

Ano XI

N.º 4

Abril 1934



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

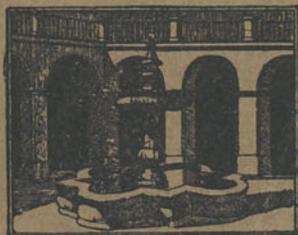
A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

*A. Almeida Dias, Moraes David, Fernando Fonseca, António de Meneses
Eduardo Coelho, José Rocheta e Almeida Lima*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

Granulos de Catillon a 0,0001 **STROPHANTINE** CHRYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St-Martin Paris — * PHARMACIAS

DOCTOR:

NO CASO EM
QUE PRECISE TONI-
FICAR UM ORGA-
NISMO DEBILITADO
RECORDE O



Phosphorrenal

ROBERT
NAS SUAS TRES FORMAS:
GRANULADO - ELIXIR
INJECTAVEL
LABORATORIO
ROBERT

Sala 3

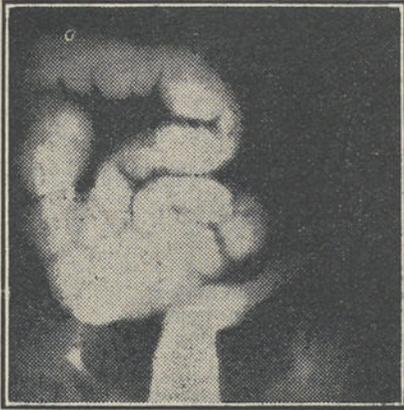
Est. 9

Tab. 2

N.º 16

Deposítários para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a

240, Rua da Palma,



Fistula recto-cólica devida a uma
ulceração do recto

Prisão de ventre por obstrução

OS carcinomas do intestino, estenoses, aderências, hemorróidas e fístulas, necessitam naturalmente um tratamento especial

MAS

em tais casos o 'Petrolagar' é extremamente útil, porque, amolece as fezes e desperta com suavidade uma peristalsis deficiente.

O 'Petrolagar' é uma emulsão de 65% de óleo de parafina medicinal com agar-agar. De acção inofensiva e emoliente para o intestino, é um adjuvante precioso no tratamento da prisão de ventre por obstrução.

'Petrolagar'

(Marca Registada)

PETROLAGAR LABORATORIES LIMITED, BRAYDON ROAD,
LONDRES N. 16

Representante em Portugal:

RAUL GAMA, Rua dos Douradores, 31, LISBOA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos preparados seus congêneres

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^e)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA



deve tomar-se sempre!

- afirmam-no as primeiras Sumidades Medicas.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA
PORTUGAL E COLÓNIAS
80, CALÇADA DE S. FRANCISCO, 37 - LISBOA

Mantua, L^{da}

TELEF. C. 3167

acção
pureza
inalterabilidade absolutas



eis as características
 e os fundamentos

do renome mundial da

marca

INSULINA



para a **DIABETES**

registada

(De ALLEN & HANBURY, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.)

FOLHETO DE 40 PÁGINAS
 GRATIS A MÉDICOS

FRASQUINHOS
 de 100, 200, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos deste produto:

COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — TELEF. 21476
 G. DELTA

Agente no PORTO

M. PEREIRA DA SILVA, L. LOIOS, 36. Telefone 701



HICKS O TERMÓMETRO
 DE CONFIANÇA

DOS MÉDICOS
DA ÉLITE
DOS HOSPITAIS

GENUINO

MARCA  REGISTRADA

AFERIDO

NAS BOAS FARMÁCIAS

Representantes: **COLL TAYLOR, LDA.** — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA

Agente no PORTO — Farmácia Sarabando — Largo dos Leios, 35 - 37

O tratamento local

é uma arte de aplicar cuidadosamente um grau apropriado de calor, porém, de intensidade suficiente para que o tratamento se concentre sobre a área enfêrma, evitando que o calor se estenda ao longo do corpo.

A *Antiphlogistine*, ao efeito do calor produzido por água quente ou banhos turcos, tem a dupla vantagem da sua capacidade muito baixa para o calor, além de não ser um bom condutor.

Como consequência, o corpo

pode suportar temperaturas consideravelmente mais elevadas que em banhos quentes de lama, e outras matérias orgânicas. A *Antiphlogistine*, mantém assim o maior grau possível de calor por período prolongado, produzindo a chamada **febre do banho**, e concentra também em qualquer lugar determinado uma intensa hiperemia com todos os seus benéficos efeitos. A área sob tratamento é assim regorgitada de sôro e células sanguíneas, com os seus efeitos citólico e bactericida.

Descongestiva

Calmante

Analgesica



PARA AMOSTRAS E LITERATURA ESCREVA A'

The Denver Chemical Mfg. Co.,

Nova York

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Caes do Sodré, 8, 1.º

LISBOA

ANTIPHLOGISTINE

O leite materno é o alimento ideal para as crianças
quando no período de aleitamento

Quando a mãe, porém, não tem leite deve substi-
tuir-lho pelo

MODILLAC

que dá ao leite de vaca as propriedades do leite
materno

Consultai o seu médico sobre o valor científico do

MODILLAC

A' VENDA NAS BOAS FARMACIAS

O DE MAIOR INOCUIDADE E ALTA EFICACIA

Syphilis:

Bismogenol

*Laboratorios
E. Tosse. Hamburgo*

FAMA MUNDIAL

AMOSTRAS E LITERATURA AOS MÉDICOS

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL: **SALGADO LENCART**
PORTO — Rua 31 de Janeiro, 203

SUB-AGENTE: **A. G. ALVAN** - R. da Madalena, 66, 2.º - LISBOA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios.
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 4748
3 Julho 1932

Depositários para Portugal e Colónias :

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

Mellin Food



Alimentos MELLIN os melhores para
crianças de peito.

A' VENDA EM TODAS AS BOAS FARMACIAS

BANANINA

O ALIMENTO IDEAL
PARA OS
LACTANTES E DISPECTICOS



AQUELE QUE OS
MÉDICOS RECOMENDAM

SENHOR DOUTOR!

Sirva-se receitar em fumigação

o PÕ EXIBARD

Sem Opio nem Morphina

o qual allivia sem demora

a **ASTHMA.**

Para evitar as contrafacções
exija-se a assignatura

Exibard

A. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o, 6, Rue Dombasle, Paris, e boas Pharmacias.

Duas vacinas

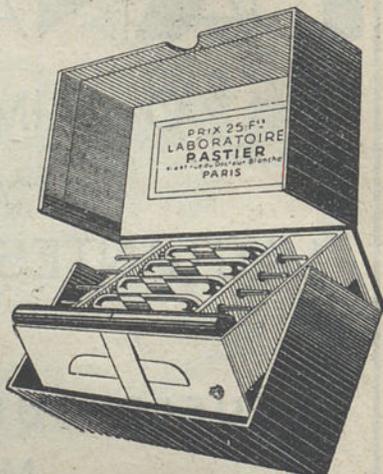
cujo sucesso se acentua dia a dia

Dupla superioridade { Acção directa sobre o micróbio
Ausência de reacção febril . . .

colitique

vacina curativa anti-colibacilar
(segundo a técnica do Doutor FISCH)

a que melhor realiza
sob a forma bucal,
a vacinação
anti-colibacilar (1)



1) Outras formas: injectavel e filtrado para applicações locais

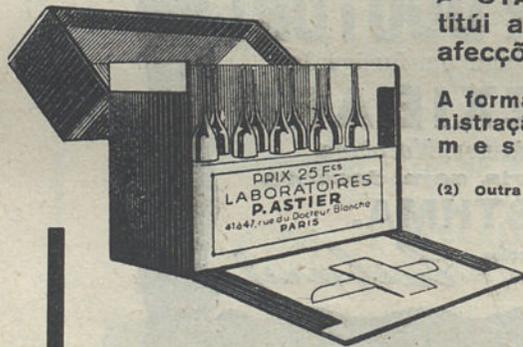
stalysine

vacina curativa anti-estafilococica
(segundo a técnica do Doutor FISCH)

A STALYSINE injectavel constitúi a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

A forma bucal (de mais fácil administração) pode usar-se com o mesmo successo: (2)

(2) Outra forma: filtrado, para pensos sobre focos abertos.



Colitique e Stalysine

há mais de dez anos que são ensaiadas com successo em muitos serviços dos Hospitais de Paris.

Literatura e Amostras:
LABORATOIRES P. ASTIER - 45, Rue du Docteur Blanche - PARIS
ou nos representantes para Portugal e Colónias
GIMENEZ-SALINAS & C. - R. da Palma, 240-246 - Lisboa



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Kala-azar e malária</i> , por Cordeiro Ferreira.....	Pág. 257
<i>A reserva alcalina dos lactantes distróficos</i> , por Carlos Salazar de Sousa	» 267
<i>Um ensaio de profilaxia das doenças venéreas</i> , por Emilio Faro.....	» 276
<i>Anomalia ureteral esquerda. Incontinência de urinas</i> , por Mário Conde.....	» 303
<hr/>	
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 308
<i>Noticias & Informações</i>	» XV

Hospital Estefânia — Serviço de Medicina Infantil
(Director: Dr. Leite Lage)

KALA-AZAR E MALÁRIA

POR

CORDEIRO FERREIRA

Médico Pediatra dos Hospitais

O kala-azar mediterrâneo, ou seja o chamado kala-azar infantil, é uma doença de localização visceral, que atinge mais freqüentemente as crianças de pouca idade, e é devido a um parasita que foi identificado a primeira vez por Leishman, em Dundum, perto de Calcutá, e por Donovan, em Madrás, no ano de 1903. De há muito espalhado na Índia, onde atinge especialmente os adultos e os adolescentes, o primeiro caso mediterrâneo foi isolado, em 1904, numa criança tunisiana, por Laveran e Cathoire.

Laveran, tendo tido ocasião de observar o parasita em lâminas, que Donovan expressamente lhe enviara, reconheceu, no exame do esfregaço do baço da dita criança, o mesmo germen das lâminas em estudo.

Simultaneamente com Leishman e Donovan, Wright descobriu o parasita do botão do Oriente, e Ross, confirmando estes estudos, incluiu estes dois germens no género leishmania, como homenagem a Leishman; daí, o parasita do kala-azar ser conhecido sob o nome de Leishmania Donovan.

Mais tarde, em 1905, Pianese encontrou, em Nápoles, doentes



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

etiquetados de anemia esplênica infantil, em que conseguiu isolar a leishmania nos esfregaços do baço.

Dois anos depois, em 1907, Nicolle descrevia um novo caso em Tunes e começa os seus trabalhos sôbre o kala-azar infantil, trabalhos valiosos que trouxeram, para o seu estudo, factos importantíssimos, como a infecção experimental no cão e outros animais, como o macaco e o coelho, o aperfeiçoamento dos meios de cultura da leishmania, primitivamente cultivada por Rogers, de Calcutá, e agora no meio de Novy e Mac-Neal, após a modificação introduzida por Nicolle (N. N. N.) e ainda a demonstração da leishmaniose espontânea do cão.

Dúvidas se levantaram então sôbre a identidade etiológica das duas formas, a indiana e a mediterrânea; argumentos de ordem clínica e biológica foram apresentados a favor da dualidade do vírus, mas os trabalhos da Escola Italiana, com Cristina e mais tarde com Jemma, têm conduzido à aceitação quási geral da unidade etiológica do kala-azar mediterrâneo e indiano. O próprio Nicolle, que inicialmente sustentara a dualidade, aceita hoje que não há uma diferença absoluta entre as duas formas. Trabalhos documentados sôbre o assunto têm sido publicados por Gabbi, que se mostra firme unicista.

Posta assim a unicidade do vírus, vejamos como se estendeu a Portugal o kala-azar, tendo sido no nosso país publicado o primeiro caso da Península Ibérica.

Foi em 1910 que Dionísio Álvares demonstrou a existência do kala-azar em Portugal, isolando do baço duma criança operada de esplenectomia pelo Prof. Salazar de Sousa, a Leishmania Donovaní. O diagnóstico clínico fôra de tuberculose primitiva do baço, o que, aliás, foi confirmado pelo exame histológico; tratava-se assim duma infecção mixta.

Só dois anos depois foi encontrado em Espanha o primeiro caso de kala-azar, isolado por Vilá de Tortosa, ulteriormente confirmado por Pittaluga.

Em Itália, o kala-azar estende-se duma forma notável; multiplicam-se, aí, os trabalhos, estudando-se a doença sob todos os seus aspectos, e é à Escola Italiana, brilhantemente dirigida por Jemma, Cristina e Caronia, que cabe a glória de ter introduzido, na terapêutica do kala-azar, o emprêgo dos sais de antimônio, de que resultou a mudança radical no prognóstico temível duma

doença, até aí considerada de cura excepcional. É justo mencionar que já no Brasil, Gaspar Viana empregava tártaro emético no tratamento da Leishmaniose externa ou cutânea.

Em França, só em 1918 são descritos os primeiros casos de duas crianças sérvias, vivendo em Nice, por M. Labbé, Turghetta e Ameuille; a segunda publicação refere-se a um caso em Mônaco, descrito por Oelsnitz, Balestre e Daumas, em 1922; após estes, são descritos outros, especialmente na região de Nice e Marselha, e numerosos trabalhos de ordem clínica são publicados por Giraud, Oelsnitz e outros autores.

Nos Estados-Unidos também foram apresentados três casos, sendo um descrito por Talbot e Lyon e dois por Faber e Schensler.

Tornou-se assim corrente o kala-azar infantil, nos países mediterrâneos em especial; a sua relativa freqüência deve levar sempre o clínico a tê-lo presente, quando observa uma criança anêmica com esplenomegália.

Desde que foi observado e publicado o primeiro caso de kala-azar em Portugal, dois autores portugueses, principalmente, dedicaram a sua atenção ao assunto: o Prof. Salazar de Sousa e o Dr. Pereira e Silva, o primeiro sob o ponto de vista clínico e hematológico e o segundo sob o ponto de vista experimental e epidemiológico.

O Prof. Salazar, em trabalhos publicados quer no estrangeiro, quer em Portugal, tem divulgado largamente o conhecimento desta doença, apresentando sôbre ela os seus pontos de vista, que últimamente reuniu num estudo de conjunto (*Lisboa Médica*, n.º 5, 1931, págs. 249 a 291) baseando as suas considerações em duzentos e seis casos, dos quais duzentos e quatro verificados no laboratório do seu Serviço Clínico.

Também ao 4.º Congresso dos Pediatras da Língua Francesa, realizado em Paris no ano de 1924, o Dr. Leite Lage, meu Mestre, apresentou uma comunicação sôbre o kala-azar infantil, expondo num breve resumo os nossos conhecimentos sôbre essa doença, que havia poucos anos apenas tinha sido, como vimos, apresentada em França.

Os trabalhos e o ensino clínico do Prof. Salazar, bem como os numerosos casos observados no nosso Serviço Hospitalar, e

mostrados aos vários Internos e Voluntários que por aqui têm passado, devem ter tornado suficientemente conhecido em Portugal o kala-azar, de forma a destituir de interêsse e de valor qualquer publicação do mesmo género sem novas aquisições, e, assim, eu não teria trazido a público êste artigo referente a um caso de kala-azar infantil, se não se tivesse dado aqui um facto que julgo de interêsse clínico, ou seja a sua associação com a malária.

No IX Congresso Italiano de Pediatria, realizado em Trieste, Rutelli comunicava algumas experiências em que procurava mostrar que crianças atacadas de kala-azar não contraíam experimentalmente a malária, emquanto que, por outro lado, crianças afectadas de malária, e às quais eram injectadas por via endovenosa ou subcutânea culturas de parasitas de Leishman, em vez de contraírem o kala-azar, via-se até desaparecerem as formas amibóides, substituídas por gametas na circulação, os quais ulteriormente também desapareciam. Assim, para Rutelli existia um verdadeiro antagonismo entre estas duas infecções, visto que da sua junção artificial no mesmo individuo resultava ou a destruição de um pelo outro, ou o já existente inibia o desenvolvimento do novo hóspede.

Yakimoff, director do Instituto de Ciências Médicas de Lenigrado, contesta os trabalhos de Rutelli, mostrando que, no Turquestão, a que chama o país clássico da malária, pois populações inteiras têm sido dizimadas por ela, pôde identificar em trinta e uma crianças dessa região a leishmania, e em duas delas, mesmo, encontrou associados os parasitas da malária e do kala-azar; o autor publica um resumo destas duas observações, em que se vê ter morrido a primeira, ignorando-se o destino da outra.

Fonzo, na Clínica Pediátrica de Cristina, tendo retomado o assunto, estuda as relações destas duas doenças em crianças vindas de regiões infectadas. Baseia o seu trabalho em trezentos e cinquenta e seis casos, dos quais duzentos e setenta e um de malária e oitenta e cinco de kala-azar, a maioria dos quais pertencendo à província de Palermo.

Do seu estudo tira as seguintes conclusões:

1.^a — Malária e kala-azar, podendo encontrar-se na mesma

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240 - 246

l i s b o a



LISBOA MÉDICA

BISMUTOTERAPIA
DA
SIFILIS
por
via intramuscular

**NEO-
GARDYL**

SOLUÇÃO OLEOSA
de butiltiôaurate de bismuto

INJEÇÕES INDOLORES
ELIMINAÇÃO LENTA E CONTINUA

*A presença do enxofre na molécula
pelas suas propriedades anti-toxicas,
favorece a acção terapeutica.*

Empolas de 1 cc. $\frac{1}{2}$
contendo 0^{gr} 075 de
Bismuto metal
Caixas de 12 empolas

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA

Marques POULENC Frères et USINES DU RHONE
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8^e)

província, não apresentam entre si paralelismo algum, infestando o kala-azar os pontos menos atingidos pela malária.

2.^a — Nunca encontrou no mesmo individuo as duas infecções.

3.^a — A malária coincide com o aparecimento do anofeles; o kala-azar não está em relação com a actividade da pulga serraticeps.

4.^a — A malária predomina no verão; o kala-azar na primavera e no inverno.

Quanto às duas observações apresentadas por Yakimoff, Fonzo afirma que são únicas, pois que nenhum dos investigadores de kala-azar referiu a associação das duas infecções, e que, sendo assim excepcional, não rejeita a regra geral.

Na sua notável memória dedicada ao estudo do kala-azar infantil e fundada em sessenta casos, Mariano Benavente Garcia aprecia as relações do kala-azar com várias outras infecções, entre elas a malária, tendo visto a sua associação em quatro casos, mas sem os ter podido seguir na sua evolução. Desta forma rejeita as ideas de Rutelli e Fonzo sôbre o antagonismo parasitário; os sintomas diferem, contudo, estando condicionados ao predomínio de um dos dois agentes infecciosos.

Paul Giraud, num detalhado artigo sôbre o kala-azar, fundado em oitenta e dois casos, aceita a raridade das associações mórbidas do kala-azar, afirmando que «a associação com o paludismo é considerada como excepcional, se bem que as duas doenças sejam a maior parte das vezes endémicas nas mesmas regiões. Certos autores têm mesmo pensado que existe um antagonismo, uma espécie de concorrência vital, entre os dois parasitas».

O Tratado de Pediatria Francês em publicação, no seu artigo sôbre o kala-azar, escrito por Darré e Martin, considera excepcional a associação mórbida do kala-azar e malária, admitindo mesmo um verdadeiro antagonismo entre as duas afecções.

Na literatura portuguesa (1) não vimos qualquer referência às relações entre as duas espécies mórbidas em questão, donde se

(1) Já depois de entregue êste artigo, tivemos conhecimento de um trabalho dos Drs. Correia Mendes e Chaves Ferreira, publicado nos *Arquivos do Instituto Câmara Pestana*, tómo VII, fasc. I, em que são apresentados alguns casos de malária e kala-azar associados, observados na Estação antisezonática de Alcácer do Sal.

pode deduzir que, a-pesar do número relativamente elevado de casos descritos ou criticados, nunca se encontrou no mesmo doente a associação kala-azar-malária.

Pôsto isto, temos de admitir, segundo a rápida revista que passámos na literatura do assunto, a extrema raridade de uma associação no mesmo indivíduo de kala-azar e malária, embora não se possa afirmar a existência de um antagonismo verdadeiro entre as duas afecções.

Quis o acaso que, em uma criança admitida no Serviço do Dr. Leite Lage, eu tivesse podido verificar a existência simultânea de malária e kala-azar, e tendo êsse doente sido convenientemente seguido pudesse também estudar a marcha das duas entidades infecciosas e os resultados obtidos pela terapêutica.

A. M., n.º 5.309 da Clínica Médica Pediátrica do Hospital Estefânia, criança nascida de têrmo, de 4 anos de idade, do sexo masculino, natural de Vale do Guizo. Pêso, à entrada, 12,300 quilogrs.

Pai e mãe impaludados, dois irmãos fracos. Esta criança foi criada ao peito até aos sete meses, mas desde os três meses que se lhe juntava leite, farinha e açorda. Sofreu de sarampo, tosse convulsa, e diarreias.

Há cêrca de um ano a criança começou a ter arrepios de frio e febre muito irregular, mas diária; o ventre aumenta-lhe progressiva mas rapidamente de volume, de forma a tornar-se notável ao fim de pouco tempo.

Criança emmagrecida, aparentando a idade que tem; extremamente pálida, côr de terra; mucosas descoradas, compridas pestanas, micropoliadenopatia; língua saburrosa, dentição irregular, alguns dentes mal implantados, outros cariados; olhos amortecidos, dando à criança um aspecto triste e quasi indiferente ao que se passa em redor. Garganta com amígdalas hipertrofiadas, sem alteração; um pouco de catarro rino-faríngeo.

O exame do tórax mostra-o emmagrecido, saliências ósseas acentuadas; equimóvel, vibrações normais, percussão normal, e, à auscultação, bronquite discreta.

No exame do ventre, nota-se o grande volume dêste e uma rêde venosa muito acentuada, principalmente nos quadrantes superiores; à palpação, encontra-se, do lado esquerdo, uma tumefacção dura, regular, de superfície lisa, descendo do hipocôndrio até à fossa ilíaca; no bordo anterior, distinguem-se as chanfraduras próprias do baço; todo êste aumento de volume é feito no sentido do comprimento e da largura, sendo fraca a sua espessura. Êste enorme baço, dos maiores que temos encontrado, passa a linha média, estendendo-se para lá do umbigo e descendo até ao púbis. A mobilidade está reduzida e é indolor. As dimensões obtidas pela percussão e pela palpação são: eixo maior, 0^m,27 e o menor, 0^m,16.

O fígado, aumentado de volume, desce quatro dedos abaixo do rebordo costal. Existe uma ligeira onda ascítica.

O exame do aparelho circulatório mostra a ponta do coração bătendo um pouco para fora da linha mamilar; a percussão da área cardíaca apresenta-a aumentada; à auscultação, tons cardíacos frequentes, mas sem alteração; pulso regular, igual, freqüente.

A curva da temperatura mostra-se subfebril e irregular, atingindo 38°, mas, de dois em dois dias, a temperatura sobe, por algumas horas, atingindo 39°. Vestígios ligeiros de albumina nas urinas. Reacção à tuberculina (Pirquet), repetida a oito dias de intervalo, deu resultado negativo.

Primeira análise de sangue feita no dia da entrada (12 de Outubro de 1932) :

Hemoglobina, 40; glóbulos vermelhos, 2.300.000; valor globular, 0,87; glóbulos brancos, 1.900; neutrófilos: seg., 15; bast., 5,5; jovens, 5,5; mielócitos, 1; basófilos, 0,5; eosinófilos, 0; linfócitos, 50,5; monócitos, 18; normoblastos, 2; células de Turck, 2; anisocitose, poikilocitose, policromasia, ponteados basófilos; escassos esquizontes (em anel grande, a menos de média evolução, média evolução e em pré-rosacia do *Plasmodium Vivax*) terçã benigna.

Em face do resultado da análise de sangue e do encontro do parasita da terçã, faz-se tratamento com quinino e arsénio.

No dia 19 de Novembro o estado geral é melhor; a temperatura desceu, e os acessos desapareceram.

Segunda análise de sangue :

Glóbulos brancos, 2.300; neutrófilos: seg., 26; bast., 9; jovens, 4; mielócitos, 0,5; basófilos, 1; eosinófilos, 0,5; linfócitos, 34; monócitos, 20; normoblastos, 2; células de Turck, 3; anisocitose, poikilocitose, policromasia, ponteados basófilos; raros parasitas.

Vê-se pois uma ligeira melhoria, com subida dos glóbulos brancos e os parasitas a rarearem. Insiste-se no tratamento, a temperatura baixa ainda, fazendo pequenas oscilações acima de 37°, mas a anemia continua acentuada, o baço sempre do mesmo volume e o estado geral volta a decair; tratamento com ferro e raios ultra-violetas.

No dia 27 de Fevereiro de 1933 faz-se uma terceira análise de sangue :

Hemoglobina, 50; glóbulos vermelhos, 2.980.000; valor globular, 0,8; glóbulos brancos, 2.000; neutrófilos: seg., 18; bast., 18; jovens, 0; mielócitos, 0; basófilos, 0; eosinófilos, 2; linfócitos, 46; monócitos, 11; normoblastos, 1; células de Turck, 2; plasmazellen, 2; não se encontram parasitas da malária.

Esta terceira análise mostra a mesma anemia; uma leucopénia mais acentuada, uma descida do elevadíssimo número dos monócitos obtido nas duas análises anteriores e o desaparecimento completo do parasita de Laveran. Em face disto, resolveu-se fazer uma punção do baço, e, nos esfregaços, isola-se a *Leishmania Donovan*.

Inicia-se em Março o tratamento com estibenyl em solução extensa, fazendo-se vinte e duas injeções intra-musculares, tendo-se começado na dose de 4 centigrs., atingindo-se por injeção 15 centigrs. numa dose total

de 2,5 grs.; fez-se uma série única, com o espaço de quatro dias entre cada injeção; não houve qualquer incidente e ao fim de três meses o estado da criança melhorava consideravelmente.

Feita uma quarta análise de sangue, confirma-se o óptimo resultado do tratamento.

9 de Junho de 1933 :

Hemoglobina, 75; glóbulos vermelhos, 4.680.000; glóbulos brancos, 9.650; neutrófilos: seg., 29; bast., 4,5; jovens, 0,75; mielócitos, 0; basófilos, 0,75; eosinófilos, 2; linfócitos, 59,75; monócitos, 3,25; plaquetas, 262.000; tempo de hemorragia, dois minutos; tempo de coagulação, três minutos e meio; a punção do baço não revela parasitas.

E assim temos a anemia desaparecida, os glóbulos brancos atingindo um número normal; plaquetas, tempo de hemorragia e coagulação normais e, finalmente, um resultado negativo do exame parasitológico.

A 2 de Julho o estado desta criança, que tem agora 5 anos de idade, é excelente; o seu pêso é de 17,5 quilogrs.; as mucosas estão coradas e a língua vermelha e húmida; perdeu o ar triste; nada revela ao exame cárdio-pulmonar.

O ventre volumoso trilobado com diástase dos rectos; a rêde venosa ainda acentuada na sua parte superior; o fígado palpa-se dois dedos abaixo do rebordo costal; o baço, consideravelmente reduzido, passa ao nível da linha umbilical. Está completamente apirética. Finalmente, neste bom estado geral e curada das suas duas infecções — paludismo e kala-azar — tem alta.

Temos pois assim um doente de início suspeito de kala-azar, e em que o exame do sangue periférico nos mostrou a existência do parasita da malária, o que nos levou a orientar a terapêutica nesse sentido.

Todos os sinais clínicos do kala-azar os podemos nós, aliás, encontrar no paludismo, ou seja: a anemia intensa, a febre, que no nosso doente era irregular, mas que fazia, de dois em dois dias, as suas subidas típicas, a hepato e a esplenomegalia, o emmagrecimento; no exame do sangue, a leucopénia, a linfocitose e sobretudo a intensa monocitose, tão própria da malária.

Os resultados terapêuticos com o quinino foram na verdade bons, no que diz respeito à malária, mas ficamos em frente dum estado clínico que não obteve modificação senão na curva de temperatura, que passou ao nível mais baixo, tendo desaparecido os acessos; o quadro hematológico melhorou ligeiramente, para voltar a piorar umas semanas depois; foi êste estado que nos fez voltar à nossa primeira suspeita de kala-azar, a qual vimos confirmada pela punção do baço. O tratamento empreendido nessa altura trouxe a cura clínica e hematológica do doente.

Este caso, único que vimos até agora de kala-azar e malária associados, prova bem que não têm consistência as ideias de Rutelli e Fonzo sobre o antagonismo das duas infecções, pois que, como já Yakimoff mostrou em dois casos e Benavente Garcia em quatro, as duas podem coexistir.

O particular interesse que o meu doente pode merecer reside não só na associação, indiscutivelmente rara, das duas afecções, mas também na possibilidade que tive de poder seguir, no Serviço Hospitalar, a sua evolução até à cura. Não conheço na literatura médica do assunto observação idêntica, pois dos seis casos referidos um morreu pouco tempo depois de ser visto, e os outros cinco desapareceram.

Benavente Garcia, no seu estudo sobre o kala-azar, afirma que as diferentes *nuances* das associações mórbidas são dadas pelo predomínio de uma destas afecções, mas não pôde referir a sua impressão sobre a influência que uma pode ter sobre a outra.

No nosso doente quis-nos parecer que os factores mórbidos dominantes pertenciam ao kala-azar, pois resolvido o problema malárico, o estado do doente não se modificou sensivelmente, e também me parece podermos tirar a conclusão de que em nada influem uma sobre a outra as duas afecções, senão talvez para agravar o prognóstico, e, como no nosso caso aconteceu, adiar o diagnóstico definitivo de kala-azar, suspenso como ficou pelo encontro no sangue periférico do parasita da malária. As associações de outras afecções com o kala-azar também não parecem ter uma grande influência na evolução deste, pois que os resultados estatísticos são duvidosos.

A tuberculose, estudada a sua acção num doente com kala-azar, parece que pouco influe neste, sendo mesmo a sua associação pouco frequente; segundo o Prof. Salazar, muitas lesões pulmonares suspeitas T. P. dependem antes do próprio kala-azar; todavia, nos casos certos da associação kala-azar-tuberculose, esta evolucionaria mais rapidamente, possivelmente pela diminuída resistência orgânica encontrada (Garcia).

Nas suas relações com as outras infecções de natureza aguda o kala-azar comporta-se diferentemente, segundo o período de evolução deste, em que aparece a dita infecção, e mesmo assim as variações individuais não permitem estabelecer uma regra. Giraud e Ponizo, num trabalho de agora (Fevereiro de 1934), pen-

sam que em certos doentes de kala-azar com andamento subfebril, particularmente resistentes ao antimónio, uma doença infecciosa intercorrente por acção da hipertermia que ela provoca podia trazer uma certa melhoria na evolução do kala-azar. Seja como fôr, o estudo das associações do kala-azar com outras infecções, quer agudas, quer crónicas, requiere novos elementos para uma melhor compreensão da sua relação, e, assim, apresentando êste caso clínico, que me parece digno de interêsse, julgo poder tirar as seguintes conclusões:

1.^a — Não há antagonismo verdadeiro entre malária e kala-azar, se bem que, possivelmente, a sua associação seja extremamente rara.

2.^a — Não se prova também qualquer influência duma sobre a outra afecção, sobrepondo-se os sintomas, quer sob o ponto de vista clínico, quer hematológico. Só o exame parasitológico, por punção do baço, pode pôr as coisas nos seus devidos termos.

3.^a — Que o tratamento pelo quinino, apresentado por diversos autores como tendo uma influência nociva sobre o kala-azar, permitiu aqui dominar a malária, sem que daí se pudesse ter visto agravamento da evolução do kala-azar, que, tratado devidamente pelo antimónio (estibenyl), evolucionou também favoravelmente.

4.^a — A redução da esplenomegalia só se fêz lentamente como é de hábito, após a cura hematológica do kala-azar.

*Trabalho do Serviço de Pediatria
da Faculdade de Medicina*

A RESERVA ALCALINA DOS LACTANTES DISTRÓFICOS

POR

CARLOS SALAZAR DE SOUSA

Assistente de Pediatria da Faculdade de Medicina de Lisboa

Os estudos sôbre o equilibrio ácido-base dos lactantes são já em número importante, mas a maioria dos autores tem sobretudo investigado os casos de perturbações nutritivas agudas (dispepsias, toxicoses, etc.).

Nas distrofias as investigações têm sido menos numerosas, e sobretudo nem sempre se têm efectuado em número suficiente de casos, nem em condições comparáveis. Em muitos dos casos estudados o estado distrófico era acompanhado de perturbações digestivas agudas, ou complicado de infecções para-entericas, o que vem dificultar grandemente a interpretação dos resultados, podendo-se atribuir à distrofia alterações que na realidade só dependem das perturbações que a complicavam. Postas assim estas objecções, vejamos o que dos estudos até hoje efectuados se poderá depreender. Os primeiros autores que referiram alterações de equilibrio ácido-base nos distróficos foram Czerny e Keller, os quais, como se sabe, atribuíam à acidose, devida à má combustão das gorduras, o principal papel patogénico na atrepsia. As suas conclusões eram baseadas nos doseamentos de amoníaco urinário, que estes autores encontravam aumentado, o que atribuíam a uma acção de defesa contra a acidose. Estas ideas foram desde logo combatidas por Pfaundler, o qual não encontrou na maioria dos casos aumento de amoníaco urinário. Mas, mesmo quando havia exagêro de excreção amoniacal, Pfaundler mostrou que êle era devido à insuficiência hepática e não à acidose. Efectivamente, não conseguiu fazer diminuir a taxa de amoníaco pela ingestão de bicarbonato de sódio, como o

fêz Wan den Bergh na gastroenterite, e, administrando amoníaco, êste era totalmente eliminado, sem prévia transformação em ureia, ao contrário do que Keller mostrara que sucedia na gastroenterite. Assim, para êste autor a acidose na atrepsia não é de forma alguma freqüente. Meyer e Langstein nunca encontraram aumento de excreção amoniacal nos atróficos. Ainda pelos doseamentos urinários, Keller admitia a existência de acidose por encontrar constantemente valores elevados da relação $\frac{N H_3}{N}$.

No entanto, o valor dêste cociente é muito relativo, porque sendo os seus dois termos variáveis, pode estar aumentado por diminuição de denominador e não por aumento de numerador. Rohmer faz notar que o amoníaco urinário não desce além de determinada taxa, que lhe é imposta pelo metabolismo endógeno, enquanto que o N total varia muito mais com a alimentação. Assim, por exemplo, numa criança ao peito, que absorve uma quantidade de albumina menor que a alimentada artificialmente, a relação $\frac{N H_3}{N}$ é mais elevada. E, no entanto, mostram os estudos no sangue que no primeiro caso não só não há acidose, mas, pelo contrário, uma tendência a alcalose.

A eliminação de corpos cetónicos foi também tomada como um bom índice de acidose, e, conhecida a facilidade com que na criança aparece acetonúria, foi esta investigada em várias situações patológicas (Langstein e Meyer).

No entanto, estes estudos iam de encontro ao que os doseamentos de amoníaco tinham levado a admitir, pois que é notório que nos distróficos é uma raridade a acetonúria (Baize, Finkelstein, Scholsmann, etc.). É, aliás, hoje sabido que a acetonemia pode existir sem acidose, e até mesmo com alcalose (Camidge, M. Adam, Gordon, Goiffon, etc.).

Por estudos anátomo-patológicos, pretenderam Tugendrich e Rott ter encontrado, num atrépsico, uma grande afinidade do fígado para os corantes básicos, o que seria sinal de acidose. No entanto, Koch contesta o valor desta investigação, não tendo podido encontrar aquela afinidade em cinco casos de cólera infantil, situação em que, como se sabe, a acidose é a regra.

Com o aparecimento e aperfeiçoamento dos métodos de investigação no sangue, foram êles também adoptados para estes

STAPHYLASE do D^r DOYEN

Solução concentrada, inalteravel, dos principios activos das leveduras de cerveja e de vinho.

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :

AGNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das

DOENÇAS INFECCIOSAS

PARIS, **P. LEBEAULT & C^o**, 5, Rue Bourg-l'Abbé.
A VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAÏNE

Substitue vantajosamente a digital e a digitalina no tratamento de todas as formas de insuficiência cardíaca

LABORATOIRES DEGLAUDE
MEDICAMENTOS CARDÍACOS ESPECIALI-
SADOS (SPASMOSÉDINE, ETC.)—PARIS

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:
GIMENEZ-SALINAS & C^a,
RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA

VACCINAS E
SÔROS

Behring

Vaccina ^{M.P.} contra a coqueluche

Alívio e abreviação do
processo morbido por
aplicação a tempo

EMBALAGEM ORIGINAL:
Caixa de 3 ampolas de 1c. cc

» *Bayer - Meister-Lucius - Behringwerke* »
LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:
» **LUSOPHARMA** »
Augusto S. Natividade
Rua dos Douradores, 150. 3.º LISBOA

estudos nos distróficos. Estudado primeiro o estado de equilíbrio iônico do lactante normal, verificou-se que havia nesta idade uma maior labilidade do equilíbrio ácido-base que mais tarde. A reserva alcalina, alta ao nascer, baixava depois sucessivamente até atingir um mínimo pelos 4 anos (Leenhardt e Chaptal), variações estas que se davam em sentido inverso do metabolismo basal. Isto é, parece que a maior intensidade dos processos metabólicos leva à formação de maior quantidade de produtos ácidos que provocam um desvio de equilíbrio no sentido acidótico.

Mais se verificou que nas crianças criadas ao peito havia uma maior tendência para a alcalose que nas criadas artificialmente (Ylppö, Stenstrom, Gyorgy). Estes factos não nos permitem, portanto, tirar conclusões de estudos de casos patológicos senão levando em conta as condições de alimentação e a idade. Bokay, em três lactantes sãos, encontrou valores de pH sanguíneo semelhantes ao normal em adultos. Friderichsen, numa longa série de lactantes normais, obteve valores entre 7,30 e 7,33.

A reserva alcalina foi pela primeira vez determinada em crianças por Schloss, que estabeleceu o seu valor normal entre 46 e 63 % de CO_2 .

Números sensivelmente idênticos foram encontrados por Blum, Dellaville et Caulaert, em quatro lactantes cujos valores eram 52; 52,6; 54,7 e 56,6 %.

Lesné, Turpin e Guillaumin dão valores um pouco mais baixos, entre 48 e 52 %, e Rohmer e Woringer entre 49 e 55 %, considerando patológicos os valores abaixo ou acima daqueles números.

Leenhardt e Chaptal, talvez os que fizessem o estudo mais completo sobre este assunto, procuraram tôdas as variações fisiológicas da R. A., mostrando que os valores altos à nascença (52,59 a 59,28 % durante os primeiros dias) baixavam rapidamente até os quatro ou cinco meses (44,9 a 55,5 %), mantendo-se então sensivelmente constantes até cerca dos quatro anos. Este autor alargou assim os limites que estudos anteriores, baseados num número muito restrito de observações, tinham pretendido traçar para as variações fisiológicas da R. A.

Este autor infirma também a ideia, que os estudos de Ylppö, Mariott e outros tinham levado a admitir, da existência duma acidose fisiológica ao nascer, pois que precisamente nessa época da vida é que encontrou, como dissemos, os valores mais eleva-

dos de R. A. De acôrdo com êste facto estão as observações de vários autores, que notaram que doses de bicarbonato inferiores ao adulto ou crianças maiores, alcalinizavam a urina nos lactantes (Schaw, Lipard, Marples). As diferenças encontradas por Gyorgy entre as crianças em aleitamento natural e artificial a que nos referimos, foram também verificadas por estes autores, que tiveram, no primeiro caso, valores com uma média de 58% e, no segundo, de 55,8%.

Em distróficos, como dissemos, os estudos têm sido bastante escassos; no entanto, vários autores, embora com um número muito limitado de observações, inclinam-se para que exista em muitos casos um estado de acidose.

Assim, Friedrichsen, pelo estudo do pH sanguíneo, indica, na atrepsia, valores de 7,18 contra 7,30 a 7,33 normais. Leenhardt e Chaptal, em nove hipotróficos, encontraram R. A. inferior ao limite mínimo que consideram normal, mas é preciso notar que nenhum caso era distrófico puro, pois que quatro estavam acompanhados de perturbações gastro-intestinais mais ou menos agudas, e os restantes eram raquíticos, condição que, só por si, justifica a acidose.

No entanto, estes autores pretendem dar à acidose um papel de importância na patogenia da atrepsia. Para êles «as perturbações digestivas, que são constantes nos distróficos, determinam um estado de acidose, mas êste, persistindo um certo tempo, intervém para impedir as reacções de assimilação ao nível dos tecidos, e, assim, a acidose torna-se a causa determinante da distrofia».

Rohmer, Corcan e Klein notam que nos estudos referentes aos distróficos se tem desprezado a importância de muitos factores a que é necessário atender (coexistência de diarreias, infecções, perturbações circulatórias, etc.).

Nos seus estudos estes investigadores não se limitaram assim à determinação do pH e R. A., mas, para despistar a influência das perturbações circulatórias, fizeram também o estudo do índice de refração e albuminas do sangue e da capilaroscopia. Verificaram assim uma estreita dependência entre a acidose e a lentidão da circulação capilar, admitindo que entre os dois fenómenos devem existir relações de causa a efeito. No entanto, os distróficos estudados por estes autores, têm todos perturbações

digestivas mais ou menos agudas e um tem, conjuntamente, uma doença de Roger.

A idea da acidose depender da lentidão circulatória é também adoptada por Mariott.

Há, portanto, vários estudos que levam a pensar que, em geral, nos distróficos há um estado de acidose.

A-pesar disso, estes resultados estão longe de ser constantes (Meyer, Scholssmann, Langstein, etc.), e especialmente têm sido encontrados, na maioria dos casos, quando a distrofia não é pura, mas acompanhada de complicações várias (diarreia, raquitismo, cardiopatia, etc.). Max Lévy encontra em alguns atróficos valores normais de R. A. Alguns autores assinalam a existência de distróficos com alcalose (Frias).

Num estudo actualmente em publicação sobre o «Metabolismo dos distróficos», também tentámos, pela análise de urinas, obter certos informes sobre o estado de equilibrio ácido base dos distróficos.

O nosso material, cujas observações referimos no citado trabalho, é constituído por nove lactantes normais e cinquenta distróficos, em estado mais ou menos avançado de desnutrição, tratando-se, porém, em todos, de casos puros, evoluçionando sem complicações infecciosas ou perturbações digestivas agudas.

Resumimos no seguinte quadro os resultados das análises de urina na parte que nos interessa agora :

	Diminuída	Normal	Aumentada
Acidez titulação...	31 casos	19 casos	—
» formol.....	15 »	30 »	5 casos
» total.....	24 »	21 »	5 »

Estes dados levaram-nos a pensar que a acidose não era de forma alguma freqüente nos nossos distróficos, pois que apenas em cinco casos tínhamos encontrado uma exagerada eliminação de radicais ácidos.

Não podíamos todavia afirmar o que os nossos doseamentos nos levaram a pensar : a predominância dos estados alcalóticos.

Efectivamente, a-pesar da função amoniogénia do rim estar conservada, poderia suceder que estivesse perturbada a sua função eliminadora de ácidos, e que a hipoacidez urinária corres-

pondesse antes a uma acidose por retenção de radicais ácidos, segundo o conceito de Mariott, embora Cristol afirme que daquelas duas funções é sempre a primeira a mais precocemente comprometida.

Para afastarmos as dúvidas que aqueles nossos estudos nos tinham suscitado, resolvemos fazer a determinação da R. A. num novo grupo de distróficos. Serviram-nos para os nossos estudos seis lactantes normais e vinte e seis distróficos.

Dêstes, são todos casos de crianças sem perturbações digestivas diarreicas nem complicações infecciosas e que não são raquíticas. Reünimos crianças desde hipotrofia ligeira até atrepsia. São todos sujeitos, tanto normais como distróficos, a alimentação mixta ou artificial.

O sangue foi colhido por picada do seio longitudinal superior, com a criança em jejum havia quatro horas, tirado sob parafina, e as determinações feitas pelo processo gazométrico de Wan Slyke, com o plasma oxalatado.

Separámos em quatro grupos as observações, para mais fácil comparação. Em um colocámos os lactantes normais abaixo de quatro meses (quadro I), noutro os lactantes normais acima de quatro meses (quadro II). Nos outros dois estabelecemos idêntica divisão para os distróficos (quadros III e IV).

QUADRO I

Nome	Idade	Sexo	Pêso	R. A.
A.	1 1/2 mês	Masculino	4,290	43,3 %
M.	4 meses	Feminino	5,060	52,7 "
Média.....				48 %

QUADRO II

Nome	Idade	Sexo	Pêso	R. A.
M. L.	8 meses	Feminino	8,890	47 %
O. A.	8 "	"	7,600	46,9 "
J. G.	9 "	Masculino	8,040	45,3 "
J. F.	6 "	"	6,970	47 "
Média.....				46,5 %

QUADRO III

Nome	Idade	Sexo	Pêso	R. A.
R. S.	3 meses	Masculino	4,350	64,2 %
J. S.	2 »	»	3,500	54,6 »
A.	2 »	»	2,220	43,1 »
A. G.	4 »	»	4,300	49 »
F. S.	4 »	»	3,400	54,8 »
J. P.	3 »	Feminino	3,600	62,4 »
M. L.	3 »	»	3,750	55,6 »
J. S.	4 »	Masculino	4,500	64,2 »
M. H.	4 »	Feminino	3,800	58,6 »
Média.....				56,3 %

QUADRO IV

Nome	Idade	Sexo	Pêso	R. A.
A. F.	1 ano	Masculino	6,300	46,2 %
O. C.	2 »	Feminino	5,900	50,7 »
R. M.	15 meses	»	9,150	47,8 »
A.	10 »	»	6,750	58,5 »
J. M.	9 »	Masculino	5,950	60,4 »
B.	15 »	Feminino	6,100	49 »
A. B.	6 »	Masculino	5,900	53,7 »
M. M.	8 »	Feminino	5,200	46,9 »
M. L.	6 »	»	5,900	45,2 »
A.	6 »	Masculino	5,280	46,1 »
M. M.	15 »	Feminino	4,900	53,8 »
A. G.	6 »	Masculino	3,100	48,1 »
E. L.	8 »	»	4,490	49 »
L. P.	5 »	»	4,900	54,7 »
D.	7 »	Feminino	4,440	55,6 »
M. E.	10 »	»	3,850	44,3 »
A. P.	1 ano	Masculino	8,300	51,8 »
Média.....				50,7 %

Pela leitura dos quadros se vê que tanto nos eutróficos como nos distróficos encontrámos uma média de valores de R. A. maior para os grupos de crianças abaixo dos quatro meses, que para

os outros, de acôrdo com os dados de Chaptal e Leenhardt, obtidos num grande número de lactantes normais.

Vê-se também que, duma maneira geral, a R. A. é mais elevada nos distróficos do que nos normais. Esta diferença resalta mais, se compararmos grupos de idades semelhantes: abaixo dos quatro meses, 48 % para os normais; 56,3 % para os distróficos. Acima de quatro meses, 46,5 % para os normais; 50,7 % para os distróficos.

Uma outra comparação devemos ainda fazer: a das R. A. com os resultados da determinação de acidez urinária que referimos atrás.

Acidez urinária		R. A.	
Aumentada	10 % dos casos	Diminuída.	3,8% dos casos
Normal.....	42 » » »	Normal	46,2 » » »
Diminuída	48 » » »	Aumentada	50 » » »

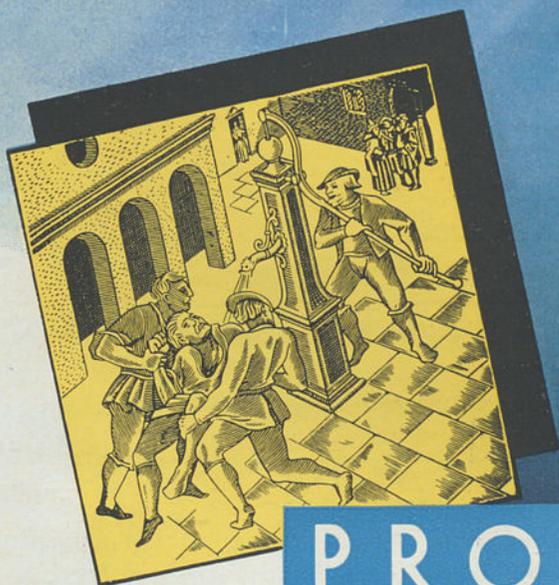
Os números são, na realidade, bastante semelhantes, o que nos permite portanto assentar em que a acidose apenas aparece num pequeno número de distróficos, sendo pelo contrário mais freqüente um desvio no sentido da alcalose, embora os valores de R. A. fiquem sempre nos limites normais indicados por Wan Slyke.

Êste facto não nos surpreendeu, depois do estudo das várias fracções de azoto urinário, a que procedemos nos distróficos estudados no trabalho a que atrás nos referimos.

Efectivamente essas análises tinham-nos levado a admitir uma estagnação dos processos metabólicos, com pequeníssima desintegração proteica: em alguns casos a eliminação azotada era inconcebivelmente baixa.

Sendo as substâncias proteicas as principais produtoras de ácidos no metabolismo intermédio, não era pois para surpreender a não existência de acidose.

Pelo estudo urinário apenas encontrámos, como ficou indicado num quadro atrás, aumento de acidez total (estando aumentadas tanto a acidez de titulação como a acidez formol) em cinco casos.



A novidade no
tratamento da
epilepsia pelo

PROMINAL

Marca registrada

(N-metil-etilfenilmalonilureia)

O efeito típico do Luminal sem efeito acessório de fadiga. Conseguem reduzir-se ao mínimo os ataques ou mesmo eliminam-se por completo. Os doentes podem continuar a exercer a sua profissão sem perigo e sem estorvo



Marca
registrada

EMBALAGEM ORIGINAL:
Tubo de 10 comprimidos de 0 gr. 20

»LUSOPHARMA«, Rua dos Douradores 150,³⁰ / LISBOA



EVIPAN

(N - metil - ciclohexenilmetilmalonilbarbiturico)

O medicamento tipico para obter o adormecimento e o readormecimento

Adormecimento rapido; sono reparador; despertar com boa disposiçãõ à hora habitual, mesmo quando foi tomado o Evipan bastante tarde durante a noite. Ausencia de cansaçõ ulterior. Ausencia do perigo de habituaçãõ

Embalagem original:
Tubo com 10 comprimidos de 0 gr. 25



Marca registrada

»LUSOPHARMA «
Rua dos Douradores 150, 3.º
LISBOA

Precisamente êsses eram dos raros em que não só o N. total e ureia, mas também a creatinina e ácido úrico, mostravam valores elevados, traduzindo portanto uma forte desintegração proteica.

Para completar os nossos estudos—pois, como é sabido, apenas o conhecimento da R. A. não nos elucida por completo sôbre a modalidade do equilibrio ácido-básico do organismo—andamos agora, num novo grupo de distróficos, a determinar conjuntamente o pH e R. A.

Êste assunto será tratado num próximo trabalho.

UM ENSAIO DE PROFILAXIA DAS DOENÇAS VENÉREAS (1)

POR

EMÍLIO FARO

1.º tenente médico

Director do Dispensário de Higiene da Armada

As doenças venéreas são ainda um dos flagelos da humanidade, a que, mercê talvez da sua evolução lenta e pouco ou nada alarmante, se não tem dado, entre nós pelo menos, a atenção devida.

As suas conseqüências, não falando das económicas, representadas pela incapacidade profissional, constituem principalmente um dos capítulos importantes da patologia e são quasi sempre doenças graves pelas complicações que produzem, como o tabes, a paralisia geral, etc., na sífilis, as infecções renais nos apêrtos blenorrágicos, ou a impotência proveniente duma prostatovesiculite abandonada, e que algumas vezes tem levado ao suicídio.

Mas, pelo contrário, a atenção que lhes tem sido dada é tão pequena, que ainda há muita gente que, por ignorância, é claro, julga que um cancro duro ou uma blenorragia, pelo menos num rapaz, é tão inevitável como o sarampo na criança, e constitue mesmo como que a carta de alforria para poder ser homem.

É um problema que muito se tem debatido, se se deve ou não falar claro sôbre este tão importante assunto da hygiene sexual a todos os rapazes que passaram a puberdade, e é caso que nunca mais tem solução, pela série de argumentos de ordem moral, e até religiosa, que há a considerar.

(1) Comunicação feita à Sociedade das Ciências Médicas, na sessão de 24 de Janeiro de 1934.

Se a religião católica, num dos seus mandamentos, impõe guardar castidade, *ipso facto* inibe qualquer educador católico de tocar no assunto sequer. No entanto, julgamos que não será difícil conciliar os princípios do dogma com as necessidades de defesa social que a própria Igreja sempre considerou, e a que, sob outros aspectos, tem prestado cuidadosa atenção.

A maioria está hoje de acôrdo em que se lhes deve falar claro, mas é tão difícil pô-lo em prática por forma a não obter um resultado contraproducente, que a maior parte deixa ainda ao acaso a sua solução.

Todos os pais que têm de pensar neste momentoso problema, regra geral, não tomam qualquer iniciativa sôbre o assunto, limitando-se a adiá-lo e deixando que o tempo e um companheiro mais experimentado do filho, lho ensinem. Êste companheiro, por via de regra, é um menino que já teve uma ou mais doenças venéreas e que, por isso mesmo, é tido como um herói, como um verdadeiro homem, entre os rapazes da sua idade. Ê um modelo que todos querem imitar, e V. Ex.^{as} estão a ver que bons ensinamentos êle não colhe.

Os que se têm decidido a falar claro, ou o fazem pela rama, que por vezes conseguem apenas despertar instintos e apetites adormecidos, ou o fazem com tanta cruzeza e exagêro, que o resultado é o pavor do acto natural, indo cair fatalmente no onanismo.

Se uma doença venérea pode ser grave pelas complicações que pode dar, mas não pode esconder-se totalmente, o onanismo ainda se torna mais perigoso, por se revelar apenas pelo definhamento gradual e progressivo, por uma tuberculose que se esboça, pela perda da memória, dificuldade de fixar a atenção, astenia e, em geral, apagamento das faculdades intellectuais, pelo carácter concentrado e tímido a que conduz, pela saúde abalada para tôda a vida.

Como se vê, é um assunto embaraçoso e de-veras complicado e que aos pedagogos, sobretudo, compete resolver.

Mas, salvo melhor opinião e emquanto êles o não resolvem, parece-nos realmente que neste capítulo das doenças venéreas ninguém ensina melhor um rapaz do que outro rapaz. Eduque-mos nós, médicos, os rapazes mais velhos, que êles por si ensinarão os outros.

*

* *

Já vai longe o tempo, felizmente, em que êste assunto da profilaxia das doenças venéreas não era admitido, sequer, em qualquer Sociedade Científica Médica.

O curandeirismo, para o qual estas doenças, infelizmente, são ainda um vasto campo aberto, por um lado, e o preconceito, hoje desaparecido, em considerá-las apenas como doenças vergonhosas, por outro, contribuíram muito para isso.

A história aponta vários ensaios, uns sérios, outros de exploração mercantil apenas, e, para nos referirmos só aos primeiros, estamos convencidos de que alguns caíram mais pela intolerância da época, do que pela sua real ineficácia.

De entre todos, o que deu mais brado, pelo escândalo que provocou, foi o de Gardanne, conhecido pelo nome de «água fagedénica admirável», e que levou à expulsão dum professor da Faculdade de Medicina de Paris pelos seus colegas, em consequência de, numa reunião da mesma, tentar demonstrar a eficácia dêste preservativo.

Êste episódio vem relatado num livro dum antigo médico da marinha francesa, o Dr. Grandier-Morel, e intitulado: *Voyage d'études physiologiques chez les prostituées des principaux pays du globe*, e que, sobretudo pelo curioso das considerações feitas pela própria Faculdade, não resistimos à tentação de transcrever. Êste autor não fala de Gardanne e atribue ao próprio professor a invenção do preservativo.

«Denis Guilbert de Preval era, em 1772, um médico de 35 anos aproximadamente, diante de quem se abria um brilhante futuro.

«Já tinha o título de doutor-regente e era, dos professores da Faculdade de Medicina de Paris, aquele cujo curso tinha maior fama.

«Um dia anunciou aos seus amigos ter resolvido, duma maneira absoluta, o importante problema da profilaxia da sífilis: tinha descoberto um específico que preservava de qualquer contágio. Tratava-se duma descoberta científica, médica, e não dum destes meios que são do domínio dos charlatães.

«Esta notícia, espalhada rapidamente, produziu em Paris uma viva emoção.

«Pessoas altamente colocadas na cõrte, entre elas uma Alteza Rial, mandaram apresentar Guilbert de Preval e intimaram-no a fazer em si próprio, e diante de testemunhas, a experiência necessária, para assim provar que não era um charlatão.

«O médico sujeitou-se a esta prova, e foi isto sobretudo que lhe valeu a reprovação dos seus colegas.

«Trouxeram-lhe uma mulher com manifestações sífilíticas em actividade. Fêz a experiência, que repetiu nos dias seguintes com outras mulheres, tôdas affectadas com a terrível doença, tão facilmente contagiosa, e Guilbert de Preval saíu indemne depois de tantas vezes se ter exposto ao perigo.

«Êste acontecimento scandalizou altamente a Faculdade, que declarou que o doutor-regente tinha aviltado a medicina. Numa sessão solene, em 8 de Agôsto de 1772, reünidos os 156 doutores que constituíam a Faculdade, Guilbert de Preval foi, por unanimidade, *menos seis votos*, expulso da Faculdade de Medicina de Paris, riscado da lista dos seus membros e condenado à perda de todos os seus títulos científicos.

«Guilbert de Preval apelou desta sentença para o Parlamento. A questão durou cinco anos. Finalmente, em 13 de Agôsto de 1777, o Parlamento não só ratificou o decreto da Faculdade, como o agravou, condenando numa multa de 3.000 francos o inventor do preservativo da sífilis.

«Os principais argumentos contra Guilbert de Preval constam da memória dirigida ao Parlamento pela Faculdade de Medicina. «Nós não queremos, diziam os doutores parisienses, confraternizar com o Sr. Guilbert de Preval, porque êste homem deshonorou-se públicamente, porque foi o promotor e o instigador da libertinagem; porque teve a ousadia de executar em si próprio uma demonstração repetida, da qual o homem mais dissoluto não suportaria, não dizemos já o espectáculo, mas a sua narrativa; porque, enfim, com esta experiência infame, êle ofereceu, com a impunidade, um incentivo ao vício e destruiu quanto pôde os costumes.

«À moral caberia examinar até que ponto seria lícita uma invenção cujo único fim seria juntar à atracção natural do vício, a impunidade. Nós sabemos, ou pelo menos assim o julgamos, que um preservativo para a doença de que se trata produziria um desregramento de que viriam a sofrer a população, a boa

ordem social e mesmo, podemos acrescentar, a pureza dos costumes.»

«Guilbert de Preval foi severamente condenado, ainda que protestasse as suas boas intenções. Teve apenas seis médicos que o absolveram, limitando-se, contudo, a não votar a sua expulsão da Faculdade, e mesmo entre o público teve raros partidários.

«Serviu-lhe de lenitivo uma mulher, viúva dum médico do exército real, que compreendeu a verdadeira situação que êle teve em vista: extinguir êste flagelo da humanidade.

«Casou e foi viver para a Suíça, onde morreu, levando consigo o seu segrêdo para se vingar da injustiça dos homens, segundo a opinião geral entre os seus partidários.»

Entre nós houve dois médicos, em épocas diferentes, de quem a história diz que descobriram também preservativos contra a sífilis: Francisco Luís Correia, médico portuense, autor do *Manifesto a todos os facultativos do Mundo*, Pôrto, 1839, que não conseguimos encontrar, e António Ferreira Moutinho, de quem temos um folheto publicado por seus filhos em 1905.

Ambos esbarraram com o Conselho de Saúde Pública; contudo, o primeiro conseguiu que a Rainha D. Maria II, em portaria de 15 de Agosto de 1839, ordenasse ao mesmo Conselho «que permitisse a venda pública do seu preservativo das moléstias venéreas, emquanto não provasse por análises, como lhe cumpria, que êste remédio era nocivo ou prejudicial à saúde pública». Diz Moutinho que «êste precioso invento não vingou, a-pesar da sua provada eficácia, por causa da ferrenha opposição de tôda a classe e da morte prematura do seu autor».

António Ferreira Moutinho, provedor da Santa Casa da Misericórdia do Pôrto, a-pesar da opposição que sofreu pela sua doutrina homeopática, auferiu por ela largos proventos e pro-vado prestígio.

Membro fundador dos Consultórios Homeopáticos do Pôrto e Lisboa, foi como representante do primeiro que êle se apresentou nesta cidade. Como tal, o seu preservativo, a que êle chamou «sabão vegetal», nem sequer foi admitido para discussão na Escola Médico-Cirúrgica, onde êle o levou por Decreto do Govêrno, a-fim-de ser ensaiado, originando mesmo um parecer violento do Conselho Escolar, não contra o preservativo prò-

priamente, de que o mesmo Conselho nem tomou conhecimento sequer, mas contra a homeopatia.

Esse parecer (1) é do teor seguinte:

«Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, 23 de Dezembro de 1880.

II.^{mo} e Ex.^{mo} Sr. Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Reino.

Dignou-se Sua Majestade mandar ouvir o Conselho da Escola-Médico-Cirúrgica de Lisboa, sôbre o requerimento que os signatários, como representantes do denominado Consultório Homeopático Portuense, dirigiram à Sua Rial Presença, em 25 de Setembro do ano findo, e em que pedem, pelas razões que expõem, que lhes seja facultada uma sala no Hospital Rial de Santo António, da cidade do Pôrto, a-fim-de experimentarem públicamente a medicina homeopática e mostrarem os resultados vantajosos do seu método curativo. O Conselho Escolar, tendo examinado atentamente os fundamentos em que os supplicantes assentam a sua pretensão, tem a honra de levar ao conhecimento de V. Ex.^a, para que se sirva fazê-lo a Sua Majestade, que não achou nêles motivo sufficiente para ser concedida a proposta experiência, nem julga que outros pudessem ser aduzidos mais fortes que os expostos no citado requerimento, que viessem a fazer mudar de opinião os professores signatários dêste parecer. Há muito tempo que a medicina homeopática está analisada, discutida e rejeitada como doutrina; há muito que a prática demonstrou os seus falazes e funestos resultados, e se de alguma coisa o Conselho tem de admirar-se, é de que o exemplo e a lição das Escolas Médicas do Reino não fôssem ainda suficientes para afugentarem dêste país essa nova semente de ridículo charlatanismo que procura achar terreno onde vegete e frutifique. De tôdas as ciências é a Medicina a que mais se presta a semelhantes invasões da fantasia delirante, e aos cálculos interesseiros da ignorância cubiçosa. A fatalidade dos padecimentos humanos, e a credulidade cega dos doentes, explicam assaz os abusos que se praticam em nome da ciência. A esperança que anima o homem a procurar alívio a seus males, muitas vezes prolongados,

(1) Veja-se também, sob êste assunto, o que consta dos livros das Actas do Conselho e da Correspondência, da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa.

deslumbra-lhe a imaginação e desvia-o da experiência meditada; a fé nos meios extraordinários e fora da observação comum turva o espírito dos enfermos e exalta a cobiça dos ignorantes. A Medicina homeopática nasce duma dessas aberrações imaginárias, fundamentando-se na excentricidade das suas teorias, e o charlatanismo achou nela alimento substancial e novas fases de ilusão para os incautos e desprevenidos. Seria estranho a êste parecer provar como os infinitamente pequenos applicados à Medicina, não deram em resultado senão uma doutrina das mesmas dimensões, e uma prática condenada pelas melhores experiências. Conhecido desta verdade, o Conselho Escolar só lamenta que haja tão pouco respeito pelas leis regulamentares do exercício da Medicina, no nosso país, que se dê o caso de se poderem fazer subir aos poderes do Estado pretensões de semelhante natureza, por si mesmo inadmissíveis. Quando, finalmente, a doutrina e prática de tal Medicina não fôsem até perniciosas, o exercício clínico dos hospitais está determinado nas leis por forma que fôra sempre funesto transgredi-lo ou alterá-lo a propósito de quaisquer pretensões individuais que não tiverem uma fundada justificação. Por todos estes motivos, o Conselho Escolar é de parecer que não pode ser deferido o requerimento dos supplicantes que representam o denominado Consultório Homeopático Portuense.

(Assinado pelos professores). — *José Lourenço da Luz, José Eduardo de Magalhães Coutinho, António Bento Ribeiro Viana, José António Arantes Pedroso, Joaquim Estêvão Rodrigues de Oliveira, Caetano Maria da Silva Beirão, José Pereira Mendes, Tomaz de Carvalho, João Mendes Arnaut, Joaquim Pedro de Abranches Bizarro*, secretário. »

Tomaz de Carvalho e Manuel Bento de Sousa foram quem mais se evidenciou nesta campanha.

De entre os signatários dêste parecer, apenas Magalhães Coutinho, como membro da Junta de Saúde Pública, tinha votado para que se fizesse a demonstração requerida.

Manuel Bento de Sousa, na última das suas lições sôbre a sífilis, professadas na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, no ano lectivo de 1877-1878, refere-se várias vezes, ásperamente, a Moutinho, sem lhe citar o nome, condenando as suas experiências

por inoculação e o seu preservativo, que considera de charlatanice.

Contudo, parece que êste preservativo deu bons resultados, segundo declaração do próprio Dr. Moutinho, no relatório referente aos anos de 1874-1875, da Santa Casa da Misericórdia do Pôrto, de que êle era provedor desde 1871. Não encontrei nenhuma confirmação dêste facto. Nesse relatório constata um grande decrescimento no número de toleradas hospitalizadas, que de 80 a 100, baixou para 16 a 24, consecutivamente a uma larga distribuição gratuita do seu «sabão vegetal», feita pelas toleradas do Pôrto, com o apoio do Governador Civil, «para que dêle fizessem uso». É natural que êstes bons resultados fôsem obtidos pelas simples lavagens freqüentes feitas pelas meretrizes, que sem a crença no sabão as não fariam.

Mas a campanha da Escola Médica de Lisboa cobriu-o por tal forma de ridículo que até «os médicos que, segundo êle, tinham constatado o bom resultado das suas 509 experiências feitas no Hospital de Santo António, alguns dos quais eram professores da Escola do Pôrto, por fim o abandonaram» (1).

E desta maneira acabaram estes três principais precursores da profilaxia das doenças venéreas.

Uns anos mais tarde, com a descoberta de Neisser, e, já nos começos dêste século, com as de Roux e Metchnikoff, Shaudinn, Hoffmann e Ducrey, abriu-se uma nova era no campo da profilaxia venérea, hoje em dia instituída oficialmente nos principais países, com obrigatoriedade nas suas tropas armadas, e principalmente nas suas marinhas de guerra. Realmente, são os marinheiros que, justamente pelo seu modo de vida errante, e pela continência obrigatória de muitos dias de viagem, são assíduos freqüentadores dos prostíbulos dos portos de desembarque, que mais espalham a infecção.

Nós e os espanhóis já eramos acusados de termos sido os transmissores da sífilis da América para a Europa, com Cristóvão Colombo. Ultimamente, Keiso Dohi, professor de dermatologia,

(1) Possuímos uma amostra dêste «sabão vegetal», de que foi feita a análise qualitativa no Laboratório Farmacêutico do Hospital da Marinha. É um sabão de sódio, contendo ferro e cloretos. Presumimos que se trata do percloreto de ferro.

logia japonês, no seu livro sôbre a história da sífilis na Ásia, publicado em Tóquio, em 1922, acusa-nos também de a termos introduzido na Índia e no Japão, com as viagens de Vasco da Gama. Por alguma forma haviam de querer denegrir as nossas gloriosas descobertas e conquistas, ainda que é inegável que os primeiros trabalhos de ocupação e colonização, implicaram a introdução e difusão das doenças venéreas nalgumas regiões da África, Índia, Ceilão e China. É verdade também que concomitantemente com isso, educámos os indígenas na profilaxia e principalmente no tratamento.

Mas deixemos o passado e vejamos a nossa situação no presente, no que diz respeito justamente à sífilis, em comparação com outros países.

Segundo as estatísticas oficiais das marinhas de guerra, referentes ao ano de 1930, a percentagem de *casos novos de sífilis* foi: armada italiana, 5,75 ‰; inglesa, 7,7 ‰; espanhola, 8,7 ‰; portuguesa, 59,4 ‰ (por mil).

Não admira. A Inglaterra começou a praticar a profilaxia individual desde 1911, a Itália desde 1913 na marinha, e no exército desde 1922, a Espanha tem-na há anos já na sua marinha pelo menos, e nós, de positivo, temos um pequeno ensaio apenas, há pouco mais de cinco meses, no Dispensário de Higiene da Armada, e postos profilácticos instalados já em alguns navios e nos mesmos moldes do Dispensário.

Em 1928, quando o número de doentes internados no Hospital da Marinha, com doenças venéreas, atingiu o seu máximo, num total de 782, sendo 420 com sífilis e 362 com cancro molle e blenorrrias, a Comissão Técnica de Saúde da Armada ocupou-se do assunto, publicando na Ordem da Armada n.º 56, de 31 de Agosto desse ano, um extenso e muito bem elaborado conjunto de medidas a tomar, sob o título «Profilaxia das Doenças Venéreas», da autoria do Sr. Dr. Ruival Saavedra, e que em resumo, diz o seguinte: «Em virtude do número considerável de praças da Armada, portadoras de doenças venéreas, dando uma percentagem que oscila entre 30 a 40 ‰, no total dos doentes hospitalizados, além dos casos, também numerosos, tratados nas várias unidades, preconiza as medidas profilácticas que julga necessárias, desde a educação sôbre este assunto, dos oficiais, sargentos e praças, por meio de palestras, esquemas, imagens,

projeções luminosas, filmes, etc., até à criação de Postos Anti-Venéreos em terra, no Hospital da Marinha, Posto Médico do Arsenal, Escola Naval, Submersíveis, Aviação e Alfeite, onde seriam prestados serviços, a todos aqueles que a êles recorressem».

Mas, ou pela generalização destas medidas a todo o pessoal de Saúde, e pelo nosso feitio, cada um se limitou a esperar que outros as cumprissem, ou por dificuldade na sua realização, ou por qualquer outro motivo que desconhecemos, o facto é que todo êsse óptimo conjunto de medidas nunca teve realização. Diminuiu apenas o número de sífilíticos internados no Hospital, porque se intensificou o seu tratamento em tôdas as unidades. A percentagem das doenças venéreas manteve-se. Em 1930 houve 289 casos novos de sífilis, registados; em 1931, 163 e em 1932, 265.

Foi confrontando com as estatísticas estrangeiras estes números, confrangedores na verdade para a nossa situação, que empreendemos o estudo do conjunto de medidas profiláticas a tomar, mas simples e eficazes, contra as doenças venéreas na nossa Marinha de Guerra.

Logo de início tentámos simplificar os métodos até hoje seguidos, a-fim-de os tornarmos mais práticos e portanto mais eficientes.

Êsses métodos, adoptados lá fora, — porque entre nós, como vimos, nada de eficaz se tem feito neste campo — consistem na aplicação de pomadas tendo como base os calomelanos, como a de Metchnikoff, Gauducheu, etc., ou as pomadas de cloramina, ou na instilação uretral dumas gotas de argirol, protargol, flavina, etc., e na desinfecção externa com um antiséptico líquido, como o permanganato, o oxicianeto de mercúrio ou próprio sublimado.

As pomadas estão a ser usadas excepcionalmente, já pelo seu relativamente fraco poder antiséptico, o que obriga a conservá-las durante umas poucas de horas, já pela relutância que a maior parte tem em usá-las, pela porcaria que representam.

*

*

*

Sanchez Gomez, médico da Armada Espanhola, demonstrou, em trabalhos publicados no *Boletín de Medicina Naval*, n.º 11, de 1 de Março de 1919, e em comunicações ao Congresso de

Cirurgiões Militares, realizado em Boston, em Junho de 1921, e ao IV Congresso da Liga Mundial para a Reforma Sexual, realizado em Viena, em 1930, que, depois dum coito contagioso, os gonococcus se depositam *apenas* na superfície externa do pénis, que esteve em contacto com a vagina infectada, no prepúcio e glande em particular, e que só passadas cinco a seis horas entram para a uretra, como meio óptimo para se desenvolverem.

Em indivíduos em quem encontrou gonococcus em produtos recolhidos da glande e dos lábios de meato, não conseguiu encontrá-los nem na fossa navicular nem na uretra anterior, senão bastantes horas depois do coito contagioso. Assim demonstrou praticamente a infecção primitiva extra-uretral.

Daqui concluiu Sanchez Gomez que uma desinfecção bem feita e apenas externamente, nas primeiras três a quatro horas que seguem o coito, evitava com certeza as doenças venéreas, visto que a inoculação do cancro mole e cancro duro são externas também, na generalidade.

Pôs o seu método em prática e os resultados estão atestados no seu artigo «Un Récord en Profilaxis Venerea», publicado em 1928 (1), em que diz o seguinte: «Durante todo o ano de 1927 não houve um contagiado de sífilis, cancros venéreos ou blenorragia, dos 500 homens que, entre marinheiros e soldados, formam a dotação permanente do Ministério da Marinha e dependências, e que usaram a desinfecção extra-uretral até quatro horas depois. Apenas uns 7, que declararam não terem feito a desinfecção e que não figuram no livro da profilaxia, contraíram doenças venéreas, e por isso mesmo foram castigados».

O sistema de profilaxia que S. Gomez adoptou consiste simplesmente, após a lavagem sumária com água e sabão, na desinfecção, durante quatro a cinco minutos, com um soluto de oxicianeto de mercúrio a 1^o/100, aquecido se possível, nas primeiras três a quatro horas que seguem o coito.

O Major Reid ensaiou êste método no Exército Inglês, confirmando os seus bons resultados no seu livro «Prevention of Venereal Diseases».

Êste método já é bastante simplificado em relação aos habitualmente usados da desinfecção externa e interna, mas mesmo

(1) *Revista de Sanidad de la Armada*. Madrid. Maio de 1928.

assim, para o caso que nos interessava — profilaxia das doenças venéreas na nossa Marinha de Guerra — implicava duas instalações diferentes: uma para a prévia lavagem com água e sabão, e outra para o soluto antiséptico. E como um pôsto montado com êste fim deve funcionar permanentemente, obrigava à permanência de um enfermeiro, pelo menos, já para ensinar e ajudar à desinfecção, já para evitar um extravio ou um possível envenenamento por engano, embriaguez, ou propositado.

A bordo, o problema era fácil de resolver, porque há permanentemente pessoal de serviço na enfermaria, mas num pôsto em terra, que foi por onde começámos, a solução era mais difícil e assim fomos levados a simplificar ainda mais o método de Sanchez Gomez, tentando encorporar o antiséptico no próprio sabão, associando assim à acção mecânica, detergente, e ao poder germicida do sabão, a acção dum antiséptico.

Por outro lado, com esta tentativa, tornávamos fundamental o que até aqui era feito sumariamente, a lavagem com água e sabão, porque é sabido que numa superfície impregnada de gorduras ou de albuminas, a acção dum antiséptico é precária. De resto, já Manuel Bento de Sousa dizia, em 1887, nas suas lições sôbre a sífilis: «Muito acima de todos os inventos na ordem dos preservativos, estão a água e o sabão, os meios de mais confiança, sempre que se seja hábil numa arte em que nem todos são mestres — a arte de saber lavar. Quando o único isolador verdadeiro, a epiderme, fôr interrompido na sua continuidade, deve juntar-se à lavagem a cauterização, bem e logo feita.»

*

*

*

O estudo do poder germicida dos sabões, na sua acção bacteriológica pura, é relativamente recente, pois que a sua acção detergente, mecânica, é bem conhecida de todos.

É John Walker, na América, quem principalmente se tem dedicado ao assunto, desde 1924, pelo menos (1).

Das suas experiências, concluiu que o poder germicida dum

(1) John E. Walker. — *The Journal of the American Medical Association*. Vol. 97. Págs. 19-20. 1931.

sabão depende não do alcali, mas dos ácidos gordos saturados que entram na sua constituição. Um sabão de ácidos gordos não saturados tem um fraco poder germicida.

Fêz experiências com pneumococos, estreptococos, meningococos, bacilos diftérico, tífico, paratífico e coli, e verificou que todos morriam entre um minuto e dois minutos e meio num sabão diluído a 1/160, à temperatura de 20° C.

Quando a temperatura da água era de 35° C., o poder bactericida do sabão era duplo, e tornava-se ainda maior elevando a temperatura a 45° C.

Estes resultados são baseados apenas na acção bactericida dos sabões, à qual, na prática, há ainda a juntar a acção mecânica. Estas experiências foram feitas primeiro com sabões preparados no laboratório, e a seguir com sabões vulgares do comércio, com os mesmos resultados.

Walker conclui que, lavando as mãos com sabão, durante uns minutos, todos os micróbios acima mencionados ficam destruídos, desde que o sabão produza bastante espuma, e lamenta que os modernos tratados de cirurgia e bacteriologia não façam menção sequer das propriedades germicidas dos sabões, que êle diz serem idênticas às de vários desinfectantes sintéticos que nestes últimos anos apareceram no mercado com tanto réclame.

De todos os micróbios que entraram nas experiências, apenas um se mostrou resistente à acção germicida dos sabões: o estafilococo, e especialmente o *stafilococcus aureus*. Os trabalhos de Walker têm sido confirmados por outros.

Lamar verificou que o oleato de sódio era fortemente bactericida para o pneumococo e o estreptococo, e Reasomer e Nichols verificaram a mesma acção germicida e solvente do sabão para o treponema pálido e bacilo da influenza.

Renaud (1), em França, usa como terapêutica das superfícies ulceradas e abcessos, um soluto de oleado de sódio a 2 0/0, tanto em irrigação como em penso húmido, com resultados favoráveis, segundo êle, em abcessos tuberculosos, abcessos piogénicos e ulcerações genitais.

Larson e Davison verificaram que os sabões neutralizam as

(1) Maurice Renaud. — *Compt. Rend. de la Société de Biologie*. Vol. CV. Pág. 365. 1930.

toxinas bacterianas e é esta acção que Renaud aproveita no tratamento das feridas com os pensos de sabão.

Todos aqueles que estiveram na Grande Guerra, em contacto com os hospitais ingleses, pelo menos, conhecem os bons resultados da aplicação do sabão verde, sobretudo nas escaras.

Portanto, tínhamos já bases bastantes para aproveitarmos só a acção tanto detergente como germicida dos sabões, na profilaxia que íamos tentar, das doenças venéreas na nossa Marinha de Guerra, e muita gente se tem servido apenas dêste meio e com bons resultados.

Mas, como já dizia Manuel Bento de Sousa, se tôda a gente mais ou menos se lava, são relativamente muito poucos os que se sabem lavar, e por isso havia que aumentar o poder germicida do sabão com um antiséptico poderoso, para deminuir, sem risco, o tempo da lavagem.

Sabíamos já por um artigo de W. Schrauth e W. Schöller, publicado na *Med. Klinik* e transcrito na *Revista Terapêutica*, sôbre os componentes desinfectantes do sabão, que o sublimado incorporado nêle é reduzido, acabando por pôr em liberdade o mercúrio metálico, o que comunica ao sabão uma côr suja acinzentada e o priva de todo o poder bactericida.

Estes autores referem-se a um trabalho de Unna, «Sôbre sabões medicamentosos», em que êste considera como um ideal o chegar a obter-se um sabão de sublimado inalterável, que seria duma utilidade enorme, dado o grande número de dermatoses em que seria indicado o seu emprêgo.

Pedimos por isso ao Laboratório Químico-Farmacêutico do Hospital da Marinha para nos estudarem uma fórmula de sabão líquido antiséptico, que nos servisse para o fim que tínhamos em vista. Preferimos a forma líquida como mais higiênica, porque evita o passar de mão em mão.

Passados meses, o 2.º Tenente Seixas Serra, encarregado pelo Director do mesmo Laboratório de estudar êste assunto, comunica-nos ter conseguido realizar uma fórmula de sabão neutro de óleo de côco, tendo como antiséptico o cianeto de mercúrio a 2^o/100.

A conclusão a que se chegou sôbre o valor antiséptico dêste sabão, foi fundamentada em experiências bacteriológicas.

Foram preparadas três fórmulas de sabão neutro de óleo de

côco, contendo cada uma, respectivamente, 1^o/₁₀₀ de cianeto de Hg, 2^o/₁₀₀ de cianeto de Hg e 2^o/₁₀₀ de formol a 40^o/₁₀₀.

Oito dias depois da preparação destes sabões, fizeram-se ensaios bacteriológicos sôbre o seu poder antiséptico, utilizando culturas de estafilococos de 24 horas, em gelose peptonizada, com a técnica seguinte:

Emulsionou dois aros da cultura de estafilococos em 5 cc. de sôro fisiológico; desta emulsão tirou duas gotas que misturou a 5 cc. de sabão com 1^o/₁₀₀ de cianeto de Hg; um minuto depois passou um aro desta mistura para uma placa de gelose peptonizada e fêz o mesmo para outras placas, dois, três, quatro e cinco minutos depois do contacto. Noutras placas de gelose, com a mesma emulsão de estafilococos, e com a mesma técnica, repetiu as mesmas operações com os sabões a 2^o/₁₀₀ de cianeto e a 2^o/₁₀₀ de formol a 40^o/₁₀₀, juntando para cada ensaio uma placa testemunha, a que juntou um aro da emulsão de estafilococos.

As séries de placas assim preparadas foram para a estufa a 37° e foram observadas durante quatro dias.

(28-III-933)

	Sabão de cianeto a 1 ^o / ₁₀₀						Sabão de cianeto a 2 ^o / ₁₀₀						Sab. a 2 ^o / ₁₀₀ de form. a 40 ^o / ₁₀₀					
	Tempo de contacto						Tempo de contacto						Tempo de contacto					
	1 m.	2 m.	3 m.	4 m.	5 m.	Test	1 m.	2 m.	3 m.	4 m.	5 m.	Test	1 m.	2 m.	3 m.	4 m.	5 m.	Test
24 horas	—	—	—	—	—	+	—	—	—	—	—	+	+	—	+	—	+	+
48 »	—	—	—	—	—	+	—	—	—	—	—	+	+	+	+	+	+	+
72 »	—	—	—	—	—	+	—	—	—	—	—	+	+	+	+	+	+	+
96 »	—	—	—	—	—	+	—	—	—	—	—	+	+	+	+	+	+	+

Como se vê pelo quadro acima, os sabões de cianeto, tanto a 1^o/₁₀₀ como a 2^o/₁₀₀, evitaram o desenvolvimento de qualquer colônia, ao passo que o sabão de formol se mostrou destituído de qualquer poder antiséptico.

Estas experiências foram feitas com estafilococo por serem de cultura mais fácil, visto que o facto de os gonococos por si só morrerem com facilidade nas culturas, podia induzir-nos em erros de interpretação.

Tínhamos já um sabão com um elevado poder antiséptico. Restava saber quanto tempo é que o cianeto se manteria sem

alteração no soluto, ou se lhe aconteceria o mesmo que ao bicloreto de Hg.

Para isso foram guardados os dois solutos mercuriais para ulteriores experiências, pondo-se de parte, pelo seu efeito nulo, o sabão de formol.

Cêrca de mês e meio depois, foi repetida a mesma experiência, com os mesmos solutos, diferindo a técnica em que a passagem para as placas de gelose peptonizada foi precedida de cultura durante três dias em caldo de carne peptonizado.

(17-V-933)

	Sabão de cianeto a 1 ‰						Sabão de cianeto a 2 ‰					
	Tempo de contacto						Tempo de contacto					
	1 m.	2 m.	3 m.	4 m.	5 m.	Test	1 m.	2 m.	3 m.	4 m.	5 m.	Test
24 horas	—	—	—	—	—	+	—	—	—	—	—	+
48 »	—	—	+	—	—	+	—	—	—	—	—	+
72 »	—	—	+	—	—	+	—	—	—	—	—	+

Os resultados foram idênticos aos primeiros.

Três meses e meio depois de feitos os solutos dos sabões, repetiu-se a experiência, com a mesma técnica anterior, com os resultados seguintes:

(4-VII-933)

	Sabão de cianeto a 1 ‰						Sabão de cianeto a 2 ‰					
	Tempo de contacto						Tempo de contacto					
	1 m.	2 m.	3 m.	4 m.	5 m.	Test	1 m.	2 m.	3 m.	4 m.	5 m.	Test
24 horas	+	+	+	—	—	+	—	—	—	—	—	+
48 »	+	+	+	—	—	+	—	—	—	—	—	+
72 »	+	+	+	—	—	+	—	—	—	—	—	+

Como se vê por esta última experiência, o sabão de cianeto a 1 ‰, três meses e meio depois de feito, sofreu uma notável diminuição do seu poder antiséptico, pois só evitava o desenvolvimento de qualquer colónia, passados quatro minutos de contacto, pelo que o puzémos de parte, fixando-nos no sabão de cianeto a 2 ‰, que adoptamos desde o início no Dispensário.

Resolvendo trazer aqui este trabalho, procurámos na bibliografia o que havia sobre o assunto, e encontrámos apenas um estudo de Bettylee Hampil (1) sobre a influência dos sabões nas propriedades germicidas de certos compostos mercuriais, que vinha um pouco ao encontro do nosso caso e que resumiremos aqui.

Este autor já tinha demonstrado, em 1928, que alguns compostos fenólicos, altamente germicidas, podiam ser tornados praticamente inertes, pela adição de pequenas quantidades de sabão.

O autor investigou depois o que se passava com outros desinfectantes e fez as suas experiências com os sais de mercúrio, sublimado, nitrato de Hg., brometo de Hg., cianeto de Hg. e orto-cloro-mercúrico-fenol.

Verificou logo no início dessas experiências que o *stafilococcus aureus* que, segundo as experiências de Walker, resistia à acção do sabão simples, era extremamente sensível ao bicloreto de Hg. adicionado do oleato de sódio. Assim, se uma solução aquosa de bicloreto a 1 0/00, a 37° C., destruía o estafilococo em cinco minutos, sendo o mesmo soluto adicionado de sabão, bastava uma diluição a 1 : 300.000, para conseguir idêntico resultado no mesmo tempo. A idade das culturas mostrou-se indiferente. Tanto as recentes, como as antigas, morriam em igual espaço de tempo, com os mesmos solutos.

A solução ótima do oleato de Na para conseguir este notável aumento do poder germicida, é de 1 0/0. Quantidades menores davam resultados irregulares, ou não conseguiam aumentar em nada o poder germicida do sublimado. Quantidades maiores do sabão, entre 2 e 10 0/0, não davam melhores resultados do que o soluto a 1 0/0, nem aumentando o poder germicida, nem diminuindo o tempo necessário para a acção completa.

Estes resultados foram sempre idênticos tanto com um sabão puro como o oleato de sódio, como também com um sabão do comércio, contendo uma mistura de sabões. Mas destes, a percentagem melhor é entre 1 e 3 0/0.

O mais curioso das experiências do autor é que esta acção parece ser selectiva para o *stafilococcus aureus*, inversamente

(1) Bettylee Hampil. — *American Journal of Hygiene*. Vol. 13. Págs. 623-637. 1931.

“**Ceregumil**”
Fernández

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

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

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

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

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

TARTROL
Indolôr

Soluto aquoso de tartaro bismutato de sódio contendo
2,5 miligramas de Bismuto por cm.³ em injeções in-
tramusculares no tratamento da sífilis.

LABORATORIOS “SICLA”
Campo Grande, 298 — Lisbôa

Fornecedores da clinica de Sífilis do Hospital Escolar de Lisbôa
Preparado por: J. Pedro de Moraes e J. Pinto Fonseca
FARMACEUTICOS

Deposítário: Raul Gama — R. dos Douradores, 31
LISBOA

Um sono profundo durante a noite dá-lhe energia para o dia seguinte...

Quanto tempo precisa dormir?

Não é possível responder de uma maneira geral a esta pergunta, pois a quantidade de sono varia de individuo para individuo.

Mas os cientistas dizem que — o sono profundo é mais importante que o sono muito prolongado. Um sono profundo, dizem eles, é necessário para proporcionar ao organismo o repouso de que carece afim de crear novas energias.

Torne um hábito dormir profundamente

E' fácil conseguir tornar num hábito regular este sono profundo — beber uma chavena de Leite Maltado **HORLICK'S** quente, à hora de deitar. O seu calor confortante penetra o organismo. Um trabalho digestivo, suave e calmo entra em acção — cresce a indolência e, bem depressa, entra num sono profundo.

Peça em tôda a parte: **Leite Maltado HORLICK'S**

AGENTES EXCLUSIVOS
ESTABELECIMENTOS JERÓNIMO MARTINS & FILHO

13, Rua Garrett, 23 — LISBOA

A pedido dos Ex mos Clínicos fornecem-se amostras gratuitas

PULMOSERUM BAILLY

Regenerador poderoso dos Órgãos Respiratorios
Medicação das Doenças

BRONCHO - PULMONARES

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

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

Laboratorios A. BAILLY 15 et 17, Rue de Rome, PARIS (8°)

às experiências de Walker com os sabões, pois que repetindo-as com outros cocus Gram-positivos e com os Gram-negativos: coli, tífico, paratíficos A e B, desentérico, piociânico e *micrococcus catarrhalis*, a acção germicida do bicloreto de Hg. era por tal forma diminuída que o autor concluiu que o sabão actuava como um agente protector destes organismos, mesmo quando o sublimado era empregado em concentração elevada.

Então estudou a influência do oleato de sódio nas propriedades bactericidas doutros compostos mercuriais, tais como o brometo de Hg., o nitrato de Hg., o cianeto de Hg. e o orto-cloro-mercúrico-fenol, notando que os dois primeiros, o brometo e o nitrato, se comportavam um pouco como o bicloreto, na sua acção electiva para o *stafilococcus aureus*, sendo contudo menor o aumento do seu poder germicida.

Com o cianeto e o orto-cloro-mercúrico-fenol, os resultados foram completamente diferentes, pois que *a adição do oleato de sódio a 1 0/0 aumentava três a quatro vezes o seu poder germicida perante todos os cocus experimentados, incluindo aqueles que se mostraram resistentes ao sublimado adicionado do sabão.*

O autor constata os factos, que confessa não saber explicar.

Como se vê por este trabalho de Hampil, de que tivemos conhecimento há menos de três meses, os seus estudos estão perfeitamente de acôrdo com o resultado das nossas experiências feitas no Laboratório do Hospital da Marinha e com o resultado obtido com o sistema de profilaxia que adoptámos no Dispensário de Higiene de Armada.

Mas, enquanto que Hampil estudou a influência dos sabões nas propriedades germicidas de certos compostos mercuriais, concluindo que a associação do sabão com o cianeto de Hg. constitue o melhor antiséptico, tanto pelo seu elevado poder germicida, como pela sua acção generalizada a uma grande variedade de micróbios, nós pretendemos apenas arranjar um sabão, não irritante dos tecidos, que fôsse antiséptico de verdade e não com um falso poder antiséptico, como os sabões de sublimado, de ácido fénico e de formol, do comércio, que o são apenas em teoria, como se conclue das nossas experiências e das de W. Schrauth, W. Schöller e Hampil.

Contudo, como as experiências feitas com o soluto de cianeto a 1^o/₁₀₀ nos mostraram uma sensível diminuição do seu poder antiséptico no fim de três meses e meio, julgamos conveniente que sempre que haja necessidade em conservar o sabão de cianeto a 2^o/₁₀₀, por espaço de tempo superior a quatro meses, se deve adicionar o cianeto somente na ocasião do emprêgo, para evitar uma possível diminuição do seu poder bactericida.

¿ Esta diminuição do poder germicida do sabão líquido mercurial será devida à redução do cianeto pelo próprio sabão? ¿ Será possível evitá-la? É o que temos ainda em estudo.

Para o fim em vista, a profilaxia das doenças venéreas na nossa Marinha de Guerra, basta-nos portanto preparar mensalmente a quantidade de sabão de consumo provável para o máximo de três a quatro meses, pois que até essa data êle nos dá uma garantia absoluta.

Já tínhamos assim o sabão antiséptico que desejávamos. Faltava-nos o dispositivo para as praças poderem lavar os seus órgãos genitais, com facilidade e sem possíveis contágios.

Nada encontramos no mercado que correspondesse ao fim em vista, mas conseguimos da Fábrica Lusitânia que nos fizessem um modelo apropriado, onde qualquer praça se lava com facilidade. É um urinol de parede, cujo bico, comprido bastante, é enfiado entre pernas, na posição de pé. Uma torneira de água e um depósito de vidro para o sabão líquido, completam a instalação. Foi o que montámos no Dispensário de Higiene da Armada, no Arsenal da Marinha, que abriu em 17 de Julho último.

Êste pôsto de profilaxia funciona permanentemente, e, até 31 de Dezembro último, foram ali feitas 521 lavagens profilácticas.

Junto dêle funciona um pôsto de tratamentos.

Sobre os resultados do método que preconizamos — simples lavagem externa e demorada com o sabão líquido mercurial, nas primeiras três horas que seguem o coito, acompanhada de uma micção, se possível — diremos que dos 326 doentes inscritos até àquela data, no pôsto de tratamentos, contam-se 55 com doenças venéreas agudas, sendo blenorragia aguda, 41; cancro mole, 7; e cancro duro, 7, e nenhum dêstes doentes tinha feito

a sua lavagem profiláctica ou tinha-a feito com um intervalo superior a quatro horas depois do coito.

De todos os sargentos e praças que a fizeram, em número de 521, apareceram apenas 2 à consulta do Dispensário, com uretrites, das quais uma era amicrobiana, segundo o resultado de vários exames microscópicos do pus, de natureza química provavelmente, e a outra, a que pela escassez da secreção foi possível fazer apenas uma análise microscópica, que deixou a suspeita de tratar-se de gonococcus, era num doente com um canal cego e em infundíbulo junto da commissura superior do meato, em que a simples lavagem externa era manifestamente insuficiente.

É um período de tempo ainda pequeno, relativamente, para se poder firmar um método, cuja novidade e grande simplicidade sobretudo, têm constituído um obstáculo à sua adopção franca, por alguns médicos que já o conhecem.

Contudo, achamos estes resultados tão animadores, que decidimos trazê-lo desde já, a esta Sociedade, para o submettermos à apreciação de V. Ex.^{as}.

UN ESSAI DE PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES

(RÉSUMÉ)

D'après les statistiques officielles, le pourcentage des maladies vénériennes dans la Marine de Guerre Portugaise est trop élevé en comparaison avec les marines des pays où la prophylaxie de ces maladies est obligatoire. Nous avons donc essayé de mettre en pratique les méthodes appliquées à l'étranger, en les rendant aussi simples que possible, sans nuire à leur efficacité.

Ces méthodes consistent généralement dans la désinfection externe avec de pommades au calomel ou à la chloramine, et désinfection uréthrale avec instillations d'argirol, protargol, acriflavine, etc.

Les pommades commencent à être abandonnées, autant par leur faible pouvoir antiséptique, ce qui oblige à les conserver pendant quelques heures, que par la répugnance qu'ont beaucoup

de gens à en faire usage. C'est à cause de ça que quelques pays commencent à employer pour la désinfection externe le permanganate, l'oxicyanure de mercure et le sublimé.

La méthode la plus simple est suivie dans la Marine de Guerre Espagnole. C'est celle de Sanchez Gomez, qui consiste à faire, après le lavage à l'eau et savon, la simple désinfection externe, pendant trois ou quatre minutes, avec la solution, chaude si possible, d'oxicyanure de mercure à 1 ‰.

Les études bactériologiques de Sanchez Gomez, commandant-médecin de la Marine de Guerre Espagnole, publiées dans le *Boletin de Medicina Naval*, de 1 mars 1919 et présentées au Congrès des Chirurgiens Militaires des États-Unis d'Amérique (Boston Mass. 2-4 juin 1921) et au 4^e Congrès de la Ligue Mondiale pour la Réforme Sexuelle (Vienne, 1930), montrent que, après un contact sexuel contagieux, les gonocoques se déposent seulement sur le gland et le prepuce en particulier, et que seulement cinq ou six heures après ils pénètrent dans l'urèthre, milieu très favorable pour leur développement.

D'après ses observations, Sanchez Gomez a conclu qu'une désinfection bien faite et seulement extérieure, dans les premières trois ou quatre heures après le contact sexuel, évitait sûrement les maladies vénériennes, car l'inoculation du chancre vénérien et du chancre dur sont externes, en général.

Ayant employé son système de prophylaxie, Sanchez Gomez a pu déclarer dans son article «Un Record en Profilaxis Venerea», publié dans la *Revista de Sanidad de la Armada*, Madrid, mai de 1928: «Pendant toute l'année de 1927 il n'y eut sur cinq cents hommes, attachés au service du Ministère (matelots et soldats de l'infanterie de la Marine), aucun cas de contagion de syphilis, blennorrhagie ou chancre vénérien dans l'infirmerie du Ministère de la Marine d'Espagne, après l'usage de la prophylaxie post-coitum».

Le major Reid, qui a essayé ce même système dans l'Armée Anglaise, confirme ces résultats.

Pour la rendre encore plus simple, nous avons essayé d'incorporer le désinfectant dans le savon de lavage, ce qui permet de réduire aussi bien le temps consacré à la désinfection, que l'installation des cabines prophylactiques.

Nous avons mis de côté le bichlorure de mercure, car nous

savons déjà que ce sel mercuriel, en contact avec du savon, souffre une réduction, dégageant le mercure métallique.

Nous avons essayé le cyanure de mercure, qui est plus stable que l'oxicyanure et le formol du commerce.

Un savon neutre à l'huile de coco a été préparé d'après trois formules, chacune ayant, respectivement, 1^o/₀₀ de cyanure de mercure, 2^o/₀₀ de cyanure et 2^o/₀₀ de formol à 40^o/₀.

On a fait des essais bactériologiques avec des cultures de staphylocoques de vingt-quatre heures, en les laissant en contact avec ces savons antiseptiques, pendant un, deux, trois, quatre et cinq minutes, on observait les résultats pendant trois jours.

Les savons de cyanure à 1 et 2^o/₀₀ évitèrent le développement de colonies, tandis que le savon au formol n'a montré aucun pouvoir antiseptique, puisque des colonies se sont développées dans tous les tubes.

Ces expériences ont été répétées avec les mêmes savons de cyanure, un mois et demi après, avec les mêmes résultats satisfaisants.

De nouvelles expériences réalisées quatre mois après, ont montré que le savon de cyanure à 1^o/₀₀ avait subi une réduction si fort de son pouvoir antiseptique, qu'il fallut un contact de quatre minutes pour éviter le développement des colonies.

Cette étude a été faite à l'hôpital de la Marine, par le lieutenant M. Seixas Serra, à notre demande.

D'après ces résultats, nous avons choisi le savon de cyanure à 2^o/₀₀, en solution, à employer dans le délai maximum de quatre mois, pour la prophylaxie des maladies vénériennes dans le «Dispensário de Higiene da Armada», qui a été inauguré le 17 juillet 1933.

Des études de Hampil, donc nous avons pris connaissance quatre mois après nos expériences, confirment nos résultats.

Hampil a vérifié que l'addition de savon au cyanure de mercure augmentait trois ou quatre fois son pouvoir antiseptique, pour une grande variété de bacilles et coccus Gram-positifs et négatifs.

L'installation d'une de nos cabines de prophylaxie est très simple. Un robinet pour l'eau, un réservoir en verre pour le savon (car il attaque le métal) et une espèce d'urinal de mur, dont

le bec est un peu allongé, pour pouvoir être mis entre les jambes, de façon à ne pas salir le linge.

De cette façon on peut se laver et faire sa désinfection tout seul, avec la plus grande facilité.

À côté des cabines de prophylaxie, qui sont ouvertes en permanence, fonctionne un poste de traitement des maladies vénériennes, et avec cet ensemble il est tout à fait facile de contrôler l'efficacité de notre méthode, étant entendu que tous les lavages prophylactiques sont dûment enrégistrés dans un livre spécial, avec désignation de personne, heure et date.

Sur les résultats de cette méthode, qui consiste seulement dans le savonnage extérieur avec ce savon mercuriel, dans les trois premières heures post-coitum, accompagné d'une miction, si possible, nous avons constaté que, parmi 326 malades inscrits au poste de traitements, jusqu'au 31 décembre 1933, 55 ont eu des maladies vénériennes aiguës: 7 chancres vénériens, 41 blennorrhagies et 7 chancres durs. Aucun de ces malades n'avait fait le lavage prophylactique ou l'avait fait après trois heures post-coitum.

Parmi ceux qui ont fait le lavage correctement jusqu'au 31 décembre, au nombre de 521, deux seulement sont venus à la consultation au poste de traitements, avec urethrites aiguës. La première amicrobienne, chimique peut-être. L'autre n'a subi qu'un seul examen microscopique, à cause de la faiblesse de l'écoulement, et nous a laissé des doutes sur la présence du gonocoque. Le malade présentait un canal large et infundibulaire, au voisinage de la commissure supérieure du méat, de telle sorte que la désinfection externe serait sans doute insuffisante.

Il est trop tôt encore pour tirer des conclusions définitives, mais nous trouvons ces résultats assez intéressants pour les publier, et nous reviendrons plus tard sur le même sujet.

AN ESSAY ON VENEREAL PROPHYLAXIS

(RESUME)

As it has been ascertained by the official statistics that the percentage of venereal diseases in the Portuguese Navy is very much high in comparison with the Navies of other countries



where the treatment is compulsory, we have tried to employ the methods adopted abroad, simplifying them as much as possible, but not to the detriment of their efficiency.

Those methods, as a rule, consist in external disinfection with ointments, having as basis calomel or cloramine and urethral disinfection with injections of argirol, protargol, acriflavina, etc.

The ointments are being rarely used, not only owing to their low antiseptic efficiency, — therefore being compelled to use it for a few hours — but also a certain amount of reluctance on the part of those using it owing to its messy nature.

Therefore, in some countries, they have adopted as an external desinfectant, such products as permanganate, oxicyanide of mercury and sublimate.

It is in the Spanish Navy that the method is very much simplified; it is the Sanchez Gomez method and it consists after a previous cleansing with soap and water, in an external cleansing during three or four minutes with a solution of one per 1.000 of oxicyanide of mercury, warmed up if possible.

Bacterial studies made by Sanchez Gomez published in the Bulletin N.º 11 of the Naval Medicine dated 1st March 1919 and presented before the Congress of Military Surgeons at Boston in June 1921 and to the 4th Congress of the World League for Sexual Reform at Viena in 1930, have demonstrated that after a contagious intercourse, the gonococcus are deposited in the external surface of the penis, glans and prepuce in particular, and it is only after five or six hours that they get into the urethra, as their best way of development.

Sanchez Gomez has therefore concluded that a good disinfection made externally and during the first three or four hours after the intercourse, will without doubt, prevent venereal diseases, considering the inoculation of the cancer, hard and soft, is also, as a rule, externally.

He put his system into operation and the results are contained in his article «A Record of Venereal Prophylaxis» published in the revue *Revista de Sanidad de la Armada*, of May 1928, wherein he states the following: «During the year 1927 there was not a single case of sifilis, venereal cancer or blenorragia amongst the 500 men, sailors and soldiers permanently stationed

at the Ministry of Marine and other departments, and which used the external desinfection of the urethra up to four hours inter-course».

Major Reid, in the English Army, by the use of only an extra-urethral wash and antiseptic bathing, confirm the practicability and the efficacy of this system.

In view of the excellent results obtained by Sanchez Gomez and Reid, we adopted his method of prevention as a basis, considering same is the simplest of the lot, being it necessary to have a simple method in view of the rudimentary education of the persons concerned.

General speaking, a simple method is always well received, this not being the case with the ointments, injections and even the usual cleansing with the ordinary desinfectants.

It has been tried to incorporate the desinfectant in the proper soap, therefore reducing everything to one single operation.

We did not try bichloride of mercury as according to the essays on the part of Schrauth and Schöller, we were already aware that when combined with a solution of soap, same is apt to dissolve, releasing therefore the metallic mercury.

We tried cyanide of mercury being more stable than the oxycyanide and the ordinary formol.

We prepared three formulae of cocoanut oil soap, containing each one respectively one per 1.000 of cyanide of mercury, 2 per 1.000 of cyanide of mercury and 2 per 1.000 of formol at 40 0/0.

Bacterial trials were made with staphilococcus germs of 24 hours, letting them remain in contact with the antiseptic soap during 1, 2, 3, 4 and 5 minutes and observing the results during three days.

The soaps containing 1 and 2 per 1.000 of cyanide prevented the development of the germens, whilst the soap with the formol had no antiseptic use at all, as the germs developed in all the tubes.

The same tests were repeated (with cyanide soaps only) one month and a half later and always with the same good results.

Renewing the tests four months later, it was ascertained the soap with cyanide at 1 per 1.000, had received such a set back in its properties that it was only after four minutes of contact that it prevented the development of the germs.

IODALOSE GALBRUN

iodo Physiologico, Soluvel, Assimilavel

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

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

Vinte gotas IODALOSE operam como um gramma Iodureto alcalino.
DOSES MEDIAS : Cinco a vinte gotas para Crianças ; dez a cinquenta gotas para Adultos.

P. dir folheto sobre a Iodothérapie physiologica pelo Peptoniido.
LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musc, PARIS

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

Perfetta Tolerancia da creosote. Assimilação completa do phosphato de cal.



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE

de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

Anticarrhal e Antiseptico

Eupeptico e Reconstituente.

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.



Dr. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

GRIPPE

PARIS (8º)

RACHITISMO

Tratamento especifico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

Drageas com base de *Hypophyse* e de *Thyroide* em proporções judiciosas,
de *Hamamelis*, de *Castanha da India* et de *Citrato de Soda*.

PARIS, P. LEBEAULT & Cº, 5, Rue Bourg-l'Abbé
A VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

Pielite / Cistite

Nestas afecções, como em todas de natureza infeccioso-inflamatória do aparelho genito-urinário, proporciona a **NEOTROPINA** os melhores resultados devido à sua acção antiseptica, seu poder de penetração e, sobretudo, seu efeito sedativo nas inflamações. Os sintomas inflamatórios agudos desaparecem em muitos casos a 48 horas de administrado o medicamento

Embalagem original:
Frasco com 20 drageas de 0,1 gr.



NEOTROPINA

SUBSTANCIA CORANTE BACTERICIDA

Representantes:

SCHERING S. A. PORTUGUESA R. L.
Apartado 279, Lisboa
SCHERING-KAHLBAUM A. G.
B E R L I N

Schering

This study was made at the Navy Hospital by Pharmacist 2nd Lieutenant Seixas Serra, and it was therefore concluded that soap with cyanide 2 per 1.000 should be used in solutions, for a consumption not exceeding four months.

The works of Hampil, which came to our knowledge after our trials, confirmed our results as this author verified that the addition of soap to cyanide of mercury increased its antiseptic value against a great variety of bacillus and coccus Gram-positives and negatives.

It was therefore mercurial liquid soap (with cyanide 2 per 1.000) that we employed against the prophylax of venereal diseases in the Hygienic Dispensary of the Navy, installed on the 17th July last. The installation of a cabin for the prophylax is extremely simple with our method, as it consists of a sort of an upright urinol, which point somewhat longer than the normal, is placed between the legs whilst standing up, therefore avoiding wetting the clothes, also a tap for the water and a round ball of glass for the soap.

In this manner each sailor can easily disinfect himself without any complications whatsoever.

Near the permanent cabin for the prophylax there is also a treatment dispensary for the venereal diseases and with its conjunction, it is very easy to control the efficiency of the prophylax method we adopt, inasmuch as all washings are duly registered in a proper book with the identity, date and hour when it took place.

Dealing with the actual results of the method, which consists only in a prolonged external washing during three or four minutes, with the liquid mercurial soap during the first three hours after the intercourse, together with making water, if possible, we will say that out of 326 cases registered in the dispensary, up to 31st December last, 55 cases had acute v. d., being 7 with soft cancer, acute blenorrhagia 41 and hard cancer 7, but not one of the cases had made. prophylactic washing or had it done after a period over 4 hours.

Of all those that had it done correctly, up to that date, amounting to 521 cases, only 2 appeared before the treatment post with urethrites acute, one of the cases being with a amicrobiana, probably of chemical nature and the other, which the only possible

microscopic analysis of a light secretion, gave a suspicion of gonococcus, but it was a patient with a blind and large channel near the superior commissure of the meatus, being therefore apparent that a ordinary external cleansing was of no use.

It is yet early to assume definite conclusions, but whilst the results are already interesting enough for publication, we will await a little longer before presenting them again.

ANOMALIA URETERAL ESQUERDA INCONTINÊNCIA DE URINAS (1)

POR

MÁRIO CONDE
Antigo interno dos Hospitais

A bibliografia médica está cheia dos mais variados aspectos de anomalias do aparelho urinário. Quási se metodizam as excepções da natureza, por regras, a que os autores emprestam o entusiasmo dos casos que em realidade conheceram.

No entanto, e precisamente porque a anomalia é sempre estranha a qualquer sistematização, as variantes dessas irregularidades podem sujeitar-se a modalidades imprevistas e cumular aspectos diferentes de uma mesma alteração.

O exemplo que vos trago é interessante, sob mais de um desses aspectos, e só êsse interêsse justifica e até certo ponto compensa a insuficiência da exposição.

Reúne êste caso uma anomalia de número, de disposição, de calibre e de terminação do uretero esquerdo.

A pequenina Maria do Carmo, de 6 anos de idade, internada no Serviço 6, Sala 2, do Hospital de Santo António dos Capuchos, apresenta desde nascença uma incontinência de urinas, permanente, dia e noite, que a traz constantemente molhada.

A-par desta incontinência, a doente executa micções espontâneas, com uma regularidade que assemelha o normal.

Êste facto constitue tôda a sua sintomatologia e nenhum estigma ou antecedente se nos mostra para citação.

(1) Comunicação apresentada à Associação Portuguesa de Urologia, em Junho de 1933.

A pequena é proporcionada, em estatura e desenvolvimento, à idade que mencionei.

Esta história tão curta é, no entanto, bastante nítida para lhe compreender o significado e conduzir às explorações que vou mencionar:

Visualização do aparelho urinário.

1.^a observação — Pratica-se uma urografia excretora por injeção intravenosa de abrodil, no consultório do Dr. Carlos Santos.

Os bassinets e ureteres visualizam-se facilmente com sede, disposição e trajecto que parecem normais. A visualização dos ureteres não atingiu a sua porção terminal juxta-vesical, porventura a que mais interessava, motivo porque se procedeu a uma segunda observação.

2.^a observação — Esta, feita com injeção intravenosa de *uroselectan B*, igualmente de colaboração com o Dr. Carlos Santos, não permitiu melhores resultados. As provas radiográficas são, neste aspecto, menos nítidas do que as primeiras e igualmente não concludentes.

Exame cistoscópico. — Capacidade vesical aproximadamente de 200 cc. Aspecto da mucosa normal em tôdas as zonas; constatado a existência de dois orifícios ureterais, um direito e outro esquerdo, em posições simétricas, lineares, como normais.

Na mesma sessão pratico uma injeção de carmim de indigo intravenosa: ejaculação ureteral direita aos 3 minutos; do lado esquerdo ausência total de corante, procurado até aos 15 minutos.

No decurso desta exploração, o carmim mostra-se igualmente na urina, que constantemente surge na vulva, não permitindo, no entanto, mesmo corada, mostrar o seu ponto de emergência.

Cateterismo ureteral. — Do lado direito, praticável até ao bassinete; do lado esquerdo o meato ureteral, permeável a uma sonda n.º 6, permite apenas a progressão da sonda na extensão de 2 cm.

Repetido numa 2.^a observação, confirma inteiramente os dados da 1.^a: o uretero esquerdo é permeável ao catéter apenas nos seus dois primeiros centímetros supravesicais, mesmo utilizando as sondas mais finas.

FÓSFORO - CÁLCIO - MAGNÉSIO
sob a sua forma mais assimilável



FITINA

**RECONSTITUINTE
TÓNICO
REMINERALISADOR**

VALE

1 tubo de
FITINA
(20 compr.)

Medicamento fosfo-orgânico vegetal, extraído de sementes de cereais. Encerra três elementos indispensáveis à vitalidade do organismo e à actividade do sistema nervoso e glandular:

FÓSFORO - CÁLCIO - MAGNÉSIO

22 %

12 %

1,5 %

FITINA

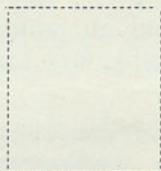
“CIBA”

O melhor agente medicamentoso que se póde opôr
às insuficiências de assimilação do fósforo e às suas
perdas excessivas:

Trabalho físico e
mental excessivo;
Neurastenia; Anemia;
Convalescença; Tuberculose.

E' tambem de grande utilidade durante o período de
gravidez e amamentação.

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle
Representantes para Portugal: E. BRUNNER & C.^a, L.^{da}
Rua da Madalena, 128-1.^o — LISBOA



REMETE:

Nome:

.....

Rua:

Povoação:

Produtos “Ciba”

Representantes para Portugal:
E. BRUNNER & Cia., Lda.

LISBOA

128, R. da Madalena, 1.^o

O exame ureterográfico por injeção de abrodil, os resultados da eliminação corada uretero-vesical e do cateterismo ureteral, mostram-nos que a anomalia deve derivar do rim esquerdo, pela existência de um uretero que parecia único na sua porção inicial, mas que poderia ser bífido na sua parte inferior e cuja terminação única ou principal se fazia por uma implantação vulvo-vaginal.

¿O pequeno trajecto ureteral de implantação vesical esquerdo, cego ou obliterado, a 2 cm. da bexiga, corresponderia a um segundo uretero atrófico não visualizado, portanto, na pielo-ureterografia, por ausência total de função, ou seria o segundo ramo igualmente atrófico de uma bifurcação do uretero único visualizado?

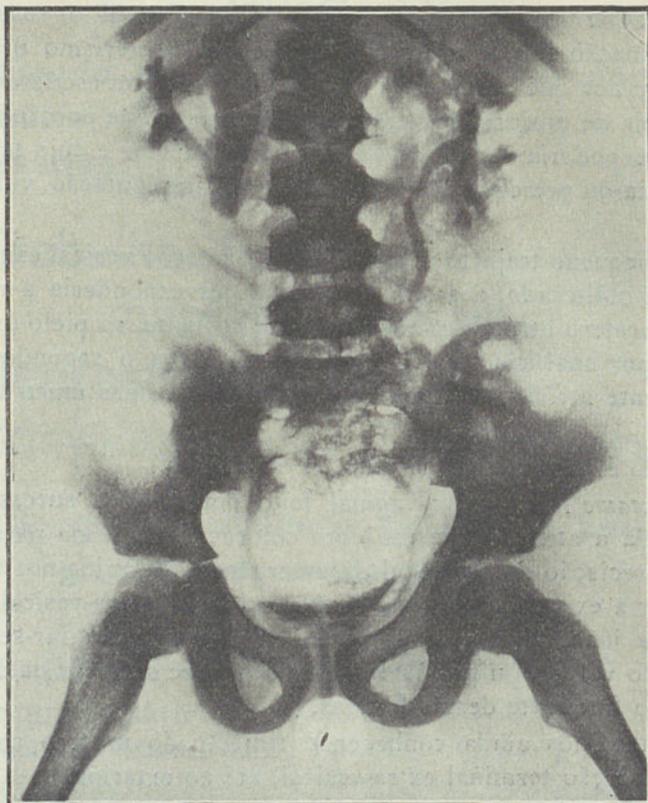
Tudo é possível em assunto de anomalias.

O *exame local* vulvo-vaginal feito em sessões sucessivas e com toda a atenção, mesmo com coloração da urina para mais fácil apreciação do seu local de emergência, permitia-nos apenas verificar a existência de uma fistula urinária (extra-vesical) inteiramente inacessível à exploração. A implantação far-se-ia no vestibulo vulvar, ou possivelmente na parede anterior da vagina, sede tão freqüente destas fistulas.

Restava-nos ainda conhecer o trajecto do uretero anómalo na sua porção terminal extra-vesical, até ao exterior.

Ocorreu-nos então a idea de, comprimindo de qualquer forma a sede da implantação terminal vulval, dêsse uretero, conseguir reter na sua luz a urina opacificada na medida suficiente, para desenhar na chapa o contôrno e a disposição de todo o seu trajecto supra-jacente (Dr. Carlos Santos).

Comprimindo fortemente a vulva de encontro ao arco inferior do púbis com um delgado tampão formado de compressa e ruber-dum, nós conseguimos obter a chapa que vos apresento, a qual não mostrando ainda o trajecto desejado, serviu, pelo menos, para esclarecer a disposição muito curiosa que apresenta o uretero esquerdo na sua porção inicial, descrevendo uma ansa ascendente e infundibiliforme, numa zona de enorme dilatação.



Esquerdo

Direito

Em 19 de Fevereiro de 1932 *operação* (Dr. Azevedo Gomes-Mário Conde).

Descoberta do rim esquerdo. Consta-se a presença de dois ureteres, um perto do polo superior, muito dilatado, sinuoso; outro junto ao polo inferior, atrófico.

Os vasos concentram-se no pedículo superior.

Faz-se uma injeção corada no pedículo superior e constata-se a aparição do corante na urina vulvar.

A hemi-nefrectomia não tem indicação por ser certamente restrita a zona renal pertencente ao uretero inferior e pelo aspecto atrófico acentuado dêste conduto.

Pratica-se a nefrectomia esquerda, com encerramento total.

20 minutos depois da operação o cateterismo vesical evacua uma urina límpida, sem vestígios do corante injectado.

A pequena doente tem alta aos 15 dias, curada.

O rim é conservado, mostrando a disposição prevista.

RELATÓRIO ANÁTOMO-PATOLÓGICO

Exame macroscópico. — Rim de forma e dimensões aproximadamente normais, de côr vermelho-escura.

Cápsula própria branco-acinzentada, difficilmente descolável. Na região hilar, além dos vasos do hilo, nota-se a presença de dois bacinetes, um superior e outro inferior, de cada um dos quais parte um uretero distinto.

A superfície de secção mostra, além da reduzida espessura da camada cortical, as pirâmides e os cálices dispostos de maneira a formarem dois sistemas distintos, correspondentes aos dois bacinetes observados no hilo.

(a) Luiz Bandeira.

Em resumo. — Duplicidade ureteral esquerda; um dos ureteres, o superior, descrevendo uma curvatura anormal em ansa fortemente ectasiada, continua-se por um trajecto extra-vesical, não verificado e apresenta uma implantação vulvar.

O inferior, perfeitamente atrófico, tem uma implantação vesical em sede normal, mas estenosa-se ou oblitera-se a 2 cm. da bexiga.

Do lado direito não parece existir alteração numérica, mas o uretero sendo único, é igualmente sinuoso e largo, sem atingir as dimensões do do lado oposto.

Darget mostrou que em assuntos de anomalias, tôdas as regras são falíveis e todos os casos merecem, pois, a citação dos seus contrastes, razão única pela qual julguei merecida esta descrição.

Revista dos Jornais de Medicina

Sintomas abdominais com ou sem lesões abdominais na acidose diabética. (*Abdominal Symptoms with or without abdominal lesions in diabetic acidosis*), por Mc KITTRICK. — *New Engl. Jour. of Med.* 23 de Novembro de 1933.

As dúvidas que se levantam na diferenciação dos sintomas abdominais agudos nos diabéticos, em certos casos fenómenos exclusivos de pura acidose, noutros, manifestações abdominais cirúrgicas acompanhadas de acidose ou côma diabético, são tão grandes, que é forçoso recorrer a todos os elementos da história clínica, aos exames físico e laboratorial, etc., de maneira a obter indicações indispensáveis para o tratamento da acidose só ou para o tratamento desta a-par da emergência cirúrgica. O A. respiga variadas referências bibliográficas sobre o assunto e termina com o seguinte sumário:

Em todos os doentes operados e em que as investigações abdominais resultaram negativas quanto à existência de manifestações inflamatórias abdominais, julgou-se a indicação operatória em suposição de lesões cirúrgicas extensas, tais como as de pancreatite aguda, peritonite geral, úlcera perforada, etc.

Em todos os casos pessoais do A. com diagnóstico de apendicite aguda e em acidose ou não, se verificou uma história de dores espontâneas e provocadas e sinais de defesa muscular. A intensidade da dor e do espasmo muscular é talvez menos acentuada nos casos de simples acidose do que nos doentes não diabéticos com sintomas de apendicite aguda.

Uma história clínica tirada com cuidado pela bôca do doente, quando isso é possível, ou por intermédio de pessoa de família, pode revelar o início da doença antes como acidose do que como manifestação de uma lesão cirúrgica.

Uma história de indisposição, estado vertiginoso, vômitos, dor difusa abdominal, com defesa generalizada é tão sugestiva de acidose diabética sem patologia intra-abdominal, que a operação não deve efectuar-se senão ao fim de 3 ou 4 horas de tratamento insulínico apropriado. Por outro lado, uma história de dor abdominal, com ou sem vômitos, associada com dor localizada e defesa abdominal limitada, com espasmo muscular, depõe a favor de uma afecção intra-abdominal com acidose.

Em casos raros, quando a diferenciação é impossível e o estado do doente contra-indica uma demora na intervenção, é menos perigoso abrir precocemente o abdómen, sob anestesia local, do que demorar a intervenção.

MORAIS DAVID.

O exame radiológico da vesícula biliar. (*The roentgen examination of the gall bladder*), por GEORGE N. HOLMES. — *New Engl. Jour. of Med.* 23 de Novembro de 1933.

Holmes, do departamento radiológico do Massachusetts General Hospital, alude às regras fundamentais do exame radiológico para as vias biliares e mais particularmente para a colecistografia, e conclue:

Na época presente, a segurança do exame radiológico da vesícula biliar permite resultados certos em uma alta percentagem de casos, não só em face da presença ou ausência de calcos, mas também em relação com o estado funcional da vesícula biliar. Apenas em uma percentagem mínima de afecções vesiculares sem calcos pode a função da vesícula apresentar-se em termos de tal normalidade radiológica que se conclua por uma integridade que de facto não existe. Por outras palavras, o exame radiológico negativo não exclue doença da vesícula biliar. A técnica necessária para um exame perfeito é de uma grande simplicidade. Não há contra-indicações especiais ao exame com contraste pelo que se refere a qualquer perigo para o doente.

A prova é geralmente positiva, isto é, a vesícula não se visualiza em doentes com icterícia ou com neoplasias do fígado ou do pâncreas e tem fraco valor diagnóstico em tais casos. Por esta razão, a presença de icterícia é muitas vezes considerada como uma contra-indicação para o uso do método de contraste.

MORAIS DAVID.

Trombose e embolia pulmonar. (*Thrombosis and pulmonares embolism*), por T. N. BEEL. *The Am. Jour. of Path.* Janeiro de 1934.

A sua relativa raridade como entidade clínica, complicação mais particular da fase post-operatória, contrasta com a frequência que revela o exame das autópsias em série.

O termo embolia pulmonar é usado aqui num sentido restrito, como coelhos sanguíneos móveis, formados durante a vida, de tamanho apreciável a olho nu, alojados no sistema arterial pulmonar ou dentro das cavidades do coração direito. A percentagem dos achados de autópsia depende grandemente do cuidado e técnica com que se executo o exame.

A destrição entre êmbolos e trombos autóctones é muito difícil em certos casos. Estes casos duvidosos foram banidos das observações do A. que entram no seu estudo.

Em um total de 567 autópsias demonstrou-se a embolia pulmonar em 56 casos e em cerca de 37 a oclusão circulatória, no terreno pulmonar, era de molde a explicar a morte.

Os casos médicos predominavam sobre os cirúrgicos em uma relação de 40 para 16, respectivamente.

Em detalhe, estes 56 casos formam três grupos clínicos distintos:

O primeiro, o mais numeroso, é constituído pelo grupo de insuficientes cardíacos de vária patogenia; a sede de formação dos trombos foi por ordem decrescente nas veias do membro inferior, nas veias do membro inferior e no

coração direito, no coração direito só, nas veias prostáticas, nas veias jugulares ou traqueais. Poucos foram os casos em que não foi possível determinar a sede de formação dos trombos. Com excepção de 2 casos, todos os outros mostraram infarto pulmonar.

O segundo grupo é constituído por doenças incuráveis em estado de caquexia e em cerca de 1/3 dos casos a embolia pôde explicar a causa da morte.

A sede dos trombos foi, também por ordem decrescente de frequência: nas veias do membro inferior, veia femural só, veias ilíacas só, veia cava inferior, veias pélvicas. Na quasi totalidade dos doentes havia concomitantemente insuficiência do coração.

O terceiro grupo compreende os casos de morte súbita com embolia pulmonar maciça, em indivíduos convalescentes, em condições de boa sobrevivência.

Neste grupo, com uma percentagem de casos sensivelmente igual à do segundo grupo, marca a particularidade de serem na sua maioria casos cirúrgicos (11 casos cirúrgicos para 4 casos médicos). Naqueles sucedeu-se a embolia a laparotomias, 6 casos; fracturas do fémur, 3 casos; injeção esclerogénea de varizes, 1 caso; prostatectomia transuretral, 1 caso. Nos casos médicos foram 2 em convalescença de pneumonia lobar; 1 de artite céptica e 1 de anemia perniciosa na fase de remissão. Na autópsia as trombose venosas foram encontradas nas seguintes localizações, também pela mesma ordem de frequência: veias do membro inferior, veia femural só, veia cava inferior, ilíaca interna. Em 5 casos não se encontrou trombose e em alguns coincidia alteração miocárdica com infiltração gorda, degenerescência gorda ou doença coronária.

Uma análise, sob o ponto de vista cardíaco, mostra, nestes 56 casos de embolia, 25 inválidos por insuficiência cardíaca e 25 com desordens cardíacas menos acentuadas.

O problema capital em relação com a embolia pulmonar é o da etiologia da trombose venosa espontânea e tudo faz realçar a importância que para a chamada trombose venosa espontânea tem o estado funcional do coração.

MORAIAS DAVID.

Estudos acerca de hipertensão experimental. (*Studies on experimental hypertension*), por H. GOLDBLATT, J. LYNCH, R. HANZAL e W. SUMMERVILLE. — *The Jour. of Exp. Med.* Março de 1934.

Os métodos diferentes empregados para determinar nos animais o aumento da tensão vascular, injeção de substâncias nefrotóxicas, irradiação do parênquima renal pelos raios X, estase venosa do rim, excisão de porções variáveis do parênquima com ou sem laqueação de alguns dos ramos da artéria renal, mostram os seus efeitos hipertensivos de uma maneira transitória.

Segundo Cash, estes efeitos estão necessariamente ligados a uma absorção pelo organismo de tecido renal necrótico.

Segundo a sugestão de Fahr, a esquiemia renal, só por si, reveste no homem uma importância capital na gênese da hipertensão vascular, mas esta asserção não tem sido posta à prova na hipertensão experimental dos animais.

No estudo dos autores a hipótese de trabalho assenta em que a esquiemia renal pode ser a condição inicial na patogenia da hipertensão associada à nefroesclerose e se este princípio é certo a esquiemia renal, por qualquer processo que se gere, deve ser seguida de elevação na pressão sanguínea. Os autores provocaram a esquiemia do rim pela constrição vascular dos vasos arteriais mais importantes e resumem assim o seu estudo:

Nos cães, a esquiemia do rim é uma condição suficiente para provocar nos animais um aumento persistente da tensão vascular sistólica.

Nos casos em que se determina uma constrição pouco elevada de comêço em ambas as artérias principais, a hipertensão sistólica não se faz acompanhar de sinais de insuficiência da função renal. A este respeito a hipertensão nestes animais assemelha-se a hipertensão humana ligada com a nefrosclerose benigna.

O ulterior apêto ou constrição das artérias principais do rim não implica materialmente alteração da função do rim, talvez porque se desenvolva uma circulação acessória adequada às novas condições de experiência.

À constrição quasi completa dos vasos renais, abrupta e inicial, segue-se uma grande elevação da pressão sistólica, acompanhada de graves manifestações de compromisso renal e urémia, situação comparável ao tipo de hipertensão conhecido pelo nome de hipertensão maligna do homem.

Em alguns dos animais com hipertensão persistente havia alterações anatómicas dos glomérulos, dos vasos e do parênquima.

MORAIS DAVID.

Argiria. (*Argyria*), por H. K. BERKLEY. — *Jour. of. Med. Ass.* 20 de Janeiro de 1934.

Pelo uso prolongado de preparados de prata coloidal, em instilação nasal, pode produzir-se a argiria.

O autor chama a atenção para a desagradável conseqüência dum tratamento tão corrente e apresenta as resenhas de 2 casos clínicos.

MORAIS DAVID.

Tumores malignos do cólon. (*Malignancy of the colon*), por C. L. SMART — *The New Eng. Jour. of Med.* 14 de Dezembro de 1933.

Os tumores malignos aqui são sinónimo de carcinoma.

Fazem-se alusões elementares de ordem clínica e terapêutica e citam-se algumas histórias de doentes.

MORAIS DAVID.

Varizes e seu tratamento médico. (*Varicose veins and the injection treatment*), por G. T. PENNOYER. — *The New Eng. Jour. of Med.* 14 de Dezembro de 1933.

O autor elogia os resultados do método do tratamento, que descreve.

MORAIS DAVID.

Tratamento de algumas formas de esclerose em placas, pela lecitina. (*Lecithin treatment of some multiple sclerosis syndromes*), por MAX WEINBERG. — *The Journal of Nervous and Mental Diseases.* Vol. LXXIX. N.º 3. Março de 1934.

12 casos de edema em placas foram tratados com injeções intrarraquidianas de lecitina, segundo o método de Minnea e Dragomis.

10 destes casos foram cuidadosamente estudados antes e depois do trabalho. 9 apresentaram nitidas melhorias. Entre estes, alguns eram síndromas de alta gravidade.

O método não faz correr risco algum ao doente, embora seja bastante incómodo. Consiste, essencialmente, em injeções de lecitina intrarraquidianas, acompanhadas da administração *per os* de óleo de figado de bacalhau em dose elevada e de injeções de cloridrato de quinino.

A justificação teórica do método, segundo o A., é a possibilidade da neutralização do elemento lipolítico, existente no líquido céfalo-raquidiano, pela lecitina injectada.

Os resultados são de molde a justificar mais tentativas com este método de tratamento.

ALMEIDA LIMA.

A narcose prolongada pelo ácido dialilbarbitúrico, como terapêutica em certos síndromas psiquiátricos. (*Narcosustained Therapy with diallylbarbituric acid in psychiatry*), por ALEXANDRE MAGNUS. — *The Journal of Nervous and Mental Disease.* Vol. LXXIX. N.º 3. Março de 1934.

Relato de 38 casos, escolhidos entre 88, tratados pelo A., pelo método da narcose prolongada, durante os últimos 4 anos.

O A. julga poder tirar as seguintes conclusões da sua experiência deste tratamento:

O tratamento pela narcose é de grande valor terapêutico na psicose maniaco-depressiva e em certas formas de esquizofrenia; noutras formas de psicose não há ainda número de casos tratados suficiente para se poder tirar conclusões.

A narcose sustentada não é um tratamento perfeitamente inócuo. Os perigos podem, porém, ser muito reduzidos pela eliminação cuidadosa dos casos em que haja contra-indicações, pela manutenção de uma anestesia muito pouco profunda e pelo emprêgo de um pessoal de enfermagem convenientemente instruído.

A profundidade da narcose, não tem influência nos resultados terapêuticos; os casos em que se empregou uma anestesia superficial, durante a qual se deixa acordar freqüentemente o doente, apresentam percentagens de benefícios iguais às dos casos tratados com narcoses profundas.

No período post-anestésico, que se prolonga por três dias, ou mais, o doente recupera sempre bem o estado consciente, mas a memória para os factos recentes e a retenção, são sempre muito deficitárias.

A maior parte dos casos mostram resultados benéficos, pelo menos nalguns aspectos da sua psicose. Casos antigos, com perturbações profundas e graves, respondem mal ao tratamento ou mesmo em nada beneficiam com êle. As psicoses involutivas pouco beneficiam. Entre os casos tratados pelo A., alguns puderam retomar a sua actividade social.

O método empregado pelo A. é uma modificação do usado na Clínica de Burgholzi, e consiste na administração de ácido dialilbarbitúrico por via rectal, durante um período de 10 dias.

No período pre-anestésico é também administrado *dial* ao doente, em regra pela bôca ou em injeção intramuscular, quando para isso haja indicação.

Durante o período anestésico, ao fim de 3 dias de anestesia, é administrada uma injeção de morfina-escopolamina, o que se repete de quando em quando com o fim de diminuir as possibilidades de uma habituação ao *dial*.

ALMEIDA LIMA.

Ossificação metatraumática dos ligamentos conóideo e trapezóideo. (*Ossificación metatraumática de los ligamentos conoide e trapezoide*), por ALBERTO BARALDI. (Sociedad de Cirugia de Buenos-Aires. Sessão de 29 de Novembro de 1933). — *Boletines y Trabajos*. Tômoo XVII. N.º 31. Págs. 1273-1278.

Trata-se duma doente cuja história clínica se transcreve, que em seguida a um traumatismo num ombro, apresentou uma ossificação fora da articulação, com sindroma semelhante ao da periartrite traumática.

As considerações que o caso sugere são de duas índoles bem diferentes: clínicas e biológicas.

Clinicamente considerado, trata-se duma doente obesa — condição freqüente nestes doentes — apresentando um sindroma doloroso funcional do ombro esquerdo, consecutivo a uma ossificação metatraumática de localização rara. A ossificação foi-se fazendo, como é natural, vagarosamente, e, à medida que se ia instalando, os sintomas acentuavam-se.

A primeira radiografia não mostra mais do que a luxação acromioclavicular, sem que se observe sombra alguma que faça pensar em desprendimento ósseo, quer da apófise caracoidea, quer da clavícula. Nas radiografias seguintes, feitas em épocas diferentes, vê-se claramente a forma progressiva com que se vão acentuando as sombras que revelam a ossificação.

O tratamento fisioterápico e analgésico não deu resultado. A ressecção dos ligamentos ossificados curou a doente.

Considerado o caso sob o ponto de vista biológico, é muito mais interessante ainda. Estamos em frente duma ossificação heterotópica, cuja patogenia não é muito clara. Quando se trate duma ossificação simples, a génese é fácil de explicar. A metaplasia do tecido conjuntivo é uma teoria que satisfaz amplamente. Concorrendo no tecido conjuntivo modificações «preparatórias da ossificação» (Leriche), esta pode determinar-se.

Mas no caso de que se trata, as coisas são mais complexas. Nos ligamentos ossificados encontramos todos os elementos que podemos encontrar num osso normal: periosteio, pericôndrio, endosteio, osso, cartilagem e *medula óssea*. A medula óssea não tem parentesco algum com o osso, a-pesar-de nêle se alojar. Leriche e Policard, ao ocuparem-se das ossificações heterotópicas, dizem categoricamente: «não há, para o organismo, várias maneiras de fazer osso. Não há senão uma única, sempre indêntica», e sustentam a metaplasia do tecido conjuntivo.

O mecanismo desta metaplasia exige a formação prévia do «meio ossificável» e outras circunstâncias concomitantes. A ossificação produz-se, segundo aqueles autores, «segundo os processos ordinários e sem particularidade alguma».

Não passaria, porém, da formação de osso próprio dito, e os espaços conjuntivos estariam ocupados por tecido não adaptado ou por tecido adiposo, tomando neste último caso o aspecto de medula adiposa. Ora no caso de que se trata, os espaços intraósseos estavam ocupados por verdadeira medula vermelha, com elementos hematopoiéticos, perfeitamente verificáveis nas diferentes preparações histológicas, cujas microfotografias estão reproduzidas neste trabalho.

MENESES.

Sobre as artrodeses extraarticulares: ombro, anca, joelho. (*Sulle artrodesi extrarticolari: spalla, anca, ginocchio*), por A. MARCONI (Veneza). (Comunicação ao XXIV Congresso da Sociedade Italiana de Ortopedia). — *Annali Italiani di Chirurgia*. Vol. XII. Fasc. 12. Pág. 1577.

O A. apoia as suas conclusões em 20 casos de artrodeses extraarticulares (juxta — e para —) operados no Hospital Marítimo de Veneza. Os resultados foram bons.

Os casos (ombro, anca, joelhos) eram de doentes entre os 10 e os 40 anos de idade, com processo tuberculoso pouco activo, e nos quais a mobilidade articular estava irremediavelmente comprometida. Não operou casos recentes.

MENESES.

Tuberculose e secreção interna. (*Tuberkulose und innere Sekretion*), pelo Prof. WILHELM NEUMANN (Viena). — *Bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose*. Vol. XI. N.º 1. Págs. 1-29. Janeiro de 1934.

Um exame rápido das diferentes hormonas, partindo da glândula tiroidea, demonstra que a explicação das doenças endócrinas, baseada simplesmente

numa hiper — ou numa hiposecreção da glândula correspondente, é inadequada. Estabelece-se, além disso, a-propósito da teoria da deficiência de iodo, que a coincidência duma alimentação defeituosa e duma carência de vitaminas, não basta para explicar a causa da doença. A-propósito disto, a experiência pessoal e as observações colhidas na literatura concluem pela responsabilidade das bactérias banais (estreptococos, estafilococos, espiroquetas, treponemas) que actuam quer excitando o hipertiroidismo, nos casos recentes, quer provocando a atrofia mixedematosa, nos casos mais antigos.

Demonstra-se êste facto, duma maneira pormenorizada, a-propósito dos bacilos tuberculosos.

Nas paratiroides e nas suprarrenais a tuberculose e a sífilis não provocam senão fenómenos de atrofia. Precisamente as cápsulas suprarrenais dão ocasião a que se discuta a parte que a tuberculose tem na gênese das pigmentações patológicas e de opor uns aos outros o papel do sistema cromaffnico, a função melanofora da hipófise e a hipótese duma avitaminose B₂.

O A., em seguida, apresenta um resumo dos casos de tuberculose hipofisária, com os seus vários sintomas de hiposecreção.

Além disso, discute o problema da atrofia pluri-glandular, com ou sem esclerodermia.

Conclue com um resumo breve das lesões tuberculosas do ovário, do testículo, da glândula pineal, do timo, do pâncreas e das suas conseqüências mais ou menos acentuadas.

MENESES.

Traumas vertebraes e calculoses renais. (*Traumi vertebrali e calculosi renale*), por P. LILLA. (Comunicação ao XII Congresso da Sociedade Italiana de Urologia). — *Annali Italiani di Chirurgia*. Vol. XII. Fasc. 12. Pág. 1610.

Refere-se um caso clínico no qual é demonstrável, de modo evidente, a relação entre um trauma vertebral progressivo e a produção dum cálculo renal urático.

Citam-se as várias hipóteses que se podem fazer sobre o caso, dedicando-se maior atenção às perturbações de innervação que poderão alterar o dinamismo pielo-ureteral e provocar condições especiais para a formação do cálculo.

MENESES.

A nefropexia segundo o método de Mauro. (*La Nephropéxie selon la méthode de Mauro*), por D. VANNUCCI e A. PEPE (São Paulo-Brasil). — *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*. Tômoo V. N.º 1. Págs. 29-35. Janeiro de 1934.

Como em tôdas as nefropexias capsulares, a técnica de Mauro encontra um obstáculo invencível na lacerabilidade da cápsula do rim ou na presença de aderências patológicas da cápsula ao parênquima renal. Quando estas dificuldades não surgem, o método de Mauro oferece vantagens notáveis. Os

AA. reviram, após anos, um número razoável de doentes operados pela técnica de Mauro, sem terem encontrado, vez alguma, uma recidiva, quer anatómica, quer funcional. Nesta sua comunicação dão os tópicos da técnica, que são os que resumimos.

Incisão da pele, partindo do ângulo costo-diafragmático, dirigida para baixo e para diante e prolongando-se até três dedos de través da espinha ilíaca ântero-superior. Continua-se a incisão mais para diante e para baixo: se se quiser fazer conjuntamente a apendicectomia por via lombar.

A passagem através do grande dorsal e dos oblíquos é feita com o menor número possível de estragos de fibras musculares. Os nervos ileo-inguinal e ileo-hipogástrico, com os seus vasos satélites, são individualizados e respeitados. Abre-se facilmente o plano aponevrótico do transversos.

À maneira usual, descobre-se o rim, tendo o cuidado de rasgar a cápsula adiposa o menos possível. Uma vez descoberto o rim, faz-se a incisão da cápsula própria do órgão, desde o polo superior até ao quarto inferior da convexidade. Descola-se em seguida a cápsula e as duas metades são divididas em retalhos. Passa-se então um *catgut* crónico, n.º 2 ou n.º 3, em cada um dos quatro retalhos e ata-se cada um de per si. Em seguida faz-se passar os *catguts* dos retalhos superiores, montados numa agulha, através dos músculos intercostais, passando de dentro para fora.

O ajudante empurra então o rim para cima e o cirurgião, com tracções lentas e delicadas, exterioriza as pontas dos retalhos até as levar, tanto quanto possível, ao contacto entre si.

Os fios de *catgut* que serviram para a tracção são atados entre si, e dão-se um ou dois pontos de *catgut* fino para fixar os retalhos aos músculos intercostais. Os fios dos retalhos inferiores, montados também numa agulha, são passados anteriormente e posteriormente através da massa muscular lombar, do interior para o exterior, de modo que a superfície renal dos retalhos corresponda à superfície profunda dos músculos. Atam-se os fios de *catgut*, finalmente, fora dos músculos. A cápsula adiposa é então afastada por baixo do rim.

Mais dois pontos grandes de *catgut* crónico através dos músculos e tôda a espessura da cápsula adiposa, de modo a formar um verdadeiro suporte, pelo menos temporário, do rim. Se houver o cuidado de afastar, em vez de cortar, as fibras dos músculos lombares, bastam um ou dois pontos para fechar a parede muscular. Sutura da pele.

MENESES.

O tratamento da tuberculose articular pela alcoolização perineural e perivasal. (*La cura della tubercolosi articolare con l'alcoolizzazione perineurale e perivasale*), por E. CALANDRA (Palermo). (Comunicação ao XXIV Congresso da Sociedade Italiana de Ortopedia). — *Annali Italiani di Chirurgia*. Vol. XII. Fasc. 12. Pág. 1597.

O A. expõe um novo método de tratamento da tuberculose do joelho e da articulação tíbiotársica, que se pode aplicar a outras articulações. Na tuberculose tíbiotársica, põe a descoberto o nervo ciático e a artéria poplí-

tea no limite superior da região poplítea. Injecta $\frac{1}{2}$ cc. de novocaína a 2% em volta do nervo e da artéria; a seguir, levanta uma prega da adventícia e injecta algumas gotas de alcool a 90°. Repete o mesmo, acima e abaixo da primeira picada. Trata da mesma forma o ciático, antes da sua bifurcação.

Nas gonites faz estas injeções depois de ter descoberto a artéria femoral no 3.º médio e o nervo ciático na prega da nádega.

Expõe os resultados favoráveis obtidos em dois goníticos e num doente de tuberculose tibioastragálica. O repouso da articulação é completo pela paralisia, que dura cêrca de 4 meses para a perna e para o pé; a paralisia é menos completa quando se alcooliza o ciático na prega da nádega; mas os resultados foram igualmente bons.

A temperatura do membro mantém-se elevada ainda durante alguns dias; a supuração desaparece depressa.

Ao fim de 4 meses, aplica a corrente galvânica. O A. dá muita importância à acção do alcool sôbre o simpático perineural e perivasal, e ao repouso absoluto do membro, sem necessidade da extensão contínua.

O tratamento é recente e os casos tratados são poucos, pelo que o A. se abstém de tirar conclusões definitivas.

MENESES.

Cifose lombar na adolescência. (*Lumbale Kyphose im Adoleszentenalter*), por K. LINDEMANN (Kiel). — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 12. Pág. 479. 1933.

O A. apresenta 4 casos, na idade de 14 a 19 anos, de cifose lombar dolorosa, com rigidez, sem desvios escolióticos. O conhecimento destas cifoses lombares tem muito interesse prático, pois a deformação, em forma de cunha, de um ou mais corpos vertebraes, tem importância não só no diagnóstico diferencial como também sob o ponto de vista médico-legal (acidentes do trabalho, diagnóstico de fractura).

MENESES.

Miosite ossificante progressiva. Reflexões, estudo radiográfico, considerações patogénicas. (*Miosite ossificante progressiva. Riflessioni, studio radiográfico, considerazioni patogenetiche*), pelo Prof. H. L. ROCHER (Bordéus). (Comunicação ao XXIV Congresso da Sociedade Italiana de Ortopedia). — *Annali Italiani di Chirurgia*. Vol XII. Fasc. 12. Págs. 1590-1592.

O A. traz uma contribuição importante para o estudo da miosite ossificante progressiva. Deve-se notar:

1.º — Que o início se dá na primeira infância: 2 meses num caso e 6 meses noutro, ambos do sexo feminino.

2.º — A evolução é progressiva, lenta ou em *étapes*, precedidas por tumefacção, sem reacção inflamatória febril.

3.º — A ossificação atinge os músculos mastigadores, do raquis, do anel

escapular e pélvico, os músculos braquiais e crurais. As ossificações são raras no antebraço e na perna; os músculos da mão e do pé são respeitadas.

4.º — A pele e o tecido celular subcutâneo apresentam alterações do tipo do esclerema.

5.º — Existe hipercalcemia.

6.º — Existem deformidades congénitas osteoarticulares associadas das mãos e das ancas.

Esta doença parece condicionada:

1.º — A uma disfunção paratiroidea (hipercalcemia).

2.º — A uma displasia congénita sistematizada das arteríolas terminais dos músculos, que explica as lesões anátomo-patológicas que os exames histológicos revelam: arterite, trombose, inundação sanguínea, organização calcárea (petrificação) de alguns tecidos.

A paragem do processo ossificante (infiltração do osteoma) no seio das fibras musculares dissociadas, degeneradas, pode ser obtida pela acção sobre o aparelho paratiroideo. As exereses dos osteomas são seguidas por recidivas rápidas, se a calcemia não fôr modificada. Se pudermos obter uma regularização do metabolismo cálcico, poder-se-ão tentar libertações articulares (artroplastias ou ressecções). O A. fêz osteotomias femurais por deformidade e pensa que existem ainda muitos factos ignorados em relação com esta doença temível.

MENESES.

Pesquisas sobre o tratamento de sono prolongado, segundo Wiethold, e a narcose prolongada — estimuloterapia associadas. (*Versuche mit der Dauerschlafbehandlung u. s. w.*), por HOFFMAN. — *Psychiat. neur. Woch.* 50. 1933.

Associando o tratamento pelo sono prolongado, de doentes com agitação psico-motora, com proteinoterapia (injecções de Caseodan a seguir ao período de narcose prolongada) obtiveram-se, numa série de 12 casos (9 esquizofrénicos e 3 maniaco-depressivos) muito melhores resultados do que apenas com a cura de sono protatda, ensaiada simultâneamente noutra série de 32 doentes.

BARAHONA FERNANDES.

Apreciação comparada dos métodos terapêuticos da paralisia geral. (*Zur vergleichenden Bervertung der Behandlungsmethoden der progressiven Paralyse*), por JOLDENBERG. — *Sovget Psychoneur.* 9. 1933. Ref. *Zentralblatt f. d. ges. N. u. P. B.* 70. H. 9, 10. Março de 1934.

O A. dirigiu uma brigada de médicos que investigou, num grande material, os resultados tardios do tratamento da paralisia geral.

Confirma-se a opinião geral e já consumada de que o método mais activo é a malarioterapia, que dá 50 a 60% de remissões; a seguir, e com resultados quasi tão bons, a sulfoterapia, a cura de enxôfre de Schröder, muito para

recomendar nos casos de contra-indicações ou de dificuldades de aplicação da malária.

A terapêutica pelos ácidos de Brandt e Wallis, a lipidoterapia de Lifschutz, não têm qualquer acção aproveitável.

A hipertermia obtida por meios físicos poucos resultados dá também.

Quanto às causas do efeito terapêutico da malarioterapia, opina o A. que se pode já fundamentadamente pôr de banda a teoria da acidose e da acção lipóidica, e que a sua actividade deve resultar da excitação global dos diferentes componentes do síndrome-febre.

BARAHONA FERNANDES.

Contribuição para a histopatologia da esquizofrenia. (*Beitrag zur Histopathologie der Schizophrenie*), por B. HECHT (Budapest). *Monatschrift für Psychiatrie u. Neurologie*. B. 87. H. 1. Outubro de 1933.

Empregando o método de cortes de Ecónomo, fêz o A., em 3 casos bem comprovados de esquizofrenia, um detalhado estudo quantitativo de células do córtex cerebral, pelo método de contagem de células de Sántha.

Baseado nestas e em anteriores investigações de pato-arquitectónica quantitativa, conclue que o processo mórbido esquizofrénico (cuja existência não é aceite por muitos outros autores) se estende a tôdas as camadas do córtex, com preferência pelas seguintes regiões: infra-parietal (*area supra-marginalis*, *area angularis* e *area parietalis basalis*) pre-frontal e primeira circunvolução temporal.

BARAHONA FERNANDES.

Acêrca dos erros psico-sensoriais da vista, relacionados com afeções locais do aparelho sensorial. (*Über Gesichttäuschungen im Zusammenhang mit lokalen Affektionen des sensorischen Apparates*), por RONTSCHEWSKEY. — *Monatschrift für Psychiatrie u. Neurologie*. B. 87. H. 6. Janeiro de 1934.

Ainda não é possível dar uma definição que se ajuste completamente a todos os casos de alucinações, porque estas são muito diversas na sua essência e significado; em cada caso particular deve-se, portanto, especificar bem claramente as condições em que o fenómeno alucinatório se produz.

Mesmo quando existam alterações locais dos aparelhos sensoriais (centrais e periféricos: lesões do lóbulos occipital, atrofia do nervo óptico, escotomas, etc.), o factor «periférico» não tem sempre o mesmo valor, e não deve ser considerado como a «causa», mas sim como o momento patogénico mais importante do conjunto das condições de formação do êrro sensorial.

Nestas condições, pode-se-lhes chamar «alucinações periféricas» e caracterizá-las: pela relação directa com a afeção local, conteúdo elementar das imagens, falta de viveza e de relação com o núcleo afectivo da personalidade, estabilidade e falta de vivacidade sensorial, a-pesar da projecção espacial.

BARAHONA FERNANDES.

Investigações sôbre a constituição motora. (*Untersuchungen über die motorisch Konstitution*), por C. MARINESCO e A. KREINDLER. — *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. B. 101. H. 3. 1933.

Análises dos caracteres motores constitucionais dos diferentes tipos morfológicos pelo método dos reflexos condicionados e da cronaxia.

Foram investigadas três instâncias motoras:

a) O músculo, pela determinação da curva de fadiga cronaximétrica, que traduz as alterações da excitabilidade depois da fadiga farádica.

b) Os centros motores da medula, pelas alterações da excitabilidade provocadas pela extensão passiva.

c) O córtex motor, pelos reflexos condicionados.

Nos indivíduos com o hábito físico chamado *picnico*, a curva de fadiga sobe rapidamente e também cêlere se normaliza, como nos hipotiroídeos; a extensão passiva pouco modifica a cronaxia e os reflexos corticais associativo-motores (estudados pelos métodos reflexológicos dos autores russos) mostraram-se dificilmente inibíveis; os reflexos condicionados vaso-motores mais facilmente fixáveis que os sensitivos motores.

Nos *atléticos*, a curva de fadiga é inclinada e desce ainda mais rapidamente; a cronaxia é influenciada fortemente pela distensão passiva; os reflexos condicionados comportam-se como nos *picnicos*.

Nos *asténicos*, a curva de fadiga é muito pouco elevada, como nos hipertiroídeos; a cronaxia é influenciável pela distensão, mas não tanto como nos atléticos, e os reflexos associativo-motores são fáceis de inibir e os reflexos condicionados vaso-motores menos facilmente fixáveis que os motores.

A constituição motora, que a uma observação sumária se traduz já por diferenças no andar, nos gestos, etc., dest'arte objectivamente analisada, é função de três factores: muscular, dependente do sistema vegetativo e dois centrais, medular e cortical, possivelmente relacionados com o modo diferente por que se fazem as sinopses intra-nervosas.

BARAHONA FERNANDES.

A estrutura corporal dos alcoólicos. (*Der Körperbau der Alkoooliker*), por B. BUHLER. — *Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkranketen*. B. 101. H. 3. 1933.

Em 100 casos de psicoses alcoólicas estudados antropométricamente e psicológicamente, principalmente no que diz respeito à sua conduta em relação ao meio ambiente, não pôde o A. estabelecer nenhum tipo morfológico característico dos alcoólicos, quere dizer que em todos os círculos constitucionais, que condicionam a eclosão das psicoses endógenas, se podem instalar as psicoses exógenas dependentes da intoxicação etilica.

A análise do material clínico, no ponto de vista morfológico e do comportamento psíquico, mais uma vez deu resultados concordantes com as ideas de Kretschmer.

BARAHONA FERNANDES.

Glefina e Lasa

São os melhores produtos nacionais na sua classe e distinguem-se pela pureza absoluta dos seus vários componentes

LASA



Para as doenças do aparelho respiratório e sua convalescença



GLEFINA

é o único reconstituente a base de Oleo de Fígado de Bacalhau que pode tomar-se em tôdas as épocas do ano.

Preparado com
 Extrato de Oleo de Fígado de Bacalhau,
 Hipofosfitos e Extrato de malte

**NÃO PRODUZ TRANS-
 TORNOS DIGESTIVOS**
SABOR AGRADAVEL

Laboratorios Andrômaco
 Rua do Arco do Cego, n.º 90
 LISBOA

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40%.

Ampoules - Capsules
 Émulsion - Comprimés
 54 centigr. d'iode par cm³
 A. GUERBET & C^{ie}, Ph^{ciens}
 22, Rue du Landy
 S'-Ouen près Paris

HÉMET - JEP - CARRÉ

AMOSTRAS E LITERATURA: Pestana, Branco & Fernandes, Lda.
 Rua dos Sapateiros, 39 1.º - LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes: Colónias e estrangeiro:

Ano, 60\$00

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

Investigações das catalases na pele e no «liquor» na neuro-lues. (*Katalasenuntersuchungen in Haut und Liquor bei Neuro-lues*). — 58^e *Wanderersammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte*. 10-11 de Junho de 1933.

Doseando o conteúdo de catalases no dialisado da pele, no *liquor* e no sangue, observaram os AA. que nos doentes do sistema nervoso não luéticos, com *liquor* normal ou patológico, raramente se pode demonstrar a existência de catalase, ao contrário dos sifilíticos, principalmente na neuro-lues, em que se encontra em grande percentagem; pelo contrário, no dialisado da pele dos sifilíticos há uma baixa de catalase, o que não sucede nos sãos, em outras doenças da pele e do sistema nervoso não específicas; no sangue a catalase variava dentro de estreitos limites em volta do normal.

Parece pois poder estabelecer-se, no que diz respeito aos processos metabólicos de oxidação e redução, uma certa oposição entre o cérebro e a pele.

BARAHONA FERNANDES.

O traumatismo psíquico e os estados hipertiroideos. (*El trauma psíquico y los estados hipertiroideos*), por A. A. RODRIGUEZ e S. LEJTMAN. — *La Semana Médica*. N.º 6. 1934. Buenos-Aires.

Os AA. passam em revista os múltiplos factores que intervêm no hipertiroidismo.

No que respeita à hereditariedade, seguem a noção de Plezinski, Hutinel e tantos outros, que admitem «a debilidade congénita da tiroídea».

Sobre a influência das infecções em geral, limitam-na a cerca de 4 % dos casos, visto que a maior parte das vezes é esse factor ilicitamente invocado, não havendo relação entre o estado infeccioso e a perturbação endócrina posterior.

Indicado o papel da opoterapia intempestiva ou inoportuna, mencionam em seguida a acção do iodo, administrado em doses elevadas, que muitos apontam como capaz de produzir o hipertiroidismo. Os AA. seguem o critério de Kimball (que nega o hipertiroidismo iódico), confirmado na sua prática clínica, em que numerosos doentes, submetidos a altas doses dêsse medicamento, nem sequer apresentaram o esboço de hiperfunção glandular.

É analisada a intervenção endócrina, considerada factor etiológico predominante, que permitiu tão numerosas e sedutoras hipóteses; assim surge, com poucos defensores, a teoria da paratiroídea (Clunet), a hipótese tiroídea de Salmon e a de Moustard-Martin, que atribui o Basedow a um estado de intoxicação adrenalínica, sendo contudo contrariada por Richard, quando afirma que «a hiperadrenalinémia não é condição necessária de hipertiroidismo».

A teoria genito-tiroídea (baseada nas observações de Schmitt, Graves, etc.), procura relacionar o hipertiroidismo com a insuficiência genital.

A teoria pluriglandular, em que a hiperfunção tiroídea é o reflexo da perturbação funcional das várias glândulas endócrinas, é difícil de confirmar.

Neste trabalho é invocada a intervenção do simpático, e o importante papel da emoção; analisando o abalo provocado no simpático pelo estado de hipertiroidismo, perguntam os AA. se não é legítimo admitir que o *primus movens* resida no simpático, repercutindo-se essa hipertonia nervosa na tiroideia; de facto esta noção é defendida por numerosos casos clínicos, em que se encontrou irritação primitiva do simpático com manifestações glandulares secundárias.

Os AA. terminam por invocar a influência do factor emotivo, considerando-o suficiente para perturbar a função tiroidea; êsse trauma psíquico provocará uma hiperfunção da suprarenal, como excitação do simpático e secundariamente da tiroidea. Esta glândula será «um amplificador, interpolado na corrente nervosa do sistema vegetativo, do qual recebe intensas excitações e que, mercê da sua hormona, irá aumentar a excitabilidade do sistema nervoso», havendo um ciclo vicioso, a que Pende chama «sinergia mórbida».

Êste trabalho é documentado com o resumo de histórias clínicas em que a intervenção do choque emotivo, como factor etiológico, é dominante, aconselhando a cuidadosa investigação dêste elemento, que o doente, em regra, oculta.

BARREIROS SANTOS.

Síndrome doloroso da fossa ilíaca direita, de origem vascular; seu diagnóstico diferencial com a apendicite. (*Síndrome doloroso de la fosa iliaca derecha de origen vascular, su diagnóstico diferencial con la apendicitis*), por R. C. VERNON. — *Revista de Medicina y Cirugia de la Habana*. N.º 12. Dezembro de 1933.

Êste síndrome vascular é mais freqüente do que aparentemente se julga, embaraçando o cirurgião, que, temendo futuras complicações, se decide pela intervenção operatória.

Êste quadro pode confundir-se com o da apendicite, queixando-se o doente de crises dolorosas da fossa ilíaca direita, com irradiação à coxa do mesmo lado, epigastrálgia e vômitos; a dor pode manifestar-se bruscamente durante o sono, que é assim violentamente interrompido.

No ponto doloroso à palpação, sente-se a pulsação da artéria ilíaca primitiva direita, em regra acompanhada de *thrill*, apreciável em todo o trajecto do vaso; a dor à pressão pode irradiar ao umbigo, epigastro e fossa ilíaca esquerda.

Quando o doente é magro, palpa-se a aorta abdominal (com *thrill* análogo ao da ilíaca), que é sensível, provocando dor que se propaga aos quadrantes inferiores do abdómen, simulando muitas vezes o síndrome de Rosving.

Em 40 casos observados pelo A. foi negativa a pesquisa de estigmas luéticos, tampouco encontrando toque cardíaco ou aortite torácica.

O quadro doloroso tende a repetir-se, chegando a atormentar diáriamente o doente.

A radiologia e o estudo comparativo dos valores da T. A. e do I. O. nos

membros (superiores e inferiores), são meios indispensáveis para fazer o diagnóstico diferencial com a apendicite.

Quando o ponto doloroso, que o radiologista comprime, corresponde à imagem apendicular, aconselha o A. a posição de Trendelenburg; faz-se a ascensão do segmento cego-apendicular, permitindo ver que a dor não corresponde ao apêndice, mantendo-se a sensibilidade no ponto primitivo.

Verifica-se que, na maioria dos casos, há aumento da T. A. nos membros inferiores (sobretudo à direita) com abaixamento do valor do I. O. (em relação à artéria humeral); nalguns doentes encontrou o A. diminuição do I. O. na femural direita em relação à esquerda.

O A. liga êste síndrome a lesões anatómicas dos vasos, não admitindo o simples fenómeno funcional vascular; se, de facto, fôsse exclusivamente uma perturbação angio-espasmódica, não colheríamos fora das crises os vários sintomas objectivos que caracterizam êste quadro mórbido.

BARREIROS SANTOS.

Estudo anátomo-clínico dum caso de kala-azar no adulto. (*Estudio anátomo-clínico de un caso de kala-azar en el adulto*), por F. INDA, D. VIVOLI e A. VACCAROZZA. — *La Semana Médica*. N.º 6. 1934. Buenos-Aires.

Neste curioso trabalho decrevem os AA. um caso de leishmaniose visceral, documentado com o exame histológico do baço e medula óssea.

Descritas com minúcia as várias formas clínicas do kala-azar, são, em seguida, apontadas as provas biológicas que se devem executar, destacando-se a *aldheid test*, que não é exclusiva à leishmaniose (*Brahmachari*) e a reacção de Chopra-Gupta.

O estudo histológico do kala-azar é de importância capital. A leishmaniose visceral é um processo parasitário primitivo dos elementos do sistema retículo-endotelial, que é bloqueado, sendo a sua imagem idêntica à que se obtém pelo bloqueio experimental com a tinta da china ou pelo carmin. Esta impregnação parasitária constitui tóda a patogenia e os vários sintomas (anemia, esplenomegalia, leucopénia e hemorragias cutâneas) correspondem a essa localização do agente, que altera profundamente a actividade dum sistema celular que desempenha funções tão importantes no organismo (defesa orgânica, equilíbrio eritro-leucopoiético, persistência da integridade vascular, concentração molecular do plasma hemático e intersticial).

BARREIROS SANTOS.

O diagnóstico da colite ulcerosa crónica. (*The diagnosis of chronic ulcerative colitis*), por EVERETT D. KIEFER. — *The New England Journal of Medicine*. N.º 9. 1934.

A gravidade dêste tipo de colite varia dentro de amplos limites, desde o alto grau de toxemia, com profusa diarreia sanguinolenta e desenlace fulmi-

nante, até ao quadro clínico em que o doente refere vagas perturbações funcionais do seu tubo digestivo, destacando-se a diarreia com sangue.

A sede das lesões, no intestino, tem alta responsabilidade no tipo clínico; assim, a localização nos segmentos proximais, favorecerá a maior reabsorção tóxica, com intensa peristalise (produzindo diarreia) e a tendência para a hemorragia (sobretudo a localização cecal). Quando são poupados os 2/3 proximais do cólon, e as lesões assentam na ansa sigmoidea e recto, pode, pelo contrário, haver uma tenaz obstipação.

A colite ulcerosa pode ter um início brusco, com as características duma infecção aguda, seguindo-se, em regra, um quadro crónico em que persiste a diarreia; alguns doentes vêem-se remissões de duração variável.

São numerosas e graves as complicações que podem sobrevir. A estenose do intestino, com retenção do seu conteúdo, produzindo um estado de toxemia, acompanhado de violentas queixas dolorosas, vômitos, etc; esta retenção irá favorecer a perfuração intestinal, fazendo-se, muitas vezes, a drenagem para a cavidade abdominal com as conseqüências graves fáceis de prever. É também freqüente a formação de abscessos perirectais, com franca tendência para a fistulização.

O exame protoscópico é um elemento importante de diagnóstico. Feita a exclusão de 5% dos casos, apresenta-se a mucosa revestida por um exsudado muco-purulento, por debaixo do qual vemos uma superfície vermelha, granulosa e sangrando facilmente, podendo, nos casos graves, destacar-se retalhos de mucosa; pelo contrário, nos casos leves, podemos encontrar somente tumefacção e focos hemorrágicos submucosos.

O exame das fezes ou do exsudado facilita a diagnose; assim, a presença de pus, uma vez excluída a hipótese de fissura, fistula rectal ou ulceração hemorroidária, é argumento a favor da colite ulcerosa crónica.

A imagem radiológica depende da duração da doença e extensão das lesões. Nos casos leves, podemos encontrar somente uma exagerada irritabilidade intestinal, que se traduz pela dor à passagem da substância opaca e impossibilidade de reter o clister de bário; pelo contrário, nos tipos graves, com a progressiva infiltração da parede do cólon, que se torna rígida, vemos a imagem «lead pipe» dos autores ingleses. Quando no intestino há mistura de gás e substância opaca, forma-se o «moth eaten», imagem curiosa, que é produzida pela irregularidade da parede.

O diagnóstico diferencial, com a disenteria amibiana, requiere especial cuidado, devendo pesquisar-se, em repetidos exames, o agente. O simples exame da mucosa do recto e da sigmoidea, já nos esclarece a maior parte das vezes, observando-se as úlceras de rebordo franjado no meio duma superfície relativamente íntegra, ao contrário da colite ulcerosa, em que a mucosa está quasi totalmente atingida; contudo, em casos graves do tipo amibiano pode ser difícil esta distinção. A radiologia poucos elementos nos fornece e a própria reacção de fixação do complemento (Craig) não é específica.

A tuberculose do cólon pode levar-nos à confusão, ainda que a diarreia seja menos intensa e a perda de sangue menos acentuada; a presença doutros focos bacilosos no organismo é importante para o diagnóstico. A localização ileo-cecal, com invasão secundária dos segmentos distais do intestino,

é de valor, visto que a progressão das lesões na colite ulcerosa é em sentido oposto.

Certos quadros de disenteria bacilar podem ter semelhança com o da colite, mas a cuidadosa pesquisa do bacilo de Flexner e de Schiga, nos quatro primeiros dias, e a das aglutininas no sangue (a partir do décimo dia), pode esclarecer-nos convenientemente; ao exame da mucosa, vemos hiperémia difusa e erosões superficiais.

A história minuciosa da doença, o toque rectal, os exames protoscópico e radiológico, com o estudo bacteriológico das fezes, são os elementos a que se deve recorrer para a diagnose dêste tipo de colite.

BARREIROS SANTOS.

O tabaco e o alcool na angina do peito. (*Tobacco, alcohol and angina pectoris*), por P. WHITE e TRIMBER SCHARBER. — *The Journal of the American Medical Association*. 209. 1934.

O papel do tabaco e do alcool na gênese da angina do peito, é muito discutido.

Leary e Cabot (no seu trabalho: «The relation of alcohol to arteriosclerosis»), refutam a opinião que atribui ao alcool excessiva importância na patologia vascular.

Os AA. estudaram 750 doentes com angina do peito, durante o longo período de doze anos, comparando-os com um número igual de individuos não portadores dessa doença e seleccionados criteriosamente (em identidade de sexo, idade e condições de vida); alguns dos doentes padeciam também de hipertensão arterial, lesões valvulares e trombose das coronárias.

Dessas investigações colhemos os seguintes dados:

1) que 46,1 % dos doentes não são fumadores, enquanto que na série testemunha aparecem os abstinentes na taxa de 37,2 %.

2) que os grandes fumadores contribuem com 24,4 % para a rubrica dos anginosos, ao contrário da série testemunha, que sobe a 33,3 %.

3) em relação ao alcoolismo, há, nos doentes, 64,4 % de abstinentes, contra 61,7 % da testemunha. Somente oito doentes num total de 750 (e portanto 1,1 %) bebiam copiosamente.

Concluem os AA., ao contrário do que muitos investigadores afirmam, que o alcool e o tabaco não desempenham um papel de destaque na gênese da angina do peito.

BARREIROS SANTOS.

A patologia gastro-intestinal na anemia perniciosa e a degenerescência da espinal medula. (*The pathology of the gastro-intestinal tract in pernicious anemia and sub-acute combined degeneration of the spinal cord*), por MADELAINE R. BROWN. — *The New England Journal of Medicine*. N.º 9. 1934.

O A., documentado com abundante material (151 casos de anemia perniciosa), encontrou lesões gastro-intestinais com grande freqüência.

Na maioria das observações foi diagnosticada gastrite crónica, com alterações mais ou menos profundas dos elementos glandulares. Essas modificações consistem na infiltração de abundantes linfócitos (com alguns eosinófilos e plasmazellen), chegando nalgumas preparações a dar-se o desaparecimento das células glandulares. A ausência de células acidófilas foi verificada na maioria dos casos, devendo ser a responsável da aquilia; a opinião de Passey confirma estas considerações.

Hurst vê a aquilia como primitiva e possivelmente como constitucional, ao contrário de outros autores, que apontam a falta da Vitamina B como a base das perturbações gastro-intestinais.

Estudos mais recentes consideram a atrofia da mucosa gástrica como perturbação trófica, reflexo dos fenómenos de degenerescência nervosa; para controle desta teoria, fez-se a extirpação do gânglio celiaco dos gatos, que, infelizmente, não forneceu elementos decisivos.

As observações de Addison confirmam as alterações do sistema nervoso, vendo-se modificações histológicas no gânglio celiaco, plexo de Meissner e Auerbach e na medula (degenerescência miélica dos cordões posteriores e laterais).

Termina o A. declarando que a dieta pelo fígado não consegue modificar a imagem anatómo-patológica da mucosa gastro-intestinal nem do sistema nervoso.

BARREIROS SANTOS.

A influência da hormona hipofisária tireotropa na gravidez. (*Ueber die Beeinflussung der Schwangerschaft durch thyreotrope Hypophysen-Vorderlappen-hormon*), por SUCI GLAUBACH. -- *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 5. 1934.

É sabida a relação entre a tiroideia e o ovário, e geralmente conhecido o aumento que se verifica na primeira, durante a gravidez, que se traduz por um metabolismo mais elevado e uma maior quantidade de iodo circulante. Êste acréscimo de actividade, procurou o A. verificar se seria influenciado por um aumento de produção da hormona hipofisária tireotropa, hipótese verosímil por se saber do aumento dos prolans no mesmo período. Para isso, injectou coelhos e cobaios com esta hormona e tiroxina e verificou que, tanto uma como a outra hormona, provocavam a morte do feto e o aborto. O A. continua com experiências para saber se a hormona hipofisária, na sua acção perturbadora da gravidez, está ou não ligada com a função da tiroideia.

J. ROCHETA.

A etiologia tuberculosa das bronquiectasias infantis. (*La etiologia tuberculosa de las bronquiectasias infantiles*), por M. TAPIA, T. VALDIVIESO e A. ARANA. — *Revista Española de Tuberculosis*. Tõmo IV. N.º 10. 1933.

Depois que Sicard e Forestier introduziram e vulgarizaram a técnica da broncografia, o médico que até aí diagnosticava a dilatação brônquica só pelos

sinais clínicos, bastante inseguros a maior parte das vezes, passou a ter um meio simples e seguro de garantir a existência desta afecção.

A-pesar, porém, da enorme bibliografia aparecida nos últimos tempos sobre este assunto, admiram-se os AA. da pouca importância que a maioria dos autores liga à etiologia tuberculosa das bronquiectasias, para admitirem como causas principais a bronquiolite, bronco-pneumonia, tosse convulsa e gripe.

Sobre esta questão apresentam os AA. um artigo bem documentado com numerosas radiografias, que provam o aparecimento da dilatação brônquica depois da evolução dum processo tuberculoso pulmonar, especialmente depois das formas exsudativas curáveis da infância. Para isso dividem o estudo das bronquiectasias tuberculosas em quatro grupos: a) Dilatações consecutivas a infiltrações primárias; b) Residuais de infiltrações secundárias; c) Bronquiectasias consecutivas a pleurisas e d) Participação da atelectasia pulmonar nas dilatações dos brônquios.

No primeiro grupo quasi pode afirmar-se que a dilatação é constante durante a evolução do complexo primário; nuns casos, porém, aquela traduz-se por todo o conjunto sintomatológico, emquanto noutros decorre silenciosamente e só é demonstrável pela injeção sistemática de lipiodol árvore brônquica.

A sua aparição costuma, em geral, ser tardia, quando a infiltração desaparece ou está em franca reabsorção; não costumam ser muito intensas e quasi sempre adoptam o tipo cilíndrico. Convém ainda acrescentar que estas dilatações não dependem somente da própria infiltração primária, mas ainda da disseminação precoce de Redecker, que costuma deixar como residuo o alargamento dos brônquios, mais ou menos acentuado. O que acaba de dizer-se para o primeiro grupo pode dizer-se para o segundo, grupos por vezes difíceis de individualizar-se um do outro, clínica e radiologicamente. No terceiro grupo, que alguns autores consideram de facto como devido a pleurisia, os AA. deste artigo julgam antes que é ao processo pulmonar e de origem bacilosa, que primeiramente ataca o individuo, que devem imputar-se a bronquiectasia e pleurisia consecutiva. No quarto grupo descrevem os AA. 3 casos com sinais radiográficos de fibro-tórax, mas cujo estado geral, evolução e idade dos doentes não podia levar ao diagnóstico de tuberculose cirrótica. As imagens radiográficas podem explicar-se, nestes casos, por zonas de atelectasia criadas por compressão brônquica de adenites volumosas, adenites que, mais tarde ou mais cedo, infectam secundariamente o pulmão, originando assim um tipo mixto de lesão tuberculose e atelectásica, que leva depois à bronquiectasia.

J. ROCHETA.

A importância da glicosúria e da hiperglicemia nas doenças das coronárias. (*Ueber die Bedeutung der Glykosurie und Hyperglykämie bei Erkrankungen der Koronararterien*), por A. EDELMANN. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 6. 1934.

Numa série de 118 casos com esclerose das coronárias, diagnosticada pelos sinais clínicos e electrocardiográficos, alguns dêles com a confirmação

necrósica, encontrou o A., na maioria, uma diabete confirmada ou latente. Esta torna-se aparente especialmente nas crises de infarto, com o aparecimento, nas 24 ou 48 horas seguintes, de glicosúria. Todavia o mecanismo da acção do infarto miocárdio, é certamente, muito complicado. É possível e aceitável a hipótese duma menor irrigação num pâncreas já previamente lesado, pela baixa arterial consecutiva à trombose coronária, e de aí uma diminuição na produção de insulina. Seja como fôr, a constatação destes factos mostra o papel importante que tem a diabete na etiologia da esclerose das coronárias, sobretudo, como pensa von Noorden, se nos diabéticos há que acrescentar o abuso do tabaco, e dos pequenos vasos, principalmente nos membros inferiores. Investigações que o A. tem feito nos seus diabéticos mostram, num têrço dos casos, a falta de pulsação na artéria dorsal do pé, mesmo naqueles que não apresentavam nenhum sintoma de claudicação intermitente.

Daqui se tira a conclusão terapêutica evidente, da necessidade de regularizar o perturbado metabolismo hidrocarbonado, quer numa diabete declarada, quer latente. E isto pode fazer-se pela dietética ou com a insulina. Observações de von Noorden e do A. levam a não considerar o emprêgo desta substância como agravativo, contrariamente à opinião de quasi todos os autores que têm tratado este assunto.

J. ROCHETA.

Menformon na terapêutica da hipertonia essencial. (*Menformon in der Therapie der essentiellen Hypertonie*), por H. MAYRHOFER.— *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 8. 1934.

O problema do abaixamento da hipertensão tem, além do seu aspecto terapêutico, o do prognóstico, destringendo as formas benignas das malignas. O A. refere os bons resultados obtidos com menformon, preparado de hormona ovárica, na hipertonia essencial; mostra alguns gráficos onde é evidente a queda da tensão, logo no início do tratamento. Devem acentuar-se, porém, alguns insucessos, principalmente em mulheres com hipertensão do elimatório e nas quais, inicialmente, o A. tinha experimentado este produto, como mais facilmente podendo obter melhoras. A razão desta diferenciação não é de fácil explicação, mas tem em curso ensaios de administração conjunta de menformon e prolan.

J. ROCHETA.

Gastrite. (*Gastritis*), por H. KALK.— *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.ºs 7 e 8. 1934.

A noção de gastrite, durante algum tempo relegada para segundo plano na patologia do estômago, volta de novo a ocupar uma atenção especial da parte dos clínicos. Kalk resume neste artigo as últimas ideias sobre esta questão, mais esclarecida agora pelos progressos realizados nos campos anatómico-patológico, radiológico, laboratorial e experimental.

Sob o ponto de vista anatómico-patológico, não pode duvidar-se que os fenómenos de gastrite assentem em fenómenos inflamatórios, com destruição e

transformação do epitélio, acompanhados por infiltrações leucocitárias no tecido intersticial, que ou provocam hipertrofias ou atrofias do tecido glandular específico da mucosa, modificações estas que no geral não atingem portanto um só dos elementos constitutivos da parede gástrica, mas sim abrangem toda a espessura da camada mucosa à camada muscular. Conforme a sua localização, assim a gastrite se pode dividir em gastrite do antro (que acompanha sempre a úlcera, de modo a constituírem para alguns autores os dois fenómenos uma única entidade nosográfica), e a gastrite que atinge todo o estômago, a pangastrite, com maior tendência que a anterior para a atrofia mucosa e glandular. A causa que explique uma e outra é, por enquanto, desconhecida. Por outro lado, as investigações anatómicas têm mostrado (Konjetzns), que sobre a forma hipertrófica da gastrite crónica se pode enxertar o carcinoma.

A radiografia, sobretudo depois dos aperfeiçoamentos introduzidos por Berg, com a massa de contraste em camada fina, algumas indicações diagnósticas pode apresentar, embora por vezes se notassem divergências entre os dados anatómicos e radiográficos.

É de recomendar a comparação e a ligação entre este método e a gastroscopia, que ultimamente novas e interessantes indicações nos tem dado. Com o gastrosκόpio é fácil a observação do rubor inflamatório, edema da mucosa e a sua maior ou menor fragilidade, com hemorragias fáceis, riqueza de secreção, erosões, etc. A-pesar disto, é frequente também o desacôrdo entre estes resultados obtidos com a clínica e a anatomia. Esta divergência mostra bem a dificuldade no diagnóstico da gastrite, aumentada especialmente por esta não apresentar sintomas clínicos próprios; pode afirmar-se que o diagnóstico actual de gastrite é feito por exclusão.

Pelo método da extracção do suco gástrico por fracções múltiplas e analisando neste principalmente os valores do ácido clorídrico, como o mais fiel indicador das alterações que pode sofrer a secreção gástrica, não se conseguiu ainda obter curvas típicas que garantam a gastrite, embora a última, quando não acompanhada de úlcera, conduza, ao fim de algum tempo, para uma aquilia. E neste facto reside a principal diferença entre a gastrite simples e a úlcera com gastrite.

Quanto à etiologia, admite-se que a inflamação da parede gástrica não é produzida por agentes microbianos, mas sim por mecanismos químicos. Mas por enquanto pouco se sabe acêrca da natureza das substâncias e o caminho que seguem; uma parte, sem dúvida vem pelo sangue, outra actua no próprio interior do estômago. Neste último caso está o ácido clorídrico, como factor etiológico da gastrite do antro; pelo contrário, para a pangastrite, cujo progresso se faz, muitas vezes, num meio anácido, devem antes ser tomados em consideração outros mecanismos, por via hematogénea. Há quem admita, partindo do facto, verificado algumas vezes, da inflamação ter o seu início na parte profunda da mucosa, que o ácido clorídrico, por um mecanismo ainda desconhecido, se liberta no interior das células ou no princípio dos canais glandulares excretores e exerça assim uma acção cáustica de fora para dentro, mecanismo este semelhante ao da necrose aguda do pâncreas e talvez ao da atrofia amarela aguda do fígado.

Finalmente o A. acentua que não deve ficar-se com a impressão da gastrite como uma doença isolada dum órgão. Não é, de facto, assim. Estômago, intestino e as glândulas anexas, fígado e pâncreas, constituem uma unidade; na sua interdependência funcional, qualquer perturbação num dos membros atinge todo o sistema. Por isso é verosímil que perturbações hepáticas e pancreáticas possam causar gastrites; e assim se encadeiam vários problemas. Para o clínico parece justificada a hipótese de considerar como possível várias espécies de gastrite, segundo a sua etiologia, evolução e prognóstico.

J. ROCHETA.

O diagnóstico da sífilis numa gota de sangue séco. (*Die Luesdiagnose aus einem angetrockneten Tropfen Blut*), por P. DAHR. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 1934.

É sabida a dificuldade, a maioria das vezes invencível, na extracção de sangue, em crianças ou mesmo em adultos sem veias visíveis, para a reacção de Wassermann. Por isso se tem procurado encontrar micrométodos que substituíssem os macrométodos e que pudessem efectuar-se com uma quantidade de sangue extraída da polpa do dedo. E, assim, os métodos preconizados por Meinicke, Schilling e Antoni. Todos êles, porém, segundo investigações ulteriores, não são específicos.

Cheviac apresenta uma técnica sua, descrita pelo A. neste artigo, que considera melhor que as empregadas por outros autores, visto que de 1005 provas feitas resultam, em comparação com as outras reacções, as seguintes percentagens: Wassermann, 88%; Kahu, 94%; Meinicke, 92% e Cheviac, 86% positivos.

O A. repetiu esta prova em 600 casos, ao mesmo tempo que faz o *contrôle* com as três outras reacções, chegando aos seguintes resultados: em 475 casos positivos com as três primeiras reacções, obtiveram-se 467 com a prova da gota, ou seja uma percentagem de concordância de 98,3%; em 125 casos negativos, 112 com a gota, ou seja 91%. Por isso, o A. considera a reacção como merecendo utilizar-se, não só pelos seus resultados, que considera bons, mas também pela facilidade da obtenção do sangue e possibilidades de envio para grandes distâncias.

J. ROCHETA.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

De Coimbra

O Conselho da Faculdade resolveu, na sua última reunião, exarar na acta votos de sentimento pela morte da mãe do Dr. José Bacalhau e da do professor da Faculdade de Medicina do Pôrto, Dr. José Maria de Oliveira. Nomeou-se o Dr. Maximino Correia para o cargo de delegado da Faculdade à comissão organizadora do Congresso Nacional de Medicina Tropical, a realizar no Pôrto por ocasião da Exposição Colonial.

De Lisboa

O Ministro da Instrução apresentou no Conselho de Ministros o processo relativo aos concursos de cirurgia efectuados na Faculdade. O Conselho «examinou atentamente a questão e considerou a conveniência de manter o princípio da independência dos júris nas suas decisões, resolvendo que, pelo Ministério da Instrução, se desse seguimento à proposta da Faculdade. Mas afirmando-se no relatório do inquérito, a que se procedeu, terem sido preteridas, naquele concurso, formalidades legais, cujo alcance compete aos tribunais apreciar, decidiu ainda que o Ministério da Instrução Pública interponha recurso para o Supremo Tribunal Administrativo, nos termos do artigo 31.º do decreto N.º 19.243, se qualquer interessado o não fizer, pondo à disposição daquele tribunal o processo do inquérito».

Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão do dia 21 de Março passado, a ordem dos trabalhos da Sociedade das Ciências Médicas foi a seguinte: «O tratamento da tuberculose pela ultralinfá», pelo Dr. Forte de Lemos; «Considerações sobre o tratamento dos Meningiomas intracranianos», pelo Dr. Almeida Lima; «Transplantação dos ureteres no S ilíaco», pelo Dr. Pinto Coelho.



Academia das Ciências

O Prof. Henrique de Vilhena realizou, no Instituto de Altos Estudos da Academia das Ciências, duas lições intituladas «A expressão corporal das emoções no cancionero português da Vaticana».



Associação Portuguesa de Urologia

A Associação Portuguesa de Urologia reuniu-se, sob a presidência do Dr. Henrique Bastos.

O presidente fez o elogio do falecido urologista Dr. Artur Furtado Pereira.

O Dr. Artur Ravara referiu-se à morte do Dr. Bastos Lopes e do Dr. Furtado Pereira.

Por proposta do presidente, encerrou-se a sessão em sinal de sentimento.



Sociedade de Antropologia

Na Sociedade de Antropologia, do Pôrto, o Dr. Armando Leão, assistente do Instituto de Anatomia do Pôrto, em nome do Prof. Luiz de Pina e no seu, apresentou o resultado da dissecação duma negra de Benguela (Angola) realizada naquele Instituto, segundo o protocolo do «Comité International des Recherches sur les parties non osseuses», criado pelo Prof. Loth, de Varsóvia. O Prof. Luiz de Pina falou, em seguida, sobre «Tipos constitucionais e criminalidades».



10.^a Conferência da União Internacional contra a Tuberculose

Resolveu-se autorizar, em Conselho de Ministros, que a 10.^a Conferência da União Internacional contra a Tuberculose se realize em Lisboa, em 1936. O representante de Portugal na referida conferência será o Prof. Lopo de Carvalho.

*
* *
* *

Garcia de Orta

O quarto centenário da partida de Garcia de Orta para a Índia foi solenemente comemorado pela Sociedade das Ciências Médicas, que promoveu uma sessão na Faculdade de Medicina.

Nesta sessão, pronunciou uma conferência o Prof. Silva Carvalho, que traçou a vida e enumerou as obras de Garcia de Orta.

No anfiteatro de Fisiologia da Faculdade fez-se uma exposição bibliográfica relativa ao grande médico português.

*
* *
* *

Misericórdia de Lisboa

Foi provido no cargo de director de consulta dos serviços médicos da Misericórdia de Lisboa o Dr. Carlos Ary Gonçalves dos Santos.

*
* *
* *

Ordem dos Médicos

Na Associação dos Médicos tem sido discutido o projecto de estatutos para a Ordem dos Médicos, o qual vai ser entregue à comissão de redacção.

Também na Associação Médica Lusitana, do Pôrto, esteve em discussão o mesmo projecto.

Os estatutos deverão ser apreciados em Lisboa, Pôrto e Coimbra.

*
* *
* *

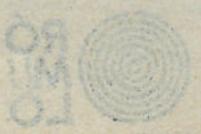
Luta contra o cancro

Na conferência preparatória e organizadora da Associação Internacional do Cancro, Portugal foi representado pelo Prof. Mark Athias e pelo Dr. João Maia Loureiro, médicos do Instituto Português de Oncologia.

*
* *
* *

Viagens de estudo

A-fim-de frequentarem a clínica do Prof. Kreiss, de Estrasburgo, partiram para aquela cidade os Drs. Cabral Sacadura, Teixeira de Sampaio e Coelho



de Campos, médicos da Maternidade Alfredo da Costa. Acompanhou-os o Prof. Costa Sacadura, subdirector daquele estabelecimento.

Partidos médicos

Uma comissão constituída pelos Drs. Armando Cirilo Soares e António Maria de Sousa, Francisco Nogueira, Inácio Cruz e outros delegados da população de Azeitão, entregou ao Governo uma representação em que se pede que não seja suprimido o partido médico municipal. A freguesia de Vila Nogueira contém cêrca de mil habitantes, duas farmácias, Misericórdia e hospital.

— A freguesia de Marinhaes (Salvaterra de Magos) pede a presença dum médico, a que se acha com direito nos termos do recente decreto n.º 23.624.

— Para o lugar de facultativo municipal do concelho de S. Brás de Alportel foi nomeado o Dr. Gabriel Medeiros Galvão.

Medicina colonial

O Governo de Macau contraiu com a Caixa Económica Postal um empréstimo de 25.000 patacas, a-fim-de realizar melhoramentos no Hospital Geral do Governo. Entre estes contam-se instalações de raios X, diatermia, actinoterapia e hidroterapia.

O empréstimo deverá pagar o juro de 5% ao ano.

— Para o cargo de guarda-mor de saúde do pôrto de Lourenço Marques foi nomeado o Dr. António Maria Ferreira.

Conferências

Na Assembleia de Sintra, o Dr. Machado Macedo realizou uma conferência acêrca do problema da assistência em Portugal.

Necrologia

Faleceram: em Lisboa, o Dr. João Bastos Lopes e o Dr. Artur Furtado Pereira.





PANBILINE
nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE
na PRISÃO DE VENTRE

HÉMOPANBILINE
nas ANEMIAS

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA
TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

LABORATOIRE DU D^r PLANTIER ANNONAY (Ardeche)
FRANCE
ou Gimenez-Salinas & C.^a — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

Tratamento específico do Hipofuncionamento ovarico

HORMOVARINE BYLA

FOLICULINA FISOLOGICAMENTE TITULADA

Dismenorreia, Amenorreia, Menopausa, Castração cirurgica, Esterilidade.

Em caixas de 6 empôlas de 1 c. c. tituladas a 10 unidades de foliculina

ETABLISSEMENTS BYLA — 26, Avenue de l'Observatoire — PARIS

PEDIR LITERATURAS AOS AGENTES PARA PORTUGAL:

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



Cuidado com as constipações!

A constipação é muitas vezes a origem de grandes doenças. Inofensiva por si própria enfraquece todavia a mucosa, favorecendo a penetração dos bacilos mais diversos, no organismo. Recorra às pastilhas de

FORMITROL

se se quer poupar a doenças graves.

À VENDA EM TODAS AS FARMACIAS EM TUBOS DE ESC. 12300

DR. A. WANDER S. A. BERNE

UNICOS CONCESSIONARIOS PARA PORTUGAL

ALVES & C.[^] (IRMÃOS).

RUA DOS CORREIROS, 41-2.[^] - LISBOA

Sala
Est
Tab
N.