



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECCÃO

PROFESSORES

*Egas Moniz, Augusto Monjardino, Lopo de Carvalho,
Tulido Valente, Adelino Padesca, Henrique Parreira,
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

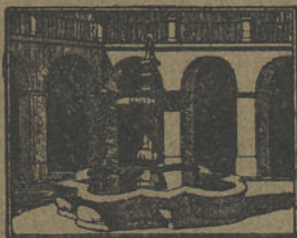
A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e portê 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.

Sala

Est.

Tab.

N.º



Cardio-Vascular
» Merck «

Embalagem original: Frasco conta-gotas de 10cc.

Para a profilaxia e terapêutica da debilidade cardíaca e circulatória em estados de esgotamento, doenças infecciosas (gripe, difteria etc.), antes e após operações, na hipotensão constitucional.

E. MERCK - DARMSTADT

Representantes para Portugal:

QUÍMICO - FARMACÊUTICA, LIMITADA

LISBOA — Rua Gomes Freire, 96

PORTO — Rua do Almada, 59

INSULINA PROTAMÍNICA «A. B.»

(COM ZINCO) EM SUSPENSÃO (MARCA REGISTRADA)

A absorção de insulina injectada na forma de **Insulina Protamínica «A. B.»** (com zinco) em suspensão é mais prolongada e assemelha-se sobre-maneira à secreção natural de ilhotas do pâncreas.

Esta **Insulina** tem uma acção firme e regula melhor o metabolismo dos hidratos de carbone do que a insulina vulgar. Permite reduzir o número de injeções, requere geralmente uma dosagem total mais baixa e os sintomas subjectivos da Diabetes melhoram notavelmente.

40 un. por cc. $\left\{ \begin{array}{l} 5 \text{ cc. (200 un.)} \\ 10 \text{ cc. (400 un.)} \end{array} \right.$ 80 un. por cc. $\left\{ \begin{array}{l} 5 \text{ cc. (400 un.)} \end{array} \right.$

A **Insulina «A. B.»** tem reputação mundial pela sua esterilidade estritamente salvaguardada, força cuidadosamente estandardizada, ausência de reacções tóxicas e estabilidade em climas quentes.

Envia-se folheto com minúcias aos Ex.^{mos} Clínicos

Fabricantes: THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD. — ALLEN & HANBURY'S, LTD.

Representantes: **COLL TAYLOR, LTD.** — R. dos Douradores, 1.º — 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, DYSPNEA, 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 0,0004 **STROPHANTINE** CHRYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St-Martin, Paris — « PHARMACIAS »

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofeno

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.

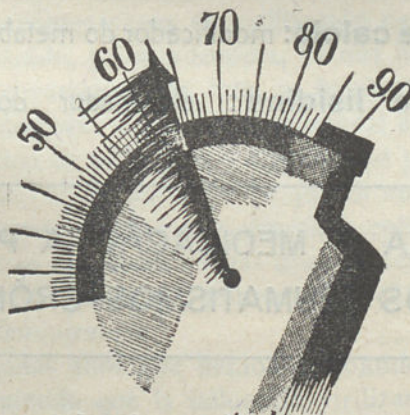
Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA



o peso aumenta! tomando

NUTRICINA

TONICO PODEROSO PARA DOENTES,
VELHOS E CRIANÇAS

A' venda em todas as farmácias

Dep. Lisboa: Lab. Jaba, R. Actor Taborda, 5
Porto: Ern. Cibrão & C.^a, Ltd, R. Almada, 244
Coimbra: Luciano & Matos, Rua Sofia, 11

A LYXANTHINE ASTIER

Granulado efervescente
anti - artrítico



Reune numa forma inédita

33% de principios activos

Iodo }
Enxofre } aceleradores da nutrição vascular e articular

Gluconato de calcio: modificador do metabolismo calcáreo

Bitartrato de lisidina: eliminador do ácido úrico

REALIZA A MEDICAÇÃO A PREFERIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

Dose média: 1 a 2 colheres de chá em 24 horas

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



Os próximos números do nosso Jornal, referentes aos meses de Janeiro e Fevereiro, consagrarse-ão exclusivamente à Colapsoterapia na Tuberculose Pulmonar, e serão constituídos pelas lições teóricas do Curso de Aperfeiçoamento que, conforme anunciámos, se inicia no dia 9 de Janeiro na Clínica de Doenças Pulmonares, do Hospital Escolar.

conocen numerosísimos casos de virilización de la mujer en los que se ha encontrado, ya un adenoma, ya una hiperplasia difusa de la corteza suprarrenal. De esto se había deducido que, en condiciones patológicas, la corteza suprarrenal era capaz de producir la virilización de la mujer; y los clínicos y experimentadores, dejándose llevar del prejuicio de que en materia sexual hay siempre un contraste exactamente simétrico entre los dos sexos, supusieron también que cuando estas mismas condiciones patológicas ocurrieran en el hombre, se produciría el fenómeno contrario, es decir la feminización.

Hace ya algunos años que hemos combatido reiteradamente esta idea, sosteniendo que la influencia virilizante de la corteza suprarrenal es común a los dos sexos; es decir que los estados hiperplásicos de esta glándula no determinan virilización en la mujer y feminización en el hombre; sino virilización en la mujer y hipervirilización en el hombre (1). GALLAIS (2) y PENDE (3) han participado de esta misma opinión.

Las razones en que apoyamos nuestra afirmación son las siguientes:

Gluconato de calcio: modificador do metabolismo calcário

Bitartrato de lisidina: eliminador do ácido úrico

REALIZA A MEDICAÇÃO A PREFERIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

Dose média: 1 a 2 colheres de chá em 24 horas

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





SUMÁRIO

Artigos originais

<i>Nota sobre el tratamiento de la insuficiencia suprarrenal por la hormona masculina</i> , por G. Marañon	Pág.	685
<i>Rickettsioses</i> , por J. Cândido de Oliveira	»	692
<i>A pesquisa do bacilo de Koch no sangue de crianças tuberculosas</i> , por Silva Nunes e Jacinto Ferreira	»	716
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	722
<i>Bibliografia</i>	»	731
<i>Noticias & Informaçoes</i>	»	XLIX

NOTA SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA SUPRARRENAL POR LA HORMONA MASCULINA

POR

G. MARAÑON (Madrid)

Uno de los conceptos menos discutibles de la Endocrinología es la acción de la corteza suprarrenal sobre la sexualidad. Se conocen numerosísimos casos de virilización de la mujer en los que se ha encontrado, ya un adenoma, ya una hiperplasia difusa de la corteza suprarrenal. De esto se había deducido que, en condiciones patológicas, la corteza suprarrenal era capaz de producir la virilización de la mujer; y los clínicos y experimentadores, dejándose llevar del prejuicio de que en materia sexual hay siempre un contraste exactamente simétrico entre los dos sexos, supusieron también que cuando estas mismas condiciones patológicas ocurrieran en el hombre, se produciría el fenómeno contrario, es decir la feminización.

Hace ya algunos años que hemos combatido reiteradamente esta idea, sosteniendo que la influencia virilizante de la corteza suprarrenal es común a los dos sexos; es decir que los estados hiperplásicos de esta glándula no determinan virilización en la mujer y feminización en el hombre; sino virilización en la mujer y hipervirilización en el hombre (1). GALLAIS (2) y PENDE (3) han participado de esta misma opinión.

Las razones en que apoyamos nuestra afirmación son las siguientes:

1.^a — En efecto, en todos los casos conocidos de hiperfunción de la corteza suprarrenal en la mujer, se produce la virilización de esta.

2.^a — En los casos de hiperfunción cortical en el hombre, se produce casi siempre un aumento de los caracteres viriles. Los casos de hiperfunción cortical en el hombre, con feminización son excepcionales; yo no he visto ninguno. En toda la literatura se han recogido tan solo seis casos (4); y aun en ellos, la feminización es discreta, mucho menos llamativa que la virilización de las mujeres hipersuprarrenales.

3.^a — En los hombres con insuficiencia de la corteza suprarrenal (es decir, en la enfermedad de ADDISON) hay una evidente tendencia a la feminización: se trata por lo comun de hombres graciles, lampiños, con voz de tenor y muchas veces con impotencia sexual, muy precoz y por lo tanto no atribuible a la profunda depresión del estado general, propia de esta enfermedad (5). Y en un caso nuestro y en otro observado recientemente en la Clínica del Dr. Richet, hemos visto producirse en el curso de la insuficiencia suprarrenal, una ginecomastia.

4.^a — En las mujeres con insuficiencia suprarrenal, se observa una feminización exagerada o casi un estado de infantilismo; jamas coincide el mal de ADDISON con mujeres corpulentas y viriloides. Y esta hiperfeminización de la insuficiencia suprarrenal no contradice el hecho, bien conocido, de la frecuente amenorrea en estas enfermas. La sexualidad es una realidad, principalmente morfológica y psicológica; la actividad genital primaria coincide muchas veces con la morfología y la psicología, pero no siempre; y es un gran error de muchos médicos el juzgar el grado de la sexualidad por la intensidad de la capacidad genital; en la mujer, por el comportamiento de la menstruación. Sin contar con que la menstruación es muy sensible al estado general y bastaria la depresión de este, en la mujer addisoniana, para perturbar a aquella.

5.^a — Los interesantes estudios histológicos de VINES (6) demuestran en la corteza suprarrenal del feto la existencia de granulaciones fuchsinofilas que estan seguramente en relación con la influencia masculinizante de estas glándulas. Ahora bien, estas granulaciones de sentido masculinizante se encuentran igualmente en el sexo masculino y en el femenino, y no solo en el masculino.

6.^a — PATTERSON y sus colaboradores (7) y otros autores, han encontrado en la orina de la casi totalidad de sus casos de mujeres con hiperfunción cortical y virilización, un aumento considerable de la hormona masculina en la orina; desde luego en cantidad superior a la que se encuentre en el hombre normal. Después de la extirpación de una de las suprarrenales, en estos casos, ese exceso de hormona masculina en la orina, desaparecía. En muchas mujeres normales se encuentra también la hormona masculina en la orina; y es verosímil pensar que se produzca en la corteza suprarrenal.

7.^a — En dos casos de hombres con enfermedad de ADDISON, hemos investigado la presencia de hormona masculina en la orina, con resultado negativo. Con la misma técnica se investigó la orina de seis hombres sanos, en las que se obtuvieron cinco reacciones claramente positivas y solo una dudosa.

8.^a — En la corteza suprarrenal de los dos sexos ha encontrado REICHSTEIN (8) una substancia de propiedades químicas y biológicas análogas al androsteron, a la que ha llamado *adrenosteron*. PATTERSON y sus colaboradores han investigado también la presencia de la hormona viril en las glándulas extirpadas de catorce casos de virilismo y solo en uno de estos catorce casos han encontrado una cantidad significativa de la hormona; pero hacen reservas acerca de la sensibilidad del método (7).

9.^a — Los resultados experimentales acerca de la acción de los extractos corticales sobre el sexo, son contradictorios. No se les puede dar gran valor, teniendo en cuenta, como dice GROLLMAN (9), que es poco probable que las glándulas de animales adultos con las que se fabrican los extractos, contengan la hormona sexual, que debe existir, principalmente, en la corteza de la glándula fetal. Sin embargo, las experiencias de MÜLLER (10) y las de ASCHER y KLEIN (11), demuestran que los extractos corticales, en la rata blanca inmadura, producen hipoplasias del utero y retraso en la apertura vaginal, es decir una acción antifemenina. Y HOLDER (12), en la cobaya ha observado, con estos mismos extractos, una clara virilización; y en el macho castrado, la inhibición de la atrofia de los vesículos y de la próstata; en suma, una acción protectora de los caracteres viriles.

10.^a — En la clínica humana no se observan resultados llamativos sobre la sexualidad, porque los tratamientos con la hor-

mona cortical son, en general, poco intensos y poco prolongados; y muchas veces, realizados con preparados ineficaces; y aun en el caso en que son eficaces, tal vez desprovistos de una actividad sexual, por las razones antes expuestas. Nosotros hemos observado en una addisoniana amenorreica y en dos con reglas escasas, el restablecimiento de la función menstrual por la acción de la opoterapia; y en dos hombres addisonianos e impotentes, una evidente mejoría de este sintoma; pero en los cinco casos había una neta mejoría del estado general y no se puede dar una interpretación específica al restablecimiento de los trastornos genitales.

La sexualidad, propiamente dicha, era difícil que sufriera cambios en estos enfermos de insuficiencia suprarrenal, por lo común jóvenes, entre los 20 y los 40 años; en esta edad, la sexualidad es un valor muy fijo, difícilmente modificable.

Nosotros hemos publicado (5), sin embargo, un caso interesante: un anciano de 82 años, que se sometió a un intenso tratamiento por la hormona cortical, con motivo de un estado de profunda astenia que padecía, no de origen suprarrenal, sino precursor de una caquexia arterioesclerosica de la que murió dos años después. En este enfermo cuya sexualidad había sido normal, pero que ahora atravesaba la fase neutra de la senilidad, se produjo a las dos semanas del tratamiento un evidente aumento del vello del tronco y de los miembros, en cantidad y en longitud; y una ginecomastia izquierda, dolorosa. El aumento del vello coincide con el sentido virilizante de la hormona. La ginecomastia, que ha sido observada en otro caso, en un addisoniano tratado con el extracto cortical por EDWARDS y colaboradores (13) puede explicarse o bien por que la corteza suprarrenal posea también una acción feminizante, aunque menos intensa que la virilizante, como supone VINES (6); o bien porque la corteza suprarrenal posea a la vez que una acción virilizante, una acción excitante de la mama. BROWNEL y colaboradores (14) han descrito una hormona especial que actuaría sobre la mama, a la que llama *corticolactina*; y nosotros hemos descrito una evidente acción galactogoga de estos extractos (5).

11.^a— Citaremos por último el parentesco embriológico entre el tejido cortical y el tejido testicular; y el parentesco químico entre la hormona cortical y la hormona testicular.

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

l i s b o a



LISBOA MÉDICA



renéhan

Gardénal

FENIL ETIL MALONILUREIA

**EPILEPSIAS
CONVULSÕES
ESTADOS ANCIOSOS
INSONIAS REBELDES**

EM TUBOS DE COMPRIMIDOS
a 0 gr 10 0 gr 05 0 gr 01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA

MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE . PARIS. 3^{ÈME}

De todos estos hechos se puede concluir que la corteza suprarrenal elabora una hormona virilizante semejante a la hormona testicular o quizá la hormona testicular misma. Esto justifica teóricamente la idea de emplear en el tratamiento de la insuficiencia suprarrenal, en uno y otro sexo, la hormona testicular, ya asociada a la cortical, ya sola. La eficacia segura de los preparados actuales de hormona testicular, frente a la insegura eficacia de muchas hormonas corticales (incluso de los mejores preparados, en cuanto evojecen un poco, como nosotros hemos demostrado) (15) es otra razón que justifica este tratamiento. Y lo justifica, finalmente, el hecho mismo de que, como hemos dicho, hay en estos enfermos una morfología feminoide en el hombre e hiperfemenina en la mujer.

Nuestros ensayos se refieren tan solo a tres casos de enfermedad de ADDISÓN, segura, dos hombres y una mujer; más cinco casos de profunda astenia constitucional con fatigabilidad, hipotensión, color moreno (sin pigmentaciones de las mucosas) y otros síntomas que nos permitían sospechar una insuficiencia suprarrenal leve.

Es muy delicado el querer extraer conclusiones demostrativas de tan corto número de casos. La observación de estos es, además, poco prolongada. Y finalmente, la mayoría de los síntomas son de orden subjetivo y, por lo tanto, expuestos a error al juzgar sus variaciones. He aquí, no obstante, su resumen:

I. — Hombre de 23 años. ADDISÓN típico, con intensa pigmentación. Es tratado por el propionato de testosterona, exclusivamente, como todos los demás casos de esta serie: una inyección diaria durante tres semanas. Al cabo de estas no se aprecian cambios en la coloración, pero el enfermo se encuentra mejor; puede andar durante mucho más tiempo que antes; ha recobrado el apetito perdido; ha recobrado también la libido que había desaparecido por completo desde hacia cinco meses; la tensión arterial ha subido de 90-60 a 110-65.

II. — Hombre de 33 años. ADDISÓN típico, aunque no grave. Durante ocho semanas recibe una inyección diaria de la hormona masculina. Al cabo de este tiempo no hay mejoría en la pigmentación; mucha menos astenia; la tensión ha subido de 110-80 a

120-80; ha recobrado el apetito. Han desaparecido los accesos de hipo, muy molestos y frecuentes, que sufría; ha desaparecido una diarrea moderada que se había presentado un mes antes.

III. — Mujer de 25 años. ADDISÓN típico. Tratada durante cinco semanas con una inyección diaria de la testoesterona. No hay diferencia de la pigmentación; gran mejoría de la astenia y de una intensa depresión melancólica; recuperación del apetito; desaparición de flatulencias y otras molestias dispepticas; ha aumentado 3 klg de peso; la tensión que era de 110-80 no ha variado; la regla que ha tenido desde que está en tratamiento, ha sido «el doble» de las anteriores y no dolorosa.

Estos tres casos siguen en tratamiento. En ellos se han hecho investigaciones de la glucemia, sodemia, potasemia y colesterinemia, que seran publicadas más adelante.

De los cinco casos de insuficiencia suprarrenal leve, se ha logrado en tres, un notable alivio de la fatigabilidad; en dos un aumento neto del peso; en tres, una elevación discreta de la tensión arterial; en los cinco una mejoría de la totalidad del estado subjetivo.

A estos casos podemos añadir otro de un hombre con enfermedad de ADDISÓN típica, observado en el Servicio del Dr. RICHET.

El enfermo ha mejorado considerablemente, pudiendo abandonar la Clínica y reintegrarse a su trabajo. Sin embargo, este caso, a la vez que la testoesterona ha sido sometido al tratamiento por la hormona cortical, la cisteína y el cloruro sódico.

En esta nota previa, solo hemos querido justificar teóricamente el tratamiento de la insuficiencia suprarrenal por la hormona testicular y presentar los primeros resultados.

NOTA BIBLIOGRAFICA

- (1) MARAÑÓN. — L'évolution de la sexualité. Paris. 1931.
— *Rev. Franç. d'Endocrinologie*. 1930. 4. 219.
— Rapport aux Journées Méd. de Paris. 1937.
— Estudios de Endocrinología. Buenos Aires. 1938.
- (2) GALLAIS. — Le syndrome genito-surrénal. Paris. 1907.
- (3) PENDE. — Endocrinologia. 1.^a edic. Milano. 1915.

- (4) LEVY SIMPON and JOLL. — *Endocrinology*. 1938. 22. 395.
- (5) MARAÑÓN. — *Presse Méd.* 1936. 44. 2057.
- (6) VINES. — In: *The adrenal cortex and intersexuality*, de Broster, Allen, etc. London. 1938
- (7) PATTERSON, GREENWOOD, MARRIAN and BUTLER. — In: *The adrenal cortex*, etc. (6).
- (8) REICHSTEIN. — *Helv. Chim. Acta.* 1936. 19. 223.
- (9) GROLLMAN. — *The Adrenals*. London. 1936.
- (10) MÜLLER. — *Klin. Woch.* 1930. 9. 1967.
- (11) ASCHER und KLEIN. — *Klin. Woch.* 1931. 10. 1076.
- (12) HODLER. — *C. R. Soc. de Biol.* 1936. 122. 512.
- (13) EDWARDS, SHIMKIN and SHAVER. — *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.* 1938. 111. 412.
- (14) BROWNEL, LOCKWOOD and HARTMAN. — *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.* 1933. 30. 783.
- (15) MARAÑÓN. — *Presse Méd.* 1937. 45. 1883.

RICKETTSIOSES (1)

POR

J. CANDIDO DE OLIVEIRA

Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa

O problema das *rickettsioses* — doenças infecciosas démicas e zoóticas produzidas por microorganismos do género *Rickettsia* — atingiu no curto espaço de alguns lustros tal desenvolvimento que nos habilita a construir um agrupamento definido nos seus aspectos etiopatogénico, anátomo-patológico, clínico e epidemiológico.

Em tórno do tifo exantemático histórico, do Velho Mundo, que por muitos séculos desdobrou os seus malefícios, reuniu o consenso dos clínicos, segundo os dados semióticos clássicos, um grupo de doenças espalhadas por todo o globo, às quais só últimamente vieram dar firme substracto os trabalhos de laboratório. São essas aquisições que eu me proponho resumir-vos.

De entre as diversas designações atribuídas a estas doenças, estabeleceu o Congresso de Higiene Mediterrânica, em Setembro de 1932, por indicação de CARLOS NICOLLE, a comum denominação de *febres exantemáticas*, para as quais o tifo exantemático constitue o tipo. Assim se deixaram em evidência os dois traços mais flagrantes do quadro clínico: a existência de uma curva febril e o aparecimento de efflorescências cutâneas.

Porém, a demonstração de formas atípicas e de infecções ocultas, que pode considerar-se quasi um elemento definidor do grupo, bem como a extensão de tais processos infecciosos aos animais, tornaram a designação de febres exantemáticas insufficiente e facilitaram a entrada dum novo vocábulo na nomenclatura médica: *rickettsioses*. Dêste modo presta-se homenagem a RICKETTS, o primeiro investigador que em 1909 observou o agente microbiano

(1) Lição do Curso de Aperfeiçoamento da Faculdade de Medicina de Lisboa, realizada em 28 de Abril de 1938.

COMPOSIÇÃO CIENTÍFICA, PERFEITAMENTE EQUILIBRADA QUE FAZ DA FARINHA LÁCTEA NESTLÉ UM ALIMENTO INTEGRALMENTE COMPLETO.

A FARINHA LÁCTEA NESTLÉ

compõe-se de farinha de trigo parcialmente dextrinada, malteada e torrada.

A SUA COMPOSIÇÃO QUÍMICA É A SEGUINTE:

Matéria gorda	7,8 %
Matérias proteicas	13,5 %
Hidratos de carbono solúveis	55,6 %
dos quais:	
Lactose	9,6 %
Sacarose	25,0 %
Maltose-dextrina	21,0 %
Amido	19,5 %
Cinzas	2,1 %
Água	1,5 %

POR CONSEQUENTE DEVE DEDUZIR-SE QUE:

100 gramas de Farinha láctea Nestlé fornecem 436 calorias, das quais:

- 17 % são devidas à matéria gorda
- 13 % » às matérias proteicas
- 70 % » aos hidratos de carbono

Esta proporção é admitida como óptima para alimentação dos lactantes.



UMA LONGA EXPERIÊNCIA, ADAPTADA CONSTANTEMENTE AOS PROGRESSOS DA CIÊNCIA, CONQUISTOU A FARINHA LÁCTEA NESTLÉ UM LUGAR DE DESTAQUE.

100 Gramas de Farinha Láctea Nestlé

contêm:

- 50 grs. de Farinha de trigo dextri-malteada e torrada
- 200 » de Leite fresco completo com 3,5% de gordura
- 25 » de Sacarose

de maneira que na composição da Farinha Láctea Nestlé entra uma quantidade suficiente de excelente leite. Por outro lado a farinha de trigo, em razão da sua dextrino-maltagem e torrefacção, assimila-se perfeitamente, conforme o demonstra o ausência de amido nos fezes dos lactantes.

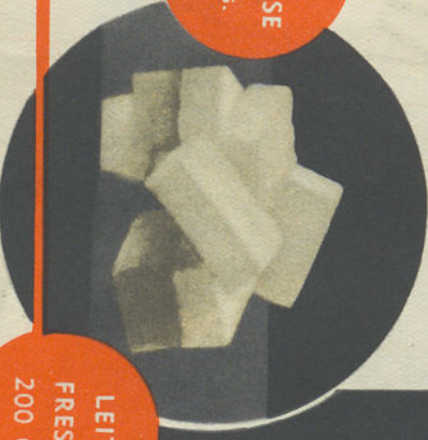
Cozendo durante cinco minutos 60 gramas de Farinha Láctea Nestlé com 210 gramas de água, obtém-se uma pópa que contém:

- 120 grs. de leite completo com 3,5% de gordura
- 30 » de farinha de trigo parcialmente dextri-malteada e torrada
- 15 » de sacarose
- 100 » de água

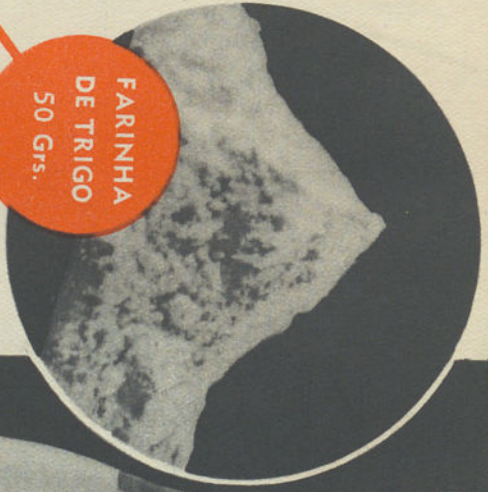
ou seja a composição geralmente recomendada para dar à razão de uma pópa diária a partir do 5.º ou 6.º mês.



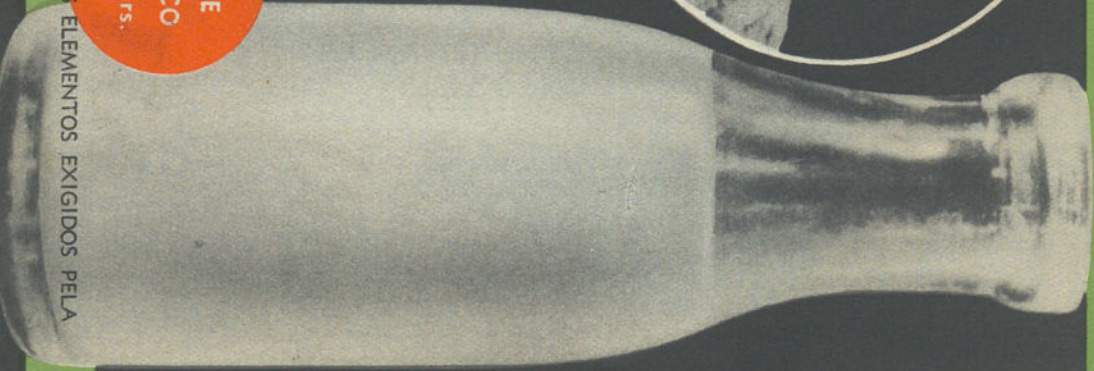
SACAROSE
25 Grs.



FARINHA DE TRIGO
50 Grs.



LEITE FRESCO
200 Grs.



DEVIDO AO SEU VALOR NUTRITIVO E A SUA RIQUEZA EM VITAMINAS A FARINHA LACTEA NESTLÉ REÚNE TODOS OS ELEMENTOS EXIGIDOS PELA CIENCIA, NA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DOS LACTANTES

no sangue dos doentes de febre das Montanhas Rochosas, e em 1910 o descreveu no sangue dos infectados de tifo exantemático e no interior dos piolhos parasitas destes doentes.

Inferese daqui que consideramos hoje a *Rickettsia* como a causa das enfermidades deste grupo, visto corresponder dum modo geral não só aos velhos postulados de KOCH como também às exigências que as doutrinas imunológicas posteriores estabeleceram para qualquer micróbio específico.

¿ O que são então as *Rickettsias* ?

Estudemos os seus caracteres gerais para compreendermos melhor a unidade desta «família tifo-exantemática», consoante a expressão do Prof. RICARDO JORGE.

Posto-que não seja fácil decidir o critério que impõe a limitação dum grupo bacterico, uma vez que o conhecimento dos fenómenos de variação e o estudo da constituição química destroem, em muitos casos, as fronteiras da taxonomia clássica (HANS ZINSSER), temos no entanto à nossa disposição um conjunto de caracteres básicos que nos permite constituir um género particular de microorganismos, distintos, a um tempo, das bactérias e dos vírus filtráveis.

As *Rickettsias* são corpos polimórficos, imóveis, muito pequenos, frequentemente com o aspecto de curtos bacilos, mas, ao contrário das bactérias, tomam mal as côres de anilina. O método de GIEMSA é o que melhor se presta à coloração destes microorganismos, que aparecem então como corpúsculos bem evidentes de tom purpurino.

ARKWRIGHT e seus colaboradores fixaram desta maneira os caracteres morfológicos diferenciais :

- 1.º — As escassas dimensões.
- 2.º — A irregularidade de forma.
- 3.º — O aparecimento em grande número, formando extensos agrupamentos.
- 4.º — A côr purpúrea pelo método de GIEMSA.

É hoje noção adquirida que não são filtráveis.

O investigador neste campo da microbiologia, dada a posição particular do grupo, tem de socorrer-se igualmente dos métodos de estudo usados para as bactérias e dos utilizados com os vírus filtráveis. É, pois, indispensável referi-los, porquanto ao aperfei-

çoamento da técnica experimental se deve o extraordinário avanço dêste capítulo nos últimos anos.

Encontram-se as Rickettsias como habitantes normais do tubo intestinal dos Artrópodos, quer estes sejam ou não sugadores de sangue, e, dêste modo, a-par de microorganismos causadores de doença no Homem e nos animais, há outros desprovidos de acção patogénica.

Assim, o primeiro método particular de estudo dêstes organismos é a *infecção experimental dos artrópodos vectores*. São especialmente os piolhos e as carraças que mais interessam porque, como veremos adiante, são êles os transmissores naturais das doenças dêste grupo.

A condição indispensável para a execução de tais experiências é dispor de artrópodos isentos de Rickettsias saprófitas ocasionais, o que se consegue mantendo uma cultura regular de piolhos e carraças. Os piolhos são levados a pôr os ovos em pedacinhos de gaze. Após a saída das larvas, colocam-se os novos insectos dentro de pequenas caixas de vidro, que se conservam na obscuridade, a uma temperatura de 28° e em atmosfera úmida.

Sob o ponto de vista alimentar, o piolho é bastante exigente. A variedade pedicular humana alimenta-se exclusivamente de sangue vivo humano. É tão estreita esta especificidade que — podemos quasi afirmá-lo — há uma variedade de piolho para cada variedade de animal hospedeiro. Assim, teremos de alimentar o parasita duas vezes por dia, sôbre a pele humana, para o que servem muito bem as caixas de Sikora presas ao pulso. São pequenas gaiolas de fundo de gaze através da qual os piolhos picam. Excepcionalmente poderemos conseguir fazê-los absorver sangue de macaco ou de porco.

A infecção experimental realiza-se de dois modos: ou colocando os parasitas sôbre a pele depilada de macacos infectados, ou inoculando-os por via rectal segundo a técnica de WEIGL, que aqui vos apresento. O piolho fixa-se entre o polegar e o indicador por meio duma tira de papel, e, com uma pipeta capilar, pratica-se um clister de material infeccioso. A-fim-de estudar a marcha da pululação dos microorganismos no parasita, podem executar-se depois repetidas micropunções de prova no intestino.

As carraças, por seu turno, infectam-se sôbre cobaias doentes,

com o auxílio de pequenas caixas semelhantes às que já referimos para o piolho (WOLBACH).

As Rickettsias dos artrópodos procuram-se, como dissemos, dentro do lume do canal alimentar e ainda nas células epiteliais que o constituem. É importante acentuar que a multiplicação destes microorganismos patogénicos só se efectua no interior das células e com especial tropismo para um particular tipo de células, consoante a variedade de Rickettsia. Assim, quando se encontram Rickettsias de tifo exantemático no intestino do piolho, deve considerar-se que se trata duma infecção primitiva das células endoteliais da parede e conseqüente evasão para o lume intestinal. Este critério importa para a distinção com a chamada *Rickettsia pediculi*, comensal do intestino do piolho, que aí se multiplica, sem invadir as células.

O exame das Rickettsias do artrópodo vector faz-se ou por esfregaço das fezes deste último, seguido de fixação e coloração, ou no próprio corpo do hospedeiro por cortes histológicos. E aqui temos outro método de estudo destes microorganismos: o *exame histológico* aplicável tanto ao artrópodo como ao mamífero infectado.

Finalmente, o terceiro método de investigação particular: a *cultura de Rickettsias*.

Se exceptuarmos, dentro de certos limites, a chamada *Rickettsia nipónica*, agente da febre fluvial do Japão, até à data não tem sido possível cultivar os micróbios deste grupo na ausência de células vivas. Passa-se aqui alguma coisa de parecido com o que sucede no grupo dos vírus filtráveis. Afastadas do animal que infectam, as Rickettsias não vivem além de algumas horas. Tôdas as tentativas de cultura em meios artificiais têm resultado infrutíferas. Constituiu, portanto, um notável progresso a aplicação ao estudo das Rickettsias da técnica já há muito aperfeiçoada da cultura de tecidos. Sabem como é hoje possível, graças aos trabalhos de HARRISON e CARREL, conservar em crescimento fora do organismo, por espaço de tempo indefinido, tôdas ou quasi tôdas as variedades de células vivas.

Tiveram, então, alguns investigadores a idea de cultivar os vírus e as Rickettsias na presença de determinadas células em crescimento activo. Dificilmente se considera hoje quanto a introdução deste método trouxe de rápido proveito no capítulo em

questão. Vejamos os seus fundamentos e quais as sucessivas transformações por que tem passado.

A traços largos podemos dizer, com FISCHER e LÉPINE, que os requisitos a que obedece o crescimento dos tecidos fora do organismo se resumem em três grupos:

1.º — *Condições mecânicas*. Os elementos celulares em proliferação necessitam de encontrar um *suporte sólido*. Na técnica actual êste suporte é constituído por um coágulo de plasma.

2.º — *Condições biológicas*. A exigência duma *assépsia absoluta* do meio empregado e das manipulações a efectuar.

3.º — *Condições químicas*. Inclue-se aqui a necessidade de *trocças gasosas fáceis*, o que se obtem cultivando pequenos fragmentos de tecido numa camada de plasma necessariamente pouco espessa.

Também pertencem a êste grupo a presença obrigatória de *substâncias excitantes* do crescimento celular e a *eliminação dos produtos tóxicos* do metabolismo. Consegue-se tal objectivo com a adjunção às culturas de suco de tecido embrionário, onde vão as chamadas «trefonas» de CARREL, e com a prática de lavagens frequentes do meio ou de passagens, também frequentes, da cultura para meios novos.

¿ Como se realiza êste método?

O processo mais em uso é o da cultura em gota pendente, cujos traços gerais são os seguintes:

Coloca-se uma gota de plasma (habitualmente de galinha, pela dificuldade de coagulação) no centro duma lamela, usando das precauções de assépsia já referidas. Sôbre esta dispõe-se o fragmento de tecido que esteve previamente em contacto com o material virulento. A êle se adiciona uma gota de extracto embrionário, obtido por trituração de embriões de galinha. Depressa assistimos à coagulação do plasma, finda a qual se cobre a lamela com uma lâmina excavada invertida. Êste conjunto é convenientemente lutado com parafina e colocado na estufa a 37º para ser examinado diariamente. O tecido prolifera e os microorganismos multiplicam-se.

Porém, esta técnica-base não satisfaz na cultura de Rickettsias. Estes organismos são bastante selectivos pelo que respeita à qualidade dos tecidos. Não crescem em embrião de galinha, como não crescem em tecidos de coelho, em fígado, rim, cérebro ou coração de cobaia.

Aumento acentuado e duradouro da pressão sanguínea

por elevação da quantidade de sangue circulante e do volume por minuto, sem aumento notável da frequência das contracções cardíacas e sem estrangulamento da irrigação sanguínea de órgãos de importância vital, por meio do

Veritol

β (p-oxifenil)-isopropil-metilamina

novo



**medicamento contra o colapso
e estimulante circulatório
de acção periférica.**

Estimula a circulação, fazendo reingressar nela o sangue venoso imobilizado em certos territorios. O Veritol dilata os vasos coronarios e aumenta a eficiencia do trabalho cardiaco.

Efeito energetico tambem por via oral.

Líquido: Vidros de 10 c.c. — Empôlas: Caixas de 5 empôlas.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN S/O RHENO (ALEMANHA).

LABORATORIOS CLIN

COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauról (ouro) - Electr-Hg (mercurio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhodio) - Electro-selenium (selênio) - Electromartiol (ferro), Arrhenomartiol.

2º COLLOIDES CHIMICOS : Collothiol (enzofre) Ioglysol (iodo-glycogeno).

SULFO-TREPARSEAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodermica

Doses : I (0 gr. 06) a X (0 gr. 60)

Crianças de peito : 0 gr. 02 e 0 gr. 04

NEO-TREPARSEAN

Syphillie — Plan — Impaludismo — Trypanosomíases.

ENESOL

Salicylarinato de Hg (As e Hg) dissimulados

Empólas de 2 e de 5 c. c. a 0 gr. 03 par c. c.
Injecções intramusculares e intravenosas.

ADRÉNALINE CLIN

Solução a 1/1000. — Collyrios a 1/5000 e a 1/1000.
Granulos a 1/4 milligr. — Suppositorios a 1/2 milligr.
Tubos esterilizados a 1/10, 1/4, 1/2 e 1 milligr.

CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c. c.

SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D^r CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta
2 gr. de Salicylato de Soda por colher de sopa.

SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

LICOR E PILULAS DO D^r LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

SOLUROL

(Acido thymnico)

Eliminador physiologico do acido urico.
Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.

Syncaine pura em sal. — Soluções adranestheticsas.

Tubos esterilizados para todas as anesthesias.
Collyrios.

ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

VALIMYL

(Diethylisovaleriamide)

Antiespasmódico

Perolas doseadas a 0 gr. 05 : 4 a 8 por dia.

TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

Comprimidos doseados a 0 gr. 25 : 1 a 3 por dose.

3 vezes por dia.

INJECCÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N^o 596 e 796).

Glycerophosphato de soda a 0 gr. 10. — Cacodylato de soda a 0 gr. 05. — Sulf. de strychnina a 1/2 milligr. (596) ou 1 milligr. (796) por c. c.

CACODYLATO DE SODA CLIN

Globulos de 1 cgr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.

Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

Globulos de 25 milligr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.

Tubos esterilizados de 5 cgr. por c. c.

VINHO E XAROPE NOURRY

5 cgr. de iodo e 0 gr. 10 de tanino, por colher das de sopa.

Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

ÉLIXIR DERET

Solução vinosa com base de Iodureto duplo de Tanino e de Mercurio.

De um a duas colheres de sopa por dia.

XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia.

1631

COMAR & C^{ia} — PARIS

Conservando os traços gerais do método-base, as células que melhor se prestam à simbiose com as Rickettsias são as da túnica vaginal da cobaia, especialmente as células do exsudado, que se desenvolve na vaginal após inoculação intraperitoneal do vírus. Êste exsudado obtem-se geralmente em tôdas as doenças produzidas por Rickettsias, e, quando não exista de início, pode fazer-se aparecer com estudados artificios, tais como a passagem do vírus através da rata.

As culturas executam-se então mais facilmente em placas de PETRI, colocando várias gotas de extracto esplênico de cobaias no fundo da placa e, em cada gota, um fragmento de lâmina celular do exsudado da vaginal. Sôbre êles uma gota de plasma de cobaia que, em breve, sofre a coagulação. As placas, convenientemente tapadas e protegidas da exsicação, colocam-se, não a 37°, óptima temperatura para o crescimento celular, mas a 32°, ambiente térmico adequado ao melhor desenvolvimento das Rickettsias.

Para observação, as culturas fixam-se e coram-se pelo Giemsa.

Ao fim da segunda semana, afirma PINKERTON, a quem devemos esta técnica, mais de 98 % das culturas se tornam infectadas em massa com microorganismos intracelulares.

Não se parou aqui em matéria de culturas.

Provaram NIGG e LANDSTEINER que as Rickettsias se podem obter em meio que contenha, não já células proliferando activamente, mas apenas células vivas, e assim, em simples frascos de Erlenmeyer, contendo sôro de cobaia, soluto de Tyrode (que é um líquido fisiológico) e pequenos fragmentos de túnica vaginal de cobaia, consegue-se hoje manter em vida, por tempo indefinido, uma estirpe de Rickettsias. Êste facto constitue uma notável aquisição.

Ainda, por fim, se pode obter desenvolvimento dos microorganismos em estudo, usando a técnica já clássica da *infecção da membrana corio-alantoidea* do embrião de galinha. Os ovos embrionados picam-se simplesmente através da casca e inoculam-se com uma emulsão de vírus. O orifício de picada fecha-se com parafina e o ôvo incuba-se a 32°. Ao cabo de sete a oito dias todo o embrião está infectado. É uma verdadeira cultura *in vivo* (BARYKINE et al.).

Com estes métodos especiais referidos, a saber:

1.º -- Estudo da infecção nos artrópodos vectores.

2.º — Exame histológico nos tecidos infectados.

3.º — Estudo dos microorganismos em culturas de tecidos, adicionados doutros métodos tornados clássicos em Bacteriologia — como as provas de imunidade cruzada, as reacções serológicas e a inoculação nos animais — é agora relativamente fácil de estudar e classificar o agrupamento das *Rickettsias* conhecidas.

Vejamos como fazê-lo, mas antes de mais saibamos que microorganismos devemos incluir neste grupo.

Conhecem-se, no estado actual dos trabalhos, as seguintes cinco espécies patogénicas principais do género *Rickettsia* :

1.º — A *Rickettsia prowazeki*, agente do tifo exantemático, a primeira descrita e assim denominada pelo brasileiro ROCHA LIMA em homenagem aos dois grandes investigadores RICKETTS e PROWAZEK, mortos pela doença no decurso dos seus estudos.

2.º — A *Rickettsia quintana*, observada primeiro na Wolhynia, durante a Grande Guerra, nos piolhos dos doentes de febre das trincheiras ou febre dos cinco dias.

3.º — A *Rickettsia rickettsi* ou *Dermacentroxenus rickettsi*, agente da febre das Montanhas Rochosas.

4.º — A *Rickettsia niponica*, observada nos infectados de Febre fluvial do Japão ou Tsutsugamushi.

5.º — A *Rickettsia conori*, agente da «Fièvre boutonneuse» ou Febre escaro-nodular, observada especialmente na bacia do Mediterrâneo.

A estas podemos juntar as patogénicas para os animais, das quais destacamos entre tôdas a bem identificada *Rickettsia ruminantium*, agente da hidropericardite específica do gado bovino e ovino.

De entre os microorganismos ultimamente descritos, avulta a *Rickettsia*, que é, possivelmente, o agente do tracoma e a cujo estudo se procede com actividade (BUSACCA e CUÉNOT).

E, para fechar o longo cortejo, as *Rickettsias* não patogénicas, em número que sobe já a algumas dezenas.

Depois de enumerados sucintamente, importa saber qual a natureza destes organismos, quais os traços que os ligam e como se devem ordenar as doenças por elles provocadas.

As interpretações da natureza das *Rickettsias*, posto-que variadas e dissemelhantes, podem reunir se em três grupos.

Para WOODCOCK e outros autores, o verdadeiro agente destas



doenças determinaria uma desintegração de leucócitos e hemátias susceptível de ocasionar o aparecimento de corpúsculos rickettsiformes. Estes não seriam mais do que partículas inanimadas. Mas as investigações já referidas demonstram bem que tais organismos apresentam sempre uma morfologia própria e condições de multiplicação que se não conciliam com a hipótese proposta.

Uma segunda interpretação dirige-se, em especial, à *Rickettsia* de tifo exantemático e teria o louvável intuito de explicar a um tempo o aparecimento de Rickettsias e de aglutininas para o Proteus X, facto que, como veremos adiante, é de regra nos doentes atingidos por esta doença. Assim, o aspecto morfológico do agente no piolho seria a *Rickettsia*, e no Homem seria o Proteus ou outra bactéria ainda não conhecida. Ampliou NICOLLE esta concepção e, para êle, existiriam três formas de vírus exantemático: uma forma ancestral, que é o Proteus X 19; uma forma bacilar, que é a *Rickettsia*, e uma forma invisível e filtrável, que seria a mais importante sob o aspecto patogénico. Poderíamos chegar a admitir um verdadeiro ciclo evolutivo. Mas tal opinião não foi devidamente fundamentada.

Resta-nos a terceira interpretação da natureza das Rickettsias. Trata-se de corpos bem definidos, com a propriedade de se multiplicar, e patogénicos para o Homem e para os animais. É o que resulta de todo o trabalho experimental recente.

Que a *Rickettsia prowazeki* é o germe do tifo exantemático, afixam-no OTTO e MUNTER, através das seguintes razões:

- 1.^a — Presença constante nos piolhos contaminados de tifo exantemático e ausência nos não contaminados.
 - 2.^a — Aparecimento nos piolhos que picaram artificialmente tifosos ou nos que foram inoculados por via rectal.
 - 3.^a — Passagem experimental de piolho para piolho.
 - 4.^a — Aglutinação das emulsões de *Rickettsia* pelo soro dos doentes de tifo exantemático ou pelo soro dos animais inoculados.
 - 5.^a — Impossibilidade de separar as Rickettsias do vírus do tifo.
 - 6.^a — Demonstração dos microorganismos nas lesões anatómo-patológicas.
 - 7.^a — Existência de infecções acidentais de tifo exantemático nos indivíduos que trabalham com emulsões de *Rickettsia*.
- Sabe-se que, no caso de EPSTEIN, a injeção subcutânea pro-

positada da décima parte do conteúdo intestinal dum piolho provocou, após o período de incubação de doze dias, o quadro de um gravíssimo tifo exantemático.

Para o estudo da natureza das Rickettsias muito contribuiu a técnica de cultura. Assim, se estes microorganismos se afastam das bactérias pelo facto de não crescerem nos meios artificiais, também diferem bastantemente dos vírus filtráveis. Senão vejamos.

Está provado que a curva de crescimento dos vírus é, dentro de certos limites, directamente proporcional ao metabolismo activo das células em cultura (H. ZINSSER e SCHOENBACH). Portanto, imediatamente após a estabilização do potencial no meio líquido dessa cultura e depois que se interrompeu o gasto de oxigénio, acontece que o vírus filtrável suspende a sua multiplicação e começa a desintegrar-se em curto espaço de tempo. Ao contrário, a Rickettsia, no mesmo meio, parece crescer mais facilmente logo que se inicia a estabilização do potencial, mas antes que surjam os fenómenos de autólise (H. ZINSSER). Este comportamento oposto parece traçar assim uma barreira divisional entre vírus filtráveis e Rickettsias. Tanto uns, como outros, são intracelulares obrigatórios, mas para as Rickettsias basta a presença de células, sem exigência pelo que respeita à actividade metabólica destas.

Sabem, de-certo, que o papel dos vírus em relação com o metabolismo celular recebeu larga confirmação pela sensacional descoberta de STANLEY sobre o vírus duma doença conhecida com o nome de *mosaico das plantas*. STANLEY conseguiu isolar uma proteína de elevado peso molecular que, na ausência de qualquer princípio vivo, é capaz de determinar a mesma doença vegetal. É o vírus reduzido às proporções duma substância química. O que isto representa em biologia e o que traz de revolucionário no conceito de matéria viva é, de verdade, surpreendente.

Podemos assim traçar, pela mão de ZINSSER, uma escala de agentes infecciosos. No cimo, as bactérias, com a propriedade de se multiplicarem no organismo e nos meios artificiais; depois, as Rickettsias, que requerem condições intracelulares, mas ainda são susceptíveis de se multiplicar pelo seu próprio processo metabólico; e por fim, os vírus que dependem estritamente do metabolismo da célula em cuja substância vivem.

Os Laboratórios "DAUSSE"

DE PARIS

OFERECEM AO CORPO CLÍNICO
UM PRODUTO DE CLASSE

SPASMODAUSSE

Antiespasmódico de origem exclusivamente vegetal e inofensivo, sem os inconvenientes freqüentemente assinalados nos produtos químicos da série barbitúrica

Associação de:

«INTRAIT» DE VALERIANA DAUSSE
ESPINHEIRO ESTABILIZADO
GELSÉMIO TITULADO «DAUSSE»
BELADONA TITULADA «DAUSSE»

●
AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DO CORPO MÉDICO
●

Representantes para Portugal, Ilhas e Colónias:

F. A. CANOBBIO & C.^A, L.^{DA}

Rua Damasceno Monteiro, 142 - Caixa Postal 313

L I S B O A

UM PRODUTO DA
MODERNA TERAPÊUTICA

HORMODAUSSE

MEDICAÇÃO DINAMOGÉNICA POLIHORMONAL

PREPARAÇÃO DOS



●
Laboratórios DAUSSE
DE PARIS
●

FÓRMULA TOTAL:

Sêro de sangue de touro = Serodausse Antitoxisenil

» » » » bezerra = » Ovarien

» » » » vitelos = » Infantil

+ Extracto de fígado (correspondendo a 50 gramas de glândula fresca)

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DO CORPO MÉDICO

Representantes para Portugal, Ilhas e Colónias:

F. A. CANOBBIO & C.^A, L.^{DA}

Rua Damasceno Monteiro, 142 - Caixa Postal 313

L I S B O A

Tentemos, de seguida, catalogar as Rickettsias e suas doenças.

Não foi possível, até 1927, compreender as verdadeiras afinidades das diferentes doenças dêste grupo, uma vez que, à primeira vista, as poucas entidades nosológicas descritas se mostravam facilmente classificáveis, já pela distribuição geográfica, já pelo aspecto clínico, já pela uniformidade do artrópodo transmissor. Mas, nas diferentes regiões do mundo descreveram-se doenças febris que foram sucessivamente incluídas neste grupo. A liberdade de lhes dar nome que consagrasse um autor ou uma região, tornou o grupo heterogéneo.

Acresce que quasi todos estes quadros mórbidos, como já indiquei, mostram uma tão grande semelhança e apresentam uma tão grande variedade de formas atípicas que, muitas vezes, impedem a diferenciação clínica. De-facto, são tôdas doenças caracterizadas, a traços largos, pela existência de febre, erupção cutânea (determinada por um especial processo vascular) e participação do sistema nervoso central.

Para estabelecer maior confusão, conhecem-se agora os seguintes factos (PINKERTON):

1.º — Apagaram-se os limites geográficos primitivamente impostos. As doenças não ficaram confinadas aos locais onde primeiro se descreveram.

2.º — A existência de roedores reservatórios de vírus do tifo exantemático tornou possível a transmissão da doença também pelas pulgas, além do que se sabia acêrca da convecção pedicular.

3.º — Os quadros infecciosos do tifo e da febre das Montanhas Rochosas observados no Homem e no animal podem ser perfeitamente semelhantes, se o clínico surpreende as duas doenças numa mesma região.

4.º — Quer no tifo exantemático, quer nas formas leves de febre das Montanhas Rochosas, podem ver-se as lesões cerebrais focais que os anátomo-patologistas, de início, julgavam típicas da primeira doença.

A-pesar-de tôda esta aparente confusão de factos, o auxílio prestado pelos métodos gerais e especiais de investigação que já enunciámos, veio estabelecer a concepção das rickettsioses.

Assim, para assentar ideas, começaremos por apresentar os três grupos fundamentais que se destacam na grande família exantemática :

I. *Grupo da Febre das Montanhas Rochosas*. — Constituído por numerosas variedades que apresentam tôdas imunidade cruzada em relação umas às outras.

Artrópodos vectores: as carraças. Histopatologia típica: existência do tipo tromboangéptico, muitas vezes acompanhado de necrose. Rickettsias dêste grupo: sempre de situação intranuclear.

II. *Grupo da Tsutsugamushi*. — Artrópodos vectores: os ácaros. Há imunidade cruzada dentro do grupo; porém as relações com os outros grupos estão mal estudadas pela dificuldade de transmissão aos animais de laboratório.

III. *Grupo do tifo*. — Inclue duas variedades. Ambas se transmitem de homem para homem pelo piolho. Conferem imunidade cruzada, dentro do grupo. Histopatologia típica: angeíte sem invasão das camadas mais profundas dos vasos e sem as lesões de trombonecrose, próprias do primeiro grupo. Rickettsias: sempre intracelulares, mas nunca intranucleares.

Postas estas premissas, tracemos as aquisições fundamentais em cada um dos grupos. Começaremos pelo do tifo que mais de perto nos interessa, visto que o temos em Portugal.

É o *grupo do tifo* susceptível de se repartir em dois subgrupos que importa conhecer e distinguir. Assim, dum lado, temos o *tifo histórico*, também designado pelos muitos títulos de *européu*, *tifo epidémico*, *tifo major* ou *do Velho Mundo*, cujo reservatório de vírus é o Homem. Do outro lado, situa-se o *tifo murino*, ao qual cabem as diferentes designações de *tifo americano*, *tifo endémico*, *tifo minor* e *tifo do Novo Mundo*, com o seu reservatório de vírus no rato. Doenças aparentemente semelhantes pelo que respeita à sintomatologia — aliás menos marcada no tifo murino —, onde os dois estados mórbidos começam a afastar-se, segundo as doutrinas clássicas, é na taxa de mortalidade que toma vulto no tifo exantemático (20 0/0 e mais) e se reduz no endémico. Aqui temos já uma noção que convém rectificar: o tifo murino deve comportar-se com maior benignidade, não porque a Rickettsia mostre mais escassa virulência, mas porque a enfermidade se manifesta sob a forma endémica. Assim, dois exemplos justificam êste modo de ver. O tifo do Velho Mundo que se apresenta no sudeste europeu com o aspecto endémico

conhecido pelo nome de *doença de BRILL* (1), tem concomitantemente uma taxa de mortalidade diminuta. Conta o Prof. RICARDO JORGE que, entre nós, enquanto na epidemia do Pôrto (1918-19) se atingiu a letalidade de 19,2 0/0, em Vila do Conde (1905) esta baixou ao valor mínimo de 7 0/0.

Ao contrário, se o tifo murino adrega espalhar-se epidemicamente, atinge médias elevadas de mortalidade.

O tifo epidémico é a pestilência que desde sempre se conheceu como companheira da guerra. Altamente contagioso, a aglomeração humana, a miséria e o frio concorrem para o agravamento do contágio.

A CRUVEILHIER devemos a citação dum exemplo demonstrativo. Em 4 de Março de 1922 chegava a Kolowsko, na fronteira polaca, um combóio provindo de Kazan, onde se enchera de refugiados polacos. A viagem, através de quási dois mil e quinhentos quilómetros, durara noventa dias. Haviam tomado o combóio em Kazan mil novecentas e quarenta e oito pessoas. Entre os passageiros famintos, em promiscuidade e cheios de frio, depressa se instalou o tifo clássico, de tal modo, que ao cabo da viagem viviam apenas seiscentas e quarenta e nove pessoas: tinham morrido pelo caminho mil duzentas e noventa e nove.

O tifo exantemático não se contagia directamente de homem para homem. Cabe a NICOLLE o mérito de ter descoberto, durante os seus trabalhos na Tunísia, a transmissão da doença pelo pio-lho do corpo. Reparou este investigador que entre os doentes das enfermarias do hospital se não dava o contágio, enquanto que lá fora, na rua, a transmissão era quási segura. Um dia, conta êle, ao entrar no hospital indígena, topou com um tifoso caído na soleira da porta. O encontro da idea de se tratar dum tifoso com o local onde êle jazia, verdadeira fronteira para além da qual se não dava o contágio, trouxe-lhe súbitamente a solução do problema. O agente transmissor do tifo era qualquer coisa que o

(1) A *doença de BRILL*, que, por muito tempo, foi considerada uma variedade do tifo murino, é agora, devido aos trabalhos de H. ZINSSER, incluída no grupo do tifo clássico. Segundo este autor, três estirpes de *Rickettsia* isoladas de casos de doença de BRILL comportaram-se, nos animais de experiência, como o vírus do tifo europeu. A epidemiologia da doença parece confirmar, de resto, este ponto de vista.

doente transportava, que o acompanhava até o limiar do hospital e que, passado êste, o deixava. Não podia ser senão alguma coisa presa à pele ou ao vestuário. Não podia ser senão um parasita cutâneo, o mais banal na gente mísera, o piolho. Devia ser o piolho, e a experimentação assim o confirmou.

O piolho infecta-se por ingestão de sangue do doente. Para que êle se torne, por sua vez, infectante, é necessário que decorra um prazo de alguns dias. Dêste modo, o insecto não tem como única função o transporte do vírus. Adoece também com a infecção, e a sua vida, que pode ir no adulto normal até cinqüenta dias, é assim abreviada para dez ou doze.

No quarto ou quinto dia após a refeição infectante já é possível demonstrar as Rickettsias patogênicas nas fezes do insecto, pela técnica do esfregaço, ou nas células endoteliais do tubo digestivo, pela técnica dos cortes histológicos. Nas preparações divide-se então como que uma cultura pura de Rickettsias.

A infecção é exclusivamente das células endoteliais do intestino do piolho, não se encontrando microorganismos nem nas glândulas salivares, nem na cavidade geral.

Compreendem bem o motivo pelo qual a contaminação do Homem se faz mediante as fezes do piolho, que conspurcam o orifício de picada, e não pela própria picada.

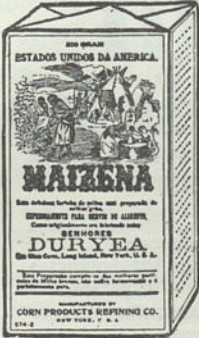
Emquanto que no tifo endêmico encontramos sempre êste ciclo: Homem-piolho-Homem, e só êste ciclo, no tifo endêmico já não é assim.

Há, como dissemos, no tifo murino um reservatório de vírus que é o rato (não o ratinho — *Mus musculus*, que pouco tem que ver com a doença). O tifo murino é, pois, essencialmente uma doença transmitida de rato a rato e, só em circunstâncias fortuitas, passada ao Homem.

A disseminação entre os ratos faz-se pelas pulgas dos ratos, nomeadamente a *Xenopsilla cheopis* (a conhecida transmissora da peste), mas pode também ser transmitida pelos piolhos destes roedores (*Poliplax spinulosus*). São as pulgas que transmitem a infecção do rato ao Homem. No interior da pulga também as Rickettsias se multiplicam e são, do mesmo modo, as fezes do insecto que constituem o material infectante. A pulga, contudo, não se mostra incomodada pela invasão dos microorganismos.

Ao difundir se de Homem para Homem, o tifo murino pode

MAIZENA D'URVEA



Sem qualquer agente químico.

A mais pura de todas.

90 % d'Hidrato de carbono.

3.550 calorias por kilo.

Perfeita e rápida digestibilidade
ainda ao estômago mais delicado.

80 anos de sucesso em todo o mundo

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA
GRANULADO, INJECTAVEL

NUCLÉARSITOL

"ROBIN"

Anti-tuberculoso, Doenças degenerativas, Lymphatismo
Medicação de uma actividade excepcional

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo D. N. S. P. N.º 825-827
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :
GIMENEZ - SALINAS & C.^a - Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

”
Ceregumil”
Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

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

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

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

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

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

Drageas com base de *Hypophyse* e de *Thyroide* em proporções judiciosas,
de *Hamamelis*, de *Castanha da Índia* 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

arremedar a transmissão do tifo clássico, isto é, convecção pelo piolho, e então a doença chega a adquirir carácter epidémico.

O ciclo dos dois tifos é, portanto, habitualmente diferente.

Mas onde a diferença se torna mais flagrante é no resultado da *inoculação nos animais*. O comportamento da cobaia e do rato afastam-se notavelmente. Assim, no tifo clássico, o rato parece não sofrer com a infecção; não obstante, o vírus multiplica-se no sangue e nos órgãos e, se injectarmos uma porção deste sangue numa cobaia, transmitir-lhe-emos a doença. NICOLLE descreveu este tipo de infecções com a designação de «inaparentes». O tifo epidémico confere pois ao rato uma infecção inaparente. Outro tanto não sucede com o tifo murino que, transmitido àquele roedor, lhe produz uma doença febril de vários dias de duração, que termina em geral pela cura, mas que pode levá-lo, muitas vezes, à morte. O vírus conserva-se no cérebro do rato por bastante tempo (trinta a quarenta dias), quando êle resista à infecção, facto de primacial importância na difusão da enfermidade.

A *infecção na cobaia* é também diferente com os dois vírus. Pela acção do vírus clássico, a cobaia adoece após incubação de cinco a nove dias, mas a doença apenas se manifesta pela curva termométrica. A obtenção da temperatura no recto, por técnica especial, é o dado semiótico que mais importa, sem esquecer que a temperatura normal da cobaia vai de 38°,5 a 39°,5 e que, portanto, só acima destes valores se deve marcar o estado febril. O cérebro do animal encerra grande quantidade de vírus e a histopatologia revela a presença de lesões análogas às humanas, isto é, presença de nódulos tíficos.

Com o vírus murino, a-par da doença febril semelhante, as lesões histológicas cerebrais são escassas. Em compensação, desenvolve-se, na cobaia, uma típica lesão de orqui-vaginalite, em regra bilateral, com grande tumefacção e rubor do escroto. A esta lesão se deu o nome de *reação de NEILL-MOOSER*.

Se estudarmos a camada vaginal do testículo com os métodos apontados no início desta exposição, observamos, sob o ponto de vista *histológico*, uma angeíte sem trombonecrose e sem invasão da musculatura lisa vascular.

Este quadro é do maior valor na destriça em relação à Febre das Montanhas Rochosas.

A observação do exsudado da vaginal mostra as células me-

soteliais que limitam a túnica, completamente cheias de massas de Rickettsias. O aspecto é idêntico ao que obtemos em cultura de tecidos. Como traço característico d'êste grupo, os microorganismos encontram-se em posição intracelular, mas não intranuclear.

Dêstes factos se deduz que tifo clássico e tifo murino constituem duas entidades distintas (Quadro I), mas devemos lembrar-nos sempre que tanto uma como a outra podem adquirir uma feição epidémica ou endémica, ao contrário do que as primitivas designações fariam crer.

Se os dois vírus são susceptíveis de se transformar um no outro, é assunto que ainda não encontrou base experimental segura.

Como a maioria das febres exantemáticas, o tifo exantemático apresenta um quadro mórbido em que sobressaem os três grupos de sintomas que já conhecem: a *febre*, o *exantema* e as *perturbações do sistema nervoso*.

Não vamos descrever os quadros clínicos: apenas deixaremos em evidência os factos de maior vulto.

Assim, a *curva térmica* característica mostra uma rápida subida com oscilações bruscas, sempre de tendência a elevar-se, para atingir um nível contínuo por espaço de dez ou doze dias.

Em redor do quarto ou quinto dia, brota o *exantema*, que começa geralmente no tronco e nos ombros e de-pressa alcança o seu máximo desenvolvimento por extensão a tôda a superfície do corpo. A princípio as efflorescências são simples máculas, mas pouco depois algumas delas sofrem a chamada *transformação petequial* que, longe de ser uma verdadeira petéquia, nada mais exprime que a lesão típica dos vasos com formação de trombose e de nódulos perivasculares.

As *alterações nervosas*, onde sobressae o estado de estupor, revelam a capacidade de reacção cerebral. É de conhecimento antigo que nas crianças o tifo se comporta como doença benigna, o mesmo sucedendo nos povos de civilização rudimentar, mas assume uma notável gravidade nos povos adiantados e, em especial, nos adultos de vida intelectual intensa.

Observando o conjunto da doença, como sempre se deve proceder em matéria de moléstias infecciosas, nota-se que o tifo exantemático não pode reduzir-se a um encadeado de alterações

QUADRO I — GRUPO DO TIFO

Caracteres	Tifo histórico	Tifo murino
<p><i>Comuns:</i> Imunidade..... Transmissão durante as epidemias..... Histopatologia..... Rickettsias..... Lesões cerebrais na cobaia</p>	<p>Cruzada dentro do grupo, mas não com os outros grupos</p> <p>Segundo o ciclo Homem-Piolho-Homem</p> <p>Angeste sem trombonecrose nem invasão da musculatura lisa dos vasos intracelulares, mas nunca intranucleares</p> <p>Presentes, em geral com o aspecto de nódulos típicos</p>	
<p><i>Diferenciais:</i> Reservatório de vírus... Transmissão habitual... Lesões na cobaia..... Rickettsias na túnica vaginal... Acção sobre o rato.... Passagem ao ratinho...</p>	<p>Homem</p> <p>de Homem para Homem: piolho</p> <p>Reacção escrotal fraca</p> <p>Poucas</p> <p>Infeccção inaparente</p> <p>O vírus morre</p>	<p>Rato</p> <p>de Rato { Xenopsyla cheopis } a Rato { Poliplax spinulosus a Homem } e outras pulgas. de Homem { piolho a Homem }</p> <p>Reacção escrotal intensa (NEILL-MOOSER)</p> <p>Abundantes</p> <p>Doença febril com sintomas aparentes</p> <p>O vírus mantém-se sucessivamente</p>

patológicas determinadas pela intervenção do micróbio. A natureza da doença exprime-se por um complexo fenomenológico único, desencadeado por acção microbiana, mas independente dela nas suas manifestações, evolução clínica e extensão (JÜRGENS).

A *anatomia patológica* humana, que não é nosso propósito particularizar, mostra como lesão habitualmente chamada característica o *nódulo tífico*, observado no sistema nervoso central. É um agrupamento celular constituído por células da neuroglia e linfócitos em tórno de focos de neuronofagia.

Já acentuámos, porém, que nas formas menos graves da Febre das Montanhas Rochosas também pode observar-se este quadro histológico.

Parecerá, num conceito superficial, que as lesões tissulares descritas são o resultado da acção directa das Rickettsias em circulação na corrente sanguínea. No entanto, deveremos antes admitir que os locais de alteração histológica representam a morte dos micróbios, uma vez que o organismo se encontra «em via de desenvolver um estado de imunidade e estas reacções de imunização exteriorizam-se com mais intensidade precisamente nos locais onde residem as funções vitais mais importantes» (JÜRGENS).

Como está representado no quadro II, outras doenças se incluem no grupo do tifo, mas sob o ponto de vista doutrinário tôdas elas são redutíveis às duas formas primordiais: o tifo clássico e o tifo murino. Assim, torna-se desnecessário enumerá-las.

No *diagnóstico laboratorial* das doenças dêste grupo utilizam-se dois métodos.

O primeiro é a *inoculação na cobaia*, animal que, como sabemos, é muito susceptível. Injecta-se 1 a 4 cc. de sangue do doente numa cobaia macho, por via intraperitoneal. O tifo clássico determina uma doença febril e não mortal, com nódulos tíficos no cérebro, e o murino uma doença também febril com orquivaginalite (reacção de NEILL-MOOSER), cujos caracteres fundamentais já conhecemos. O sangue e a emulsão de cérebro dêstes animais contem o virus, que pode reproduzir a infecção por inoculação noutras cobaias.

O segundo método de diagnóstico é a sero-aglutinação conhecida pelo nome de *reacção de WEIL-FÉLIX*, que adiante estudare-

QUADRO II — CLASSIFICAÇÃO GERAL DAS RICKETTSIOSES

Grupos	Grupo do Tifo	Grupo da Tsutsugamushi	Grupo da Febre das Montanhas Rochosas
Designação da doença	Tifo clássico Tifo mexicano — Tabardilho Tifo endêmico Doença de BULL Tifo de Toulon Tifo da Manchúria Tifo urbano da Malásia	Tsutsugamushi Tifo rural da Malásia Febre de ácaros das Índias orientais (Mijtekoorts).	Febre das Montanhas Rochosas oriental e ocidental. Febre de Minnesota Tifo de S. Paulo Febre escaro-nodular Febre exantemática de Marselha Febre das carraças da África do Sul.
Imunidade	Cruzada dentro do grupo, mas não com os outros. Angeite sem trombonecrose	— —	Febre das carraças da Índia Febre das carraças de Kenya Cruzada dentro do grupo, mas não com os outros.
Histopatologia	Cruzada dentro do grupo, mas não com os outros. Angeite sem trombonecrose	— —	Trombonecrose dos pequenos vasos e invasão da musculatura lisa vascular.
Rickettsias Transmissão Reservatório de vírus	Intracitoplásmicas Piolho e pulgas do rato Ratos e Homem o X 19 + + + o X 2 + o X K —	Ácaros Ratinhos selvagens e ratos dos campos. o X 19 — o X 2 — o X K + + +	Intranucleares Carraças Roedores, cães, Homem o X 19 + o X 2 + o X K +
Aglutinação	o X 19 + + + o X 2 + o X K —	o X 19 — o X 2 — o X K + + +	o X 19 + o X 2 + o X K +

mos. É positiva no fim da primeira semana da doença e desaparece pouco depois da terminação desta.

No grupo da *Febre das Montanhas Rochosas*, cujo tipo é a doença dêste nome, indicámos já sumariamente o que há de comum. Assim, a sua histopatologia é unívoca, caracterizada pela trombonecrose dos pequenos vasos e invasão da musculatura lisa da parede vascular, o que não sucede no grupo do tifo. Êste quadro vê-se com maior nitidez na cobaia inoculada. Aí os trombos das arteríolas e das vénulas, que podem levar à obstrução completa do vaso, incluem abundantes polimorfonucleares e fragmentos de núcleos picnóticos. Nas paredes vasculares lesadas os polimorfonucleares são de tal modo abundantes que poderia, na opinião de PINKERTON, considerar-se a reacção como uma *panangeite*, em contraste com a *endoangeite* proliferativa do tifo.

Acentuamos mais uma vez que estas lesões são típicas apenas na cobaia. Nos tecidos humanos, a diferença é bastante vaga. No entanto, outro critério servirá de base aos adestrados neste género de observações, critério que pode aplicar-se até aos fragmentos de pele dos doentes vivos: é a presença de Rickettsias intranucleares na Febre das Montanhas Rochosas, enquanto que no tifo elas são apenas intracitoplásmicas, como temos insistido.

Êste facto é corroborado pela cultura de tecidos, onde, com a técnica que já conhecem, se obtém multiplicação de Rickettsias intranucleares.

Outro critério geral também define êste grupo: a transmissão por carraças.

A Febre das Montanhas Rochosas era já largamente conhecida nos *estados ocidentais* da América do Norte.

Por alturas de 1930, RUMREICH e outros investigadores deram conta dum novo tipo desta doença: o *tipo oriental*, que grassa na costa do lado do Atlântico.

É certo que as duas variedades: ocidental e oriental, mostram imunidade cruzada, o que à primeira vista poderia levar a considerá-las semelhantes. Há, no entanto, diferenças de vulto, a maior das quais é, sem dúvida, a mortalidade.

O tipo oriental é bastante mais benigno e, nas lesões da cobaia inoculada, as alterações necróticas escrotais são menos marcadas.

O tipo ocidental, maligno, é transmitido pela carraça *Dermacentor andersoni*, que vive nos bosques americanos e que parasita indistintamente diversos animais. Apta a transmitir a doença cinco dias após a refeição do material virulento, esta carraça permanece infectada tôda a vida, sem mostras de doença, e, o que é mais, transmite a infecção aos seus descendentes. Estão assim contaminados o ôvo, a larva, a ninfa e o adulto.

Poderão servir de reservatório de vírus, ainda que acidentalmente, os coelhos selvagens, que então mantêm a infecção, transmitindo-a uns aos outros pela respectiva carraça (*Haemaphysalis leporis palustris*).

Nas carraças, a localização da Rickettsia agente da doença, que neste caso é, como sabem, a *Dermacentroxenus rickettsi* ou *Rickettsia rickettsi*, faz-se segundo a regra geral, dentro dos núcleos em todos os tecidos do artrópodo vector.

No tipo dos estados orientais, benigno, o agente transmissor é a *Dermacentor variabilis*, carraça do cão, para a qual se não demonstrou ainda a hereditariedade da infecção rickettsiana. O reservatório temporário de vírus é, neste caso, o cão.

Mas no grupo da Febre das Montanhas Rochosas, está incluída uma doença que nos interessa directamente, por existir em Portugal: é a *fièvre boutonneuse* dos autores franceses, assim chamada pela natureza do seu exantema. Febre escaro-nodular lhe chamou o Prof. RICARDO JORGE, assinalando dêste modo a escara de inoculação, uma das características da enfermidade.

Doença de cêrca de duas semanas de duração, termina, geralmente, pela cura.

À mordedura da carraça do cão, *Rhipicephalus sanguineus*, devemos a transmissão dêste vírus, que se denominou *Rickettsia conori*.

As condições em que se encontra a doença estão em relação estreita com a maneira de se transmitir. Trata-se em geral de pessoas que, em regiões rurais ou similares, vivem na proximidade de cães e referem terem sofrido uma mordedura de carraça. Assim aconteceu nos primeiros casos de Gouveia e assim o viram os médicos de Lisboa.

A escara negra, verdadeiro cancro de inoculação, passa, em muitas situações, despercebida. Tal sucedeu no caso duma senhora de Lisboa possuidora de dois cães que com ela viviam, e

na qual, após longa pesquisa, se descobriu a escara entre os pêlos do púbis. E, comenta o Prof. RICARDO JORGE, em comunicação ao Office International d'Hygiène Publique, «qu'on se rapelle que les tiques s'accrochent souvent au museau des chiens».

Ao grupo da *Tsutsugamushi* serve de tipo esta doença, também conhecida pelo nome de «Febre Fluvial do Japão». Estado mórbido de reconhecida gravidade, é transmitido pela larva (e só a larva) dum ácaro, *Trombicula akamushi*. Tem como reservatório de vírus, no Japão, o rato dos campos e, na Malásia, os ratos selvagens.

A *Rickettsia niponica*, agente da doença, transmite-se dificilmente aos animais de laboratório, o que tem prejudicado as investigações. É possível contudo injectá-la por via intraocular no coelho, o que determina um processo inflamatório na membrana de DESCOMET, com abundância de Rickettsias nas células endoteliais.

Passaremos sobre as restantes doenças cujas designações estão indicadas no quadro II, e que, para nós, apenas têm o interesse de corresponderem ao conceito geral de rickettsioses.

Um problema merece especialmente a nossa atenção: o da reacção de WEIL-FELIX, que serve, a um tempo, como meio de diagnóstico, como método de pesquisa da estrutura antigénica dos agentes, e como possível critério de classificação destas doenças.

Verificaram WEIL e FELIX, na Roménia, por volta de 1915, que da urina dum doente atingido pelo tifo exantemático se cultivava um bacilo do género *Proteus*. Prosseguindo nos trabalhos, notaram que tais bacilos, a que chamaram X 1, postos em contacto com o sêro do mesmo doente, sofriam um processo de aglutinação ainda em altas diluições. Com soros doutros doentes de tifo, em face da estirpe X 1, o fenómeno repetia-se. Isolaram depois uma estirpe X 2 e outra X 19, que mostravam sucessivamente maior capacidade de aglutinar com o sêro dos tíficos. Assim ficaram aquêles autores habilitados a fazer o diagnóstico da doença por esta prova e a reacção correu mundo com o nome dos seus descobridores. Êles próprios verificaram, contudo, que, a-pesar-de o sêro sanguíneo mostrar propriedades aglutinantes, nem sempre era possível isolar o *Proteus* da urina dos tíficos e havia determinadas epidemias de tifo em que nunca se isolava. Por esta e outras razões se pensou, desde o início, que aquela bactéria não deveria ser o agente da doença.



EUPHORYL

DESSENSIBILIZAÇÃO POLIVALENTE

Dermatoses Pruridos Anafilaxias Intoxicações

A s m a

3 hostias por dia
Casos agudos :
Injecções intravenosas

Criado e experimentado nos Hospitais de Paris

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL, PARIS



Euphoryl infantil

"A medicação das linguas saburrosas"
(Granulado solúvel)

**Perturbações digestivas
Dermatoses - Pruridos
Anafilaxias
Insuficiência hepática**

POSOLOGIA :
1 colher das de chá por cada ano de idade

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL, PARIS




Hirudinase

DRAGÉAS A BASE DE EXTRACTO DE SANGUESUGAS

DOSE MÉDIA : 4 A 6 DRAGÉAS POR DIA

**Insuficiências venosas
Infecções
Vasculo-sanguíneas
Fiebriles
Amenorreias**

Criada e experimentada nos Hospitais de Paris

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS



Euphoryl

DRAGEAS

DERMATOSES PRURIDOS ANAFILAXIAS INTOXICAÇÕES

2 DRAGEAS = 1 HOSTIA
DOSE MÉDIA 4 A 6 DRAGEAS POR DIA



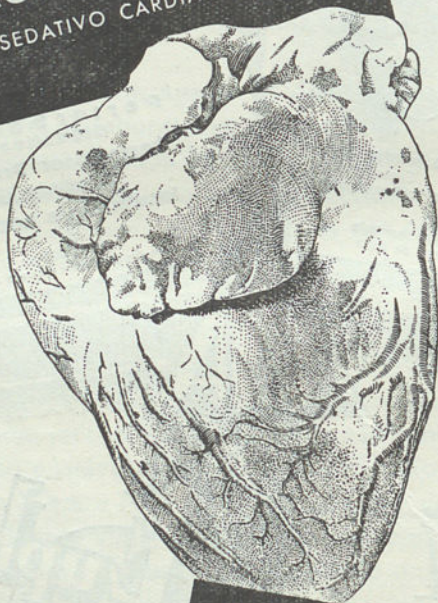
LISBOA MÉDICA

LABORATORIOS DEGLAUDE
15, BOUL. PASTEUR, PARIS (XV^o)

■
MEDICAMENTOS CARDIACOS
ESPECIALISADOS

■
GIMENEZ-SALINAS & C^o
246, Rua da Palma
LISBOA
■

SPASMOSEDINE
SEDATIVO CARDIACO



DIGIBAÏNE
TONICO CARDIACO

os 2 medicamentos cardiacos essenciaes

Foram ainda os mesmos investigadores que observaram um fenómeno de dissociação nos bacilos do género *Proteus*, permitindo-lhes distinguir duas variedades: O e H, uma que contém apenas o antigénio somático, outra que contém os antigénios somático e flagelar. A primeira compreende bacilos sem flagelos e, portanto, imóveis; a segunda inclui as formas flageladas, com tal mobilidade que se deslocam à superfície dos meios sólidos, ocasionando um rápido desenvolvimento em manto ou véu. Daqui a atribuição das iniciais H e O, que correspondem às expressões *Hauch* (véu) e *Ohne Hauch* (sem véu).

O sôro aglutinante da forma O não aglutina a H e inversamente. A aglutinação O é de tipo granuloso e a H em flocos grossos. WEIL e FELIX demonstraram também que a aglutinação de tipo O possuía maior especificidade que a H. Passaram então as reacções a ser executadas exclusivamente com as estirpes designadas por OX 2 e OX 19.

Outro fenómeno veio complicar a interpretação. KINGSBURY enviou para a Malásia, a-fim-de servir nas investigações que aí estavam a ser realizadas sobre uma febre exantemática tropical endémica, uma estirpe que figurava na colecção Nacional Inglesa de Padrões com o nome de *Proteus X 19*. Mas enquanto esta estirpe era aglutinada pelo sôro dos doentes daquela enfermidade, outras estirpes de proveniência diferente nunca sofriam aglutinação. Assim se averiguou que a estirpe de *Proteus* enviada por KINGSBURY não era uma X 19, mas uma nova variedade, que passou a denominar-se XK. E então, facto notável, na própria Malásia se encontravam dois tipos de doença: uma, das cidades, chamada *tifo urbano da Malásia* ou *shop typhus*, transmitida pelas pulgas e em que o sôro dos doentes aglutina apenas o *Proteus X 19*, e outra, dos campos, denominada *tifo rural da Malásia* ou *scrub typhus*, que é transmitida por ácaros e em que só há aglutinação do *Proteus XK*.

Aplicando a reacção com as duas estirpes a todos os doentes de febres exantemáticas, verifica-se que no grupo do tifo clássico (onde figura o tifo urbano da Malásia) a aglutinação é sempre da variedade OX 19, no grupo Tsutsugamushi (onde se inclui o tifo rural da Malásia) a aglutinação é sempre da variedade OXK, e no grupo da Febre das Montanhas Rochosas estas reacções são variáveis e pouco intensas. Daqui se inferiu que a prova de

WEIL-FELIX traduz possíveis diferenças de estrutura antigénica do verdadeiro agente destas doenças, a Rickettsia. Não obstante, a natureza da reacção aglutinante pede investigações ulteriores.

Todos os estudos em matéria de doenças infecciosas devem visar constantemente um problema de ordem geral: o estabelecimento dos processos de imunidade. ¿ O que se passa, sob êste aspecto, no grupo tifo-exantemático ?

É clássico considerar que o tifo epidémico deixa uma imunidade duradoura por um período longo. Mas tal opinião carece de fundamento, uma vez que se conhecem casos de repetição da doença, especialmente se o individuo não vive em local onde exista o tifo endémico.

Devemos considerar hoje que tôdas as pessoas estão em condições de adquirir uma rickettsiose. Tal princípio levou tempo a ser definitivamente aceito, visto que se não havia ainda atentado no sem número de formas benignas das crianças e de infecções inaparentes do adulto que, nos focos endémicos, ajuda de certeza à conservação da imunidade. Do tifo murino, doença em geral benigna, já se sabia que o período refractário era curto e as recidivas freqüentes.

Estes factos, juntamente com a observação de que algumas vezes se verifica num prazo mais ou menos longo uma recorrência benigna duma infecção tifo-exantemática passada, levaram os investigadores à convicção de que o estado de imunização deve depender da persistência de microorganismos vivos no corpo do individuo. Tratar-se-ia portanto dum fenómeno chamado de «premunização», conforme já aqui expus a-propósito das bruceloses. Êste fenómeno poderia, até certo ponto, explicar onde se conservam os vírus no intervalo das epidemias. Serviriam, assim, de reservatorio os individuos premunizados, isto é, os que tiveram uma rickettsiose e se mantêm refractários por ainda albergarem o vírus.

O rumo que toma a *prevenção* destas doenças enuncia-se do modo seguinte. Naqueles estados mórbidos como o tifo europeu, em que há estreita dependência entre a infecção e o artrópodo vector, a resolução do problema está na supressão do artrópodo, tarefa de que os epidemiologistas conhecem a dificuldade. Nas doenças, como o tifo endémico, que vão mais além do ciclo Homem-piolho-Homem, a prevenção é muito mais difficil, quer

pela larga difusão dos vectores, quer pela natureza eventual da doença no Homem.

Estes factos conduziram, assim, aos trabalhos de imunização activa por técnicas diversas, como a do vírus sêco, a das culturas artificiais, ou ainda, o método combinado da sero-vacina, cujos pormenores e respectiva crítica não cabem no escasso âmbito de uma lição.

A PESQUISA DO BACILO DE KOCH NO SANGUE DE CRIANÇAS TUBERCULOSAS

POR

SILVA NUNES
Interno de Pediatria dos Hospitais

e

JACINTO FERREIRA
Médico-Veterinário
Chefe de Serviço do Inst. Câmara Pestana

Em 1933, LOEWENSTEIN escrevia que «o primeiro estado da tuberculose é caracterizado, não pelo complexo primário, mas pela bacilémia...».

Entre o momento da penetração do bacilo de KOCH no organismo e o momento da aparição do primeiro sintoma — reacção tuberculínica positiva — decorre um período de latência clínica, radiológica, biológica e anatómica, que DEBRÉ designou por período ante-alérgico ou de incubação da tuberculose.

Neste período, os bacilos disseminam-se por todo o organismo. Vários autores o têm verificado na criança.

A invasão tuberculosa pode revestir um carácter agudo, a que, por semelhança com a febre tifóide, LANDOUZY chamou tifo-bacilose.

Estabelecido o complexo primário, a marcha da infecção depende essencialmente do grau de resistência natural do indivíduo (GRIFFITH). Nos indivíduos resistentes, o bacilo fica localizado na região do complexo primário, parando aí a invasão tuberculosa. Alguns bacilos podem penetrar no sangue, sendo aqui destruídos, pois os indivíduos sucumbidos em consequência de outras afecções, embora apresentando, no exame necrótico, lesões locais cicatrizadas, não mostram lesões distais sintomáticas da tal invasão.

Nos indivíduos menos resistentes, os bacilos que nesta fase precoce da infecção passam através da primeira linha de defesa para os linfáticos eferentes, penetram também na corrente sanguínea, fixando-se em regiões afastadas (ossos, rins, cérebro) onde se multiplicam e provocam lesões, que se podem tornar novos

IODALOSE



SOLÚVEL E ASSIMILÁVEL

Substitui todas as preparações iodadas e iodetadas

SEM IODISMO

10 GRANDES PREMIOS HORS CONCOURS

IODALOSE
GALBRUN

SOLUÇÃO TITULADA DE PEPTONIODE

Segundo a fórmula de E. GALBRUN
DOUTOR EM FARMACIA

Preparada por J. P. de AZEVEDO E CASTRO
Farmacêutico diplomado pela Escola de Lisboa
Chefe dos Serviços Farmacêuticos dos Hospitais
Civis de Lisboa

Cinco gotas desta Solução contém um centígrama de IODO combinado com a Peplona

Vinte gotas agem como 100 grama de iodo alcalino

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL, ILHAS E COLONIAS
F. A. CANOBBIO & C^o, Ltd.
Rua Damasceno Monteiro, 142. LISBOA

GALBRUN

iodo fisiológico solúvel e assimilável

IODALOSE GALBRUN

iodo fisiológico
solúvel assimilável

substitui

o IODO e o IODETO

em tôdas as suas aplicações

SEM IODISMO

Vinte gôtas de **IODALOSE** actuam como um grama de iodeto alcalino.

DOSES MÉDIAS: Cinco a vinte gôtas para as crianças e dez a cinquenta gôtas para os adultos.

A **IODALOSE** é a única solução titulada do Peptoniodes.

Primeira combinação directa e inteiramente estável do Iodo com a Peptona.

Descoberta em 1896 por E. GALBRUN,
Doutor em Farmácia.

EM

IMPRESSO

Queiram enviar-me uma amostra de:

IODALOSE

Doutor

Morada

Localidade

Assinatura :

F. A. CANOBBIO & C.^A, L.^{DA}

Rua Damasceno Monteiro, 142

Caixa Postal 313

LISBOA

centros de difusão, enquanto que o complexo primário acusa já, por vezes, regressão.

Nos indivíduos de grande receptividade as lesões primárias desenvolvem-se, a doença generaliza-se, e a morte sobrevém por tuberculose miliar aguda de todos os órgãos, estado que resulta da penetração directa de grande número de bacilos tuberculosos no sangue.

Entre os dois extremos — lesão distal isolada e tuberculose miliar generalizada — observa-se um número infinito de graus de disseminação.

Estudos anátomo-patológicos mostraram que, entre ambos, o sangue contém bacilos da tuberculose em período mais ou menos prolongado.

Três métodos têm sido seguidos para demonstrar a sua presença: exame microscópico, hemocultura e inoculação. O exame microscópico é desprovido de valor prático pelas numerosas causas de erro a que está sujeito. Sobre o valor relativo dos dois últimos muito se tem discutido, parecendo, no entanto, que é a inoculação que dá maior número de resultados positivos.

Pensa LOEWENSTEIN que o sangue fresco contenha substâncias inibidoras do desenvolvimento do bacilo de KOCH, pois os resultados obtidos no cadáver são, de longe, superiores aos obtidos *in vivo*. Tal é o caso de POPPER, BODART e SCHINDLER (citados por LOEWENSTEIN) que verificaram 85 % de casos positivos no sangue do coração, e KUSTER (*idem*), que obteve 60 %, trabalhando também com sangue de cadáveres.

Aquêle autor admite que seja a hemoglobina a substância inibidora, no que é acompanhado por GRIFFITH, que a explica nas culturas, pela grande afinidade daquela para o oxigénio, que a leva a absorvê-lo do meio, fixando assim um elemento indispensável ao desenvolvimento do bacilo.

SAENZ e COSTIL, e MISHULOW não consideram justificada esta hipótese, e CAPUONI (citado por DU BOIS) atribue antes às lípases sanguíneas a fuga do bacilo para o sistema retículo-endotelial.

Com o intuito de verificar, experimentalmente, a importância diagnóstica da pesquisa do bacilo de KOCH no sangue de crianças tuberculosas, foram estudados cinqüenta doentes hospitalizados ou freqüentando a consulta externa do Serviço de Pediatria Mé-

dica (Dr. LEITE LAGE) do Hospital de D. Estefânia, cujas idades variavam entre 6 meses e 12 anos, e cuja localização tuberculosa era a seguinte:

Adenopatias traqueobrônquicas	10 casos
Idem, com infiltração pulmonar	16 »
Espleno-pneumonias	3 »
Granúlia	2 »
Meningite	1 caso
Peritonite	5 casos
Pleurisia	1 caso
Primo-infecção	2 casos
Tísica	8 »
Formas associadas	2 »

Para êste estudo usámos a seguinte técnica:

10 cc. de sangue colhidos assépticamente são citratados e centrifugados a 3.000 voltas por minuto. O depósito é lavado uma vez com 20 cc. e outra com 10 cc. de água destilada, centrifugando-se o líquido depois de cada lavagem. O sedimento final é, em parte, semeado em meio de LOEWENSTEIN e, em parte, inoculado a cobaias, previamente tuberculinizadas.

Oito semanas depois das sementeiras, a superfície dos meios, mesmo aparentemente estéreis, é passada com a ansa de platina, e o produto colhido, emulsionado em soluto fisiológico e inoculado a cobaias também tuberculinizadas.

Seis semanas depois de inoculadas, tanto umas como outras das cobaias são novamente injectadas com tuberculina, e, se resistem à prova, são abatidas no fim de quarenta e oito horas e autopsiadas tal como as que porventura não resistam.

As alterações introduzidas na técnica recomendada por LOEWENSTEIN visaram a furtao o sangue à acção dos agentes químicos, que, como é sabido, diminuem consideravelmente o número de bacilos nos produtos com que são postos em contacto.

É certo que alguns tubos semeados apparecem às vezes inquinados, mas sabe-se que igual precalço pode succeder, embora mais raramente, em sementeiras de produtos devidamente tratados pelo ácido sulfúrico.

Não nos preocupámos com a existência de micro-colónias,

dados os esclarecimentos de diversos autores sôbre a presença de bacilos ácido-resistentes saprófitas nos corantes, nos reagentes, no óleo de cedro, na água destilada, etc., e sôbre a semelhança de aspecto entre o agente da tuberculose e os fragmentos das membranas dos glóbulos rubros hemolizados.

Em nenhum dos nossos cinqüenta casos conseguimos obter colônias, e por isso a existência nas culturas, de bacilos tuberculosos virulentos, não visíveis nas condições normais, foi testemunhada pela inoculação às cobaias, feita com tôdas as garantias de segurança. Também nenhuma das cobaias reagiu à injeção do produto da raspagem dos meios. O único caso positivo que obtivemos foi fornecido pela prova animal, num caso de granúlia de uma criança de 6 meses de idade; os meios semeados com a mesma amostra de sangue inquinaram-se.

Êste único caso positivo basta para demonstrar a eficiência da técnica empregada, estando, de resto, o resultado em harmonia com os de muitos outros investigadores, mesmo incluindo no cômputo final alguns casos duvidosos a que WILSON aplica uma bem fundamentada reserva.

Até 1933 cita êste autor 5.573 casos observados por diversos investigadores, que pretenderam confirmar as tão discutidas afirmações de LOEWENSTEIN. O número de casos em que foi verificado o desenvolvimento de colônias macroscópicas foi de 72, o que não significa precisamente um número igual de casos positivos, pois em alguns dêles essas colônias não foram satisfatoriamente estudadas.

De 1933 para cá podem citar-se os seguintes resultados:

Autores	N.º de casos observados	N.º de casos positivos	Porcentagem %
ANANIADÉS	45	9	20
COURMONT	151	62	41
SERGENT, etc.	31	5	16,5
CALMETTE e SAENZ	936	12	1,6
GAVRILOW e FESTER	200	3	1,5
JENSEN	479	0	0
MISHULOW, etc.	100	3	3
VIDAL	100	0	0

Também nesta II série, dos 9 resultados de ANANIADÉS parece que apenas 2 se referem a macro-colónias, e COURMONT declara que os seus 62 casos se revelaram sobretudo por microcolónias *difícilmente repicáveis*.

Considerando, porém, confirmados todos os casos citados, encontramos um total de 166 positivos em relação a 7.615 pesquisas, ou seja uma percentagem de 2,2% aproximadamente.

Não sabemos se muitos destes investigadores teriam melhorado os seus resultados recorrendo antes às inoculações nas cobaias, atendendo a que SAENZ atribue a este método uma vantagem de 20 a 30% sobre o das culturas em meio de LOEWENSTEIN. Embora nada possamos dizer a este respeito, por no nosso caso as sementeiras se terem inquinado, é certo porém que ao lado das duas macroculturas de ANANIADÉS, regista este autor 4 casos de reacção na cobaia, o que representa o dôbro da evidência.

Para fugir à acção destruidora dos agentes químicos, recomendam CALMETTE e SAENZ a inoculação do sangue simplesmente citratado, às cobaias, método de que fizemos uso nos 4 últimos casos estudados. Os resultados não foram superiores aos restantes, embora a sua reduzida aplicação não autorize a formação de qualquer juízo.

Conclusões. — A pesquisa do bacilo da tuberculose no sangue, não nos parece elemento útil para o diagnóstico desta doença, e a afirmação de GRIFFITH, de que «raramente é possível a sua demonstração no sangue humano, e nos animais a que êle foi inoculado, por via subcutânea, a bacilémia é transitória, sendo os bacilos rapidamente fixados pelos tecidos», parece estar em harmonia com os resultados da experimentação geral.

BIBLIOGRAFIA

- ANANIADÉS (B.) e PAPANAGIROU (N.). — Valeur comparée de l'inoculation au cobaye et de la culture pour la recherche du bacille de Koch dans la sang des tuberculeux. *C. R. Soc. Biol.* Tômô CXII. Pág. 436. 1933.
- BROUYNOGNE (M.). — La bacillémie tuberculeuse. *Bull. Ac. R. M. Belgique.* Tômô XIII. Pág. 203. 1933.
- CALMETTE (A.) e SAENZ (A.). — Rapport sur la recherche de la bacillémie tuberculeuse par la méthode de Loewenstein. *Bull. trimest. de l'Org. Hyg. Soc. Nations.* Tômô IV. Pág. 257. 1935.

LISBOA MÉDICA



PIPERAZINA MIDY

O ANTI-URICO 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.* – 240, Rua da Palma, 246 – LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

Os artigos devem ser enviados à redacção da «Lisboa Médica», Hospital Escolar de Santa Marta—Lisboa.
Os autores dos artigos originaes têm direito a 25 exemplares em separata.

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes :

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro :

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.

- COURMONT (P.). — Recherches sur la bacillémie tuberculeuse par la méthode de Loewenstein. *C. R. Soc. Biol.* Tômô CXIV. Pág. 635. 1933.
- DU BOIS. — Physiologie et physiopathologie du système reticule-endothelial. Genève. 1934.
- GAVRILOW (W.) e FESTER (MELLE A.). — Étude sur la recherche des bacilles de Koch dans la sang suivant la méthode de Loewenstein. *Rev. Belge Sc. Medicales.* Tômô VII. Pág. 493. 1935.
- GRIFFITH (A. S.). — Bacillémie tuberculeuse. *Bull. trimest. de l'Org. Hyg. Soc. Nations.* Tômô IV. Págs. 283 e 866. 1935.
- JENSEN (K. A.). — Rapport sur les recherches concernant la technique de Loewenstein, pour la culture du bacille tuberculeux a partir du sang. *Bull. trimest. de l'Org. Hyg. Soc. Nations.* Págs. 307 e 869. 1935.
- LOEWENSTEIN (E.). — La méthode d'hémoculture du virus tuberculeux et ses résultats. *Ann. Inst. Pasteur.* Tômô L. Pág. 161. 1933.
- La bacillémie tuberculeuse et sa portée en médecine. *Bull. trimest. de l'Org. Hyg. Soc. Nations.* Tômô IV. Pág. 850. 1935.
- MISHULOW (L.), SIEGEL (M.), SINGER (B.), MELMAN (M.) e ROMANO (M.). — Tubercle bacilli in blood stream. *J. of Lab. and Clin. Med.* T. XX. Pág. 1063. 1935.
- NOBECOURT e BABONNEIX. — *Traité de médecine des enfants.* Tômô II. Paris. 1934.
- SAENZ (A.). — Remarques au sujet du rapport du Prof. Loewenstein sur la bacillémie. *Bull. trimest. de l'Org. Hyg. Soc. Nations.* Tômô IV. Pág. 867. 1935.
- SAENZ (A.), COSTIL (L.) e SADETTIN (M.). — Sensibilité comparée de la méthode de Loewenstein et de l'inoculation au cobaye pour la recherche de la bacillémie expérimentale. *C. R. Soc. Biol.* Tômô CXVII. Pág. 1159. 1935.
- SERGET (E.), DURAND (H.), GASPARD (I.) e MARCOUX (H.). — La bacillémie tuberculeuse étudiée par l'hémoculture selon la méthode de Loewenstein. *C. R. Soc. Biol.* Tômô CXI. Pág. 980. 1933.
- VIDAL (C. A.). — Contribution pour l'étude de la bacillémie dans la tuberculose pulmonaire d'après la méthode de Loewenstein. *Lisboa Médica.* Tômô XIII. Pág. 351. 1936.
- WILSON (G. S.). — Tuberculous bacillaemia. *Med. Res. Council. Sp. Rep.* Série N.º 182. 1933.

Nota. — Referências bibliográficas anteriores a 1933 devem ser procuradas no trabalho dêste último autor.

Revista dos Jornais de Medicina

Notas sôbre o alcance das indicações do tratamento pela vitamina C.
(*Bemerkungen zum Indikationsbereich der Vitamina-C Behandlung*), por
G. GAETGENS. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 25. 1938.

O A. começa por dizer que não está ainda resolvido o problema do mecanismo de acção das vitaminas como medicamento. O facto de, por exemplo, os sintomas de escorbuto desaparecerem pela administração de pequenas doses de vitamina C apenas indica que a sua falta — em pequena quantidade — bastou para tornar manifesta uma sintomatologia clínica bem marcada como é a desta avitaminose, e nada nos diz sôbre o problema em questão.

É cada vez maior o número de indicações para o uso do ácido ascórbico, e isto, em vez de significar progresso na investigação das vitaminas, só revela a falta de um plano ordenado, o que levará, por fôrça, a malôgros freqüentes.

Emquanto uns autores recomendam a vitamina C como meio de tratamento de certas doenças, outros rejeitam-a em idênticas circunstâncias, podendo já hoje falar-se de uma estatística de insucessos que dá direito a perder-se a confiança na acção geral dêste medicamento.

Em vista disto, o A. julga ser mais conveniente, por agora, no desejo de obter êxitos terapêuticos, partir da manifesta acção das vitaminas nos estados de carência e administrar vitamina C apenas em casos de insuficiência desta substância, sendo indiferente a acção farmacológica que ela possa ter, quer sôbre as plaquetas, quer sôbre as albuminas e globulinas do sangue, etc.

Que o ácido ascórbico tem, aliás, uma acção farmacológica, é convicção do A., mas o pouco conhecimento que de tal acção se possui não permite ainda basear nela a terapêutica.

Refere em seguida os diversos casos publicados por Walther — a que se juntam os de Toslowitz e outros — de completa falência do tratamento pela vitamina C, em contradição com os relatos por Stepp, Schroeder, etc., pelos quais se vê que o ácido ascórbico não é, de modo algum, um medicamento indiferente que possa ser usado sem indicações e em altas doses.

Deve, por isso, exigir-se que cada tratamento consciente pelo ácido ascórbico seja acompanhado pelo balanço da vitamina C no organismo, pois não tem sentido esperar qualquer influência favorável da sua administração a um organismo completamente saturado desta substância.

Por fim o A., citando as ideas de Szent-Györgyii — o melhor conhecedor da química e da fisiologia da vitamina C, que êle mesmo descobriu —, diz

ressaltar delas o sentido do aproveitamento terapêutico das vitaminas cujo fim é, mais do que abranger o seu efeito, investigar os estados de insuficiência vitamínica.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre a importância do Gordon-Test para o diagnóstico da Linfogranulomatose. (*Ueber die Bedeutung des Gordon-Testes für die Diagnose der lymphogranulomatose*), por H. SACHS e W. STEFFEL. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 30. 1938.

Os AA. explicam, primeiro, em que consiste o Gordon-Test. Trata-se de um quadro patológico (caracterizado por espasmos especialmente das extremidades posteriores, rigidez muscular, convulsões, opistótonos, paralisia ulterior, incontinência vesical e intestinal) que se provoca em coelhos, injectando-lhes no cérebro uma suspensão de papa, feita de gânglios linfáticos linfogranulomatosos.

Muitos autores o confirmaram e alguns procuraram explicar o fenómeno admitindo a possibilidade de se tratar de um vírus, de uma neurotoxina ou de uma substância parecida com os fermentos e enzimas. Fica, porém, por esclarecer a natureza do agente que produz a encefalite nos coelhos.

Em seguida os AA. descrevem as pesquisas que levaram a efeito para fornecerem uma contribuição sobre o valor deste *test* no diagnostico da linfogranulomatose e começaram por expor a sua técnica. Fizeram pesquisas com material linfogranulomatoso histologicamente típico e com material de outras afecções e, em todas elas, os resultados do Gordon-Test concordaram com o diagnóstico histológico previamente feito. Portanto, até aqui é pequena a importância deste *test* para o diagnóstico, tanto mais que o histológico é menos dispendioso.

Mas, e nos casos em que não é possível um claro diagnóstico histológico do gânglio extirpado, por este se encontrar ainda, possivelmente, numa primeira fase da doença, em que apenas existe numa hiperplasia incaracterística sem o tecido de granulação específico? Foi o que os AA. estudaram em diferentes doentes e, dos seus trabalhos, apresentam a conclusão de que o Gordon-Test é, de facto, positivo numa fase mais precoce do que o diagnóstico histológico, não devendo, todavia, esperar-se muito deste recurso, visto haver casos em que falha por completo. Descrevem um muito elucidativo e acham, por fim, ser ainda cedo para chegar a uma opinião definitiva.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre a patogenia das leucemias agudas de mieloblastos. (*Zur Pathogenese der Akuten Myeloblastenleukämie*), por K. VOIT e G. LANDES. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 25. 1938.

Os AA. descrevem pormenorizadamente um caso clínico que dá ensejo a fazer considerações sobre a patogenia das leucemias agudas de mieloblastos. Citam primeiro as ideias de Naegeli, Sternberg e Henning, o primeiro

dos quais admite um princípio comum às leucemias mielóides agudas e crónicas, enquanto que Sternberg considera a leucemia aguda de mieloblastos como um quadro de «sepsis» e Henning fala de uma «reacção patológica» da medula óssea condicionada tóxicamente e reversível.

Enumeram depois os factos que depõem a favor destas últimas concepções e dizem dever pôr-se a-par da chamada «reacção linfática», rigorosamente separável da verdadeira leucemia linfática no sentido de Ehrlich e Naegeli, quadros patológicos que na clínica têm sido designados por leucemias de mieloblastos. Infecções graves, a agranulocitose, a panmielotísica e a própria leucemia mielóide crónica podem provocar uma tal reacção. No caso que descrevem trata-se de um rapaz de 15 anos de idade, que apresentava os sintomas de uma panmielotísica e cujo quadro hemático, no dia de entrada no hospital, revelava, junto a uma anemia acentuada, uma leucopenia de 3.500 com 1 % de elementos de núcleo em bastonete, 10 % de núcleo segmentado, 7 % de monócitos e 82 % de linfócitos. O quadro melhorou depois da formação de um abcesso perineal e talvez também sob a influência da roentgenterapia, até que, subitamente, apareceu, com subida da temperatura e dores articulares, numa leucocitose de 12.200, que ainda aumentou, com 72 % de mieloblastos. Por fim, *ante exitum*, queda do número de leucócitos a 1.720 com mieloblastos quasi exclusivamente.

As observações colhidas na autópsia, idênticas às dos casos de Henning, aliadas ao quadro clínico, levam os AA. a admitir, para o seu caso, uma reacção patológica da medula óssea a uma infecção focal (tratava-se do ponto de partida nas amígdalas). Como Henning, êles pensam que há, portanto, casos chamados de «leucemia aguda de mieloblastos» que não são mais do que uma reacção medular patológica a diferentes noxas, estreitamente relacionada com várias formas de sepsis, a agranulocitose e a panmielotísica.

OLIVEIRA MACHADO.

A prova da gravidez segundo Nito. (*Die Schwangerschaftsprobe nach Nito*), por MARTZY e K. PAP. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 31. 1938.

Nas últimas duas a três décadas tem-se descrito numerosos métodos químicos ou biológicos de diagnóstico precoce da gravidez. Os AA. dividem-os em cinco grupos:

Grupo I — (Dos fermentos de defesa do sôro sanguíneo da mãe) a que pertencem os métodos de Abderhalden, Weinhart e Kottmann.

Grupo II — Prova da gravidez pela inoculação de extracto de placenta segundo Engelhorn e Witz.

Grupo III — Reacções da Precipitina, da Antipirina, do veneno de cobra, da Meistigmina, da Antitrombina, segundo Dienst.

Grupo IV — Métodos referentes ao metabolismo dos H. C. e das gorduras, como são a Acetonúria segundo Porges e Nonak, a glicosúria alimentar, as glicosúrias adrenalínica e da Floridzina.

Grupo V — As provas específicas baseadas na circunstância de na mu-

lher grávida se poderem comprovar hormonas gonadotropas do lobo anterior da hipófise (Reacções de Zondeck-Aschheim e de Friedman-Lapham).

Os AA. apontam as desvantagens dos métodos classificados nos quatro primeiros grupos, o valor dos do último grupo, sobretudo do de Friedman-Lapham, e entram, em seguida, na descrição da prova de Nito, que estudaram confrontando os resultados com os da anterior. A prova consiste em determinar o número de glóbulos brancos no sangue do coelho antes e depois (dois, quatro e vinte minutos) da injeccção de 5 a 10 cc. de urina a investigar na veia da orelha. Se a urina provém de uma mulher grávida, dá-se uma apreciável diminuição do número de leucócitos, ao contrário do que sucede com a urina de mulher não grávida, em que apenas há alterações insignificantes.

Nito obteve em 90% dos casos um resultado de confiança e, tentando investigar o mecanismo da reacção, chegou à conclusão de que não se trata de uma reacção biológica baseada na acção de hormonas, mas sim, em substâncias hipotensivas que em grande quantidade existem na urina da mulher grávida.

Os AA., empregando uma técnica que julgam mais isenta de erros, apresentam os seus resultados em duas tabelas, da análise das quais se conclue haver respostas positivas apenas em 75% dos casos, o que torna a prova de Nito pouco utilizável na prática, tanto mais que também resultou positiva em alguns casos de doenças febris tanto de mulheres como de homens.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre a taxa da vitamina A no sangue em doenças do fígado. (*Ueber den Vitamin A-Spiegel im Blute bei Leberkrankheiten*), por FRITZ LASCH.
— *Klinische Wochenschrift*. N.º 32. 1934.

O A. cita os trabalhos de muitos investigadores acêrca das estreitas relações entre o fígado e o metabolismo da vitamina A. A célula hepática teria grande importância na transformação da carotina em vitamina. Schneider, Widmann e outros conseguiram anular quasi por completo esta transformação no animal, lesando as células hepáticas com hormona tireotropa. Correspondentemente a estes achados experimentais encontrou-se também em alguns casos de doenças do fígado uma taxa diminuída de vitamina A no sangue.

O A. pretendeu averiguar até que ponto podia ser aproveitado para o diagnóstico diferencial de doenças do parênquima hepático o conteúdo do sôro sanguíneo em vitamina A e carotina, e é o resultado das suas observações num grande número de doentes da clínica de Eppinger que expõe a seguir, em tabelas.

Em pessoas sem doença do fígado obteve valores normais de vitamina A, excepto num caso de pneumonia (o que se explica perfeitamente segundo os dados de Lindquist) e noutro de diabetes, com o conhecido aumento de carotina no sôro.

Em doentes do fígado e das vias biliares, com ou sem icterícia, existia

diminuição da vitamina A no sêro, quási exclusivamente nas doenças do parênquima. Os valores de carotina estavam também muito baixos nestes doentes e apresentavam, com o regresso dos sintomas, subida apreciável. Em três casos de icterícia mecânica por cálculos encontram-se valores normais. O A. critica os resultados e chega à conclusão de que um nível baixo de vitamina A no sêro de doentes do fígado deve considerar-se como sintoma seguro de lesão parenquimatosa. Trata-se, pois, não só de um novo meio de diagnóstico diferencial como também de prognóstico das doenças do fígado.

OLIVEIRA MACHADO.

A prevenção das recaídas na tuberculose pulmonar. (*The prevention of relapse in cases of pulmonary tuberculosis*), por F. H. YOUNG — *The British Journal of Tuberculosis*. Vol. XXXII. N.º 4. 1938.

O problema dos tuberculosos que abandonam os sanatórios e têm ou querem voltar para a vida activa profissional está a tomar cada vez mais importância, e merecida, devido a múltiplos aspectos, não só clínicos como económicos.

Uma das facêtas que a nós, especialistas, mais particularmente interessa é o das recaídas, pela desmoralização que atinge o paciente e pelos ensinamentos que nos mostra acêrca da evolução e dos cuidados que nos merece cada caso. No nosso meio, onde a nossa principal atenção ainda é chamada para a necessidade imperiosa da sanatorização crescente, pouco ou nada se pode fazer sôbre a vigilância post-sanatorial, pelo que se refere, por exemplo, às novas modalidades profissionais, que é preciso encarar para aquêles que saem com alta dos sanatórios. A-pesar disso, o problema tratado como é encarado no trabalho a que vamos fazer referência, que é de resto conhecido de todos, merece ser acentuado. O A. considera as recaídas como: a) reaparecimento das lesões por modificações locais e b) recaídas por aparecimento de lesões em novas zonas.

Em qualquer circunstância, o fundamental é o exame cuidadoso do paciente, para se evitar que se classifique de curado um determinado caso, que ainda por vezes está longe de o ser. Acontece com freqüência o aparecimento de novas lesões, por disseminação broncógena, que poderiam passar por recidivas e que são apenas devidas à circunstância de o portador ter ainda um foco antigo em actividade. Pelo contrário, há outros de origem alérgica, que podem aparecer após uma cura completa, e que não podem ser evitados exclusivamente pela vigilância activa. Para estes o A. recomenda a des-sensibilização dos doentes por intermédio da tuberculina, em doses crescentes. Quando, a-pesar-de tudo, não é possível evitar um novo foco, o que é absolutamente indispensável é o seu reconhecimento precoce; aquêle em geral dá poucos sinais torácicos, e tóda a sintomatologia se reduz à de uma simples influenza. Por isso é de absoluta necessidade o *contrôle* dos raios X em qualquer acidente febril que ataque estes pacientes; em muitos casos basta o repouso na cama pelo tempo necessário para que a situação se resolva.

Pode pois dizer-se, em resumo, que há muitos casos cujas recaídas se po-

dem evitar, desde que os doentes sejam examinados com atenção; noutros não há possibilidade, mas nestas circunstâncias êsse facto pode não conduzir a resultados irreparáveis, desde que o diagnóstico e o tratamento sejam precoce e bem conduzidos.

J. ROCHETA.

Tomografia. (*Tomography*), por H. ROCHE. — *The British Journal of Tuberculosis*. Vol. XXXII. N.º 4. 1938.

Apresenta o A. uma série de casos que mostram bem as vantagens que apresenta a tomografia em relação com as radiografias simples habituais. Sobretudo êste novo método radiográfico permite um diagnóstico seguro da presença de cavidades quando aquêle é impossível, nos casos de espessamento pleural, existência de derrames, atelectasia, fibrose, infiltração de tipo exsudativo e nos campos superiores, onde as imagens da clavícula e das primeiras costelas podem causar embaraços. Nestas circunstâncias, em qualquer método colapsoterápico que seja preciso empregar a tomografia é um acessório indispensável, sobretudo no princípio e no fim do tratamento, nas indicações para a toracosopia, na determinação da associação do pneumotorax com a frenicectomia, no pneumotorax bilateral, etc. Relata a seguir vários casos, que demonstram as afirmações agora feitas.

Pelo que respeita ao aparelho a empregar, prefere o planígrafo da Siemens, porque permite a radioscopia prévia e na posição que melhor se deseja para depois se fazer a tomografia, porque o doente é tomografado de pé e assim é facilmente demonstrável qualquer sinal líquido e ainda porque a distância do filme à ampola é de metro e meio, o que elimina distorções das imagens e torna estas mais comparáveis com as radiografias ordinárias, que são feitas a esta distância.

J. ROCHETA.


Cavidades gigantes tuberculosas do pulmão. (*Giant tuberculous cavities of the lung*), por PAL N. CORYLLOS e G. G. ORNSTEIN. — *The Journal of Thoracic Surgery*. Vol. VIII. N.º 1. 1938.

O conhecimento das cavidades gigantes tuberculosas pulmonares vem desde Laennec, mas a sua importância clínica aumentou particularmente depois da radiografia, e sobretudo depois da generalização da colapsoterapia. De-facto a circunstância de algumas de estas cavidades desaparecerem espontaneamente, em contraste com outras que opõem a maior resistência ao pneumotorax e mesmo à toracoplastia, quando não aumentam mesmo, depois dêste tratamento, tornou o seu estudo digno da maior atenção. Têm sido emitidas as mais variadas hipóteses sôbre a sua evolução, mas presentemente há duas que dominam tôdas as outras; uma, a de Ameuille, que considera a obstrução do respectivo brônquio como impeditiva da cura, e a de Coryllos, que, pelo contrário, vê nessa obstrução o único mecanismo favorável para o seu desaparecimento, qualquer que seja o seu volume e a natureza das suas paredes, mesmo que estas, anatômicamente, não possam colapsar.

O trabalho apresentado pelos AA. é o resultado dos seus mais recentes estudos a êste respeito, e é baseado no exame directo das cavidades por meio dum cavernoscópio especialmente construído, e introduzido na cavidade através da parede torácica, na análise dos gases intra-cavitários e tensão gasosa aí existente, na sua observação clínica e em particular através das tentativas cirúrgicas da obliteração destas cavidades e ainda no estudo bacteriológico do seu conteúdo, tomado daquelas, assépticamente, durante operações cirúrgicas.

Pelo que se refere ao estudo endoscópico cavitário, um dos seus aspectos mais curiosos era a visualização do orifício do brônquio, que nela desembocava; esta verificava-se facilmente nas cavidades, cuja pressão gasosa interna era idêntica à pressão atmosférica, mas nem sempre, nestas condições, se tornava fácil a expulsão de qualquer meio de contraste que aí se depositasse. De qualquer modo, esta dificuldade de saída aumentava ou tornava-se impossível, mesmo transitóriamente, quando se aumentava a tensão gasosa intra-cavitária, para ser rapidamente evacuada, quando, pelo contrário, a pressão diminuía por aspiração através do cavernoscópio. Estes factos sucediam-se com os mesmos aspectos, quando as cavidades apresentavam espontaneamente uma hiperpressão, mas nestes casos o orifício brônquico era bastante mais difícil de visualizar, só se tornando aparente quando se aspirava o ar e se observava a formação de bolhas a seu nível, pelo choque do ar, que era então aspirado dos brônquios mais largos, em virtude da sucção que se praticava na cavidade através do aparelho, com algum líquido que permanecia naquela. A explicação destes factos reside na estrutura anátomo-patológica do próprio brônquio, conforme o grau de permeabilidade do seu percurso; assim, a maior ou menor rapidez de expulsão das substâncias introduzidas ou que se formam dentro da cavidade, e do mesmo modo a facilidade de formação dum mecanismo valvular, que em determinado momento permitisse a passagem do ar só num sentido, na ocasião da inspiração e assim levasse à criação duma aumentada pressão dentro das cavidades. Nesta última hipótese, como já dissemos, o orifício brônquico era mais difficilmente observável, porque terminando êste muitas vezes em bico de flauta, a pressão interna facilmente juntava um ao outro os dois lábios. A hiperpressão é, porém, transitória; rapidamente o gás é absorvido pela circulação vizinha, e desde que assim suceda, a pressão cai, o orifício reabre, a circulação aérea restabelece-se mais ou menos facilmente, para voltar ao estado anterior, quando de novo se instalar um outro mecanismo valvular. Dum modo ou doutro, a cavidade não cura emquanto definitivamente se não der a obliteração do brônquio; quando assim acontece, a negatividade da pressão dentro das cavidades, por absorpção do ar nelas existentes, pode atingir o valor de — 56 cm. de mercúrio, isto é, a diferença que existe entre a tensão parcial dos gases da atmosfera e dos gases do sangue venoso, e esta diferença é bastante sufficiente para diminuir concêntricamente a cavidade até fechá-la completamente; ao mesmo tempo o parênquima circunvizinho torna-se enfisematoso e enche o espaço residual da cavidade.

Tais são os fundamentos de ordem mecânica, confirmados pelas experiências que, mencionadas atrás, feitas com o cavernoscópio, permitem a Coryl-



Nos edemas cardiacos e renais,
na nefrose, ascite, obesidade

SALYRGAN

o diurético activo.

A ação do mercúrio mobilizando a água dos tecidos é reforçada pela adição da teofilina como tónico da circulação. Havendo repugnancia pelas injeções, pode também ser administrado debaixo da forma de drageas e de supositórios.

Embalagens originais:

Caixas com 5 ampolas de 1 e 2 c.c.

Supositórios de Salyrgan: Caixas com 5 supositórios

Drageas de Salyrgan: Tubos com 20 comprimidos



PRODUTOS
FARMACEUTICOS

BAYER, LIMITADA, Largo do Barão de Quintela 11,2^o, LISBOA.



Para a iodoterápia
inclusivamente nas
pessoas com sensibilidade ao iodo

ENDOIODINA

O preparado ideal de iodo orgânico em injeção indolor. A acção do iodo é rápida e duradoura. Experimentado numa infinidade de casos.

Bons resultados na sífilis, hipertonia, arterioesclerose, angina pectoris, aortalgia, asma brônquica, bronquite crónica e nas outras indicações da iodoterápia.

Aplicável por via subcutânea, intramuscular e intravenosa.

Embalagem original: Caixa com 10 ampolas de 2 c. c.

Cincoenta Anos



PRODUTOS
FARMACEUTICOS

los defender a tese que apontámos de princípio. Para êste A., portanto, quando a circulação aérea está bem estabelecida ou quando está alterada no sentido de formação dum mecanismo valvular, e sobretudo nesta última hipótese, o que se verifica não é a cura, mas até o seu aumento. Ao lado dêste mecanismo o mesmo A. admite, ainda, uma acção biológica, devida à rápida absorpção do oxigénio e à sua impossibilidade de renovação, porque então a anoxemia é bastante acentuada para permitir o crescimento do bacilo tuberculoso ao nível das cavidades. Um corolário desta concepção, como o acentua o próprio Coryllos, é que a espessura das paredes e o grau de infiltração peri-cavitário dependem do grau de virulência do bacilo, que está em relação com o grau de anoxemia existente ao nível onde aquêles se encontram, e, portanto, no caso das cavernas, em relação com a permeabilidade do brônquio correspondente. Esta tese tem, de resto, a sua confirmação no empiema tuberculoso com fistula brônquica; enquanto a fistula está aberta, tudo o que acabamos de verificar nas cavernas com brônquio permeável se encontra aqui; quando a fistula fecha, pelo contrário, o pulmão expande-se, a gravidade das lesões pleurais diminue e, finalmente, podem curar por impossibilidades locais de desenvolvimento do bacilo.

Por outro lado, os AA. procuraram também investigar o conteúdo bacteriológico das cavidades, sabido como vulgarmente se admite que nestas existem microorganismos piogénicos; em razão mesmo desta opinião é que alguns autores admitem um agravamento das lesões cavitárias, quando a drenagem destas se faz incompletamente. Os resultados obtidos pelos AA. contradizem, porém, em absoluto, esta idea; em sete doentes, aos quais foi extraído, com a mais rigorosa assépsia, o pus que continham as suas cavidades, em nenhum dêles se encontraram outros germens além dos bacilos ácido-resistentes. Estes resultados têm sobretudo importância para o ponto de vista dos AA., que tentaram, partindo da sua tese, influenciar benêficamente a evolução das cavernas, por obliteração activa do seu brônquio. Para isso procuraram, primeiro, cauterizar o brônquio ao nível da cavidade, sob o *contrôle* do cavernoscópio, mas não conseguiram nunca a sua obliteração. Adoptaram, então, outra técnica, mas empregaram-na apenas naqueles casos que já tinham sido toracoplastizados, sem resultado; reincisaram a antiga cicatriz cutânea com ressecção de parte dos ossos regenerados com pneumólise consecutiva na região onde se encontrava a cavidade; esta, uma vez bem localizada por palpação, era largamente aberta, após uma aspiração tanto quanto possível perfeita do pus que elas continham; era depois introduzido, de modo a ocupar a sua luz um retalho muscular pedunculado, tirado da camada muscular para-vertebral. Esta técnica foi empregada em doze casos, e em todos os resultados imediatos foram muito satisfatórios, sem mortalidade, a-pesar da duração e laboriosidade da operação e ainda da circunstância de se tratar de doentes antigos e quasi todos com amiloidose acentuada. Seis dos pacientes operados tornaram-se imediatamente negativos; quatro morreram mais tarde e a três dêstes foi possível fazer a autópsia; um dêles, o que morreu quatro meses após a intervenção, mantinha o retalho *in loco*, fortemente aderente às paredes da antiga cavidade, mas já estava completamente transformado em tecido fibroso, notando-se, ao mesmo tempo, a obstru-

ção completa do brônquio de drenagem. Os outros dois casos autopsiados que tinham morrido, respectivamente, três e quatro semanas depois da operação, não apresentavam a consolidação do retalho como foi encontrada naquele, e um até mostrava a tuberculização do mesmo.

J. ROCHETA.

A radiografia na pneumonia. (*Radiography in pneumonia*), por F. G. NICHOLAS e C. D. AGASSIZ. — *The Lancet*. N.º 6004. 1938.

O emprêgo sistemático da radiografia na pneumonia constitue um dos elementos mais importantes para o diagnóstico, não das formas típicas, que clinicamente não apresentam dificuldades, mas sim para as complicações e formas atípicas. Os AA. mostram, numa casuística regular, com casos, escolhidos arbitrariamente e radiografados assim que entravam no hospital, e incluindo indivíduos de tôdas as idades.

O interêsse dos AA. era a descoberta das complicações, que tiveram larga possibilidade de observar, e neste artigo alargam-se bastante sôbre este tema; referem-se, primeiro, às complicações pleurais, e neste capítulo incluem os derrames mediastínicos, complicação que, sem o auxílio dos raios X, nunca poderia ser elucidada com suficiente clareza, estabelecendo nesta altura os sinais de diagnóstico diferencial com tôdas as outras lesões que a êsse nível se podem desenvolver; derrames enquistados, também de difícil diagnóstico clínico, quasi sempre formados ao nível da pleura parietal ou interlobar, mas podendo às vezes estar mais profundamente situados, juxta-mediastínico ou juxta-diafragmático. Nas complicações pulmonares descrevem, com bastante pormenor, o enfisema, alteração pulmonar que recentemente tem merecido grande interêsse, mais severo nas crianças que nos adultos, embora, em regra geral, não represente um sintoma sério. O tipo intersticial é o menos comum; é, em geral, secundário ao enfisema vesicular e aparentemente é devido à introdução do ar que se escapa dos alvéolos distendidos ao longo dos vasos pulmonares até ao mediastino e daqui no tecido subcutâneo do pescoço e do tórax. O pneumotorax espontâneo, que se vê às vezes na pneumonia, e cuja patogénese tem sido muito discutida, deve, provavelmente, ser secundário ao enfisema intersticial. Depois de terem aludido às dificuldades de diagnóstico que podem apresentar as formas pneumónicas arrastadas e crónicas, referem-se às pneumonias fugazes, difíceis de classificar, mais frequentes nas crianças e nos velhos e, finalmente, falam das pneumonias atípicas, mais próprias da adolescência e da idade média, que dividem em focos localizados, em focos disseminados e focos transitórios com eosinofilia. Terminam por fazer algumas considerações de ordem clínica, para acentuar que não há relação entre o grau da pirexia e a extensão das opacidades verificadas nas radiografias, as quais, por sua vez, podem persistir bastante tempo depois do completo desaparecimento da sintomatologia, circunstância que ocasionalmente pode dar origem a erros de interpretação.

J. ROCHETA.

Bibliografia

Précis de Neurologie, por L. RIMBAUD, professor de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Montpellier. (Volume de 909 páginas da Coleção Testut. Preço, 235 francos).

Este Manual de Neurologia aparece agora em segunda edição, inteiramente refundido. Actualizado com as novas aquisições da clínica neurológica, vem profusamente ilustrado com 220 figuras, das quais algumas esquemáticas e a maior parte de casos das diversas doenças a cuja descrição a fotografia pode servir de meio elucidativo. Merece, por isso, ser recomendado aos alunos e médicos não especialistas, que rapidamente se poderão pôr ao corrente do que mais importa saber sobre patologia nervosa. A maior parte dos esquemas coloridos que vêm no volume resumem as noções mais necessárias da anatomia nervosa aplicada à clínica, de sorte a evitar estudos morosos, pois recorda noções que podem estar esquecidas.

A primeira parte do volume é dedicada aos grandes síndromas encefálicos. Ocupa-se o Autor do síndrome piramidal encefálico, em que avulta um excelente estudo sobre a hemiplegia, sintomatologia, etiologia, anatomia patológica, tratamento, etc. Em seguida faz uma larga exposição do síndrome extra-piramidal, largamente ilustrada, pondo em relevo as últimas aquisições neste vasto domínio neurológico. Seguem-se estudos sobre o síndrome cerebeloso, e os síndromas pedunculares, protuberanciais e bulbares. Merece especial referência o capítulo que o Autor dedica à afasia, bem como aquêle em que se ocupa das perturbações do aparelho central da visão.

Trata, em seguida, o Prof. Rimbaud das perturbações vasculares do encefalo, assunto de grande importância prática.

O capítulo que dedica aos tumores cerebrais, encefalopatias infantis e epilepsia, é bem cuidado e, ainda que resumido, inicia o leitor no conhecimento geral destes importantes assuntos, que interessam não só ao neurologista, mas também ao clínico geral.

A segunda parte do volume é dedicada ao estudo das doenças da medula, que faz desenvolvidamente, embora nas justas proporções de um tratado desta natureza. O capítulo em que se ocupa das escleroses medulares é particularmente bem feito. Também é tratado com desenvolvimento o síndrome das compressões medulares.

A terceira parte do livro é dedicada às doenças do sistema nervoso periférico: radiculites, polineurites, paralisias dos nervos periféricos, sendo de

salientar o capítulo dedicado à paralisia do nervo facial, que vem cuidadosamente ilustrado.

A quarta parte dedica-a o Prof. Rimbaud às doenças familiares do sistema nervoso, assunto de grande actualidade e que trata com maestria e relativo desenvolvimento.

Na quinta parte ocupa-se das doenças das meninges, assunto que muito interessa aos clínicos gerais.

Finalmente, estuda numa sexta e última parte as perturbações funcionais e neuroses.

Em resumo, trata-se de um tratado com as características sintéticas dos demais volumes da Colecção Testut, que todos conhecem. O *Précis de Neurologie* é, como manual de consulta, um livro muito útil a todos os que desejem estar ao corrente dos progressos da neurologia.

EGAS MONIZ.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

Do Pôrto

Exonerou-se do cargo de assistente do 7.º grupo (higiene) da Faculdade de Medicina do Pôrto, o Dr. Vergílio Marques Guedes.

De Lisboa

De 14 de Novembro a 3 de Dezembro realizaram-se, na Faculdade de Medicina de Lisboa, as provas de concurso para o título de professor agregado das cadeiras de Neurologia e Psiquiatria. Concorreram a neurologia os Drs. Arnaldo de Almeida Dias e Pedro Almeida Lima, a psiquiatria o Dr. Henrique Barahona Fernandes e às duas cadeiras o Dr. Diogo Furtado.

A ordem da execução das provas foi a seguinte:

No dia 14 de Novembro, às 9 e às 10 horas da manhã, realizaram-se as primeiras provas: apreciação e discussão dos trabalhos científicos, incluindo a dissertação, dos candidatos de neurologia Drs. Almeida Dias e Almeida Lima; no dia 15, às mesmas horas, idênticas provas dos candidatos Drs. Barahona Fernandes e Diogo Furtado.

Nos dias 17 e 18 os Drs. Almeida Dias e Almeida Lima, respectivamente, realizaram a sua lição à sorte, tirada de entre as seguintes: 1. As directrizes da neurologia: lição de abertura de curso; 2. Os fundamentos das localizações cerebrais; 3. Doenças nervosas heredo-familiares; 4. Aneurismas e angiomas cerebrais; 5. O crânio em neuropatologia; 6. Ventriculografia, encefalografia e angiografia cerebral; 7. Atrofias musculares progressivas mielopáticas; 8. Hemorragias cerebrais intracranianas; 9. Compressões medulares; 10. Síndrome cerebeloso; 11. Tromboses arteriais que afectam o encéfalo; 12. Abscessos cerebrais, diagnóstico e tratamento; 13. Sífilis medular; 14. A dor nas lesões dos pares cranianos: tratamento; 15. Epilepsia dita essencial e seu tratamento.

No dia 21, o Dr. Barahona Fernandes prestou a prova da lição à sorte, entre as seguintes: 1. Ilusionalidade e alucinabilidade visual: imagem consecutiva, eidética, onírica e paraeidólica, pseudo-alucinações e alucinações visuais; 2. Alucinabilidade da linguagem interior: alucinações auditivo-verbais, verbo-motoras e psíquicas; 3. Gênese e desenvolvimento das neo-formações delirantes: delírios primários e secundários, sintímicos e catatímicos; 4. Síndrome de despersonalização: análise psicopatológica e clínica; 5. Sintomas predilectos das psicoses esquizofrénicas: análise psicopatológica e valor diagnóstico de cada um dêles; 6. Tentativa de sistematização das psicoses do grupo esquizofrénico fora da classificação kraepeliana clássica; 7. Delimitação das psicoses esquizofrénicas dentro das psicoses endógenas e em face das neuropsicoses e psicoses sintomáticas; 8. Tipos predilectos de reacção exógena: consciência tórpida, onírica e desagregada. Nosologia dos estados confusionais e crepusculares; 9. Anomalias da metamorfose puberal: problemas e conflitos da adolescência. Neuropsicoses e psicoses da puberdade; 10. Clínica, psicopatologia e patofisiologia dos estados ansiosos; 11. Conceito de reacção abnorme em patologia mental: delírios psico-reactivos; 12. Psicogenia, histeria e simulação; 13. Sintomatologia neuro-vegetativa álgica e psíquica das neoplasias cerebrais; 14. Síndromas psíquicos nos traumatismos e mutilações cirúrgicas do cérebro frontal; 15. Alterações do carácter e anomalias de comportamento de tipo psicopático nas lesões traumáticas e doenças orgânicas do encéfalo.

No dia 22, realizou o Dr. Diogo Furtado a sua lição à sorte, de entre as que seguem: 1. As directrizes da neurologia: lição de abertura do curso; 2. Os fundamentos das localizações cerebrais; 3. Doenças nervosas heredo-familiares; 4. O crânio em neuropatologia; 5. Tromboses arteriais que afectam o encéfalo; 6. Síndrome cerebeloso; 7. A dor nas lesões dos pares cranianos: tratamento; 8. Epilepsia dita essencial e seu tratamento; 9. Alucinabilidade da linguagem interior: alucinações auditivo-verbais, verbo-motoras e psíquicas; 10. Gênese e desenvolvimento das neoformações delirantes: delírios primários e secundários, sintímicos e catatímicos; 11. Sintomas predilectos das psicoses esquizofrénicas: análise psicopatológica e valor diagnóstico de cada um dêles; 12. Tentativa de sistematização das psicoses do grupo esquizofrénico fora da classificação kraepeliana clássica; 13. Tipos predilectos de reacção exógena: consciência tórpida, onírica e desagregada. Nosologia dos estados confusionais e crepusculares; 14. Clínica, psicopatologia e patofisiologia dos estados ansiosos; 15. Sintomatologia neuro-vegetativa álgica e psíquica das neoplasias cerebrais.

Nos dias 24, 25, 28 e 29 realizaram-se as provas de lição à escolha dos candidatos.

Em 2 e 3 de Dezembro efectuaram-se as provas práticas.

No dia 3 realizou-se a leitura dos relatórios e discussão final.

Os candidatos Drs. Almeida Lima, Barahona Fernandes e Diogo Furtado foram aprovados.

O Dr. Almeida Dias, por motivo de doença grave, não pôde concluir as provas práticas.

Hospitais

Civis de Lisboa

Abriam-se concursos para provimento de três lugares de médicos-analistas contratados dos Hospitais Civis de Lisboa.

— A Direcção dos Hospitais Civis de Lisboa concedeu ao Dr. Ricardo Horta Júnior, por haver concluído o 4.º ano de interno, uma bolsa de estudo no estrangeiro, da quantia de 9.000\$000.

— Reabriu o curso livre de cirurgia, gratuitamente dirigido, desde há sete anos, pelo Dr. Luiz Adão. As lições realizam-se às segundas, quartas e sextas-feiras, às 17,30.

Militar Principal

Abriu-se concurso para a prestação de serviços de estomatologia, durante o ano de 1939, no Hospital Militar Principal de Lisboa.

Das Caldas da Rainha

No Hospital da Rainha D. Leonor, das Caldas da Rainha, inaugurou-se uma secção de hidroterapia, compreendendo instalações de inalações e pulverizações para homens e senhoras, banhos circulares, de imersão, duches, etc.

*
* * *

I Congresso Médico Nacional de Desastres no Trabalho

De 17 a 19 de Novembro findo realizou-se em Lisboa o I Congresso Médico Nacional de Desastres no Trabalho, presidido por um representante do Chefe do Estado.

Na sessão inaugural, efectuada na Faculdade de Medicina, no dia 17, falaram o Prof. Celestino da Costa, Dr. Arruda Furtado e um representante do Instituto de Previdência Social.

A esta sessão seguiram-se as sessões de trabalhos, de tarde e à noite, para apresentação das seguintes comunicações: «A via arterial nas infecções dos membros», pelo Prof. Santos Moniz, do Pôrto; «Suturas tendinosas e a sua imobilização», pelo Dr. Sabino Pereira; «Acêrca dum invulgar acidente de trabalho», pelo Dr. Meireles do Souto; «O factor profissional nas lesões traumáticas da face», pelo Dr. Pereira Varela; «A paralisia geral», pelo Dr. Pereira da Silva; «A reeducação da marcha dos fracturados», pelo Dr. Sabino Pereira; «Da assistência aos homens do mar nos desastres e na doença», pelos Drs. Espírito Santo e Miranda Ferreira; «A situação dos inferiorizados nos desastres do trabalho», pelo Dr. Luiz Guerreiro; «Algumas considerações sobre dolo e simulação», pelo Dr. Martinho Rosado; «Simulação e acidentes do trabalho», pelo Dr. Fausto Landeiro; «A fraude na divisa dos desastres no

trabalho», pelo Dr. Sabino Pereira; «Hospitais gerais, Hospitais do Trabalho», pelo Dr. José Agostinho Paulo; «Breves notas estatísticas de um hospital especializado», pelo Dr. Virgínio de Abreu; «Hospitais especiais para desastre de trabalho e o artigo 41.º da lei 1.942», pelo Dr. Sabino Pereira; «A readaptação dos sinistrados do trabalho deve ser integrada nos serviços de hospitalização especializada», pelo Dr. Carlos de Oliveira; e «Uma organização da Clínica Nacional dos Desastres do Trabalho», pelo Dr. Luiz Guerreiro.

No dia 18 realizou-se, de manhã, no Hospital do Trabalho, anexo à Ordem Terceira de S. Francisco, uma sessão operatória. À noite, apresentaram-se as seguintes comunicações: «A desvalorização profissional dos sinistrados oculares», pelo Dr. Henrique Moutinho; «Um ponto nas reacções ao soro anti-tetânico», pelo Dr. Joaquim Brilhante; «Profilaxia do tétano na clínica dos acidentes no trabalho», pelo Dr. Luiz Guerreiro; «Peritos médicos de Tribunais de Trabalho», pelo Dr. Arruda Furtado; «Perícia médica nos Tribunais de Trabalho», pelo Dr. Santana Rodrigues; «Segurança dos locais de trabalho», pelo Dr. Couto Nogueira; «Tabela portuguesa de desvalorização», pelo Dr. Luiz Guerreiro; e «A malária poderá ser considerada acidente de trabalho ou doença profissional?», pelo Dr. Fausto Landeiro.

No dia 19 de manhã, leram-se as comunicações que seguem: «Subsídios para o estudo das doenças nos operários do fabrico de cimento», pelo Dr. Hermínio Laborinho; «Profilaxia dos acidentes oculares do trabalho», pelo Dr. Henrique Moutinho; «Traumatologia dermo-papilar nos operários portugueses», pelo Dr. Luiz Pina; «Amputação accidental, aspecto clínico e jurídico», pelo Dr. José Crespo; «A ossificação post-traumática para-articular», pelo Dr. Nobre Cartaxo; «Sobre o tratamento das fracturas do calcâneo», pelo Dr. Arnaldo Rodó; «Os acidentes traumáticos e a tuberculose», pelo Dr. Gomes da Silva; e «Hérnia em acidentes de trabalho», pelo Dr. Moreira Gonçalves. À tarde encerraram-se os trabalhos do Congresso, que terminaram com os seguintes votos:

Que os peritos de desastres do trabalho se esforcem por esclarecer os assuntos referentes à predisposição e ao estado anterior dos sinistrados, de forma a permitir a fiel aplicação dos preceitos contidos no artigo 4.º e seus parágrafos da lei n.º 1.942; que se aplique, o máximo possível, a profilaxia das doenças infecciosas entre os trabalhadores, segundo a natureza especial dos riscos das respectivas prestações de trabalho; que os peritos dos Tribunais do Trabalho tenham contacto permanente com os colegas assistentes dos sinistrados, a fim de melhor conhecerem os casos e melhor poderem apreciá-los; que seja aprovada oficialmente uma tabela portuguesa de desvalorização; que a lista das doenças profissionais indemnizáveis seja revista de dois em dois anos por uma comissão mixta de médicos especializados e de juizes do Trabalho; que a perícia médica dos Tribunais do Trabalho seja confiada a médicos especializados, podendo ser ou não delegados de saúde; que sejam multiplicados os serviços de traumatologia onde o possam ser, melhoradas as suas condições técnicas, e convenientemente estudados os sistemas de transporte rápido, a fim de que os sinistrados possam receber tratamento eficiente, no mais curto prazo de tempo após o sinistro; que sejam organizados um ou mais hospitais ou clínicas de trabalho onde se estudem e apliquem exemplar-

mente os preceitos clínicos e médico-legais especiais dos desastres do trabalho; que se estudem as possibilidades práticas de examinar os trabalhadores antes da sua admissão ao trabalho.

Instituto de Medicina Tropical

Terminou, em 26 de Outubro, o prazo para a matrícula relativa ao semestre de 1938-1939, no Instituto de Medicina Tropical.

Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica

No dia 18 de Novembro realizou-se mais uma sessão da Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica, com a apresentação dos seguintes trabalhos: «Pinça suporte-películas e selector com comando eléctrico», pelo Dr. José de Pádua; «Modêlo pessoal dum quimógrafo para o estudo da dinâmica respiratória», pelo Dr. Aires de Sousa; «Contribuição para o estudo da doença de Albers-Schönberg», pelo Dr. Manuel de Vasconcelos; «Planigrafia ântero-posterior da laringe», pelos Drs. Aleu Saldanha e Aires de Sousa.

Dispensário de Higiene

Inaugurou-se, em Leiria, o Dispensário de Higiene e Centro Diagnóstico do Cancro, o primeiro do país que funciona em colaboração com o Instituto Português de Oncologia.

Prof. Aloysio de Castro

O Dr. Aloysio de Castro, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, realizou no Hospital Escolar de Lisboa, nos dias 20 e 22 de Outubro findo, duas conferências, intituladas: «Novos estudos sôbre reflexos nas doenças nervosas» e «Os estudos brasileiros de cardiopatologia».

À primeira conferência presidiu o Prof. Celestino da Costa, director da Faculdade de Medicina, e à segunda o Prof. Adelino Padesca, director do Hospital Escolar.



Saúde pública

A Direcção Geral de Saúde abriu concurso para o provimento dos lugares de delegado de saúde, substituto, do quadro do pessoal técnico da Inspecção de Saúde do Pôrto, inspector de sanidade marítima do Funchal, guarda-mor da mesma inspecção e inspector de sanidade marítima de Ponta Delgada.

— O Dr. Balasar da Costa Branco foi nomeado delegado de saúde no concelho de Viana-do-Alentejo.

— Abriu-se concurso, por trinta dias, para provimento do terceiro partido médico municipal, com sede em Paderne (Albufeira).

— Para o cargo de delegado de saúde, no concelho de Penedono, nomeou-se o Dr. António José Lúcio.

— Também o Dr. José de Freitas Carvalho foi nomeado delegado de saúde no concelho de Castelo de Paiva.

Medicina colonial

O Dr. Silva Neves, coronel-médico, foi demittido do cargo de director dos Serviços de Saúde de Angola.

— Orçou-se em 4.000 contos a construção do Hospital Central no Huambo.

— Vai construir-se um hospital em Saurino.

— Está a proceder-se, nas nossas colónias africanas, a um inquérito sôbre o paludismo, com fins estatísticos.

Prémio Nobel de Medicina

Este ano não se conferiu o prémio Nobel de Medicina.

Necrologia

Faleceram : em Coimbra, o Dr. Joaquim Maria de Castro, médico do Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil; em Moncorvo, o Dr. Ramiro de Sousa, delegado de saúde; em Moura, o Dr. Vítor Mendes, médico municipal; em Paris, o Dr. Raúl Bensaúde, médico do Hospital de Santo António daquela cidade e membro da Academia de Medicina de Paris; e em Abrantes, o Dr. José Gonçalves Carozo, delegado de saúde do concelho de Sardoal.





PANBILINE
nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE
na PRISÃO DE VENTRE

HÉMOPANBILINE
nas ANEMIAS

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA — AMOSTRAS

LABORATOIRE J. D. PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE

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

as infecções agudas da cabeça e do pescoço

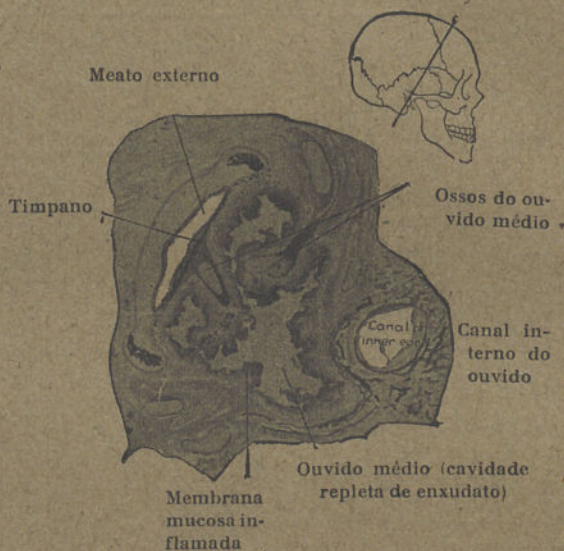
TAIS COMO:

OTITE MÉDIA

**CELULITE
SUBLINGUAL**

**A DENITE
CERVICAL**

**INFECÇÃO DOS
FOLÍCULOS
DO CABELO**



são materialmente auxiliados pelas qualidades repa-
doras e estimulantes da

Antiphlogistine

amostras e literatura médica aos srs. clínicos



The Denver Chemical Mfg. Co.

163, Varick Street

Nova York, E. U. A.

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodre, 8, 1.º

LISBOA

Sala

Est.

Tab.

N.º