nesta, a partir

(1) THOINOT (L.) — Précis de Médecine Légale, Paris 1913.

MALTOVITE

VITAMINAS A B₁ B₂ C & D, CÁLCIO, FÓSFORO E MALTE



O EQUILÍ- A utilidade terapêu-
BRIO DA fica de uma associa-
 ção de vitaminas
 depende das propor-
FÓRMULA ções em que estas
 são fornecidas ao organismo. Aquelas
 em que as vitaminas A, D, B e C
 figuram na composição do Maltovite
 foram estabelecidas tomando por
 padrão o equilíbrio óptimo das suas
 existências nas fontes naturais. O
 Maltovite contém também sais de
 cálcio e de fósforo, que sob a
 acção catalisadora da vitamina D
 constituem o complexo difusível neces-
 sário à formação normal dos ossos.



LABORATÓRIO ~ FIDELIS

DIRECTOR-TÉCNICO: FERREIRA PINTO • 77, RUA D. DINIS, LISBOA

para reumatismos e afecções gastro-intestinais. Director clínico: Dr. José do Nascimento e Silva. Hospedagem: Pensão das Águas da Piedade.

Termas salgadas da Batalha (Concelho da Batalha). — Cloretada sódica. Indicada para reumatismos e hipertensão. Director clínico: Dr. Álvaro Pinto Basto Carreira. Hospedagem: Pensão das Termas.

Águas Santas (Nas Caldas da Rainha): Sulfúrea cálcica, cloretada, hipotermal. Usada no tratamento de dermatoses.

Caldas da Rainha. — Sulfúrea sódica, cloretada. Indicações: reumatismos, dermatoses, afecções do aparelho respiratório. Hospedagens: Hotel da Copa, Hotel Lisbonense, Hotel da Rosa, Pensão Estremadura, Pensão Parque, Pensão Portugal, Pensão Leiriense.

Monte Real (Concelho de Leiria). — Sulfatada cálcica. Indicada para afecções do aparelho digestivo. Director clínico: Dr. Mário Rosa. Hospedagens: Hotel Monte Real, Pensão Internacional, Pensão Cosinha Portuguesa, Pensão Lisboa, Pensão Montanha.

Pôrto Moniz (Concelho de Leiria). — Cloretada sódica. Não está em exploração.

DISTRITO DE LISBOA

Convento da Visitação (Vila de Francos, Alenquer). — Hiposalina, bicarbonatada cálcica, cloretada sódica, sulfatada magnésica. Usada como água de mesa.

Alcaçarias do Duque (em Lisboa). — Carbonatada sódica. Usada em dermatoses e reumatismos. Director clínico: Dr. Braz de Jesus Nogueira,

Banhos de S. Paulo ou do Arsenal da Marinha (em Lisboa). — Sulfúrea sódica, cloretada. Indicações: reumatismos, dermatoses, afecções das vias respiratórias. Director clínico: Dr. Jaime Moreira de Carvalho.

Estoril. — Cloretada e carbonatada, muito radioactiva. Empregada nas afecções do aparelho circulatório e para reumatismos. Director clínico: Prof. Dr. João Raposo de Magalhães. Hospedagens: Palácio-Hotel, Hotel do Parque, Hotel de Inglaterra, Hotel Paris, Hotel Europa, Pensão Beira-Mar, Casa Mar e Sol, Pensão Continental.

Água de S. José (Concelho de Cascais). — Hiposalina, bicarbonatada cálcica. Indicada para afecções do aparelho circulatório. Vende-se engarrafada.

Santa Marta (Ericeira, Mafra). — Cloretada e carbonatada, muito radioactiva. Usada no tratamento das afecções gastro-intestinais. Director clínico: Dr. António Bento Franco. Hospedagens: Pensões Baptista, Fortunato, Cosme, Estrêla, Gomes, Modesta, Morais, Central e Ondina.

Água da Mina (Amadora, Oeiras). — Hiposalina. Usada como água de mesa.

Monte de S. Miguel (Barcarena, Oeiras). — Hiposalina, carbogásosa, carbonatada cálcica, cloretada. Usada como água de mesa.

do fim da primeira semana, começam a aparecer sinais de miocardite, que pode tornar-se grave, comprometendo a vida do doente; êste pode, contudo, restabelecer-se completamente. Mais tarde, na convalescença, por vezes surge um quadro gravíssimo de insuficiência circulatória, com sintomas alarmantes, palidez intensa e cianose, resfriamento das extremidades, pulso filiforme, alargamento da área cardíaca, ensurdecimento dos tons; quadro êste quasi sempre mortal, que traduz lesões miocárdicas difusas, sem sinais de alterações do sistema de condução. Também tardiamente, no final da doença ou já na convalescença, são frequentes as arritmias, umas extrasistólicas e sem significação de gravidade, outras de mau prognóstico e de tipo auricular ou ventricular. Tôdas estas alterações cardíacas, se podem regressar inteiramente, deixam por vezes sequelas que podem mostrar-se posteriormente, dando modificações sensíveis nos electrocardiogramas.

A terapêutica, não falando no soro, consiste no repouso no leito até que tenham desaparecido todos os sinais clínicos e electrocardiográficos, em dieta semilíquida e nutritiva, vitamina C e principalmente vitamina B₁ em dose forte durante tôda a convalescença, soro glucosado endovenoso, estrofantina em doses muito pequenas; os digitálicos estão inteiramente contra-indicados. Para os estados de colapso periférico, os analépticos periféricos e centrais, tais como simpamol, veritol, coramina, cardiazol, efedrina, etc.; os extractos suprarrenais dão benefícios notáveis. Na insuficiência aguda, como é sabido: aquecer o doente, estimular a pele, injectar soro endovenoso, plasma, e administrar analépticos.

Penicilina por via carotídiana.— Num homem de 20 anos, com meningite meningocócica grave, depois de alguns dias de terapêutica sulfamídica, sem melhoras, foi administrada, além de pequena quantidade diária (10 c. c.) de soro antimeningocócico, a penicilina, por via intrarraquidiana e por via carotíδια, respectivamente nas doses de 50.000 e de 25.000 unidades por injeccção e por dia. O doente, cujos sinais mórbidos começaram a desaparecer logo depois da primeira injeccção, curou com três dias desta terapêutica, ficando apenas com surdez.

COIMBRA MÉDICA, XI, 1944. — N.º 9 (Novembro): *O centro de transfusão de sangue de Coimbra*, por João Porto; *A dor em cirurgia e a cirurgia da dor*, por Luís Raposo. N.º 10 (Dezembro): *Dois dedos de criptografia* (conclusão dos n.ºs anteriores), por F. Almeida Ribeiro; *Nova concepção de doenças de carência, equilíbrios alimentares*, por A. Meliço Silvestre; *Terapêutica de choque na febre tifoide*, por Gilberto Vasco.— XII, 1945: N.º 1 (Janeiro): *Encefalopatias infantis*, por Lúcio de Almeida; *Um caso de cancro da laringe tratado cirurgicamente com conservação de perfeita fonação*, por Guilherme Penha. N.º 2 (Fevereiro): *Prof. dr. João Duarte de Oliveira*, por João Pôrto; *Lepra, seu aspecto médico-social*, por Mário Trincão.

A dor em cirurgia e a cirurgia da dor.— Há a dor física e a dor moral. Apesar de ser contrário o expressionismo que as revela, obser-

vam-se entre elas afinidades especiais evidentes. Em ambas há, em igualdade de circunstâncias, uma relatividade dependente da constituição individual. A dor moral interessa mais a psiquiatria; a dor física é a que mais interessa o médico, geralmente. Ela tem por origem um excitante, que despertará maior ou menor sofrimento consoante a agudeza do ataque, a contextura nervosa do ponto atingido, e a personalidade somática e psíquica do organismo visado. Se a tonalidade da dor é variável, também a sua topografia pode ser muito distinta, desde a dor localizada e fixa, até às dores difusas e vagas. Ao esquema clássico da fisiopatologia da dor, em que o fenómeno era privativo do sistema cérebro-espinal, veio juntar-se a noção de que o sistema simpático tem nela freqüente intervenção, principalmente por excitação das fibras sensitivas que caminham na adventícia dos vasos, a qual provoca vasoconstricção periférica; e ainda o simpático é capaz de interferir nas dores de tipo cérebro-espinal, exaltando-as ou amortecendo-as. Há dores mixtas, dos dois sistemas, mas em regra a dor apresenta caracteres que permitem subordiná-la a um dêles. As glândulas endócrinas tem a sua parte na fisiopatologia da dor, conhecimento que pode, nalguns casos, ter grande importância terapêutica. A vasoconstricção, mesmo por simples espasmo, po de originar dor, noção muito importante.

Para o estudo das possibilidades de tratamento cirúrgico da dor importa, em primeiro lugar, definir a qual dos dois sistemas, acima mencionados, se deve atribuir; o que nem sempre é fácil. Variaram muito as opiniões sôbre a existência da dor visceral, mas o facto é que ela existe, em maior ou menor grau. Muitas vezes há um equivalente periférico da dor visceral: a dor projectada no metâmero correspondente, por reflexo cujas vias centrípetas são filetes simpáticos e cujas vias centrifugas são os nervos do sistema cérebro-espinal. Só do domínio dêste sistema, há a dor periférica, resultante da excitação dos filetes espinais vizinhos da lesão visceral. Interessa também saber se a dor é sintoma de processo mórbido, ou se a dor, pela sua persistência, constitui a verdadeira doença, a «dor-doença» como lhe chama Leriche.

O tratamento cirúrgico da dor está longe de satisfazer sempre que esteja indicado, por terem falhado os meios médicos; mas nalguns casos tem-se mostrado excelente. De uma maneira geral pode dizer-se que a cirurgia está especialmente indicada nos casos de dor essencial, de dor-doença; sem excluir em absoluto do tratamento cirúrgico certas dores reconhecidamente lesionais, como a dor do cancro do útero inoperável e de certas anginas de peito. Depois, é preciso não esquecer que as neurotomias, as radicotomias, as cordotomias, as ramissecções, as gangliectomias e, em geral, tôdas as simpaticectomias, podem não ser completamente indiferentes para o organismo que as sofre. Só se farão, pois, quando se conte, sôbre dados seguros, que os seus inconvenientes são de sobejo compensados pelas suas vantagens, e depois de feito um correcto diagnóstico.

Até há poucos anos a cirurgia da dor limitava-se às neurotomias,

às radicotomias e às cordotomias. Breve se reconheceu, porém, que a maior parte dos doentes sujeitos a estas operações continuavam a sofrer, excepção feita das neurotomias retro-gasserianas. Porquê? Compreende-se que um nervo periférico, uma vez seccionado, faça a nível do tópo proximal um neuroglioma de regeneração, que nas sequências funcionará de ponto de partida de dores tanto ou mais vivas que aquelas que pretendíamos evitar. Basta lembrar a história de muitos amputados. As neurotomias feitas ao contacto dos centros nervosos não têm este inconveniente, donde o esplêndido resultado das secções das raízes do trigémio. Quanto às radicotomias posteriores e às cordotomias sabe-se, igualmente, que dão lugar a muitos fracassos.

Modernamente a cirurgia do simpático veio trazer um poderoso apoio à cirurgia da dor. Não tem os inconvenientes que se apontam à neuro-cirurgia cérebro-espinal e oferece vantagens a todos os títulos dignas de nota. Começa porque muitas vezes só ela se mostra racional. E' o caso da doença de Raynaud, das arterites juvenis, dos espasmos vasculares em geral, e da dismenorrea. Tratando-se de dor fundamentalmente da esfera do simpático só a simpaticectomia, em qualquer das suas modalidades, lhe pode pôr termo. Mas acresce que a sua eficácia se estende a outras formas que não são rigorosamente dependentes da inervação simpática, embora lhe não sejam extranhas, como sejam certas causalgias e a dor do côto dos amputados. Compreende-se, por isso, que seja justamente a cirurgia do simpático aquela que maiores possibilidades apresenta em matéria de tratamento da dor. Visa à regularização e não à supressão da função, ao contrário da cirurgia periférica. O facto, todavia, não justifica o título de cirurgia fisiológica com que Leriche a distingue. As palavras cirurgia e fisiologia dificilmente se conciliam quando se procede à secção ou à extirpação de um sector nervoso, que pode mesmo não apresentar alterações lesionais de qualquer espécie.

Convém dizer que em matéria de cirurgia da dor visceral os progressos são ainda relativamente pequenos. A razão está em não se saber com precisão qual o verdadeiro mecanismo das algias viscerais. É de crer que influam perturbações secretoras e químicas, o que longe de simplificar só complica a questão. À parte a dor das vísceras pélvicas (cistalgia, dismenorrea, dor do cancro do recto e do útero), que parece ceder muitas vezes à operação de Cotte, nos casos restantes ela mostra-se ainda bastante aleatória. A complexidade do sistema neuro-endócrino, nas suas relações com as vísceras em geral, explica, em certa maneira, os insucessos verificados.

As possibilidades que surgem do campo da cirurgia das glândulas de secreção interna começam a adquirir vulto nos estudos modernos do tratamento da dor. Por exemplo; a suprarrenalectomia e a paratiroidectomia principiam a interessar a terapêutica das hipertensões dolorosas, das arterites, da esclerodermia, etc.

Em suma, são as seguintes as indicações principais da neuro-cirurgia

gia no tratamento da dor: nevralgia do trigémio, angina de peito, causalgias, dor do coto dos amputados, arterites juvenis, angioses em geral, doença de Raynaud, algias pélvicas, e pouco mais; os resultados são brilhantes em alguns estados, particularmente na nevralgia do trigémio, e em outros são problemáticos. Quanto aos processos, postas de parte as operações sobre as glândulas endócrinas, consistem, fundamentalmente, em neurtomias, radicotomias, cordotomias, ramicotomias, esplanchnicectomias, gangliectomias e simpaticectomias peri-arteriais.

As infiltrações anestésicas do simpático, não sendo, propriamente, métodos cirúrgicos do tratamento da dor, têm com êles grandes afinidades. Com as infiltrações anestésicas faz-se a secção química do simpático, obtendo-se efeitos em tudo semelhantes aos da secção cirúrgica, mas transitórios. Por isso não são de temer as suas consequências. As infiltrações têm uma importância especial como meio de prova farmacológica do que pode vir a dar o tratamento cirúrgico, pois se resultam ineficazes de prever é que a intervenção cirúrgica resulte também.

Nova concepção de doenças de carência. — Em muitos casos considerados como de avitaminose, a administração de vitaminas não dá os resultados que eram de esperar. Por outro lado, podem provocar-se síndromes avitaminóticas em animais, sem que na sua ração alimentar deixem de entrar suficientes vitaminas, mas com alterações nas proporções das substâncias químicas ou da sua natureza. Isto mostra que o conceito, até há pouco adoptado, para explicar as chamadas doenças de carência, tem de modificar-se. O que mais interessa, na higiene alimentar, não é o número de unidades, em absoluto, de cada substância vitamínica que deve entrar na ração, mas a existência de determinadas relações ou equilíbrios entre os princípios químicos que a compõe.

As vitaminas desempenham acções fermentativas, já bem conhecidas, na degradação de hidrocarbonados, gorduras e albuminóides. Mas, para que essas acções mantenham a normalidade, é necessário que haja a requerida proporção entre os princípios vitamínicos e as substâncias químicas cuja desintegração tem de promover; caso contrário, os humores carregam-se de produtos intermediários do metabolismo, que entram na etiologia dos sintomas da avitaminose. O equilíbrio referido é bem mais complexo do que se supunha, podendo já decompor-se numa série de equilíbrios parciais: ácido-básico, fosfo-cálcico, iónico dos elementos minerais ou orgânicos, do sistema hemo-glico-regulador, do vago-simpático, e equilíbrios endócrinos e diastásicos. As rações alimentares devem avaliar-se em face das relações representativas desses equilíbrios (e o A. assim fêz para 4 dietas hospitalares), e não apenas pelas quantidades de princípios nutritivos que contém.

Terapêutica de choque na febre tifóide. — 4 casos em apoio dêste processo de tratamento, exposto no «Portugal Médico», n.º 4 de 1945.

Encefalopatias infantis. — Depois da menção dos estados de deficit intelectual e dos sinais das diversas lesões nervosas que o acompanham,

**Um excelente tónico do sistema nervoso
Modificador activo da nutrição
Remineralizador geral**

FOSFANDRA A N D R A D E

**F Ó S F O R O O R G A N I C O
N A T U R A L E V I T A M I N A C**



CAIXAS COM 30 COMPRIMIDOS: 34\$00



**Agradecem o pedido de
amostras os:**

Representantes no Norte de Portugal:

MARTINHO & C.^A, L.^{DA}

TRAVESSA DA FÁBRICA, 13

Telefone P.B.X. 7583

P Ô R T O

S. Marçal (Carnaxide, Oeiras). — Hiposalina, muito radioactiva. Usada como água de mesa.

Casais da Câmara (Belas, Sintra). — Sulfatada ferruginosa. Não está em exploração.

Pedrogãos (Sobral de Monte Agraço). — Cloretada e carbonatada, pouco radioactiva. Usada como água de mesa.

Águas Santas do Vimeiro (concelho de Tórres Vedras). — Cloretada. Empregada em dermatoses. Pequena exploração.

Termas dos Cucos (concelho de Tórres Vedras). — Cloretada e carbonatada, muito radioactiva. Indicações: reumatismos, dermatoses, doenças da nutrição. Director clínico: Dr. Boaventura Dias Sarreira. Hospedagem: Hotel das Termas.

Charniche (concelho de Tórres Vedras). — Sulfatada cálcica, cloretada. Não está em exploração.

Mouchão da Póvoa (concelho de Vila Franca-de-Xira). — Cloretada sódica, cálcica e magnésiana, sulfatada cálcica. Venda em garrafas.

DISTRITO DE PORTALEGRE

Água do Cortiço (concelho de Avis). — Hiposalina, bicarbonatada e cloretada, bastante silicatada. Não está em exploração.

Cabeço de Vide (concelho da Fronteira). — Sulfúrea sódica, muito radioactiva. Indicada em afecções do aparelho respiratório e da pele, e em reumatismos. Director clínico: Dr. António da Silva Pires. Estabelecimento termal.

Fonte da Mealhada (concelho de Castelo de Vide). — Hiposalina, carbonatada cálcica e magnésica. Usada como água de mesa.

Fonte da Vila — Castelo de Vide (concelho de Castelo de Vide). — Hiposalina, cloretada sódica. Indicação: diabetes. Director clínico: Dr. Manuel R. Chaves Costa. Hospedagens: Hotel das Águas, Hotel Sintra do Alentejo.

Ribeirinho e Fazenda do Arco (concelho de Castelo de Vide). — Hiposalinas, bicarbonatadas férricas. Não está em exploração.

Fadagosa do Tejo (concelho de Gavião). — Sulfúrea sódica. Indicada nos reumatismos. Director clínico: Dr. Manuel Tropa. Pequeno estabelecimento termal.

Fadagosa (concelho de Marvão). — Sulfúrea sódica. Para reumatismos. Exploração precária.

DISTRITO DO PORTO

Caldas das Murtas (concelho de Amarante). — Sulfúrea sódica. Usada no tratamento de afecções do aparelho respiratório, de dermatoses e de reumatismos. Director clínico: Dr. Mário Monterroso. Hospedagens, as da vila de Amarante: Pensão Pedra Húmida, Pensão Tâmega, Pensão Amarantina, Pensão Príncipe e Pensão Santa Luzia.

trata da etiologia: sífilis, traumatismos obstétricos, intoxicações e encefalites agudas, papel da hereditariedade, e provável influência da avitaminose K e dos processos da gravidez determinantes das chamadas eritroblastoses fetais e de estados mórbidos afins. Finalmente, trata da terapêutica, que deve ser principalmente preventiva, evitando a acção das causas mencionadas, já que a curativa é de efeitos pouco seguros. Consiste esta na ionisação transcerebral cálcica, salicilica ou iodetada, na administração dos barbitúricos quando necessários, no sulfarsenol (arsenical preferível pela sua influência neurotrófica) sempre que houver suspeita de etiologia sífilítica, e, enfim, nas intervenções cirúrgicas destinadas a corrigir posições viciosas. Para a profilaxia terão de contribuir, a par dos médicos, os políticos e sociólogos, pois há factores etiológicos que transcendem a área clínica; haverá que combater o alcoolismo e outras intoxicações, impedir a procriação dos oligofrênicos, prestar cuidadosa assistência à parturiente e ao recém-nascido. De particular importância é medicar a sífilis das grávidas, evitar os traumatismos obstétricos, e tratar devidamente os estados de asfixia e morte aparente dos recém-nascidos, pois são estas, entre as causas das encefalopatias infantis, as mais frequentes e as mais acessíveis.

Lepra. — « **DIAGNÓSTICO PRECOCE** — A descoberta das formas incipientes é em geral bastante difícil. Para esta dificuldade contribuem vários factores, de natureza clínica e psicológica. O terror que a doença inspira ainda em certas regiões, o conceito geral da incurabilidade admitido como dogma por alguns e a falta de conhecimentos que certos médicos revelam àcerca da sua patologia, são factores que contribuem para que a lepra não seja diagnosticada precocemente. As investigações àcerca do meio em que o doente vive tem a maior importância, pois como demonstraram Roger e Muir, em 80% dos casos a infecção aparece em indivíduos vivendo na intimidade dos leprosos. As manifestações do período inicial da lepra são muito variadas e podem permanecer largo tempo como únicos sintomas da doença. Vejamos alguns dos principais sintomas:

1) *Coriza* — É uma das manifestações iniciais mais freqüentes e características. Notemos no entanto que a presença do bacilo de Hansen no muco nasal não prova só por si a existência da lepra em actividade, por êste bacilo se poder encontrar na mucosa nasal de indivíduos sãos, pelo menos aparentemente, vivendo em ambientes leproso. Leloir considera como característica fundamental desta variedade de coriza a sensação de secura e obstrução nasal, acompanhada de epistaxis repetidas. Jeanselme, diz que as epistaxis da lepra são equivalentes às hemoptises precoces da tuberculose pulmonar. A rinite é consequência do cancro leproso localizado à mucosa nasal, cuja produção resulta da deposição a êste nível, por intermédio do ar, da micobactéria em grande quantidade.

2) *Cancro leproso* — Gongenot, em 1906 e pouco depois Marcano e Wurtz, descreveram casos de lepra, iniciando-se por uma lesão única — *cancro leproso* — com sede na pele ou nas mucosas. Êste can-

cro, verdadeiro leproma inicial, pode revestir todos os caracteres da lepra constituída apresentando-se geralmente como um pequeno tuberculo. A extirpação cirúrgica desta lesão isolada, quando feita precòcemente, pode impedir a disseminação da doença.

3) *Roséola leprosa* — A lepra pode iniciar-se pelo aparecimento de roséolas disseminadas, semelhantes às da sífilis, mas de tonalidade mais escura, aparição mais lenta, longa persistência e rebeldia à medicação específica. O exame serológico tem neste caso pouco valor, dada a frequência da positividade da reacção de Wassermann na lepra. Têm grande valor para o diagnóstico as perturbações da sensibilidade ao nível das roséolas.

4) *Eritema polimorfo* — É uma das manifestações que por vezes traduz o início da doença.

5) *Pênfigo* — Os surtos penfigoides localizara-se de preferência às mãos, pés, cotovelos e joelhos. Uma vez evacuado o conteúdo dos bolbos, fica no seu lugar uma erosão vermelha viva, que ao curar origina uma cicatriz anestésica, de bordos muito pigmentados. Dentro do grupo das lesões bolhosas da lepra devem incluir-se as queimaduras accidentais, consequência da têrmo-analgesia de que sofrem êstes doentes.

6) *Leprides eritemato-pigmentares* — São manchas de contornos irregulares, em geral serpiginosas, pouco numerosas e de grandes dimensões, de côr vermelha ou acobreada, localizadas especialmente ao tronco e nádegas, se bem possam estar situadas noutras regiões como por exemplo a face e a superfície de extensão dos membros. Surgem por surtos mas podem às vezes perdurar, acabando por constituir um exantema fixo.

7) *Manchas acrómicas* — Em geral são manchas leuco-melanodérmicas de centro acrómico e bordos hiperpigmentados (morfeia leprosa) que se localizam especialmente ao nível do tronco.

8) *Mal perfurante plantar* — Ao seu nível encontra-se em alguns casos o bacilo de Hansen.

9) *Alopécia* — Ao nível do couro cabeludo a queda do cabelo localiza-se à parte central da cabeça e regiões parietais. É bastante característica a alopecia da cauda das sobrancelhas, que dá ao fácies um aspecto especial, fazendo lembrar a existência da doença.

10) *Perturbações sudorais* — A princípio suores profusos; depois supressão local da sudação principalmente ao nível das manchas anestésicas.

11) *Febre* — A penetração no sangue de bacilos de Hansen numerosos provoca acessos febris de tipo intermitente. A febre acompanha geralmente as modificações tegumentárias que acabámos de descrever.

12) *Nevrite* — Pode revestir diferentes tipos: nevralgica, amiotrófica, polinevrite, perturbações tróficas, vaso-motoras etc.

13) *Modificações da ficha dactiloscópica* — O Prof. Leonídio Ribeiro foi quem primeiro chamou a atenção para êste facto. Verificou que nas fichas dos leprosos havia alterações apreciáveis indo até à destruição

completa dos desenhos papilares. Surpreendido com o facto teve a curiosidade de comparar as fichas de doentes em tratamento no Dispensário da Inspectoria de Lepra do Departamento Nacional de Saúde Pública do Brasil, com as que anos antes tinham sido colhidas e que se encontravam arquivadas no Instituto de Identificação, tendo verificado que a diferença era bem patente pois as impressões colhidas nessa época remota eram perfeitamente normais..

Convém salientar que lesões semelhantes se podem observar em doentes de esclerodermias ou sofrendo de rádio-dermites. Êste processo de diagnóstico baseado no estudo do dactilograma, a que Leonídio Ribeiro dá o nome de dactilo-diagnóstico, pode servir para reconhecer precòcemente a doença, convindo utilizá-lo nos indivíduos que convivam com os leprosos, para despistar os casos lactentes.»

« O diagnóstico tem importância capital, não só para o doente permitindo que seja instituído a tempo e horas o tratamento adequado mas também sob o ponto de vista social, afim de se tomarem as medidas profiláticas convenientes. Há leprosos latentes, aparentemente sãos, que constituem verdadeiras fontes de contágio.

I — DIAGNÓSTICO CLÍNICO — Geralmente fácil nos casos avançados é pelo contrário dificultoso no início e nas formas frustes atípicas onde é miutas vezes impossível fazê-lo sem o auxílio do laboratório. No nosso país, onde existem focos leprígenos, é bom que os médicos pensem na lepra quando se encontram em presença de indivíduos portadores de dermatoses agudas ou crônicas de diagnóstico incerto. São sinais valiosos para o diagnóstico:

a) *A existência de perturbações da sensibilidade;*

b) *De perturbações de secreção.* A prova de histamina proposta por Rodriguez Plantilla parece ter bastante valor. Esta prova funda-se na acção reflexa exercida pela histamina sôbre o tonos capilar. Pratica-se depositando uma gôta de soluto milesimal de histamina sôbre a zona suspeita da epiderme e o tra gôta numa região da pele perfeitamente normal, que serve de testemunha; sôbre estas zonas faz-se uma picada com uma agulha, verificando-se ao cabo de pouco tempo, meos de um minuto, um halo eritematoso (devido à acção dilatadora reflexa sôbre os capilares) aparecendo pouco depois no centro dêste eritema uma pápula urtigada de $\frac{1}{2}$ mm, de diâmetro, produzida pela exsudação de causa irritativa, que tem lugar nos vasos que estiveram em contacto imediato com a histamina. Ao nível das zonas lezadas as alterações nervosas impedem a aparição do círculo eritematoso reflexo, observando-se apenas a pápula urtigada. Gay Prieto, diz que esta reacção é positiva em 100 % dos casos e a sua aparição precede as alterações sensitivas e da secreção sudoral.

c) *Tumefacção dos troncos nervosos.*

II — DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO — Se a existência do bacilo ao nível das lesões tem grande valor para a diagnóstico, ao contrário a sua ausência não permite pôr de parte a hipótese de se tratar de lepra,

porque há formas muito pobres em bacilos e outras em que elles não se encontram sob a sua forma habitual, podendo apresentar-se com aspecto granular e até possivelmente existirem apenas formas infra-visíveis. O bacilo pode procurar-se:

a) Na pele — fazendo-se biópsias: injectando 2 c.c. de sôro fisiológico e aspirando em seguida; provocando a formação de um flictena ao nível do leproma pela acção da neve carbónica ou de um emplastro vesicante — e procurando o bacilo no liquido que a enche;

b) No muco nasal — nos casos em que há muco pode provocar-se o seu aparecimento mandando ingerir 4 gramas de iodeto de potássio por dia;

c) Nos nervos — fazendo a sua punção com uma agulha;

d) No testículo — punção com injectão de 0,2 a 0,5 de sôro fisiológico, aspirando passado alguns minutos e procurando-se o bacilo de Hansen no liquido assim obtido;

e) Nos gânglios — a punção ganglionar permite encontrar a micobactéria nos casos latentes, no início da doença e nos portadores de germes;

f) No sangue — Gougerot preconiza a seguinte técnica: juntar 5 a 20 c.c. de sangue a 150 a 500 c.c. de álcool a $\frac{1}{3}$ ou a um soluto de ácido acético 3 % e centrifugando ao fim de 15 ou 30 minutos.

III — DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO — A reacção de Wassermann é positiva num número elevado de leprosos, principalmente nos portadores de formas tuberosas. O conhecimento dêste facto levou Marchoux a afirmar que: «O sero-diagnóstico não permite pronunciar-nos entre sífilis e lepra sem o auxilio da clinica». Para Gougerot, o que caracteriza o sôro dos leprosos é o seu poder poli-fixador em face de diversos antigenos — sífilíticos, micósicos, estafilocócicos, etc.

Reacção de Rubino — Esta reacção consiste na sedimentação maciça de uma suspensão de glóbulos vermelhos de carneiro, formulados, ao contacto com sôro dos leprosos. É negativa nos casos incipientes. Não lhe atribuímos grande valor pelo facto de ter sido negativa em casos avançados da doença.

Reacção de Muchow e Levy — Esta reacção baseia-se na floculação do sôro dos leprosos em presença do antigeno constituído pelo extracto de lepromas na mistura álcool-sôro fisiológico.

Julio Miro Carbonell, na sua tésese, relata o que observou em 135 casos em que praticou esta reacção: 128 doentes estavam internados na Leprosaria de Fontilles e 7 eram da sua clinica particular, concluindo que a reacção foi positiva em 88,14 % de todos os observados, distribuindo-se a positividade da seguinte maneira: 100 % nas lepras tuberosas; 91,07 % nas mixtas e 57,15 % nas formas nervosas puras.

Leprolino diagnóstico — Reacção de Mitsuda — No Congresso Internacional de Leprologia reunido em Estrasburgo em 1923, Mitsuda deu conta dos resultados por elle obtidos pela injectão de bacilos de Hansen mortos pelo calor. Desde então até esta data muito se tem publicado sobre o assunto, se bem que não se disponha de um método permitindo

EDIÇÕES ALTURA

RUA DE CÂNDIDO DOS REIS, 47

PÔRTO

Têm a honra de apresentar os livros

ÁGUA PARADA

POEMAS

POR MAYA VILLAÇA

«Da poesia moderna poucas vezes tenho lido obras que me satisfaçam como esta».

«Maya Villaça foi para mim a revelação mais lisongeira deste ano de 1945».

«Os poemas de Maya Villaça mostram-me um dos casos mais humanos dos poetas portugueses novos».

«..... o ritmo alia-se de uma maneira subtil ao caso do poema; a harmonia, irmã gémea da arte, dá-lhe aquele conjunto de qualidades que o afirmam verdadeiro poeta».

(Da Crítica).

1 vol. broch. em papel offset com capa em cartolina couché, artisticamente apresentado, formato 24 x 18 Esc. 20\$00

DESENFADO

NOTAS E IMPRESSÕES

POR MIRANDA MENDES

Espírito culto e observador, o doutor Miranda Mendes dá-nos neste livro um interessantíssimo repositório de crítica impressionista.

No seu próprio dizer, o Autor chama-nos a atenção para feições e expressões da vida que, por cozinhas, nem sempre olhamos com olhos de ver.

A elevação dos conceitos, o sabor humano dos comentários, o realismo e, ao mesmo tempo, a elegância natural da descrição, bastariam só por si, se outros factores de interesse não houvesse que considerar neste oportuno trabalho, para recomendar o seu autor à atenção do leitor exigente.

1 elegante brochura formato 13 x 20 com 154 páginas de texto Esc. 14\$00

À VENDA NAS LIVRARIAS
ENVIAM-SE A COBRANÇA

Quem se interessar pela História de Portugal, no período agitado que vai da revolução de 1820 até à consolidação do regime constitucional, não pode deixar de ler o sensacional livro de PAULO SIEBERTZ

A MAÇONARIA N A LUTA PELO PODER

(D. MIGUEL I E A SUA ÉPOCA)

Que se encontra à venda nas livrarias. 1 vol. em oitavo grande, encadernado, de 452 páginas, com 10 gravuras de página. **ESC. 70\$00**

ENVIA-SE À COBRANÇA

ENCICLOPÉDIA PORTUGUESA, L.^{DA} — RUA DE CANDIDO DOS REIS, 47

P Ô R T O

obter um antigénio estandardizado. Os resultados colhidos pelos diferentes leprólogos que do assunto se têm occupado, coincidem nos pontos fundamentais, confirmando o valor da reacção. Êsses pontos fundamentais são os seguintes:

1.º) — Nos leprosos a reacção é em regra negativa nas formas lepromatosas ou malignas e positiva na maioria das formas nervosas, em particular nas formas tuberculóides;

2.º) — Nos individuos são oriundos de países endémicos, a reacção acusa elevada percentagem de positividade — 70 a 80 0/0. Interpretam-na alguns autores como a tradução de um fenómeno alérgico. Àcerca da sua especificidade não há unanimidade de opiniões, porquanto alguns, como Rabelo Júnior, Sousa Lima, Cuminus, Willians, etc., admitem uma possível co-sensibilidade de grupo.

Admitindo, por hipótese, diz o Dr. José M. M. Fernandez que a reacção de Mitsuda seja uma reacção específica traduzindo um estado de allergia ou resistência do organismo em face da infecção pelo bacilo de Hansen, poderíamos exprimi-la pela seguinte fórmula: Leprolina + micobacterium leprae + resistência = reacção positiva. Interpretando os resultados em face desta fórmula compreende-se facilmente que a reacção seja negativa nas formas lepromatosas — onde há diminuição de resistência, e positiva nas formas nervosas especialmente na forma tuberculóide, onde ela se encontra aumentada. Também se compreende que nos países de endemia leprosa os individuos são em contacto com a micobactéria apresentem a reacção de Mitsuda positiva».

« DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL — É extraordinariamente difficil quando a lepra evoluciona conjuntamente com outras dermatoses. Quando dominam as lesões maculares eritematosas, eritemato-pigmentadas ou eritemato-escamosas, podem confundir-se com: a pitiriase rósea de Gibert, paraqueratose psoriasiforme, psoríase, parapsoríase, líquen plano, sifilides pápulo-escamosas, lupus eritematoso, eczema sêco, pelagra, pitiriase versicolor atípica, toxicodermias, urticária pigmentada, etc., etc.

Nas formas em que dominam os lepromas a confusão pode estabelecer-se com: lupus e sarcoides de Boeck, lupus pernio, sifilides tuberosas dérmicas e gômas sub-cutâneas, quelóides, xantomias, sarcomas, micose fungóide, linfogranulomatoses malignas, leucemias, doença de Recklinghausen, Pian, leismanioses. etc.

Em certas formas de lepra nervosa o diagnóstico diferencial com a seringomielia é por vezes impossivel. Diz Zambaco Pacha, « Bref les tubercules, les macules, la pigmentation, les bacilles de Hansen peuvent faire défaut dans la lèpre, temporairement ou définitivement, pour toujours le syndrome syringomyélique peut seul exister, ça n'empêche qu'il s'agisse de lèpre. Pour en finir nous répèterons que la seringomyélie n'est q'un syndrome et que bien des syringomyéliques ne sont que des lépreux ».

Também a doença de Morvan — paresia analgésica com panerício dos dedos das mãos — quasi sempre de origem siringomiélica, pode ter, como afirma Zambaco Pacho, uma etiologia leprosa».

« TRATAMENTO — A escolha da medicação eficaz vem de há muito preocupando os leprólogos do mundo inteiro e por isso não é de estranhar que tenham sido preconizados numerosos métodos, que utilizados a princípio com entusiasmo têm sido rapidamente postos de parte, por ineficazes. De todos medicamentos o que tem mostrado maior eficácia é o conhecido há mais anos — o óleo de chaulmoogra e os produtos dêle derivados. Mas para se conseguir resultado com o tratamento é necessário ter sempre presentes as seguintes normas estabelecidas pelo leprólogo brasileiro Sousa Lima :

- 1) Cooperação integral do doente;
- 2) Melhoria do estado geral e resistência do doente;
- 3) Administração da quantidade máxima de medicamento compatível com a manutenção de um estado geral óptimo, empregando os melhores remédios e os mais eficientes métodos de aplicação conhecidos;
- 4) Inutilidade do tratamento dos doentes nos quais apenas existem estígmata de lepra desaparecida.

Julgo que devemos juntar a êstes preceitos um outro — o exame do leproso sob o ponto de vista médico-geral, tratando-o convenientemente, se existirem doenças associadas. O doente deve observar rigorosos preceitos higiênicos e ter uma alimentação cuidada: abundante, completa e rica em vitaminas.

Óleo de chaulmoogra — É extraído das sementes de plantas do género « Hidnocarpáceas » existentes em vários paíes tropicais, principalmente na Índia. De tôdas elas é a « *Teraktogenes Kurzii* » a que fornece o óleo mais abundante e rico em ácidos gordos. O óleo de chaulmoogra é o medicamento anti-leproso mais antigo. Uma lenda industânica conta que há séculos um rei, de nome Rama, contraíu a lepra, razão por que abandonou o trôno e se refugiou na selva onde encontrou a princesa Pya, que também havia abandonado o seu trôno pela mesma razão. Alimentando-se com sementes de certa planta viram desaparecer tôdas as suas lesões, contraíram matrimónio, regressando o rei ao trôno, reinando durante muitos anos. Tiveram 16 filhos, nenhum tendo apresentado sinais de lepra.

Como salienta Sousa Araújo, o tratamento chaulmoogrico tem passado por diversas fazes. A primeira caracterizada pelo emprêgo em larga escala do óleo sob a fórmula preconizada por Mercado: óleo de chaulmoogra esterilizado, 60 grs.; óleo canforado a 10%, 60 grs.; resorcina, 4 grs.; éter sulfúrico, 2,5 grs. A segunda consistiu na utilização de solutos injectáveis de sabões chaulmoogricos, preparados pela primeira vez na Escola de Medicina Tropical de Calcutá a instâncias de Sir Leonard Rogers. A terceira e última, em que se empregam os ésteres-etílicos de chaulmoogra preparados por Dean para os leprosos de Hawai.

Dos trabalhos experimentais de Sweeney e Walker, concluiu-se que o óleo de chaulmoogra é um agente quiomoterápico específico, actuando directamente sobre o bacilo de Hansen. O princípio activo encontra-se contido nos ácidos gordos que entram na sua composição — ginocárdico,

chaulmoogrico e hidnocarpico — por saponificação dos quais se obtêm ginocardatos, chaulmoogratos e hidnocarpatos. O mecanismo da acção do óleo de chaulmoogra é explicado por Rogers como consequência do ataque da cutícula cerea do bacilo de Hansen, o que o tornaria indefezoso em face das reacções naturais do organismo. Os A. A. americanos explicam esta acção bactericida por outra forma: estabelece-se uma combinação química entre a capsula cerea da micobactéria e o óleo de chaulmoogra, originando-se assim um produto contendo um grupo atómico tóxico para o bacilo.

Actualmente utiliza-se o óleo de chaulmoogra em substância ou sob a forma de derivados diversos. Pode ser introduzido no organismo por diferentes vias: bucal, percutânea, intra-dérmica, sub-cutânea, intra-muscular, endovenosa e rectal (clisteres, supositórios.)

A via bucal — Foi a que se utilizou inicialmente. Quando nos servimos desta via começamos por dar 5 a 10 gôtas de óleo a cada refeição, aumentando progressivamente a dose até o limite máximo de tolerância — 280 a 300 gôtas — administradas em doses fraccionadas, em 4 a 5 vezes ao dia. As grandes doses provocam geralmente o aparecimento de fenómenos de intolerância digestiva. Convém administrar o medicamento em cápsulas Hubi.

A via percutânea — Tem-se utilizado apenas para reforçar a acção do produto administrado por outras formas.

A via intradérmica — Tem vantagens pela eficácia terapêutica e ausência de reacções gerais de intolerância. As injecções são muito dolorosas e são necessárias múltiplas picadas na derme das zonas lesadas.

A via intramuscular — Injecta-se o óleo ou os seus ésteres. Existem no mercado muitos produtos especializados que podem ser injectados por esta via, como por exemplo: Hyrganol (que tem por base o éter etil-chaulmoogrico e hidnocarpico em partes iguais, em solução no óleo de fígado de bacalhau) — injectam-se 1 a 3,5 c.c. duas vezes por semana — série de 16 a 24 injecções seguida de um mês de repouso; Hansenol — éster etil-chaulmoogrico puro — 1 a 4 c.c.; Anti-leprol; Chaulmoogral — injectam-se 3 a 5 c.c. duas vezes por semana; etc., etc..

A via venosa — Foi proposta por Vahazan, em 1915. Só se podem utilizar para injecções endovenosas os ésteres etílicos. As reacções gerais intensas a que dão lugar as injecções endovenosas e os mediocres resultados colhidos com o seu emprêgo provocaram o abandono desta via. Os fenómenos gerais imediatos à injecção são muito apparatusos — crises de sufocação, dispneia, dores lombares, cefalalgias, perda do conhecimento, febre elevada, por vezes superior a 40° — mas desaparecem em pouco tempo. Estes fenómenos são interpretados por uns como crises anafiláticas — por formação de anti-corpos dissolventes das gorduras, — por outros como consequência de pequenas embolias pulmonares. Sorel consegue evitar estas reacções injectando muito lentamente óleo de chaulmoogra, cuidadosamente esterilizado, na dose de 2 c.c.,

duas vezes por semana. Bejarono, empregando o produto a injectar sob a forma de colobiase, utilizou a via endovenosa sem observar accidentes.

A via rectal — Utiliza-se o produto sob as mesmas formas e nas mesmas doses usadas por via bucal, 2 ou 3 vezes por dia.

Durante o tratamento podem observar-se *sintomas de intolerância*, sob diversas formas:

a) Febre — Quando pouco elevada e passageira bastará diminuir a dose do produto; quando elevada, mantendo-se durante dias, é necessário parar com a medicação, retomando-a algum tempo depois mas utilizando doses mínimas. Gougerot, quando a febre e a reacção edematosa local persistem mais de 3 dias, utiliza a injectão endovenosa da solução de tartarato duplo de antimónio e potássio a 1.0/0 no sôro fisiológico;

b) Diminuição de pêso — A diminuição progressiva e constante da curva ponderal é consequência de má tolerância do medicamento e justifica a sua supressão;

c) Aumento da velocidade de sedimentação das hemácias — Quando progressivamente crescente impõe a supressão da terapêutica.

Por vezes durante o tratamento observam-se *reacções leprosas*. Êste termo é empregado para designar as exacerbações agudas e sub-agudas da doença, geralmente de carácter transitório e cujos sintomas principais consistem na reactivação das lesões pre-existentes, aparição de novas lesões, astenia, aumento de velocidade de sedimentação dos glóbulos vermelhos, presença de formas granulares da «micobactéria leprae» ao nível das lesões etc.. Sousa Lima, define esta reacção da seguinte maneira: «Fase aguda inflamatória, provocada ou espontânea, que pode surgir no curso de evolução da lepra ou ser a sua manifestação inicial caracterizada por sintomas cutâneos ou extra-cutâneos, acompanhados ou não de febre, dolorosos ou indolores e com tendência à recidiva».

A forma clínica da doença parece ter influência no seu aparecimento. Wade, Hayashi e Schujmann chamam para o facto a atenção dos leprologos. Wade encontrou nas formas tuberculóides uma exacerbação «reacção leprosa tuberculóide», cuja sintomatologia difere da reacção leprosa vulgar pela sua evolução sob-aguda, ausência de febre e sintomas gerais e freqüente negatividade bacteriológica das lesões. Schujmann e Hayashi, em trabalhos posteriores ao daquele autor, referem-se a reacções leprosas observadas em condições semelhantes e análoga sintomatologia. O conhecimento destes factos levou o Dr. José M. Fernandez, a formular a seguinte pergunta: Ê correcto designar pelo mesmo termo — reacção leprosa — processos que clínica e imunologicamente se diferenciam e que quiçá serão originadas por causas distintas? Sousa Lima, responde não haver inconveniente em assim nos exprimirmos se fizermos abstracção do factor etio-patogénico da reacção leprosa, e ao empregarmos êste termo quizermos significar apenas uma exacerbação aguda ou sub-aguda da doença, de carácter transitório, freqüentemente recidivante, traduzindo-se por inflamação das lesões pre-existentes e pela aparição de novas lesões com o mesmo carácter, acompanhada ou não de sintomas gerais.

LACTIL-LAB

fermentos lácticos



Lab

Direcção técnica
do PROF. COSTA SIMÕES

Caldas de Canavezes (concelho do Marco de Canavezes). — Sulfúrea sódica, pouco radioactiva. Indicações: reumatismos, afecções das vias respiratórias, dermatoses. Director clínico: Dr. Arnaldo Reimão da Fonseca. Hospedagem: Pensão Palace.

Tôrre, Entre-os-Rios (concelho de Penafiel). — Sulfúrea sódica, muito radioactiva. Indicada nas afecções das vias respiratórias, em dermatoses e reumatismos. Director clínico: Dr. Eduardo Correia de Barros. Hospedagens: Hotel da Tôrre e Pensão Carlos.

S. Vicente de Entre-os-Rios (concelho de Penafiel). — Sulfúrea sódica, um pouco radioactiva. Director clínico: Dr. José P. Lopes de Amorim. Hospedagens: Hotel S. Vicente, Pensão Gomes, Pensão Club, Pensão Internacional, Pensão Peninsular, Pensão Central, Pensão Silva.

Caldas da Saúde (Areias, Santo Tirso). — Sulfúrea sódica, muito radioactiva. Usada nas afecções das vias respiratórias e para reumatismos. Director clínico: Dr. Alexandre de Lima Carneiro. Hospedagem: Hotel das Caldas.

DISTRITO DE SANTARÉM

Charneca da Feira (Alcanhões, Santarém). — Cloretada e carbonatada. Usada para reumatismos e dermatoses. Pequeno estabelecimento termal.

Fadagosa de Mação (Mação). — Sulfúrea sódica. Empregada para reumatismos. Reduzida exploração.

DISTRITO DE SETÚBAL

Paraíso (Caparica, Almada). — Sulfatada cálcica. Não está em exploração.

DISTRITO DE VIANA DO CASTELO

Melgaço (Pêso — Melgaço). — Carbonatada cálcica. Indicação principal: diabetes. Director clínico: Prof. Dr. Mark Athias. Hospedagens: Grande Hotel, Hotel do Pêso, Hotel Rocha, Pensão Boavista.

Corga do Vergueiral (Messegães, Monsão). — Carbonatada mixta. Usada como água de mesa.

Caldas de Monsão (Monsão). — Sulfúrea sódica, muito radioactiva. Indicações: reumatismos, dermatoses, afecções do aparelho respiratório. Director clínico: Dr. Manuel Evangelista da Silva. Hospedagens: Pensão Escondidinho, Pensão Internacional, Pensão Central, Pensão Cabral, Pensão Económica, Pensão Lisbonense, Pensão Vaticano.

Grihões de Coura (Ferreira, Paredes de Coura). — Hiposalina, muito radioactiva. Usada para afecções do aparelho respiratório. Vende-se engarrada.

S. Pedro da Tôrre (Valença). — Hiposalina, sulfatada cálcica. Não está em exploração.

A diferença clínica, histológica e imunológica e a evolução ulterior dependem apenas da forma clínica da lepra em que surge a reacção. Assim, na lepra tuberculóide, o índice de sedimentação aumenta ligeiramente, a leprolina-reacção é positiva, enquanto que na lepra tuberosa o índice de sedimentação se encontra mais aumentado, o teste à leprolina é negativo e o exame bacteriológico sempre positivo. Numa e noutra variedade de lepra há um sintoma comum — a congestão das lesões pre-existentes e aparecimento de novos elementos inflamatórios — o que para Sousa Lima é fundamental e dá aos fenómenos a característica de reacção leprosa.

Jadassohn, Wade, Rodriguez e Greno, defendem a origem alérgica da reacção leprosa. Para uns trata-se de uma reacção alérgica no sentido definido por Von Pirquet, enquanto para outros se trata de fenómenos de paralergia, entendendo por esta designação os AA. que assim se exprimem «uma modificação de maneira de reagir do organismo em estado de alergia, em relação a agentes não específicos (paralergenos) de natureza proteica ou não, diferente do antigénio primário que induz à alergia específica». Esta noção de paralergia explica-nos o facto da reacção leprosa se produzir sob influências muito diversas: infecções intercorrentes, perturbações gastro-intestinais, acção medicamentosa, estados fisiológicos (menstruação e puerpério). Na opinião de Sousa Lima o mecanismo íntimo da reacção leprosa é o seguinte: Nas formas cutâneas e mixtas, pode invocar-se a paralergia. Agentes não específicos muito diversos, por exemplo, o iodeto de potássio, vacina anti variolica tuberculina, etc., são capazes de a provocar. Nas formas tuberculóides o aparecimento da reacção explica-se por um fenómeno alérgico, no sentido estrito de Von Pirquet; tôdas as vezes que os bacilos ou as suas toxinas são postas em contacto, em quantidade suficiente, com os tecidos previamente sensibilizados, desencadeia-se a reacção.

Complicações e contra-indicações — A nefrite é a mais grave complicação, observando-se sobretudo nos casos em que se fazem injecções endovenosas. A tuberculose e a caquexia são complicações menos frequentes. A existência de nefrite é uma contra-indicação formal para a medicação pelo óleo de chaulmoogra e derivados. Também a tuberculose e os edemas contra-indicam esta medicação sob a forma ésteres. As lesões oculares de etiologia leprosa também contra-indicam esta variedade de derivados chaulmoogricos.

Duração do tratamento — A medicação tem de ser mantida durante longos anos. A cura pode ser contínua, ou interrompida de 3 em 3 meses, por um período de 4 semanas. Num caso de Rubio, injectaram-se 15 kgrs. durante o longo tratamento.

Outros medicamentos — Têm sido preconizados muitos processos de tratamento mas só a medicação chaulmoogrica deve ser considerada específica. Os arsenicais tri e pentavalentes não têm actividade anti-leprosa, apenas possuem acção eutrófica, considerando-os Danielsem como prejudiciais. O *Eparseno*, recebido com grande entusiasmo, caiu em desuso,

pois só deu resultados favoráveis nas formas incipientes, tendo o inconveniente de provocar reacções leprosas muito intensas. O *mercúrio* e o *bismuto* também não têm eficiência no tratamento dos leprosos. O uso do *iodo* e *iodeto* tem dado lugar a controvérsias, encontrando-se leprólogos que os consideram benéficos e outros que os proscrevem formalmente, mesmo para fim diagnóstico. Julgamos os iodicos contraindicados nos leprosos intolerantes e nos indivíduos sensibilizados ao iodo.

Os *sais de ouro* foram utilizados em conseqüência da analogia bacteriológica entre lepra e tuberculose, mas não deram bons resultados. Vários corantes se têm utilizado como por exemplo, o *mercurocromo*, empregado na leprosaría de Carville na dose de 0,002 grs. por kg. de pêso (injecções endovenosas semanais; não provocaram melhoria notável das lesões).

O *azul de metileno*, introduzido na terapêutica por Montel em 1934, deu a êste autor alguns resultados brilhantes; porém um autor mexicano, Gonzalez Urneña, no Congresso de Dermatologia de Budapest, não considera recomendável o método de Montel, por as melhoras observadas enquanto se aplica o azul de metileno cessarem logo que se suspende o seu uso. A técnica de aplicação do azul do metileno consiste em injectar por via endovenosa, em dias alternados, 15 a 40 c. c. de um soluto dêste corante a 1^o/₀.

Métodos biológicos — Pode dizer-se que fracassaram tôdas as tentativas de tratamento biológico. Citam-se como curiosidade os ensaios de Rost, com infecções de *leprolina* preparada a partir de extractos de lepromas; os de Deicke, com a *mastina*, preparada à custa de culturas de estreptotrix por êle isolados; os de Hasson com o líquido das flictenas obtidas pela aplicação de neve carbónica sôbre os lepromas. Carrasquillo, prepara um sôro injectando cavalos com sangue de leprosos. A vacinoterapia e seroterapia não específica não deu qualquer resultado, bem como a impaludação pela técnica de Wagner Von Jaureg.

Tratamento local — Os meios destrutivos das lesões externas, por mecanismos ainda não completamente elucidados, produzem evidentes melhorias do estado geral dos doentes. Unna aconselha o emprêgo de queratolíticos, a destruição ígnea dos lepromas, etc. Os raios X e o radium também têm sido empregados com êste fim. A crioterapia pela neve carbónica, preconizada por Paldrok é actualmente considerada como a melhor terapêutica local. Por êsse processo não se destroem apenas os lepromas, os próprios bacilos de Hansen são alterados, verificando-se reacções de degenerescência que se traduz pelo aparecimento de granulações. Paldrock, aconselha que o criocautério seja aplicado sôbre os lepromas durante 3 a 15 segundos a fim de se evitar a formação de flictenas. As sessões devem ser separadas por intervalos de 15 a 20 dias, não se aplicando em cada uma o criocautério sôbre mais de 10 lepromas, devendo o tratamento prosseguir durante meses, «afim de se constituir a imunidade».

Cura da lepra — As opiniões dos leprólogos têm-se modificado

muito no que respeita aos resultados dos tratamentos: o número de casos de cura oscila entre 25 e 80 0/0.

Para que seja eficaz o tratamento deve ser preconizado da seguinte maneira: 1) Atender às condições de vida do leproso; 2) Começar precocemente; 3) Durar muitos anos continuando-se ainda quando a doença pareça estacionária e não se encontrem bacilos.

É necessário, portanto, depois de desaparecidos os bacilos, observar os leprosos durante anos, para se poder afirmar a cura. O maior número de retrocessos, em casos clinicamente curados, observa-se nos 8 primeiros meses. Depois de passados 2 anos sem encontramos bacilos só se observam recidivas bacteriológicas em 5 0/0. Na leprosaria de Carville os exames clínicos repetem-se periódicamente em todos os doentes e quando os resultados se mantêm negativos passam à secção de não contagiosos, onde se conservam anos, submetidos a tratamento e cuidada observação, sendo-lhes dada alta provisória, mas obrigando-os a exame semestral durante 3 anos, ao cabo dos quais mantendo-se a cura a alta é considerada definitiva ».

JORNAL DO MÉDICO.— N.º 115 (7-IV-45): *A urticária*, por Aureliano da Fonseca. N.º 117 (21-IV): *A propósito da determinação da data dos textos escritos*, por Francisco Coimbra; *Alguns aspectos da fisiopatologia das lesões valvulares aórticas*, por O. Ribeiro de Carvalho. N.º 119 (5-V): *As anemias carenciais e seus factores patogénicos*, por V. Pena Carvalho; *Isagoge histórica do jornalismo médico* (conclusão dos números anteriores), por Luís de Pina. N.º 120 (12-V): *Facetas do jornalismo médico*, por Costa Sacadura. N.º 121 (19-V): *Evolução da artéria folicular nos ovários de coelhas injectadas com urina de mulher grávida*, por C. Strecht Ribeiro; *Conceito actual de reuma*, por Arnaldo de Matos; *O clima português e o sezonismo*, por Francisco Cambournac. N.º 122 (26-V): *Novos conceitos sobre as enxertias glandulares*, por Ruy de Montalverne. Em todos os números, artigos e notas de literatura médica e interesses profissionais.

Conceito actual de reuma.— Muito difícil é enquadrar num só conceito as variadas formas de reumatismo, agudo ou crónico. Certamente, nas formas agudas, são bem separáveis os pseudo-reumatismos infecciosos (tal como o estroptocócico, o gonocócico, etc.) do reumatismo articular agudo; nas formas crónicas, distinguem-se as do tipo degenerativo, hipertrófico (artrose ou artite deformante) e as do tipo atrófico (reumatoide). Sem falar noutros tipos de afecções articulares que se lhe chamam o reuma, tendo etiologia conhecida (como a periartrite por difusão ovárica), vê-se a extrema dificuldade de uma sistematização, marcando-se os limites do verdadeiro reumatismo. E no entanto, êste constitue uma entidade mórbida definida, não pelas lesões articulares, mas pelo conjunto de manifestação que levou a chamar-lhe «doença ou febre reumática», com anatomo-patologia própria; aquelas manifestações podem apresentar vários tipos: o visceral com predomínio de lesões cardíacas e

vasculares, o poliartrítico em que há as fluxões articulares, e o periférico com alterações profundas das articulações, tendões e ligamentos, êste último mais próprio dos indivíduos idosos. Duvidosa é ainda a etiologia, mas as tendências modernas são para considerar a cardite, estreptocócica, como o nódulo central da doença, cujas lesões surgem em consequência de disseminações do agente, localizado por receptividades e virulências ocasionais; nos surtos da doença, muitos autores vêem a influência de infecções focais, principalmente da amigdalite. A noção de um virus, como agente específico, perdeu terreno.

Enxertias glandulares.—Relato de uma entrevista com Voronoff, por ocasião da sua passagem por Lisboa, na qual declarou que, com a enxertia testicular, não tinha pretendido apenas restabelecer a actividade sexual, mas principalmente promover um vigoramento geral, e que para conseguir plenos êxitos ela não é suficiente, sendo preciso agir no campo de outras glândulas de secreção interna, fazendo-se opoterapia pluri-glandular por via cirúrgica, enxertando-se simultâneamente hipófise, tiroide e testículo, a primeira e o último na vaginal e a segunda na loca tiroideia. Afirma que os enxertos que se reabsorvem são os que foram mal escolhidos, mal colhidos, ou mal implantados. Com os mesmos fundamentos preconizou a revitalização feminina, enxertando ovário em vez de testículo, assim como a enxertia tiroideia para o tratamento do mixe-dêma e a de paratiroides para a tetania. Os enxertos, porém, são improficuos para deficiências de outras glândulas, como as suprarrenais e o pâncreas, pela fragilidade dos elementos celulares que presidem à sua actividade endócrina.

LIVROS E OPÚSCULOS (1)

Conferências sôbre neuro-psiquiatria infantil: Causas da anormalidade infantil, por Diogo Furtado; *A criança e a psiquiatria do adulto*, por Barahona Fernandes; *Dificuldades escolares e pedagogia clínica*, por Emile Planchard; *A psicologia geral e a criança anormal*, por Vítor Fontes (I vol. de Monografias do Instituto de António Aurélio da Costa Ferreira. 100 pág.; Lisboa, 1944).

Morfologia do cortex cerebral (desenvolvimento), por Vítor Fontes. (II vol. de Monografias do Instituto de Anatomia Aurélio da Costa Ferreira. (384 pág.; Lisboa, 1944).—Profusamente ilustrado com fotografias de cérebro, esta memória é a continuação dos estudos de anatomia macroscópica do sistema nervoso central nas crianças portuguesas, cuja primeira parte, relativa ao pêso do encéfalo nos fetos e recém-nascidos, foi publicada na «Criança Portuguesa», vol. I, 1943.

(1) Devido a só tardiamente, por vezes, chegarem ao nosso conhecimento obras publicadas por médicos portugueses, as referências feitas nesta secção podem vir muito atrasadas. Nem por isso deixaremos de as dar, pois pretendemos que esta revista sirva para dar indicações bibliográficas, o mais completas possível, da literatura médica nacional.

Quinarrhenina

ANEMIAS
PALUDISMO
OU
SEZÕES
CONVALESCENÇAS
DIFICEIS, ETC.

ELIXIR — GRANULADO

Dá força, excita o apetite, diminue a febre, facilita a digestão.
Muito bem tolerada pelas crianças. Efeitos rápidos e seguros.

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR

É o único preparado que conhecemos, tendo por base — Glicero-fosfatos *ácidos*, em tão elevada concentração: 0,55 gr. por 10 c. c.

A combinação orgânica de *ferro* e *fósforo* mais assimilável e de efeitos mais rápidos, na opinião do prof. A. Robin e outros.
:: :: O verdadeiro alimento dos tecidos nervoso e ósseo. :: ::

XAROPE STEPP DE BROMOFORMIO COMPOSTO

Na **tosse convulsa** é o

remédio mais eficaz.

48 horas depois da sua aplicação, os acessos tornam-se mais moderados

IODOLOSE "GAMA,"

Combinação orgânica de iodo e peptona de carne,
usada há longo tempo por numerosos clínicos

////////// que a preferem a outras similares. //////////

Depósito geral: Farmácia GAMA
Calçada da Estrêla, 130 — LISBOA

DISTRITO DE VILA REAL

Caldas de Carlão (Candedo, Murça). — Hiposalina, sulfidratada sódica, carbonatada alcalina. Indicada para dermatoses, reumatismos, afecções respiratórias. Director clínico: Dr. José Bulas Cruz. Exploração em início.

Caldas Santas de Carvalhelhos (Beça, Boticas). — Hiposalina, muito radioactiva. Indicada nas doenças da nutrição. Pequeno estabelecimento termal.

Campilho (Vidago). — Carbonatada sódica, carbogásosa, um pouco radioactiva. Usada como água de mesa.

Oura (Arcassô, Chaves). — Carbonatada cálcica, um pouco radioactiva. Usada como água de mesa.

Vila Verde (Arcassô, Chaves). — Carbonatada cálcica, um pouco radioactiva. Usa-se como água de mesa.

Vidago (Vidago, Chaves). Três nascentes (n.ºs 1, 2, e 3). Carbonatadas sódicas, carbogásosas, muito radioactivas. Empregadas em doenças do aparelho digestivo e da nutrição. Director clínico: Prof. Dr. Maximino de Moraes Correia. Hospedagens: Pálace Hotel, Grande Hotel, Avenida, Pensão Comercial, Pensão Fraga, Pensão Moderna e do Parque.

Areal (Oura, Chaves). — Carbonatada mixta, um pouco radioactiva. Não está em exploração.

Fonte Maria (Oura, Chaves). — Carbonatada sódica, carbogásosa, um pouco radioactiva. Não está em exploração.

Salus Vidago (Oura, Chaves). — Carbonatada sódica, carbogásosa, um pouco radioactiva. Director clínico: Dr. Manuel J. Bruno da Costa. Hospedagem: Hotel do Golf.

Caldas de Chaves (Chaves). Carbonatada sódica, hipertermal. Indicada em reumatismos e dermatoses. Hospedagens: Grande Hotel, Pensão Comércio, Pensão Caldas, Pensão Flávia, Pensão Rita.

Vilarelho da Raia (Chaves). — Carbonatada sódica. Não explorada.

Caldas do Moledo (Moledo, Mesão Frio). — Sulfúrea sódica, um pouco radioactiva. Utilisada para dermatoses, reumatismos; ainda como adjuvante no tratamento da sífilis. Director clínico: Prof. Dr. Álvaro de Matos. Hospedagens: Hotel das Termas, Pensão Gomes.

Pedras Salgadas (Concelho de Vila Pouca de Aguiar). — Carbonatadas sódicas, carbogásosas, muito radioactivas. Indicadas nas doenças da nutrição, gastro-intestinais e hepáticas. Director clínico: Prof. Dr. Cascão de Anciães. Hospedagens; Hotel Avelames, Grande Hotel, Hotel do Norte, Hotel Universal, Pensão Moderna, Pensão Santa Maria, Pensão Africana, Pensão Aliança, Pensão Batista, Pensão Colonial, Pensão do Parque.

Preciosa (incorporada na estância de Pedras Salgadas). — Carbonatada sódica, carbogásosa, muito radioactiva.

Sabroso (Duas nascentes, na área da estância de Pedras Salgadas). — Carbonatada sódica, carbogásosa. Usada como água de mesa.

Arquivo arteriográfico: I — *Ósteo e artropatias*, por Fernando Magano. (50 pág. com 53 fig. à parte; Pôrto, 1943).

Vitaminas (*Química, Metabolismo, Carências*), por F. A. Gonçalves Ferreira. (340 pág.; Coimbra, 1944).

Actualidades biológicas, Vol. XVII: *Ácerca da química dos antigénios*, por J. A. Maria de Loureiro; *Mecanismos reguladores da secreção renal*, por L. E. Dias Amado; *Sôbre a regulação hormonal da vida sexual feminina*, por Belo Pereira; *Ácerca da causalidade em bioquímica*, por Kurt Jacobsohn; *Tuberculose e vitaminas*, por Carlos Vidal. (208 pág., il.; Lisboa, 1944).

Actualidades e utilidades médicas (1.º quadrimestre de 1944), por Tomé de Lacerda e António de Lacerda. (188 pág.; Lisboa, 1944.— Como de costume, insere numerosas notas, de interêsse clínico, respigadas de revistas nacionais e estrangeiras.

Periódicos portugueses de medicina e ciências subsidiárias, por Zeferino Paulo. (96 pág.; Lisboa, 1944).— Inventário das publicações periódicas e boletins de instituições médicas. Trabalho do Serviço de inventariação da bibliografia científica do Instituto para a Alta Cultura.

SOCIEDADES E CONGRESSOS

JORNADAS MÉDICAS ESPANHOLAS (Sevilha, 1-4 de Maio):— *Cancro genital da mulher*, por Francisco Gentil; *Sífilis da artéria pulmonar*, por João Porto; *O problema da alimentação humana*, por F. Rocha Faria; *Orientação terapêutica nas psicoses endógenas*, por Barahona Fernandes; *Suicídios aparentemente suspeitos*, por O. Teixeira Bastos; *Importância da biopsia do endométrio no diagnóstico da gravidez ectópica em início*, e *Cesariana extraperitoneal por artifício de técnica*, por A. Castro Caldas; *Qual a melhor posição da parturiente*, por Costa Sacadura e Alberto Saavedra; *Anestesia e mobilização precoce nos operados*, por Mário Cardia; *Mal rubro humano em Portugal*, por J. Pimenta Presado.

SOCIEDADE MÉDICA DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA.— *Hepatitis*, por Mário Moreira e F. Wohlwill (15-XII-44). *Tratamento das perfurações das úlceras gastro-duodenais pela gastrectomia de urgência*, por Mário Conde (2-II-45). *Um caso de tabes tratado pela penicilina*, por Diogo Furtado; *Novo método de extensão contínua em fracturas da coluna cervical*, por Paiva Chaves; *Hemangiectasia hipertrófica de Parkes Weber*, por Elias da Costa (9-III). *Localização dos corpos estranhos intra-orbitários*, por Costa Santos (27-IV). *Dois casos de poliomyosite difusa*, por Diogo Furtado e Francisco Alvim; *Infeção humana pelo bacilo do mal rubro*, por Juvenal Esteves e Manuel Pinto (30-V). *Um caso de hérnia do diafragma*, por Adelino Costa e Aleu Saldanha; *Alguns métodos de observação nas cardiopatias congénitas*, por Madeira Pinto (27-VI).

REVISTA GERAL

Utilização clínica da penicilina

Quando, há ano e meio (*Portugal Médico*, Fev. de 1944), escrevi um apanhado do que sobre a penicilina era possível saber-se nessa altura, pela leitura das revistas, principalmente das americanas e inglesas, referi-me à descoberta do novo medicamento, meios de cultura, extracção e purificação, actividade e seus «tests», vias de introdução, eliminação e doses, e resultados terapêuticos. De então para cá grandes progressos se fizeram, sobretudo nos processos de extracção e purificação, no aperfeiçoamento e na ampliação das suas indicações clínicas, e nas técnicas de aplicação. Não pretendo agora actualizar essa revista geral, o que já não teria o interesse da novidade, uma vez que o assunto já é tratado, embora parceladamente, nas revistas portuguesas e nas de vulgar leitura entre nós. Pretendo apenas expor, baseado nas mesmas fontes bibliográficas, os métodos de emprêgo da droga, fornecendo assim aos colegas clínicos várias noções que não encontrei reunidas e sistematizadas, e que, em grande parte, não vi ainda escritas em português.

JOSÉ GARRETT

As indicações do tratamento pela penicilina são bem conhecidas já, e por isso a alusão a fazer-lhes será breve; apenas o suficiente para a compreensão dos preceitos a seguir actualmente para a sua utilização clínica,

O «National Research Council», dos Estados- Unidos, baseando-se na estatística organizada por Keefer, publicou uma lista das indicações, divididas em dois grupos, sendo o primeiro constituído pelas situações clínicas em que o medicamento mostra superior actividade. Nesse grupo entram: infecções estafilocócicas (osteomielite, antraz, abscessos, meningite, trombozes dos seios cavernoso e lateral, pneumonia, empiema, fleimões renais, feridas infectadas, queimaduras, endocardite), gangrena gasosa e edema maligno, bacteriemia pelo estreptococo hemolítico, infecções estreptocócicas graves (celulites, mastoidites com complicações intra-cranianas, pneumonia, empiema, infecção puerperal, peritonite, endocardite), infecções pneumocócicas (meningite, pleurisia, endocardite, pneumonia sulfamido-resistente, gonococcia e esta principalmente quando complicada (artrite, conjuntivite, endocardite, peritonite, epididimite), carbunculose, supurações pulmonares em que seja possível intervir cirurgicamente, meningococcia sulfamido-resistente, endocardite séptica por micróbios sensíveis à penicilina. No segundo grupo entram: sífilis, actinomicose e difteria ⁽¹⁾.

(1) Em face da quantidade limitada de que se dispõe presentemente, parece ser justo restringir, por enquanto, o emprêgo do medicamento aos casos que não podem curar, ou que dificilmente curarão com outros agentes terapêuticos. O Ministério da

*

A utilização correcta da penicilina (da qual depende a sua eficácia) requiere: uso do produto activo por ter sido bem conservado e em condições rigorosas de assepsia, via de introdução que leve o medicamento aos pontos infectados, dose suficientemente bacteriostática e renovada por forma a que a acção da droga seja quanto possível constante durante o tempo que em cada caso é necessário para se obter a cura.

Preparação dos solutos. — O produto, geralmente sal sódico, vem em ampolas ou frascos esterilizados, contendo cada um 100.000 U.; apresenta-se com o aspecto de pó amarelo. Deve conservar-se, para não se alterar, à temperatura de 5-7° C. Para o utilizar tem de se dissolver em água esterilizada ou em soro artificial (salino ou glucosado) esterilizado, do qual se introduzem no próprio frasco do medicamento 10 ou 20 cc., por injeção através da borracha da tampa, enterrando nesta uma agulha para dar saída ao ar. Os solutos, uma vez preparados, só podem conservar-se à temperatura ambiente durante poucas horas; metendo-os no frigorífico, conservam-se durante quatro a cinco dias. Quando encorporados a pomadas, estas podem guardar-se durante uma semana. Em todos os casos, os recipientes, esterilizados, devem manter-se tapados cuidadosamente; quando se abrem, devem inclinar-se, para evitar a introdução de poeiras.

VIAS DE APLICAÇÃO. — Diferem, naturalmente, com a localização dos microorganismos patogénicos. Nas infecções gerais, o medicamento é levado aos tecidos pelo sangue, podendo introduzir-se no meio orgânico por via sub-cutânea, intramuscular, endovenosa, endomedular óssea, endoarterial, oral, rectal e respiratória. Destas diversas vias, as mais usadas até agora, por com elas se obter mais rápida difusão da droga e mais garantido aproveitamento do que com as outras — são

Saúde inglês, em Agosto de 1944, em semelhantes circunstâncias, publicou para esse efeito a seguinte norma:

I — Situações em que os doentes podem admitir-se nos hospitais para tratamento pela penicilina: *a)* infecções estafilocócicas (septicemia, osteomielite aguda em começo, carbúnculo grave, trombose do seio cavernoso, e outras formas que ponham em risco a vida do doente); *b)* todos os casos muito graves (septicemia, meningite, pneumonia) de infecção pelo estreptococo hemolítico que não tenha cedido ao tratamento pelas sulfamidas; *c)* gangrena gasosa.

II — Situações a considerar se houver disponibilidades suficientes de penicilina: *a)* feridas do globo ocular e infecções da conjuntiva e da córnea; *b)* infecções da pele resistentes a outros meios de tratamento; *c)* gonorreia resistente às sulfamidas; *d)* empiema agudo e pleurisia purulenta como complicação da tuberculose; *e)* lesões traumáticas: fracturas expostas, feridas musculares extensas, feridas da face, feridas que exijam suturas de tendões ou nervos, traumas torácicos (hemotórax), pneumonias post-traumáticas.

a intramuscular e a endovenosa. A via arterial tem sido empregada para infecções dos territórios irrigados pelo vaso injectado.

Via muscular. — Emprega-se por meio de dois métodos: o de injecções isoladas e o de injecção contínua.

As experiências de todos os autores são conformes na verificação de que a penicilina, introduzida no meio orgânico, por via intramuscular, é rapidamente absorvida, atingindo a concentração máxima no sangue, em relação com a dose injectada, cerca de meia hora depois, concentração esta que, por ser muito activa a eliminação pelo rim, começa a descrecer, a princípio lentamente, e em seguida, 50 a 60 minutos passados sobre a injecção, muito mais rapidamente, a ponto de, ao fim de outra hora, estar reduzido a $1/3$ ou $1/4$ da concentração máxima, e ao cabo de mais outra hora ter descido a nível muito mais baixo. A duração do efeito bacteriostático é, pois, transitória, e tanto mais quanto menor fôr a dose injectada. Para que esse efeito esteja garantido pelo espaço de três horas, é preciso injectar 20.000 a 25.000 U., o que representa, nas 24 horas, um consumo de 160.000 a 200.000 U.. O incómodo que causa ao doente a repetição das injecções, às vezes um pouco dolorosas, irritando-o e perturbando-lhe o sono, levou a adoptar o método da injecção contínua, gota-a-gota. Proposto por F. I. Harris em meados de 1944, teve logo grande aceitação. Consiste em deitar em reservatório apropriado 1.000 c. c. de soro fisiológico ou de soro glicosado a 5% com 100.000 U. de penicilina, quantidade esta suficiente, em regra, para 24 horas de tratamento. Com um débito de 12 a 14 gotas por minuto, entram no meio orgânico perto de 50 c. c. por hora.

A agulha deve ser enterrada profundamente no músculo escolhido, em regra o vasto externo da coxa, o deltoide, ou o grande peitoral, para que o doente possa mover-se no leito. Escusado será dizer que a fixação da agulha deve ser perfeita e que se exigem os mais rigorosos cuidados de assepsia. O processo tem reais vantagens sobre o das injecções intermitentes, porque mantém no meio orgânico uma concentração constante, com menor dispêndio de penicilina, com menor perturbação para o enfermo, e com menos trabalho, pois apenas é necessário vigiar para que tudo se faça correctamente.

A quantidade de líquido pode reduzir-se consideravelmente, tornando a injecção mais aceitável, sem necessidade de mudar diariamente a agulha, se puder empregar-se instrumental que permita o gota-a-gota com débito muito pequeno. Foi o que propuseram Mac Adam, Duguid e Challinor, que idearam um aparelho a que chamaram «Endrip», do qual apresentaram dois modelos, que levam 100 c. c. de soro com 100.000 U. de penicilina (carga para 24 horas), um que exige manipulação cada três horas, e outro que funciona automaticamente até ao consumo da carga diária; a descrição destes aparelhos pode ler-se em «The Lancet», de 9-IX-1944. A agulha só de dias a

DISTRITO DE VIZEU

Termas do Carvalho (Mamouros, Castro Daire). — Sulfúrea sódica, muito radioactiva. Indicações: afecções dos aparelhos digestivo e respiratório, dermatoses e reumatismos. Director clínico: Dr. Constantino A. Carneiro de Freitas. Hospedagens: Pensão Astúrias, Pensão Avenida.

Cambres (Concelho de Lamego). — Hiposalina, muito radioactiva. Indicada para tratamento de dermatoses e em doenças da nutrição. Vende-se engarrafada.

Abrunhosa (Concelho de Mangualde). — Hiposalina, muito radiactiva. Não está explorada como estância termal.

Felgueira (Canas de Senhorim, Nelas). — Hiposalina, muito radioactiva. Empregada em doenças da nutrição, da pele, da circulação, e nos reumatismos. Director clínico: Dr. Aurélio Gonçalves. Hospedagens: Hotel Club, Pensão Familiar.

Urgeiriça (Canas de Senhorim, Nelas). — Hiposalina silicatada, muito radioactiva. Não está explorada.

Caldas de Aregos (Concelho de Rezende). — Sulfúrea sódica, muito radioactiva. Para afecções do aparelho respiratório, dermatoses e reumatismos. Director clínico: Dr. Vítor Macedo Pinto. Hospedagens: Hotel do Parque, Hotel Costa, Pensão Avenida, Pensão Central, Pensão Palace, Pensão Comércio.

“

Ceregumil

Fernández

Alimento vegetariano completo á base de cereais e leguminosas

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

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

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

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

S. Pedro do Sul (Várzea, S. Pedro do Sul). — Sulfúrea sódica, muito radioactiva. Indicações: reumatismos e doenças do aparelho respiratório. Director clínico: Dr. Adolfo Correia Soares. Hospedagens: Palace Hotel, Hotel Lisboa, Hotel Vouga, Pensão Avenida, Pensão Bragança.

Caramulo (Concelho de Tondela). — Híposalina ferruginosa. Não está em exploração.

Caldas de S. Gemil (Lagiosa, Tondela). — Sulfúrea sódica. Para dermatoses e reumatismos. Exploração suspensa.

DISTRITO DO FUNCHAL

Fontinha (Pôrto Santo). — Cloretada, carbonatada. Usada como água de mesa.

Lombas (Pôrto Santo). — Cloretada e carbonatada. Usada como água de mesa.

DISTRITO DE PONTA DELGADA

Serra do Trigo (Santana das Furnas, Povoação). — Carbonatada gasosa. Usada como água de mesa.

Lombadas (Ribeira Grande). — Carbonatada gasosa. Usada como água de mesa.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

Exposição de medicina moderna inglesa. — Promovida pelo serviço de Bibliografia Médica dos Hospitais Cívicos e com a colaboração do Instituto Britânico e do Instituto para a Alta Cultura, realizou-se uma exposição de livros, revistas, instrumentos cirúrgicos, filmes e fotografias, representativos da indústria médica inglesa. A abertura da exposição foi solene; nessa ocasião fez o prof. Celestino da Costa uma conferência sobre «Medicina e civilização britânica», início das sessões culturais, que consistiram na passagem de filmes instrutivos e numa série de conferências: «Cirurgia torácica» pelos Drs. Nunes de Almeida e Luís Quintela, «Readaptação» pelo dr. Augusto Lamas, «Ensino de enfermagem na Inglaterra» pelo dr. Luís Adão. No dia 7 foi encerrada a exposição, com cerimónia adequada.

Prémios valiosos. — O sr. dr. Baruch, embaixador dos Estados Unidos, ofereceu 2 prémios de 12 500\$ cada, aos alunos da Faculdade de Lisboa mais distintos em terapêutica médica e em técnica cirúrgica.

Faculdade de Medicina do Pôrto. — Foi nomeado professor agregado o sr. dr. Francisco Pereira Viana.

Faculdade de Medicina de Lisboa. — Por provas terminadas há pouco, vai ser nomeado professor agregado de Urologia o sr. dr. António Carneiro de Moura. Doutorou-se o assistente de Pediatria sr. dr. Mário Cordeiro.

Faculdade de Medicina de Coimbra. — Foi oficializado o «Curso de férias» que vem realizando-se há anos; o do corrente ano acaba de terminar.

Homenagem. — A Cruz Vermelha do Pôrto, em sessão pública, agradeceu os srs. Drs. Gil da Costa, Gonçalves Magno e Jacinto de Andrade, que dirigiram o curso de enfermeiras em 1942-43.

Necrologia. — Dr. Manuel Rodrigues Pereira, antigo médico municipal da Horta. Dr. Carlos Alberto dos Prazeres, médico dos Hospitais Cívicos de Lisboa. Dr. Francisco de Mendonça Pinto de Sousa, delegado de saúde aposentado do concelho de Penedono. Dr. Caetano António da Gama Pinto, que foi eminente oftalmologista, antigo professor da especialidade na Alemanha, e em Portugal o primeiro director do Instituto Oftalmológico que hoje tem o seu nome.

dias, uma ou duas vezes por semana, precisa de ser mudada de lugar, para evitar a irritação local e o bloqueio da injeção.

Via venosa. — Para a administração por esta via empregam-se solutos semelhantes aos usados para a via muscular. Para igual dose as injeções isoladas dão, mais rapidamente do que as intramusculares, elevada concentração no sangue; mas a eliminação é mais rápida, e, portanto, acelera-se a queda do poder bacteriostático. Por isso pode dizer-se que esta via só se emprega agora para a primeira injeção, destinada a obter rapidamente alta concentração, a manter depois utilizando-se o método intramuscular contínuo. Este vai substituindo o da via endovenosa, que não oferece nítidas vantagens de difusão em relação àquela, tendo o inconveniente de poder provocar, por irritação do endotélio, a formação de trombozes, sobretudo se o produto não é muito puro.

Para evitar este perigo propôs-se o emprêgo simultâneo da heparina, aproveitando-se assim a acção retardadora da coagulação do sangue, que esta substância exerce, o que levou a usa-la como preventivo das trombozes post-operatórias. Martin aconselha administrar 50 mg. por c. c. de soluto de penicilina, ou seja uma dose correspondente, nas 24 horas, a 100 a 200 mg. de substância pura.

Via intramedular óssea. — Bayley mostrou que a introdução do medicamento na medula do esterno ou da tíbia dá resultados comparáveis aos obtidos por via venosa. Trata-se, evidentemente, de uma via de emprêgo excepcional, e mesmo assim quasi reservada à clínica pediátrica, por na clínica dos adultos ser em regra mais fácil adoptar outra porta de entrada.

Via subcutânea. — Segundo Cooke e Goldring, empregando-se esta via, as curvas hemáticas são semelhantes às observadas com as injeções intramusculares; a injeção subcutânea pode ser dolorosa, mas geralmente não o é, mesmo injectando 100.000 U., pelo que o método em certas circunstâncias pode ter indicação, principalmente em clínica pediátrica. A preparação dos solutos faz-se como para a via muscular.

Via oral. — A penicilina é destruída pelo ácido clorídrico do suco gástrico; a neutralização do meio pelo bicarbonato de soda não impede o fenómeno. Em experiências várias, não se conseguiu obter processo seguro de administração por esta via; inclusivé, em dois doentes com anemia perniciosa e anacloridria, Rammelkamp & Helm verificaram que a concentração obtida, embora superior à observada em indivíduos são depois de neutralização do conteúdo gástrico, não fôra satisfatória. Havia certas dificuldades em obter cápsulas com as condições necessárias para o envólucro se desfazer no intestino, libertando convenientemente a penicilina.

Parece, porém, que essas dificuldades foram vencidas por Burke, Ross, Washinaton & Straus, usando cápsulas duplas de gelatina endurecida pelo alcool e pelo formol com a dose de 100.000 U. de penici-

lina sódica em pó. Dos seus ensaios conclue-se que geralmente conseguem concentrações semelhantes às obtidas com a administração por via parenteral, dentro dos mesmos prazos e com parecida duração, empregando-se doses muito mais altas: para se obter o efeito de 40.000 U. por via parenteral é preciso dar 100.000 por via oral.

Um estudo muito curioso é o de Harwood Little e Lumb, que ensaiaram o aumento de resistência da penicilina às alterações provocadas pelo calor e pela acidez, por meio da mistura com ovo cru, que se lança em leite bicarbonatado. Os resultados, muito animadores, foram recentemente confirmados por Heatley. Abriu-se assim um caminho, cheio de promessas, para a administração oral.

Se, com as actuais indicações formais do medicamento e a técnica actual, esta via não tem hoje aplicação, é muito possível que, no futuro, para doentes em tratamento ambulatorio venha a ser de uso corrente.

Via rectal. — Está assente que a inutilização da droga pela flora rectal, particularmente pelo b. coli, torna esta via imprópria para a medicação penicilínica. No entanto, recentemente, Loewe, Altire-Werber & Rosenblatt publicaram resultados animadores, com concentrações suficientes para efeito bacteriostático (superiores a 0,012), por meio da aplicação de supositórios de penicilina sódica encorporada a manteiga de cacau, sustentada durante horas; mas é preciso empregar doses altas, de 500.000 U. ou de 1:000.000 U. e que os doentes mantenham o supositório, o que os obriga a estar deitados. Não parece, pois, que venha a ser processo recomendável.

Via respiratória. — Mutch e Rewell ensaiaram a inalação de pó de penicilina cálcica (menos higroscópica que a sódica) no tratamento de afecções respiratórias, com bons resultados; verificaram concentrações no sangue semelhantes às obtidas com os métodos de injeção parenteral. Possivelmente esta via virá a ter, pela inerente comodidade, larga utilização.

Via arterial. — Se bem que leve a penicilina à circulação geral, está indicada para se obter grande concentração no território irrigado pelo vaso em que se introduz o medicamento. A literatura médica portuguesa conta já com relatos de alguns casos em que foi empregada, ao que parece com prioridade sobre a literatura estrangeira. O mais elucidativo é o que Augusto Lamas publicou há pouco na revista «Amatus Lusitanus»; refere-se a quatro casos, com injeções feitas na sub-clávia, na umeral e na femoral, respectivamente para infecção difusa do membro superior, infecção da mão, e osteomielites agudas do fémur e da tíbia.

O caso em que o tratamento se fez com doses maiores e mais aproximadas, e com maior êxito, foi o de fleimão da mão, por estafilococo dourado, em que se conseguiu a esterilização do foco com três injeções em 24 horas de 15.000 U. cada, seguidas por outra, de igual

dose, no dia seguinte. Parece que a eliminação da droga é, com esta via, mais lenta que com as vias muscular e venosa, o que permite empregar menos quantidade e por injeções mais espaçadas; além da superior concentração imediatamente conseguida no terreno infectado, em que se provoca estase. Muito natural é que esta via venha a ter larga aplicação, principalmente nos processos infecciosos dos membros.

Isto conduz a indicar outro género de aproveitamento da penicilina: como tópico — em pó, pomada ou soluto (para não falar de outras formas, de uso exclusivo em clínica de especialidades).

Aplicação local. — Em pó, não se usa tal qual, por que é irritante. Recomenda-se a associação com sulfamida. A mistura faz-se na proporção de 2.000 U. de penicilina por grama de pó; este deve ser muito fino e aplicado com pulverizador sobre a superfície da ferida a tratar, com intervalos de menos de 24 horas. O pó não deve ter-se à temperatura ambiente por mais de dois dias.

Em pomada, cada 10 gr. de esta (preparada com lanolina neutra e água, esterilizadas) deve conter 2.500 U. de penicilina. Usa-se para tratamento de feridas anfractuadas.

Em soluto (250 U. por c.c. de água ou soro) serve para injectar em cavidades infectadas, feridas profundas em que é possível fazer saco suturando os bordos; leva-se ao interior do saco o soluto, por meio de tubos de borracha, em quantidades variáveis com a extensão do foco, renovadas como fôr preciso. Porque as serosas formam barreira à difusão da penicilina, para dentro das meninges, das pleuras ou das sinoviais articulares, semelhantemente, a estas cavidades se deve levar o soluto de penicilina doseado a mais de 1.000 U. por c.c. injectando-se 10.000 a 40.000 U. conforme os casos, de cada vez, duas ou três vezes nas vinte e quatro horas, depois de retirar uns c. c. de liquor, no caso das meninges (prática preferível, segundo Waring & Smith, à do esvaziamento do canal), ou de se esvasiar o pús, nos outros casos; isto sem prejuizo da administração geral por via intramuscular.

Finalmente, como colírio, soluto com 500 a 2.000 U. por c.c., do qual se aplicam gotas, de hora a hora.

Associação com as sulfamidas. — Já citada para a aplicação em pó no tratamento das feridas superficiais, é sugerida por alguns autores, que dizem ser possível, com ela, obter benefícios superiores aos da simples administração da penicilina. Com efeito, Bigger verificou que a junção a esta do sulfatiazol (melhor para tal que a sulfanilamida e a sulfapiridina) reforça consideravelmente a actividade bacteriostática, em face do estafilococo.

Associação com a clorofila. — Entre várias outras associações

propostas para o mesmo fim, a mais interessante parece ser a relativa a clorofila, sugerida por Smith & Livingstone.

Duração do tratamento. — É muito variável, como é natural, dada a diversidade dos estados mórbidos em que está indicado, e, para a mesma situação patológica, as diferenças de intensidade do mal. Pode ir desde um ou dois dias (como em casos de supurações localizadas) até uma e duas semanas (septicemias). Seja, porém, qual fôr o caso a tratar, desde que a indicação foi bem posta, o insucesso depende de não se observarem aquelas condições que atrás ficaram registadas, e que é inútil repetir aqui. Apenas convém reforçar a consideração relativa as doses e à continuidade da sua aplicação, porque se vê, pela leitura de alguns casos relatados na imprensa médica, que êsse ponto, essencial, não foi devidamente atendido. Mais vale dar dose um pouco superior à necessária, do que pecar por defeito, porque os accidentes observados, aliás raros, não são graves: arrepios e febre, e passageiros incómodos (urticária, calor na face, dor de cabeça, sensação de constricção torácica). Há contudo, excepcionalmente, indivíduos hipersensíveis à penicilina. Tal como sucede com as sulfamidas, doses pequenas e espaçadas podem produzir estados de resistência à acção da droga. Nos velhos, as doses devem ser mais altas do que nos jôvens.

E, para fechar, algumas palavras sôbre as tentativas de obtenção de um processo que mantenha no organismo uma concentração suficiente de penicilina sem necessidade de injeção contínua, ou de injeções dadas com pequenos intervalos. Para tal, os investigadores procuram meios de tornar mais lenta quer a absorção quer a eliminação pelo rim.

Tremper & Hutter dizem que, arrefecendo a região deltoide antes e depois da injeção intramuscular, se produz uma vaso-constricção que retarda a absorção do medicamento.

Romansky alvitrou o emprêgo de uma protamina inerte (como a protamina-zinco), de óleo ou de cera, em conjunção com a penicilina. Depois de várias experiências, fixou-se na mistura de cera virgem (0,75 a 6 %) com óleo de amendoim, da qual injecta 2-2,5 c. c. para 50.000 U. de penicilina. Verificou que a concentração útil se mantém durante 6-7 horas, prolongando-se a eliminação durante 20-24 horas.

Baseando-se na competição entre as substâncias que o rim tem de eliminar, tem-se ensaiado várias drogas. Ramelkamp & Bradley empregam o diodrast, e com êle obtem diferenças notáveis nos tempos da concentração e de eliminação: ao fim de 40 minutos, só com penicilina (5.000 U.) já esta não existe no sangue, mas injectando o diodrast, ao cabo dêsse tempo aquêle ainda contém o medicamento em quantidade apreciável (0,039 U.); passadas 4 horas, a excreção redu-

ziu-se, de 57% para 32%. Beyer e seus colaboradores propõem o ácido para-amino-hipúrico, que experimentalmente lhes deu resultados satisfatórios, parecidos com os acima mencionados.

Em face destes interessantes factos, é lícito supor que, no caminho assim aberto, o futuro possa contar com grandes facilidades na conveniente administração da penicilina.

NOTAS CIENTÍFICAS E PRÁTICAS

O eritema nodoso nas crianças

O eritema nodoso tem diverso significado, observado nas crianças ou nos adultos. Nêstes, a etiologia tuberculosa tem pequena importância. Na infância sucede o contrário, sendo aquela etiologia tanto mais provável quanto a criança é mais nova. E. M. LINCOLN, em larga série de casos em crianças de várias idades, verificou que apresentavam cuti-reacções positivas à tuberculina numa proporção de 74 por cento, que é 3 a 4 vezes maior do que a percentagem observada noutras crianças que vivem no mesmo meio. No entanto, só em 39 por cento havia outros sinais de tuberculose. Em conclusão: toda a criança com eritema nodoso deve considerar-se afectada de tuberculose latente, devendo o diagnóstico de evolução fazer-se pelo exame cuidadoso da criança. (*The J. of Pediatrics*, Jun. de 1944).

As injeções de bismuto para a febre tifóide

Em *Revista Clínica Española* (15-IV-45), relata FUENTES GOMEZ onze casos de febre tifóide, em que empregou compostos de bismuto (iodobismutado de quinina, quasi sempre) em injeções intramusculares, em dias alternados. Os resultados foram favoráveis em dez, considerando-se assim por a temperatura começar a descer, e melhorar o estado geral, encurtando-se a duração da doença; num dos casos, excepcionalmente grave, o resultado foi nulo. Estas conclusões coincidem com as de outros autores que têm usado este tratamento. Quanto ao modo de actuar do bismuto, é de supor que estimule o tecido linfóide na luta contra o bacilo, à semelhança do que sucede com as faringites agudas em que a medicação mostrou ter real valor.

Lesões hepáticas por queimaduras nas crianças

S. L. RAE & A. W. WILKINSON, estudaram as alterações da função hepática, por meio da prova da levulose, em crianças com extensas queimaduras, tratadas com aplicação de: violeta de genciana a 2 por cento, seguido por nitrato de prata a 10 por cento; geleia contendo 5 por cento de ácido tânico e 0,02 de mertiolato; pasta de sulfacetamida. Dos três processos o menos lesivo do fígado foi o primeiro, pelo que se lhe deve dar preferência, usando sobretudo, como coagulante, o nitrato de prata. (*The Lancet*, 11-III-1944).

Profilaxia dos acessos tuberculosos da primavera e do outono

Como é sabido, os começos destas duas estações são propícios ao aparecimento de acessos evolutivos nos tuberculosos pulmonares, dando lugar a hemoptises, sinais de infiltração, pleurisias, e exsudatos nos sujeitos a pneumotórax. A. HERNANDEZ estuda o fenómeno, e encontra a sua explicação nos seguintes factos: maior frequência de afecções intercorrentes, variações meteorológicas, alimentação hipovitaminada. Para evitar tais acessos preconiza: injecções, em dias alternados, de preparação dessensibilizante artialérgica (de cálcio principalmente), administração de medicamentos sedativos do sistema nervoso vegetativo; idem de ácido ascórbico. Evita fazer o pneumotórax nessas mudanças de estação, e vigia cuidadosamente os que a êle estão submetidos (*Revista Española de Tuberculosis*, Fev. de 1944).

Sôbre a sulfamidoterapia nas doenças do fígado

Efeitos favoráveis têm sido obtidos por diversos autores em casos de hepatite epidémica, de colecistite e colangite. Não devem atribuir-se, ao que parece, ao aumento da glicogenopoiese, verificado com o sulfatiazol sódico, porque o sulfometiltiazol sódico provoca glicogenolise. Mais provável é que se trate, como alvitra EPPINGER, de acção indirecta, pelo combate que as sulfamidas fazem às intoxicações de origem intestinal. H. SAPINSKY sustenta esta opinião. (*Z. für Klin. Medi.*, 1943, n.º 3).

Objecções à sulfamidoterapia nas pneumonias

Sem dúvida, a sulfamidoterapia conta incontestáveis sucessos nas infecções pulmonares; mas a indicação na pneumonia típica, lobar, está submetida a reservas, por várias razões. ABELLAN AYALA passa-as em revista e, apoiando-se também na sua própria experiência, chega a conclusões (*Rev. Clínica Española*, 15-IV-1945) pouco optimistas quanto às vantagens de tal terapêutica.

A administração das sulfamidas nos casos de pneumonia provoca a descida da temperatura, mas a crise dos cloretos não se adianta, e a lesão anatómica segue o seu curso tal como se a sulfamidoterapia tivesse apenas uma acção antipirética. O poder bacteriostático das sulfamidas em relação ao pneumococo é menor do que o exercido sôbre outros cocos patogêneos e especialmente sôbre o estreptococo, e não está provado que tenha acção antitóxica nas pneumococcias; isto corresponde à citada falta de influência sôbre a evolução do foco pneumónico. O argumento de que a mortalidade pela doença baixou depois da introdução das sulfamidas na terapêutica é mais fictício do que real, pois tal não provam as estatísticas de muitos autores, e é muito difícil comparar cifras de diversas origens; acresce ainda que a pneumonia típica, salvo casos em que o indivíduo apresentava já circunstâncias especiais desfavoráveis, foi sempre uma doença de relativa benignidade, de um ciclismo notável, terminado em regra pela cura, desde que o coração seja amparado.



SULFARSENOL

SAL DE SÓDIO DO ÉTER SULFUROSO ÁCIDO METILOLAMINOARSENOFENOL

ANTISIFILITICO — TREPONOCIDA

EXTRAORDINARIAMENTE PODEROSO

VANTAGENS: INJEÇÃO SUBCUTÂNEA SEM DÔR.
INJEÇÃO INTRAMUSCULAR SEM DÔR.

ADAPTANDO-SE, POR CONSEQUÊNCIA, A TODOS OS CASOS

TOXICIDADE consideravelmente inferior à dos seus similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar. (Injecções em série).

MUITO EFÍCAZ na orquite, artrite e mais complicações locais de blenorragia, metrite, salpingite, etc.

Preparado pelo laboratório de

BIOQUÍMICA MÉDICA

19-21, RUE VAN-LOO

PARIS

Representantes e Depositários exclusivos para Portugal e suas Colónias:

TEIXEIRA LOPES & C.^ª, L.^{DA}

RUA AUREA, 154-156

TELEF. 24816 — LISBOA

PENICILINA

«LILLY»

O Instituto Pasteur de Lisboa tem a honra de comunicar à Ex.^{ma} Classe Médica do país que se encontra à venda nas suas farmácias a

PENICILINA,

«LILLY»

Por determinação superior, a Penicilina «Lilly» só poderá ser vendida mediante prescrição e responsabilidade médicas.

PENICILINA «LILLY»

Laboratórios de Eli Lilly and Company, USA

Representante exclusivo para Portugal

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

