

Ano XII

N.º 3

Março 1935



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

KALOGEN

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

TONICO RECONSTITUINTE REGALGIFICANTE

Depositarios 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 2 a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSYPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

Granulos de Catillon a 0,0001 **STROPHANTINE** 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*, Medaiba de Ouro, 1900, Paris.

3, Boulevard St-Martin, Paris — * PHARMACIAS

DOCTOR:

NO CASO EM
QUE PRECISE TONI-
FICAR UM ORGA-
NI/MO DEBILITADO
RECORDE O



Phosphorrenal

ROBERT

NA SUA TRES FORMAS:
GRANULADO - ELIXIR
INJECTAVEL
LABORATORIO
ROBERT

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

240, Rua da Palma,

Sala 3

Est. 9

Tab. 2

N.º 27

XAROPE "MERCK"
 DE
EFETONINA
para o tratamento de
 todas as formas de tosse,
 especialmente coqueluche, bronquite aguda e crónica, 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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolamincarsenofenol

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 congéneres

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.^a, L.^{da} 45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N I E

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P.

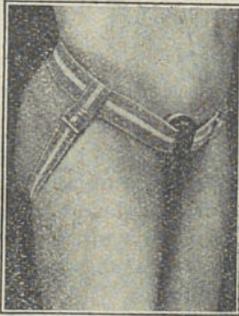
N.º 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

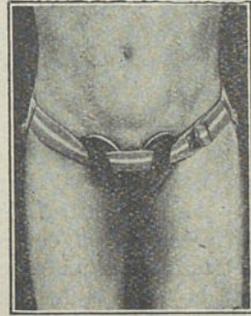
FUNDAS BROOKS

Pelota pneumática de borracha macia



Partes substituíveis

■
Pessoal especialmente habilitado na aplicação destes aparelhos



■
PREÇOS MÓDICOS

HYGEIA, L. DA

Rua Paiva de Andrada, 4

(ao Largo do Chiado)

**CIGARROS
DE ABYSSINIA**

EXIBARD

Sem Opio nem Morphina.

Muito eficazes contra a

ASTHMA

Catarrho — Oppressão

e todas affecções espasmódicas das vias respiratorias.

35 Anos de Bom Exito. Medalhas Ouro e Prata.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o
6, Rue Dombasle, 6
PARIS

E BOAS PHARMACIAS

**Para as dôres da pleurisia inicial
nas pneumonias**

Antiphlogistine

não tem rival. Para a classe médica de todo o mundo, o nome *ANTIPHLOGISTINE* representa mais do que um cataplasma. Desde o seu começo, *ANTIPHLOGISTINE*, de facto, foi sempre universalmente reconhecida como sinónimo de supressão rápida das dôres, tanto superficiais como profundas

Estendida no princípio do ataque — não como último recurso — mas sim, logo que se suspeitou a pneumonia, *ANTIPHLOGISTINE*, em um sem número de casos, fez diminuir o periodo do ataque, e desaparecer o sofrimento e as dôres. Muitas autoridades médicas de nomeada aclamam esta medida tópica como o *sine qua non* para o êxito no manejo da pleurisia e pneumonia

The Denver Chemical Mfg. Co.,

163, Varick Street

Nova York, E. U. A. N.

Amigos e Srs.

Podem enviar-me um exemplar gratuito do seu livrinho: «O Pulmão Pneumónico», assim como uma amostra de Antiphlogistine.

Nome

Enderêço:

Distribuidores em Portugal:

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodré, 8, 1.º

LISBOA

NO
TRATAMENTO
DA
ESTASE
INTESTINAL

O REGÍMEN ASSOCIA-
-SE ÚTILMENTE À ME-
DICACÃO APROPRIADA

MAS...



antes de mais nada, o problema principal é obter evacuações fáceis de fezes brandas mas sólidas para auxiliar a reeducação do intestino.

O 'Petrolagar' tem a grande propriedade de dar ao bolo fecal o necessário volume, assegurando-lhe uma ótima lubrificação para o seu fácil deslize, sem produzir os vulgares efeitos drásticos.

Obteem-se com o 'Petrolagar' evacuações normais e regulares sem se recorrer aos purgativos geralmente irritantes.

'Petrolagar'

(Marca Registada)

PETROLAGAR LABORATORIES LIMITED
BRAYDON ROAD, LONDRES, N. 16.

Representante em Portugal:

RAUL GAMA, RUA DOS DOURADORES, 31, LISBOA.

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 DESTES
- REGULARISA A NUTRIÇÃO

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

AFECÇÕES REUMATISMAIS

Gota — Litiase renal — Artrismo

Literatura e amostras
LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS
ou nos representantes
GIMENEZ-SALINAS & C.^ª — 240, Rua da Palma, 248 — Lisboa





SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>As espiroquetoses</i> , pelo Prof. P. Mühlens.....	Pág. 157
<i>Vitamines, hormones et ferments</i> , par Kurt P. Jacobsohn.....	» 169
<i>Diagnóstico bacteriológico da tuberculose infantil</i> , por L. de Castro Freire e J. Marques Pinto.....	» 183
<hr/>	
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 204
▪ <i>Noticias & Informaçoes</i>	» IX

AS ESPIROQUETOSSES

PELO

PROF. P. MÜHLENS

Director do «Institut für Schiffs-und Tropenkrankheiten»
Professor de Parasitologia na Universidade de Hamburgo

Até ao ano de 1906, isto é, antes da descoberta do germe causal da sífilis por Schaudinn, sabia-se muito pouco acêrca dos espiroquetas. Hoje em dia o capítulo espiroquetoses é um dos mais importantes da microbiologia e também da patologia dos países quentes. No curto espaço de tempo de uma só conferência não posso dar mais do que um resumo, um rápido golpe de vista, sôbre êste extenso capítulo da ciência médica, ilustrando o que vou dizer com um *film* didáctico.

Como V. Ex.^{as} sabem, o nome de *Spirochaeta* foi aplicado pela primeira vez no ano de 1835 por Ehrenberg a uma espécie de grandes microorganismos saprófitas, encontrados nas águas do rio Spree, junto de Berlim. Estes microorganismos receberam a designação de *Spirochaeta plicatilis*. Segundo as regras da nomenclatura zoológica, êste espiroqueta representa o tipo do género, e, assim, a designação *Spirochaeta* deveria apenas ser aplicada àqueles microorganismos que, morfològicamente e pelo seu desenvolvimento, correspondessem a êsse tipo.

Nota.— Êste artigo é um extracto da conferência feita em 13-III-1935 no anfiteatro de Fisiologia da Faculdade de Medicina de Lisboa. A conferência foi documentada com exhibição de *filmes*.

Não é porém o que acontece com todos os microorganismos que hoje em dia se chamam espiroquetas. Há dentro do género diferenciações, feitas com mais ou menos razão. Assim, por exemplo, já Schaudinn separava o germe da sífilis, dando-lhe o nome genérico de *Treponema* (*Trep. pallidum*), dos outros espiroquetas. Pela mesma razão, o germe da framboesia tropical, da chamada Boubas, descoberto um pouco mais tarde por Castellani, recebeu a designação de *Trep. pertenuae*.

Também para os espiroquetas do sangue se propuseram outros nomes, por exemplo, *Spironema*, *Spirosoma*, *Borrelia*, etc. Entre nós, médicos, a designação colectiva de *Spirochaeta* (espiroqueta) continua a ser ainda a mais usada. Não é exacta a designação de ESPIRILOS para estes microorganismos, à qual já Ehrenberg tinha feito alusão.

Os espiroquetas são microorganismos espirais em forma de saca-rólhas, com movimentos característicos, em parte serpenteantes, em parte perfurantes, em parte giratórios ou golpeantes. Parece que estes movimentos se fazem em tórno de um eixo ideal, chamado «Achselstab», que os zoólogos julgam ter observado nalguns espiroquetas. Podem observar-se movimentos para diante e para traz, numa extensão maior ou menor. Não se diferencia nos espiroquetas uma parte anterior e uma parte posterior.

Os movimentos são devidos a uma *flexibilidade característica especial do próprio corpo do espiroqueta*, flexibilidade que até agora se não observou noutros organismos e sôbre o mecanismo da qual não são unânimes as opiniões.

Os espiroquetas e os espirilos diferenciam-se pelas características seguintes: os espiroquetas são flexíveis, os espirilos, que pertencem às bactérias, não o são. Os espiroquetas não têm flagelos, os espirilos têm. Os espirilos propagam-se por divisão transversal, como as bactérias, os espiroquetas por divisão longitudinal, ou por um processo de divisão transversal, que até agora se não observou nas bactérias. Todavia, a êste respeito divergem ainda muito as opiniões. Pelas suas propriedades biológicas os espiroquetas têm muitas analogias com os protozoários, especialmente no que diz respeito ao efeito quimioterapêutico de alguns medicamentos sôbre as doenças causadas por êles (por exemplo dos arsenicais). Os espiroquetas também se dis-

solvem, como os protozoários, em solutos de taurocolato de sódio.

Estas analogias levaram alguns autores a classificar os espiroquetas entre os protozoários; outros, todavia, consideram-nos como bactérias.

Em minha opinião deveríamos formar com os espiroquetas um grupo especial de microorganismos, que ocuparia provavelmente uma posição intermédia, transitória, entre as bactérias e os protozoários.

Os vários tipos têm a distingui-los, além dos sintomas clínicos que provocam, o comprimento, a espessura, a forma das espiras, a coloração, o meio em que vivem, a maneira como se movem, e em parte também o seu comportamento nas culturas e nos animais de experiência.

A questão das culturas de espiroquetas tomou um grande interesse depois de Schaudinn ter descoberto, no ano de 1906, o agente causal da sífilis. Meio ano mais tarde tinha eu a sorte de obter uma cultura pura do *Spirochaeta dentium* no Instituto Roberto Koch em Berlim, num meio anaeróbio de agar com sêro de cavalo. Foi esta a *primeira cultura pura de um espiroqueta* e ficou ao mesmo tempo demonstrado que estes organismos eram anaeróbios. A cultura do agente da sífilis, do *Trep. pallidum*, foi mais difícil. A primeira cultura pura dêste último foi também conseguida por mim no ano de 1909. Depois de ensaios negativos muito trabalhosos, consegui cultivá-los, partindo de espiroquetas de uma glândula sífilítica. Também o *Trep. pallidum* se desenvolve anaeròbicamente em agar com sêro de cavalo. Mais tarde Hoffmann, Noguchi e outros, aperfeiçoaram o meu método de cultura pura.

É mais fácil obter o desenvolvimento do *Trep. pallidum* em culturas impuras, quere dizer, misturado com outros microorganismos, como já anteriormente tinha sido demonstrado por Schereschewsky e outros. Mais fácil ainda é a cultura pura das *Leptospiras* da doença de Weil em soluto aquoso de sêro inactivado de coelho, com uma camada de óleo de parafina estéril, à temperatura de 25-32° C.

Pràticamente, podemos distinguir os seguintes grupos, nos espiroquetas que mais nos interessam sob o ponto de vista médico:

- 1 — Os espiroquetas do sangue;

2 — Os espiroquetas de certas úlceras, das mucosas e das cavidades do corpo;

3 — Os espiroquetas que habitam nos tecidos (treponemas);

4 — As chamadas leptospiras, das afecções íctero-hemorrágicas.

O primeiro grupo, espiroquetas do sangue, compreende:

1 — As várias espécies das febres recorrentes humanas;

2 — Os agentes das espiroquetoses das galinhas e gansos;

3 — Os espiroquetas encontrados no sangue de muitos outros animais (por exemplo, nos bovídeos, cavalos, burros, coelhos, ratos, serpentes e aves) e que têm pouca ou nenhuma importância patogénea.

Dêstes três sub-grupos, o que tem para nós, médicos, maior importância é aquele que compreende os espiroquetas da febre recorrente.

Como V. Ex.^{as} sabem, o *Spirochaeta febris recurrentis*, descoberto por Obermeier no ano de 1868, foi o primeiro microorganismo patogéneo encontrado no sangue humano. Já há muitos decénios que, no século passado, a febre recorrente tinha tomado grande incremento na Irlanda, na Rússia e em alguns outros países da Europa, e também na Alemanha antes de 1880. Durante a Guerra a febre recorrente recrudescceu de novo nos focos antigos e foi também introduzida noutros países onde ainda não existia. Antes da Guerra muitas epidemias de febre recorrente não eram reconhecidas como tais e eram consideradas como malária quinino-resistente.

Assim, por exemplo, no ano de 1913, pude descobrir, pela primeira vez, em Jerusalém, Belém e arredores, febres recorrentes que até então não eram conhecidas como tais, mas sim como febres maláricas; o mesmo pude observar, durante a Guerra, na Turquia e na Bulgária. Depois da Guerra, e especialmente depois das guerras civis e da catástrofe da fome, observei na Rússia epidemias enormes de febre recorrente. O número de casos desta febre durante os anos de 1919-1923 foi, pelo menos, de cinco a seis milhões. Diga-se de passagem que o número de casos de tifo exantemático, nesse país, foi ainda duas ou três vezes maior.

Também na África Central, já nos anos de 1904 e 1905 R. Koch e os ingleses Dutton e Todd tinham verificado que muitas

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.ª

Rua da Palma, 240-246

L i s b o a





VIGANTOL^{M. R.}

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

no raquitismo e outras perturbações 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). Grageias de Vigantol: Vidro com 50 grageias. (1 grageia contem 0,06 mgr. de vitamina D cristalizada)

VIDALON^{M. R.}

(Oleo de fígado de bacalhau estandardizado com Vigantol)
de conteúdo constante e elevado em vitaminas A e D

Indispensavel para a aceleração do desenvolvimento do organismo e a augmentação da resistencia nas crianças atrasadas e doentias

EMBALAGEM ORIGINAL: Frasco de 125 c.c.

»Bayer«

Leverkusen (Alemanha)

Representante:

BAYER, LIMITADA

Rua dos Douradores, 150, 3.º

LISBOA

E. MERCK

Darmstadt (Alemanha)

Representante:

Químico-Farmacéutica,

Limitada

Rua da Palma, 165

LISBOA

das doenças consideradas como paludismo eram febres recorrentes, quere dizer, a forma de febre recorrente africana transmitida por carraças (*Zeckenfieber, tick-fever*). Esta designação tem origem no facto dêste modo de transmissão ser já há muito tempo conhecido pelos indigenas, sabendo êles que havia perigo de infecção em todos os quartéis e acampamentos onde existisse a carraça *Ornithodoros moubata*.

Depois destas investigações em Africa, procuraram-se e encontraram-se também espiroquetas em *muitos outros países*, em doenças febris que até então se supunha serem *paludismo ou gripe*.

Sabemos hoje que a febre recorrente existe em quasi tôdas as partes do mundo, sem excepção da Espanha e da maioria dos países ibero-americanos.

Diferençamos, pelo menos, os seguintes nove tipos mais conhecidos:

- 1 — A febre recorrente europeia, (*Spirochaeta Obermeieri*);
- 2 — A febre recorrente africana, (*Spirochaeta Duttoni*);
- 3 — A febre recorrente indiana, (*Spirochaeta Carteri*);
- 4 — A febre recorrente norte-americana, (*Spirochaeta Novyi*);
- 5 — A febre recorrente da América central e do Sul, (*Spirochaeta neo-tropicalis*);
- 6 — A febre recorrente egípcia, (*Spirochaeta aegyptica*);
- 7 — A febre recorrente norte-africana (Tunis, Marrocos), (*Spirochaeta Berbera*);
- 8 — A febre recorrente persa (Miena), (*Spirochaeta persica*);
- 9 — A febre recorrente espanhola (Sadi de Buen), (*Spirochaeta hispanica*).

Há ainda muitos outros países infectados com espiroquetas, por exemplo, a Arábia, o Sudão, a Síria, a Palestina e, provavelmente, também Portugal (?), etc.

Podemos hoje distinguir a maioria dos espiroquetas citados por meio de reacções de imunidade e do seu diverso poder patogéneo em relação aos animais de experiência. Além disto, os insectos transmissores são também diferentes. Assim, por exemplo, na Europa (com excepção da Espanha), na Ásia e no norte de África, verificou-se que são os piolhos os transmissores; noutros países, certas espécies de carraças: na África Central, por exemplo, o *Ornithodoros moubata* e na Pérsia uma espécie

de argas — em Espanha a carraça *O. maroccanus* e na América Central do Sul (Panamá, Colúmbia e Venezuela) o *Ornithodoros venezuelensis* e *O. Talaje*; no México os piolhos ou talvez também a carraça *O. Talaje*.

Parece averiguado que os espiroquetas devem atravessar um ciclo evolutivo nos transmissores, antes que seja possível uma inoculação por meio destes.

Por falta de tempo não posso referir-me mais detidamente a este ciclo evolutivo nos piolhos e nas carraças.

Está averiguado que a infecção das carraças é transmitida aos ovos e que nelas é hereditária e, provavelmente, também o é nos piolhos.

Têm sido observadas também *transmissões directas*. Sabemos que os espiroquetas podem penetrar no organismo e infectá-lo através da pele intacta. Pude observar uma infecção numa enfermeira, na Bulgária, que tinha procurado estancar uma epistaxis profusa num doente com febre recorrente. Vê-se pois que é possível um indivíduo infectar-se por meio do sangue dos doentes, através da pele intacta da mão. Alguns autores franceses, no norte de África, verificaram que a infecção pode dar-se também através da conjuntiva.

A *mortalidade* pela febre recorrente, já mesmo antes da introdução do tratamento pelo Salvarsan, não era elevada (2-5 % o máximo); nalgumas epidemias até 20 %, sobretudo em populações mal alimentadas, prisioneiros, etc.

Há também uma forma, a chamada «tifóide biliosa» ou recorrente séptica, com sintomas séptico-hemorrágicos, na qual a mortalidade pode subir até 30-60 %. Parece que esta forma, observada sobretudo no norte de Africa, na Índia e na Rússia durante a catástrofe da fome, é uma complicação séptica da febre recorrente. Na Rússia, muitos investigadores encontraram no sangue, em casos destes, um bacilo do grupo paratifóide (*paratifus N*).

A *imunidade* na febre recorrente não dura muito tempo. Conhecemos casos de reinfeção ocorridos em indivíduos curados havia menos de dois ou três meses.

Para o *diagnóstico*, além da observação em campo escuro, presta sempre bons serviços o método da *gota espessa*. Com este método também se podem observar às vezes espiroquetas no

intervalo entre dois acessos, ao passo que em geral os espiroquetas se encontram apenas no sangue periférico durante a febre.

São bem conhecidos os sintomas clínicos, assim como os métodos de tratamento e de profilaxia e combate.

Os sintomas clínicos mais importantes são os seguintes: começo súbito, calafrio, sintomas infecciosos graves, sem perturbações do sensorio, dores de cabeça, do fígado e do dorso, baço e fígado aumentados de volume, acessos típicos, diferentes dos do paludismo.

Talvez V. Ex.^{as} se interessem pelas experiências feitas na Alemanha, por minha iniciativa e em colaboração com Weygandt e Kirschbaum, segundo o método de Wagner-Jauregg (Viena). Já há nove anos que fazemos, no tratamento da paralisia geral progressiva, inoculações de doenças febris, isto é, com os espiroquetas da febre recorrente e com os parasitas da malária. É interessante o facto de que pude infectar homens com espiroquetas da febre recorrente africana, espiroquetas que durante quinze anos tinham sido passados em ratos, no nosso Instituto e sem que tivessem perdido a sua virulência para o homem. Nos animais tinham adquirido, porém, resistência ao tratamento pelo Salvarsan. Quero ainda mencionar que os resultados que obtivemos com a inoculação de espiroquetas de febre recorrente foram muito satisfatórios. Os métodos para combater a febre recorrente têm que ser dirigidos:

1 — Contra os *espiroquetas no sangue humano* pelo tratamento, com o Salvarsan, de todos os indivíduos infectados (60 cgrs. para adultos, *durante* a febre).

2 — Contra os insectos transmissores, sobretudo contra os piolhos nos países europeus, e contra as carraças que são os transmissores em vários países tropicais.

Quero ainda mencionar uma doença que não sendo rara na China e no Japão, tem sido também observada em muitos outros países: Espanha, América do Sul (Venezuela, por Tejera), México, por Mooser e outros, e também na Alemanha; é o *sodoku*, *doença provocada pela mordedura de ratazanas*. Parece que esta doença é causada por um microorganismo espiroquetiforme, chamado *Spirochaeta morsus-muris*, que se encontra no sangue dos

indivíduos infectados. Na realidade, êste organismo é um *espirilo* e não um espiroqueta. A mordedura infectante provoca em tórno uma reacção inflamatória, e nesse tecido inflamatório encontram-se também os espirilos. Mais tarde aparecem calafrios, febre, linfangite, adenite e um exantema papuloso característico. A doença tem, em muitos casos, uma marcha prolongada, com febre, e pode ter uma terminação fatal.

Observaram-se os mesmos microorganismos em ratazanas e ratos aparentemente sãos.

É também interessante que Mooser, no México, e outros autores alemães aplicaram a infecção provocada por êste microorganismo na piretoterapia da paralisia geral, tendo obtido em parte bons resultados.

Ao *segundo grupo* pertencem os espiroquetas das mucosas, das úlceras e das cavidades orgânicas.

Todos nós possuímos, na bôca, muitos espiroquetas. Entre os espiroquetas da bôca distinguem-se, pelo menos, cinco tipos diferentes, descritos como *Spirochaeta microdentium*, *macrodentium*, *media*, *buccalis* e *trimerodonta*. Encontram-se muitas vezes espiroquetas dos tipos *media* e *buccalis* no sarro, entre a gengiva e os dentes, mas o seu número é sobretudo considerável quando há afecções inflamatórias e ulcerativas dos dentes, da gengiva e da mucosa bucal, por exemplo na *estomatite ulcerosa* e *escorbútica*, *piorreia alveolar*, etc.

Também se encontram espiroquetas em grande número na *Noma*, *Gangrena nosocomial* (*Spir. nosocomialis*), na chamada *angina de Plaut-Vincent* (*Spir. Vincent*) e no *Ulcus tropicum*, úlcera tropical das pernas ou úlcera fagedénica (*Spir. schaudinni*).

Na maioria das afecções que acabamos de mencionar observam-se numerosos espiroquetas da bôca, muitas vezes quási como cultura pura, numa *simbiose característica com os chamados bacilos fusiformes*. Para mim, até agora, não me parece suficientemente provado que esta simbiose de espiroquetas e bacilos fusiformes represente a causa primária de tôdas estas afecções, as quais, morfológicamente, têm entre si a maior semelhança. Parece-me antes possível que os espiroquetas desempenhem aqui apenas um papel secundário, indubitavelmente impor-

tante, agravando talvez afecções ulcerosas provocadas por outros agentes e outras causas, como por exemplo intoxicações pelo mercúrio e pelo bismuto, avitaminoses, escorbuto, etc. Em todo o caso está averiguado que esta simbiose característica se encontra em muitas doenças ulcerosas das mucosas e da pele e que estas, na maior parte dos casos, *reagem rapidamente ao tratamento pelo Salvarsan* local, ou intravenoso. Assim, por exemplo, na Palestina e na Rússia, pude curar casos de *Noma* em crianças e adultos e também, noutros países, muitos casos de úlcera tropical, com injeções de Neosalvarsan, fazendo ainda, nestes últimos casos, a aplicação local do Neosalvarsan em substância. Também observei no nosso Instituto de Hamburgo, bem como, durante a Guerra, na Bulgária e na Turquia, bons resultados com o tratamento intravenoso pelo Salvarsan na estomatite ulcerosa, na angina de Plaut-Vincent e algumas vezes na piorreia alveolar.

Assim, por exemplo, tive ensejo de curar em Hamburgo, por meio de injeções de Neosalvarsan, uma senhora notavelmente formosa, mas que sofria, infelizmente, de uma piorreia alveolar com muitos espiroquetas, de tal modo que um dentista tinha já proposto a extracção de todos os dentes. O resultado do tratamento salvarsânico foi tão completo que poucos meses depois a doente, tendo já a dentadura sã e sem espiroquetas, foi pedida em casamento pelo dentista...

Nos três últimos decénios têm-se publicado muitos trabalhos acêrca da chamada *espiroquetose brônquica*, descrita pela primeira vez como doença *sui generis* por Castellani, em Ceilão, observada durante a Guerra na frente de Salónica e, nos últimos anos, em muitos outros países, sem excepção dos ibero-americanos.

No Congresso Tropical de Kingston (1924) o próprio Dr. Castellani manifestou a opinião de que os espiroquetas chamados «espiroquetas brônquicos» eram os causadores desta doença, tão parecida com a tuberculose e chamada por isso pseudo-tuberculose, caracterizada por escarro sanguíneo. Para comprovar a presença destes espiroquetas é necessário examinar o escarro o mais prontamente possível.

Nalguns, mas não em todos os casos de espiroquetose brônquica, observaram-se bons resultados terapêuticos com a aplica-

ção intravenosa do Neosalvarsan e, nos casos agudos, com injeções de tártaro emético, ou com preparados iodados. Segundo a minha opinião, não está ainda suficientemente provado que os espiroquetas brônquicos sejam verdadeiramente a causa primária das afecções brônquicas descritas, devendo ser antes uma causa secundária, que vai agravar certos processos catarrais dos pulmões, provocados por outras causas, como acontece, aliás, com os restantes espiroquetas das mucosas e das úlceras.

*Ao terceiro grupo, aos espiroquetas dos tecidos, pertencem os espiroquetas da sífilis e das Boubas ou framboesia tropical. Estes espiroquetas têm, segundo a nomenclatura de Schaudinn, respectivamente os nomes de *Treponema pallidum* e *Treponema pertenue*. V. Ex.^{as} conhecem bem a importância destes dois microorganismos, morfológicamente muito parecidos entre si.*

A framboesia tropical, conhecida também em certas regiões do centro e do sul da América, é, por assim dizer, uma doença irmã da sífilis, considerada mesmo por alguns autores como uma sua modificação tropical. Os treponemas encontram-se no líquido das pápulas e são transmissíveis por contacto, e também em experiências de laboratório, a macacos e ao testículo do coelho. Em certos países, como na Índia Holandesa, a framboesia quasi desapareceu por completo depois da introdução do tratamento sistemático de todos os doentes com o Neosalvarsan, de tal forma que houve hospitais que tiveram que ser encerrados por falta de doentes com framboesia.

Resultado semelhante obteve-se na Alemanha, no combate sistemático contra a sífilis, com todos os métodos modernos de tratamento. Hoje em dia em muitas clínicas, por exemplo, na Universidade de Hamburgo, os casos de sífilis recente são de tal maneira raridades que, numa dada ocasião, o director da Clínica Dermatológica não pôde mostrar aos estudantes um desses casos de sífilis, por não ter entrado durante várias semanas nenhum caso típico. É assim que muitos sifilígrafos alemães começam a entrar na classe dos numerosos milhões de homens sem trabalho.

Grupo quarto. As investigações feitas durante a Guerra conduziram à descoberta de um outro tipo de microorganismos espiroquetiformes que se chamam *Leptospiras* e que, morfológica

e biologicamente, são diferentes dos espiroquetas já descritos.

A este grupo pertencem :

1) A *Leptospira icterohæmorrhagiæ*, descoberta em 1915 no Japão e, quasi ao mesmo tempo, durante a Guerra na frente occidental alemã, por médicos militares alemães, como causa da chamada doença de Weil ou septicémia ictero-hemorrágica.

2) A *Leptospira (Spirochaeta) hebdomadis*, microorganismo morfologicamente muito parecido com o primeiro, encontrado na chamada *febre dos sete dias* no Japão (Nanukayami), doença esta que parece ser uma modificação atípica da doença de Weil.

3) *Leptospiras* consideradas como saprófitas, quere dizer, não patogéneas, encontradas em certas águas.

Considero de muita importância e interesse o facto de estas três leptospiras não terem sido descobertas por exame *directo*, mas sim indirectamente, em cobaias, depois destes animais terem sido inoculados intraperitonealmente com sangue ou urina dos doentes. Alguns dias mais tarde as leptospiras existiam no exsudado peritoneal e também nos órgãos dos animais gravemente doentes, com sintomas séptico-hemorrágicos.

Sob o ponto de vista epidemiológico, parece-me muito interessante o facto de em muitos países (por exemplo Japão, Tunísia, Algéria, Venezuela, Cuba, Brasil, Perú, Portugal, Alemanha e outros) se poderem encontrar microorganismos do tipo da leptospira ictero-hemorrágica em ratazanas aparentemente sãs. A presença destas leptospiras também foi demonstrada indirectamente, inoculando intraperitonealmente a cobaias uma papa feita com as vísceras das ratazanas (sobretudo rins e fígado). As ratazanas apanhadas nos matadouros e nas imediações dos portos encontravam-se infectadas numa percentagem de 13-30 % e mais ainda. Em Caracas, por exemplo, até 60 %. Em Lisboa, Pereira da Silva encontrou infectadas 9 % das ratazanas examinadas. Nos animais inoculados as leptospiras causavam os mesmos sintomas que os produzidos pelas leptospiras da doença de Weil. É possível, ou até mesmo provável, que as ratazanas desempenhem um papel intermediário na epidemiologia da doença de Weil, como portadoras das leptospiras, podendo transmitir os germens *indirectamente* ao homem, infectando por exemplo certos alimentos com a sua urina ou os seus excrementos. Sabemos hoje que as leptospiras são eliminadas em grande número pela

urina dos animais e também dos homens infectados por elas. Luiz Figueira identificou e descreveu, em 1931, o primeiro caso de leptospirose em Portugal. A epidemia de Lisboa, de 1931, é exemplo de transmissão pela água ingerida.

Pelo método das culturas Uhlenhuth e Zuelzer, na Alemanha, puderam comprovar o facto muito importante de que se encontram muitas vezes, na água demorada nas canalizações, leptospiras do mesmo tipo das da doença de Weil, as quais produzem também os mesmos efeitos patológicos nos animais. Iturbe e González, bem como Tejera, verificaram o mesmo em Caracas.

Prezados colegas: Como V. Ex.^{as} sabem, no ano de 1920 o investigador japonês Noguchi descobriu como agente da «febre amarela», no Equador, a chamada *Leptospira icteroides*. Sabemos hoje que êsses casos não eram de febre amarela, mas sim de septicémia ictero-hemorrágica, casos estes que se tinham confundido com os de febre amarela, porque de facto esta última tem muitas vezes, clinicamente, uma grande semelhança com a septicémia ictero-hemorrágica. Continuamos ainda sem conhecer o agente da febre amarela, ao passo que o transmissor desta doença, o *Aedes aegypti* ou *Stegomyia fasciata*, já está reconhecido como tal há muitos anos.

Minhas senhoras e meus senhores: No meu curto resumo sobre as espiroquetoses e as doenças causadas por elas vimos que os trabalhos científicos neste campo conduziram, nos últimos decénios, a grandes e inesperadas descobertas. Em minha opinião temos direito a esperar que talvez noutras doenças, cuja etiologia tem permanecido até agora obscura, se venham também a encontrar microorganismos análogos.

É por isso que também neste importante terreno as investigações científicas devem prosseguir, para proveito da Ciência e da saúde de todos os povos.

LISBOA MÉDICA

TUBERCULOSE **MEDICAÇÃO** **BRONCHITES**

CREOSO - PHOSPHATADA

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



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE

de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

Anticarrhal e Antiseptico

Eupeptico e Reconstituente.

Todas as **Affecções dos Pulmões** e dos **Bronchios.**



L. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

GRIPPE

• PARIS (8^e) •

RACHITISMO

“ eregumil” Fernández

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

Contém no estado coloidal

*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidr carbonados
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

Deposítarios. GIMENEZ-SALINAS & C^a

240, Rua da Palma, 246

LISBOA

LISBOA MÉDICA

FITINA

"CIBA"



**RECONSTITUINTE
TONICO DO SISTEMA
NERVOSO
REMINERALIZADOR**

O preparado mais rico em fósforo orgânico
e substancias remineralizantes assimilaveis.

22% de fósforo e 11% de calcio e magnésio

Granulos

Comprimidos

Obreias

E. BRUNNER & COMP., L^{DA}
RUA SA DA BANDEIRA, 283 - 2.^o - PORTO
RUA DA MADALENA, 128 - 1.^o - LISBOA

Institut Rocha Cabral — Lisbonne

VITAMINES, HORMONES ET FERMENTS

PAR

KURT P. JACOBSON

Tout médecin moderne conscient de sa responsabilité professionnelle doit se soumettre, de plus en plus, aux études biochimiques, dans le but d'accompagner le progrès de la science, au plus grand profit de ses malades. À la suite des découvertes biologiques sur la constitution des composants de notre organisme, et surtout pendant les recherches sur le mécanisme métabolique de la construction et de la dégradation de la substance organique, trois problèmes spécifiques de la vie cellulaire se sont particulièrement imposés par leur importance en médecine.

D'un côté, on a constaté que des vitamines végétales sont indispensables pour la conservation de la santé, d'un autre, les hormones de notre propre organisme ont conquis un intérêt particulier pour la médecine. Enfin, on avait découvert précédemment l'intervention métabolique de plusieurs substances mystérieuses reconnaissables exclusivement par leurs effets chimiques: les ferments ou enzymes.

On a trouvé et étudié ces trois classes d'éléments fondamentaux de la biochimie comme indépendantes, chacune par rapport aux deux autres; mais on leur a reconnu immédiatement *deux propriétés communes*: la première, une *efficacité considérable malgré des concentrations très faibles* de la substance active; la seconde, leur origine *dans la cellule vivante*, quoique en conservant leurs activités en dehors de l'organisme.

La *constitution* chimique des enzymes nous est encore inconnue, avec peu d'exceptions, à vrai dire très importantes. On les a donc classifié à un point de vue général, d'après les composés chimiques transformés par l'intervention de ces catalyseurs biolo-

giques qui substituent, dans le système sensible de la cellule, les hautes températures souvent nécessaires pour le déclenchement des processus chimiques, dont la vitesse de la réaction serait, sans leur intervention, soit trop petite, soit même nulle. Beaucoup mieux définies sont les *transformations* métaboliques catalysées par les enzymes. On a constaté une spécificité très fine par rapport aux substrats; en effet, chaque ferment individuel ne catalyse qu'une seule réaction bien définie, soit hydrolytique, soit desmolytique, qui lui est propre comme la clef à la serrure. Et le mécanisme des réactions enzymatiques a été, pendant longtemps, le seul point d'appui permettant de conclure à la constitution chimique des ferments.

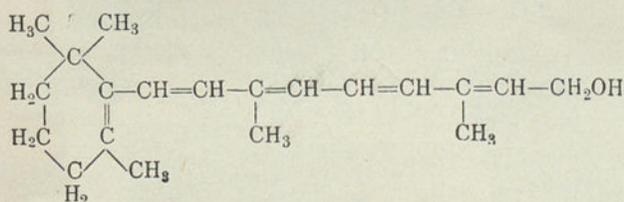
Au contraire, de l'action biologique des vitamines et des hormones on n'a connu, jusqu'à présent, que des symptômes physiologiques; mais leur structure chimique nous a été à peu près révélée par les recherches les plus récentes, et ces découvertes très intéressantes ont commencé à dévoiler simultanément quelques autres mystères biologiques.

On a pu constater des signes d'une parenté chimique entre les trois groupes biologiques cités; on a obtenu, en outre, des révélations sur le mécanisme biochimique de l'action des vitamines, dénommées jusqu'à présent — faute d'une classification plus exacte fondée sur leur structure ou sur leur action chimique inconnues — d'après les lettres de l'alphabet ou d'après la maladie guérie par leur pouvoir mystérieux. Enfin, ces recherches ont abouti à des conclusions surprenantes par rapport à la construction chimique de quelques enzymes et par rapport à leurs relations biologiques avec les hormones et les vitamines.

Il nous faut avouer que nous ne sommes encore qu'au commencement des tentatives d'établir une seule notion fondamentale et commune sur la nature des hormones, vitamines et enzymes, en conjoint. Nous devons nous borner à mettre en évidence plusieurs exemples illustratifs de certaines propriétés communes de ces trois groupes d'éléments biochimiques, sans prétendre apporter dans ce travail modeste les solutions de problèmes chimiques qui seront encore l'objet de beaucoup d'études expérimentales et théoriques.

En passant en revue les constitutions chimiques de plusieurs substances biologiques identifiées récemment, nous trouvons succes-

sivement plusieurs dérivés de l'isoprène ($\text{CH}_2=\text{CCH}_3-\text{CH}=\text{CH}_2$) faisant partie de plusieurs composés à structures chimiques différentes. Ainsi on constate, particulièrement dans les formules constitutionnelles des carotinoïdes, la présence des terpènes, produits de la polymérisation de l'isoprène qui est aussi la substance-mère du caoutchouc. Le carotinoïde le plus important en médecine est la vitamine A, ou facteur anti-xérophtalmique, qui présente la constitution suivante : $\text{C}_{20}\text{H}_{29}\text{OH}$ (I). La vitamine A est formée dans l'organisme animal par le foie aux dépens de deux carotènes jaunes que l'organisme reçoit avec les aliments végétaux. Ces lipochromes ont une action à peine quinze fois inférieure à celle du propre facteur A et peuvent être considérés comme des provitamines. La section d'Hygiène de la S. D. N. a proposé, comme unité internationale de la vitamine A, un millième d'un milligramme de carotène pur et cristallisé. La



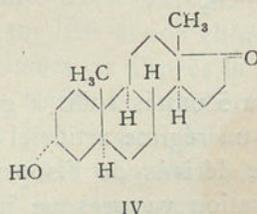
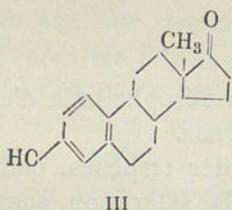
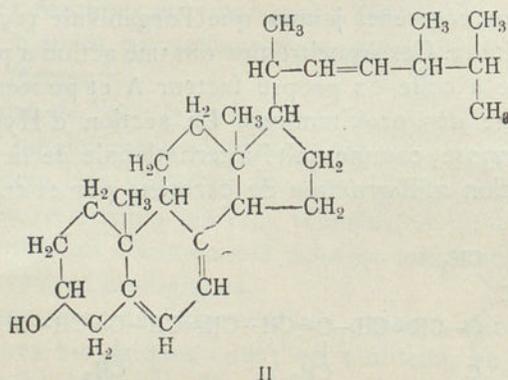
I

dose de 3 à 5 unités suffit à guérir la xérophtalmie d'une souris soumise à un régime artificiel de carence.

Comme dérivés de l'isoprène et des terpènes, quoique leur hydrogénisation va presque jusqu'à la saturation, sont considérées aujourd'hui également les stérines, appartenant comme les carotinoïdes au groupe des substances qu'on appelle généralement lipoides. Les stérines sont constituées par un système de quatre noyaux dépourvus d'azote et souvent saturés. Quant à leur rôle physiologique, ce sont surtout les acides biliaires et la cholestérine avec ses dérivés, qui ont une importance remarquable en médecine. Pour ce qui est en rapport avec les problèmes envisagés dans ce travail, on doit constater que tant la vitamine anti-rachitique ou facteur D, comme les hormones sexuelles de l'homme et de la femme, appartiennent au groupe des stérines. Voici les formules structurales de l'ergostérine (II), subs-

tance-mère de la vitamine D, de la folliculine (III) et de l'androstérine (IV).

Il est bien connu que l'ergostérine, substance qui existe dans beaucoup de cellules végétales et surtout dans la levure, est transformée sous l'action des rayons ultraviolets (280-300 m μ) en une substance cristallisée, identique à la vitamine D obtenue de l'huile de foie. En effet, à côté du facteur anti-rachitique, d'autres produits isomères (successivement: Ergostérine \rightarrow Lumisté-
 rine \rightarrow



Taxystérine \rightarrow Vitamine D \rightarrow Suprastérines) sont formés, qui ne sont pas actifs contre le rachitisme, mais qui sont toxiques comme la vitamine lorsque celle-ci est administrée en excès. C'était donc important de fixer l'unité du facteur D. On a constaté que la dose quotidienne de 0,027 (1 mg = 1000 γ) de la substance pure suffit à préserver du rachitisme un rat soumis au régime artificiel de carence, et le «Medic. Res. Council» considère 0,001 mg. d'ergostérine irradiée comme l'unité de la vitamine. On admet à présent que l'action photochimique transfère deux des trois double-liaisons visibles dans la formule de l'ergostérine dans un autre

NEO=PLASTINA SEIXAS=PALMA



*Emulsão aseptica de lecitina
e luteinas em soro fisiológico*

*Este preparado
não provoca reacção*



EM CÂIXAS DE
10 ampollas de 1,5 c.c.
" " 5 " "
6 "

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

Emulsão aseptica de lecitina e luteínas em sôro fisiológico

Este preparado não provoca reacção

Receitae a

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

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

» » » 6 » » 5 » »

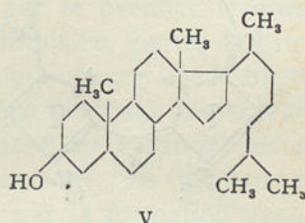
Porque é

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

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

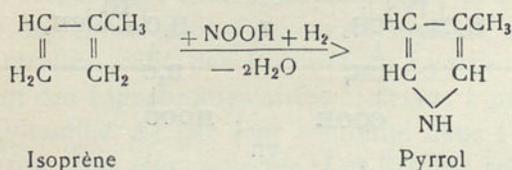
noyau de la molécule; en tout cas, la conservation des double-liaisons est indispensable à l'action anti-rachitique.

L'hormone ovarienne, Folliculine ou Oestrine (Teeline?) (III), a été déjà obtenue en quantités considérables, grâce aux méthodes de Butenandt. La découverte et l'identification de l'hormone respective masculine, dues au même auteur, sont plus récentes. Mais ce fut un événement retentissant en biochimie quand Ruzicka a réussi la confirmation de la formule structurale hypothétique (IV), en effectuant la synthèse chimique de l'hormone testiculaire, l'androstérine. Cette substance a été obtenue par la séparation oxydative de la chaîne latérale d'une Di-hydrocholésterine (V). C'est la première fois que la structure d'une hormone sexuelle a été éclaircie par la synthèse chimique, en partant d'un composé biologique qui est probablement la substance d'origine de l'hormone naturelle. Il est intéressant de noter que 5000 l. d'urine masculine ont été nécessaires pour la préparation de

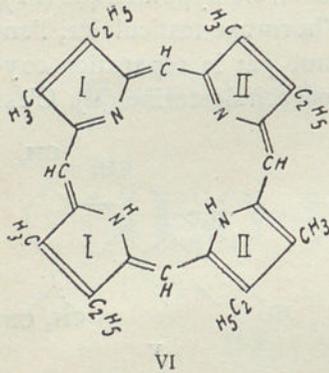


1 gr. d'androstérine. Dans ces circonstances, on comprend que seulement la synthèse chimique de l'hormone ait permis de réaliser son étude physiologique. Or l'application d'une solution à 1 0/00 de l'androstérine sur la crête du chapon a produit une croissance de cet organe de 400 mm² en surface jusqu'à 2700 mm².

En tout cas, la comparaison de la formule structurale des hormones sexuelles avec celle de la vitamine D (Ergostérine) révèle une parenté intime entre elles, et des études analytiques plus profondes démontrent que ces substances, de même que les caroténoïdes, proviennent de l'isoprène et des terpènes. Et encore l'intervention de ces derniers composés en physiologie ne se limite nullement aux vitamines et aux hormones citées. Un pont, au moins théorique, mène de l'isoprène au pyrrol qui présente également des doubles-liaisons conjuguées:

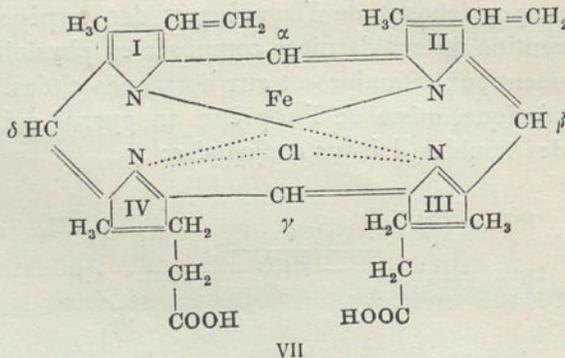


Or, quatre molécules de pyrrol, accouplées entre elles par quatre radicaux $=C-$, forment la porphine, substance-mère de la chlorophylle et des hémimes, dont la différence fondamentale consiste dans la nature du métal combiné avec la molécule de la porphine, le magnésium caractérisant le chlorophylle et le fer le pigment sanguin. Voici la formule structurale de l'Éthioporphine (VI), dérivé sans fer de la Proto-hémime (VII) obtenu de notre sang.



La supposition que les hémimes descendent chimiquement de l'isoprène n'est pas seulement importante en physiologie chimique, mais aussi par rapport aux problèmes de la parenté chimique entre vitamines, hormones et ferments. On admet, en effet, que plusieurs enzymes représentent des hémimes combinées à des composés protéiques, leurs porteurs. On a vérifié, surtout au moyen de l'analyse spectroscopique, que tant la catalase, qui dédouble le bioxyde

d'hydrogène, que la peroxydase, qui intervient aussi dans la métabolisme oxydatif de la cellule, ont le même groupe prosthétique: la proto-hémime (activée individuellement par des porteurs protéiques différents, responsables de la spécificité des enzymes respectifs). De même, le «premier» ferment de respiration de Warburg, dont l'action très importante fera l'objet d'une discussion plus détaillée, est une hémime (Phéohémime). De cette façon nous trouvons des dérivés de l'isoprène dans les trois



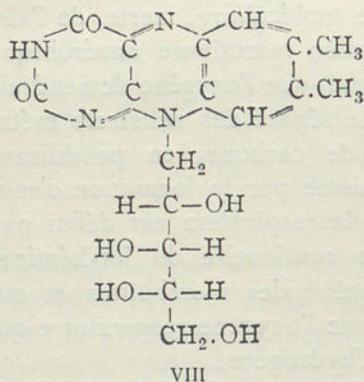
groupes de substances biochimiques dont il est question. Et leur parenté ne se limite pas à leurs structures chimiques semblables; mais c'est principalement l'étude de leur mécanisme d'action qui a donné des perspectives fécondes, par rapport à l'unification scientifique de ces trois groupes d'éléments biochimiques.

En effet, les trois enzymes mentionnés, et surtout le ferment de respiration de Warburg, jouent un rôle décisif dans la vie cellulaire. On suppose généralement que la combustion finale des substances alimentaires — désagrégées d'abord par les enzymes hydrolytiques des voies digestives et déshydrogénisées ensuite par d'autres ferments métaboliques (Déshydrases, etc.) — par l'oxygène de la respiration est catalysée surtout par le premier ferment de respiration qui active l'oxygène moléculaire, inerte, de l'air. Ce n'est donc qu'après une préparation minutieuse anaérobie par des enzymes spécifiques (Wieland) que l'oxygène deviendrait capable de réaction avec l'hydrogène séparé des substrats métaboliques transformés en dioxyde de carbone, en produisant l'énergie vitale nécessaire à l'organisme par la formation d'eau. Le mécanisme d'action du ferment de respiration est défini par le phénomène d'une oxy-réduction continue du fer-hémine, système qui est réduit par l'hydrogène des métabolites et qui s'oxyde en catalysant la réaction avec l'oxygène respiratoire qui représente le dernier accepteur de l'hydrogène.

Cependant des recherches plus récentes de Warburg ont révélé que son ferment-hémine ne jouit pas d'une situation privilégiée. On connaît des organismes qui respirent et qui ne contiennent pas de fer, l'oxydation cellulaire n'étant donc pas catalysée chez eux par une hémine. En effet, Warburg a découvert un deuxième ferment de respiration, caractérisé par sa couleur jaune. Cet enzyme dépourvu de fer représente aussi un système d'oxyréduction, qui est sans couleur à l'état réduit.

Plus tard, Kuhn, Györgyi et Wagner-Jauregg ont abouti à l'isolement d'une substance semblable; en opérant sur 5.400 l. de lait, ils ont obtenu 1 gr. d'une substance pure et cristallisée: la Lactoflavine, le représentant d'une nouvelle classe de substances colorées naturelles, celle des Flavines ou Lyochromes. Ceux-ci se distinguent des Lipochromes citées ci-dessus à propos des carotinoïdes (vitamine A) par leur solubilité dans l'eau et par la présence d'azote dans leur molécule. Les flavines sont de couleur

vert-jaune intense et fluorescentes. Par l'action des réducteurs, elles deviennent incolores en réaction réversible. On en trouve surtout dans le foie, le cœur et les reins; elles s'introduisent dans l'organisme par l'alimentation avec des feuilles vertes, les tomates et le lait. On les a isolées particulièrement de la levure. Or, la Lactoflavine, obtenue par Kuhn et collaborateurs, a été soumise à une analyse structurale exacte qui a conduit à l'établissement de la formule constitutionnelle VIII, confirmée plus tard brillamment par la synthèse chimique de la substance. Soumise en solution alcaline à la lumière, la Lactoflavine perd la chaîne latérale, représentant une molécule d'arabinose, avec formation de «Lumi-lactoflavine»



qui a été également obtenue par synthèse.

À côté de l'importance chimique de la synthèse de la Lactoflavine, c'est principalement son application physiologique qui a donné des résultats très féconds. On a identifié la Lactoflavine à la vitamine B₂, active contre la pellagre. L'administration quotidienne de 15 γ de la vitamine synthétique a produit, en effet, une augmentation de poids s'élevant

à 8 jusqu'à 10 gr. chez des rats soumis à un régime d'insuffisance en vitamine B₂.

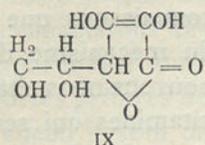
Mais ce résultat tellement surprenant n'a pas été la dernière des constatations sensationnelles à propos de la Lactoflavine. Theorell a démontré que le groupe prosthétique du deuxième ferment de respiration (sans fer), mentionné ci-dessus, peut être séparé, d'une façon réversible, de son porteur protéique par la dialyse, et que la substance dialysée est identique à la Lactoflavine. Ceci veut dire que la vitamine B₂ se transforme par sa combinaison avec une substance protéique dans un ferment. (D'après Euler, la Lactoflavine serait l'exemple type d'un «vitazyme»). Les conséquences scientifiques de cette découverte attaquent les fondements même des définitions biochimiques. Tenant compte de l'impossibilité pratique de réaliser la synthèse d'une protéine

avec les méthodes scientifiques d'aujourd'hui, la préparation de la Lactoflavine partant d'une substance tout à fait simple: La diméthyl-toluène, représente la première synthèse d'une vitamine et simultanément d'un enzyme. Il est très probable que la Lactoflavine ne devienne biochimiquement active dans l'organisme, que par sa combinaison avec son porteur colloïdal. Mais, en tout cas, ce sont les propriétés oxy-réductrices de l'élément protéique qui sont les responsables de son efficacité physiologique.

Il faut mettre en évidence que la Lactoflavine est la première vitamine dont le mécanisme de l'action biochimique est devenu intelligible, grâce à nos connaissances sur la structure de la substance active. Comme substance isolée, elle est comparable à plusieurs hémimes, activées par une combinaison avec des porteurs protéiques individuels (Catalase, Peroxydase, premier ferment de respiration). Ces hémimes acquièrent, comme la vitamine B₂, une intensification considérable de leur pouvoir, qui devient simultanément spécifique par leur combinaison avec un porteur individuel, mais elles maintiennent à l'état d'isolement leurs propriétés oxy-réductrices et restent capables d'exercer une fonction de porteurs de l'hydrogène métabolique vers les ferments de respiration et peut-être celle d'augmenter peu à peu le potentiel d'oxy-réduction des métabolites.

Une telle action est attribuée également à d'autres substances biochimiques. Au cours de la dernière année on a réussi à faire l'isolement, l'identification et même la synthèse d'une autre vitamine: le facteur C, actif contre le scorbut. Sa structure chimique correspond à la formule IX, qui est celle d'un acide hexuronique.

On sait que cette vitamine C a été isolé d'abord des capsules surrénales par Szent Györgyi et qu'elle est aujourd'hui obtenue du Paprica par des méthodes industrielles d'extraction. On a dû remarquer que la vitamine C n'exerce son efficacité physiologique



qu'en doses relativement hautes: 1 mgr. de substance par jour est nécessaire pour préserver du scorbut un cobaye soumis au régime de carence en vitamine C. Or, on a constaté que l'acide ascorbique — le nom chimique de la vitamine C — est une substance ayant un grand pouvoir réducteur. Son potentiel d'oxyréduction s'élève, en présence de l'air, à + 0,05 V et anaérobique-

ment à $-0,23$ V. On peut croire que la vitamine soit réduite par des métabolites ayant un potentiel plus petit, et qu'elle transporte d'hydrogène à un accepteur présentant une plus grande affinité pour l'hydrogène.

Enfin, on admet que la vitamine A (I), antixérophtalmique, intervient aussi dans le métabolisme oxydatif de la cellule en activant l'oxygène moléculaire de l'air.

La vitamine C et la Lactoflavine sont donc des représentants typiques des catalyseurs intermédiaires du métabolisme qui par des phénomènes d'oxyréduction, transportent l'hydrogène métabolique jusqu'aux ferments de respiration. Mais nous connaissons encore d'autres substances physiologiques jouant un rôle analogue, qui n'ont pas été reconnues comme vitamines, ferments ou hormones: par exemple, le Cytochrome, le système cystine-cystéine, le glutathion et la substance Ω de Kisch. L'intervention de cette dernière dans le métabolisme oxydatif est particulièrement intéressante parce qu'elle a des relations très intimes avec une hormone: l'adrénaline, dont elle est la quinone respective; ça veut dire qu'un dérivé hormonal collabore avec les vitamines et d'autres oxyréducteurs dans la respiration cellulaire. Quelques auteurs attribuent aussi à l'insuline une intervention dans le métabolisme oxydatif. Mais on ne sait pas encore définir le mécanisme spécial de chacun de ces facteurs oxy-réducteurs, qui ne sont caractérisés que par leur action pharmacologique.

Il faut reconnaître que nous ne pouvons pas encore apporter beaucoup d'exemples démontrant la parenté du mécanisme d'action entre les enzymes et les vitamines d'un côté et les hormones de l'autre; mais on doit convenir que sur les hormones nous ne connaissons que leurs effets physiologiques, sans être instruits du mécanisme détaillé de leur action biochimique. Cependant, pouvons-nous établir une différence entre les hormones et les vitamines qui serait non pas la traditionnelle, mais fondée sur les recherches modernes?

En effet, on a déjà abandonné la définition originale des hormones les considérant comme les produits des glandes endocrines, donnés de certaines activités physiologiques qui leur seraient particulières. A présent on les considère, d'après Bethe, comme des substances formées dans le métabolisme cellulaire qui provoquent des effets stimulants importants pour la conser-

vation de l'organisme respectif; leur action serait exercée soit sur l'organisme qui les produit, soit sur d'autres êtres. On sait, en effet, que la Folliculine (Oestrine) se trouve aussi dans les végétaux et encore qu'elle présente des propriétés biologiques très semblables à celles de la vitamine E (facteur de reproduction) dont la structure nous est toutefois presque inconnue; de l'autre partie, on a défini les Auxines, malgré sa provenance végétale, comme hormones (Phytohormones) équivalents au facteur Z et à la substance Bios considérés comme hormones de croissance de l'organisme animal. Et il y a encore qu'une hormone du lobe antérieur de l'Hypophyse exerce une action semblable. D'ailleurs l'action pharmacologique des vitamines et des hormones sur la croissance est peu spécifique et particulièrement impropre à l'établissement de différences fondamentales entre ces éléments biochimiques. On peut même affirmer, à un point de vue général, que les frontières de leurs champs d'action physiologique s'effacent partout.

Nous avons déjà énoncé la probabilité que les hormones sexuelles citées et la vitamine D soient formées aux dépens de la même substance biologique. En tout cas, la synthèse de la vitamine D n'est pas l'œuvre exclusive de la cellule végétale. Plus de doute que l'ergostérine existant dans notre peau subit la transformation photochimique mentionnée, dans notre propre organisme. De même, nous avons constaté ci-dessus que la vitamine A est, comme les hormones classiques, produite par des organes animaux. Les provitamines respectives, les carotènes, sont formées, en effet, dans la cellule végétale, mais on peut affirmer, à coup sûr, l'origine végétale de tout notre organisme construit au dépens de l'alimentation végétale. En outre, nous connaissons des phénomènes physiologiques nous autorisant à supposer que toute la synthèse d'une vitamine est effectuée par les forces propres de l'organisme animal. Les chiens et les rats n'ont aucun besoin de la vitamine C dans leur alimentation, et on a vérifié que ces animaux, bien que soumis au régime de carence en acide ascorbique, ne cessent pas d'avoir de la vitamine C dans leurs glandes surrénales, qui produisent simultanément, comme on sait, plusieurs hormones. Un phénomène analogue a été constaté chez le pigeon, par rapport à la vitamine B₁ anti-nevritique. Tous ces faits démontrent que le fondement des définitions classiques des

hormones et vitamines est fortement ébranlé. Ni leur constitution chimique ni une provenance spécifique ne permettent l'établissement de groupes individuels. Et, de même, l'action pharmacologique des vitamines n'est pas nettement différenciée de celle des hormones classiques. Il ne serait pas difficile d'énumérer encore plusieurs exemples de synergismes et d'antagonismes des effets physiologiques dûs aux vitamines et aux hormones.

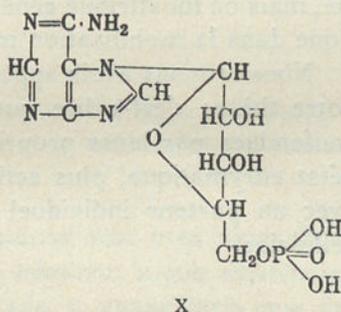
Mais, à propos des vitamines, une autre remarque s'impose, non moins hérétique. On les a définies comme des aliments complémentaires indispensables, et pas comme des médicaments. Or, l'huile de foie perdant cette dernière classification, pourquoi ne pas procéder de même à l'égard des préparations de fer administrées aux malades chlorotiques? Pourquoi ne pas attribuer la chlorose à une avitaminose due au manque d'hémines? On voit que la notion: vitamines n'est plus biochimique, mais appartient au dictionnaire pathologique du médecin. En tout cas, on doit reconnaître que les définitions traditionnelles des vitamines et des hormones ne sont plus tenables, qu'il n'y a plus aucune différence biochimique entre ces deux groupes chimiques. Mais n'exagérons pas. Dans un but historique et pédagogique les définitions classiques ne sont pas encore à rejeter tout à fait.

Quant aux enzymes, nous avons constaté, à propos de nos considérations sur le métabolisme oxydatif, que plusieurs parmi eux — les ferments de constitution chimique connue — présentent comme groupes prosthétiques, responsables du mécanisme qualitatif de leur action, des systèmes d'oxyréduction. Ceux-ci sont soit des vitamines (comme dans le cas de la vitamine B₂ — Lactoflavine, transformée dans le deuxième ferment de respiration — jaune — par simple combinaison réversible avec un porteur protéique inconnu) soit des hémines (non reconnues comme hormones ou vitamines, mais formant par une action semblable le premier ferment de respiration). La différence entre les enzymes (connus) et les proferments respectifs (vitamine B₂, hémines) serait donc purement quantitative. On a vérifié, par exemple, que la protohème exerce une faible action par rapport au bioxyde d'hydrogène, mais que celle de la catalase est un million de fois supérieure et encore que le porteur activant donne au système sa spécificité caractéristique. On attribue, en effet, le même groupe prosthétique, mais des porteurs différents, à la catalase et à la

peroxydase. On admet de même que les différentes esterases, obtenues de plusieurs tissus animaux, ont un même groupe prosthétique, mais des porteurs spécifiques.

C'est donc la biochimie du porteur qui constitue l'objet des recherches actuelles. Il s'agit habituellement d'une substance protéique, caractérisée par un poids moléculaire très élevé; le rôle physiologique du porteur serait celui de maintenir la liaison du groupe prosthétique avec les autres composants cellulaires. La constitution protéique du porteur lui amène toutefois des propriétés colloïdales qui sont responsables de la thermo-labilité des ferments, tandis que les groupes prosthétiques, les hormones et les vitamines, ne sont pas sensibles à la chaleur. La thermo-labilité de la vitamine A, par exemple, s'explique par une oxydation favorisée par la température élevée.

Cependant on peut concevoir aussi comme porteurs d'autres substances non protéiques, bien définies, ayant un poids moléculaire plus bas, et qui ne seraient pas thermo-labiles. Or, il est bien



connu que particulièrement la fermentation de la glucose a besoin, à côté des ferments zymatiques propres, de la collaboration de certains composés thermostables dont l'action ressemble à celle des enzymes. Ces substances, intervenant aussi dans autres réactions fermentaires, ont été nommées généralement: co-enzymes. On a constaté que tous les co-ferments nécessaires par exemple, à la désaggrégation enzymatique des hydrates de carbone-système — de le co-zymase — présentent un même composant: l'acide adénosyl-phosphorique (X); mais les préparations co-zymatiques obtenues de différents tissus animaux et végétaux se distinguent d'une manière spécifique; on a trouvé ainsi l'acide pyro-phosphorique, le Phosphagène, etc., comme groupes actifs spécifiques de l'acide adényl-phosphorique prosthétique. Le dernier de ces composés étant considéré, en même temps, comme une hormone de circulation, il serait un exemple typique d'un «hormo-zyme». En outre, on pourrait supposer que certains com-

posés sulfurés jouent un rôle semblable: la multiplicité mystérieuse de l'action du glutathion (déjà mentionné comme système d'oxyréduction) s'explique peut-être par l'activation du système prosthétique de la cystine par formation d'un tri-peptide avec l'acide glutaminique et la glyco-colle. En tout cas, le glutathion est considéré à présent comme un activateur co-fermentaire de l'amylase et d'autres ferments (Protéases, etc.). Il n'est pas impossible que l'action physiologique d'un autre produit sulfuré important en médecine, c'est-à-dire de l'insuline, s'explique également par une activation de la cystéine avec formation des polypeptides trouvés dans la molécule de cette hormone. Malheureusement son action biochimique n'est pas suffisamment éclaircie, mais on lui attribue généralement une intervention co-enzymatique dans la mobilisation métabolique des hydrates de carbone.

Nous croyons avoir apporté plusieurs exemples illustratifs de notre thèse: c'est-à-dire que des vitamines et des hormones — confondues par leurs propriétés biologiques — peuvent acquérir l'état enzymatique, plus actif et spécifique, par sa combinaison avec un porteur individuel qui établit leur contact avec la vie cellulaire.

*Trabalho do Serviço de Pediatria da Faculdade de Medicina de Lisboa
e do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*

DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO DA TUBERCULOSE INFANTIL

(ESTUDO COMPARATIVO DA CULTURA E INOCULAÇÃO)

POR

L. DE CASTRO FREIRE
Prof. auxiliar de Pediatria

e

J. MARQUES PINTO
Assistente livre de Pediatria

A noção de ultravirus na tuberculose não está ainda bem assente, se bem que alguns autores admitam a sua existência; mas, admitindo-a mesmo como provada, a importância que desempenha o ultravirus como factor etiopatogénico da tuberculose, parece escassa, em face da importância que hoje em dia, e provavelmente de futuro também, se continua e continuará a atribuir às formas vegetativas do bacilo de Koch.

É a verificação do bacilo de Koch que constitue o elemento que, com mais firmeza, nos permite assegurar o diagnóstico de tuberculose do adulto como da criança.

Nas localizações endotorácicas da tuberculose infantil, pelo avultado número de lesões paucibacilares, o exame directo, mesmo pela pesquisa directa dos bacilos de Koch no suco gástrico em jejum, deixa o clínico em sérios embaraços, pelo grande número de resultados negativos, sem poder afirmar se tal lesão é aberta ou fechada, activa ou inactiva, e na impossibilidade de estabelecer portanto com segurança o prognóstico e a terapêutica. Contudo, se nessas situações a verificação do bacilo se impõe, no delicado diagnóstico diferencial, entre a tuberculose pulmonar infantil e as pneumopatias crónicas, ou subagudas, não

tuberculosas, a pesquisa do bacilo de Koch torna-se verdadeiramente fundamental.

Em face da negatividade do exame directo, dois caminhos se nos abrem hoje: a inoculação e a cultura.

Sob o ponto de vista prático, importa-nos saber portanto desses dois processos qual o mais rápido, qual o mais seguro cu se haverá porventura vantagem em empregar os dois simultaneamente.

A este problema, que está em estudo por tãda a parte, trazemos hoje a nossa contribuição, ao mesmo tempo que as nossas observações nos permitem também ver em que percentagem encontrámos bacilos nas variadas lesões da tuberculose endotorácica da criança.

Como o nosso fito não era o estudo da bacilémia, nem o do diagnóstico bacteriológico da tuberculose nos diversos líquidos orgânicos possivelmente portadores de bacilos, o nosso trabalho, para o diagnóstico da tuberculose endotorácica incide exclusivamente no suco gástrico colhido em jejum, por ser o produto orgânico que na criança oferece mais vantagem para a pesquisa directa dos bacilos e portanto o que melhor se ajustava ao estudo comparativo que tínhamos em vista (1).

O suco gástrico é colhido em jejum por meio do vulgar tubo de Fauchet, previamente esterilizado por fervura; o líquido obtido, muito bem agitado no recipiente, era, em parte, enviado ao laboratório, para pesquisa directa pelo processo corrente de homogeneização de Bezançon e Philibert; o restante líquido era por sua vez dividido em duas partes, uma para cultura e outra para inoculação.

Para o estudo das culturas e para cada caso, semeámos o suco gástrico, em parte directamente e em parte após o tratamento especial preconizado por Löwenstein numa das numerosas variantes dos seus processos de cultura.

O suco gástrico é previamente submetido a centrifugação até

(1) A moderna pesquisa dos bacilos na bÍlis por sondagem duodenal afigura-se-nos não ser mais vantajosa do que a do suco gástrico e é muito mais incômoda, sobretudo quando tratamos de crianças da primeira e mesmo da segunda infância.

se obter o máximo de sedimento, que, depois de desembaraçado do líquido sobrenadante, é pôsto em contacto com 1 cc. de um soluto de ácido sulfúrico a 15 0/0 e bem agitado pelo espaço de três a cinco minutos (1).

Enche-se depois o tubo com água destilada e agita-se vigorosamente.

Centrifuga-se de novo, decanta-se e repetem-se estas duas últimas operações tantas vezes quantas as necessárias para obter um líquido de decantação que não avermelhe o papel azul de tornesol.

Ao sedimento assim tratado, adicionam se finalmente 3 cc. de água destilada e, agitando-se bem, procede-se depois à sementeira no meio de cultura.

Numerosos têm sido os meios usados para a cultura dos bacilos de Koch. Primitivamente e de longa data, foram empregados o sôro do sangue, sôro gelatinado, batata glicerizada e ôvo, caldo glicerizado e ôvo; constituem hoje as bases dos vários meios empregados na técnica corrente.

Mais recentemente Bingold, Marthies, Nachioro, Hon, etc., e sobretudo Löwenstein e os seus colaboradores, com numerosas modificações e respectivos métodos, desenvolveram consideravelmente êste estudo, despertando geral interêsse em tôrno das culturas do bacilo de Koch, sobretudo no que diz respeito ao estudo da bacilémia.

Não é nosso intento fazer a descrição dêsses variados meios de cultura e respectivas técnicas, limitando-nos, portanto, à descrição rápida dos meios com que trabalhamos.

Servimo-nos dum dos mais recentes meios de cultura de Löwenstein (modificação do método estudado pelo seu colaborador Russex) prescindindo apenas, visto tratar-se do suco gástrico, do soluto de citrato de sódio e água destilada, que no método de Löwenstein tinha por fim provocar a hemólise dos glóbulos vermelhos.

(1) A razão de ser desta prática de Löwenstein justifica-se, porquanto, por um lado, o ácido sulfúrico destruindo o involucro ciroso dos bacilos de Koch facilitaria o seu desenvolvimento; por outro lado, é óbvia a vantagem de destruir pelo mesmo agente a flora bacteriana; obtêm-se assim mais facilmente culturas puras.

A constituição do meio é a seguinte :

Fosfato monopotássico.....	0,4 ‰
Sulfato de magnésio.....	0,04 ‰
Citrato de magnésio.....	0,01 ‰
Asparagina.....	0,6 ‰
Glicerina.....	2,0 ‰

A 120 cc. desta solução, juntar 6 gr. de farinha de batata e deixar em «banho-maria» a 75° durante duas horas. Depois de arrefecer até 50°, juntam-se quatro ovos completos e 10 cc. duma solução de vermelho de Kongo, cuidadosamente esterilizada e filtrada por gaze. Deitar depois em tubos e coagular como o sêro de Loeffler. Quando o meio estiver sêco, junta-se a cada tubo 1 cc. de sêro fisiológico.

Modernamente, êste meio foi ainda modificado, preparando-se como segue :

Fosfato ácido dipotássico (K 2. H. PO ₄)...	1 ‰
Sulfato de magnésio.....	1 ‰
Citrato de magnésio.....	1 ‰
Asparagina.....	3 ‰
Glicerina.....	3 ‰
Água destilada.....	?

A 600 cc. desta solução juntar 10 cc. duma solução esterilizada a 50 ‰ de farinha de batata e 10 cc. de sumo de tomate. A esta solução esterilizada juntam-se dezasseis ovos completos, mais quatro gemas de ovos e 20 cc. duma solução a 2 ‰ de vermelho de Kongo, que foi esterilizado e filtrado por gaze. Depois, deitar em tubos e esterilizar numa corrente de vapor a 80° C. por duas horas e em dois dias sucessivos. O meio deve ser empregado fresco.

Como já dissemos, além do meio de cultura de Löwenstein, servimo-nos também do meio de cultura de Dorset (meio de ôvo glicerinado) cuja preparação é a seguinte :

MEIO DORSET

Deita-se num balão 1.000 cc. de soluto de cloreto de sódio a 0,85 ‰. Esteriliza-se na autoclave a 120° durante vinte minutos. Lavam-se doze ovos frescos, primeiro em água e depois em formol não diluído; deixam-se secar. Deitam-se as gemas e as claras dos doze ovos numa proveta esterilizada e mede-se o volume total. Junta-se uma parte do soluto de cloreto de sódio a três partes da mistura das gemas e das claras. Transvasa-se tudo para um frasco de boca larga, esterilizado, bem rolhado e contendo pérolas de vidro. Agitar fortemente com aparelho apropriado durante meia hora e coa-se através da gaze. Distribue-se em tubos de 10 cc. e deixa-se coagular em posição

inclinada, na estufa, a 75° uma hora e depois, na estufa, a 37°, durante quarenta e oito horas; rejeitam-se os tubos inquinados; põem-se capuzes de borracha em todos os tubos.

O meio glicerinado que é mais favorável ao desenvolvimento do tipo humano, obtem-se juntando aos ovos (n.º 4), em vez do simples soluto fisiológico, o mesmo soluto contendo 6% de glicerina pura. A adição de seis a sete gotas de um soluto alcoólico de fucisna básica até leve cõr rosada, torna mais visíveis as colónias recentemente desenvolvidas.

Feitas as culturas em qualquer dèstes dois meios, os tubos eram parafinados, permanecendo sempre na estufa a 37°; eram cuidadosamente vigiados e quando nos aparecia a formação de uma ou outra colónia suspeita, tomávamos várias ansas dèsse material, procedendo a esfregaços.

Nos trabalhos feitos pelos vários investigadores, nem sempre houve o cuidado de acompanhar as experiências a passo e passo, com provas de verificação de virulência dos bacilos, isto é, se de facto se tratava de verdadeiros bacilos de Koch ou de outros bacilos ácido-resistentes saprofitas, crítica esta que por vezes se tem levantado a estes trabalhos.

Por isso quando procedíamos aos esfregaços das culturas, inoculávamos também em cobaios emulsões das mesmas colónias em água destilada, para assim adquirirmos a certeza de que os bacilos de Koch, porventura observados nos esfregaços das culturas eram realmente formas ácido-resistentes dotadas de virulência e não apenas bacilos de morfologia e de caracteres de coloração semelhantes.

Os meios de cultura que não desenvolviam colónias continuavam a ser observados por nós até cêrca de dois meses, considerando-se então estéreis, negativos.

Pelo que diz respeito às inoculações, como resolvemos inocular dois cobaios para cada caso, e com o fito de averiguar se a hipótese de Löwenstein acima mencionada do tratamento prévio do suco gástrico pelo ácido sulfúrico se verificaria tanto para as inoculações como para as culturas, inoculámos um dos animais com suco gástrico simplesmente centrifugado; o outro com suco gástrico após o tratamento pelo ácido sulfúrico, acima descrito. A dose injectada foi de 2 cc. na face interna da coxa de cada animal.

Os cobaios inoculados pela forma indicada foram submetidos

a observação rigorosa, sendo diariamente registadas as temperaturas, de manhã e de tarde, e os pesos com poucos dias de intervalo.

Era nossa preocupação constante o aparecimento de gânglios palpáveis, especialmente a montante do local de inoculação. Uma vez verificada a sua existência, procedíamos à necropsia dos cobaiões, depois de previamente submetidos a intradermo-reacção à tuberculina na dose de 1 : 5.

Dos gânglios hipertrofiados fizemos vários esfregaços que corámos pelo método de Ziehl, bem como de alguns órgãos suspeitos que macroscopicamente nos deixaram em dúvida.

Pela forma que acabamos de descrever procedemos ao estudo de vinte casos, clinicamente diagnosticados de tuberculose endotorácica, que escolhemos entre o material clínico da Consulta de Pediatria do Hospital D. Estefânia e da Assistência Nacional aos Tuberculosos.

O conjunto dessas observações está condensado nos protocolos que se encontram no fim do trabalho.

Os vinte casos em que fizemos as nossas observações podem, clinicamente, dividir-se em vários grupos.

O caso XIV foi clinicamente considerado como de *pneumopatia crónica tuberculosa*? Neste caso tanto as inoculações como as culturas foram negativas.

O caso IX, clinicamente considerado como de *tuberculose oculta inactiva*, também se mostrou negativo sob o ponto de vista de inoculação e das culturas.

Temos a seguir o grupo da *adenopatia clinicamente evolutiva sem reacção parenquimatosa*: casos I, III, V e X. Neste grupo, três casos revelaram a existência de bacilos de Koch pela inoculação, sendo a cultura positiva no caso I, negativa nos outros dois. O quarto caso (X) foi negativo tanto na cultura como na inoculação.

O grupo de maior importância na tuberculose primária da criança é constituído pela *adenopatia com reacção perifocal, as lesões pleurais e de córtico pleurite e a infiltração epituberculosa*; casos IV, VIII, IX, XII, XVII, XIX e XX. Neste grupo de sete casos, as culturas foram todas negativas, as inoculações positivas em dois casos e negativas em cinco.

Ao grupo de *tuberculose pulmonar infiltrativa* correspondem os casos II, VI, VII, XIII, XV e XVIII.

Neste grupo, em seis casos as inoculações foram tôdas positivas, as culturas positivas em dois casos e negativas em quatro.

Finalmente, consideramos à parte um caso de *granulia*, que é o XVI.

A inoculação foi positiva e a cultura negativa.

A série das nossas observações permite-nos ver qual a percentagem de resultados positivos que aparecem nas lesões dos primeiros anos da vida. São sete os casos de lesões tuberculosas em crianças até aos 3 anos de idade (casos III, IV, VIII, X, XVI, XVIII e XIX). Os resultados do exame bacteriológico englobando culturas e inoculações foram positivos em quatro e negativos em três casos. Vemos assim a elevada percentagem de casos positivos de lesões bacilosas endotorácicas na primeira infância: mais de 50 %.

A fim de melhor fazer o estudo comparativo do valor das inoculações e das culturas, agrupámos em quadros os casos concordantes e discordantes.

QUADRO I

Casos de inoculação positiva e cultura positiva

Casos	Diagnóstico	Inoculação		Cultura	
		Directa	Tratada	Directa	Tratada
I	Adenopatia com reacção hilar	Primeiros gânglios aos 15 dias	Primeiros gânglios aos 13 dias	Estéril	Colónias aos 9 dias
II	Infiltração bilateral	Idem aos 8 dias	Idem aos 10 dias	Idem	Idem aos 10 dias
VI	Infiltração bilateral	Idem aos 7 dias	Idem aos 14 dias	Idem aos 7 dias	Fungos

Este grupo mostra que em dois casos o diagnóstico bacteriológico foi estabelecido ao mesmo tempo pela inoculação e pela cultura; num caso o diagnóstico mais precoce foi-nos dado pela cultura.

Os casos concordantes negativos são em número de oito (casos VIII, IX, X, XI, XII, XIV, XIX e XX).

QUADRO II

Casos de inoculação positiva e cultura negativa

Casos	Diagnóstico	Inoculação		Cultura	
		Directa	Tratada	Directa	Tratada
III	Reacção hilar e peri-hilar bilateral	Sem gânglios palpáveis	Primeiros gânglios aos 15 dias	Negativa	Negativa
IV	Reacção perifocal	Primeiros gânglios aos 14 dias	Idem aos 17 dias	»	»
V	Acidente primário com reacção hilar e peri-hilar	Idem aos 14 dias	Idem aos 16 dias	»	»
VII	Infiltração pulmonar	Idem aos 6 dias	Idem aos 6 dias	»	»
XIII	Infiltração pulmonar	Idem aos 31 dias	Idem aos 31 dias	»	»
XV	Infiltração bilateral	Idem aos 29 dias	Idem aos 29 dias	»	»
XVI	Granulias	Idem aos 15 dias	Idem aos 17 dias	»	»
XVII	Reacção perifocal	Idem aos 20 dias	Idem aos 24 dias	»	»
XVIII	Infiltração pulmonar	Idem aos 19 dias	Idem aos 26 dias	»	»

Êste quadro mostra-nos que houve nove casos de inoculações positivas e culturas negativas.

Nenhum caso tivemos em que se verificasse a inversa.

Esta rápida apreciação mostra-nos que a pesquisa dos bacilos de Koch, na tuberculose infantil, pela inoculação, sobreleva grandemente na importância prática à pesquisa pela cultura.

De facto, considerando as nossas observações em globo, temos, em vinte casos, doze inoculações positivas para oito negativas ou seja 60% de resultados positivos, ao passo que nas culturas temos três casos positivos para dezassete negativos ou seja apenas 15%.

Passando agora a apreciar a rapidez do diagnóstico pela inoculação, vemos que o mínimo tempo em que obtivemos gânglios

palpáveis, em casos de inoculação positiva, foi de seis dias, o máximo de trinta e um dias.

As nossas observações mostram que há vantagem em se inocularem os cobaios com suco gástrico tratado e não tratado pelo ácido sulfúrico; em três casos (obs. I, II e III) o aparecimento dos gânglios tuberculosos foi mais precoce no cobaio inoculado com o suco gástrico tratado pelo ácido sulfúrico. O tempo de aparecimento foi sensivelmente igual em três casos (obs. VII, XIII e XV); em seis casos (obs. IV, V, VI, XVI, XVII e XVIII) foi, pelo contrário, mais precoce o aparecimento dos gânglios nos cobaios injectados directamente, oscilando a diferença entre dois a sete dias.

Da mesma forma, nas culturas há vantagem em semear o suco gástrico após o tratamento pelo processo de Löwenstein; assim, nos casos I e II, as colónias positivas desenvolveram-se apenas nas sementeiras feitas com suco gástrico tratado. O facto de no caso VI as colónias se terem desenvolvido somente nas sementeiras feitas com suco gástrico sem prévio tratamento, pode explicar-se pela escassez de material, o que novas observações poderão confirmar, feitas com expectorações ricas em bacilos.

CONCLUSÕES

No diagnóstico bacteriológico da tuberculose infantil, quer se trate de lesões primárias ou de reinfeção, damos a preferência à inoculação sobre as culturas. Para as inoculações não há vantagem em fazer o tratamento do suco gástrico pelo ácido sulfúrico tal como preconiza Löwenstein para o estudo da bacilemia, o que pode ter realmente importância para as culturas.

Para o diagnóstico precoce da tuberculose recomendamos a seguinte prática:

Observar diariamente os cobaios até ao aparecimento dos primeiros gânglios hipertrofiados (seis a trinta e um dias nas nossas observações) a montante da sede da inoculação; proceder, um ou dois dias depois, à reacção com tuberculina a 1:5; se a reacção fôr positiva, abater os cobaios e proceder ao exame macro e microscópico pelo esfregaço dos gânglios; em todos os casos em que assim procedemos obtivemos resultados positivos.

Se a reacção com tuberculina fôr negativa, os cobaios devem continuar em observação e eventualmente ser submetidos a novas reacções e sacrificando-os no tempo em que é de uso fazê-lo ou mais precocemente, se as reacções se tornarem positivas.

Nas variadas formas de tuberculose primária da criança, o tipo de reacção, quer seja adenopatia simples ou com reacção perifocal ou extensa infiltração epituberculosa, nada nos indica sôbre a existência provável ou não de bacilos no suco gástrico; segundo as nossas observações, a percentagem de resultados positivos na tuberculose infantil pela inoculação é de 60 0/0, cabendo 50 0/0 à tuberculose da primeira infância e início da segunda infância.

PROTOCOLO DAS OBSERVAÇÕES E EXPERIÊNCIAS

CASO I.—F. J. S. M., sexo masculino, 6 anos de idade. N.º 43.538 (Consulta de Pediatria).

Notas clínicas. — *Tórax*: sem alteração de sonoridade; fenómenos discretos de infiltração na região para-esternal direita.

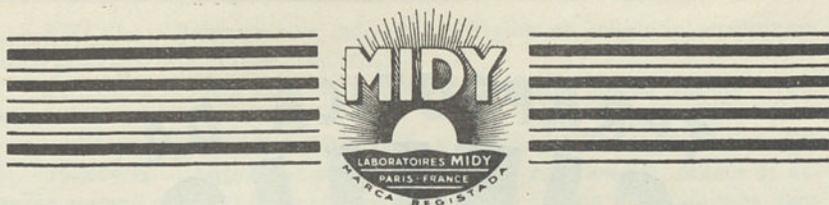
Análise de sangue. — Glóbulos brancos, 14.000; monócitos, 8 0/0; linfócitos, 15 0/0; neutrófilos segmentares, 59 0/0; bastonetes, 13 0/0; metamielócitos, 1 0/0; mielócitos, 0 0/0; eosinófilos, 4 0/0; basófilos, 0 0/0. V. S., 55^{mm}.

Exame radiográfico. — Adenopatia, com reacção hilar mais acentuada à direita.

29-X-932. —	}	Inoculação em cobaio de suco gástrico por injeção directa (2 cc.).
		Inoculação em cobaio de suco gástrico previamente tratado pelo processo de Löwenstein.
		Sementeiras de suco gástrico directamente em meio de Löwenstein.
		Sementeiras de suco gástrico previamente tratado pelo processo de Löwenstein.

6-XI-932. — Aparecem colónias no tubo semeado directamente com suco gástrico (oito dias após a sementeira). O exame microscópico revelou raríssimos bacilos de Koch. Em 10-XI-932. Inoculação em cobaio, com emulsão em soro fisiológico destas colónias, para contra-prova. Palpam-se os primeiros gânglios neste cobaio em 23-XI-932 (treze dias depois); fez-se uma *intra-dermo* a 1:5, que foi positiva, e seguidamente, em 6-XII-932, a autópsia, que revelou lesões tuberculosas do pulmão, baço, fígado e caseificação dos gânglios, cujo *exame microscópico* nos mostrou bastantes bacilos de Koch.

7-XI-932. — Aparecem colónias suspeitas no tubo semeado com suco gástrico previamente tratado pelo processo de Löwenstein (9 dias após a sementeira). O *exame microscópico* foi negativo, razão porque não fizemos inoculação em cobaio para contra-prova.



PIPERAZINA MIDY

O ANTI-ÚRICO TIPO



PROVEINASE MIDY

VARIZES – FLEBITES – HEMORROIDAS
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA E DA PUBERDADE



POMADA MIDY SUPOSITORIOS MIDY

A MEDICAÇÃO RACIONAL
DAS HEMORROIDAS

Pedir amostras a

LABORATOIRES MIDY – 67, Avenue Wagram – PARIS (17)

ou aos Agentes-depositários

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

TERAPEUTICA DA SIFILIS

O TRATAMENTO
ARSENICAL
SUB-CUTANEO
VERDADEIRAMENTE
INDOLOR
É REALIZADO PELO

ACETYLARSAN

COMPOSTO ACTIVO E SEGURO

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
"SPECIA"

Marques POULENC Frères & USINES DU RHONE
86, rue Vieille-du-Temple — PARIS

8-XI-932. — Palpam-se os primeiros glânglios no cobaio injectado com suco gástrico tratado (dez dias depois).

11-XI-932. — Idem no cobaio injectado por inoculação directa (treze dias).

12-XI-932. — Reacção à tuberculina a 1 : 5, positiva em ambos os cobaios.

15-XI-932. — *Autópsia*: a) *Cobaio injectado directamente*: órgãos de aspecto normal; não há hipertrofia ganglionar. b) *Cobaio injectado com suco gástrico tratado*: lesões tuberculosas do pulmão e baço: glânglios caseificados. O esfregaço destes glânglios revelou bastantes bacilos de Koch.

CASO II. — J. B., sexo masculino, 8 anos de idade. N.º 41.965 (Consulta de Pediatria).

Notas clinicas. — Febre; bronquite do tipo congestivo, mais acentuada à direita, fervores finos em tôda a altura dêste hemitorax, fervores de bolhas grossas na base esquerda até ao hilo; fusão bilateral. Dedos hipocráticos.

Análise de sangue. — Confirma o diagnóstico.

Exame radiográfico. — Infiltração peribrônquica e parenquimatosa bilateral hematogénea.

Exame laboratorial. — Revela alguns bacilos ácido-resistentes.

29-X-932. — Inoculações e sementeiras como no caso I.

6-XI-932. — Notam-se os primeiros glânglios no cobaio injectado directamente com suco gástrico, assim como se vêem as primeiras colónias semeadas com suco gástrico simples (oito dias depois). O exame do esfregaço destas colónias foi negativo.

8-XI-932. — Palpam-se glânglios na coxa do cobaio inoculado com suco gástrico tratado (dez dias depois).

9-XI-932. — Aparecem colónias no tubo semeado com suco gástrico tratado. O exame microscópico do esfregaço destas colónias revelou abundantes bacilos de Koch. Em 10-XI-932 injectámos um cobaio para contra-prova com uma emulsão destas colónias; dezóito dias depois (28-XI-932) palpávamos neste cobaio os primeiros glânglios. Em 2-XII-932 obtivemos uma reacção positiva à tuberculina e em 6-XII-932 a *autópsia* revela-nos uma hipertrofia ligeira do baço e glânglios caseificados, em cujo esfregaço constatámos bastantes bacilos de Koch.

12-XI-932. — Intradermo-reacção a 1 : 5, que foi positiva em ambos os cobaios.

15-XI-932. — *Autópsia*: a) *Cobaio injectado directamente*: órgãos de aspecto normal; não há hipertrofia ganglionar. b) *Cobaio injectado com suco gástrico tratado*: lesões tuberculosas do baço e pulmão; glânglios caseificados cujo exame do esfregaço revelou bastantes bacilos de Koch.

CASO III. — A. P. M., sexo masculino, 28 meses de idade. N.º 60.183. (Consulta de Pediatria).

Notas clinicas. — Eritema nodoso. Poliadenia cervical. Fêz Finicoff sem resultado.

Análise de sangue. — Confirma o diagnóstico.

Exame radiográfico. — Reacção hilar e peri-hilar bilateral mais acentuada à direita, sobretudo para a base.

29-X-932. — Inoculação e sementeiras como no caso I.

10-XI-932. — Tubo semeado com suco gástrico simples, com colónias sem aparência de específicas, o que foi confirmado pelo exame directo.

11-XI-932. — Aparecem também colónias insuspeitas; do mesmo modo exame directo negativo; contudo, ainda inoculámos um cobaio para contra-prova (10-XI-932), que foi abatido em 23-I-932, após uma intradermo a 1 : 5 negativa, não nos mostrando lesões tuberculosas dos vários órgãos. O exame microscópico do esfregaço dos gânglios, que estavam levemente hipertrofiados, foi negativo.

13-XI-932. — Palpam-se gânglios hipertrofiados no cobaio inoculado com suco gástrico tratado (15 dias depois). O cobaio injectado com suco gástrico sem levar tratamento, durante o tempo em que esteve inoculado, não palpámos gânglios, a intradermo foi negativa e a sua *autópsia* (15-XI-932) nada nos mostrou de anormal.

15-XI-932. — *Autópsia: Cobaio injectado com suco gástrico tratado*: sem lesões tuberculosas aparentes; hipertrofia mediana dos gânglios. A reacção à tuberculina (12-XI-932) foi positiva e o esfregaço dos gânglios revelou-nos bastantes bacilos de Koch.

CASO IV. — A. F., sexo masculino, 22 meses de idade. N.º 60.912. (Consulta de Pediatria).

Notas clínicas. — Doença de Benedict. Submacicez na região para-vertebral direita com fervores finos.

Análise de sangue. — Indica processo baciloso. Reacção de Wassermann: negativa.

Exame radiográfico. — Pulmonite que atinge o arco anterior da 3.ª costela direita; imagem arredondada como que circundada por um anel fibroso de etiologia radiográfica impossível de determinar.

Exame laboratorial. — Não revelou bacilos ácido-resistentes.

10-XI-932. — Inoculações e sementeiras como no caso I.

22-XI-932. — Aparecem as primeiras colónias, que foram semeadas com suco gástrico sem prévio tratamento (doze dias depois). No outro tubo semeado com suco gástrico tratado, não se formaram colónias. O exame bacteriológico do primeiro tubo foi negativo. A inoculação para contra-prova em cobaio, resultou também negativa em tôdas as provas habituais.

24-XI-932. — Palpam-se os primeiros glânglios no cobaio injectado directamente (catorze dias depois).

27-XI-932. — Encontram-se gânglios palpáveis (dezassete dias depois) no cobaio injectado com suco gástrico tratado.

2-XII-932. — Intradermo-reacção a 1 : 5, positiva em ambos.

6-XII-932. — *Autópsia*: a) *Cobaio injectado directamente*: lesões tuberculosas do pulmão, fígado e baço; hipertrofia ganglionar. O esfregaço destes gânglios revelou alguns bacilos ácido-resistentes. b) *Cobaio injectado com suco gástrico tratado*: lesões tuberculosas do baço; hipertrofia ganglionar. O exame do esfregaço destes gânglios revelou bastantes bacilos de Koch.

CASO V. — M. M. R., sexo feminino, 6 anos de idade. N.º 30.866 (Consulta de Pediatria).

Notas clínicas. — Há três semanas com febre e sem tosse. Percussão normal; refôrço respiratório à direita.

Análise de sangue. — Indica processo baciloso em evolução.

Exame radiográfico. — Reacção hilar e peri-hilar à direita, notando-se, sobreposta ao arco posterior da 6.ª costela, uma imagem arredondada de opacidade acentuada, que pode corresponder ao acidente primário.

Exame laboratorial. — Negativo.

10-XI-932. — Inoculações e sementeiras como no caso I.

22-XI-932. — Notam-se as primeiras colónias no tubo semeado directamente com suco gástrico (doze dias depois). O exame microscópico das colónias foi negativo e a inoculação em 6-XII-932 para contra-prova foi também negativa em tôdas as suas passagens.

24-XI-932. — Palpam-se os primeiros gânglios no cobaio injectado directamente (catorze dias depois).

25-XI-932. — Colónias no tubo semeado com suco gástrico tratado. Exame bacteriológico negativo. Não se fêz inoculação para contra-prova.

26-XI-932. — Gânglios palpáveis no cobaio inoculado com suco gástrico tratado (dezassex dias depois).

2-XII-932. — Intradermo-reacção a 1 : 5, positiva em ambos.

6-XII-932. — **Autópsia:** a) *Cobaio injectado directamente:* baço não hipertrofiado com focos de caseificação. Hipertrofia dos gânglios (bagos de milho). O exame do esfregaço dos gânglios revelou muito abundantes bacilos de Koch. b) *Cobaio injectado com suco gástrico tratado:* sensivelmente com as mesmas lesões de a). O exame do esfregaço dos gânglios revelou também muito abundantes bacilos de Koch, com diferença sensível para mais do caso anterior.

CASO VI. — C. P., sexo feminino, 6 anos de idade. N.º 49.407 (Consulta de Pediatria).

Notas clínicas. — Febre há seis meses; estado geral regular. Mantoux a 1 %₀₀ (+ +). Fêz Finicoff. Adenites cervicais volumosas. Fervores finos e médios nas duas bases.

Análise de sangue. — Revela bacilose em evolução.

Exame radiográfico. — Infiltração parenquimatosa específica bacilosa do tipo hematogénio em ambos os hemitorax.

Exame laboratorial. — Negativo.

20-III-932. — Inoculações e sementeiras como no caso I.

27-III-932. — Aparecem os primeiros gânglios palpáveis no cobaio injectado com suco gástrico sem ser tratado (sete dias depois) e ao mesmo tempo desenvolvem-se as colónias semeadas com êste mesmo suco. As sementeiras do outro tubo não se desenvolveram (fungos). O exame microscópico das colónias revelou raros bacilos de Koch e a inoculação em cobaio para contra-prova (3-IV-933) mostra, quinze dias após a injeccção (18-IV-933), o aparecimento dos primeiros gânglios; a intradermo-reacção à tuberculina foi positiva (22-IV-933) e a autópsia (26-IV-933) revelou lesões tuberculosas do

pulmão, baço e fígado; gânglios hipertrofiados e caseificados. O exame microscópico do esfregaço destes gânglios mostra-nos alguns bacilos de Koch.

3-IV-933. — Palpam-se os gânglios no cobaio inoculado com suco gástrico tratado (catorze dias depois).

22-IV-933. — Intradermo-reacção à tuberculina a 1:5, positiva nos dois cobaios.

26-IV-933. — Autópsia: a) *Cobaio injectado directamente*: baço hipertrofiado com granulações; hipertrofia dos gânglios do mediastino e mesentérico. O exame do esfregaço destes gânglios revelou abundantes bacilos de Koch. b) *Cobaio injectado com suco gástrico tratado*: sensivelmente com as mesmas lesões de a). O exame do esfregaço destes gânglios revelou bastantes bacilos de Koch.

CASO VII. — J. M., sexo masculino, 9 anos de idade. N.º 64.075 (Consulta de Pediatria).

Notas clínicas. — Febre há dois meses e emmagrecimento; macizez do vértice esquerdo, à frente e atrás, onde é menos acentuada. Fervores em todo o hemitorax direito, atrás; fervores finos no vértice esquerdo, à frente.

Exame laboratorial. — Raros bacilos de Koch.

6-VII-933. — Inoculações e sementeiras como no caso I.

11-VII-933. — Palpam-se gânglios nos dois cobaios (seis dias depois) e aparecem colónias suspeitas no tubo semeado com suco gástrico sem tratamento. Só no dia seguinte (12-VII-933) é que notámos algumas colónias no outro tubo. O exame microscópico das colónias dos dois tubos foi negativo. A inoculação no cobaio (19-VII-933) para contra-prova foi igualmente negativa em tôdas as suas fases.

17-VII-933. — Intradermo-reacção à tuberculina a 1:5, foi positiva nos dois cobaios.

19-VII-933. — Autópsia: a) *Cobaio injectado directamente*: gânglios hipertrofiados e em começo de caseificação; baço levemente hipertrofiado; restantes órgãos normais. O esfregaço destes gânglios mostra-nos alguns bacilos de Koch. b) *Cobaio injectado com suco gástrico tratado*: lesões muito semelhantes às do cobaio anterior; aqui apenas há dois gânglios caseificados. O esfregaço revela-nos ao exame microscópico raros bacilos de Koch.

CASO VIII. — M. H. P., sexo feminino, 2,5 anos de idade. N.º 46.600 (Consulta de Pediatria).

Notas clínicas. — Febre arrastada. Macizez na base esquerda; punção a branco. Intradermo (+ + +). Fervores atritos na base esquerda.

Análise de sangue. — Indica processo baciloso em evolução.

Exame radiográfico. — Reacção hilar extensa bilateral mais acentuada à esquerda com heterogenidade do campo pulmonar correspondente, dada por imagens opacas esfumadas de probabilidade bacilosa.

Exame laboratorial. — Negativo.

19-VII-933. — Inoculações e sementeiras como no caso I.

25-VII-933. — Aparecem gânglios palpáveis nos dois cobaios (seis dias depois). Nas culturas nada observámos, sendo ambas estéreis.

27-VII-933. — Intradermo-reacção à tuberculina a 1 : 5, negativa em ambos os cobaios.

29-VII-933. — Autópsia: a) *Cobaião injectado directamente*: leve hipertrofia ganglionar. Não há lesões tuberculosas macroscópicas. O exame microscópico do esfregaço dos gânglios foi negativo. b) *Cobaião injectado com suco gástrico tratado*: como no cobaião anterior. O exame microscópico foi igualmente negativo.

CASO IX. — J. I. R., sexo masculino, 4 anos de idade. N.º 1.020 (Dispensário D. Amélia da A. N. T.).

Notas clínicas. — Mau estado geral, tosse, expectoração, emmagrecimento, anorexia, micropoliadenia cervical. Fervores generalizados. Mantoux a 1 $\frac{0}{00}$ (+++).

Análise de expectoração. — Negativa.

Análise de sangue. — Glóbulos brancos, 10.700; monócitos, 11 $\frac{0}{0}$; linfócitos, 30 $\frac{0}{0}$; neutrófilos, 58 $\frac{0}{0}$; eosinófilos, 1 $\frac{0}{0}$; basófilos, 0 $\frac{0}{0}$.

Exame radiográfico. — Adenopatia bilateral mais acentuada à direita. Apagamento do ângulo cárdio-diafragmático direito; ligeira turvação das duas bases.

Exame laboratorial. — Negativo.

19-VII-933. — Inoculações e sementeiras como no caso I.

25-VII-933. — Palpam-se gânglios nos dois cobaios (seis dias depois).

29-VII-933. — No tubo semeado com suco gástrico sem ser tratado notam-se, além de fungos, umas colónias suspeitas, cujo exame microscópico foi negativo. A inoculação numa emulsão das colónias no cobaião (29-VII-933) foi negativa, quanto à reacção à tuberculina (9-VIII-933), à autópsia (12-VIII-933) e ao exame do esfregaço dos gânglios.

27-VII-933. — Intradermo-reacção à tuberculina a 1 : 5, negativas nos dois cobaios.

29-VII-933. — Autópsia: a) *Cobaião injectado directamente*: gânglios do tamanho duma noz, supurados e envolvidos por tecido esclerosado. O exame microscópico do esfregaço revelou muitas bactérias, não se encontrando bacilos de Koch. b) *Cobaião injectado com suco gástrico tratado*: focos sanguíneos envolvidos por zonas esclerosadas com pus. Hipertrofia dos gânglios. O exame do esfregaço revela algumas bactérias sem bacilos de Koch.

CASO X. — S. O., sexo masculino, 2,5 anos de idade. N.º 63.837 (Consulta de Pediatria).

Notas clínicas. — Febre, foco de condensação da base direita. Punção a branco. Mantoux (+++).

Análise de sangue. — Glóbulos brancos, 12.000; monócitos, 3 $\frac{0}{0}$; linfócitos, 34 $\frac{0}{0}$; neutrófilos segmentares, 35 $\frac{0}{0}$; neutrófilos bastonetes, 2 $\frac{0}{0}$; metamielócitos neutrófilos, 0 $\frac{0}{0}$; mielócitos neutrófilos, 0 $\frac{0}{0}$; eosinófilos, 26 $\frac{0}{0}$; basófilos, 0 $\frac{0}{0}$. V. S., 20^{mm}.

Exame radiográfico. — Reacção hilar bilateral com uma certa diminuição de transparência do mediastino posterior, não se notando sinais de lesões parenquimatosas.

Exame laboratorial. — Negativo.

19-VII-933. — Inoculações e sementeiras como no caso I.

25-VII-933. — Palpam-se gânglios nos dois cobaios (seis dias depois).

27-VII-933. — Aparecem colônias suspeitas no tubo semeado com suco gástrico não tratado (oito dias depois). No outro tubo não se formaram colônias. A emulsão das colônias para a injeção no cobaio (contra-prova) resultou negativa, como anteriormente, no caso IX.

27-VII-933. — Intradermo-reacção à tuberculina a 1 : 5, foi negativa em ambos os cobaios.

29-VII-933. — **Autópsia:** a) *Cobaio injectado directamente:* leve hipertrofia ganglionar; órgãos sem lesões tuberculosas. O exame microscópico do esfregaço dos gânglios foi negativo. b) *Cobaio injectado com suco gástrico tratado:* como no cobaio a). O exame microscópico do esfregaço dos gânglios foi também negativo.

Caso XI. — J. L. C., sexo masculino, 8 anos de idade. N.º 1.170. (Dispensário António de Azevedo da A. N. T.).

Notas clínicas. — Estado geral regular. Fervores no hemitorax esquerdo, à frente. Bronquite arrastada.

Análise de expectoração. — Negativa.

Exame radiográfico. — Mostra não haver lesões parenquimatosas, mas tem lesões de peri-bronquite.

Exame laboratorial. — Negativo.

19-VII-933. — Inoculações e sementeiras como no caso I.

22-VII-933. — Aparecem nos tubos com as sementeiras, colônias pouco nítidas, misturadas com fungos (três dias depois). O exame bacteriológico foi negativo e a inoculação no cobaio (29-VII-933) mostra, após um mês, com a autópsia (30-VIII-933), precedida de uma reacção negativa à tuberculina (28-VIII-933) e exame do esfregaço dos gânglios, que tôdas estas provas foram negativas.

25-VII-933. — Palpam-se gânglios nos dois cobaios (seis dias depois).

27-VII-933. — Intradermo-reacção à tuberculina a 1 : 5, negativa em ambos os cobaios.

29-VII-933. — **Autópsia:** a) *Cobaio injectado directamente:* paça inoculada, com tecido esclerosado, envolvendo focos de caseificação (?). Órgãos sem lesões. b) *Cobaio injectado com suco gástrico tratado:* gânglio do tamanho de um bago de milho em comêço de supuração. Órgãos sem lesões. O exame do esfregaço dos gânglios nestes dois cobaios foi negativo.

Caso XII. — J. S. C., sexo masculino, 5 anos de idade. N.º 431 (Dispensário António de Azevedo da A. N. T.).

Notas clínicas. — Convívio com baciloso, estado geral regular, hipertricose, tosse, expectoração, suores. Submacicez da base e flanco direito, diminuição de murmúrio e fervores de finas e médias bôlhas.

Análise de expectoração. — Negativa.

Exame radiográfico. — Na base direita observa-se um foco de sombra de opacidade intensa, mais ou menos homogêneo, limitado superiormente por



uma linha oblíqua de cima para baixo e de dentro para fora. Refôrço hilar. Processo plero-pulmonar baciloso.

Exame laboratorial. — Negativo.

27-VII-933. — Inoculações e sementeiras como no caso I.

24-VIII-933. — Palpam-se gânglios no cobaio injectado com suco gástrico directamente (vinte e sete dias depois).

28-VIII-933. — Notámos os primeiros gânglios palpáveis no outro cobaio, injectado com suco gástrico tratado (trinta e um dias depois).

28-VIII-933. — Intradermo-reacção à tuberculina a 1:5, negativa em ambos os cobaios.

31-VIII-933. — **Autópsia:** a) *Cobaio injectado directamente:* órgãos sem lesões, leve hipertrofia ganglionar, dois gânglios duros do tamanho dum bago de milho. O exame bacteriológico dos gânglios foi negativo. b) *Cobaio injectado com suco gástrico tratado:* leve hipertrofia dos gânglios da pata inoculada (três gânglios do tamanho dum bago de arroz) com exame bacteriológico negativo.

31-VIII-933. — As culturas eram estéreis.

Caso XIII. — E. M. C., sexo masculino, 5 anos de idade. N.º 422 (Dispensário António de Azevedo da A. N. T.).

Notas clínicas. — Convívio com baciloso, mau estado geral, tosse, expectoração, dispneia, suores. Submacicez no hemitorax esquerdo, atras, e fervores de bôlhas médias à frente e atrás, dêsse lado. Punção da base esquerda, a branco.

Análise de expectoração. — Há duas análises negativas e uma com bastantes bacilos.

Exame radiográfico. — Opacidade heterogénea em tôda a altura do hemitorax esquerdo, que vela a transparência pulmonar. À direita aspecto normal. Esta imagem pode corresponder a um aspecto de infiltração bacilosa.

Exame laboratorial. — Negativo.

27-VII-933. — As inoculações foram feitas como no caso I, as sementeiras realizaram-se em «meio Dorset».

28-VIII-933. — Palpamos os primeiros gânglios nos dois cobaios (trinta e um dias depois).

28-VIII-933. — Intradermo-reacção à tuberculina a 1:5, positiva em ambos os cobaios.

31-VIII-933. — **Autópsia:** a) *Cobaio injectado directamente:* massa caseificada do tamanho duma noz, na pata de inoculação. Caseificação dos gânglios mesentéricos e traqueais. Baço hipertrofiado com pequenos nódulos amarelados, fígado pálido e achatado lateralmente, sem lesões macroscópicas. O exame do esfregaço dos gânglios revelou alguns bacilos de Koch. b) *Cobaio injectado com suco gástrico tratado:* pata de inoculação apresentando dois gânglios do tamanho duma avelã e outro do tamanho dum bago de milho. Gânglios mediastínicos do tamanho dum bago de arroz. Baço hipertrofiado, descolorado e com nódulos. Restantes órgãos sem lesões. O exame bacteriológico dos gânglios revelou raros bacilos.

31-VIII-933. — As culturas foram estéreis.

CASO XIV. — M. A. S., sexo feminino, 9 anos de idade. N.º 64.481 (Consulta de Pediatria).

Notas clínicas. — Pneumopatia crónica. Aos três meses e meio, após difteria e broncopneumonia, bronquite crónica. Ligeira sub-macicez para-vertebral esquerda; fevres, de grossas bôlhas na base esquerda, mais discretos na base direita. Apirética. Expectoração abundante.

Análise de expectoração. — Negativa.

Análise de sangue. — Não revela processo baciloso; leucocitose moderada.

Exame radiográfico. — Sombras de infiltração que irradiam do hilo direito; à esquerda, nada de anormal.

Exame laboratorial. — Negativo.

27-VII-933. — As inoculações e sementeiras neste caso fizeram-se com expectoração, da mesma maneira que no caso XIII.

28-VIII-933. — Palpam-se gânglios nos dois cobaios (31 dias depois).

10-VIII-933. — Colónias no tubo semeado directamente com expectoração; o outro tubo não apresentava colónias. O exame microscópico das colónias foi negativo. Fizemos inoculação em cobaio para contra-prova (12-VIII-933); reacção à tuberculina, negativa (13-IX-933); autópsia (15-IX-933) não revela lesões tuberculosas e o exame do esfregaço dos gânglios foi negativo.

28-VIII-933. — Intradermo-reacção à tuberculina a 1:5, negativa nos dois cobaios.

31-VIII-933. — **Autópsia:** a) *Cobaio injectado directamente:* peritonite generalizada; sem gânglios hipertrofiados. Não fizemos esfregaço. b) *Cobaio injectado com expectoração tratada pelo processo de Löwenstein:* órgãos sem lesões macroscópicas; leve hipertrofia dos gânglios (como bagos de arroz) na pata inoculada. Exame do esfregaço dos gânglios, negativo.

CASO XV. — N. B. S., sexo feminino, 6 anos de idade. N.º 1073 (Dispensário Dr. Lopo de Carvalho (pai)).

Notas clínicas. — Depois da tosse convulsa, ficou traca.

Análise de expectoração. — 4 negativas.

Análise de sangue. — Revela processo em evolução. V. S., 57.

Exame radiográfico. — Profundas sombras de infiltração bilateral.

Exame laboratorial. — Negativo.

29-VII-933. — Inoculações e sementeiras como no caso XIII.

28-VIII-933. — Palpam-se gânglios nos dois cobaios (29 dias depois). As culturas foram estéreis.

28-VIII-933. — Intradermo-reacção à tuberculina a 1:5, positiva nos dois cobaios.

31-VIII-933. — **Autópsia:** a) *Cobaio injectado directamente:* baço hipertrofiado com nódulos. Dois gânglios caseificados na pata inoculada, um do tamanho duma avelã e outro do tamanho dum bago de milho. O esfregaço destes gânglios revelou abundantíssimos bacilos de Koch. b) *Cobaio injectado com suco gástrico tratado:* órgãos sem lesões macroscópicas; hipertrofia dos gânglios da pata inoculada. O exame microscópico dos gânglios revelou raríssimos bacilos de Koch.

Novo! Octinum

$C_8 H_{15} \cdot NH \cdot CH_3$

«Knoll»

**Espasmolítico e antialgico
nas dores devidas a espasmos.**

Não é alcaloide,
age mais forte e mais duradouramente do
que a papaverina,
não provoca sensação de secura na gar-
ganta, como a atropina.

Indicações principais:

Espasmos gastro-intestinais.
Úlcera gástrica e duodenal.
Dores gástricas devidas a secreção excessiva.
Espasmos da biliar, dos rins, da bexiga.
Obstipação espasmodica.
Dismenorrhea espasmodica.

Embalagens originais: Comprimidos de 0,15 g (de bitartrato de Octinum), tubos com 10 comprimidos. — Líquido (de cloridrato de Octinum a 10%), vidros com 10 c.c. — Empôlas de 1,1 c.c. (1 c.c. contem 0,1 g de cloridrato de Octinum), caixas com 5 emp.

Posologia: Comprimidos e líquido: 1 comprimido ou 15 a 20 gotas, 3 vezes ao dia. — Empôlas: por via subcutanea 2 a 3 vezes ao dia 1/2—1 empôla, por via intramuscular ou intravenosa 2 ou 3 vezes ao dia 1/2 empôla. Em caso de necessidade, a dose oral pode ser duplicada.



KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN S/O RHENO

STAPHYLASE do D^r 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^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

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

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

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

TARTROL

Indolór

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

LABORATORIOS "SICLA"

Campo Grande, 298 — Lisboa

Fornecedores da clinica da Sífilis do Hospital Escolar de Lisboa

Preparado por: J. Pedro de Moraes e J. Pinto Fonseca

FARMACEUTICOS

Depositário: Raul Gama — R. dos Douradores, 31

LISBOA

CASO XVI. — M. F. G., sexo feminino, 33 meses de idade. N.º 61.130 (Consulta de Pediatria).

Notas clínicas. — Em 1932, dispepsia arrastada; ascaridiose. Mantoux negativo. Em IX-933, febre arrastada, irregular, de grandes oscilações e suores desde há dois meses. Tórax S. A. Mantoux a 1 : 5.000 (+ +). Em 6-X-933, dispneia, taquicardia, bronquite.

Análise de sangue. — Glóbulos brancos, 12.000; monócitos, 7%; linfócitos, 22%; neutrófilos segmentares, 60%; neutrófilos bastonetes, 10%; metamielócitos neutrófilos, 0%; mielócitos neutrófilos, 0%; eosinófilos, 1%; basófilos, 0%.

Exame radiográfico. — (X-933). Revela granulia.

Exame laboratorial. — Negativo.

10-X-933. — Inoculação e sementeiras como no caso XIII.

25-X-933. — Aparecem gânglios no cobaio injectado directamente (15 dias depois).

27-X-933. — Palpam-se gânglios no outro cobaio (17 dias depois). As culturas foram estéreis.

28-X-933. — Intradermo-reacção à tuberculida a 1 : 5, positiva nos dois cobaios.

1-X-933. — **Autópsia:** a) *Cobaio injectado directamente:* tuberculose generalizada do peritónio parietal e visceral, com muitas granulações miliares. Baço aumentado de volume, com tubérculos; fígado com pequenas pontuações; pulmão sem lesões; gânglios hipertrofiados. O esfregaço dos gânglios revelou raríssimos bacilos de Koch e as granulações alguns bacilos de Koch. b) *Cobaio injectado com suco gástrico tratado:* gânglio do tamanho duma avelã na pata inoculada; baço pouco hipertrofiado, com granulações caseosas; fígado com lesões caseosas; pulmão sem lesões. O exame do esfregaço dos gânglios revela alguns bacilos de Koch.

CASO XVII. — I. F., sexo feminino, 10 anos de idade. N.º 65 (Dispensário Dr. Lopo de Carvalho (pai)).

Notas clínicas. — Sarampo aos 6 anos. Três irmãos fracos; pai sífilítico.

Análises de sangue. — Mostram haver evolução favorável do processo.

Exame radiográfico: Revela infiltração epituberculosa do vértice esquerdo.

Exame laboratorial: Negativo.

20-X-933. — Inoculação e sementeiras como no caso XIII.

9-XI-933. — Aparecem os primeiros gânglios no cobaio injectado directamente com suco gástrico (20 dias depois).

13-XI-933. — Palpam-se gânglios no outro cobaio (24 dias depois). As culturas foram estéreis.

13-XI-933. — Intradermo-reacção à tuberculina a 1 : 5, positiva nos dois cobaios.

17-XI-933. — **Autópsia:** a) *Cobaio injectado directamente:* pata inoculada com uma cadeia ganglionar do tamanho de bagos de chumbo e um do tamanho duma avelã. Fígado com alguns nódulos; baço hipertrofiado com nódulos caseificados; restantes órgãos normais. O exame do esfregaço dos

gânglios revelou raros bacilos de Koch. b) *Cobaio injectado com suco gástrico tratado*: pata com cadeia ganglionar mais reduzida, gânglios do tamanho dum bago de arroz; baço descorado e levemente hipertrofiado. O exame do esfregaço do gânglio revelou raros bacilos de Koch.

CASO XVIII. — J. M. C. B., sexo masculino, 2 anos de idade. N.º 1.369 (Dispensário Dr. Miguel Bombarda).

Notas clínicas. — Convívio com mãe falecida de tuberculose pulmonar. Mau estado geral, anemia, tosse, expectoração, suores nocturnos, anorexia; escrófulas e febre. Sibilos e fervores em ambos os hemitórax. Caquexia lenta. Mantoux a 1/100 (+ + +) [falecida].

Análise de expectoração. — Negativa.

Análise de sangue. — Confirma o diagnóstico de bacilose.

Exame radiográfico. — Extensas lesões de infiltração tipo exsudativo predominando à esquerda.

Exame laboratorial. — Negativa.

20-X-933. — Inoculação e sementeiras como no caso XIII.

8-XI-933. — Aparecem no cobaio injectado directamente com suco gástrico os primeiros gânglios palpáveis (19 dias depois).

15-XI-933. — Palpam-se gânglios no outro cobaio (26 dias depois). As culturas foram estéreis (17-XI-933).

12-XI-933. — Intradermo-reacção à tuberculina a 1 : 5, positiva no primeiro cobaio.

15-XI-933. — Intradermo-reacção à tuberculina 1 : 5, positiva no segundo cobaio.

17-XI-933. — *Autópsia*: a) *Cobaio injectado directamente*: grávida. Pata com um gânglio caseificado do tamanho duma avelá. Fígado com nódulos discretos; baço aumentado de volume, de aspecto granitado. Restantes órgãos normais. O exame do esfregaço dos gânglios revelou alguns bacilos de Koch. b) *Cobaio injectado com suco gástrico tratado*: Pata de inoculação com dois gânglios caseificados, um do tamanho dum bago de milho, outro de arroz. Gânglios mesentéricos. Fígado com manchas amareladas discretas; baço hipertrofiado, com muitos nódulos. O exame do esfregaço dos gânglios revelou raros bacilos de Koch.

CASO XIX. — F. C. F., sexo masculino, 17 meses de idade. N.º 1.749 (Dispensário Miguel Bombarda).

Notas clínicas. — Convívio com avós falecidos de tuberculose pulmonar. Porta bacilos diftéricos. Tendência para hemorragias. Fervores e roncos no hemitórax direito. Mantoux a 1/100 (+ + +).

Análise de sangue. — Leucocitose com desvio para a esquerda.

Exame radiográfico. — Infiltração epituberculosa do lado direito.

Exame laboratorial. — Negativo.

20-X-933. — Inoculações e sementeiras como no caso XIII.

27-X-933. — Aparecem as primeiras colónias suspeitas (sete dias depois) no tubo semeado com suco gástrico não tratado. O outro tubo mostrou-se

sempre estéril. O exame microscópico das colónias foi negativo. A inoculação do cobaio para contra-prova foi negativa em tôdas as suas provas.

9-XI-933. — Palpam-se gânglios no cobaio injectado directamente com suco gástrico? (vinte dias depois).

13-XI-933. — Intradermo-reacção à tuberculina a 1:5, negativa em ambos os cobaios.

17-XI-933. — Autópsia: a) *Cobaio injectado directamente*: pata de inoculação com leve hipertrofia ganglionar. Órgãos sem lesões macroscópicas, baço um pouco aumentado de volume. O exame do esfregaço dos gânglios não foi possível por não haver hipertrofia sensível. b) *Cobaio injectado com suco gástrico tratado*: cobaia grávida. Órgãos sem lesões macroscópicas; não há hipertrofia dos gânglios.

Nota. — A este cobaio, durante o tempo de inoculação, não palpámos gânglios.

Caso XX. — A. J. F. C., sexo masculino, 7 anos de idade. N.º 1.843 (Dispensário Miguel Bombarda).

Notas clínicas. — Nega convívio com baciloso e sífilis. Bronquite crónica suspeita. Bronquiectasia? Fervores no hemitorax esquerdo.

Análise de expectoração. — Duas análises negativas.

Análise de sangue. — (16-XI-933). Revela leucopenia, 6.400 glób. brancos.

Exame radiográfico. — Diminuição da permeabilidade por igual no campo pulmonar direito por inflamação pleural. Sem sombras de infiltração.

Exame laboratorial. — Negativo.

20-X-933. — Inoculações e sementeiras como no caso XIII.

27-X-933. — Aparecem as primeiras colónias no tubo semeado com suco gástrico não tratado. O outro tubo mostrou-se estéril. O exame microscópico das colónias foi negativo. A inoculação no cobaio, com a emulsão em soro fisiológico, destas colónias, para contra-prova foi negativa em tôdas as suas provas.

9-XI-933. — Palpam-se gânglios nos dois cobaios inoculados (vinte dias depois).

13-XI-933. — Intradermo-reacção à tuberculina a 1:5, negativa em ambos os cobaios.

17-IX-933. — Autópsia: a) *Cobaio injectado directamente*: gânglios do tamanho dum bago de milho não caseificados. Órgãos sem lesões. Cobaia grávida de três gestações. O exame do esfregaço dos gânglios foi negativo. b) *Cobaio injectado com suco gástrico tratado*: órgãos sem lesões macroscópicas. Leve hipertrofia ganglionar dos gânglios da pata inoculada. O exame do esfregaço destes gânglios não revelou a existência de bacilos de Koch.

Revista dos Jornais de Medicina

O bióxido de tório coloidal. O seu uso no diagnóstico intracraniano e o seu destino, quando injectado no cérebro ou nos ventrículos. (*Colloidal Thorium Dioxide. Its use, etc.*), por L. ALEXANDER, T. S. JUNG e R. S. LYMAN. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXXII. N.º 6. Dezembro de 1934.

Traduzimos literalmente o resumo apresentado pelos AA. :

Injectado na carótida, o bióxido de tório coloidal permite a visualização das artérias cerebrais.

Foi demonstrado neste hospital, na secção de cirurgia, por S. T. Kwan, com a coadjuvação da secção de radiologia, que o processo de Moniz, modificado por Lühr e Jacobi (a), é perfeitamente exequível.

Segundo vimos na literatura, a injeccção de bióxido de tório coloidal por punção lombar ou suboccipital parece ter possibilidades de ser aproveitada para a encefalografia, mas não foi experimentada neste serviço.

A injeccção de bióxido de tório coloidal no cérebro de cães mostra que este actua como um corpo estranho. Não foram encontrados pelo estudo histológico sinais de qualquer acção destrutiva físico-química especial nos cilindros-eixos nem nas bainhas de mielina em exames feitos até dois meses após a injeccção. O sal de tório é mobilizado do parênquima cerebral para os vasos sanguíneos próximos com uma velocidade relativamente grande e então transportado por êles. O destino final do bióxido de tório no organismo não foi ainda determinado.

Os seguintes factos são de especial interesse.

1 — Após injeccção intracerebral: A) — A extensão da lesão produzida no cérebro é quasi exclusivamente dependente dos factores mecânicos da injeccção. B) — Grânulos de bióxido de tório livres na substância cerebral só se encontram no primeiro dia que segue à injeccção. As primeiras células granulares, que vão eliminar os grânulos do sal de tório, aparecem logo no primeiro dia no tecido cerebral; no segundo dia o tório encontra-se já na adventícia e endotélio dos vasos próximos. C) — A migração leucocitária mostra-se no primeiro dia, para desaparecer no segundo.

2 — Em seguida à injeccção nos ventrículos os grânulos de bióxido de tório são eliminados por células ependimais proliferantes, que se tornam arredondadas, livres, transformando-se em células granulares móveis (células granulares ependimogéneas).

(a) *N. da R.* — A citação dos nomes dos autores alemães Lühr e Jacobi como modificadores do método da encefalografia arterial appareceu primeiro

Um novo produto português

Nestogéno

LEITE EM PÓ NESTLÉ
(NOVA FÓRMULA)

«Nestogéno» é o extracto do melhor leite português da riquíssima região de Avanca, meio-gordo, obtido pela dessecação imediata.

Hidratos de Carbono: «Nestogéno» contém quatro espécies diferentes de açúcar: a lactose do leite fresco original, a sacarose, a maltose e a dextrina.

Vitaminas: O processo de fabrico assegura, no «Nestogéno», a máxima persistência das propriedades bioquímicas do leite fresco.

ANÁLISE:

Gorduras	12,0 %
Proteínas	20,0 »
Lactose	30,0 »
Maltose-Dextrina	15,0 »
Sacarose	15,0 »
Cinzas	4,7 »
Água	3,3 »
Calorias por 100 grs.	436

INDICAÇÕES:

O «Nestogéno» é um excelente alimento do lactante privado do seio materno. Tem também as suas indicações em todos os casos de hipotrofia, hipotrepia e atrepia, de debilidade congénita, de prematuração, nos períodos de readaptação alimentar, nas diferentes perturbações digestivas: vómitos, diarreia, dispepsias gastro-intestinais e nos casos de intolerância lactea.

LITERATURA:

Leite Lage, Cordeiro Ferreira e Teixeira Botelho (Serviço de Pediatria Médica do Hospital D. Estefânia-Lisboa): — “Emprêgo de alguns produtos industriais em dietética da primeira infância: «Nestogéno», «Leite condensado», «Eledon»”.

Medicina Contemporânea N.º 48, 27 de Novembro 1932.

R. Gireaux: — Le lait sec en diététique infantile.

Amostras à disposição de V. Ex.^ª

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

Rua Ivens, 11 - LISBOA

Um novo produto português

Eledon

BABEURRE NESTLÉ
EM PÓ

ALIMENTO DIETÉTICO PARA CRIANÇAS, INDICADO NAS
PERTURBAÇÕES DA NUTRIÇÃO COM DIARREIA, FORMAS
DISPÉPTICAS DAS DISTROFIAS E NAS DISPEPSIAS AGUDAS

ANÁLISE:

Gorduras	8 %
Proteínas	20 %
Hidratos de carbone solúveis:	
Lactose	24 %
Maltose-dextrina	25 %
Ácido láctico	4 %
Amido	12 %
Cinzas	4 %
Água	3 %

100 grs. de Babeurre Eledon fornecem 398 calorias

O Babeurre Eledon é obtido a partir do leite fresco, parcialmente desnatado, acidificado por fermentação láctica, e ao qual foram adicionados hidratos de carbone.

LITERATURA:

Leite Lage, Cordeiro Ferreira e Teixeira Botelho (Serviço de Pediatria Médica do Hospital D. Estefânia-Lisboa — "Emprêgo de alguns produtos industriais em dietética da primeira infância. «Nestogéno», «Leite condensado», «Eledon»".

Langstein: — «Les dystrophies et les affections diarrhéiques chez le nourrisson».

Putzig: — «De l'utilisation du babeurre en poudre «Eledon» en pratique particulière».

Bauer & Schein: — «Le babeurre en poudre "Eledon"».

Medicina Contemporânea, N.º 48, 27 de Novembro 1932.

Amostras à disposição de V. Ex.^a

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

Rua Ivens, 11-LISBOA

na literatura alemã e depois em trabalhos de autores que a consultaram sem investigar da verdade dessa afirmação. A modificação atribuída aos autores alemães é a substituição do torotraste ao iodeto de sódio como substância de visualização dos vasos cerebrados. Foi porém, antes dos autores citados, empregado o torotraste pelo Prof. Egas Moniz, e, antes dêles, publicados os resultados obtidos, não tendo Lühr e Jacobi iniciado os seus trabalhos antes de terem conhecimento do seu emprêgo entre nós e de terem mesmo pedido indicação do seu uso e dos resultados obtidos. Antes de se ter empregado o torotraste na arteriografia cerebral, tinha êste sido empregado entre nós no serviço do Prof. Reinaldo dos Santos, na aortografia e arteriografia periférica.

A introdução de torotraste por via intradural foi também tentada pela primeira vez no Serviço de Neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa. O seu emprêgo foi abandonado, pois provocou uma reacção meningea intensa bastante penosa para o doente.

ALMEIDA LIMA.

Actividade eléctrica do sistema nervoso. (*Electrical activity of the nervous system*), por E. D. ADRIAN. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXXII. N.º 6. Dezembro de 1934.

Berger assinalou a presença de variações do potencial eléctrico registáveis, entre electrodos convenientemente colocados sôbre a superfície do crânio.

As curvas obtidas com electroscópios e técnicas apropriadas apresentaram o aspecto de oscilações ritmadas e foram atribuídas pelo A. à manifestação eléctrica (semelhante ao que se observa em electrocardiografia) da actividade de certas zonas cerebrais.

Adrian, a principio céptico, acaba por se convencer da realidade destas ondas, resumindo neste artigo os principais tópicos dos seus trabalhos, confirmativos dos de Berger. As conclusões fundamentais são as seguintes:

1 — Existe uma área na região occipital do cérebro humano capaz de produzir alterações ritmicas de potencial eléctrico de intensidade suficiente para serem registadas através do crânio quando o indivíduo em experiência fixa um campo luminoso intermitente e ritmado (*flickering field*).

2 — Quando não exista actividade visual, essa área origina ondas do mesmo grau de intensidade com o ritmo fixo de 10 por segundo.

3 — Êste ritmo é abolido pelos estímulos visuais irregulares habituais e pelas actividades mentais não visuais, que reclamem tãda a atenção do indivíduo.

ALMEIDA LIMA.

Relação entre traumatismo e paralisia agitante (Parkinson), sob o ponto de vista do cirurgião, por H. C. MILLER. — *The Journal of Nervous and Mental Diseases*. Vol. LXXXI. N.º 1. Pág. 84. Janeiro de 1935.

A-pesar-de todos os autores dos primeiros tempos em que se descreveu o síndrome de Parkinson, do mesmo modo que alguns em artigos mais mo-

denos, sustentarem que o traumatismo desempenha um papel primacial na etiologia da paralisia agitante, uma revisão de três mil casos da literatura e dos casos do autor leva às conclusões seguintes:

1 — Sendo a paralisia agitante um síndrome progressivo tanto em intensidade como em gravidade e na extensão da área atingida, deve necessariamente ter uma causa activa e constante. O traumatismo é de limites definidos, tanto no tempo como na área lesada. Portanto a afirmação que um traumatismo possa ser a causa da afecção não tem de facto bases.

2 — A paralisia agitante resulta de lesão degenerativa do corpo estriado. A causa mais constante de lesões dêsse tipo é a «infecção focal».

3 — O A. sugere que possivelmente a doença possa ser curada ou pelo menos suspenso o seu decurso no período inicial, por uma cuidadosa pesquisa e eliminação de todos os focos de infecção.

ALMEIDA LIMA.

Emprego da compressão jugular graduada nas provas manométricas lombares para diagnóstico de «bloco» dos espaços subaracnóides espinais. (*Graduated jugular compression in the lumbar manometric test for spinal subarachnoid block*), por WILLIAM T. GRANT e WILLIAM V. CONE. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXXII. N.º 6. Dezembro de 1934.

Os AA., após apontarem os inconvenientes da compressão manual das jugulares, quando da execução das provas manométricas de Queckenstedt-Stookey, propõem substituir a compressão digital pela compressão exercida por uma vulgar braçadeira e um esfigmomanómetro que, exercendo uma pressão mensurável, teria as seguintes vantagens.

Primeiro, sendo a pressão mensurável, torna comparável duas observações sucessivas no mesmo doente. Segundo, torna possível estabelecer uma medida padrão comparável de doente para doente. Terceiro, os resultados obtidos por diferentes observadores são muito mais aproximados, e portanto mais proveitosos e seguros.

ALMEIDA LIMA.

Encefalomalacia nas crianças (encefalite intersticial de Virchow). (*Encephalomalacia in Infants (Virchow's interstitial encephalitis)*), por I. B. DIAMOND. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXXI. Pág. 1153. 1934.

O A. estudou dois casos. O primeiro trata de uma criança de sete semanas com ataques de movimentos atetóides, hiperextensão e espasticidade das quatro extremidades. Foram notadas perturbações oculares algumas semanas após o nascimento (microftalmia, iridociclite pré-natal, descolamento da retina). O cérebro mostrava extensos focos de amolecimento, cavidades, atrofia do hemisfério direito e meningite asséptica reactiva. O segundo caso, uma criança de três meses e meio, apresenta bruscamente uma diarreia, convulsões, rigidez da nuca e abalos musculares generalizados. Os sintomas desa-

pareceram em três semanas. Oito dias depois deu-se uma recidiva com diarréia, convulsões e rigidez da nuca, morrendo a criança passados dois dias. Histologicamente, o cérebro apresentava amolecimentos difusos ou bem localizados, lacunas e alterações nas células ganglionares, acompanhados de fenômenos reactivos da glia, das meninges e dos vasos.

O quadro anátomo-patológico encontrado nestes dois cérebros corresponde à descrição de Virchow, sob o nome de encefalite congênita, e considerada por este autor como uma lesão inflamatória e como a manifestação de uma degenerescência adiposa da glia. Autores mais recentes consideram o traumatismo (obstétrico) como a causa mais importante, senão a única. Nos casos do A. a causa das alterações classificadas como degenerativas encontradas era, num dos casos, uma infecção iniciada no globo ocular, que foi necessário enuclear, ao passo que no segundo se tratava de uma intoxicação grave.

ALMEIDA LIMA.

Tumores que invadem o bulbo e a protuberância. (*Intramedullary tumors of the brain stem*), por CLARENCE C. HARE e ABNER WOLF. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXXII. N.º 6. Dezembro de 1934.

Os AA. apresentam as histórias clínicas e as constatações necrópsicas de sete gliomas do eixo cerebral (bulbo, protuberância).

Em três dos casos tratava-se de um astrocitoma fibrilar, em três de um espongiblastoma multiforme e no caso restante foi encontrado um espongiblastoma polar. O aspecto histológico destas neoplasias era idêntico ao das encontradas em outras regiões do encéfalo.

A extensão da neoplasia encontrada na autópsia era, em regra, muito maior do que o faria prever o estudo dos práticos clínicos e da evolução da doença.

É muito difícil pôr, com segurança, o diagnóstico de tumor invadindo o eixo cerebral.

Uma cuidadosa história clínica, em que se atenta muito especialmente ao modo de início da doença e da progressão dos sintomas, é de grande auxílio diagnóstico.

Estabelecido o diagnóstico de tumor da fossa posterior, se existirem sinais de lesão nuclear dos nervos cranianos, deve-se suspeitar que a lesão invada total ou parcialmente o eixo cerebral.

Os gliomas do bulbo e da protuberância são mais freqüentes nas crianças do que nos adultos.

A exploração operatória da fossa posterior só não está indicada nos raros casos em que se pode estabelecer com segurança o diagnóstico de tumor invadindo o bulbo ou a protuberância; em todos os casos de dúvida o cirurgião deve sempre operar, pois é possível encontrar um a lesão extirpável, e o inconveniente é pequeno se fôr encontrada uma neoplasia invadindo o eixo cerebral, pois estas são rapidamente fatais, quer operadas, quer não.

ALMEIDA LIMA.

Patogenia da pronação dolorosa das crianças de tenra idade: o enganchamento da tuberosidade bicipital na crista posterior da cavidade infra-sigmóidea do cúbito. (*Pathogénie de la pronation douloureuse des jeunes enfants: l'acrochage de la tuberosité bicipitale a la crête postérieure de la cavité sous-sigmoïdienne du cubitus*), por MARCEL FÉVRE (Paris). — *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Tômoo XXII. N.º 1. 1935.

Todos os pediatras, quasi todos os clínicos de medicina geral e muitos dos que trabalham nos serviços de urgência hospitalares, conhecem o quadro clínico da pronação dolorosa. Até hoje, a sua patogenia tem sido explicada de diversos modos, e agora Marcel Févre traz-nos a sua hipótese, na verdade bastante sedutora.

O enganchamento da tuberosidade bicipital por detrás da crista posterior da fosseta infra-sigmóidea do cúbito é, entre as hipóteses patogénicas, a que explica melhor do que tôdas a pronação dolorosa das crianças de tenra idade — afirma o A.

Este enganchamento bicipital traz consigo uma subluxação radial posterior, a cabeça radial tendendo para se pôr em equilibrio sôbre o rebordo posterior da pequena cavidade sigmóidea do cúbito. A pronação dolorosa exige uma deformidade da tacícula do rádio, cuja superfície articular com o humero não é de forma ovalar, mas quasi rigorosamente circular.

A pronação dolorosa é, pois, até um certo ponto, a consequência de uma deformidade congénita óssea. Assemelha-se, pela sua patogenia, a certas luxações recidivantes da espádua ou da rótula.

Experiências no cadáver permitem obter o enganchamento bicipital quando se torna circular a cabeça do rádio.

A etiologia, a clínica, a terapêutica da pronação dolorosa das crianças de tenra idade explica-se perfeitamente quando se admite a patogenia do enganchamento bicipital.

MENESES.

Tratamento da escoliose nas crianças e nos adolescentes pela estimulação do crescimento das partes côncavas da coluna vertebral. (*Traitement de la scoliose chez les enfants et les adolescents par la stimulation de la croissance des parties concaves de la colonne vertébrale*), por J. HANAUSEK (Praga). — *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Ano XLI. Tômoo XXI. N.º 3. Págs. 219-229. Maio-Junho de 1934.

O A. propõe um novo caminho para o tratamento da escoliose nas crianças e nos adolescentes pela estimulação do crescimento das partes côncavas da coluna vertebral. Este método é baseado, por um lado, no que a prática nos ensina e que é, no caso de inflamação crônica dos ossos ao nível da diafise, a cartilagem da epífise irritar-se algumas vezes de tal modo que se produz um crescimento patológico em comprimento da respectiva extremidade, — e por outro lado, na possibilidade de irritar a cartilagem da epífise, pro-

LISBOA MÉDICA

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÉDINE

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

LABORATOIRES DEGLAUDE

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a
RUA DA PALMA, 240-246 LISBOA

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

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

LABORATORIOS ANDRÓMACO

RUA ARCO DO CEGO, 90

LISBOA

FORXOL BAILLY

ASSOCIAÇÃO SYNERGICA, ORGANO-MINERAL
sob a forma concentrada dos principios medicamentosos mais eficazes

FERRO, MANGANEZ, CALCIUM

em combinação nuclemica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

ADYNAMIA DOS CONVALESCENTES
ESTADOS AGUDOS DE DEPRESSÃO E ESTAFAMENTO
ASTHENIA CRÓNICA DOS ADULTOS
PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO
FRAQUEZA GERAL, ANEMIA E NEUROSES

LIQUIDO

AGRÁDAVEL) toma-se no mero das refeições, n'agua, no vinho ou outro liquido excepto o leite)

Laboratorios A BAILLY, 13 et 17 Rue de Rome PARIS 8^e)

vada pelas experiências de vários autores, por exemplo Maas, que obteve o alongamento do membro pela pincelagem com tintura de iodo.

O A. recomenda, sobretudo na execução prática do método, o emprêgo da radiação das partes côncavas da coluna vertebral por meio dos raios luminosos de lâmpada eléctrica (principalmente de noite, no leito de gesso, durante algumas horas), a diatermia e a pincelagem periódica (uma vez por semana) da epiderme com tintura de iodo, ou com rubrificantes, nos sítios correspondentes às partes côncavas da coluna vertebral e da bacia.

MENESES.

A coracoídite. (*La Coracoïdite*), por JULLIARD (Genève). — *Revue de Pathologie et de Physiologie du Travail*. Ano X. N.º 3. Págs. 105-110.

O A. aproxima esta entidade mórbida da epicondilite e pretende isolá-la do grupo das periartrites.

Trata-se de doentes que, em seguida a uma queda ou a qualquer outro traumatismo, se queixam de dores na espádua e não podem levantar o braço, estado que dura durante semanas ou meses.

Porque se desconhece esta doença, tem-se a tendência a acusar os doentes de exagêro e dão-se maçaçens e faz-se mobilização em excesso. E afinal, uma ligeira pressão sôbre a apófise coracoidea, que está dolorosa, permitiria reconhecer a natureza da doença.

O mecanismo não é o duma contusão (não há escoriação da pele, nem equimose), mas o dum afastamento violento e brusco do braço (em seguida a um escorregamento, ficando a mão agarrada, por exemplo a um corrimão, ou após uma queda de bicicleta, levando a mão à frente para amortecer o choque, ou ainda depois de arrancar um prego, o braço sofrendo uma torsão em abdução). Há uma tracção mais ou menos intensa sôbre o coraco-braquial, o pequeno peitoral e por vezes o infra-escapular.

Não há fenómenos infecciosos, tumefacção, vermelhidão. A radiografia é negativa, o osso pode rarefazer-se, mas com o tempo, quando a dor e a impotência funcional se eternizam. Há, provavelmente, filetes nervosos do periosteos que são estirados ou arrancados.

Os sintomas são uma dor viva na coracoidea, uma limitação mais ou menos pronunciada da abdução do braço (a flexão para a frente é possível e não dolorosa) e limitação da rotação externa, quando o infra-escapular está atingido.

O deltóide atrofia-se mais ou menos, secundariamente. Tem sido citada crepitação peri-articular tardia. A doença é fácil de distinguir da artrite do hombro, da bursite subacromial e da contusão do circumflexo.

A radiografia nada revela.

A evolução é lenta e pode durar meses; é sujeita a recaídas, quando se mobiliza o membro com demasiada energia ou quando o doente retoma o trabalho. Se durar muito tempo, pode trazer rigidez da articulação do ombro.

O tratamento deve consistir, sobretudo no início, em repouso, applicações

quentes, mobilização muito ligeira, diatermia, maçagem suave e injeções de novocaina na região da caracoidea.

MENESES.

Tratamento das fracturas do escafoide do carpo. (*Treatment of fractures of the carpal scaphoid*), por RALPHE HALL e KEENE O. HALDMAN. — *The Journal of Bone and Joint Surgery*. Vol. XVI. N.º 4. Outubro de 1934.

A posição de imobilização da mão e o tempo que a mesma deve durar são os dois pontos ainda discutidos nas fracturas do escafoide do carpo. Os AA., apoiados em bases anatómicas e radiográficas, aconselham imobilizar, nas fracturas recentes, com um aparelho gessado fixando o punho em completa inclinação radial e extensão de 30º a 40º, e o polegar em extensão e abdução, durante um período de sete a nove semanas, prolongando-se, se fôr preciso, nas intra-articulares até doze ou catorze semanas. Libertam o polegar ao fim de cinco semanas.

Nas fracturas antigas do escafoide com pseudoartrose preferem os AA. a tuneliseccção múltipla do escafoide a céu aberto, por a considerarem superior ao método subcutâneo proposto por Schnek, por permitir perfurações no lugar e profundidade devidas, e reduzir os fragmentos, se fôr necessário, avivando-se as superfícies quando haja indicação. Depois desta operação, imobilização, como nas fracturas recentes.

Quando, além da pseudoartrose, se juntam alterações avançadas da forma e estrutura, os AA. consideram ideal extirpar os dois fragmentos e essencial imobilizar o punho, em completa inclinação cubital, pelo menos cinco a seis semanas, para facilitar o preenchimento cicatricial da cavidade e impedir a ulterior tendência da mão para se desviar no sentido radial.

Só extirparam o fragmento proximal nos casos complicados por deslocamento anterior do semilunar.

MENESES.

O tratamento das paralisias espasmódicas (síndromas de Little e encefalopatias). (*Traitement des paralysies spasmodiques (syndrome de Little et encéphalopathies)*), por DELCHEF (Bruxelas) e ROUDIL (Marselha). — *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Tômoo XXI. N.º 5. Pág. 434-484. Setembro de 1934.

Um dos dois temas marcadas para a XVI reunião anual da Sociedade Francesa de Ortopedia era o tratamento das paralisias espasmódicas, o síndrome de Little e as encefalopatias, e dêle eram relatores Delchef e Roudil.

O seu trabalho, precedido duma curta recapitulação sôbre os dados anátomo e physio-patológicos hoje estabelecidos, é um estudo que merece referência, pelo seu carácter acentuadamente prático.

O problema do tratamento das paralisias espasmódicas, especialmente dos síndromas acima referidos, é extremamente complexo. Fora duma terapêutica específica, que não existe ainda actualmente e que o carácter defini-

tivo das lesões torna improvável, é puramente paliativo, sintomático, se abstrairmos do tratamento que diz respeito à eugénica.

Antes de mais, convém não instituir o tratamento senão em doentes com suficientes dotes intelectuais, assim como é preciso evitar de considerar como inacessíveis à reeducação doentes cuja capacidade psico-mental é aparentemente reduzida pela importância da incoordenação motriz. Um tratamento ortopédico apropriado pode torná-los mais educáveis.

As crianças espasmódicas têm uma tendência espontânea para uma melhora progressiva. A reeducação e a fisioterapia, seguidas por bastante tempo, constituem a base indispensável de todo o tratamento; estimulam a tendência natural para as melhoras.

Esta reeducação não pode ser levada a efeito com proveito senão por pessoas habituadas e competentes e fora do meio familiar. Evitar-se-ão magagens violentas e a electroterapia, muitas vezes mal toleradas.

Sob o ponto de vista social, seria excelente poder confiar os espásticos a serviços apropriados, sob a vigilância das obras de assistência aos aleijados.

Nos casos leves, tratados desde início, e tendo insucesso o tratamento antisifilítico, a reeducação pode bastar, auxiliada por tónicos nervinos e aparelhos amovíveis.

Nos casos antigos, com deformidades já instaladas, ou nos casos de maior intensidade, os antigos métodos ortopédicos, *reinventados* nos nossos dias, prestam serviços apreciáveis. É necessário saber juntar-lhe as técnicas operatórias de alongamentos musculares, de ressecções nervosas, às vezes de transplantações tendinosas, em especial no membro superior, e de intervenções no esqueleto (torsões).

Aos casos graves, com forte hepartonia, aos casos complicados de coreo-atozose, de torticollis espasmódico, reservar-se-ão as intervenções mais importantes: as radicotomias de Foerster-Van Gehuchten, as ramiseções, a secção do feixe deiterno-espinhal.

Nos doentes intelectualmente muito deficientes e muito contracturados, poder-se-á, excepcionalmente, discutir a utilidade de intervenções capazes, não de trazer um resultado funcional, mas de os tornarem mais manejáveis pelas pessoas que os rodeiam (cuidados de higiene, vestir, transporte).

Dum modo geral, o tratamento destes doentes recorrerá ao emprêgo eclético dos diversos meios terapêuticos, combinados judiciosamente. Sobre-tudo, procurará ser oportuno. Não se deve ser dum pessimismo esterilizante nem dum optimismo demasiado entusiasta.

MENESES.

As formas médicas e cirúrgicas das tuberculoses ósseas e articulares e o seu tratamento. — Relatório do Prof. PUTTI (Bologna) à IX Conferência da União Internacional contra a Tuberculose. Varsóvia, Setembro de 1934. — *Bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose*. Vol. XII. N.º 1. Págs. 3-5. Janeiro de 1935.

Vamos dar o resumo do relatório do Prof. Putti, de Bologna (Itália).

A tuberculose ósteo-articular é a manifestação local e secundária duma

tuberculose de origem visceral e mais particularmente pulmonar. Ora é um princípio terapêutico fundamental o de curar o doente tratando a doença.

Já se não discute a importância da cura climática; a experiência demonstrou o carácter problemático da acção específica da energia radiante solar e dos seus sucedâneos. Como todos os elementos estimulantes, a climatoterapia traz uma saturação; é essa a razão pela qual a noção de alternância ou da sucessão do estímulo climatológico ganha terreno.

O tratamento específico, a imunoterapia, a quimioterapia não mostraram, em face da tuberculose ósteo-articular, uma acção diferente da que exercem no tratamento da tuberculose em geral; o mesmo se pode dizer dos métodos dietéticos.

Sejam quais forem as condições do ambiente, seja no Sanatório, seja fora d'êlé, a articulação doente deve ser tratada segundo os princípios e os métodos da terapêutica ortopédica, isto é, a imobilização; o aparelho gessado é o método que melhores provas tem dado, o mais seguro e o mais prático para chegar a êsse fim.

A intervenção cirúrgica não perdeu tôdas as posições que tinha conquistado antes da aparição do sistema conservador. Está-se já de acôrdo em condenar a ressecção quando se trata de um órgão em via de crescimento e, em qualquer idade, a ressecção por tuberculose da anca; mas, pelo contrário, presta-se ainda muito crédito a êste método quando se trata da tuberculose do joelho ou, algumas vezes também, nas lesões tibio-társicas e na tuberculose do membro superior.

Tôdas as operações anquilosantes são consideradas com um crescente interesse. São, na essência, um método mecânico, que consiste em provocar e apressar a anquiloze, contribuindo para imobilizar a articulação doente.

Ainda não está demonstrado que o enxerto exerça uma acção directa sobre o processo de reparação.

A operação anquilosante está mais indicada no estado de reparação do que na fase evolutiva da doença. No mal de Pott é mais lógico e mais eficaz no adulto do que na criança. Em qualquer caso, a operação deverá ser extrafocal. A artrodese intrafocal ou a artrodese mixta está em contradição com os princípios do tratamento conservador e por êsse facto representa uma regressão.

Fora da coluna vertebral e da anca, há occasião de ensaiar a artrodese para ou juxta-articular no tratamento das artropatias do joelho, do pé e da espádua.

MENESES.

Nova técnica operatória para o tratamento das fracturas do olecrânio.

(A new operative treatment for fracture of the olecranon), por CHARLES ROMBOLD. — *The Journal of Bone and Joint Surgery*. Vol. XVI. N.º 4. Outubro de 1934.

Esta nova teoria consta dum túnel transversal cavado na base do olecrânio, um centímetro abaixo da linha de fractura, e pelo qual se fazem

passar duas tiras desviadas do tendão do tricípete, com 8 a 10 cm. de comprimento, e unidas pela sua base à parte fracturada.

Tem a vantagem de evitar qualquer material de prótese estranho ao organismo. O A. apresenta quatro casos operados dêste modo, com êxito.

MENESES.

A situação actual da psicoterapia. (*Über die gegegenärtige Situation der Psychotherapie*), por I. ZUTT. — *Der Nervenarzt*. 8. I. H. 1. 15 de Janeiro de 1935.

A importância primitiva da psicoterapia provém da observação de que os factores psíquicos tinham um papel na génese de muitas doenças e estas poderiam ser benêficamente influenciadas por factores anímicos. Cuidou-se ser possível criar um método psicoterápico, susceptível de ser ensinado e facilmente aprendido (Freud), mas tais esperanças mostraram-se illusórias, pois com excepção da histeria (hoje menos freqüente — salvo as neuroses reivindicadores de renda que não preocuparam o psicoterapeuta) as psicoses constitucionais e mesmo certas neuroses, como a neurose obsessiva, se mostraram quasi em absoluto refratárias aos tratamentos psíquicos. O fito da psicoterapia deslocou-se e, em vez de cuidar dos sintomas e quadros mórbidos, ascende a influenciar a neurose como padecimento de alma «que não encontrou o seu verdadeiro sentido». (Jong; V. uma ref. anterior).

Problemas e questões que eram apenas confiados ao «pastor de almas» entram agora no âmbito da actividade médica; êste ponto está em relação com uma crise de vida religiosa, principalmente notória no seio da igreja protestante.

É necessário, no entanto, limitar nitidamente o papel do médico e o do padre e evitar a confusão da assistência espiritual com os cuidados médicos.

O médico dirige primacialmente os seus esforços no sentido de tratar as doenças, ou atenuá-las na medida dos seus conhecimentos científicos; além disso, não se pode negar a importância da amizade e amparo que deve tributar ao enfêrmo, mas tal não é precisamente uma psicoterapia científica; não se pode negar também que o médico dê os seus conselhos fora do âmbito da sua especial formação médica e procure resolver por outros meios, que não sejam gymnástica respiratória ou maçagens, os conflitos da personalidade com o ambiente e a falência da sua tarefa na vida, tantas vezes catalogados como «nervosos».

Esta intervenção indirecta e a acção propriamente psicoterápica do médico são, no entanto, diminutas e restritas a um número insignificante de indivíduos, em face da amplitude imensa do problema de assistência espiritual, mais do domínio cultural ou religioso.

A psicoterapia formulada por Jong como terapêutica da alma não tem, portanto, nada que ver com a actividade médica.

Sobre a questão da chamada loucura impulsiva. (*Zur Frage des sog. impulsiven Irreseins*), por M. BRESOWKY. — *Monatschrift f. Psychiatrie u. Neurologie*. B. 90. H. 3. Dezembro de 1934.

Os actos impulsivos, delituosos ou não, cometidos por determinados indivíduos, muitas vezes em contradição com as tendências e com o seu carácter, são, genéticamente, muito variáveis e dispares. Pondo de parte os actos coactos dos obsessivos e os impulsos ocorridos no decurso de psicoses (epilépticas e esquizofrénicas), reüniu Kraepelin estes casos sob o nome de loucura impulsiva.

Esta não é porém nenhuma unidade nosológica, porquanto o acto impulsivo pode ter várias origens: ser a execução de uma idea súbita, desacompanhada de qualquer base afectiva; ser um acto de curto circuito como reacção a uma situação insuportável, no qual a carga afectiva existente impediu ou limitou a respectiva reflexão inibidora; ser um acto impulsivo tomado no seu sentido mais lato em relação com uma descarga instintiva, ou finalmente como expressão ou exteriorização de um forte affecto.

Estes estados têm por base, na maior parte dos casos, uma constituição psicopática e estão em relação com as especiais alterações caracterológicas da idade puberal.

O problema da responsabilidade penal é muito difficil de resolver, carecendo cada caso de ser individualizado e apreciado nas condições especiais da sua execução. Alguns destes indivíduos cometem, a-par de actos impulsivos, outros claramente intencionais e venais, que implicam a sua plena responsabilidade penal.

BARAHONA FERNANDES.

Os tipos de motilidade, por J. GONZALO. — *Archivos de Neurobiologia*. T. XIV. N.º 1. 1934.

Ensaio de sistematização dos diferentes tipos de motricidade constitucional, elaborado sob a base da observação da motórica em indivíduos são pertencentes aos vários tipos constitucionais de Kretschmer, em comparação com as alterações psico-motoras das psicoses endógenas e motoras das doenças do sistema nervoso.

Distingue o A. o tipo sincinésico, o coreico e o parkinsonico. O primeiro é caracterizado pela fluidez, riqueza de movimentos associados, naturalidade e expressividade da motórica; predomina nos pínicos, e portanto nos indivíduos sintónicos; o que varia é o ritmo e a intensidade, rápida e rica no tipo hipomaniaco, pobre e inibida nos depressivos; nas fases correspondentes da psicose maniaco-depressiva observam-se os mesmos tipos amplificados, patologicamente; deve haver um predomínio do sistema extra-piramidal.

No tipo coreico predomina a motricidade infantil com hipotonia, movimentos descontínuos, bruscos, extravagantes, exagerados, tics, caretas, etc.; predomina no tipo asténico e hipoplásico, principalmente nos tipos de carácter hiperestésico-autístico; exprime um *deficit* de coordenação com liberação

do sistema extra-piramidal; patologicamente manifesta-se na esquizofrenia esquizocárica e hebefrenia.

O tipo parkinsoniano, caracterizado pela pobreza e rigidez dos movimentos, predomina nos indivíduos leptosómicos, atléticos e eunucóides, de temperamento equizotímico intermediário ou anestésico e também nos epileptóides; manifesta-se no âmbito da patologia na catonia, e resulta de um *deficit* extra-piramidal com predomínio piramidal e do cérebro frontal.

A motórica das psicoses da motilidade abrange os tipos sincinésico e coreico, bem como muitos histéricos, a chamada «nervosidade», as perturbações psicogénias da linguagem e a neurose obsessiva participam dos tipos coreico e parkinsoniano.

BARAHONA FERNANDES.

Encefalopatia saturnina e a protecção legal contra o chumbo.— *Geneesk. Tijdschr. Nederl. Indie*, 74, 785. — Ref. *Zentralblatt. f. d. ges. N. u. Psy.* 74 B. H. 5/6. 15 de Janeiro de 1935.

É curioso conhecer a importância que uma intoxicação saturnina pode adquirir na provocação de encefalopatias. Principalmente nas crianças chinesas das Índias Holandesas observaram-se, num ano, cêrca de quatrocentas mortes e quatrocentos casos de encefalite com *deficits* psíquicos e neurológicos residuais, causados pelo uso de pós de *toilette* contendo fortes percentagens de chumbo. No sangue encontram-se as típicas granulações basófilas dos eritrócitos; radiologicamente puderam-se demonstrar depósitos de metal nos órgãos. Pedem-se as necessárias providências legais, apoiando-se numa experiência anterior em que, depois da supressão do uso daqueles pós higiênicos, não apareceram mais casos resultantes.

BARAHONA FERNANDES.

As alterações do cérebro na doença de Winiwarter-Buerger. (Tromboendoangeite obliterante). (*Über Veränderungen am Gehirn bei der v. Winiwarter-Buegerchen Krankheit (Thromboendangiitis obliterans)*), por H. SPATZ. — 22 *Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte München*. 27-29-IX-934 — *Zentralblatt. f. d. g. Neur. u. Psy.* 74 B. H. 5/6.

São muito conhecidas as alterações vasculares periféricas e viscerais desta doença, descrita cinqüenta anos antes de Burger por Winiwarter. Recentemente foi chamada a atenção para alterações anatómicas (periflebite) e funcionais (espasmos) dos vasos da retina, bem como das coronárias.

O A. comunica o primeiro caso exactamente descrito de lesões cerebrais nesta doença. Um doente de 42 anos, depois de um período prodrómico, fofeas, cefaleias, crises passageiras de ambliopia e parestesias nos dedos, apresentou graves alterações psíquicas, consistindo principalmente em fraqueza da atenção e da memória; a seguir, movimentos atelóticos, estados de perda de consciência, vertigens, afasia transitória, incontinência afectiva e crises de agitação. Ictus com hemiplegia direita rapidamente melhorada.

Depois destes sintomas irregularmente ordenados, instalação de uma

hemianopsia e hemiplegia direita progressiva. Dilatação do corno ventricular frontal à esquerda na ventriculografia.

O exame necrópsico mostrou uma obstrução total da artéria carótida interna com um trombo extenso em parte realizado. Os ramos da artéria cerebral média estão, nuns pontos, muito delgados e exangues, noutros cheios de sangue. Grande congestão geral de todos os vasos. Nenhuma placa de arteriosclerose. Atrofia cortical, do tipo da atrofia granular com pequenos focos de amolecimento, no território de irrigação cerebral média. Nos vasos há uma proliferação da íntima e formação de trombos; nos focos recentes proliferação inflamatória, principalmente formada de leucócitos. Alterações vasculares típicas dos outros órgãos, inclusivé das válvulas cardíacas. Nenhuma gangrena.

Há, pois, uma forma especial de localização cerebral predominante desta doença, que se pode confundir com os processos cerebrais do tipo da esclerose difusa e em placas.

O seu aparecimento na juventude, o curso crónico e renitente das manifestações focais do encéfalo e dos sintomas psíquicos, a existência de uma atrofia cerebral diagnosticada pela encefalite e os sinais periféricos mesmo atenuados — permitirão fazer o diagnóstico.

BARAHONA FERNANDES.

Alteração do metabolismo em determinadas formas de psicopatia e de esquizofrenia. (*Stoffwechselstörungen bei bestimmten Formen der Psychopatie und der Schizophrenie*), por JAHU. — *22 Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte München*. 27-29-IX-934. Ref. *Nervenarzt*. 8. I. H. 1. 15 de Janeiro de 1935.

O A. descreve uma série de alterações a que chama astenia do metabolismo, que se encontram na esquizofrenia e psicopatia com uma forte astenia física e fatigabilidade.

Só uma minoria destes doentes tem uma constituição corporal asténica (Kretschmer); o transtorno é mais profundo e reside principalmente na regulação do equilíbrio ácido-básico.

A formação de ácido láctico durante o trabalho muscular é rapidamente compensada pela excreção exagerada de outros ácidos: CH no estômago, Co₂ pelos pulmões, etc.; o empobrecimento em Co₂ dá sensação de falta de ar, reacções vaso-motoras, taquicardia, etc.; a hipercloridria gástrica provoca náuseas e vômitos. Este quadro é semelhante à intoxicação pela histamina e aos choques anafilácticos. Simultaneamente há hipotensão, hipoglicemia e diminuição do ácido láctico do sangue. Este estado deve ser causado pela formação de uma substância semelhante à histamina, resultante de anomalias do metabolismo muscular provávelmente em relação com as hormonas genitais.

Estas alterações só raramente se encontram na depressão. Na catatonia, a-pesar da forte actividade muscular, não se encontra a elevação fisiológica do ácido láctico.

Curiosas são também as conhecidas alterações vaso-motoras da esquizo-

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26,13%
de "3 acetylâmimo 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"
Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

**Medicação arsenical rigorosamente indolora
pelas vias subcutaneas e intra-musculares.**

FRACA TOXIDEZ — TOLERANCIA PERFEITA — NADA DE ACUMULAÇÃO
SEGURANÇA DE EMPREGO EM DOSES ELEVADAS ACTIVAS

SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilização terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar : em "doses fortes", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verificação da ausencia de intolerancia arsenical).

em "doses fraccionadas repetidas", injectar 3 cc. todos os dias por series de 12 a 16 injectões.

Empolas de ARSAMINOL de 3 cc. (0 gr. 15 de As) e de 5 cc. (0 gr. 25 de As).

LABORATORIOS CLIN COMAR & C^{ie} — PARIS

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

D. P. 158

PREPARAÇÕES COLLOIDAES

(Metaes colloidaes electricos de pequenos grãos.
Colloides electricos e chimicos de metalloides ou aerivados metallicos).

ELECTRARGOL

(Prata)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)
Ampollas de 25 c.c. (Caixa de 2 ampollas)
Frascos de 50 c.c. e de 100 c.c.
Collyrio - m amp. conta-gott. de 10 c.c.
Pomada (Tubo de 30 gr.).
Ovulos (Caixa de 6).

ELECTRAUROL (Ouro)

Ampollas de 1 c.c. (Caixa de 12 ampollas)
Ampollas de 2 c.c. (Caixa de 6 ampollas)
Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 3 ampollas)
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 2 ampollas)

ELECTROPLATINOL (Platina)

ELECTROPALLADIOL (Pó)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)

ELECTRORHODIOL (Rhodio)

Ampollas de 5 c.c.
(Caixa de 3 e 6 ampollas).

ELECTR = Hg (Mercurio)

Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa).

Todas as doencas infecciosas sem especificidade para o agent. pathogenio.

N. B. — O ELECTRARGOL é egua mente empregado no tratamento local de numerosas affecções septicæ (Anthrax, Olites, Epididymites, Abscessos do Seio, Pleuresia, Cystites, etc.)

Todas as fórmas da Syphilis.

ELECTROCUPROL

(Cobre)

Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa)
Ampollas de 10 c.c. (3 por caixa)

ELECTROSELENIO

(Selenio)

Ampollas de 5 c.c. (3 por caixa)

ELECTROMARTIOL

(Ferro)

Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)
Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa)

ARRHENOMARTIOL

(Complexo ferro colloidal + Arsenico organico)

Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)

COLLOTHIOL (Enxofre)

Elixir — Ampollas de 2 c.c. (6 por caixa). — Pomada.

IOGLYSOL (Complexo iano-glycogenio)

Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)

ELECTROMANGANOL (Manganez)

Ampollas de 2 c.c. (6 por caixa)

Cancro, Tuberculose, Doencas Infecciosas.

Tratamento do Cancro.

Tratamento do Syndroma anemico.

Todas as Indicações da Medicação sulfurada.

Curas lodada e lodurada.

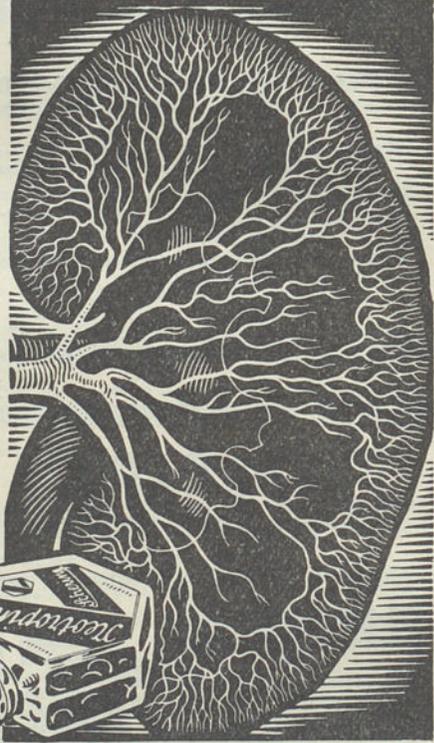
Afecções estaphylo coccicas.

LISBOA MEDICA

Pielite / Cistite

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

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



NEOTROPINA

SUBSTANCIA CORANTE BACTERICIDA

Representantes:

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

Schering

frenia aguda (cianose das mãos e dos pés, estase, etc.), igualmente semelhantes aos sintomas tóxicos da histamina. São acompanhadas por uma poliglobulia (até nove milhões de eritrócitos) com fraco índice colorimétrico, e baixa bilirubinemia. Há mesmo, anatomicamente confirmada, uma leve metaplasia da medula gorda dos ossos em medula vermelha, acompanhada de forte eritropoiese e nenhuma eritrofagia. Apoiado nestes achados, crê o A. que o produto tóxico intermediário da esquizofrenia é semelhante à substância anti-anêmica do fígado, que, por seu lado, tem também relações com a histamina.

BARAHONA FERNANDES.

Fenómenos electrobiológicos no cérebro humano. (*Elektrobiologische Phänomene am menschlichen Gehirn*), por O. FOERSTER e C. ALTEMBERGER. — 22 Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte München. 27-29-IX-934. Ref. *Nervenarzt*. 8. I. H. 1. 15 de Janeiro de 1935.

As correntes derivadas do córtex cerebral distinguem-se das correntes de acção dos nervos periféricos pela lentidão das suas oscilações de potencial. O A. investigou as correntes do encéfalo em indivíduos sãos e doentes durante intervenções cirúrgicas no crânio. A curva de repouso tem oscilações de grande amplitude, além de outras mais pequenas. Os estímulos cutâneos, movimentos activos e a actividade psíquica não provocam apenas uma alteração quantitativa. Os mesmos resultados se obtêm na região rolândica. Durante as convulsões há, nesta região, grandes oscilações de potencial.

O tipo fundamental das curvas eléctricas de várias regiões é constante; ainda não é porém possível fazer uma exacta separação em relação com as áreas arquitectónicas. Algumas manifestações da actividade encefálica acompanham-se de aumento de intensidade dos fenómenos bio-eléctricos das regiões correspondentes (estímulos sonoros e região temporal; luminosos e calcarina, convulsões motoras e frontal ascendente). Na proximidade dos tumores encontra-se uma grande baixa da tensão eléctrica.

BARAHONA FERNANDES.

Sobre a regulação nervosa do metabolismo orgânico e as suas alterações. (*Über die nervöse Regulation des organischen Stoffwechsels und ihre Störungen*), por E. GRAFE. — 22 Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte München. 27-29-IX-934. *Zentralblatt. f. d. g. Neur. u. Psy.* 74. B. H. 5/6.

Pelas investigações dos últimos vinte anos sabemos que não só as sensações de fome e sede têm a sua origem e são reguladas pelo sistema nervoso, mas também a temperatura, o metabolismo em geral e nos seus pormenores são dirigidos pelo cérebro intermediário.

A regulação da temperatura tem lugar no *tuber cinereum*; a temperatura causada por picada do córtex é devida à excitação de vias que se dirigem para o diencéfalo. Independente desta é a regulação do metabolismo geral,

sabendo-se com precisão haver uma adipose por diminuição das trocas metabólicas de origem central.

As trocas albuminóides podem aumentar até três vezes mais, independentemente das de gordura e da temperatura, por excitação do diencéfalo; as vias eferentes desta acção abandonam a medula cervical e caminham até ao fígado. A influência do bulbo sobre o metabolismo dos hidratos de carbone, já conhecida de Claude Bernard é devida à excitação das vias que provêm também do cérebro intermediário.

Também para a formação de anti-corpos e outros processos de imunidade se conhece já a sua estreita dependência destas instâncias nervosas.

O problema das vias eferentes ainda não está resolvido, parecendo ser insuficiente o simples clássico antagonismo entre vago e simpático.

Ainda não se pode discriminar a ordenação topográfica exacta destas funções pelos vários centros diencefálicos.

BARAHONA FERNANDES.

Novas observações sobre a disbasia intermitente angiosclerótica.
(*Neuere Untersuchungen über Dysbasia intermittens angiosclerotica*), por V. SATVÁN v. GÖNCZY. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 47. 1934.

Apresenta o A. uma estatística de noventa e sete casos de disbasia intermitente, número bastante elevado para uma afeção que não é muito frequente, e com o qual já é possível tirar ilações clínicas e terapêuticas. Dêste número, oitenta e cinco eram de natureza esclerótica, sete de natureza espástica e cinco por endarterite obliterante.

Acentua o A. o cuidado e a importância que é necessário dar às observações feitas com o Pachon, não só sob o ponto de vista do diagnóstico, como também pelos ensinamentos que delas se tiram para o tratamento. Ocupa-se depois mais especialmente com os casos de claudicação de forma espástica, quatro dos quais apresentavam sintomas de nevrite, para apontar a íntima relação que existe entre as perturbações nervosas e arteriais. Refere-se, finalmente, àqueles indivíduos, em geral novos e sem modificações orgânicas vasculares, em quem, a seguir a traumatismos, aparecem súbitamente lesões regionais de gangrena.

No que respeita ao sexo, é sabido que a disbasia é uma doença masculina; entre os casos apontados, encontravam-se 25% de mulheres, percentagem mais alta que a encontrada por outros autores e que Gönkzy atribue ao aumento do uso do tabaco no sexo feminino. Pelo contrário, a forma espástica é mais comum neste último sexo. Os casos de endarterite obliterante eram todos homens. Como elemento etiológico mais importante, é apontado o excesso do tabaco.

A-pesar dos numerosos medicamentos apontados, ainda hoje se não conhece um fármaco de eficácia segura; o tratamento intravenoso com soluções hipertónicas (cloreto de sódio, destrose) parece ser o de melhores perspectivas terapêuticas, devendo acompanhar-se esta prevenção com o repúdio absoluto do tabaco e do alcool. Ultimamente, Schlesinger afirma obter bons

resultados com a simpaticectomia, não permitindo que os doentes se levantem senão depois de longos períodos de repouso. Leriche propõe nos casos refratários a extirpação dos gânglios lombares, eventualmente a secção dos ramos comunicantes e, em último caso, a cordotomia.

J. ROCHETA.

A acetonúria na escarlatina e o seu valor no diagnóstico e prognóstico. (*Azetonnachweis bei Scharlach, seine diagnostische and prognostische Verwendbarkeit*), por A. VOSSCHULTE e K. ZIEGLER. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 51. 1934.

Acentuam os AA. as dificuldades que por vezes se encontram no diagnóstico da escarlatina, quando o exantema tem um desenvolvimento pouco acentuado ou os outros sintomas gerais são pouco evidentes. Por isso julgam da maior importância não esquecer a colheita de elementos que possam esclarecer os casos duvidosos. E, assim, consideram a acetonúria como uma prova que sempre se deve fazer. Em 133 casos de escarlatina encontraram positiva esta análise em 80% dos casos, quasi sempre ao terceiro ou quarto dia, mas algumas vezes só ao quinto. Pode considerar-se como tempo máximo para a sua execução até ao oitavo dia, passado o qual nunca encontraram acetona na urina. Como circunstância interessante, verificaram que os acetono-positivos são os que com muito maior frequência apresentam complicações; por isso, além do seu valor diagnóstico, esta prova tem também valor prognóstico.

J. ROCHETA.

Os reticulócitos na tuberculose pulmonar. (*Retikulozytenuntersuchungen bei Lungentuberkulose*), por M. SZOM e CH. BERGENBAUM. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 52. 1934.

O estudo dos reticulócitos do sangue periférico tem ultimamente sido realizado por vários investigadores, mas muito poucos o têm feito na tuberculose pulmonar. Os AA. apresentam os resultados por eles obtidos nesta doença.

Empregaram o método da coloração vital de Levaditi-Ehrlich, que consideram o preferível, e todas as análises foram feitas, como é de uso, com os doentes em jejum, e repetidas todas as semanas.

1) Nas tuberculosas tórpidas, benignas, não progressivas, apiréticas e sem bacilos na expectoração o número dos reticulócitos é normal.

2) Nos processos pulmonares subagudos, com poucos sinais de intoxicação, o número de reticulócitos alcança 4-5 e até 10-12 por mil de glóbulos vermelhos.

3) Nas formas agudas — infiltrado precoce, tuberculose caseosa e especialmente na tuberculose da puberdade — este número atinge até 25 e 50‰.

4) Nos casos avançados, com intoxicação intensa e sinais de anergia secundária, os reticulócitos são, em geral, poucos.

No decurso das suas investigações têm os AA. verificado que o número

dêstes elementos, assim como a sua variedade, tinham especial relação com a acuidade do processo específico e com a intensidade da fôrça de defesa do organismo, e dêste modo admitem, por exemplo, que um número alto de reticulócitos com um desvio para a esquerda da fórmula leucocitária, representa sempre um processo agudo que se desenvolve num organismo que reage enérgicamente. E, assim, da conjugação dêstes dois elementos e dos restantes usualmente empregados — velocidade de sedimentação, prova à tuberculina, etc. — podem obter-se indicações que permitam o prognóstico e a muita ou pouca eficácia do tratamento empregado.

J. ROCHETA.

Estudos electrocardiográficos na miocardite diftérica. (*Electrocardiographic Studies on Diphtherie Myocarditis*), por SIGGAARD ANDERSEN. — *Acta Médica Scandinavica*. Vol. LXXXIV. Fasc. II-III. 1934.

Numa extensa estatística de casos de difteria e aos quais o A. conseguiu fazer vários electrocardiogramas, verificou-se o seguinte:

Numa série de treze casos de difteria grave com prognóstico fatal, todos apresentam alterações electrocardiográficas; três apresentam anomalias relativamente pouco importantes do complexo ventricular, e morreram, respectivamente, no quinto, sexto e sétimo dia da doença; quatro mostram bloqueio aurículo-ventricular e ao mesmo tempo modificações consideráveis do complexo ventricular — sinais de condução defeituosa; nos seis restantes a irregularidade ventricular era tal que semelhante o bloqueio de ramo, embora atípico; o do ramo direito encontrou-se em cinco casos, o da esquerda em dois, portanto na mesma proporção dos casos crónicos. Algumas curvas lembram as encontradas na trombose das coronárias.

Noutra série, que compreende cento noventa e quatro casos, estão incluídas as difterias benignas e severas que curaram; os exames foram feitos em 1924-25 e uma parte dêles reexaminados em 1933.

Também nesta série se encontram com muita frequência alterações electrocardiográficas, que consistiam em modificações do P e no aumento de P R, atingindo por vezes o bloqueio aurículo-ventricular. Q aparece aumentado algumas vezes e mais especialmente na terceira derivação. O R encontra-se alargado, bifurcado, tomando nalguns casos o aspecto de bloqueio de ramo. O intervalo R S T pode adquirir uma forma arqueada característica. T não excede muitas vezes a linha iso-eléctrica ou então aparece nitidamente negativa; êste facto verifica-se principalmente na terceira derivação. São freqüentes as extra-sístoles, principalmente auriculares.

Da comparação entre o diagnóstico electrocardiográfico e o clínico dêstes cento noventa e quatro doentes, verificou-se duma maneira geral a sua concordância, mas deve acentuar-se que o primeiro se fazia mais precocemente. Clinicamente diagnosticou-se miocardite em 36% dos casos moderados e em 45% dos graves; modificações electrocardiográficas encontram-se em 42% dos primeiros e em 61% dos segundos.

O exame electrocardiográfico não mostrou alterações em 14% dos casos que apresentavam sinais clínicos. À data da alta 25% dos doentes apresen-

Sôbre as **ORMICETAS**

Dr. F. Schierenberg "O tratamento da cistite pelas Ormicetas,". Deutsche medizinische Wochenschrift Nr. 29.

«Ao contrário do que se verifica com o emprêgo dos solutos de alúmen cujos sintomas secundários—macerações e irritações locais—são sobejamente conhecidos, o uso das Ormicetas mesmo em fortes concentrações, nunca originou qualquer sintoma secundário desagradável ou irritação. O autor refere-se a 15 casos de cistite, sem que entre êles figurasse qualquer de carácter gonorreico.

Passados 10 a 14 dias verificou-se uma reacção favorável em 11 dêstes casos e uns 20 dias depois, nos restantes 4 casos. A piuria e os sintomas agudos desapareceram, a urina tornou-se clara e os tenesmos mais raros e menos intensos.

O exame microscópico do sedimento, evidenciou uma redução dos leucocitos, especialmente nos doentes que apresentavam anteriormente coli-bacilos em grande abundância.

Também se verificou uma acção rápida em 5 casos de cistite crónica. Depois de se proceder diàriamente, logo de início, a 2 ou 3 lavagens seguidas com solutos de Ormicetas, a cura foi definitiva sem qualquer recidiva. Os doentes não consideraram desagradável o tratamento, sendo portanto a acção dêste preparado suave, inofensiva e atóxica».

LISBOA MÉDICA

INSULINA 'A.B.'
MARCA DE  FÁBRICA

a 1.^a 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.^{mos} Clínicos

**COLL TAYLOR, L.^{DA} — Rua dos Douradores, 29, 1.^o — LISBOA — TELE F. } 21476
G. } DELTA**

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 originais têm direito a 25 exemplares em separata.

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes: Colónias e estrangeiro:

Ano, 60\$00

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

tavam sintomas de lesão cardíaca e aproximadamente 50% alterações electrocardiográficas.

Numa recapitulação final o A. chega às seguintes conclusões: a miocardite é a causa da morte na maioria dos doentes que morrem de difteria; por outro lado, o colapso vascular deve também contribuir para a causa de muitas outras. Na difteria não fatal a miocardite é a consequência habitual em pelo menos metade dos casos graves, e os mais precoces e seguros sinais são dados pela electrocardiografia. A experiência do A. leva-o, por isso, a aconselhar que de futuro se deve dar mais importância às ligeiras anomalias clínicas, considerando-as como suspeitas e, nestas circunstâncias, só permitir o levante mais tardiamente.

As lesões miocárdicas produzidas pela difteria podem, em muitos casos, não regressar; êste facto tem sido observado por Andersen, após um período de oito anos, depois da doença, e não só naqueles que apresentaram sintomas clínicos durante esta, como mesmo nalguns com sintomas ligeiros ou nulos. Em todos estes casos, excepto um, o exame electrocardiográfico revelou modificações definitivas durante a evolução da difteria.

J. ROCHETA.

A gastroduodenite. (*Uber Gastroduodenitis*), por TORBEN ANDERSEN. — *Acta Medica Scandinavica*. Vol. LXXXIV. Fasc. II-III. 1934.

Neste artigo, bem documentado com numerosos casos clínicos minuciosamente estudados, afirma o A. a sua concordância com as últimas hipóteses apresentadas para a etiopatogenia da úlcera gastroduodenal, defendidas especialmente por Konjetzney, Faber e alguns outros. A úlcera gástrica crónica nasce duma gastrite a princípio difusa, depois descamativa, erosiva e por fim ulcerativa. Nem sempre a inflamação atinge o último grau, e, quando o atinge, a úlcera ou úlceras formadas podem curar, deixando uma cicatriz. Êste facto só há pouco ficou completamente esclarecido, depois que as ressecções gástricas se acumularam e foi possível estudar a seguir e com a maior minúcia as porções extraídas.

Por outro lado, e devido a esta mesma circunstância, verificou-se que muitos doentes operados, com todos os sintomas de úlcera gastroduodenal, só apresentavam sinais de gastroduodenite, e de aí a conclusão, hoje absolutamente confirmada, que aquelles sinais permitem apenas êste diagnóstico com mais ou menos suspeitas sobre a existência de úlcera. Resta-nos, para a confirmação desta, o exame radiográfico, e nesta conformidade é de interêsse saber se a sintomatologia é diferente nos casos que têm ou não êste exame positivo.

Para saber se é justificada a separação dos doentes, baseando-nos apenas na chapa radiográfica, compara o A. dois grupos: o primeiro compreende oitenta e oito doentes que apresentam nicho no duodeno ou na pequena curvatura (eventualmente com estômago em ampulheta), ou bulbo alterado por cicatrizes (sinal de Schinz); o segundo compreende cinquenta e nove doentes, nos quais se não encontrou nenhuma anomalia radiográfica, mas onde o dia-

gnóstico da gastroduodenite se fundava na existência dum síndrome pilórico manifesto, acompanhado, nalguns casos, com hemorragias bem caracterizadas.

Depois duma comparação detalhada dos dois grupos, chega o A. à conclusão de que a hemorragia numa gastroduodenite não permite com segurança afirmar a existência duma úlcera crónica e que, abstraindo dos casos com estenose pilórica, não há razão para clinicamente se separar os doentes que apresentam sinais radiográficos típicos de úlcera daqueles que os não apresentam. A retenção gástrica depois das seis horas não tem importância para o diagnóstico de gastroduodenite, com ou sem úlcera.

Entende, por isso, Andersen que a noção de gastroduodenite na clínica diária representa uma simplificação da nomenclatura anterior, que punha a sua atenção especial na sede duma úlcera eventual, e de aí derivavam os diferentes sintomas da úlcera, ligando-os uma vez a uma localização, outra vez a outra. Pelo contrário, quando se faz o diagnóstico de gastroduodenite, com ou sem úlcera, a sua vantagem principal consiste em chamar a atenção para este facto, visto que não importa para o tratamento que ela se forme mais tarde ou mais cedo, ou mesmo se não forme.

Quanto ao tratamento, deve sempre ser médico, excepto na estenose pilórica, no espasmo pilórico com retenção de doze horas, ou ainda nas hemorragias recidivantes, ou dores que não tenham cedido à terapêutica conservadora.

J. ROCHETA.

A sintomatologia do aneurisma parcial do coração. (*Zur Symptomatologie des partiellen Herzaneurysmas*), por D. SCHERF e O. ERLSBACHER. — *Medizinische Klinik*. N.º 51. 1934.

A-pesar-de, anatomicamente, ser conhecido o quadro do aneurisma parcial do coração há aproximadamente duzentos anos, e de ser do conhecimento dos clínicos, há bastante tempo, a relação que existe entre este e a trombose das coronárias, poucos progressos se tem feito para o seu diagnóstico clínico. E assim dizem, por exemplo, Christien e Frick: «o aneurisma parcial do coração é impossível de diagnosticar quando nos servimos apenas da palpação, percussão e auscultação».

Mesmo a radiografia nem sempre garante a sua existência, embora por ela se tenha chegado a esse resultado algumas vezes, porque a maioria dos aneurismas assentam na parede anterior do ventrículo e não se destacam duma maneira evidente do contorno cardíaco.

Os AA. apresentam três casos típicos de trombose do ramo descendente da coronária esquerda, e que todos manifestaram o mesmo sintoma, um dêles confirmado pela autópsia como aneurisma, e que é uma pulsação típica, palpada sempre no mesmo ponto: alguns centímetros para dentro e para cima da pulsação da ponta. O seu aparecimento mais precoce verificou-se seis dias depois da trombose e o mais tardio treze dias depois; a pulsação depois aumenta em intensidade rapidamente, mantém-se assim durante algumas semanas, para em seguida diminuir e desaparecer por fim completamente.

Este sinal não pode confundir-se com qualquer outro, pois fica tão próximo do contórno esquerdo do coração que não permite a troca com a pulsação que, por vezes, se encontra no aumentado e hipertrofiado coração direito e, por outro lado, bastante baixo para o tomar como devido ao cónus da artéria pulmonar. E sempre sistólico. Deve acrescentar-se que em nenhum dos três casos foi possível o diagnóstico por intermédio das radiografias.

ROCHETA.

Fibrilação e flutter parciais das aurículas e dos ventriculos. (*Fibrillazione e flutter parziali degli atri e dei ventricoli*), por L. CONDORELLI. — *Mimerva Medica*. N.º 3, 1935

Embora a prova experimental da fibrilação parcial da aurícula já o A. tivesse conseguido em trabalhos seus, ainda até hoje não havia documentos que garantissem a sua autenticidade em clínica. Neste artigo, Condorelli apresenta um caso interessante de bloqueio aurículo-ventricular a quem foi feito um electrocardiograma durante várias crises seguidas do síndrome de Stokes-Adão. Pelos gráficos se verificam períodos de fibrilação ventricular — coincidentes com as síncope do doente — com uma frequência variável, nem sempre alta, e que apresentam a particularidade de não alterarem o ritmo automático próprio dos ventriculos, nem de mostrarem interferência. Este facto só se pode explicar admitindo um duplo bloqueio de detesa do centro automático e das zonas do coração que circundam o ponto onde se geram os estímulos da fibrilação.

O A. classifica este caso de fibrilo-flutter ventricular com bloqueio de protecção do centro automático sem interferência e pode considerar-se como um caso particular de parassístolia.

ROCHETA.

Cirrose pulmonar. (*Über Lungenzirrhose*), por W. HANTELMAN. — N.º 52, 1934.

Começa o A. por definir a cirrose pulmonar e, em seguida, descrever as características anátomo-patológicas dos diversos tipos de pneumonia crónica, para se deter mais detalhadamente na análise da pneumonia crónica intersticial, forma a que correspondem os dois casos que refere de cirrose pulmonar. Ambos se comparam, sob o ponto de vista histológico e clínico; queixas do lado do aparelho respiratório, que se arrastam durante mais de vinte anos, com pioras progressivas, a que se junta depois insuficiência cardíaca, com edemas, e morte por insuficiência circulatória.

Em nenhum há sinais de tuberculose ou sífilis. Na autópsia encontraram-se os pulmões pequenos cirrosados, cobertos de pequenas bolhas; o coração direito fortemente dilatado e hipertrofiado; não se notou a pleura espessada, nem sinais de arteriosclerose. Merecem especial menção os alvéolos dilatados, enfisematosos, que dão à superfície pulmonar o aspecto característico mencionado. A sua formação deve-se ao tecido cicatricial, intersticial, que

se encontra principalmente nas zonas centrais. ¿Como interpretar este quadro? Hansemann admite, por comparação com as cirroses doutros órgãos — pâncreas, mama, rim — uma causa endógena, de origem provavelmente endocrínica, teoria absolutamente hipotética e com a qual o A. não se satisfaz e não a aplica aos seus casos. Pelo contrário, como os dois doentes, em virtude da sua profissão, estavam sujeitos a inalações de determinadas poeiras, admite que estas, embora não se tenham encontrado os seus sinais na necrópsia, tenham sido capazes de provocar uma inflamação por alergia. A falta de eosinófilos no sangue não prova a falta dum estado alérgico ou hiperérgico, como o demonstram os trabalhos de Peipers.

O processo podia ter sido provocado pela repetida inalação duma determinada substância — alérgico — que pela continuação tenha provocado da parte do organismo uma reacção alérgica e, mais tarde, hiperérgica.

ROCHETA.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

De Coimbra

A Faculdade de Medicina de Coimbra será representada no Congresso de História de Medicina de Madrid pelo Prof. Rocha Brito.

— A seu pedido, foi exonerado de médico interno dos hospitais da Universidade de Coimbra o Dr. Joaquim de Sousa Machado.

De Lisboa

A Faculdade de Medicina aprovou, por concurso documental, para professores contratados de dermatologia, sifilografia e doenças venéreas e de oto-rino-laringologia, respectivamente, os Drs. Álvaro Lapa e Ary dos Santos.

Hospitais

Civis de Lisboa

Publicou-se já a lista dos candidatos admitidos ao concurso para assistente de Clínica médica dos Hospitais Civis de Lisboa.

O júri dêste concurso é constituído pelos seguintes médicos dos hospitais: Drs. Anibal de Castro, Simões Ferreira, Bonhorst, E. Mac-Bride, Cancela de Abreu e Travassos.

De Rio Maior

Foi inaugurado solenemente o hospital da Misericórdia de Rio Maior.

Sociedade das Ciências Médicas

Na última reunião da Sociedade das Ciências Médicas, o Prof. Silva Carvalho fez uma comunicação sobre «Um importante capítulo da história da oftalmologia em Portugal».

O Prof. Borges de Sousa apresentou um trabalho sobre «Tratamento dos descolamentos da retina».

* * *

Instituto Bacteriológico Câmara Pestana

Abriu-se concurso, pelo prazo de trinta dias, para preenchimento de uma vaga de médico veterinário subchefe de serviço do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.

O *Diário do Governo* publicou a lista de antiguidades do pessoal do mesmo Instituto.

* * *

Maternidade Dr. Alfredo da Costa

No dia 14 de Fevereiro último realizou-se uma reunião científica na Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

O Prof. Augusto Monjardino fez uma conferência sobre «Menstruação».

O Dr. Cabral Sacadura apresentou e descreveu o funcionamento de novos aparelhos de obstetrícia, tais como: o histerotomógrafo de Frey, um aparelho de infusão gota a gota intravenoso e um aparelho de transfusão «Satrans».

— No dia 27 de Fevereiro tornou a reunir-se o corpo clínico da Maternidade.

O Prof. Costa Sacadura apresentou o movimento da secção de obstetrícia e o Prof. Jorge Monjardino falou sobre a estatística do serviço de ginecologia, Apresentaram comunicações os Drs. Costa Félix, J. da Silva Horta e Daniel Monteiro e Fernando de Almeida.

— Foi nomeado médico da Maternidade o Dr. Fernando Teixeira de Sampaio.

* * *

Bólsas de estudo

A Sr.^a Dr.^a D. Maria Luísa Saldanha da Gama Van Zeller, assistente livre do Instituto Português de Oncologia, foi equiparada a bolseiro fora do país, pelo prazo de sete meses.

Em Londres

Da Assistência Nacional aos Tuberculosos recebemos, com o pedido de publicação, a comunicação seguinte, sobre Bólsas de Estudo no Instituto «Carlo Forlanini» em Roma, comunicação que a Assistência foi enviada pela União Internacional contra a Tuberculose:

«Nous rappelons aux Gouvernements et aux Sociétés Nationales membres de l'Union que la Fédération Nationale Italienne Fasciste de Lutte contre la Tuberculose met à la disposition de l'Union Internationale contre la Tuberculose six bourses d'études à l'Institut «Carlo Forlanini» à Rome.

Les conditions offertes sont les suivantes :

Les bourses mises au concours, d'une valeur de 3.000 lires chacune, plus la nourriture et le logement, doivent servir à faciliter le stage de médecins étrangers à l'Institut «Carlo Forlanini» à Rome. Ce séjour se répartira sur l'année universitaire (du 15 Novembre au 15 Juillet), c'est-à-dire huit mois interrompus par les vacances usuelles.

Les boursiers devront obligatoirement résider à l'Institut.

Les bourses seront attribuées de préférence à de jeunes médecins déjà familiarisés avec les problèmes de la tuberculose et désirant se perfectionner dans cette branche.

Le genre de travail poursuivi à l'Institut sera déterminé par accord entre le Directeur de l'Institut et le candidat.

Les publications résultants de ces travaux pourront être payées partiellement ou totalement par l'Institut (1).

L'attribution de ces bourses a lieu régulièrement à la session d'été du Comité Exécutif, qui se réunira le Juillet 1935. *Les noms des candidats, accompagnés de renseignements sur leur âge, leurs titres, etc., leur expérience professionnelle, doivent parvenir au siège du Secretariat, 66. Boulevard Saint-Michel, avant le 1er Juillet 1935.*

Aucun acte de candidature ne sera pris en considération s'il n'est transmis au Comité Exécutif par un Gouvernement ou une Association membre de l'Union».

*
* * *

ERRATA

Página	linha	onde lê	deve ler-se
X	29	<i>Londres</i>	<i>Roma</i>

* * *

Curso de Medicina Sanitária

Até ao dia 8 de Março esteve aberto, na secretaria do Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge, o prazo para entrega de requerimentos para a matrícula no Curso de Medicina Sanitária.

(1) Pour tous détails supplémentaires, voir Bulletin Vol. VIII, n.º 4, page 395.



O Prof. Borges de Sousa apresentou um trabalho sôbre «Tratamento dos descolamentos da retina».

*
*
*

Instituto Bacteriológico Câmara Pestana

Abriu-se concurso, pelo prazo de trinta dias, para preenchimento de uma vaga de médico veterinário subchefe de serviço do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.

O *Diário do Govêrno* publicou a lista de antiguidades do pessoal do mesmo Instituto.

*
*
*

Maternidade Dr. Alfredo da Costa

No dia 14 de Fevereiro último realizou-se uma reunião científica na Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

O Prof. Augusto Monjardino fêz uma conferência sôbre «Menstruação».

O Dr. Cabral Sacadura apresentou e descreveu o funcionamento de novos aparelhos de obstetrícia, tais como: o histerotonógrafo de Frey, um aparelho de infusão gota a gota intravenoso e um aparelho de transfusão «Satrans».

—No dia 27 de Fevereiro tornou a reunir-se o corpo clinico da Maternidade.

O Prof. Costa Sacadura apresentou o movimento da secção de obstetrícia e o Prof. Jorge Monjardino falou sôbre a estatística do serviço de ginecologia, Apresentaram communicacões os Drs. Costa Félix, L. da Silva, Horta

livre do Instituto Português de Oncologia, foi equiparada a bolseiro fora do país, pelo prazo de sete meses.

Em Londres

Da Assistência Nacional aos Tuberculosos recebemos, com o pedido de publicação, a communicacão seguinte, sôbre Bôlsas de Estudo no Instituto «Carlo Forlanini» em Roma, communicacão que à Assistência foi enviada pela União Internacional contra a Tuberculose:

«Nous rappelons aux Gouvernements et aux Sociétés Nationales membres de l'Union que la Fédération Nationale Italienne Fasciste de Lutte contre la Tuberculose met à la disposition de l'Union Internationale contre la Tuberculose six bourses d'études à l'Institut «Carlo Forlanini» à Rome.

Les conditions offertes sont les suivantes :

Les bourses mises au concours, d'une valeur de 3.000 livres chacune, plus la nourriture et le logement, doivent servir à faciliter le stage de médecins étrangers à l'Institut «Carlo Forlanini» à Rome. Ce séjour se répartira sur l'année universitaire (du 15 Novembre au 15 Juillet), c'est-à-dire huit mois interrompus par les vacances usuelles.

Les boursiers devront obligatoirement résider à l'Institut.

Les bourses seront attribuées de préférence à de jeunes médecins déjà familiarisés avec les problèmes de la tuberculose et désirant se perfectionner dans cette branche.

Le genre de travail poursuivi à l'Institut sera déterminé par accord entre le Directeur de l'Institut et le candidat.

Les publications résultants de ces travaux pourront être payées partiellement ou totalement par l'Institut (1).

L'attribution de ces bourses a lieu régulièrement à la session d'été du Comité Exécutif, qui se réunira le Juillet 1935. *Les noms des candidats, accompagnés de renseignements sur leur âge, leurs titres, etc., leur expérience professionnelle, doivent parvenir au siège du Secretariat, 66, Boulevard Saint-Michel, avant le 1er Juillet 1935.*

Aucun acte de candidature ne sera pris en considération s'il n'est transmis au Comité Exécutif par un Gouvernement ou une Association membre de l'Union».

*
*
*

Liga dos Amigos dos Hospitais

Reüniu-se a assemblea geral da Liga dos Amigos dos Hospitais, a-fim-de eleger os corpos gerentes e aprovar o quadro do pessoal, bem como os respectivos vencimentos.

Ao Dr. Sabino Pereira a assemblea resolveu conferir uma medalha de ouro pelos serviços prestados.

Consideraram-se sócias beneméritas as senhoras da comissão encarregada de angariar donativos.

*
*
*

Curso de Medicina Sanitária

Até ao dia 8 de Março esteve aberto, na secretaria do Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge, o prazo para entrega de requerimentos para a matrícula no Curso de Medicina Sanitária.

(1) Pour tous détails supplémentaires, voir Bulletin Vol. VIII, n.º 4, page 395.



Saúde pública

A Direcção Geral de Saúde publicou uma nota officiosa em que aconselha a população a que se não assuste com a epidemia de gripe. Segundo aquela nota, a epidemia não tem aspecto de malignidade.

— O Dr. Gabor Lajos Ziegler Patkoczy foi nomeado médico de lactários e creches.

*
*

Saúde colonial

O chefe dos serviços de saúde do Ministério das Colónias, Dr. Silva Neves, foi reconduzido no seu cargo.

*
*

Conferências

O Dr. França Martins, médico de aeronáutica, pronunciou, no Hospital da Estrêla, uma conferência intitulada «A aviação sanitária».

*
*

Homenagens

O pessoal do Hospital Joaquim Urbano, do Pôrto, prestou homenagem ao Prof. Carlos Ramalhão, médico daquele estabelecimento.

*
*

Partidos médicos

Está aberto concurso para o lugar de médico municipal do partido da freguesia de Venda Nova, concelho de Montalegre.

*
*

Necrologia

Faleceram: em Alvega, o Dr. Ramiro de Matos Maia, e no Pôrto, o Dr. Manuel Lourenço Gomes, professor de Medicina Legal da Faculdade de Medicina do Pôrto.



PANBILINE

nas DOENÇAS DO FIGADO

RECTOPANBILINE

na PRISÃO DE VENTRE

HÉMOPANBILINE

nas ANEMIAS

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

LABORATOIRE J. D^e PLANTIER ANNONAY (Ardeche)
FRANCE

ou Gimenez-Salinas & C.^a — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

OPOTERAPIA VEGETAL

As Energétènes BYLA

TODO O SUCO INALTERAVEL DA PLANTA FRESCA E VIVA

Valériane Byla

Digitale Byla

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

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

Rua da Palma, 240-246 — LISBOA



Nutromalt

Assucar nutritivo para creanças de mama, preparado segundo Soxhlet.

Cura as perturbações digestivas sem submeter as creanças a uma dieta debilitante.

INDICAÇÕES: Para creanças com saúde em vez de assucar de leite ou de cana, assegura uma digestão fácil, sem perturbações gástricas ou intestinaes. Em todos os casos de desarranjos das funções digestivas do bebé acompanhadas de fezes ácidas e diarreicas, isto é, na maior parte dos casos de dispepsia aguda ou crónica, perturbações do leite, d'atrofia ou diarreia estival.

DOSE: A maior parte das vezes basta substituir o assucar natural pelo NUTROMALT. Segundo os casos deve prescrever-se 2 a 8% de NUTROMALT por biberon. V. literatura.

O NUTROMALT contém as vitaminas de crescimento (factor b) indispensaveis ao desenvolvimento normal do organismo infantil.

DR. A. WANDER S. A. BERNE

Unicos concessionarios para Portugal

ALVES & C.^a (Irmãos)

Rua dos Correeiros, 41-2.^o — LISBOA

Amostras e literatura gratis



Assucar nutritivo para creanças
de mama

Sala
Est.
Tab
N.º