



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECCÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

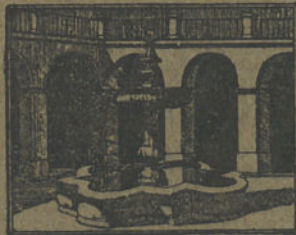
A. Almeida Dias

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

FLUOROFORMIO

Em solução aquosa e saturada

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE

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, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MI RAES, GARDIDPATHIAS da INFANÇIA e dos VELHOS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

Granulos de Catillon a 0,0004 **STROPHANTINE** CRYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St Martin Paris — PHARMATIAS

DOCTOR:

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



Phosphorrenal

ROBERT

NA SUAS TRES FORMAS:
GRANULADO - ELIXIR
INJECTAVEL

LABORAT
ROBE

Sala 8

Est. 9

Tab. 2

N.º 35

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

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

XAROPE "MERCK"
DE
EFETONINA

para o tratamento de
todas as formas de tosse,
especialmente coqueluche, bronquite aguda e cró-
nica, gripe e pneumonia gripal com
perturbações tóxicas da circulação.

Frascos originais de 170 grs.

EFETONINA

em casos de

ASMA

CORIZA DOS FENOS

URTICARIA

HIPOTONIA

Substância — Ampólas
Comprimidos — Pérolas.

Coriza e outras inflamações
da mucosa nasal

POMADA
"MERCK"

DE

EFETONINA

Bisnagas de 10 grs.



E. MERCK

FABRICA DE
PRODUCTOS QUIMICOS

DARMSTADT

Representantes para Portugal: QUIMICO - FARMACEUTICA, LIMITADA

LISBOA

PORTO

Rua da Palma, 165

Rua do Almada, 59

O Reumatismo

— articular e inarticular — é completamente ajudado com pensos de AN-TIPHLOGISTINE, devido ao calor húmido continuado que fornece, e pelas suas qualidades analgésicas e anodinas.

A aplicação do calor húmido a uma zona, pela hiperemia que produz, faz melhorar o metabolismo geral, promove a absorção da inchação, dentro e em redor das juntas e fibras musculares e faz reduzir a espessura dos sacos sinoviais, permitindo às articulações mórbidas voltarem ao seu estado normal.

ANTIPHLOGISTINE é um valioso auxiliar do tratamento dos estados reumáticos, onde a aplicação e manutenção do calor húmido é essencial.

Amostra e literatura sob pedido

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

ANTIPHLOGISTINE

~~~~~ *para a dor e inflamação* ~~~~~

**Robinson, Bardsley & Co., Lda.**

Cais do Sodré, 8, 1.º

L I S B O A



## DIFERENTES CARACTERÍSTICAS DO

**'Petrolagar'**

(Marca 'Registada')

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1</b> <b>UM PRODUTO MECÂNICO</b><br/>a sua acção é suave e auxilia a restaurar a regularidade intestinal.</p> <p><b>2</b> <b>MUITO AGRADÁVEL AO PALADAR</b><br/>um importante factor para se obter a cooperação dos doentes no tratamento.</p> <p><b>3</b> <b>BEM TOLERADO</b><br/>compatível com qualquer tratamento geral.</p> | <p><b>4</b> <b>MISCÍVEL COM FLUIDOS</b><br/>diferente da parafina líquida, mistura-se intimamente com a massa fecal, não produzindo escoamento algum.</p> <p><b>5</b> <b>ECONÓMICO</b><br/>porque é dado em doses decrescentes à medida que se acentua a regularização intestinal.</p> <p><b>6</b> <b>ESTRICTAMENTE MÉDICO</b><br/>porque não é anunciado ao público.</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

O 'Petrolagar', emulsão de parafina líquida, avoluma a massa fecal e fornece-lhe um líquido inabsorvível, dando às fezes a consistência normal. Assegura uma acção intestinal comoda por simples peristalsis.

PETROLAGAR LABORATORIES LTD., BRAYDON RD., LONDRES, N. 16.

Representante: RAUL GAMA, RUA DOS DOURADORES, 31, LISBOA.

# INSULINA 'A.B.'

MARCA DE  FÁBRICA

a 1.<sup>a</sup> apresentada na Europa

PUREZA GARANTIDA

De ALLEN & HANBURYS, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.

**Absolutamente inalterável — Acção constante**  
**Isenta de proteínas — Não produz reacção**

Folhetos e amostras aos Ex.<sup>mos</sup> Clínicos

COLL TAYLOR, L.<sup>DA</sup> — Rua dos Douradores, 29, 1.<sup>o</sup> — LISBOA — TELE F. | 21476  
G. | DELTA



Uma nova preparação  
dos Laboratórios do Dr. P. Astier:

# LYXANTHINE ASTIER

Medicação dos artríticos  
sem tóxico nem analgésico

33% de princípios activos

- DISSOLVE O ACIDO ÚRICO
- EVITA O EXCESSO DESTA
- REGULARISA A NUTRIÇÃO

*Uma única colher de chá de LYXANTHINE  
é equivalente a muitas doses dos  
dissolventes vulgares*

AFECÇÕES REUMATISMAIS

**Gota — Litiase renal — Artrritismo**

---

Literatura e amostras  
LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS  
ou nos representantes  
GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — 240, Rua da Palma, 246 — Lisboa







## SUMÁRIO

### Artigos originaes

|                                                                                                    |      |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|
| <i>Contribuições morfológicas para o problema dos tumores, pelo Prof. Friedrich Wohlwill</i> ..... | Pág. | 677   |
| <i>Profilaxia da blenorragia no homem, por Emilio de Tovar Faro</i> .....                          | »    | 702   |
| <hr/>                                                                                              |      |       |
| <i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....                                                       | »    | 715   |
| <i>Noticias &amp; Informaçõs</i> .....                                                             | »    | XLVII |

## CONTRIBUIÇÕES MORFOLÓGICAS PARA O PROBLEMA DOS TUMORES

PELO

PROF. FRIEDRICH WOHLWILL

Prosector do Instituto Português de Oncologia

### INTRODUÇÃO

SÔBRE A IMPORTANCIA DA MORFOLOGIA NA MEDICINA EM GERAL  
E ESPECIALMENTE NA ONCOLOGIA

¿ Morfologia na oncologia? Pois ¿ tem porventura a morfologia alguma coisa a depor ainda na questão dos tumores? Ou ¿ não será melhor considerá-la apenas como uma pertença do século xix, a que a ciência moderna apenas concede interêsse histórico e sôbre a qual passou como sôbre questão julgada, para se dedicar inteiramente à ordem do dia? De facto não pode negar-se que a anatomia patológica, isto é, a forma sob que a morfologia intervém na medicina, atingiu de algum modo a meta que se propunha e que a sua estrutura é hoje definitiva nas questões capitais; de sorte que será ainda possível completar e desenvolver detalhes, mas a verdade é que não se registam progressos importantes.

Mas ¿ nos outros capítulos da nossa ciência não terá sucedido o mesmo? ¿ Ao exuberante desenvolvimento devido aos progressos das ciências naturais no século xix e à sua aplicação à medicina não se seguiu em todos os campos uma certa estagnação, de modo que as perspectivas de trabalho que se oferecem hoje ao investigador são mais em extensão do que em profundidade?



CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA



¿Donde provém êste menosprêzo actual da morfologia por parte de tantos representantes das disciplinas irmãs? Afigura-se-me que ela é a consequência de uma reacção — espécie de oscilação pendular para o lado oposto — contra a importância seguramente exagerada que se lhe deu nos últimos cento e cinquenta anos. Esta excessiva valorização da morfologia foi de-certo, em grande parte, consequência da autoridade de que gozavam os seus representantes. Tinha a Itália MORGAGNI, a França BICHAT e CRUVEILHER, a Áustria e a Alemanha ROKITANSKY e VIRCHOW (1) e — se exceptuarmos talvez a fisiologia (CLAUDE BERNARD) e a bacteriologia e a imunologia nascentes (PASTEUR, KOCH) — nenhuma das outras disciplinas médicas era representada por personalidade tão forte como as dêstes homens. Mesmo clínicos excepcionais, como BILLROTH, HEUBNER, ERB, LAENNEC, NONNE, para só citar alguns, se interessaram por êste ramo da nossa ciência e o enriqueceram com trabalhos notáveis. E foi assim que no século passado a anatomia patológica dominou realmente a medicina.

Sem dúvida — tanto quanto actualmente podemos apreciar as coisas — esta orientação morfológica da investigação não era inteiramente justa e assim a reacção não poderia faltar. Parece-me todavia que hoje o pêndulo foi demasiadamente longe na direcção oposta. Julga-se antiquado e inútil o ponto de vista morfológico, encaram-se risonhamente as investigações no morto, das quais se diz que nunca poderiam levar a conclusões sôbre o vivo, e opõe-se à anatomia patológica como «Tanatologia» a Biologia que, essa sim, seria a verdadeira ciência da vida.

Justificar-se-ia esta atitude se os ramos da ciência que se reclamam de biológicos tivessem realmente a vida entre as mãos.

---

(1) Sabido é que VIRCHOW não foi de forma alguma um morfologista puro. Conquanto empregasse principalmente métodos morfológicos, o seu alvo foi a fisiologia patológica — como o de todos aqueles que se esforçam por estabelecer as bases teóricas dos fenómenos mórbidos. Por sinal, que o Arquivo que fundou e intitulou tem tido até hoje por cabeçalho: *Arquivo de Anatomia e Fisiologia Patológica e de Medicina Clínica*. Porém, nas considerações que faremos, a expressão «anatomia patológica» será sempre empregada no sentido rigoroso de investigação morfológica pura, a-fim-de fazer sobressair as oposições que nos interessam. Desnecessário se torna acentuar que a maior parte dos patologistas trabalha também no terreno da patologia geral e experimental — domínios da fisiologia.



Mas infelizmente não é este o caso. Tôda a investigação médica, qualquer que ela seja, só opera com símbolos e índices da vida. Quando o clínico, ou o fisiologista, fazem determinações da glicemia, com ou sem refeição de prova, ¿estarão lidando com o real metabolismo dos hidratos de carbone? ¿Atingirão, na realidade, os complexos fenómenos circulatórios do organismo vivo quando inscrevem curvas do pulso ou da pressão sanguínea? Certamente que não. Note-se que não aludimos ao êrro quantitativo, à fatal imperfeição, às inevitáveis lacunas de tôda a nossa ciência e investigação, porque essas temos a esperança fundada de as preencher a pouco e pouco — se bem que nunca completamente. Trata-se de uma dificuldade de outra natureza, de uma impossibilidade essencial e que consiste em das nossas investigações só *tirarmos conclusões* em relação aos fenómenos vitais; a vida pròpriamente dita, essa furta-se ao nosso conhecimento. O acto de conhecer é uma parte da vida e, como a vida se não pode conhecer a si pròpria, somos reduzidos à análise e à indução. Estas podemos e devemos exercê-las sob todos os ângulos para finalmente atingirmos uma síntese, por mais imperfeita e incompleta que ela seja. Nesta tarefa não pode dispensar-se nenhuma das direcções da investigação. Os métodos físicos, químicos, e mesmo os psicológicos, têm o seu valor indiscutível; desistir porém da morfologia seria privarmo-nos de um meio que ainda pode contribuir em muito para edificar a doutrina da vida.

«A morfologia pode ser considerada como uma doutrina autónoma ou como uma ciência auxiliar da fisiologia» (GÆTHER). Mas até nos ramos mais ou menos puramente teóricos da morfologia, na Zoologia e na Botânica, a mera determinação das formas nunca pôde satisfazer o espírito. O que nelas atrai e interessa o investigador — e, justamente, também o pròprio GÆTHER — é principalmente o desenvolvimento, a evolução, isto é, um fenómeno eminentemente biológico. Também para o anátomo-patologista a observação das alterações morfológicas de qualquer órgão não tem em si pròpria interêsse algum: raro se encontrarão na literatura anátomo-patológica trabalhos que se satisfaçam com verificações puramente morfológicas e êsses poucos são habitualmente enfadonhos. A anatomia patológica esforça-se, pelo contrário, e com êxito, por tirar, das alterações formais que o organismo sofre, conclusões em relação com a doença que, a-pe-



sar da sua anormalidade, pertence inteiramente ao domínio dos fenómenos vitais.

A inferioridade em que se encontra a anatomia patológica em relação aos outros ramos das ciências médicas não consiste, portanto, em ter como objecto *o morto*; a inferioridade é outra e mais considerável. Provém de, em geral, ter perante si unicamente um *instantâneo*, isto é, de só poder estudar a situação tal como se apresenta no termo da vida, ao passo que as outras disciplinas podem seguir, em observações seriadas, a evolução das alterações.

Em compensação, o anátomo-patologista, na autópsia, que é o campo mais importante da sua actividade, disfruta a vantagem de lhe ser franqueado todo o corpo com a totalidade dos seus órgãos, sistemas e tecidos, e assim pode ter uma vista de conjunto dos efeitos da doença no organismo integral e da correlação dos processos que se desenvolvem em cada um dos órgãos e isto de uma maneira muito mais completa do que os representantes de outros métodos de investigação. E assim se completam da maneira mais feliz a observação clínica — que visa o conhecimento da evolução total — com a observação anátomo-patológica — que visa o conhecimento da total simultaneidade.

Há muito deixámos para trás a «patologia dos órgãos» propriamente dita, no sentido de MORGAGNI, e sabemos que — salvo raras excepções — o que está doente é todo o organismo e não alguns órgãos isoladamente, pensamento que aliás se afirma já em VIRCHOW. Mas a investigação biológica das últimas décadas, com o emprêgo um tanto exagerado da expressão «totalidade», tem repetidamente chamado a atenção para êste facto, que não pode conceber-se senão teleologicamente: o da colaboração das partes no organismo, realizada sob a direcção de uma idea de finalidade, das correlações que servem a harmonia e a conservação do *vivo* como se fôsem dirigidas de uma central consciente. E aqui devemos pôr a claro um outro êrro sôbre a anatomia patológica.

Pensou-se que — visto esta ciência decompor a substância viva em partes cada vez menores até às mais finas particularidades da estrutura celular microscópica — se afasta desta concepção unitária do vivo que acabamos de caracterizar. Na realidade sucede precisamente o contrário. Tôda a ciência da natureza



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.<sup>a</sup>**

Rua da Palma, 240 - 246

**l i s b o a**







## VIGANTOL

(preparado com vitamina D cristalizada)  
1 mgr. de vitamina D cristalizada = 50000  
unidades internacionais

no raquitismo e outras per-  
turbações do metabolismo  
osseo, melhora a formação  
dos dentes e auxilia a rotura  
da dentição.

EMBALAGENS ORIGINAIS:  
Oleo de Vigantol: Frasco conta-gotas de 10 c.c.  
(1 c.c. = 0,3 mgr. de vitamina D cristalizada)  
Drageas de Vigantol: Frasco com 50 drageas.  
(1 dragea contem 0,06 mgr. de vitamina D  
cristalizada)

## VIDALON

(Oleo de fígado de bacalhau  
estandardizado com Vigantol)

de conteúdo constante e elevado  
em vitaminas A e D.

Indispensavel para a acele-  
ração do desenvolvimento do  
organismo e a augmentação  
da resistencia nas crianças  
atrazadas e doentias.

EMBALAGEM ORIGINAL:  
Frasco de 125 cc.

» *Bayer* «

LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante

« LUSOPHARMA »

Rua dos Douradores 150, 3.º LISBOA

E. MERCK

Darmstadt (Alemanha)

Depositário:

Estabelecimentos HEROLD, Ltd.

Rua dos Douradores, 7

LISBOA



parte e tem que partir da análise, que é premissa incondicional para alcançar uma síntese fundamentada. Só génios como GÆTHE podem atingir valores estáveis de conhecimento a partir do espectáculo da totalidade e, contudo, êle próprio negava vivamente que devesse a concepção da metamorfose das plantas a uma intuição feliz e não à mais conscienciosa observação. Para nós então, pequenos espíritos, desprezar a análise seria perder o pé no terreno dos factos, desastre de que nos últimos anos temos tido tão temerosos exemplos.

Se há, porém, uma ciência que toque com o dedo estas «relações do conjunto», essa é certamente a morfologia. Porque nos seus domínios as regulações e compensações acima aludidas revelam-se da maneira mais impressiva aos olhos do observador. E isto tanto no que diz respeito ao desenvolvimento normal como especialmente no que se refere aos factos anátomo-patológicos. Quando o patologista observa como os corpos estranhos e os micro-organismos são tornados inócuos e eliminados do corpo pela defesa inflamatória, como o *deficit* de um órgão é suprido pela hipertrofia compensadora de um outro igual ou de função próxima, como o aumento patológico das resistências é vencido pela hipertrofia de trabalho, quando o patologista estuda fenómenos de ampla adaptação, como, por exemplo, se revelam nas remodelações da estrutura óssea provocadas por modificações grosseiras na distribuição das cargas, quando considera a dependência recíproca dos diferentes órgãos endócrinos em dimensões e composição celular, tem de cada vez perante si fenómenos vitais que revelam com a maior nitidez leis que só valem no mundo vivo e representam exemplos daquele princípio de integração e de organização que tudo domina. Entre os representantes dos diferentes ramos da medicina é justamente o morfologista o menos ameaçado do perigo de uma orientação puramente materialista.

De-certo passou o tempo em que se pensava poder explicar os fenómenos vitais segundo as leis da energética, válidas para o mundo anorgânico, e poder conceber o organismo animal como uma máquina somente mais complicada. Mas, ao passo que a ciência faz cada vez maiores progressos na redução das diferentes funções parciais a processos que também têm um papel na natureza inanimada, de forma que, pelo menos teóricamente, po-



demos figurar-nos que por fim se consiga reproduzir num tubo de ensaio um ou outro dos processos que até hoje só têm sido observados no organismo vivo, *os processo formativos*, êsses ficam e quási com certeza ficarão eternamente reservados ao vivo. Mesmo em relação aos mais primitivos protozoários, não podemos explicar segundo as leis do mundo anorgânico os processos morfogenéticos já demasiadamente complicados — pense-se nos ciclos de evolução dos parasitas da malária — ; quanto mais conseguir reproduzir qualquer coisa de semelhante a um organismo!

O anátomo-patologista defronta-se a cada passo com estes processos formativos, muito mais frequentemente e muito mais directamente do que o bioquímico, por exemplo, e seria necessário ter o espírito inteiramente embotado para não se sentir possuído do sentimento do maravilhoso perante a contemplação dêstes fenómenos. Ora, *o maravilhoso é*, como todos nós sabemos, o ponto de partida de tôda a ciência.

Um capítulo da anatomia patológica recebeu em especial a denominação de «Ciência das maravilhas» (*Wunderlehre*): foi a ciência das malformações, a teratologia. Esta designação sempre me pareceu imprópria; a maravilha não é, quanto a mim, que, em casos de excepção, o desenvolvimento trilhe caminhos anormais conduzindo a formações medíocres com imperfeita adaptação à função (sabe-se que as pequenas anomalias sem influência na função se encontram em tôda a gente); a maravilha é antes que, na imensa maioria dos casos, do óvulo fecundado se desenvolva, com uma segurança de sonâmbulo, esta obra admirável do organismo irrepreensivelmente adaptado a tôdas as funções, e maravilha é também que as agressões a êsse organismo despertem nêle processos que tendem a restabelecer uma nova harmonia de conjunto (GOLDSTEIN).

Desta forma a tarefa científica do anátomo-patologista condu-lo por seus caminhos próprios ao limiar do problema central da vida; a biologia não pode dispensar a sua colaboração, como a morfologia não poderia avançar sem os outros meios de investigação, dos quais, aliás, como já foi dito, se serve largamente. Encerrarei estas minhas considerações prévias com as palavras de GËTHER, o grande morfologista:

«Man sieht daher wohl ein, dass demjenigen, der als Physiologe alle diese Betrachtungen zusammenfassen soll, noch viel



vorgearbeitet werden muss, wenn derselbe künftig alle diese Betrachtungen in Eins fassen und, insofern es einem menschlichen Geist erlaubt ist, dem grossen Gegenstande gemäss erkennen soll. Hierzu gehört zweckmässige Tätigkeit von allen Seiten, woran es weder gefehlt hat noch fehlt, und bei der jeder schueler und sicherer fahren würde, wenn er zwar von *einer* Seite, aber nicht einseitig arbeitete und die Verdienste aller übrigen Mitarbeiter mit Freudigkeit anerkennte, anstatt, wie es gewöhnlich geschieht, seine Vorstellungsart an die Spitze zu stellen.»

(«Compreende-se que será ainda necessário trabalhar muito antes que o fisiologista que, como tal, terá de resumir estas reflexões, possa um dia unificá-las e concebê-las na medida da vastidão do assunto, tanto quanto seja acessível ao espírito do homem. Para tal é necessário um trabalho orientado de todos os sectores — coisa que nunca faltou nem falta — e cada um caminhará mais depressa e mais seguro se, na verdade, trabalhar pelo seu lado, mas não unilateralmente, e se reconhecer com satisfação os serviços de todos os restantes colaboradores, em vez de dar o lugar proeminente aos seus pontos de vista especiais — como actualmente sucede.»)

Mas o papel de um ramo das ciências médicas não consiste unicamente em contribuir para o conhecimento dos processos biológicos. Para nós, médicos, a ciência não é em si própria um fim: todos nós vemos a finalidade dos nossos esforços no aperfeiçoamento dos meios de conhecer e tratar as doenças. Todos reconhecem que a anatomia patológica colabora nesta tarefa; mas pensa-se, como já foi dito, que a sua obra, neste sentido, pertence ao passado e que, pelo menos no século actual, não trouxe nenhuma contribuição importante. Que esta não é a verdade posso eu mostrá-lo em dois exemplos que me tocam de perto, porque fui testemunha das investigações em questão. Uma foi a descoberta das lesões arteriais sistemáticas do tifo exantemático pelo meu mestre EUGEN FRAENKEL (1913). Como esta arterite específica se observa também nas eflorescências do exantema (onde FRAENKEL aliás as mostrou pela primeira vez) e como podem ser verificadas em biopsias da pele — decorreu da descoberta um método extraordinariamente importante para a diagnose diferencial da doença. A outra foi a determinação do quadro mórbido



da caquexia hipofisária, hoje geralmente denominada «doença de Simmonds», pelo meu antecessor SIMMONDS (1914). Aqui, das relações estabelecidas na mesa de autópsias, resultou o único tratamento a empregar nestes doentes: a opoterapia hipofisária.

A isto há ainda a acrescentar o trabalho cotidiano do anátomo-patologista. Dos dois ramos principais da sua actividade coloco em primeiro lugar — e muito propositadamente — a realização das autópsias.

Parece-me desnecessário discutir o que representa para o clínico o poder informar-se, numa autópsia, das circunstâncias morfológicas de determinado caso cujos sintomas lhe ofereceram dificuldades de interpretação, e poder relacionar com as observações feitas no vivo o estado das coisas no cadáver, onde tudo está patente. Dizia-me uma vez um prático das minhas relações: «Os médicos hospitalares, na sua maioria, não têm bem a consciência das vantagens que disfrutam em relação a nós, os práticos, por poderem tirar a prova do seu diagnóstico na mesa de autópsias, comparando a observação clínica com a do cadáver». E nós, os patologistas, verificamos com admiração que, mesmo para os próprios médicos que enfileiram entre os detractores da nossa ciência, a última palavra na prática é dita pela anatomia patológica. Quási sempre dão o maior valor à confirmação do diagnóstico pela autópsia e se há um caso complicado que interpretaram de determinada forma tem para eles menos valor se não fôr possível fundamentá-lo com os resultados da autópsia. Chegam mesmo a esperar do patologista mais do que êle pode dar: uma solução completa de todos os problemas que se lhes apresentaram no decurso da observação clínica. Esta é, porém, uma tarefa que excede as possibilidades do anátomo-patologista, porque muitas vezes se trata de fenómenos reversíveis e êle só recebe para exame o objecto no estado em que se encontra ao tempo da morte. Mas, independentemente desta razão, as perturbações funcionais *intra vitam* e o estado morfológico na autópsia são duas séries fenoménicas que *nem sempre* se sobrepõem; esta dificuldade reside na natureza das coisas e não surpreenderá ninguém que costume meditar sôbre estas questões. Até, a-pesar-de todos os aperfeiçoamentos da técnica, nomeadamente da técnica microscópica, há casos de-certo muito raros, que a autópsia deixa completamente por esclarecer, como por exemplo succede em vá-



rios envenenamentos, na tetania, em alguns casos de diabetes e em certos casos de morte em psicoses agudas.

Estas raras excepções não diminuem, porém, de qualquer forma o valor da autópsia. Em todo o caso para que a utilidade da necropsia seja inteiramente aproveitada é necessário preencher três condições :

A primeira é que o médico assistente esteja presente a ela; somente numa troca oral de impressões entre o clínico e o anátomo-patologista pode, *em comunidade de esforços*, atingir-se o significado do quadro mórbido. O envio da história clínica ao encarregado da autópsia é uma substituição imperfeita desta colaboração, bem como a leitura do protocolo da autópsia pelo clínico não pode de forma alguma substituir a observação pessoal das anormalidades encontradas. Sem esta colaboração a actividade do patologista é incompleta; é nesta conjuntura que êle se sente morfologista puro e se dá bem conta de como é desconsolador sê-lo.

Notemos nesta altura que de quando em quando ainda se encontra nos cirurgiões, e especialmente nos ginecologistas, a idea de que a sua permanência na sala de autópsias representa um perigo para os seus doentes. Estes temores só podem compreender-se historicamente. Sabe-se que SEMMELWEIS — o primeiro a conseguir, por medidas apropriadas, a limitação profiláctica de uma infecção geral piogénea, a febre puerperal —, partiu da observação de que esta infecção se dava principalmente nas enfermarias da maternidade em que trabalhavam médicos que faziam simultaneamente autópsias ou nelas colaboravam. Desta observação provém, ao que parece, a idea de uma especial aggressividade dos germes do cadáver, o que de forma alguma é razoável.

É sabido que as bactérias que especialmente se encontram no morto, isto é, os germes da putrefacção, não têm no organismo vivo condições favoráveis de desenvolvimento; mesmo uma bactéria tão virulenta, como é o bacilo de FRAENKEL em certas circunstâncias, só determina infecções graves quando tem possibilidade de invadir tecido muscular triturado. Quanto às bactérias piogéneas, não há que falar de um aumento de virulência no cadáver. Pelo contrário, algumas delas, como o gonococo e o meningococo, são tão sensíveis ao arrefecimento que se não multiplicam no morto. Nunca se observou o contrário.



A-pesar disto, as observações de SEMMELWEIS estavam certas. Mas deve pensar-se que no seu tempo as autópsias se realizavam nas piores condições higiénicas: os médicos, depois de terem procedido à autópsia, faziam uma lavagem superficial das mãos — segundo as nossas actuais ideas, seguramente insufficiente — e, talvez vestidos com a mesma blusa, iam pôr as mãos sujas em contacto com as feridas recentes de uma puérpera. Hoje, na era da assepsia, das luvas de borracha esterilizadas, etc., podemos dominar estes perigos. Se assim não fôsse, ¿como se atreveria o ginecologista a raspar um útero de abôrto infectado e no mesmo dia ou no seguinte assistir a uma puérpera? ¿Como ousaria o cirurgião operar uma apendicite e fazer a seguir uma estrictomomia? Mas tudo isto êle faz sem receio e com tôda a razão: graças às regras de assepsia usadas pelos médicos é praticamente inexistente a transmissão de germes por êste meio (1).

Esta não pode ser uma razão suficiente para que o ginecologista e o cirurgião se privem da vantagem que representa para êles e para os seus enfermos a presença às autópsias dos doentes que trataram. Para tranqüilizar a consciência mais escrupulosa basta que se evitem todos os contactos com o cadáver e que se mude de blusa à entrada e à saída da sala de autópsias.

A segunda condição é que a autópsia seja completa. Só fazendo-se a investigação em todo o corpo pode compensar-se o inconveniente já acima apontado do carácter *instantâneo* das verificações da autópsia. Uma autópsia parcial ou, mesmo, a observação limitada a um ou dois órgãos que «interessam» sob o ponto de vista clínico, não têm valor algum. Têm, pouco mais ou menos, tanto valor como uma curva febril em que só se aponte a temperatura todos os quatro ou cinco dias. Pode dizer-se até que uma autópsia incompleta é um êrro mais grave do que uma observação clínica insufficiente, porque esta última pode, muitas vezes, completar-se mais tarde sem grande prejuízo, ao passo que o

---

(1) Não deve naturalmente afirmar-se a inteira impossibilidade de infecção quando se realize uma série de circunstâncias lamentáveis; queremos somente acentuar a inconsequência que consiste em num caso, com tôda a razão, desprezar um perigo mínimo, e em outro caso, sem dúvida de muito menor perigo, exagerá-lo de tal forma que se julga necessário o completo afastamento da pretendida origem de infecção.



desperdiçado na autópsia está definitivamente perdido. Uma autópsia incompleta pode conduzir a uma concepção inteiramente falsa do caso. Quem sabe por experiência própria como o exame de um órgão que clinicamente não estava no primeiro plano ou não chegou mesmo a dar sintomas, pode dar resultados tão importantes que façam aparecer o caso a uma luz inteiramente diferente ou serem mesmo os únicos a esclarecê-lo, nunca se dispensará de fazer uma autópsia completa.

A terceira condição é que a autópsia, inclusivamente na sua parte técnica, seja praticada pessoalmente por um patologista suficientemente experimentado. Tudo o que não seja isto, é *fanfarraria*. A técnica da autópsia feita segundo o esquema é fácil; o mais inculto servente pode aprendê-la em poucas semanas. Mas isso não é autopsiar, é *estripar*. A prática de uma autópsia que conduz à revelação de complicadas relações é uma arte como qualquer outra realização médica. É preciso orientá-la inteiramente segundo as circunstâncias especiais do caso; cada nova verificação num órgão faz desviar do esquema o ulterior procedimento — e, por vezes, muito — e, se assim não suceder, pode comprometer-se definitivamente a diagnose. Um método assim adaptado a cada caso só pode ser usado por quem possua a cultura e experiência necessárias para permitirem relancear numa visão de conjunto tôdas as possibilidades do caso concreto. Mesmo a realização da autópsia por um empregado técnico sob a vigilância do patologista especializado — como às vezes se faz — é um absurdo, porque só a prática de tôdas as manipulações por mão própria, e com a ajuda do tato, dá uma orientação que baste ao esclarecimento da situação.

Devemos notar ainda uma última e não pequena virtude da prática regular das autópsias, virtude que somente aproveita ao próprio médico anátomo-patologista praticante — é o aperfeiçoamento do sentido visual. No discurso, extremamente subtil, proferido na abertura da 21.<sup>a</sup> Sessão da Associação Patológica Alemã, realizada em Freiburg i Br. em 1926, queixava-se PAUL ERNST (1), em amargas, mas justas palavras, da «desconsoladora baixa da capacidade de observação visual» e da *carência morfo-*

(1) Várias das ideias expostas acima foram despertadas pelas resumidas, mas tanto mais impressivas, reflexões de ERNST.



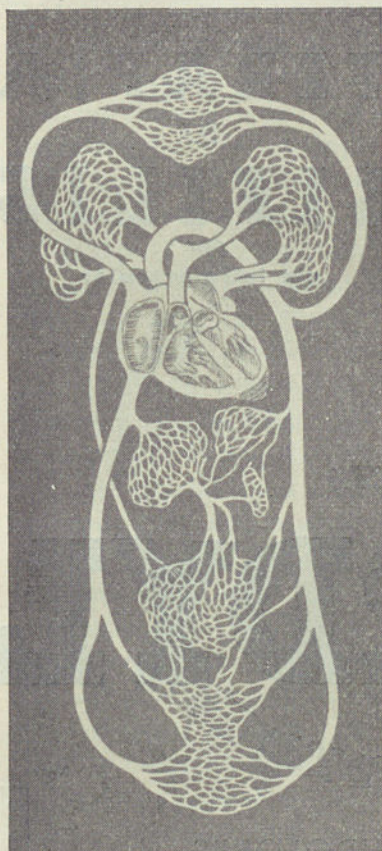
*lógica*, como êle julgava poder chamar-se-lhe, parafraseando a *carência metafísica* de SCHOPENHAUER. Teria sido essa, durante os seus quarenta anos de exercício no Instituto de Anatomia Patológica de Heidelberg, a sua experiência mais impressionante e uma desilusão sempre renovada. ERNST analisou também as causas que, em seu entender, determinam êste fenómeno. Não quero insistir neste ponto, mas somente dizer que todos os anatómopatologistas podem confirmar êste facto. Também eu tenho igual experiência, tanto na Alemanha como em Portugal. Espanta e entristece verificar como até grosseiros desvios do normal passam despercebidos a médicos. Em parte porque a imagem da estrutura normal lhes não é suficientemente familiar, não a trazem *metida nos ossos* (1), mas principalmente devido a — poderia dizer-se — uma «atrofia do sentido visual». Mas, sem dúvida, ela é consequência da falta de exercício da função. Esta capacidade pode, porém, acordar-se e desenvolver-se na grande maioria dos futuros médicos. Ninguém quererá negar que ela é importante e mesmo indispensável ao médico, que a cada passo se defronta com a necessidade de uma minuciosa observação visual. E que melhor oportunidade para a praticar do que a autópsia, que na realidade exige o emprêgo de todos os sentidos (com excepção do paladar!), mas em primeiro lugar da vista? Como, porém, nem todos os jovens médicos que se ocupam de anatomia patológicas serão patologistas, mas muitos, e justamente os melhores, só procuram nela uma base segura para a sua actividade futura de médicos práticos — aqui encontram melhor oportunidade do que talvez em qualquer outro ramo teórico ou prático da nossa ciência, para desenvolver a capacidade de observação visual, tão importante.

Não quero demorar-me em considerações sôbre a evidente importância da autópsia na actividade pericial nos domínios da medicina legal e dos seguros de vida e contra desastre; isso levar-me-ia muito para longe do meu assunto. Desejo só observar

---

(1) E, segundo a minha opinião, não é porque aprendam pouca anatomia normal, mas, pelo contrário, porque aprendem demasiada. Fazem-lhe reter tantas particularidades que o estudante não fica em estado de distinguir o que é fundamental do que é acessório, e, passado o exame, vai tudo de camalhada pela borda fora como lastro inútil da memória.





*Nas afecções do  
aparelho  
circulatorio*

acompanhadas por

fraqueza muscular cardiaca,  
espasmos vasculares,  
hipertensão,  
formação de edemas,

para a terapeutica pela teobromina  
é particularmente recomendavel a

# *Calcio-Diuretina*

já pelo facto do componente calcio  
ir reforçar a acção da Diuretina e  
aumentar a sua tolerancia.



**KNOLL A.-G.**

Fabricas de Productos Químicos  
Ludwigshafen s. o Rheno

Tubos de 20 comprimidos de 0,5 g.

3 vezes ao dia 1-2 comprimidos, depois das  
refeições. O melhor é desfazel-os numa pe-  
quena quantidade de agua.



LISBOA MÉDICA

**BISMUTOTERAPIA**

DA

**SIFILIS**

por

via intramuscular

**NEO-  
CARDYL**

SOLUÇÃO OLEOSA  
de butilíolaurate de bismuto

INJEÇÕES INDÓLORES  
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 0,075 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<sup>e</sup>)



que ainda hoje se não aproveitam suficientemente os recursos que a anatomia patológica oferece para o esclarecimento de relações causais complexas e obscuras; e quero também notar que nas intervenções periciais a condição indispensável da eficácia consiste na autópsia completa e no protocolo claro e desenvolvido, que só podem ser obra do patologista especializado. (Ver DIETRICH, entre outros).

Isto pelo que respeita às autópsias. A segunda tarefa prática do anátomo-patologista maior importância é geralmente reconhecida: refiro-me ao exame microscópico de biopsias. A sua utilidade é evidente (1). Não necessito de gastar a tal respeito muitas palavras, tanto mais que o Prof. PARREIRA ainda há pouco tempo mostrou a valia d'este método de investigação. Descreveu em justas palavras a grande segurança e tranqüilidade do cirurgião que vê esclarecida a natureza do seu caso — quanto possível mesmo já durante o acto operatório — e assim pode resolver o caminho a seguir. Por isso só tratarei de duas objecções que costumam ser feitas à análise histológica das biopsias. A primeira é a possibilidade de errar o diagnóstico histológico. Surpreende que se esperasse uma certeza em 100 % dos casos. *Errare humanum est* e, enquanto os médicos fizerem diagnósticos de qualquer espécie, poderão errar. O patologista não poderá fugir à regra. O número d'estes erros variará naturalmente com a competência e a experiência do patologista e será conforme elas maior ou mais pequeno; mas em caso algum cairá a zero.

Há uma segunda causa de erros ou de diagnósticos incorrectos e essa não é da responsabilidade do patologista, mas do clínico que envia para a análise material impróprio. Impróprio umas vezes porque a região foi mal escolhida e alterações regressivas, principalmente necroses, bem como infecções secundárias, podem mascarar a natureza do processo e até torná-lo irreconhecível. Alguns procedimentos terapêuticos hoje usados podem originar também estas dificuldades. Assim, nos últimos tempos, tenho muitas vezes recebido para análise tumores que tendo sido irradiados e depois extirpados já nada mostravam da primitiva estrutura. O tratamento preparatório da intervenção

---

(1) Ver, a êste respeito, entre outros, as considerações de ROB. MEYER, DIETRICH, WEGELIN.



cirúrgica no bócio exoftálmico, pelo iodo, pode fazer desaparecer mais ou menos completamente o quadro anatómico característico da doença. Mais freqüente é que o fragmento enviado, por ser demasiadamente pequeno, não permita uma diagnose segura. Quem uma vez observou como o quadro histológico pode variar de uma região para outra num processo que macroscopicamente parece homogéneo, não se admirará de que a opinião deduzida do exame de um fragmento excessivamente pequeno possa ser incompleta ou mesmo errada. Antes de mais nada o fragmento de tecido deve ter dimensões suficientes, e deve alcançar bastante longe em profundidade para revelar as relações da lesão com os tecidos sãos que a circundam. É sabido que êste requisito tem uma grande importância, principalmente na diagnose dos carcinomas. Comquanto hoje já não seja incondicionalmente necessária a prova de um crescimento em profundidade e em alguns casos da constituição do próprio epitélio superficial se possam deduzir conclusões seguras, freqüentemente sucederá ao patologista que recebeu um pequeno fragmento não poder ir além de uma suspeita, e, nesse caso, o seu boletim deverá dizer: *insuficiente para uma diagnose segura*. Acontece muitas vezes que o clínico teve escrúpulos de intervir largamente no doente só por uma pura necessidade do diagnóstico. Mas então pode tornar-se indispensável uma repetição da biopsia, o que representará certamente para o doente maior sacrifício do que se a primeira biopsia tivesse sido suficientemente larga. Em todos os casos acabados de referir, pertencentes à segunda categoria de causas de erro, muito há a esperar da colaboração quanto possível íntima entre o clínico e o patologista, antes e durante a biopsia.

Numa terceira série de erros a culpa não é do patologista nem do clínico, mas da própria natureza das coisas. Também aqui se exige da anatomia patológica mais do que ela pode dar. Como o clínico a cada passo se vê na necessidade de diagnosticar por insignificantes sintomas disfunções de órgãos ou sistemas que não são directamente acessíveis, imagina — a maior parte das vezes sem se dar conta — que, estando as coisas à vista, não deve haver dúvidas de espécie alguma. Isto provém do facto reconhecido de a vista ser para o caso o mais importante dos nossos sentidos e tanto que uma grande parte dos métodos de



diagnóstico existentes consiste justamente em tornar as coisas acessíveis à vista. É o que acontece em todos os métodos cuja denominação tem o sufixo *scopia* e principalmente o do diagnóstico pelos raios X. De passagem notemos que isto implica o reconhecimento da extraordinária importância da *morfologia* na medicina; porque: na realidade, ¿ o que procura verificar-se nestes métodos de diagnóstico senão modificações da forma? Mas visto que todos êles têm os seus limites, ¿ como não os havia de ter o diagnóstico histológico! Quando se pensa quão pequena é a parte do organismo que o histo-patologista recebe para exame, não pode surpreender que a percentagem de diagnósticos exactos não atinja 100 %. Na grandíssima maioria dos casos é certamente possível diagnosticar a doença; resta sempre porém um limitado número de casos em que se encontram dificuldades insuperáveis. Mencionei como exemplo a linfogranulomatose no estado inicial, quando os gânglios mostram unicamente uma hiperplasia inteiramente incomum e os casos em que não é possível a diagnose diferencial entre o tumor castanho de reabsorção da osteíte fibrosa (RECKLINGHAUSEN), e o sarcoma. A anatomia patológica, como aliás todos os outros métodos laboratoriais, não pode aliviar o clínico da obrigação do diagnóstico; somente contribue para êle com os elementos importantes que fornece.

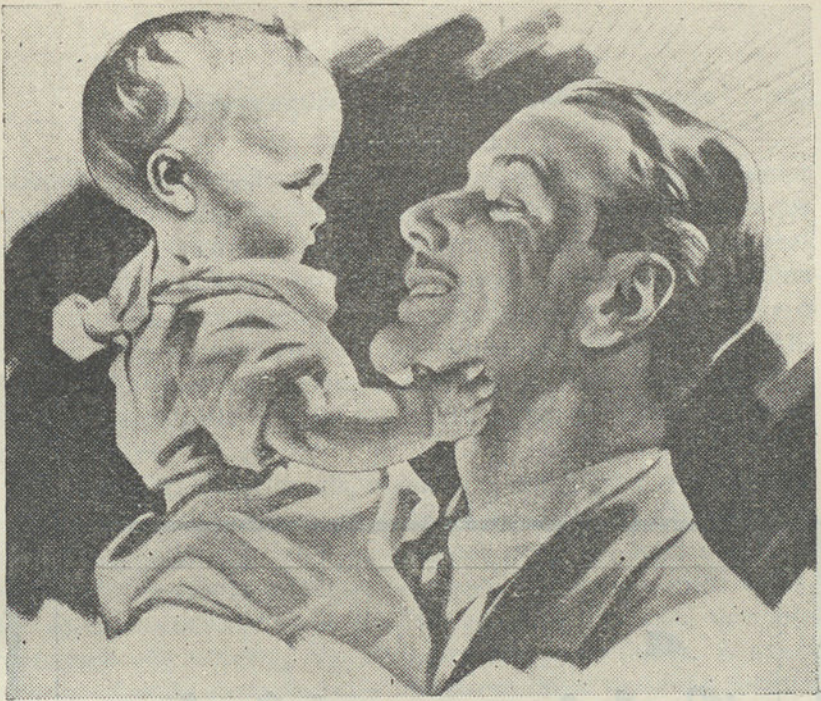
Quando eu era ainda prosector em Hamburgo, tive muitas vezes ocasião de observar como os clínicos tendem a exagerar a importância dos métodos de laboratório. Era costume tôdas as semanas reunirem os clínicos no nosso Instituto para discutirem conosco os casos cuja diagnose clínica não tinha sido confirmada, ou só o tinha sido incompletamente, pela autópsia e para, todos juntos, procurarmos determinar as causas dêstes fracassos. E não era raro então apurar-se que um diagnóstico primitivamente certo tinha sido substituído por um outro errado, imposto por um resultado bacteriológico, serológico, roentgenológico ou (seguramente em casos extremamente raros), histológico. Isto mostra que o conhecimento da totalidade do doente e da perspectiva de tôda a evolução da doença dá ao clínico uma grande vantagem, que nem sempre pode ser superada pela aparente univocidade das respostas laboratoriais. O clínico deve dar a estas últimas a importância que elas têm, mas não lhes permitir que



se sobreponham à sua observação à cabeceira do doente. E também mais uma vez os melhores resultados serão obtidos pelo mais íntimo intercâmbio entre o clínico e o patologista. Porque também recíprocamente o conhecimento da evolução da doença e das particularidades da observação clínica não são indiferentes para o diagnóstico histo-patológico. Há sempre médicos que propositadamente mantêm o patologista na ignorância de elementos capitais da história do doente, com a pretensão de que assim a sua opinião será produzida em completa objectividade — sem idea preconcebida. Na realidade sucede o contrário. Certamente, em muitos casos, basta lançar uma vista de olhos ao microscópio para um observador experimentado poder fazer o diagnóstico. Mas, em muitos outros, as coisas são mais complicadas. Então o diagnóstico histológico é uma arte como a do clínico e tudo quanto o anátomo-patologista saiba sobre o caso é pouco: idade, sexo, natureza e duração das queixas e tudo o mais tem um grande papel a desempenhar nas suas ponderações.

O que se disse da diagnose, vale também para a prognose; o clínico deve servir-se dos dados anátomo-patológicos como contribuições, mas não como únicos orientadores do seu juízo. É verdade que o diagnóstico da benignidade ou malignidade constitue uma das tarefas mais importantes do histo-patologista e as perspectivas das diversas terapêuticas são em grande parte condicionadas pela diagnose anátomo-patológica, como foi exposto entre outros por PARREIRA — ponto a que ainda voltaremos. Por outro lado, porém, frustraram-se as grandes esperanças de poder determinar o grau de malignidade a partir de certas particularidades do quadro histológico, principalmente nos carcinomas. Nenhum dos critérios apontados, principalmente pelos americanos, pôde resistir à crítica. E as próprias malignidade e benignidade histológicas dos tumores não têm sempre como corolário iguais características da evolução clínica. Sabemos, por exemplo, que vários carcinomas de células basais, bem como alguns fibrosarcomas, são tumores relativamente benignos e, nomeadamente, que é muito frequente depois das extirpações não darem recidivas nem metástases; enquanto, pelo contrário, muitos fibro-epiteliomas da bexiga, que se quer dizer, blastomas benignos sob o ponto de vista anátomo-patológico, têm tendência a recidivar a curto intervalo, depois da excisão, adquirindo também por fim pronunciada mali-





## UM PRODUTO SÉRIO

### ANALISE - TIPO

|                               |        |          |
|-------------------------------|--------|----------|
| MATÉRIA GORDA . . . . .       | 6,0 %  |          |
| PROTEINAS . . . . .           | 14,5 % |          |
| HIDRATOS DE CARBONO SOLUVEIS: |        |          |
| LACTOSE . . . . .             | 10,2   | } 59,2 % |
| SACAROSE . . . . .            | 27,5   |          |
| MALTOSE-DEXTRINA . . . . .    | 2,5    |          |
| AMIDO . . . . .               | 16,7 % |          |
| CINZAS . . . . .              | 2,1 %  |          |
| AGUA . . . . .                | 1,5 %  |          |
| CALORIAS 400 POR 100 GRAMAS   |        |          |

### A MARCA DE CONFIANÇA

# FARINHA LACTEA NESTLÉ

PREPARADA PELA

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

*Concessionaria exclusiva dos*

PRODUTOS NESTLÉ

PORTO

AVANCA

LISBOA



**a**  
**Calcina orgânica**  
**(Calciorgan)**

**é 5 vezes mais assimilável do que  
os preparados de Calcinas minerais**

P E D I R A L I T E R A T U R A A O  
L A B O R A T Ó R I O S A N I T A S



gnidade, isto é, tendem a transformar-se, de benignos, em «tumor papilomatoso maligno» (1). Contudo, o anátomo-patologista — que tem de fazer diagnósticos anátomo-patológicos — não pode abster-se de diagnosticar, no primeiro caso, carcinoma e sarcoma e, no último, fibroepitelioma. As possibilidades de cura deve o próprio clínico determiná-las com fundamento nestes diagnósticos. É evidentemente nestes casos que a troca de impressões entre o patologista e o clínico, sempre para desejar, se torna indispensável.

Finalmente, tratemos da segunda e importante objecção ao emprêgo da biopsia como método de investigação. Diz-se que é perigosa, porque nos casos de tumores malignos determina uma sementeira de células tumorais nos espaços linfáticos e nos vasos, e o aparecimento rápido de metástases. Esta objecção, que teòricamente sôa a certa, não é confirmada pelos factos. A experiência, repetida em milhares e mesmo milhões de casos, mostra que não tem fundamento, excluindo o caso excepcional que discutiremos.

A dificuldade, nesta matéria, reside na impossibilidade de pôr a afirmação à prova no animal de experiência. Se é já de si arriscado concluir das experiências no animal o condicionamento da evolução tumoral no homem — porque os blastomas do animal e os do homem são a muitos respeitos processos diferentes — (as diferenças são muito mais consideráveis do que no domínio de muitas doenças infecciosas), o caso é ainda mais melindroso quando se trate da formação de metástases que no animal em geral obedecem a leis completamente diferentes das que governam as do homem. Mas na realidade não precisamos de invocar as observações no animal. Tratando-se de um método que é dia a dia usado em milhares de hospitais, basta já a simples experiência para decidir dos seus inconvenientes, e deve dizer-se que já teria sido pôsto de parte se o receio de generalizações mestastáticas tivesse casos em número considerável a fundamentá-lo.

Naturalmente não deve negar-se que em raros casos aparecem

---

(1) Sem falar dos tumores histològicamente benignos até à terminação (estrumas, angiomas, miomas), que dão metástases — facto que sendo extremamente raro não tem grande importância prática.



metástases em maior ou menor número pouco depois de uma excisão para biopsia. Sabemos, porém, que o mesmo sucede sem intervenção: um carcinoma ou um sarcoma parecem evolucionar até um certo momento como um processo perfeitamente local; súbitamente, sem que se descubra a causa, o seu carácter varia e em pouco tempo vemos aparecer metástases em várias regiões do corpo. A responsabilidade de tais acontecimentos deve caber a alterações orgânicas de natureza humoral. Esperar que esta eventualidade nunca se realizasse a seguir à excisão para biopsia, seria exigir dela um efeito profiláctico. Mas na realidade a eventualidade realiza-se tão raramente que é razoável concluir: *post hoc, non propter hoc*. É evidente que se trata de uma coincidência casual. Mas mesmo que se verificasse nestes casos excepcionais uma relação de causa a efeito, não seria razão suficiente para deixar cair o método em descrédito — o que, aliás, nunca sucedeu — em que pese aos seus censores. Anda em uso uma série de processos de diagnóstico que não só são desagradáveis para o doente, mas, em certos casos, podem ter como consequência prejuízo grave e até a morte. Cito só as punções lombar e occipital, a encefalografia, a broncoscopia e a esofagoscopia. É, sem dúvida, uma pesada responsabilidade para o médico consciencioso perder um doente em consequência de manobras de diagnóstico. Mas num balanço geral avulta tanto a utilidade da prática em relação à extrema raridade dos seus perigos, que ninguém pensa em desistir dela. E, todavia, há uma grande diferença entre os perigos destes métodos e os que se pretendem atribuir à excisão para biopsia. Os primeiros ameaçam quasi igualmente doentes graves e ligeiros; um caso de morte que sobrevenha é pôsto, em 100% dos casos, à conta do processo de diagnóstico. A excisão, porém, só poderia ter perigos — se os tivesse — em caso de tumor maligno. Mas em presença deste não se deve omitir nenhum dos meios à nossa disposição para se apurar se há malignidade, porque sem a terapêutica necessária o doente está seguramente perdido. Casos indiscutíveis de cura espontânea não se conhecem ainda hoje, e, se os há, são tão extremamente raros que, praticamente, não se pode contar com eles. Assim, se os casos acima aludidos são, na realidade, da responsabilidade do método, devemos conformar-nos muito mais facilmente com eles do que com os desastres dos outros métodos



citados. Isto não quer dizer que não se faça todo o possível, mesmo para tranqüilidade da nossa consciência, para expurgar a biopsia dêste perigo fortuito. E para tanto dispomos de três meios:

1) Devem sempre extirpar-se completamente os tumores de pequenas dimensões e então remetê-los *in toto* ao histologista (o que, note-se de passagem, como já foi dito a págs. 690, é para êle de grande vantagem).

2) Empregando um dos numerosos *métodos rápidos*, devemos esforçar-nos por fazer o diagnóstico durante a operação, de forma que o cirurgião possa resolver a espécie e a extensão do acto cirúrgico, tendo como base a resposta que o patologista lhe dá em poucos minutos. Deve, contudo, dizer-se que há casos em que uma opinião segura sôbre o processo em causa só pode fazer-se pelo exame de preparações menos espessas e mais perfeitas, que exigem a inclusão; e, como facilmente se compreende, são infelizmente quási sempre estes casos os que oferecem também maiores dificuldades ao diagnóstico clínico. Neste fracasso encontram os métodos rápidos o limite da sua aplicabilidade. E, em tais casos, é sem dúvida mais importante para o doente e para o médico que se possa estabelecer um diagnóstico realmente inatacável, do que evitar a excisão com o pretexto, aliás extremamente improvável, de uma disseminação de germes tumorais. Além disto, estes métodos rápidos sòmente têm um papel a desempenhar quando se admite a possibilidade da extirpação cirúrgica. E, dada a crescente importância da irradiação, as indicações do emprêgo dos métodos rápidos são cada vez mais limitadas.

3) O terceiro meio a considerar para obviar ao perigo da biopsia é o emprêgo da electrocoagulação, cuja escara fecha os vasos e as malhas linfáticas de forma a anular a receptividade dos mesmos para as células tumorais. Deve considerar-se que êste método altera grosseiramente as camadas superficiais do fragmento, que ficam inutilizadas para fins de diagnóstico. O que dissemos acima sôbre a necessidade das dimensões suficientes do fragmento remetido para análise vale, portanto, especialmente, para êste caso.

Já indiquei que há uma excepção à inocuidade da biopsia: é o melanoblastoma. A êste respeito concordam quási todos os cli-



nicos em que qualquer ferida e, portanto, presumivelmente também a causada pela faca cirúrgica, ao fazer a extirpação biópsica, tem o perigo de determinar uma disseminação. A este propósito deve notar-se, em todo o caso, que a ferida cirúrgica de bordos lisos, em que a corrente sanguínea drena para o exterior as células soltas das suas ligações, é muito menos perigosa do que, por exemplo, as contusões que determinam grosseiros deslocamentos de tecidos. Estes tumores, quando forem pequenos, devem extirpar-se completamente e com uma incisão que se mantenha o mais afastada possível da margem da lesão reconhecível macroscopicamente. Os tumores maiores desta espécie constituem, como é sabido, para muitos cirurgiões, um *noli me tangere*. Em todo o caso deve temer-se a ablação de uma parte. E, como a espécie tumoral é facilmente reconhecível pela sua côr, não há a menor dificuldade em realizar esta indicação.

Com estas últimas considerações entrámos já no que há a dizer sobre a intervenção do anátomo-patologista no diagnóstico dos tumores, a qual representa seguramente a tarefa mais importante da nossa disciplina sob o ponto de vista prático, mas não a única, como algumas vezes imaginam os colegas estranhos ao nosso mester.

Hoje, como outrora, a pesquisa histológica continua sendo o método de laboratório mais importante e o único seguro para o diagnóstico e a caracterização dos tumores. É certo que as tentativas para conseguir uma diagnose serológica ou humoral dos tumores, fizeram nos últimos tempos, notáveis progressos, e, assim, não será uma utopia o esperar-se, para um futuro não muito remoto, um método desta natureza praticamente utilizável. Que essa conquista significaria um progresso importante, é evidente; entre outras razões porque a maioria dos tumores tem sede que os torna inatingíveis a qualquer tentativa de biopsia. Mas o novo método não tornaria dispensável o exame das preparações histológicas, da mesma maneira que a reacção de Wassermann nos não dispensa da pesquisa de espiroquetas e da análise histológica das ulcerações suspeitas. É que os vários métodos não se repetem uns aos outros; completam-se. A reacção serológica dos tumores já seria extraordinariamente útil se pudesse responder aos quesitos: ¿ tumor ou não? ¿ maligno ou benigno? ¿ carcinoma ou sarcoma?



# STAPHYLASE do D<sup>r</sup> DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :  
**ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ,** etc.

# MYCOLYSINE do D<sup>r</sup> DOYEN

*Solução colloidal phagogenia polyvalente.*

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das  
**DOENÇAS INFECCIOSAS**

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

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

## TARTROL

Indolór

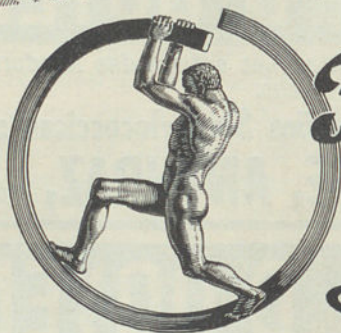
Soluto aquoso de tartaro bismutato de sódio contendo 2,5 miligramas de Bismuto por cm.<sup>3</sup> em injeções intramusculares no tratamento da sífilis.

**LABORATORIOS "SICLA"**  
Campo Grande, 298 — Lisbôa

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

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





# Fortamin „Tónico” Schering

**Tónico vegetal concentrado  
absolutamente inofensivo e de sabor agradável  
Não contem arsénico nem estricnina**

Desde há muitos séculos que se empregam em Medicina os „amargos” por causa do seu efeito de excitar o apetite. — A aplicação dessas substâncias obtidas em estado de pureza (pelo Prof. Wiechowski, de Praga) mostrou que elas exercem igualmente uma acção tónica e estimulante sôbre todo o organismo. Produzem por via endocrina uma excitação do simpático que serve de estímulo a funções orgânicas importantes, como por exemplo a circulação sanguínea, o metabolismo e toda a musculatura. — O „Fortamin” contem os principios activos dos „amargos” em uma concentração dez vezes maior que a dos preparados usuais. O „Fortamin” é indicado em todos os estados de fraqueza orgânica, esgotamento, depressão psíquica e nos vagotonicos.

**Schering S. A.  
Portuguêsa de R. L.  
LISBOA  
Apartado 279.**





Mas esta resposta não basta para satisfazer hoje o médico que assista um portador de neoplasia. No tempo em que a terapêutica cirúrgica era a única em campo, tratava-se na verdade de responder unicamente àqueles três pontos; e então, nos casos de malignidade, praticava-se a extirpação radical de toda a zona suspeita, levando conjuntamente uma orla quanto possível extensa de tecido normal e, em caso de carcinoma, também os gânglios regionais. A caracterização mais completa dos vários tumores mais parecia dirigida a satisfazer a «curiosidade infantil» do patologista do que o interesse do doente. Em todo o caso forneceria elementos para a prognose (com as limitações aludidas a pág. 692), ainda que não tivesse utilidade para o tratamento. Tudo mudou com o advento da terapêutica pelas radiações. Para este método de tratamento é de capital importância a caracterização quanto possível rigorosa da espécie tumoral.

Durante um certo período pareceu que ao histologista iam fazer-se exigências de outra ordem. Julgou-se ver em certas particularidades histológicas — independentemente da histogénese do tumor — índices da sensibilidade às radiações. Esta maneira de ver estava relacionada com as ideias sobre o mecanismo de acção das radiações nas células tumorais.

NATHER e SCHINZ, partindo do facto já referido por PERTHES (1904) de que os tecidos em crescimento são mais sensíveis às radiações, foram os primeiros a afirmar que estas actuam em especial sobre as células em divisão — afirmação que foi confirmada pelas conhecidas experiências de HOLTHUSEN nos ovos de ascaris. É sabido que este foi o ponto de partida do chamado «índice cariocinético» de NABIAS e FORASTIER, relação entre o número de células em mitose e o número total de células do tumor. Na prática, entretanto, este índice não se mostrou susceptível de utilização e até porque as diferentes regiões de um mesmo tumor são diversamente ricas em mitoses (PARREIRA). Mas, mesmo abstraindo deste facto, não há espécie alguma de paralelismo entre a radiosensibilidade e a velocidade de crescimento por um lado e a riqueza de mitoses por outro. Além de que o estudo histológico das lesões determinadas pelas radiações, feito em cortes em série, de biopsias, mostrou a ENGLMANN que as lesões provocadas nas células tumorais incidem principalmente nas células em repouso e não nas células em divisão. As razões destas



discordâncias ainda não são bem claras. Certo e importante é, em todo o caso, que existem ainda outros factores determinantes da radiosensibilidade. Assim, é seguro, antes de mais nada, que os tumores pouco diferenciados, «embrionários», reagem melhor às radiações do que os diferenciados. É sabido há muito que os elementos em via de crescimento são mais radiosensíveis do que os adultos. Assim, por exemplo, mesmo as células nervosas (segundo a experiência geral, as mais radioresistentes de tôdas as espécies celulares do adulto), são, no recém-nascido, ainda bastante sensíveis a estes agentes e o mesmo pode dizer-se dos tumores cujas células parenquimatosas não transpuseram os graus inferiores da diferenciação. Quando nos referimos a tumores «embrionários», não devemos confundí-los com tumores que provêm de anomalias do desenvolvimento do embrião, nos quais se pode contudo realizar uma diferenciação mais ou menos avançada dos elementos celulares (por exemplo, hipernefomas, carcinomas branquiais, etc.). A limitada diferenciação dos verdadeiros tumores embrionários torna difícil determinar-lhes a histogénese e o histo-patologista vê-se muitas vezes reduzido a caracterizar a sua estrutura por critérios puramente descritivos. NEMENOW foi o primeiro a mostrar que estes tumores, comquanto possam desenvolver-se a partir dos mais diversos órgãos e nomeadamente a partir das glândulas endócrinas, têm todos uma estrutura extremamente parecida e semelhantes propriedades biológicas, entre outras a de serem muito radiosensíveis. O aludido investigador russo propôs para êles a denominação geral de «embriocitomas». Esta propriedade da radiosensibilidade dos tumores indiferenciados não é, porém, a única que merece ser conhecida. É também muito importante a derivação dos elementos tumorais. Na prática sempre se levou em conta êste factor. Foi BÉCLÈRE quem principalmente relacionou a grande radiosensibilidade das neoplasias derivadas do epitélio germinativo e do tecido linfático com igual propriedade das células mãis destes tumores. Muito recentemente BORAK arvorou em lei tal princípio. Êste autor nega terminantemente que os tumores sejam sempre mais radiosensíveis do que as suas células de origem; em sua opinião unicamente pode afirmar-se que nunca são menos sensíveis do que elas. Segundo êle, é lícito dizer-se que os tumores originados num tecido radiosensível são sempre radiosensí-





veis, e esta proposição seria verdadeira para tumores de todos os graus de maturação e até mesmo para os benignos. E assim até neoplasias benignas desta categoria (por exemplo: angiomas, verrugas cutâneas, papilomas da laringe) podem ser mais acessíveis aos efeitos das radiações do que tumores malignos que se originem em tecidos radioresistentes (por exemplo: adenocarcinomas, sarcomas osteoblásticos). Segundo BORAK, é somente neste último grupo que o grau de diferenciação desempenha um papel importante; nos casos em que esse grau é muito inferior, como nas neoplasias que, apesar de originadas em glândulas, não têm ainda nenhuma estrutura glandular, a radiosensibilidade é muito maior que a do tecido mãe. Com relação a estes tumores não se podem, ainda segundo BORAK, estabelecer regras gerais de radioterapia. Contudo, pode formular-se, segundo ele, a seguinte lei: «Só se consegue destruir com segurança um tumor totalmente, quando é possível destruir completamente o tecido mãe». Daqui resulta sem mais a grande importância que cabe à análise histogénica das diversas formas tumorais.

O próprio BORAK, entre outros, confessa que com isto não ficam esgotados todos os factores essenciais. A estrutura tisular do tumor, o desenvolvimento do seu estroma e do seu aparelho vascular, e as relações entre este e o parênquima tumoral têm um grande papel, segundo as importantes investigações de DUVAL e LACASSAGNE. Também não deixam de ter influência na intensidade de efeito das radiações: as dimensões do tumor, as reacções da sua periferia e, finalmente, factores puramente acidentais, como a nutrição geral, as perdas sanguíneas, as infecções secundárias, as lesões operatórias. Sabe-se, além disto, que as metástases tanto podem ser mais como menos sensíveis do que o tumor principal e, finalmente, que as irradiações anteriores aumentam a resistência, de forma que a sua repetição tem, em regra, um menor efeito, facto que hoje é, a maior parte das vezes, explicado pela selecção das estirpes celulares mais resistentes (G. SCHWARZ e outros).

Finalmente, há diferenças na radiosensibilidade, que não é possível integrar numa concepção de conjunto. Quando, por exemplo, BORAK afirma que nos cancros dos epitélios chatos da cabeça e do pescoço bastam para a epidermólise — que é para ele a premissa da destruição eficaz do cancro — doses menores



do que as necessárias para a destruição da mesma neoplasia quando tem sede no tronco ou nas extremidades, faz uma afirmação puramente empírica, para a qual não dispomos até agora de explicação racional.

De tôdas estas observações, verificações e leis, resulta, em todos os casos, a grande importância de uma análise histológica rigorosa para a escolha da terapêutica. Uma classificação quanto possível precisa com determinação da histogênese, do grau de maturação, da frequência de mitoses e de especiais particularidades de estrutura é de importância capital e deve constituir, em todos os casos, o fim visado. Não deve ocultar-se, porém, que é este um ideal de que nos devemos aproximar quanto possível, mas que nem sempre podemos atingir. Em particular — como já acima se indicou — a questão da histogênese dos tumores muito imaturos e atípicos (anaplásticos) não pode esclarecer-se sempre de forma unívoca. Muitas vezes tenho admirado a segurança com que vários autores se pronunciam neste capítulo, enquanto, por outro lado, histologistas muito experimentados no diagnóstico, em determinados casos, chegam mesmo a negar-se a fazer a distinção segura entre carcinoma e sarcoma. Como em tantos outros ramos da medicina, também aqui a segurança do diagnóstico, com a experiência crescente, em vez de aumentar, diminue.

Não fique sem menção que em raros casos, inversamente, o resultado da radioterapia pode esclarecer o diagnóstico. A diferença da radiosensibilidade de espécies tumorais, entre as quais o diagnóstico hesita, pode ser tão grande que em certas circunstâncias o efeito das radiações resolverá em favor de uma delas nos casos em que por qualquer razão não foi possível a biopsia ou em que esta só deu um resultado incerto ou discutível. DESJARDINS comenta esta possibilidade para uma série de afecções, por exemplo, para certos tumores ósseos (endotelioma solitário de EWING, sarcoma condroplástico e sarcoma osteoplástico, o primeiro radiosensível, os últimos radioresistentes).

As limitações que acabámos de apontar não contrariam de forma alguma a importância que anteriormente demos à análise minuciosa das diferentes espécies de tumores. E, assim, de novo se mostra que a investigação morfológica ainda hoje constitue uma tarefa do maior valor prático e *teórico*, e não é certamente



mero acaso o facto de nos últimos anos, paralelamente com os progressos da radioterapia, se ter podido isolar uma série de novas formas tumorais. Da íntima colaboração dos anatómo-patologistas com os cancerologistas clínicos — cirurgiões e radiologistas — será possível desvendar novos conhecimentos para bem dos doentes.

Alguma coisa do que no último decénio se tem conquistado, em conhecimentos e observações importantes nesse capítulo, constituirá o assunto da primeira comunicação que há-de seguir-se a êste trabalho.

## BIBLIOGRAFIA

- BÉCLÈRE, A. — Ueber die Radiosensibilität der Neoplasmazellen. *Strahlentherapie*. 23. Pág. 9. 1926.
- BORAK, I. — Die Beziehungen zwischen der Strahlenempfindlichkeit maligner Tumoren und ihrer Muttergewebe. *Strahlentherapie*. 44. Pág. 601. 1932.
- DESJARDINS, A. H. — Radiotherapy as method of identifying certain varieties of tumor. *Journ. Am. med. Ass.* 101. Pág. 1705. 1933.
- DIETRICH, A. — Der Wert pathologisch histologischer Diagnosen. *Münch. med. Wochenschr.* Pág. 805. 1930.
- DUVAL et LACASSAGNE. — Classification pratique des cancers dérivés des épithélioms cutanés et cutano-muqueux. *Arch. franç. Path. génér. et expér.* 4. 1922.
- ENGLMANN, K. — Die morphologisch-biologischen Wirkungen der Röntgen- und Radiumstrahlen. *Zeitschr. f. Hals-Nasen u. Ohrenheilk.* 31. Pág. 87. 1932.
- ERNST, P. — Eröffnungsansprache bei der 21. *Tag. d. Deutsch Pathol. Ges.* S. 1. 1926.
- GÆTHE. — Zur Morphologie. Nachträge: Betrachtungen zur Morphologie überhaupt. (Edição de Cotta. Stuttgart 1895, Vol. 32. Pág. 312.).
- NATHER, K. und SCHINZ, H. R. — Tier experimentelle Röntgenstudien zum Krebsproblem. *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 36. Pág. 620. 1923.
- NEMENOW, M. — Ueber Geschwülste embryonalen Baus und ihre Radiosensibilität. *Strahlentherapie*. 44. Pág. 655. 1932.
- PARREIRA, H. — O valor da biopsia e do exame histológico no diagnóstico das neoplasias. Faculdade de Medicina de Lisboa. I centenário da fund. da reg. Esc. de cir. de Lisboa. 1925.
- SCHWARZ, G. — Strahlenbiologische Untersuchungen zum Malignitätsproblem. *Strahlentherapie*. 16. Pág. 394. 1924.
- WEGELIN, C. — Der Wert der Probeexcision und Probeauskratzung für den praktischen Arzt und ihre Technik. *Schweizer med. Wochenschr.* Pág. 133. 1929.



## PROFILAXIA DA BLENORRAGIA NO HOMEM (1)

POR

EMÍLIO DE TOVAR FARO

1.º tenente médico

Director do Dispensário de Higiene da Armada

«São de Sanchez Gomez, distintissimo médico da Marinha Espanhola, os proveitosos trabalhos e estudos sobre a profilaxia do venéreo, que permitiram ao colega Dr. Emilio Faro, da Marinha de Guerra Portuguesa, a conquista definitiva dêsse grave problema, como neste Congresso vamos ter o prazer de ver documentado.»

*(Do discurso pronunciado na sessão solene de abertura do IV Congresso Hispano-Português de Urologia, pelo presidente da Associação Portuguesa de Urologia, Dr. Henrique Bastos).*

É papel fundamental do médico o promover pelos meios possíveis a profilaxia de tôdas as doenças e principalmente daquelas para as quais nos faltam meios terapêuticos específicos, isto é, que as dominem em pouco tempo e evitem as suas complicações.

Está neste caso a blenorragia, doença considerada ainda por uma grande parte do público como sem grande importância e de que todos nós bem conhecemos as complicações graves, tanto individuais como sociais, a que tanta vez dá causa.

É a gota que neurasteniza, o apêrto de uretra, a pielo-nefrite ascendente, a anexite, o ventre agudo, a septicemia, a impotência, a esterilidade, etc.

O tratamento da blenorragia é tudo quanto há de mais variável e portanto de mais incerto, e nenhum pode gabar-se de evitar com segurança as várias complicações.

Há blenorragias curadas em quatro a cinco dias e outras que

---

(1) Comunicação ao IV Congresso Hispano-Português de Urologia. Cadiz, Julho de 1935.



com tratamento idêntico resistem teimosamente durante dois a três meses e mais.

É difícil muita vez ligar rigorosamente a causa ao efeito quando surge uma complicação, mesmo na blenorragia tratada com o maior cuidado. Pondo de parte um tratamento intempestivo, ¿ qual foi a causa? ¿ um excesso físico? ¿ um desvio de regimen? ¿ uma erecção nocturna involuntária a que a própria inflamação da uretra dá causa?

A higiene sexual e alimentar têm uma grande importância no decurso da blenorragia e são sempre difíceis de aplicar e vigiar rigorosamente, dada a variabilidade do temperamento de cada doente.

É de esperar que algum dia apareça um medicamento específico que, idênticamente ao 914 ou ao Dmelcos para outras doenças venéreas, a domine com rapidez, pelo menos na sua forma aguda inicial e evite as suas complicações.

Mas enquanto elle não aparece, é sobre os meios profilácticos que devemos insistir e há hoje alguns que nos dão uma segurança quasi absoluta, quando correctamente applicados.

É este um problema que desde há muito tem preocupado os meios científicos e sociais de vários países e que nós já resolvemos duma maneira mais prática e eficaz do que qualquer outro.

É evidente que para com bons resultados se fazer a profilaxia de qualquer doença, é necessário bem conhecer a sua patogenia e forma de transmissão.

A maneira como a blenorragia se transmite é bem conhecida de todos e as opiniões divergem unicamente quanto à sua patogenia de início.

Não sei com que fundamento, pois não consegui encontrar nada na literatura médica que o justificasse, é opinião corrente um pouco por toda a parte, que durante o coito a uretra funciona como bomba de vácuo, aspirando as secreções vaginais, isto é, no coito contagioso os gonococos fixam-se logo de início na uretra, na fossa navicular.

A clínica parecia dar razão a essa idea, pois é justamente nessa porção anterior da uretra que a blenorragia se manifesta.

Daqui surgiu o tratamento profiláctico por meio de instilações, de pomadas anti-sépticas e dos vários solutos apregoados.



São ainda hoje os processos usados oficialmente nos Exércitos e Marinhas de Guerra americana, italiana, francesa, inglesa e alemã, pelo menos. As três primeiras usam a pomada de cloamina ou a de calomelanos. Na Inglaterra, suspeitando da insuficiência das pomadas para evitar a blenorragia, usam concomitantemente as instilações de protargol ou de argirol, na Alemanha empregam as mesmas instilações, mas em vez da pomada fazem a desinfecção externa com sublimado.

Estes métodos, quando applicados correctamente, têm dado bons resultados, mas, quanto a nós, mais pela desinfecção externa propriamente dita, do que pela instilação uretral.

A instilação dum medicamento concentrado, que é o habitual, produz quasi sempre uma acção irritante e contundente da mucosa, o que lhe diminue os meios naturais de defesa, sendo origem frequente de uretrites químicas, primeiro passo para o desenvolvimento e aumento de virulência dos saprofitas da uretra, e conseqüente uretrite não gonocócica, cuja benignidade clássica todos nós sabemos quanto tem de aleatória.

Por outro lado, se com a idea frequente do papel fundamental da instilação, a desinfecção externa não foi feita, os gonococos que ali ficaram têm na mucosa uretral irritada o meio mais favorável para o seu rápido desenvolvimento.

Mas ¿há qualquer razão clínica que justifique a instilação profiláctica uretral?

É a Sanchez Gomez, illustre médico da Marinha de Guerra Espanhola, que se deve o estudo detalhado da patogenia de início da blenorragia no homem.

Tomou para campo de estudo os marinheiros do navio onde fazia serviço, a canhoneira «Don Alvaro de Bazan», que ao chegarem de terra confessavam ter tido relações sexuais recentes, sem qualquer lavagem ou desinfecção consecutiva.

Por exames microscópicos feitos em série nas secreções colhidas da glande, do sulco e da entrada da uretra, se nalgum encontrava externamente os gonococos, só vinha a encontrá-los à entrada da uretra seis a sete horas depois do coito contagioso.

Daqui concluiu que o contágio do gonococo é primitivamente e só externo, dali passando nas horas seguintes para a uretra, como meio óptimo para se desenvolver.

Como corolário, deduziu que se nas primeiras horas que se



“**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 afecções 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<sup>a</sup>  
240, Rua da Palma, 246  
LISBOA

Tratamento específico 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 & C<sup>o</sup>**, 5, Rue Bourg-l'Abbé  
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.



TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

# SPASMOSÉDINE

O primeiro sedativo e antiespasmódico especialmente preparado para a terapeutica cardio-vascular

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:  
GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>  
RUA DA PALMA, 240-246 LISBOA

## LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

### CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes :

Ano, 60,000

Colónias e estrangeiro :

Ano, 80,000

NÚMERO AVULSO : 8,000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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



guem o coito fôr feita uma boa desinfecção externa, deve evitar-se a blenorragia.

Depois de muitos ensaios de pomadas e solutos variados, escolheu como anti-séptico o oxicianeto de mercúrio.

Êste método, que pôs em prática na Marinha de Guerra Espanhola, simples desinfecção externa, durante três a quatro minutos, com oxicianeto de mercúrio a 1/000 e feita até seis horas depois do coito, confirmou-lhe plenamente as conclusões tiradas e o método mostrou-se eficiente também contra as outras doenças venéreas, o cancro mole e o cancro sifilítico.

Quando, há pouco mais de dois anos, estudámos o assunto em detalhe para tentarmos a profilaxia das doenças venéreas na Marinha de Guerra Portuguesa, foi o método de Sanchez Gomez que tomámos por base, por ser o mais simples e prático de todos os que conhecíamos: uma tigela de vidro ou de loiça com o soluto de oxicianeto de mercúrio, onde se mergulham os órgãos genitais durante uns minutos.

Mas partindo do princípio, muito esquecido do público em geral, de que a base da hygiene reside na boa lavagem com água e sabão, já pelo seu poder anti-séptico pròpriamente dito, ainda que fraco, já pela acção mecânica de remoção dos produtos sépticos que a lavagem produz, tentámos simplificar e aperfeiçoar o método de Sanchez Gomez, incorporando um desinfectante enérgico no próprio sabão.

O problema não foi fácil, porquanto os sabões vulgares, pela sua alcalinidade, reduzem facilmente os desinfectantes nêles incorporados, fazendo-lhes perder todo o seu poder anti-séptico. É o que facilmente pode verificar-se por meio de ensaios bacteriológicos feitos com os sabões de formol, de ácido fénico e de sublimado, do comércio. O seu poder bactericida é praticamente nulo.

Depois de vários ensaios e provas bacteriológicas, que seria fastidioso relatar aqui, e que foram presentes na comunicação feita à Sociedade de Ciências Médicas, de Lisboa, em Janeiro de 1934, e depois publicadas (1), fixámo-nos no sabão neutro de óleo

---

(1) *Lisboa Médica*. N.º 4, de 1934. *Prophylaxie*. Paris, Dezembro de 1934. *Actas Dermo-sifiligráficas*. Madrid, Outubro de 1934. *Anais do Clube Militar Naval*. Lisboa, Maio de 1934.



de côco com cianeto de mercúrio na percentagem de 2/000, a que chamamos «sabão líquido mercurial» ou simplesmente «sabão anti-séptico», que tem um alto poder desinfectante, e que há dois anos para cá, ou seja desde a abertura do Dispensário de Higiene da Armada, em Julho de 1933, nos tem dado os melhores resultados na profilaxia das doenças venéreas na Marinha de Guerra Portuguesa.

O nosso método consiste simplesmente na lavagem externa e demorada, durante três a quatro minutos, com este sabão líquido mercurial, feita até três horas depois do coito, urinando, se possível, enquanto se procede à lavagem.

Se esta lavagem profiláctica é feita umas horas depois do coito, a micção tem uma incontestável acção mecânica de arrasamento das secreções que possam estar à entrada do meato, completando assim a desinfecção.

Segundo as nossas experiências, o poder anti-séptico deste sabão mantém-se durante quatro meses aproximadamente, porque um pequeno excesso de potassa, que é difícil eliminar completamente durante a preparação do sabão, reduz pouco a pouco o cianeto. Por isso recomendamos nunca usar um sabão com mais de três meses de preparado.

Os navios que saem para viagem longa, levam o simples sabão neutro de óleo de côco e juntam extemporaneamente o cianeto de mercúrio, na percentagem devida de 2/000, na medida das necessidades do consumo.

Como instalação para a lavagem profiláctica, nas unidades de terra como nos navios, temos umas cabines adequadas, com uma bacia no género de urinol de parede, com um bico mais comprido do que o normal, colocado à altura de 65 cm. do solo, e que é facilmente enfiada entre pernas na posição de pé, uma torneira de água e um depósito em vidro para o sabão, que convém seja todo em vidro, porque o contacto prolongado do metal com o sabão reduz o cianeto, dando o óxido de mercúrio que lhe faz perder a acção bactericida.

Esta é a cabine tipo, onde qualquer pessoa pode desinfectarse com comodidade, com facilidade, com higiene e sem perigos de contágio.

Quando ela não existe, pode resolver-se o problema como fez o médico da canhoneira «Ibo», cuja instalação para a profilaxia



das doenças venéreas se resumia a um frasco em que a rôlha de cortiça tinha uma fenda lateral, por forma a dar saída a pequenas quantidades de sabão, um depósito com água e um balde. Com esta simplicidade, numa guarnição de 73 homens, durante nove meses em Cabo Verde, que é das terras que dão uma maior percentagem de doenças venéreas às guarnições dos navios que ali estacionam, registaram-se 436 lavagens profiláticas, e teve apenas 3 casos de doenças venéreas, 1 com desinfecção tardia e 2 que não se desinfetaram (gráfico III).

Para o caso, freqüente na nossa Marinha, de as praças dormirem em terra, fora da sua unidade, aconselhamos a que se façam sempre acompanhar dum pequeno frasco com o sabão, por forma a poderem desinfetar-se em tôdas as eventualidades e o mais precocemente possível, medida que esperamos dentro em breve tornar extensiva e obrigatória a todo o pessoal da Marinha de Guerra, e que desde há meio ano já está em execução no aviso «República», presentemente em Angola.

Depois desta medida, e tal qual já se faz naquele navio, as sanções virão a ser applicadas rigorosamente a todo aquele que apparecer contagiado por desleixo.

Vejamos os resultados da sua applicação:

Impossível nos é, por emquanto, fazer comparações dum ano para o outro do número de casos de blenorragia aguda, tal qual fazemos para as outras doenças venéreas, porque a estatística da Marinha tem sido deficiente nesse capítulo.

Antigamente, todo o portador de blenorragia era obrigado a baixar ao hospital, a-fim de ser tratado. Se por um lado esta medida tem vantagens incontestáveis, pelo isolamento e repouso, que só favorecem a cura, por outro faz com que a maior parte esconda o seu mal para fugir a uma hospitalização prolongada que os priva da liberdade, do convívio da família, etc., e por causa duma doença, pela qual, passada a fase aguda, se não sentem por forma alguma impossibilitados.

Daqui resultava que, de 100 doentes, só um têrço, quando muito, fazia o seu tratamento duma forma regular. Os outros, ou não se tratavam ou faziam-no sem qualquer intervenção do seu médico.

Desde que abriu o Dispensário, que lhes facilita o tratamento



ambulatório, sem qualquer exigência ou formalidade especial, pouco a pouco todos procuram tratar-se correctamente, e assim nestes primeiros tempos parece haver um aumento de doentes, aumento que é só aparente e nos faz conhecer melhor o seu número real.

Pelo que temos visto, só este ano de 1935 a estatística se aproximará mais exactamente da verdade, neste capítulo de blenorragias.

Por outro lado, a estatística da Marinha tem citado, duma forma geral, o número de casos tratados de blenorragia, sem fazer a distinção entre blenorragias agudas e crónicas, e, como é óbvio, os meios profiláticos devem encarar-se unicamente quanto aos casos novos.

Esta separação em capítulos diferentes, começou a ser feita desde 1934.

Desta maneira não temos elementos certos para podermos comparar o número de blenorragias agudas que havia antes com o que há hoje, mas podemos fazê-lo já em relação ao primeiro semestre de 1934 e 1935. No gráfico IV verifica-se que a percentagem de casos novos de blenorragia, em toda a Marinha, baixou de 13,3<sup>0</sup>/<sub>00</sub> para 9<sup>0</sup>/<sub>00</sub> (por mil).

Indirectamente, porém, podemos fazer um estudo comparativo interessante.

Em cerca de dois anos, de 718 doentes inscritos na secção de urologia do Dispensário, 222 eram portadores de blenorragia aguda. No acto da inscrição destes doentes, é feito sempre interrogatório minucioso sobre a profilaxia. Se foi feita correctamente, isto é, durante três a quatro minutos, acompanhada de micção e até três horas depois do coito. São elementos que, como bem se compreende, convém sempre registar.

Desses 222 doentes (gráfico I) apenas um a tinha feito correctamente. Era um homem com um tracto para-uretral, em quem a simples desinfecção externa era manifestamente insufficiente.

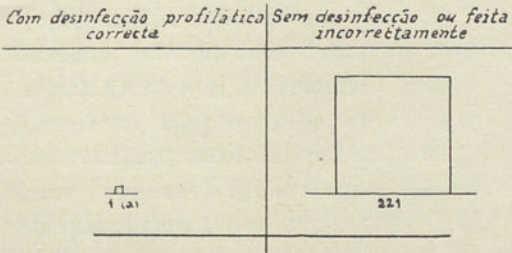
Dos 221 restantes, 7 confessaram terem feito uma desinfecção apressada, três usaram um sabão com mais de quatro meses de feito, 21 desinfectaram-se com um intervalo superior a quatro horas e os 190 restantes não se desinfectaram.

Por outro lado, comparando o número de desinfecções profi-



# Profilaxia das doenças venéreas na Marinha de Guerra Portuguesa

Doentes com blenorragia aguda inscritos no Dispensário de Higiene da Armada (17 de julho de 1933 a 30 de junho de 1935)



(a) Este doente tinha um trajecto para-uretral

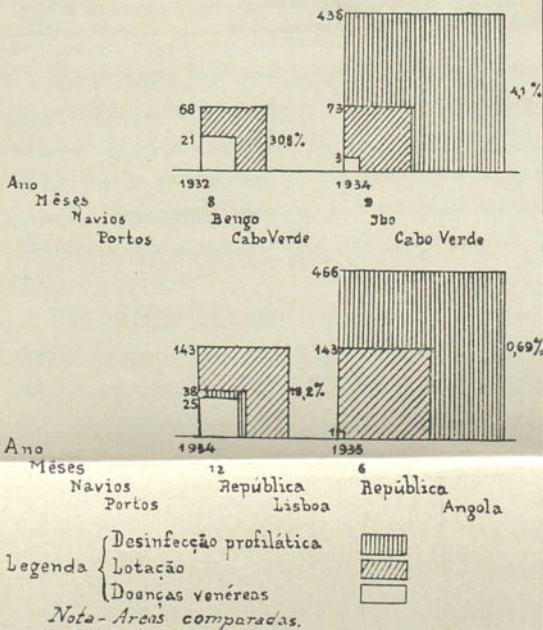
Nota - Dos 221 doentes, 7 confessaram terem feito desinfeção apressada, 3 usaram um sabão com mais de 4 meses de feito e 21 fizeram desinfeção com intervalo superior a 4 horas.

Relação entre as desinfeções profiláticas e o numero de doenças venéreas.

|                                                                                                                                                                                                                                                  | Homens | Desinfeções profiláticas registadas | Doenças agudas com desinfeção correcta segundo o doente                 | Porcentagem de resultados duvidosos |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Dispensário de Higiene da Armada</b><br>Lisboa 17-7-933 a 30-6-935                                                                                                                                                                            |        | 1.123                               | 1 Blenorragia aguda (a)<br>(a) Este doente tem um trajecto para-uretral | 0                                   |
| <b>N.R.P. "Gonçalves Zarco"</b><br>Madeira, Cabo Verde, S. Tomé, Angola, Cabo da Boa Esperança, Durban, Moçambique, Namabaça, Surabaya, Timor, Manila, China, Japão, Singapura, India, Aden, Port Said, Nápoles e Lisboa.<br>16 meses, 47 portos | 133    | 1.457                               | 1 Cancro mole<br>3 Blenorragias agudas.                                 | 0,27%                               |
| <b>N.R.P. "Gonçalo Velho"</b><br>Madeira, Cabo Verde, S. Tomé, Angola, Moçambique.<br>13 meses                                                                                                                                                   | 135    | 304                                 | 5 Blenorragias agudas.<br>1 Cancro mole<br>1 Cancro duro                | 2,30%                               |
| <b>N.R.P. "República"</b><br>Madeira Cabo Verde, S. Tomé Angola.<br>6 meses                                                                                                                                                                      | 143    | 466                                 | 1 Cancro duro                                                           | 0,31%                               |
| <b>Total</b>                                                                                                                                                                                                                                     |        | 3.360                               | 12 Doenças venéreas agudas.                                             | 0,35%                               |

Desinfeção profiláctica externa feita com sabão liquido mercurial.

Resultados da instalação de postos profiláticos nos navios



Percentagem das doenças venéreas na Marinha de Guerra Portuguesa (O Dispensário de Higiene da Armada abriu em julho de 1933)









láticas com o das doenças venéreas, tanto no Dispensário como em outras unidades em que elas têm sido feitas com mais regularidade (gráfico II), verifica-se que, de 1.123 desinfecções registadas no Dispensário, em cêrca de dois anos, apenas 1 que a fez correctamente contraíu blenorragia. É o doente com o trajecto para-uretral, a que já nos referimos.

No aviso «Gonçalves Zarco», com uma guarnição de 133 homens, que durante dezasseis meses fundeou em 47 portos da África Ocidental e Oriental, Timor, China, Japão, Índia, Mar Vermelho, Egipto, Itália, etc., isto é, em portos em que as doenças venéreas muito abundam, em 1.467 desinfecções registadas, houve apenas 3 blenorragias agudas e 1 cancro mole, em doentes que dizem ter-se desinfectado correctamente.

No aviso «Gonçalo Velho», com uma guarnição idêntica, registam-se durante treze meses em Angola e Moçambique apenas 304 desinfecções, o que traz como consequência maior número de doenças venéreas: 5 blenorragias agudas, 1 cancro mole e 1 cancro duro, em doentes que dizem também ter-se desinfectado segundo as regras.

No aviso «República», onde o sistema de profilaxia é já mais perfeito, pois que, além do pôsto profiláctico de bordo, a nenhuma praça é permitido sair de licença sem levar um pequeno frasco com o sabão líquido mercurial (tal qual como os italianos e os espanhóis fazem com as bisnagas da pomada), em meio ano, nos portos da África Ocidental, com 143 homens de guarnição, regista 466 desinfecções, sem nenhuma blenorragia aguda. Tem apenas um cancro duro, num homem que já confessou ter-se desinfectado à pressa.

Êste sistema que preconizámos para o «República», esperamos dentro em pouco pô-lo em execução em tôda a Marinha, pois o grande número de doenças venéreas que ainda nos aparecem para tratamento, são contraídas, regra geral, quando as praças dormem em terra, o que é muito freqüente na nossa Marinha de Guerra, quando os navios estão fundeados no pôrto de armamento.

No gráfico III verifica-se a influênciã da instalação dos postos profilácticos nas unidades. A percentagem das doenças venéreas passa rapidamente de 30,8% para 4,1% em dois navios idênticos na mesma situação e de 18,2% para 0,69% no mesmo na-



vio sem pôsto profiláctico e com êle montado, e em situações diversas. A diferença é tão flagrante que dispensa quaisquer comentários.

### CONCLUSÕES

Tal qual como os outros métodos, o sabão líquido mercurial não é eficaz unicamente para a profilaxia da blenorragia, mas também para os cancros moles e a sífilis, como se vê no gráfico IV, que nos mostra a baixa conseguida na Marinha de Guerra Portuguesa, de há dois anos para cá.

De 1932 para 1934 a percentagem de cancros moles passa de 50,4<sup>0/00</sup> para 20,8<sup>0/00</sup> e a sífilis de 39,9<sup>0/00</sup> para 9,9<sup>0/00</sup> (por mil).

A excepção do aviso «República», em que pelas sanções disciplinares a profilaxia das doenças venéreas se tornou obrigatória, é um método que no resto da Marinha tem sido aplicado voluntariamente, sem qualquer espécie de obrigatoriedade, o que, pelos resultados obtidos, bem demonstra a sua superioridade sôbre qualquer outro.

Sôbre o método de Sanchez Gomez tem a vantagem de não carecer de recipiente especial para a desinfecção; onde qualquer pessoa se lava, aí se aplica.

Sôbre as pomadas e instilações tem a grande vantagem da sua simplicidade e asseio. É um método discreto, que pode ser sempre usado sem levantar a menor suspeita ou melindre, o que o torna mais facilmente aceitável pelo público em geral.

Pela sua acção saponificadora, o sabão anti-séptico actua rapidamente mesmo nas superfícies impregnadas de gorduras ou de albuminas, onde os outros desinfectantes têm uma acção precária.

Quando aplicado correctamente, a sua eficácia é sensivelmente de 100<sup>0/0</sup>; e em uso corrente, sem rigor especial, o número de insucessos, segundo a nossa estatística, é de 0,35<sup>0/0</sup>.

## PROPHYLAXIE DE LA BLENNORRAGIE DANS L'HOMME

### RÉSUMÉ

Les résultats obtenus dans la Marine Portugaise par la prophylaxie des maladies vénériennes, confirment pleinement la méthode que nous conseillons, c'est-à-dire, un simple, mais soigneux, sa-



vonnage externe avec un savon liquide mercuriel (note 1, pg. 705) pendant 3-4 minutes et fait pas plus tard que trois heures après le coût.

De 1932 à 1934 le pourcentage des chancres mous dans la Marine baisse de 50,4 ‰ à 20,8 ‰, la syphilis de 39,9 ‰ à 9,9 ‰ (graphique IV).

Sur la blennorragie nous ne pouvons que nous baser sur les premiers semestres de 1934 et 1935, parce que la statistique antérieure manque de précision du fait qu'elle englobait sous la même rubrique les cas de blennorragies aiguës et chroniques; dans la période sous-indiquée le pourcentage passe de 13,3 ‰ à 9 ‰.

De l'étude du graphique I, on constate que de 222 malades blennorragiques entrés au Dispensaire, un seul ayant bien exécuté la désinfection, contracte la maladie, mais cela parce que atteint d'un trajet para-urétral. Des 221 restants l'interrogatoire révéla que 190 ne se sont pas désinfectés, 7 l'ont mal fait, 3 employèrent un savon avec plus de 4 mois et 21 se désinfectèrent plus de 4 heures après le coût.

En comparant le nombre des désinfections avec celui des cas de maladies vénériennes enregistrés tant au Dispensaire que dans les unités (graphique II), il résulte :

Au Dispensaire, de 1.123 désinfections enregistrées pendant près de deux ans, un seul contracte une blennorragie, c'est le malade dont il a été parlé ayant un trajet para-urétral.

Dans l'avis «Gonçalves Zarco» avec 133 hommes d'équipage ayant visité 47 ports de l'Afrique Occidentale et Orientale, Timor, Chine, Japon, Les Indes, Mer Rouge, Egypte, Italie, etc., endroits où les maladies vénériennes sont nombreuses, sur 1.467 désinfections enregistrées il n'y a eu que 3 cas de blennorragies aiguës et 1 chancre mou.

Dans l'avis «Gonçalo Velho» avec le même nombre d'hommes d'équipage pendant 13 mois à l'Angola et au Mozambique il n'y eu que 304 désinfections et comme résultat le nombre de malades augmente, 5 blennorragies aiguës, 1 chancre mou, 1 chancre syphilitique.

Sur l'avis «Republica», où l'on distribue des flacons contenant du savon mercuriel à tout homme qui descend à terre, pendant six mois en Afrique Occidentale ayant 143 hommes d'équipage, on enregistre 466 désinfections et seulement 1 chancre



syphilitique chez un homme qui déclara avoir fait la désinfection hâtivement.

Dans le graphique III on constate le résultat de l'installation des postes prophylactiques à bord des unités. Le pourcentage des maladies veneriennes baisse rapidement de 30,8 0/0 à 4,1 0/0 dans deux bateaux pareils dans la même situation, et de 18,2 0/0 à 0,69 0/0 dans le même bateau sans et avec poste prophylactique.

Sauf dans l'avis «Republica», où la prophylaxie est obligatoire par l'application de sanctions disciplinaires, dans le reste de la Marine la désinfection est libre et ainsi les résultats obtenus démontrent son avantage sur tout autre système.

Sur la méthode de Sanchez Gomez il a l'avantage de ne pas exiger de récipient spécial pour la désinfection, on l'applique quand on se lave. Aux pomades et instillations il s'impose par sa simplicité et propreté d'application.

C'est une méthode discrete qui peut être employée toujours sans soulever le moindre soupçon ni froissement, ce qui la rend de facile adoption par le public.

Par son action savonneuse ce désinfectant agit rapidement même dans les endroits recouverts de matières grasses ou albumineuses où les autres savons désinfectants ont un faible pouvoir.

Son efficacité, quand rigoureusement appliquée, est de environ 100 0/0 et quand fait normalement le nombre de cas d'insuccès ne dépasse point 0,35 0/0.

## PROPHYLAXIS OF BLENNORRHAGIA IN THE MAN

### RESUME

The results obtained with the prophylactic treatment of venereal diseases in the Portuguese Navy, have full confirmed the method we have suggested, merely a prolonged external washing within the first few hours after intercourse, with liquid mercuric soap (note 1, pg. 705). From 1932 to 1934, the percentage of soft cancers have decreased in the whole of the Navy from 50,4 0/0 to 20,8 0/0, whilst the percentage of syphilis, decreased also from 39,9 0/0 to 9,9 0/0 (graphic IV).

Insofar as blennorrhagia is concerned, we can only make similar comparisons for the first six months of 1934 and 1935,



LISBOA MÉDICA



# GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUINTE  
SUBSTITUTO DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU



# LASA

PARA AS DOENÇAS DAS  
VIAS RESPIRATORIAS



# CLAVITAM

TONICO RICO EM VITAMINAS A'B'D'



LABORATÓRIOS ANDRÓMACO

RUA ARCO DO CEGO, 90

LISBOA

# PILULAS OPOBYL PILULAS

TRATAMENTO FISIOLÓGICO

das *Ictericias, Hepatites e Cirrroses, Angiocholites e Cholecystites, Lithiasis biliares, Enterocolites,*

*Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrroidarios.*

COMPOSIÇÃO

Extracto hepatico Saes biliares  
Boldo e Combretum Rhamnus,  
Podophyllo e Evonymina

**INSUFICIENCIAS  
Hepatica e Biliar**

PHARMACODYNAMIA  
*Cholagogo, Reeducador das  
funções entero-hepaticas,  
Descongestivo do figado  
e dos intestinos.*

MODO DE EMPREGO Uma a duas pilulas por dia, após as refeições.

Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos

Laboratorios A. BAILLY 15 et 17, Rue de Rome, PARIS (8<sup>e</sup>)



# Para acalmar as dôres

Nevralgias, dismenorréa,  
enxaquecas, odontalgias,  
dôres articulares e muscu-  
lares. Insonia devida a  
dôres. Nervosidade, excita-  
bilidade, etc.

**CIBALGINA**  
**CIBA**

Comprimidos

Ampolas



Amostras e literatura:  
E. BRUNNER & COMP., L<sup>DA</sup>  
Rua da Madalena, 128-1.º - LISBOA  
único representante dos Productos, Ciba em Portugal.



during which time the percentage drops from 13,3 ‰ to 9 ‰, this in view of the fact the Navy statistics were erroneously prepared, considering they included, all the cases of blennorrhagia, either severe or chronic cases.

On the other hand we have ascertained (graphic I) that out of 222 patients with cases of severe blennorrhagia, which passed through the Sanitary Station for treatment, during the last two years, only one had gone through the proper process of prophylactic treatment, but even then, he had a passage «para-uretral» which easily explains the insuccess of the treatment. Out of the remaining 221, it was ascertained that 7 had made an hurried disinfection, 3 had used soap with more than four months of preparation, 21 had disinfected themselves after an interval over four hours, whilst the remaining 190 had made no disinfection at all.

Comparing the number of prophylactic disinfections with that of venereal diseases, not only in the Sanitary Station but also in the other units of the Navy (graphic II), it is ascertained that during the period of about two years, and out of 1.123 disinfections registered in the Sanitary Station, only one patient who had gone through the correct process, had contracted blennorrhagia. Even then, it was the patient with the passage para-uretral already referred to.

In the sloop «Gonçalves Zarco» with the crew of 133 men, which during 16 months called at 47 ports in West and East Africa, Timor, China, Japan, India, Red Sea, Egypt, Italy, etc., ports where venereal diseases are rampant, out of 1.467 registered disinfections, only three contracted blennorrhagia and one a soft cancer.

In the sloop «Gonçalo Velho» with a similar crew, whilst at Angola and Mozambique during 13 months, only 304 disinfections were registered, but the number of venereal diseases is slightly higher, 5 cases of blennorrhagia, one soft cancer and one syphilitic cancer.

In the sloop «Republica», the crew were supplied with a small bottle containing mercurial soap, and they were prevented from leaving the ship without it. During six months at West Africa, with 143 crew, 466 disinfections were registered and only one syphilitic cancer was reported, the man confessing he had disinfected himself in a hurry.



In graphic III, it can be seen the influence of the instalation of prophylactic stations in the various units.

The percentage of venereal diseases drops rapidly from 30,8 % to 4,1 % for two identic ships in the same situation and from 18,2 % to 0,69 % for the same ship, without and with prophylactic station and in different situations.

With the exception of the sloop «Republica» where by means of disciplinary action the use of prophylactic treatment against venereal diseases has been made compulsory, the method for the rest of the Navy has been used quite voluntarily, but the results obtained have proved its superiority over any other method.

Over the method Sanchez Gomez, it has the advantage of not requiring any particular recipient for the disinfection; it can be applied anywhere the person washes.

Over the ointments and irrigations it has the advantage of complete simplicity and cleanliness. It is a discreet method which can be used without raising suspicions or offense, and which can therefore be taken up by the public in general.

By its soapy action, this disinfectant reacts rapidly even in surfaces impregnated with fats or albuminas, where the other disinfectants have a much lesser action.

When applied properly, its efficacy is about 100 % and in current use, with no special rigidity, the percentage of unsuccessful cases according to our statistics is about 0,35 %.



## Revista dos Jornais de Medicina

Sôbre a estrutura dos discos intervertebrais e a sua patologia. (*Sulla struttura dei dischi intervertebrali e loro patologia*), pelo Prof. R. GALEAZZI (Milão). — *Archivio di Ortopedia*. Vol. LI. Fasc. II. Págs. 217-232. 3o de Junho de 1935.

Os trabalhos de Schmorl sôbre a anatomia e a patologia vertebral são clássicos. Descreveu dum modo absolutamente pessoal a estrutura dos discos intervertebrais, classificando nêles três partes diferentes e conjuntas: o anel fibroso e constituído por lamelas, o núcleo polposo e as duas lâminas cartilagíneas de encerramento (ou revestimento). Designou sob o nome de lâminas cartilagíneas de encerramento os discos de cartilagem hialina que revestem a superfície superior e inferior dos corpos vertebrais e que até à idade de 7 a 8 anos envolvem circularmente os bordos superiores e inferiores dos próprios corpos.

Ora, numerosas investigações anatómicas e histológicas, levadas a efeito pelo A. na coluna vertebral humana, desde os primeiros períodos do desenvolvimento até à idade adulta, demonstram a evidência que esta concepção de Schmorl sôbre a constituição dos discos é de facto artificial e que aquilo que êle chama lâminas cartilagíneas de encerramento, pelo seu desenvolvimento, pelas relações que têm com o corpo vertebral em via de crescimento, pela sua fusão definitiva com o próprio corpo, e pelo confronto com a escala animal, são partes constituintes dos corpos vertebrais e devem considerar-se verdadeiras epífises das vértebras humanas.

Para chegar a esta conclusão foi muito útil o estudo das epífises vertebrais dos quadrúpedes; nestes animais, a epífise não se limita à margem, como no homem, mas forma um disco contínuo sôbre toda a superfície terminal dos corpos, disco êste que durante o desenvolvimento se comporta como as epífises dos ossos longos. Nos macacos antropomorfos a estrutura das epífises vertebrais avizinha-se ainda mais da estrutura das epífises vertebrais humanas; apenas as margens epifisárias são mais largas: evidentemente, formas de passagem.

A forma das epífises vertebrais no homem, verosimilmente por modificações do desenvolvimento filogenético, ligadas à posição de pé, transformou-se a pouco e pouco, limitando-se na parte central, correspondente à linha de apoio, a uma camada delgada de cartilagem hialina, que desempenha a função da cartilagem diartroidal da epífise dos ossos longos, enquanto conservou na periferia a função epifisária verdadeira e própria.

Dos estudos de Galeazzi uma primeira ilação é óbvia, isto é, que todos



os processos patológicos que interessam as lâminas e as margens, desenvolver-se-iam na zona epifisária e seriam portanto lógicos os arrancamentos epifisários e as perturbações no desenvolvimento endocrinal, e fundamentada a hipótese de processos osteocondríticos do crescimento, como, por exemplo, na cifose juvenil, que não estaria, portanto, ligada à patologia dos discos, como afirma Schmorl.

Finalmente, o estudo feito pelo A., em muitos casos de cifose juvenil, demonstrou-lhe que as alterações são sobretudo pronunciadas em correspondência das margens epifisárias, longe, portanto, da sede do núcleo polposo, e portanto a teoria de Schmorl sobre a formação dos nódulos cartilagineos através de defeitos congénitos ou traumáticos das lâminas cartilagineas de encerramento, não tem fundamento, antes as alterações anátomo-patológicas das zonas epifisárias das vértebras representam o facto primitivo e os nódulos de Schmorl o fenómeno secundário.

---

MENESES.

**Sobre a terapêutica dos quistos para-articulares e paratendinosos do carpo.** (*Sulla terapia dei gangli pararticolari e paratendinei del carpo*), por ETTORE TRANQUILLI-LEALI (Bologna). — *Archivio di Ortopedia*. Vol. LI. Fasc. II. — Págs. 473-500.

O A., depois de ter exposto, resumidamente, as diversas teorias patogénicas dos quistos sinoviais e as várias terapêuticas conservadoras e operatórias que podem conduzir a uma cura permanente, refere a sua casuística, composta de trinta e três casos (vinte e seis quistos para-articulares e sete paratendinosos), todos tratados com punção evacuadora e injeção de «Clauden», às vezes repetida segundo a experiência pessoal da técnica. O «Clauden» é um produto rico de trombocinose, actuando como uma hormona da coagulação sanguínea, e é fabricado pelas Luitpold-Werke, de Munich. Dos trinta e três casos tratados por êste processo, apenas um recidivou. O A. termina o trabalho fazendo, a-propósito, algumas considerações sobre a relação médico-legal destas lesões com os traumatismos do trabalho.

---

MENESES.

**Oclusão intestinal aguda por apêndice inflamado.** (*Oclusion intestinale aiguë par l'appendice enflammé*), por DESJACQUES (Lyon). — *Société de Chirurgie de Lyon*, sessão de 24 de Janeiro de 1935. *Lyon Chirurgical*. Tôm. XXXII. N.º 4. Págs. 452-453. Julho-Agosto de 1935.

Esta observação entra no quadro, hoje bem conhecido, das «Oclusões de origem apendicular», da oclusão pelo próprio apêndice.

O doente apresenta-se com o quadro da oclusão intestinal aguda, com ligeira sensibilidade da fossa ilíaca direita, o que faz suspeitar a sua origem apendicular. Por isso, a operação começa através duma incisão ilíaca direita; o apêndice mergulha na pelve, dirigindo-se para traz; a ponta não está visível, escondida por uma ansa extraordinariamente distendida. Como não é



fácil libertá-la, faz-se uma incisão mediana. Intestino achatado, no sítio do obstáculo, com um verdadeiro apêrto, fácil de dilatar, a 20 cms. do cego. Volta-se à incisão direita. Apendicectomia. A ponta aderia à parede posterior da pelve. Ileostomia complementar.

O A. não lamenta ter começado pela direita, porque, pela incisão mediana, a causa da oclusão poderia passar despercebida e arriscar-se-ia a deixar no ventre um apêndice inflamado.

MENESES.

O valor de três importantes elementos de prognóstico da tuberculose osteoarticular. (*Il valore di tre importanti elementi di giudizio nella prognosi della tbc. osteo-articolare*), por MARIO PALTRINIERI (Bologna). — *La Chirurgia degli Organi di Movimento*. Vol. XXI. Fasc. II. Págs. 139-141.

Não se pode negar um valor social ao prognóstico feito aos doentes de tuberculose osteoarticular, bem como uma útil indicação sôbre a oportunidade de determinados tratamentos. Há uma tríade sôbre a qual êsse prognóstico melhor se pode firmar: *o pêso, a curva da temperatura e a radiografia*.

O pêso, se não é um elemento seguro para ajuizar da evolução da doença, é, todavia, um expoente das condições gerais do doente, estreitamente ligadas ao estado da lesão. A experiência mostra que a um aumento do pêso do corpo, em indivíduos há muito tempo doentes, febris, anoréxicos, com edemas, corresponde quasi sempre uma melhora das condições do foco, e que basta uma piora, mesmo fugaz, uma complicação ligeira (retenção de pus, migração dum abscesso) para que o pêso logo se ressinta. O aumento do pêso está, em geral, de acôrdo com uma melhor crase sanguínea, com a reabsorção de abscessos, com a desapareição de febrículas.

Uma ascensão térmica vespertina, que raramente ultrapassa 37°,5, é frequente nas osteoartrites tuberculosas, quer periodicamente, em especial no início da doença, quer continuamente. Este acréscimo da temperatura não está quasi nunca em relação directa com o foco mórbido, mas está ligado a factores constitucionais de origem endócrina. Graves lesões múltiplas podem evolucionar em franca apirexia. As temperaturas além de 37°,5 são, pelo contrário, indice de outras localizações, em geral do aparelho respiratório, ou de associações microbianas. São sinais desfavoráveis, nos fistulizados, as hipertermias com ascensões bruscas cotidianas além de 39°, ou descidas muito acentuadas. A evolução térmica indica o estado toxémico do organismo e, conjuntamente com o gráfico da temperatura, representa um elemento de grande consideração.

A radiografia, esclarecendo sôbre o estado destrutivo ou reparativo duma localização do esqueleto, mostra os limites das lesões, os fenómenos erosivos e destrutivos, o apêrto das entrelinhas articulares, as complicações, os abscessos, guiando ao mesmo tempo a conduta terapêutica. É de boa regra distanciar os exames radiográficos sucessivos apenas de três a seis meses, contando sempre com o facto, que a experiência prova, de que as lesões do esqueleto na radiografia são sempre inferiores às realidades anatómicas.

MENESES.



**Estudo do modo de cura de cem casos de fracturas das falanges.**  
*(A study of the healing of one hundred consecutive phalangeal fractures),*  
 por FRANK SMITH e DEAN RIDER (Chicago). — *The Journal of Bone and Joint Surgery*. Vol. XVII. N.º 1. Págs. 91-109. Janeiro de 1935.

Estudo clínico e radiológico, muito pormenorizado, das fracturas das falanges. O tempo médio de consolidação óssea radiográfica anda à volta de cinco meses, e o mínimo de um mês. A cura clínica das fracturas das falanges obtém-se aproximadamente num tempo que anda à volta duma quarta parte da que se observa nas radiografias. Os traços de fractura são mais nitidamente visíveis um mês após a produção de fractura do que no próprio momento de ela se dar. As fracturas da falange distal, simples ou múltiplas, consolidam, em geral, reconstituindo a morfologia normal do ósso.

Interessantes conclusões estas, que importa ter sempre presentes, e que são de grande valor em traumatologia.

MENESES.

O soro diagnóstico da tuberculose pela nova reacção imunitária de Meinicke. (*La siero diagnosi tubercolare con la nuova reazione imunitaria di Meinicke*), pelo Prof. C. VERDINA (Torino). — *Comunicação ao II Convegno per lo studio della tubercolosi osteoarticolare. Cortina D'Ampezzo*. Fevereiro de 1935. *Bibliografia Ortopédica*. Ano XVIII. N.ºs 2-3. Págs. 131-132. Agosto de 1935.

O A. refere a sua experiência da nova reacção serológica da tuberculose preconizada recentemente por Meinicke: tratar-se-ia duma prova específica de inoculação, muito semelhante, quer tècnicamente, quer biologicamente, à que o A. propôs para a sífilis. Descreve os pormenores da técnica: estudou a reacção em 205 soros diferentes, dos quais 10 pertencentes a individuos sãos, 35 a doentes de várias doenças não específicas, 47 a doentes de formas torácicas e suspeitas, e 106 provenientes de individuos tuberculosos clinicamente averiguados. Dêstes, 81 com processos fibrosos, 35 com processos exsudativos. Os resultados foram os seguintes: individuos sãos, constantemente negativos; individuos com outras doenças não específicas: negativos, 95 %; positivos, 5 %; individuos com formas suspeitas: 86 % negativos, 2 % positivos e 12 % duvidosos; individuos tuberculosos: positivos, 85 %; negativos, 1,7 %; duvidosos, 13 %.

Em resumo, dêste primeiro conjunto de resultados pode afirmar-se que, quanto a dados diagnósticos, a nova reacção, sendo dotada dum coeficiente específico limitadíssimo, não apresentando valor absoluto, fornece, no entanto, uma forte presunção para a natureza tuberculosa do processo suspeito, mostrando-se mais sensível no revelar o estado de actividade e da evolução dos processos específicos, resultando constantemente positiva neste último caso.



O A. entende que a nova reacção de clarificação de Meinicke prestará uma ajuda valiosa no campo clínico da tisiologia.

MENESES.

Modalidade de técnica para tornar mais seguras as intervenções na tuberculose óssea. (*Modalità di tecnica per rendere più sicuri gli interventi nella tuberculosi ossea*), pelo Prof. F. DELITALA. — *Comunicação ao II Congresso per lo studio della tuberculosi osteoarticolare. Cortina D'Ampezzo*. Fevereiro de 1935. *Bibliografia Ortopedica*. Ano XVIII. N.ºs 2-3. Págs. 136-137. Agosto de 1935.

O A. afirma que nos tuberculosos osteoarticulares, que são tuberculosos gerais, antes de se operar é necessário ter a certeza de não prejudicar: é preciso procurar pôr em campo todos os meios que possam tornar as intervenções menos prejudiciais e mais benignas. Segundo o A., o factor principal de agravamento que se faz sentir no adulto, e sobretudo na criança, é a anestesia geral. Deseja tornar conhecidos os resultados que obteve com a anestesia regional e local nas intervenções cirúrgicas em geral e em especial nas da tuberculose óssea, usando sempre a Tutocaína a 0,50 %. Depois de ter resumido as modalidades de técnica seguidas para obter boas anestésias nas várias intervenções de cirurgia óssea, conclue que as intervenções levadas a efeito sob anestesia local são melhor toleradas. Faz também uma breve referência à técnica de que se serve para fixar as extremidades articulares após ressecção do joelho, do ombro ou do cotovêlo: usou sempre para a fixação agulhas vulgares de colchoeiro.

MENESES.

As associações osteopulmonares. (*Le associazioni osteopolmonari*), por G. RINONAPOLI (Pietraligure). *Comunicação ao II Congresso per lo studio della tuberculosi osteoarticolare. Cortina D'Ampezzo*. Fevereiro de 1935. *Bibliografia Ortopedica*. Ano XVIII. N.ºs 2-3. Pág. 131. Agosto de 1935.

Estudando 2.300 doentes de lesões osteoarticulares de natureza tuberculosa, verificou, em 1001 (43,52 %), uma doença específica concomitante do aparelho respiratório. Fêz 500 exames radiográficos e sobre estes e sobre os exames clínicos foi possível distinguir as localizações em: 262 localizações ganglionares (26,27 %), 690 localizações pleurais (78,93 %), 149 localizações parenquimatosas (14,88 %). Conforme o estado da lesão pulmonar, dividiu os doentes em dois grupos: 1) casos com tuberculose primária; 2) casos com tuberculose post-primária. Depois de ter pôsto por ordem as localizações osteoarticulares e as subdivisões por sexo, hereditariedade e idade, conclue que, se fôsem feitos exames radiológicos em todos os doentes de tuberculose osteoarticular, ver-se-iam em grande número processos do aparelho respiratório, passados ou presentes, que, na maior parte das vezes, escapam ao exame clínico, e ainda que a doença do aparelho respiratório, não pouco frequentemente, agrava o processo osteoarticular.

MENESES.



A colesterinemia nas afecções das vias biliares e na úlcera gastro-duodenal. (*La colesterinemia nelle affezioni delle vie biliari e nelle ulcere gastroduodenali*), por G. MACCHIORO e V. ROMANIN. — *Minerva Médica*. Ano XXVI. Vol. II. N.º 35.

O estudo do comportamento da colesterinemia, nos diferentes estados mórbidos, tem sido objecto de numerosas investigações, tendo os AA. procurado conhecer o metabolismo da colessterina nas afecções hepáticas e nas doenças do tubo digestivo, dedicando especial atenção à úlcera gastro-duodenal.

É evidente que as agressões ao fígado alteram o equilíbrio da colessterina no organismo, visto que aquela víscera desempenha um papel muito importante no metabolismo dessa substância, ainda que recentemente Bürger, através dos seus trabalhos, tenha afirmado que a principal via de eliminação da colessterina é a mucosa do cólon.

É na verdade exagerada a preocupação de alguns patologistas, que admitem uma estreita relação entre os vários síndromas clínicos observados e determinados quadros bioquímicos. Contudo, é fácil de prever que, ocupando o fígado uma posição central nos processos gerais do metabolismo orgânico, e em particular das substâncias lipóides, uma vez que seja vítima de perturbações no seu funcionamento, dê origem a alterações do metabolismo da colessterina, chegando Adler a considerar essas alterações como um precioso meio de diagnóstico das hepatopatias.

Os AA., em dez casos de afecções hepáticas, encontraram um acentuado aumento na taxa da colesterinemia, aceitando a doutrina de Chauffard e Grigaut, que explicam êsse aumento pela defeituosa eliminação da colessterina através do fígado, facto que resulta dum empobrecimento da bile em ácido colálico, e, assim, ficam diminuídas as condições de perfeita solubilidade dos lipóides, que tendem à sua precipitação no organismo.

No que respeita à úlcera gastro-duodenal, recordam os AA. as recentes aquisições que apontam a tendência para a hipocolesterinemia que se manifesta no úlcus, e que seria um dos factores responsáveis pelo aumento de *tónus* do parasimpático, causa dos fenómenos espasmódicos e hipersecretórios, com futura formação da úlcera, sendo esta a doutrina de Jarno, que os AA. recordam e que tem sido aplaudida por inúmeros patologistas.

As investigações dos AA. não são concordes com as de Jarno, Hetenyi, Vandrofy e tantos outros, visto que em 59,3 % dos casos encontraram valores elevados da colesterinemia, normais em 21,8 %, levemente diminuída a sua taxa em 6,3 % e somente em 12,5 % é que os valores foram francamente inferiores ao normal. Daqui os AA. deduzem que as cifras obtidas nestas determinações não permitem estabelecer relação alguma entre a taxa da colesterinemia e a entidade da lesão existente e ainda menos conhecer o estado de actividade da úlcera, não servindo, como alguns autores pretendem, de elemento que deva entrar em linha de conta no diagnóstico diferencial entre a úlcera gastro-duodenal e outros estados mórbidos com quadro clínico semelhante, tais como a gastrite hiperácida, a periduodenite, etc.

Os AA., baseados nas suas investigações, terminam por admitir a hiper-



## IOBRAMAG

Dr. Herbert Fehninger, da 2.<sup>a</sup> Clínica Médica da Charité de Berlim (Director: Prof. Dr. Fr. Kraus). Medizinische Klinik, Nr. 26.

Em todos os casos de arteriosclerose, hipertonia, asma cardíaca, angina pectoris, mesaortite sifilitica, prestou-se também particular atenção à influência na pressão sanguínea. Com 1—6 semanas de tratamento pelo Iobramag obteve-se em 77% dos casos um abaixamento nítido da pressão sanguínea de 10—35 m. m. de Hg., ao passo que em 19% dos mesmos casos se impediu pelo menos, o aumento da pressão sanguínea, não obstante a execução de trabalho físico, em parte pesado. Dos doentes exclusivamente tratados com Iobramag 85% sofriam de incómodos subjectivos acentuados, tais como dôres de cabeça, vertigens, falta de ar a um pequeno estôrço, etc. Com a administração do preparado ficaram livres dêstes incómodos subjectivos 35% e obtiveram melhoras 45%.

Embalagem original de 25 grageias.

“MENDEL”

CHEM. FABRIK TEMPELHOF A. G. — BERLIM

## LAXAGUETIN

Dr. J. Luft, «Tratamento da obstipação pelo Laxaguetin». Medizinische Welt, Nr. 9.

«As nossas observações com o Laxaguetin (triacetildifenolisatina) efectuaram-se durante 6 meses: Número de doentes 150. Número de observações singulares cerca de 300. Em conformidade com o material da nossa Secção, tratou-se principalmente de doentes com inflamações dos anexos, tumores dos anexos, parametrites, colpites e hemorragias genitais do climatério, de portadores de miomas uterinos e carcinomas e de puerperas. Em 30 doentes efectuou-se uma laparotomia.

Em geral deu-se o Laxaguetin à noitinha, na dose de 1—2 comprimidos. A dose inicial de 1 comprimido foi uma ou outra vez ineficaz; passando para dois comprimidos obteve-se quasi sempre resultado. Este só foi propriamente nulo em 20 mulheres com obstipação espasmódica acentuadamente grave, em que teve de recorer-se a um clister de glicerina. Em número aproximadamente igual de doentes, a administração de 2 comprimidos provocou diarreia. Diminuindo a dose conseguiu-se atenuar em 8 mulheres a acção laxativa. Nunca se observaram estados inflamatórios catarrais da mucosa intestinal, na applicação prolongada do Laxaguetin. Tão pouco análises rigorosas da urina, revelaram alguma vez estados patológicos. A habituação ao Laxaguetin não tem lugar ou é quasi inapreciável».

Embalagem original de 40 comprimidos.

“MENDEL”

CHEM. FABRIK TEMPELHOF A. G. — BERLIM

*Para amostras e literatura é favor dirigir-se aos:*  
ESTABELECIMENTOS HEROLD, L.<sup>DA</sup>  
RUA DOS DOURADORES, 7 LISBOA



# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminocarsenofenol

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 (XVIIe)

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup> 45, Rua Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA  
GRANULADO, INJECTAVEL

# NUCLÉARSITOL

## "ROBIN"

Anti-tuberculoso, Doenças degenerativas, Lymphatisme

Medicação de uma actividade excepcional

OS LABORATORIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

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

N<sup>o</sup> 825-827  
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ - SALINAS & C.<sup>a</sup> - Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA



colesterinemia nas afecções hepatobiliares, negando a relação entre a úlcera gastro-duodenal e a hipocolesterinemia, que apareceu somente em 18,8% dos casos e à qual não deve ser atribuída qualquer orientação diagnóstica.

BARREIROS SANTOS.

A influência do extracto cortical da suprarrenal no poder bactericida do sangue. (*L'influenza dell'estratto cortico-surrenale sul potere battericida del sangue*), por E. CALDARERA. — *Minerva Médica*. Ano XXVI. Vol. II. N.º 36.

Durante algum tempo houve a errada visão de justificar a integridade das cápsulas suprarrenais para se manter a secreção da adrenalina, até que Swingle e Pfiffner, independentemente de Hartmann, nos revelaram a existência dum princípio activo, de origem cortical, possível de isolar sob uma forma pura e estável, capaz de manter a vida ao animal de experiência descapsulado e combater os graves sintomas de insuficiência suprarrenal.

Essa substância, a cortina ou biocortina, segundo Viale, impede as profundas e graves modificações humorais que se observam nos animais de laboratório submetidos à extirpação das cápsulas, tais como a hipoglicemia, a hipocloremia, abaixamento da reserva alcalina, hipotermia, aumento do azoto não proteico no sangue e a notável diminuição das resistências orgânicas à infecção.

O A. resume em seguida as numerosas investigações que foram feitas no sentido de conhecer a acção da cortina, que é muito complexa, tendo Schmitz e Kühnan feito um interessante estudo sobre a sua composição, isolando, à custa de extracções e precipitações fraccionadas, três elementos activos, que designaram pelas letras A, B e C, cada um dos quais com farmacodinamia própria, tendo os elementos A e C acções antagonicas, aumentando o primeiro a quantidade de compostos fosforados nos humores, ao contrário do elemento C, que empobrece o organismo destas substâncias, enquanto que o B provoca o abaixamento da taxa da colesterinemia.

O completo conhecimento da acção biológica da hormona cortical, nos diferentes campos do metabolismo orgânico, está a ser objecto de estudo na escola de Ascoli, aparecendo já alguns resultados através dos recentes trabalhos publicados por Fiandaca.

O A. dedicou a sua actividade ao estudo das propriedades antitóxicas e antibacterianas da cortina, utilizando para as suas investigações o coelho, verificando-se, através do protocolo das suas experiências, que a administração de cortina aumenta consideravelmente o poder antitóxico e bactericida do organismo perante as agressões do coli e do estafilococo. Passadas duas horas após a injeccção notou, na maioria dos casos, uma ligeira diminuição das defesas orgânicas, para em seguida aumentarem consideravelmente, attingindo o máximo de intensidade no fim de oito horas, seguindo-se uma diminuição progressiva do valor dessas reacções, que, passadas vinte e quatro horas, ainda se mantêm num nível superior ao inicial, quando o agente é o



estafilococo, enquanto que com o coli há uma certa tendência para baixar esse valor, pois no fim de vinte e quatro horas é inferior ao inicial.

O A. termina por declarar que o perfeito conhecimento da dinâmica farmacológica da cortina ainda exige muito estudo, podendo, contudo, neste momento, tirar-se uma vantagem de ordem prática, que consiste na administração sistemática da hormona cortical a todo o doente de Addison que sofra um acidente infeccioso intercorrente, mesmo banal, que sem essa medicação poderá succumbir.

BARREIROS SANTOS.

O tratamento da esquizofrenia por meio da hipoglicemia insulínica e do choque hipoglicémico. (*Schizophreniebehandlung mittels Insulin-Hypoglykämie sowie hypoglykämischer Schocks*), por M. SAKEL. — *Wien. Med. Wochenschrift*. B II. 1934. B. I. 1935.

Partindo da experiência do tratamento dos toxicómanos pela insulina, fez o A. ensaios em grande escala nos esquizofrénicos. Técnica: três vezes por dia, injeções intramusculares de 15-40 e mais unidades de insulina, com intervalos de quatro a quatro horas e meia, duas horas depois das refeições, até se obterem perturbações hipoglicémicas. O *contrôle* do estado do doente é principalmente feito pela observação do pulso e da tensão arterial, porque a curva da glicemia não é paralela à intensidade dos sintomas.

Quando logo de começo aparece agitação motora, deve-se continuar as injeções até obter o estado de cõma, com intensa sudação, perda dos reflexos, bradicardia (até 34), por vezes ataques epilépticos com convulsões tónicas e clónicas. Sintomas alarmantes são combatidos com injeções de adrenalina, atropina, Osmon, etc. Glicose intravenosa só ante grande perigo; soluções de glicose devem, porém, ser administradas freqüentemente por sonda nasal, precedida, no geral, de esvaziamento do conteúdo gástrico.

Depois deste estado de cõma, que, segundo o A. diz, se pode obter sem grandes riscos, quando haja uma observação constante e rigorosa do doente, pausa de alguns dias e depois produção de novos subcomas hipoglicémicos progressivamente menos intensos. Os doentes acordam então lentamente, reaparecendo na «escala da sua ordenação filogénica» as funções nervosas e aclarando-se a consciência. Lacuna mnésica total do período do tratamento, com uma longa fase de labilidade e vulnerabilidade psíquica, durante a qual são necessários especiais cuidados psicoterápicos, da mesma maneira que após as curas de sono prolongado, de maneira a integrar de novo o enfermo no ambiente e meio social, e de certa maneira olvidar os sintomas psicóticos.

Subsiste durante este período o perigo de recaída de psicose, se tais cuidados não forem observados. O A. refere nove casos «curados», o que deve sempre ser recebido com cepticismo, pela possibilidade de remissões espontâneas, ou, dentro de outras doutrinas, pelas reservas que então se podem fazer sempre ao diagnóstico de esquizofrenia, doença seguida invariavelmente de um estado mais ou menos marcado de *deficit* da personalidade.

Segundo as teorias do A., representa o cõma insulínico uma espécie de



«psicose activada» que, de certa maneira, corresponde a um encurtamento forçado da evolução da psicose preexistente no sentido da cura.

BARAHONA FERNANDES.

A frequência das perturbações mentais. (*The incidence of mental disorder*), por E. SLATER. — *Annals of Eugenics* Vol. VI. P. II. Junho de 1935.

Os diferentes países e, dentro do mesmo país, as diversas regiões e províncias, parecem ser diferentemente affectos quanto à percentagem total dos casos de alienação mental e quanto à frequência relativa das várias espécies nosológicas. Assim, é sabido que na Alemanha é muito mais frequente a psicose maniaco-depressiva no sul que no norte. No Schleswig-Holstein encontrar-se-iam, segundo Burkhardt, principalmente nos núcleos populacionais de raça nórdico-fálca, apenas esquizofrenias típicas e nunca manias, melancolias, psicoses mixtas e atípicas e caracteres de labilidade relativa; estas últimas formas são, pelo contrário, muito frequentes noutras raças, como, por exemplo, nos judeus.

Não é, porém, por enquanto possível estabelecer relações precisas entre a estrutura das psicoses e os caracteres psíquicos raciais, parecendo, no entanto, que o tipo introvertido e a estrutura corporal leptosómica dos nórdicos, pelo menos, se traduz nas esquizofrenias pela pureza da sintomatologia e profundidade do autismo.

O presente trabalho, que se ocupa da frequência das psicoses em Inglaterra, diz-nos que neste país é a esquizofrenia muito menos frequente que na Alemanha e na Suíça, e que, pelo contrário, a psicose maniaco-depressiva é bastante mais comum, achados estes que não se conciliam por completo com as anteriores considerações gerais, dada a grande percentagem de nórdicos e leptosómicos entre os ingleses. (Ref.).

Segundo o A., estas diferenças não se podem explicar somente pela diferença dos critérios diagnósticos e correspondem a uma verdadeira diversidade de incidência mórbida ainda não susceptível de explicação.

A paralisia geral é também menos frequente em Inglaterra, não se podendo, no entanto, determinar se por haver um menor número de sífilíticos em geral ou estes terem menos predisposição para aquela forma tardia de lues do sistema nervoso.

BARAHONA FERNANDES.

Previsão de filhos com doenças hereditárias e normais. (*Vorhersage erbkranker und normaler Kinder*), por E. RUDIN. — *Volk und Rasse*. B. 10. 1935.

Exposição sumária do estado actual e dos resultados obtidos no conhecimento do *prognóstico hereditário empírico*, isto é, a determinação da percentagem de descendentes sãos e doentes de uma dada doença hereditária.

Graças à possibilidade de estabelecer grandes grupos de doentes com a mesma enfermidade e seguir rigorosamente a sua descendência, conhece-se hoje o prognóstico hereditário de algumas doenças.



Os filhos de doentes mentais em geral (coreia de Huntington, demência precoce, psicose maníaco-depressiva, epilepsia, oligofrenia congénita) enfermam das mesmas doenças, numa percentagem dez a sessenta vezes superior à da população média, e evidentemente ainda muito mais que os filhos de casais «heredobiologicamente saudáveis». Além disso, enfermam os descendentes dos doentes numa percentagem consideravelmente maior, não só da mesma afecção que os pais, mas também de outras doenças e, principalmente, de variadas anomalias constitucionais do carácter.

As percentagens máximas de morbidade encontram-se nos casos em que ambos os pais são doentes.

Assim, por exemplo, para a esquizofrenia encontrou Luxenburger os seguintes números:

Probabilidade de enfermar de esquizofrenia: irmãos, 7,5; filhos, 9,1; netos, 2,42; primos, 1,75; sobrinhos, 1,72; bisnetos, 1,10; média da população, 0,85 %.

Frequência de psicopatias do tipo esquizóide: irmãos: 9,66; filhos, 17,60; netos, 4,65; primos, 9,80; sobrinhos, 3,60; bisnetos, 1,30; trinnetos, 2,40; média de população, cerca de 2,90 %.

Perigo de outros tipos de psicopatia, respectivamente: 16,30; 22,60; 27,0; 16,30; 9,50; 4,30; 16,70; média de população, cerca de 11,80 %. Tomando o total de tipos «eugenicamente duvidosos», temos, respectivamente, 32,80; 44,00; 33,30; 25,90; 14,50; 6,10; 19,00 %; média da população, 15,60 %.

Na psicose maníaco-depressiva há a seguinte probabilidade de enfermar da mesma doença: irmãos, 13,5; filhos, 32,30; primos, 1,00; sobrinhos, 2,00 %; média da população, 0,44 %. A percentagem de psicopatas ciclotímicos é, respectivamente, 3,10; 17,30; 1,00; 2,00 %; média da população, cerca de 0,80 %. O perigo de outras psicopatias é: 6,80; 13,00; 10,30; 6,90 %; média populacional, 14,36 %. O total de tipos eugenicamente indesejáveis é, respectivamente, 22,50; 60,50; 14,00; 11,50 %; média de população, 15,60 %. Finalmente, na epilepsia genuína enfermam de ataques 3 % dos irmãos; 10 % dos filhos e 0,5-1 % dos sobrinhos; média da população, 0,3 %. Os «psicopatas epileptóides» aparecem, nos irmãos, em 19 % e, nos sobrinhos, em 16 %; outros tipos de psicopatia, 16 e 22 %.

É necessário ainda sobre a base de maiores estatísticas precisar estes números (Ref.) e estudar, além disso, o modo de propagação de dotes apreciáveis, para se poder fazer um juízo do valor de descendência de um dado indivíduo.

BARAHONA FERNANDES.

¿Porque razão são os matrimónios consanguíneos perigosos, sob o ponto de vista da higiene hereditária? (*Warum sind Phen zwischen Blutsverwandten vom Standpunkt der Erbpflege gefährlich?*), por BOEHME. — *Zeit. arztlich. Fortbildung*. B. 32. 1935.

Mais do que por medidas tão graves e radicais como a esterilização dos portadores de doenças hereditárias, deve a higiene mental e eugénica prefe-



rir métodos construtivos mais aconselháveis, como, por exemplo, a selecção dos cônjuges. Junto dos estabelecimentos de assistência social funcionam hoje na Alemanha as secções de consulta matrimonial, que, sôbre a base de um exame somático, psíquico e genealógico dos cônjuges, opinam sôbre a existência, cu não, de impedimentos de ordem heredo-biológica para o casamento. Os pareceres desfavoráveis ainda não constituem, porém, impedimento legal para o matrimónio.

Todo o médico prático pode, no entanto, à margem desta organização social, pugnar no mesmo sentido. O problema enunciado no título é conhecido de todos; não deve, no entanto, exagerar-se o perigo dos matrimónios consanguíneos, que por si só não dão lugar à criação de quaisquer prejuízos.

Como é evidente, a partir do conhecimento das leis mendelianas, dá-se, pela consangüinidade, uma convergência dos genes portadores de doenças hereditárias existentes na família, principalmente nas afecções recessivas, a formação de *homo-çigotos* pela conjugação de dois elementos contendo genes mórbidos não manifestos, e daí o aparecimento da doença nos filhos.

Não havendo nas árvores genealógicas dos conjuges cargas mórbidas hereditárias, não há nenhuma razão heredo-biológica para desaconselhar a união consanguínea.

Na raça humana nunca há o perigo de uma forma especial de «degenerescência por consangüinidade», como sucede experimentalmente nas plantas, por nunca haver condições de tão elevado «incesto familiar».

---

BARAHONA FERNANDES.

A hereditariedade da surdo-mudez congénita. (*Über die Vererbung der angeborenen Taubstummheit*), por W. BOCK. — Dissertação. *Zentralblatt f. d. g. Neur. u. Psych.* 76 B. H. 7/8. 15 de Julho de 1935.

A surdo-mudez congénita é uma afecção hereditária que cai na alçada da lei de esterilização e que se transmite aos descendentes de um modo monohíbrido recessivo, quer dizer, que ambos os pais têm as mesmas cargas hereditárias, e para que a doença se manifeste têm que subsistir de ambos os lados — do lado do pai e da mãe — as mesmas predisposições para a doença.

---

BARAHONA FERNANDES.

O metabolismo intermediário do cérebro nos esquizofrénicos. (*Der Intermediarstoffwechsel im Grosshirn bei Schizophrenen*), por TSCHALIÏSSON, WOLFSON e ARUTYNOW. — *Lovet. Neuropat.* 4. 1935. *Zentralblatt f. d. g. Neurol. u. Psychiatrie.* 76 B. H. 7/8. 15 de Julho de 1935.

Os AA. investigaram treze cérebros de esquizofrénicos pelo método de Meyerson e Hallorson. O sangue dos vasos cerebrais continha menos potássio, ferro e fósforo que normalmente; o cálcio estava dentro dos valores médios.

Na veia jugular há uma baixa da reserva alcalina e da catalase, o que



deve corresponder a uma insuficiência dos processos de oxidação no cérebro. O azoto residual é retido e o ácido láctico é excretado pelo cérebro, o que está em relação com a destruição catabólica dos nucleoproteidos. Há um aumento do metabolismo do anidrido carbónico. O sangue oriundo do encefalo contém uma elevada percentagem de glicose, o que indica uma alta decomposição do glicogénio. O sangue da jugular contém igualmente uma taxa elevada de ácido láctico em relação com uma actividade exagerada das trocas metabólicas dos hidratos de carbono.

BARAHONA FERNANDES.

Reflexos condicionados de secreção salivar no homem em comparação com os conteúdos da consciência do experimentando. (*Bedingte Speichelabsonderungsreflexe des Menschen in Zusammenstellung mit den Angaben des Bemessenseins der Versuchsperson*), por A. LENZ.—*Fisiol. Z.* 17. 1934. *Zentralblat f. d. g. Neur. u. Psych.* 76 B. H. 7/8. 15 de Julho de 1935.

Estabeleceram-se, em indivíduos normais, reflexos positivos e negativos de secreção salivar, condicionados por vários estímulos (metrónomo, campainha, luz, etc.). A seguir observaram-se, comparadamente, as variações da quantidade do fluxo salivar, ante mudanças na intensidade do estímulo, e os dados subjectivos do experimentando quanto ao sentido daquelas variações. Há uma coincidência perfeita entre os dois elementos, por exemplo, o aumento do estímulo apercebido acompanha-se sempre de acréscimo de secreção. Combinando os estímulos de vária maneira, observa-se que há uma certa preguiça nas reacções condicionadas, emquanto que a consciência dá sempre conta das mutações dos excitantes, o que leva o A. a dizer que, ao contrário de Küppers, os reflexos condicionados não representam apenas «uma activação do saber», uma exteriorização das mudanças de conteúdo da consciência.

A-pesar-de todos os resultados obtidos por êste método e desta maneira se apreciam apenas acções involuntárias, há, sempre que considerar com reservas esta apreciação de actividades nervosas superiores do homem.

BARAHONA FERNANDES.

A conduta condicionada num cão descorticado. (*Conditioned behavior in a decorticate dog*), J. CONY.—*Psychology*. Vol. XVIII. 1934. *Zentralblat f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*. B. 76. H. 7/8. 15 de Julho de 1935.

A importante questão da localização cerebral dos reflexos condicionados de Pavlov ainda não está definitivamente resolvida. Pavlov afirmou sempre que só em animais com córtex cerebral se podiam demonstrar estes complexos mecanismos nervosos. Poltrey e Zeliony pretenderam, mais tarde, ter obtido reflexos condicionados em cães descorticados. Os AA. fizeram numerosos ensaios, concluindo que as finas discriminações dos analisadores cerebrais e os complexos processos finamente especializados em relação aos dife-



rentes estímulos não eram susceptíveis de se manifestar na ausência do córtex; obtiveram, porém, «reações de defesa em massa», condicionadas por determinados estímulos (campainha, etc.); a autópsia dos animais mostrou, porém, que a descorticação não fôra completa, e ainda que os restos do córtex residuais não fôsem provavelmente aptos no ponto de vista funcional, não se pode afirmar que tais reflexos condicionados de defesa tenham lugar fora do córtex.

BARAHONA FERNANDES.

**Estenoses e perfurações dos grossos brônquios e a sua importância na patologia pulmonar.** (*Stenosen und Perforationen der grossen Bronchien in ihrer Bedeutung für die Lungenpathologie*), por FELIX FLEISCHUER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.ºs 31 e 32. 1935.

Na patologia pulmonar um dos elementos que até aqui têm sido pouco considerados, pelo fraco conhecimento que existe do seu papel funcional, é a árvore brônquica. O A. procura, neste artigo, dar, com o apoio de provas anátomo-clínicas e radiológicas, a explicação de algumas afecções do pulmão, partidas de alterações dos brônquios.

Assim, as bronquectasias, quer cilíndricas ou saciformes, e mesmo aquelas que pelo seu aspecto morfológico criaram a designação de pulmão em favo-de-mel, e consideradas, pela maior parte dos autores, como um vício congénito, devem reputar-se, na sua maioria, como etapa final duma perturbação da circulação aérea, no sentido da estenose brônquica e que pela localização e grau dá origem às várias formas conhecidas.

Do mesmo modo no que se refere às hemoptises, que são, muitas vezes, de origem brônquica, por alterações da mucosa ou da sua circulação venosa, e cuja origem e respectivo tratamento só a broncoscopia resolve. Refere também alguns casos de obstrução brônquica, provocada pelo nódulo de Ghau calcificado ou respectiva glândula satélite, e cuja imagem radiológica conduzia ao diagnóstico da infiltração pulmonar; uma vez expulso o corpo obturante, tudo se normalizava rapidamente.

Tratava-se, portanto, de atelectasias por estenose brônquica. Aponta ainda alguns casos raros de baciloscopia positiva, sem sinais radiográficos ou clínicos, posto-que só podem explicar-se pela erupção intrabrônquica dum foco glandular ainda não extinto. Quasi sempre, porém, quando assim acontece, o que mais facilmente se verifica é o aparecimento do infiltrado precoce, considerado como embolia brônquica.

J. ROCHETA.

**O problema da angina do peito nas anemias graves.** (*Das Angina pectoris. Problem vom Standpunkter der Angina pectoris bei schweren Anämien*), por O. ZIMMERMANN. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 31. 1935.

Numa estatística de duzentos e cinquenta casos de anemia, entre perniciosos e secundários, e que como traço comum apenas apresentavam o não exceder três milhões de glóbulos nem 50 % de hemoglobina, procurou o A.



esclarecer o problema da angina do peito, considerado hoje, pela maioria dos autores, como baseado numa insuficiente irrigação do miocárdio, qualquer que seja a parte que se atribua ao sistema coronário como condutor do sangue ou à quantidade ou qualidade dêste como vector da quantidade de oxigénio necessária para o trabalho a realizar pelo músculo cardíaco. De facto, alguns trabalhos têm aparecido, principalmente americanos, que mostram a maior frequência da angina do peito nos doentes com anemia perniciosa, o que aumentava a possibilidade de considerar a anoxemia, fundada aqui na baixa dos glóbulos vermelhos, como o factor essencial da dor anginosa.

Neste trabalho, Zimmermann, sem negar o valor que a anemia possa ter como predisponente, não a considera, em si, de importância. Em geral, para que aquele sintoma se manifeste é necessário que o portador tenha também lesões de esclerose das coronárias. Há mesmo casos nos quais a associação das duas afecções não provoca nenhum ataque típico, e por isso se deve admitir, para o seu aparecimento, uma predisposição especial vegetativa, que nem todos os indivíduos apresentam. Esta predisposição, que actua no sentido duma maior tendência para a contracção espástica de porções maiores ou menores do sistema coronário, e que afecta também os anginosos não anémicos, levanta de novo a questão de saber se alguns ataques de angina não devem o seu aparecimento a um espasmo das coronárias, como alguns defendem, apoiando-se em autópsias com as artérias cardíacas intactas. Sem que o A. se pronuncie nitidamente, termina por referir a diminuição dos ataques de angina à medida que a gravidade da anemia aumenta, facto confirmado em trabalhos experimentais por sangrias abundantes, e que pode atribuir-se ao predomínio do *tonus* do simpático e, portanto, a uma dilatação das coronárias.

J. ROCHETA.

Os cloretos do sangue e da urina nas infeções reumáticas. (*Die Chloride im Blute und im Harn bei der rheumatischen Infektion*), por M. I. KRYNSKI e I. B. SCHULUTKO. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 34. 1935.

É sabido como nas doenças infecciosas (pneumonias, tifo, escarlatina, erisípela, etc.) se observa uma quebra bastante acentuada dos cloretos da urina, e como estes aumentam, excedendo muitas vezes o seu valor normal, à medida que o estado dos doentes tende para a cura. Emerson mostrou que no reumatismo articular agudo essa queda é mais acentuada que em qualquer outra doença.

Os AA. investigaram as quantidades de cloreto de sódio no sangue e na urina, em quarenta e dois reumáticos. As pesquisas fizeram-se em vários períodos da doença; a concentração dos mesmos foi feita na urina das vinte e quatro horas, pelo método de Volhard; no sangue adoptaram o método de Rusznjak.

Os resultados concordam absolutamente com os de Emerson pela baixa dos cloretos na urina no estado agudo do reumatismo; todavia, em nenhum



caso essa queda foi tão acentuada que atingisse o valor de vestígios, como tem sido apontado noutras doenças infecciosas. A concentração mais baixa foi de 3,5 gr. por litro e a mais alta de 13,5 no momento da saída hospitalar. Aqui, como nas outras doenças infecciosas, os cloretos aumentam à medida que o estado melhora; há, por vezes, uma certa dependência entre o valor da concentração e a temperatura do doente, mas não se podem estabelecer regras. Nos casos complicados com endocardite, verifica-se uma nova oscilação nos valores dos cloretos eliminados quando aquela provoca novos aumentos de temperatura.

A concentração dos cloretos no sangue mostra, pelo contrário, uma maior independência durante todo o curso da doença; nalguns casos, de acôrdo com vários autores, dá-se um aumento dos cloretos sanguíneos à medida que se acentua a melhoria dos doentes, mas, na maioria, as oscilações fazem-se num ou noutro sentido, sem relação fixa. Há mesmo casos, embora raros, que à saída tinham uma concentração no sangue mais baixa que à entrada. O que se observa mais freqüentemente, porém, é uma baixa durante a doença, o que deve estar em relação com a abundância da sudação que estes doentes apresentam.

Não há relação entre a concentração dos cloretos do sangue e da urina.

J. ROCHETA.

---

Bases do tratamento interno dos cálculos renais. (*Grundlagen der inneren Behandlung der Nierensteine*), por F. MUNK — *Medizinische Klinik*. N.º 33. 1935.

Menciona o A. as investigações que se têm realizado, quer num sentido puramente estatístico considerando o *habitat* dos portadores de cálculos renais, a sua alimentação, a sua hereditariedade e constituição, quer sob o ponto de vista clínico-experimental para esclarecimento da formação da calculose, para afirmar, depois de os ter mencionado todos, que presentemente não há um conhecimento exacto da causa e patogéne dos cálculos que nos permitam uma terapêutica racional. Não possuímos ainda meios que permitam uma dissolução dos elementos cristalóides e colóides que os compõem.

Por isso o tratamento desta afecção continua a ser puramente empírico. Duma maneira geral, evitar o perigo dum aumento de concentração de determinadas substâncias, daquelas que naturalmente constituem mais freqüentemente as formações calculosas, por maior quantidade de líquidos ingeridos, água principalmente, e abstenção dos alimentos ricos em núcleo-proteidos — fígado, miolos, etc. — nos portadores de cálculos uráticos; nas pedras com predomínio de fosfatos deve empregar-se, porque os seus portadores são quasi sempre individuos com predomínio do pneumogástrico, um pouco de beladona.

Dores freqüentes ou intensas, hemorragias, aumento rapidamente de volume ou de número dos cálculos, exigem a intervenção cirúrgica.

J. ROCHETA.



O prognóstico e tratamento das grandes hemorragias por úlcera gastroduodenal. (*Zur Prognose und Behandlung grosser Ulkusblutungen*), por UMBER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 32. 1935.

Apoiando-se nas poucas estatísticas publicadas, uma inglêsa e outra sueca, e no seu próprio material clínico, começa o A. por afirmar que a mortalidade nos casos de hemorragia grave por úlcera gastroduodenal, quando tratados pelos meios médicos, é mais alta do que se crê communmente. A causa, de resto, é simples: em vinte e um casos, dos quarenta e um que morreram, da sua estatística, encontrou-se, na autópsia, ao nível da superfície da úlcera, uma artéria com a parede ulcerada e de bordos entreabertos.

Descreve depois o A. qual o comportamento médico, seguido no seu serviço para suspender a hemorragia, sensivelmente idêntico ao empregado em toda a parte. Especialmente aconselha, nos casos em que o estômago se enche de coágulos que provoquem náuseas e vômitos, a lavagem deste órgão com água gelada, à qual, em geral, junta um pouco de adrenalina. Afirma também que a transfusão nem sempre é necessária; quasi sempre as grandes hemorragias cessam com o emprêgo judicioso dos meios habituais. Nas grandes hemorragias recidivantes, por evasão arterial, e que conduzem a uma anemia intensa, com fraca tendência para a formação do trombo, não pode hesitar-se; nestes casos, mesmo, aquela, deve repetir-se em dias consecutivos. Em regra, não excede nunca a quantidade de 300 a 500 cc, pois julga quantidades maiores capazes de desprenderem o coágulo formado. A transfusão está também indicada nos casos que devem ser tratados cirurgicamente. Mas ¿que casos devem ser enviados ao cirurgião? UMBER não defende o ponto de vista de alguns médicos que consideram toda e qualquer hemorragia como contra-indicada para o acto operatório, porque julgam muito alta a mortalidade nestas circunstâncias, em contraste com aquela que se observa quando o doente é tratado pelos meios médicos. Ora o A. principiou por dizer que a última não pode desprezar-se, pois atinge, na sua estatística, a percentagem de 9,5. Por outro lado, não é também do parecer daqueles que consideram sempre uma hemorragia gastroduodenal como absolutamente indicada para a operação (Firesterer, Haberer e outros). Considera mais justo iniciar o tratamento interno, com o qual, de facto, se consegue, na maioria dos casos, suster a hemorragia; recidivando esta, a-pesar-de todos os meios empregados, com abaixamento nítido da hemoglobina e enfraquecimento evidente do doente e aumento do pulso para 100, 110 e 120, não deve hesitar-se no recurso para o cirurgião.

J. ROCHETA.



# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Faculdades de Medicina

### Do Pôrto

Está a concurso, na Faculdade de Medicina, o prémio Magalhães Lemos, destinado ao melhor trabalho de Neurologia e Psiquiatria. Também está a concurso o prémio Silva Cunha para o aluno pobre, bem comportado, que tivesse passado do primeiro para o segundo ano com melhor classificação.

— A Faculdade de Medicina foi autorizada a contratar, no ano escolar de 1935-36, além dos quadros, quatro assistentes.

### De Coimbra

Prestou provas de doutoramento em medicina o Dr. António Nunes da Costa, assistente da Faculdade de Medicina. Foi aprovado por unanimidade.

— A Faculdade contratou quatro assistentes, além dos quadros.

### De Lisboa

Também a Faculdade de Medicina de Lisboa contratou cinco assistentes, além dos quadros.

— Estão abertos concursos, pelo prazo de trinta dias, para o preenchimento dos lugares de assistentes do 1.º grupo (anatomia), 4.º grupo (Bacteriologia e Parasitologia), 5.º grupo (Ginecologia) e 8.º grupo (Medicina legal e Toxicologia forense).

\*

• •

## Hospitais

### Militar Principal

O Dr. Alberto dos Santos Monteiro, tenente-coronel médico, foi nomeado inspector dos serviços de Saúde, deixando, portanto, o cargo de director do Hospital Militar Principal.

— Está encerrada, temporariamente, a clínica de Oftalmologia.



**Sanatório da Quinta dos Vales**

Está já a funcionar o Hospital-Sanatório da Quinta dos Vales.

**Congressos em Bolonha**

Durante o mês de Outubro realizaram-se os seguintes congressos e conferências médicas na Antiga Universidade de Bolonha: congressos de obstetrícia e ginecologia, dias 12 a 15; da Associação Nacional de Doutores em Medicina e Cirurgia, 16; de oto-rino-laringologia, 20 a 22; de radiobiologia, 21 e 22; da Sociedade Italiana de Ortopedia, de 21 a 22; da medicina do desporto, de 22 a 23; da Sociedade Italiana de Medicina Interna, 23 a 26; de cirurgia geral, de 23 a 26; de urologia, 26 e 27; de cirurgia plástica, 29 e 30; de analgesia e anestesia, 26 e 27; da Associação de Hidrologia e Climatologia, 29 e 30. Conferências de medicina social, dias 1 e 2; de radiologia médica, 5; da Sociedade de Patologia Geral, 8 e 9; de dermatologia e sifilografia, 10; e de pediatria, 17 e 18.

**Prémio Nobel da Medicina**

O prémio Nobel da Medicina foi êste ano conferido ao Dr. Hans Spemann, professor de zoologia na Universidade de Friburgo (Baden), pelos seus trabalhos de embriologia experimental. As suas investigações fundamentais têm incidido sobre a acção da vesícula óptica na formação do cristalino e o crescimento da vesícula auditiva.

**Curso de Medicina Sanitária**

Fechou, no dia 30 de Outubro, o prazo para entrega de requerimentos para o Curso de Medicina Sanitária, no Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

**Instituto de Hidrologia de Lisboa**

Está aberta, na tesouraria do Instituto Superior Técnico, a matrícula para o curso de médicos hidrologistas do Instituto de Hidrologia e Climatologia de Lisboa.



## Conselho Superior de Instrução

Fazem parte do Conselho Superior de Instrução, durante o triênio de 1936-1938, os Profs. Azevedo Neves, Egas Moniz e Aires Kopke.

\*  
\* \* \*

### Saúde escolar

Publicou-se um decreto que cria cursos de higiene nos liceus. Estes cursos serão regidos por médicos.

— Foi nomeada médica do Liceu de Filipa de Lencastre a Dr.<sup>a</sup> D. Corina Angela Couto.

\*  
\* \* \*

### Saúde colonial

Destinada a novas instalações no Hospital Principal de Lourenço Marques, foi aprovada uma verba de 3.000 contos. Desta verba deverá aplicar-se a quantia necessária à construção duma Maternidade para indígenas, com cinqüenta camas, para comêço. Um curso especial de enfermeiras para assistência às parturientes foi já instituído.

— No Hospital de Quelimane vão construir-se novas enfermarias e um pavilhão para doenças infecciosas. Também se vai adquirir material cirúrgico e de análises clínicas.

— Sob a presidência do Prof. Aires Kopke, reüniu-se o Conselho Superior das Colónias, que se ocupou do combate à doença do sono.

\*  
\* \* \*

### Assistência psiquiátrica

Por proposta do Prof. Sobral Cid reüniram-se em conferência os representantes do Governo Civil de Lisboa, do Manicómio Bombarda, da Direcção dos Hospitais Civis, da Assistência Pública, da Polícia de Segurança Pública e da Misericórdia de Lisboa, para tratar do problema urgente da assistência psiquiátrica em Portugal.

\*  
\* \* \*

### Conferências

Na Faculdade de Medicina de Lisboa o Prof. Vítor Fontes fêz uma conferência sôbre «O ensino de anormais».



— Na Emissora Nacional, o Dr. Augusto de Esaguy realizou duas conferências, intituladas: «Atenção ao reumatismo» e «O cancro tem cura».

— O Dr. Silva Neves falou, na Sociedade de Geografia, sôbre Cabo Verde.

\* \* \*

### Luta contra o cancro

A favor do Instituto Português de Oncologia realizou-se, nos dias 1 e 2 de Novembro, um peditório em todo o país.

\* \* \*

### Partidos médicos

Para Alhos Vedros foi nomeado médico municipal o Dr. Manuel Falcão.

— O Dr. José Fernando Pinha Morales tomou posse do cargo de delegado de saúde de Olhão.

— O médico da 2.<sup>a</sup> área do concelho de Cadaval é o Dr. Francisco Antunes de Sousa.

\* \* \*

### Necrologia

Faleceram: em Lisboa, o Dr. José Duarte Silva, natural do Brasil; e, em Coimbra, o Dr. Adelino Vieira de Campos de Carvalho, professor de clínica médica e doenças infeciosas da Faculdade de Medicina daquela cidade.







**PANBILINE**

nas DOENÇAS DO FIGADO

são  
os  
aneis  
de uma  
mesma cadeia:

**RECTOPANBILINE**

na PRISÃO DE VENTRE

A OPOTERAPIA  
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

**HÉMOPANBILINE**

nas ANEMIAS

LABORATOIRE  **D<sup>r</sup> PLANTIER** ANNONAY (Ardèche)  
FRANCE

ou Gimenez-Salinas & C.<sup>a</sup> — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

**A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA**

SUCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL

FORÇA,

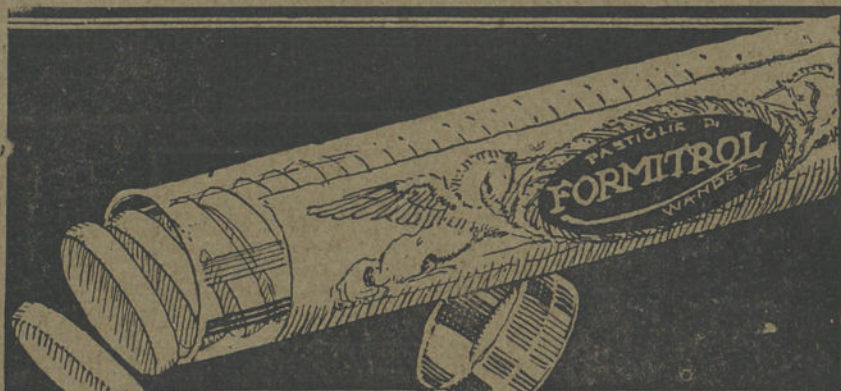
DÁ

SAUDE

AGENTES PARA PORTUGAL: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>

RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA





## As vias respiratorias

constituem uma porta continuamente aberta para a penetração dos germens infecciosos que desta maneira podem provocar e aumentar doenças mais ou menos graves. As pastilhas de

### FORMITROL

realizando a desinfecção das vias respiratorias, representam o meio mais eficaz para evitar tal perigo.

*À venda em todas as farmacias e drogas  
a Esc. 12\$00*

**DR. A. WANDER S. A. Berne**

Únicos concessionários para Portugal:

**ALVES & C.<sup>ª</sup> (Irmãos)**

RUA DOS CORREIROS, 41, 2.<sup>º</sup>

LISBOA

Sala  
Est  
Tab  
N.