



Ano XVI

N.º 8

Agosto 1939

# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*A. Almeida Dias*

SECRETÁRIO ADJUNTO

*Morais David*

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## SUBSIDIADO PELO INSTITUTO PARA A ALTA CULTURA

(A concessão de subsídios por parte do Instituto para a Alta Cultura, não envolve juízos de valor sobre a doutrina contida nas publicações subsidiadas nem aprovação da forma por que essa doutrina é exposta)

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

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

## CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60,700

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80,700

NÚMERO AVULSO: 8,700 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.

Sala B

Est 9

Tab. 2

N.º 78

# ESPASMOS

da musculatura lisa desaparecem rapidamente após a administração do

## EUPACO MERCK

em estados espasmódicos do  
tracto gastro-intestinal  
vias biliares  
sistema uro-genital

EUPACO em comprimidos  
tubos de 10 comprimidos.

EUPACO em supositórios  
caixas com 5 supositórios.

EUPACO - ampólas (Eupaverina com atropina) caixas de 3 ampólas.

**E. MERCK**  
Fábrica de productos químicos  
**DARMSTADT**

Representantes para Portugal:

**QUIMICO - FARMACEUTICA, LIMITADA**  
Lisboa

Rua Gomes Freire, 96

Porto

Rua do Almada, 59





**em todos os recantos do globo**

não só nos países da zona temperada, no círculo ártico, como também nas regiões tórridas, a ANTIPHLOGISTINE, é conhecida e os membros da profissão médica a prescrevem regularmente.

**O ANTIDOTO DA INFLAMAÇÃO**

AMOSTRA E PROSPECTOS MEDIANTE PEDIDO

**The Denver Chemical Mfg. Co.**

163, Varick Street

Nova York, E. U. A.

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

Calç. do Sodre, 8. 1.

LISBOA

# 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 das 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 injecções, requere geralmente uma dosagem total mais baixa e os sintomas subjectivos da Diabetes melhoram notavelmente.

40 un. por cc. { 5 cc. (200 un.)  
10 cc. (400 un.)      80 un. por cc. { 5 cc. (400 un.)

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

*Envia-se folheto com minúcias aos Ex.<sup>mos</sup> Clínicos*

Fabricantes: **THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD. — ALLEN & HANBURYS, LTD.**

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



# HICKS

GENUINO — AFERIDO

O TERMÓMETRO  
DE CONFIANÇA

FABRICO ESMERADO

EXACTIDÃO GARANTIDA

MARCA  REGISTRADA

NAS BOAS FARMÁCIAS

Representantes :

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

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

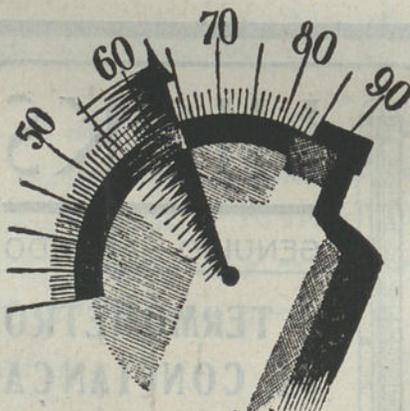
# NEURINASE

*provoca o  
sôno natural*

*℞.*

**Insónia**  
Perturbações nervosas

AMOSTRAS E LITERATURA  
LABORATORIOS GÉNÉVRIER  
45, Rue du Marché, NEUILLY-PARIS



*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

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA  
GRANULADO, INJECTAVEL

# NUCLÉARSITOL

## "ROBIN"

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

OS LABORATORIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo D. N. S. P.

N.º 825-827  
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

## SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

**TOXICIDADE** consideravelmente inferior

à dos preparados seus congêneres

**INALTERABILIDADE** em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIIe)

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

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

# 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 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.<sup>a</sup> — 240, Rua da Palma, 246 — Lisboa

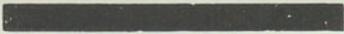


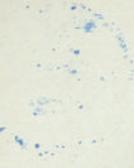
PROF. RICARDO JORGE

Faleceu, a 29 de Julho o Prof. RICARDO JORGE, que regeu a cadeira de Higiene na Faculdade de Medicina e foi figura proeminente no meio intelectual português.

A impossibilidade de compor a tempo o número especial que lhe será consagrado, obriga-nos a transferir esta devida homenagem para o próximo mês.

A REDACÇÃO.





# DECLARATION OF INDEPENDENCE

WE, the Representatives of the United States of America, in Congress assembled, do hereby declare that the United States of America are, and of right ought to be, a free and independent State, separate from every other Power, and that all political connections with Great Britain are hereby totally dissolved.

That the Declaration of Independence of the United States of America is hereby acknowledged, and that the same is hereby declared to be the true and correct copy of the original Declaration of Independence of the United States of America, as the same is contained in the Acts of the Congress of the United States of America, in the year 1776.

Attest:





## SUMÁRIO

### Artigos originais

<i>Sôbre a anatomia patológica das lipoidoses</i> , por Friedrich Wohlwill	Pág.	467
<i>Síndromas nervosos post-vacinaes</i> , por Cordeiro Ferreira e Brandão de Oliveira .....	•	491
<hr/>		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	•	507
<i>Notícias &amp; Informações</i> .....	•	XXXV

## SÔBRE A ANATOMIA PATOLÓGICA DAS LIPOIDOSES

POR

FRIEDRICH WOHLWILL

(Duas lições feitas durante o «Curso de Aperfeiçoamento» da Faculdade de Medicina de Lisboa. Abril de 1939)

Embora muitos, senão todos os elementos celulares, sejam capazes de fagocitar e de armazenar certas substâncias no seu protoplasma, é um facto bem conhecido que existe no organismo dos animais um sistema celular dotado em especial desta faculdade. A existência dêste sistema foi verificada por injeções em animais de substâncias coradas em solução coloidal. Experiências dêste género já tinham sido feitas por RIBBERT, em 1904. Foi GOLDMANN quem primeiro falou dum «sistema», chamando às células que apresentam esta faculdade «Pyrrolzellen», porque a substância por êle empregada foi o «Pyrrol». É sabido que mais tarde ASCHOFF e os seus discípulos criaram a concepção do «sistema retículo-endotelial», a cujos elementos incumbe esta função em primeiro lugar. E dizemos «em primeiro lugar» porque, tratando-se duma qualidade muito comum, são só diferenças quantitativas que permitem separar êste sistema do conjunto das células depositárias.

Não tardou a reconhecer-se o papel importante que desempenha o sistema retículo-endotelial em muitas funções, quer normais, quer patológicas. Diz êste facto respeito sobretudo ao metabolismo dos lipóides e do ferro, à produção de anticorpos, à defesa contra os microorganismos, etc. Não se pode estranhar a

existência desta última função, visto que os elementos que participam neste sistema são as células mãis dos monócitos, quer dizer, dos macrófagos de METSCHNIKOFF. E devemos insistir neste ponto, porque êle mostra que o sistema retículo-endotelial não representa apenas um aparelho de metabolismo, mas que pertence também ao grupo dos órgãos hematopoiéticos como produtor da terceira série de células entre os leucócitos.

Passando às doenças do homem, podemos verificar que as funções mencionadas do aparelho retículo-endotelial apresentam modificações muito variadas nas várias afecções, ou seja aumento, diminuição e alteração. Mesmo se nos limitarmos às lesões em que aquêl aparelho parece reagir sob a forma de doença generalizada e portanto como entidade única, encontramos ainda grande variedade de achados morfológicos.

Em correspondência com a dualidade de funções acima exposta devemos distinguir as afecções sistematizadas do sistema retículo-endotelial como aparelho do metabolismo e como aparelho hematopoiético. As primeiras são caracterizadas pelo depósito de certas substâncias nos elementos do sistema, facto que deixa facilmente não só reconhecer, mas também classificar as afecções em questão segundo a natureza dos produtos depositados. As afecções do segundo grupo são, evidentemente, equivalentes às leucemias, de modo que, como nestas últimas, podemos distinguir reticuloses leucémicas e aleucémicas. Finalmente podemos incorporar nesta lista, como terceiro grupo, certos granulomas generalizados de composição celular predominantemente retículo-endotelial, a saber: a linfogranulomatose, os granulomas múltiplos típicos, os da doença de BANG e outros. Até certo ponto pertence também a êste grupo a tuberculose. Podemos portanto classificar estas afecções segundo o seguinte esquema:

#### AFECCÕES GENERALIZADAS DO SISTEMA RETÍCULO-ENDOTELIAL (S. R. E.)

I — S. R. E. como aparelho de metabolismo.

##### LIPOIDOSES

- 1) Cerebrosidoses: doença de GAUCHER.
- 2) Fosfatidoses: doença de NIEMANN-PICK.
- 3) Colesterinoses.

## II — S. R. E. como aparelho hematopoiético.

## RETICULOSES

- 1) Leucémicas.
- 2) Aleucémicas.

III — *Granulomas* com participação predominante dos elementos do S. R. E.

Linfogranulomatose.

Granulomas tíficos.

Granulomas nas bruceloses.

Doença de HAND-SCHÜLLER-CHRISTIAN (?) e outros.

Nas duas lições que tenciono fazer só falarei sôbre as doenças do primeiro grupo, deixando o segundo e terceiro para outra ocasião. Como já mencionei, as doenças que pertencem a êste primeiro grupo são caracterizadas pela existência de certas substâncias depositadas no protoplasma dos elementos retículo-endoteliais e por isso os alemães lhe chamam «Speicherkrankheiten». v. GIERKE propôs para todo êste grupo o nome de «tesaurismoses», incluindo neste têrmo muitos processos em que podemos verificar tais depósitos, mesmo que não sejam ou pelo menos que não sejam predominantemente os componentes do sistema retículo-endotelial que exercem esta função. Engloba entre estes processos uma afecção muito interessante descoberta por êle só há pouco, a saber: a «glicogenose». Eu, porém, tratarei apenas das afecções em que as substâncias depositadas são de natureza lipóide e a que chamamos lipoidoses.

Também com respeito a estas lipoidoses devemos acentuar desde comêço que não há perfeita analogia entre elas e os resultados das experiências de armazenamento praticadas em animais. Temos que fazer duas restrições: a primeira refere-se ao emprêgo da palavra «speichern», isto é, «armazenar», que no sentido stricto significa a acção de certos elementos mesenquimatosos, que consiste em separar do seu meio de solução partículas dispersas em solução coloidal, que apresentam propriedades físico-químicas semelhantes no que diz respeito à carga eléctrica, etc., depositando-as em forma granulosa (LETTERER). Falando neste sentido de «Speicherungskrankheiten», afirmaríamos a realização nestas doenças dum processo cuja existência, a dar-se, não está provada.

Em segundo lugar não devemos esperar nas lipoidoses uma reacção do sistema retículo-endotelial nem tão completa nem tão electiva como nas experiências em animais, embora mesmo nestas últimas haja diferenças consideráveis em relação às substâncias e às dosagens empregadas. Há formas de lipoidoses em que só uma parte dos elementos do sistema apresenta os depósitos típicos e outras em que os processos atingem células que não pertencem ao sistema retículo-endotelial, nem mesmo entendendo este no sentido mais lato.

#### CEREBROSIDOSES: DOENÇA DE GAUCHER

Entre as lipoidoses aquela que conhecemos há já mais tempo é a doença descrita por GAUCHER, em 1882. Como é conhecido, o sintoma mais característico, tanto clínico como autóptico, desta doença é a tumefacção muito intensa do baço, que pode atingir o tamanho apresentado por este órgão em casos pronunciados de leucemia mielóide. O baço de GAUCHER tem uma superfície de secção cinzento-rosada, com pontuações e estrias esbranquiçadas. Como em muitos outros casos de esplenomegalia, podem encontrar-se infartos, mas além disso formações tumorais circunscritas que no exame microscópico representam cavernomas.

Há também tumefacção do *figado*, mas não tão pronunciada. Os *gânglios linfáticos periféricos palpáveis*, não costumam estar aumentados de volume e este facto considera-se até certo ponto como específico desta afecção. Os gânglios linfáticos *internos*, pelo contrário, apresentam-se na maioria dos casos ligeiramente tumefactos. Finalmente toma parte nas alterações a *medula óssea*. A limitação da afecção aos quatro órgãos ou sistemas mencionados verifica-se quasi sempre.

O aumento de volume descrito é devido ao aparecimento de células muito especiais. Trata-se de elementos muito grandes, redondos, sem conexão entre si, que apresentam um aspecto tão estranho que o próprio GAUCHER, julgando estar em presença dum processo neoplásico, chamou à afecção: *épithéliome primitif de la rate*. Estas *células*, chamadas de GAUCHER, apresentam de um a três núcleos, relativamente grandes, e o protoplasma ligeiramente eosinófilo. É característica a coloração pronunciadamente azul pelo método de MALLORY, que por este motivo adquire grande

LISBOA MÉDICA

# DRYCO

## Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

**DRYCO é o leite IDEAL**

Especialmente preparado para a

**alimentação  
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

**Simenez-Salinas & C.<sup>a</sup>**

Rua da Palma, 240-246

**L i s b o a**



LISBOA MÉDICA

Produtos portugueses originais

DO LABORATÓRIO FARMACOLÓGICO DE LISBOA

Rua Felipe da Mata, 30 - 32

Telefone 4 2620

LISBOA - PORTUGAL



**Cipobiase** Emulsão das vitaminas do óleo de fígado de bacalhau em compota de banana.

**Jodal** Granulado de iodo-peptona-iodetado, que evita a formação de produtos secundários do iodo, e do iodeto, em presença da água, que são os causadores principais do iodismo. A acção anti-tóxica do Lugol garante efeitos mais eficazes no tratamento do reumatismo e de todas as doenças subsidiárias da iodoterapia.

**Ovochocolate-Mitxi** Alimento especial para hipertensos, hepáticos, e artríticos porque contém apenas 4,7 % de substâncias proteicas.

**Radiopepsina** Empregada no tratamento da hipercloridria e de úlceras no estômago com os resultados confirmados por numerosos médicos que a têm ensaiado pessoalmente e experimentado os efeitos que não tinham conseguido com outros agentes terapêuticos conhecidos.

**Farinha lacto-bulgara** Produto considerado por muitos médicos como a maior glória da indústria nacional. Preparada com as vitaminas do pericarpo do trigo e os produtos de secreção do Bacilo Bulgaro que produzem a antiseptia dos intestinos. Devem tomar cuidado em não confundir esta farinha com qualquer outra imitação apresentada em concorrência.

**Hidropenol** Específico no tratamento das cirroses dos alcoólicos para fazer despejar o líquido das ascites.

**Vitamina cálcica** Produto de sais de cálcio em sucos de frutas vitaminado.

## CERIMALTE

Extracto de cereais associado ao extracto de malte. Alimento especial para doentes febris. Não provoca perturbações no fígado, porque o seu excipiente não é constituído pelo álcool etílico contido no vinho que entra na composição dos produtos similares

No Laboratório Farmacológico, todos os Ex.<sup>mos</sup> Clínicos podem receber as amostras que necessitarem.

importância no exame histológico. O protoplasma apresenta-se quer completamente homogéneo, quer percorrido por linhas finíssimas, formando um retículo que incluye porções lisas que representam, provavelmente, a substância depositada. Esta substância, porém, não apresenta quaisquer qualidades histioquímicas especiais que permitam identificá-la. Não é birefringente, não se cora pelo sudan nem pelos métodos que mostram os lipóides como os de SMITH-DIETRICH, Sulfato de azul de Nilo, etc. É unicamente pelo exame químico dos órgãos atingidos, e especialmente do baço, que se pode determinar a sua natureza. Como se sabe, trata-se da *querasina*, facto provado, primeiro, por EPSTEIN e LIEB. A querasina é um cerebrosídeo, e por isso chamamos também a esta doença *cerebrosídose*. Como a querasina deriva da esfingosina pela adição de galactose, também se lhe chama *galactosídeo*. Trata-se duma substância que, segundo os resultados das últimas pesquisas, existe, em quantidades muito pequenas, no baço dos indivíduos normais.

As células de GAUCHER encontram-se, em primeiro lugar, no baço e são elas que provocam o grande aumento de volume d'este órgão. Dispõem-se na maior parte dos casos em ninhos, mais ou menos circunscritos em forma de alvéolos, rodeados por fibras colagêneas, facto que faz compreender bem a primeira concepção de GAUCHER, considerando a doença como «epitelioma». Houve grande polémica sobre se são as células reticulares da polpa ou os endotélios dos espaços sinusóides que se transformam nas células de GAUCHER. Hoje em dia a grande maioria dos autores aceita a primeira hipótese. E. J. KRAUS verificou que nas primeiras fases de desenvolvimento estas células ainda estão em conexão umas com as outras, imitando, assim, o aspecto do retículo pulpar normal. PICK mostrou que nas preparações de PERLS, e sobretudo de TURNBULL, as células de GAUCHER se distinguem nitidamente dos endotélios dos seios. Ao passo que as primeiras ou são isentas de ferro ou se coram difusa e muito ligeiramente de azul, os últimos contêm grande quantidade de grânulos de hemossiderina. Mostra êste método que são enganadoras as figuras que parecem mostrar os espaços sinusóides preenchidos por células de GAUCHER. Na realidade, só secundariamente, quando muito, os lumes dos seios são invadidos pelos elementos específicos. Além das células reticulares, também, segundo PICK, as células histio-

citárias da adventícia de pequenas artérias da polpa, assim como do tecido periadventicial, poderiam dar origem às células de GAUCHER.

Este problema da histiogénese das células de GAUCHER talvez por si só não tenha tão grande importância; mas a diferença de comportamento que existe a este respeito entre as células reticulares e endoteliais mostra que o sistema reticulo-endotelial nem sempre reage como entidade única; e este facto tem grande influência na concepção deste aparelho.

A causa da hemosiderose — ou melhor, da hemocromatose, visto que aparece também pigmento não férrico — ainda não está completamente esclarecida: a diátese hemorrágica e a anemia — por vezes apenas ligeiras e só existentes nos estados tardios da doença — não a explicam suficientemente. Parece antes tratar-se de conseqüências de alterações do metabolismo dos pigmentos existentes ao mesmo tempo que as do metabolismo dos lipóides. Esta hemocromatose representa um dos sintomas mais constantes da doença de GAUCHER e que se manifesta em todos os órgãos atingidos além disso pelo processo específico. Como nos outros casos de hematocromatose, há também hiperpigmentação da pele na doença de GAUCHER, sintoma este muito importante para o diagnóstico clínico. Por outro lado, a hematocromatose dos órgãos hematopoiéticos, e sobretudo do baço, contribue para a confirmação do diagnóstico anátomo-patológico, pois se encontra, segundo os autores, em todos os casos de GAUCHER de adultos. Todavia, num caso por mim observado e confirmado pelo exame químico, faltava completamente. Quero mencionar, ainda, a reacção mielóide, que se encontra muitas vezes no baço com formação de mielócitos e mieloblastos, facto que levou até a incorporar a afecção nas leucemias. WAUGH e Mc INTOSH empregaram, a propósito, o termo «dismielose».

No *figado* as células de GAUCHER parecem ter a sua origem nos chamados pericitos, situados entre os capilares e as trabéculas hepáticas, assim como nos clasmatócitos do tecido periportal. Mas, segundo PICK, é este o problema menos esclarecido na histiogénese das células de GAUCHER. Segue-se no figado muitas vezes um processo de proliferação de tecido conjuntivo semelhante à cirrose hepática, mas sem formação dos conhecidos pseudotúbulos. (Os chamados condutos biliares neoformados).

Nos *gânglios linfáticos* e na *medula óssea*, as células de GAUCHER derivam dos elementos reticulares. Neste último órgão há algumas particularidades no achado histo-patológico: primeiro encontramos, muitas vezes, em vez dos elementos redondos, células alongadas e fusiformes de protoplasma finamente estriado. Não conhecemos a origem desta modificação do aspecto dos elementos específicos; pensou-se em influências mecânicas, mas elas não explicam o aparecimento desta atipia, exactamente na medula óssea. Em segundo lugar, existe neste órgão grande tendência para o desenvolvimento de processos de necrose muito lenta, sendo o tecido necrosado mais tarde substituído por tecido cicatricial. Estes processos, que aliás se observam igualmente nos outros órgãos, embora mais raramente e de maneira menos pronunciada, podem influir também no estado do próprio tecido ósseo. Há casos, como a forma óssea da doença descrita por PICK, em que as lesões do esqueleto predominam de tal maneira que, clinicamente, se diagnostica uma doença óssea. Anatômicamente encontram-se destruições intensas dos ossos atingidos, que escavam a cortical de dentro para fora, conduzindo, assim, a tumefacções dos ossos compridos, semelhantes às que se observam na espina ventosa, mas sem perfuração da cortical. Há, ainda, fracturas espontâneas e esmagamento de vértebras com formação de gibosidade. Os discos intervertebrais, porém, ficam indemnes, facto que permite a distinção do mal de PORT. Há casos nos quais os membros atingidos clinicamente se apresentam tumefactos, dolorosos e com a pele congestionada, de modo que se pensa até em osteomielite aguda.

Como já disse, nos casos típicos — e estes constituem a grande maioria — as lesões limitam-se aos quatro órgãos mencionados. A doença de GAUCHER não é, portanto, uma doença sistematizada do aparelho retículo-endotelial, visto que não atinge nem todos os órgãos que a êle pertencem nem, dentro dos órgãos atingidos, todos os elementos que fazem parte do sistema. Há alguns, poucos, casos que apresentaram lesões pulmonares. Só em casos de lactantes a afecção apresenta uma dispersão maior com participação das cápsulas supra-renais, do timo, das amígdalas, do intestino, etc. HAMPERL tenta explicar esta particularidade pelo facto de as funções de armazenamento nesta idade não estarem limita-

das tão estrictamente ao sistema reticulo-endotelial no sentido estricto.

Quanto ao problema da patogénese da afecção, parece-me conveniente discutí-lo em conjunto com a segunda doença de que vamos tratar. Devemos por isso conhecer antes a anatomia patológica desta.

#### FOSFATIDOSES : DOENÇA DE NIEMANN-PICK

Em 1914, um pediatra alemão, NIEMANN, descreveu o caso dum lactante com uma «afecção de natureza desconhecida», mas que apresentava certas semelhanças com a doença de GAUCHER. Foi o patologista PICK que, examinando as preparações histológicas dêste caso e de alguns outros semelhantes, pôde verificar que estava em presença dum tipo especial, com bastantes diferenças em relação à doença de GAUCHER. Chamamos hoje a esta afecção : *doença de NIEMANN-PICK*.

As diferenças mais importantes são as seguintes: ao passo que a doença de GAUCHER aparece em tôdas as idades e tem um decurso demorado, a de NIEMANN-PICK é uma afecção da primeira infância e de desenvolvimento rápido, que leva à morte por caquexia dentro dos primeiros dois anos da vida. No sangue o NIEMANN-PICK apresenta leucopenia, o GAUCHER leucocitose. Sob o ponto de vista anátomo-patológico, no NIEMANN-PICK os órgãos atingidos apresentam no exame macroscópico, muitas vezes, uma côr amarelada. Ao microscópio também nesta doença aparecem grandes células redondas, mas de distribuição difusa, sem formar os ninhos típicos do GAUCHER no baço. O protoplasma dêstes elementos apresenta — em vez do aspecto mais ou menos homogéneo das células de GAUCHER — um carácter pronunciadamente esponjoso ou espumoso. Segundo LETTERER, não há, como no GAUCHER, proliferação considerável das células em questão, que explicam a espenomegalia excessiva. As substâncias depositadas nas células — incoráveis na célula de GAUCHER — coram-se aqui, pelo menos na maioria dos casos, com o sudan e o escarlata, embora muitas vezes não de vermelho vivo como as gorduras neutras, mas de amarelo-alaranjado, e com mais freqüência apresentam-se nas preparações de SMITH-DIETRICH e nos métodos para as bainhas mielínicas com côr negra. É êste o comportamento

dos fosfatidos, se bem que estas propriedades histioquímicas não tenham o valor de reacções químicas. Contudo, é provável que o resultado dos métodos para as bainhas mielínicas seja devido principalmente aos fosfatidos. Em algumas células existe birefrangência.

A diferença anátomo-patológica mais importante em relação à doença de GAUCHER reside nos órgãos atingidos. Primeiro os gânglios linfáticos periféricos também são atingidos, facto que torna possível o diagnóstico intra-vitam pelo exame histológico. Mas além disso as lesões não se limitam aos quatro órgãos hematopoiéticos; aparecem em sítios variadíssimos. Dentro dos órgãos invadidos não só os elementos do sistema retículo-endotelial, inclusive os endotélios dos espaços sinusóides do baço e dos gânglios linfáticos, se transformam em células de NIEMANN-PICK, mas também os endotélios banais dos vasos sanguíneos e até certas células parenquimatosas. Assim, podemos considerar como origem das células esponjosas da doença em questão as células hepáticas, os epitélios dos tubos contornados do rim, os das cápsulas supra-renais, das glândulas gástricas e muitos outros. No fígado crescem igualmente, como no GAUCHER, processos de cirrose. Com respeito às células do sistema nervoso central devemos fazer depois algumas observações, visto constituírem um capítulo especial da patogénese destas doenças.

Mencionemos ainda a existência de hemocromatose no NIEMANN-PICK como no GAUCHER e o desaparecimento quási completo do tecido adiposo, em grande contraste com o depósito de quantidades formidáveis de lipóides nos órgãos internos.

Quimicamente verificou-se que as substâncias tesaurismadas são misturas de fosfatidos, gorduras neutras e ácidos gordos, mas com forte predomínio dos primeiros, de modo que podemos falar aqui de «fosfatidoses». Entre os fosfatidos encontra-se de preferência, segundo as pesquisas de KLENK, a esfingomiéline, produto que deriva das mesmas substâncias mãis que a queratina, quer dizer, da esfingosina. Esta última transforma-se, pela adição duma molécula de galactose, em queratina, e, pela adição de ácido colino-fosfórico, em esfingomiéline. Sendo assim, devemos admitir uma próxima afinidade entre ambas as afecções. Alguns autores queriam ver na doença de NIEMANN-PICK apenas uma forma infantil do GAUCHER, certamente sem razão, visto que há casos típicos de

GAUCHER em lactantes, como já vimos. EPSTEIN, PICK e outros são de opinião que a querasina, substância colóide hidrófoba e por isso relativamente inofensiva, penetra na célula por incorporação meramente passiva, ao passo que o fosfatido hidrófilo agride as células, lesando-as profundamente. Assim, segundo PICK, só depois de a função dos elementos retículo-endoteliais estar esgotada pela agressividade da substância em questão é que outros elementos de segundo plano nestes processos tomam parte na tesauroização. Com efeito KIMMELSTIEL pôde verificar por experiências em animais que a acção biológica dos lipóides colóides quasi não depende da sua composição química, mas sim das suas propriedades físico-químicas.

No entanto foram descritos alguns casos que se consideravam como intermediários a ambas as doenças. CHEVREL, CHEVREL-BODIN e CORMIER, por exemplo, publicaram um caso em que a doença começou na idade de 5 anos e meio e levou à morte só passados três anos e meio. Os resultados dos exames anátomo-patológicos e químicos porém foram os do NIEMANN-PICK. Julgo que estes últimos são decisivos. Trata-se, em minha opinião, dum caso de NIEMANN-PICK de decurso clínico atípico.

Estas últimas considerações levam-nos ao capítulo da patogénese das doenças de GAUCHER e NIEMANN-PICK. Desde que as hipóteses de neoplasia e a duma doença sistematizada do sistema hematopoiético foram postas de parte, devemos considerar principalmente as seguintes possibilidades: ¿ trata-se duma alteração primitiva do metabolismo intermediário dos lipóides, aliás de etiologia desconhecida, que conduziria a uma oferta excessiva das substâncias lipóides respectivas e ao seu depósito secundário em células capazes desta função? ¿ Ou é a base das afecções constituída por uma perturbação profunda da função das próprias células que apresentam aquêles depósitos, de maneira que já não podem decompor ou eliminar certos produtos intermediários? ¿ Ou, finalmente, existe, pelo contrário, uma hiperfunção do sistema retículo-endotelial e sobretudo do baço (hiperesplenismo de KRAUS) que explicaria os sucessos, embora não duradouros, da esplenectomia? A primeira hipótese é defendida por PICK, que se baseia nos resultados das experiências de ANITSCHKOFF e outros, que consistem na introdução de colessterina no organismo de herbívoros e nos dados anátomo-patológicos em casos de lipemia

diabética. KIMMELSTIEL e LAAS produziram, com efeito, pela injeção de querasina em coelhos, quadros bastante semelhantes aos da doença de GAUCHER, embora sem a hemosiderose desta afecção, que, no entanto, pode faltar também em homens adultos portadores da doença de GAUCHER, como vimos atrás. BEUMER e GRUBER obtiveram resultados análogos com respeito à esfingomiéline e à doença de NIEMANN-PICK. Estas experiências mostram, na verdade, que um excesso de substância lipóide no sangue pode condicionar processos semelhantes aos que encontramos nestas duas terausismoses e assim invalidam a objecção feita por BAUMANN, KLENK e HEIDEGGER de que a hipótese da hiperlipoidose primitiva não toma em conta os poderes regulativos do organismo em casos de tais excessos. Mas, por outro lado, as experiências não provam, é claro, que seja na realidade êste o processo que se dá também na doença do homem.

Evidentemente as coisas são menos simples do que se imagina. O próprio KIMMELSTIEL mostrou que, depois da injeção de colessterina, aumentam nos órgãos não só a substância injectada, mas também outros lipóides, e nos diabéticos não há nenhum paralelismo entre a lipoidemia e as alterações do baço no sentido duma esplenomegalia de células lipoidicas. E objecção importante: nos casos de GAUCHER e de NIEMANN-PICK só raramente se verificou aumento considerável das substâncias respectivas no sangue. Provavelmente a situação é mais complexa e hoje em dia muitos autores admitem alterações do metabolismo humoral e das funções celulares primitivas e coordenadas, hipótese esta que me parece sujeita a menos objecções do que as outras, mais unilaterais. A verdade é que não sabemos quási nada sôbre o mecanismo especial destas alterações. ¿Estão situadas na via normal do metabolismo ou constituem um desvio numa direcção absolutamente patológica? Desde que conhecemos a existência no baço normal de pequenas quantidades de querasina, já não podemos excluir completamente a primeira hipótese.

Seja como fôr, é em todo o caso certo que ao processo acresce outro factor, que quer dizer, um factor constitucional, que desempenha um papel importante. A prova disto está na hereditariedade das duas doenças, que aparecem muitas vezes em irmãos, e na disposição racial dos judeus orientais, aliás mais pronunciada na doença de NIEMANN-PICK do que no GAUCHER. É de notar que a heredita-

riedade nesta última doença não existe apenas para a doença em geral, mas também, segundo as observações de PICK, para a forma óssea em especial. Além disso, encontram-se muitas vezes sinais de evolução embrionária alterada e até malformações autênticas, como mostrou primeiro E. J. KRAUS. Êste autor considera também os angiomas do baço, freqüentes na doença de GAUCHER, como devidos a desvios da evolução. No mesmo sentido depõe talvez uma observação feita por mim: num caso de icterícia hemolítica, numa afecção portanto também essencialmente constitucional, vi hamartomas muito semelhantes aos que se vêem nas ilustrações de baços de GAUCHER. É natural atribuir a modificação constitucional tanto ao próprio metabolismo humoral dos lipóides como ao trabalho das células em questão, de modo que o conhecimento dêste factor constitucional não resolve de maneira nenhuma o problema atrás discutido.

É possível que influências externas contribuam também para fazer eclodir a doença. Assim a tuberculose, que se encontra numa parte notável dos casos de GAUCHER e mesmo no próprio baço, foi inculpada como factor etiológico de certa importância. Alguns autores, por outro lado, pensam em alterações endócrinas como factores supraordinados e sobretudo da parte das cápsulas supra-renais, sendo conhecida a existência de relações destas com o metabolismo dos lipóides. Devemos acentuar porém que até hoje ninguém conseguiu verificar lesões morfológicas nestes órgãos.

Finalmente devemos discutir ainda outro problema, que quer dizer, as relações que existem entre a doença de NIEMANN-PICK e a idiotia amaurótica familiar. Os autores americanos KNOX, WAHL e SCHMEISSER foram os primeiros a observar ambas as doenças no mesmo doente e a partir daí foram publicados bastantes casos portadores desta coincidência. Pesquisas posteriores mostraram ainda que em casos de NIEMANN-PICK quasi sempre se observam sinais cerebrais com idiotia e muitas vezes com amaurose (BAUMANN, KLENK e HEIDEGGER) e por outro lado o exame do baço e de outros órgãos internos em casos de idiotia amaurótica revela muitas vezes a existência de células esponjosas.

Como se sabe, o achado histológico típico da idiotia amaurótica consiste na tumefacção em forma de balão das células nervosas e dos seus dendrites. Nelas e nas células gliais existem, pelo menos na forma juvenil de SPIELMEYER-VOGT, substâncias que se

LISBOA MÉDICA

LABORATORIOS DEGLAUDE  
15, BOUL. PASTEUR, PARIS (XV<sup>o</sup>)

MEDICAMENTOS CARDIACOS  
ESPECIALISADOS

GIMENEZ-SALINAS & C<sup>o</sup>  
246, Rua da Palma  
LISBOA

**SPASMOSEDINE**  
SEDATIVO CARDIACO



**DIGIBAÏNE**  
TONICO CARDIACO

*os 2 medicamentos cardiacos essenciaes*



# Lactéol

(BACILOS LÁCTICOS)

É apresentado sob as seguintes formas :

- COMPRIMIDOS E LÍQUIDO (ampolas de 5 cc.) — Enterites agudas e crônicas. Colites, Febres tifóides e tôdas as perturbações de origem intestinal, Afecções da pele.
- LACTEOL-PENSO (ampolas de 10 cc.) — Chagas supuradas e estafeladas, Fleumões, Antrazes, Fistulas anais, Queimaduras, Chagas de diabéticos. Úlceras varicosas, etc.
- LACTEOL-ÓVULOS — Vulvo-vaginites, Leucorreias, Metrites, Ulcerações do colo e todos os estados inflamatórios.
- LACTEOL-SUPOSITÓRIOS — Rectites, Prisão de ventre.
- PULVI-LACTEOL — Pensos das chagas e pensos ginecológicos em insuflações.
- RHINO-LACTEOL — Afecções nasais (Coriza, Rinites, Supurações, Ozena, etc.).

Laboratório do Dr. BOUCARD  
30, Rue Singer, PARIS XVI.  
Representante em Portugal: RAUL GAMA  
Rua dos Douradores, 31, LISBOA



# VIATOL

## D' BOUCARD

O VIATOL é um fortificante e reconstituente natural que melhora o rendimento da nutrição e equilibra as funções vitais. Contém elementos biológicos naturais, necessários à saúde e à vida, evitando as perturbações que a sua falta causa ao organismo.

INDICAÇÕES : — Doenças crônicas — Convalescências — Fadiga geral — Depressão — Excesso de trabalho — Gravidez — Amamentação — Crianças débeis — Diabetes — Tuberculose — Perturbações da assimilação — Estados de desnutrição.

Laboratório do Dr. BOUCARD  
30, Rue Singer, PARIS XVI.  
Representante em Portugal:  
RAUL GAMA  
Rua dos Douradores, 31 LISBOA

coram de negro pelos métodos das bainhas mielínicas. Há todavia uma diferença interessante em relação às alterações dos órgãos na doença de NIEMANN-PICK: nesta última as células mesenquimatosas são atingidas primitivamente, só tomando parte depois no processo os elementos ectodérmicos. Na idiotia amaurótica dá-se exactamente o inverso. No que diz respeito à patogénese, SPIELMEYER defendeu, desde o começo, a opinião de que se tratava de processos de depósitos de lipóides parentes dos pigmentos senis das células nervosas. Depois de ser conhecida a coexistência com o quadro de NIEMANN-PICK, nada mais natural do que admitir processos idênticos em ambas as afecções e de considerar a idiotia amaurótica pura, quere dizer, sem outros sintomas de NIEMANN-PICK, como a forma cerebral de NIEMANN-PICK ou, dizendo de outra maneira, com OBERLING, como a manifestação local duma doença geral.

É esta a concepção de SPIELMEYER, PICK, BIELSCHOWSKY, BAUMANN, KLENK e HEIDEGGER e outros. Esta maneira de ver foi confirmada por observações genealógicas. V. BOGAERT, por exemplo, descreveu uma família na qual dois dos seus membros apresentam a idiotia amaurótica, ao passo que um terceiro sofria de NIEMANN-PICK.

SCHAFFER, porém, vem insistindo desde há muito no carácter primitivamente degenerativo das alterações das células nervosas na idiotia amaurótica familiar, tanto na forma infantil — doença de TAY-SACHS — como na forma juvenil — doença de SPIELMEYER-VOGT. Tratar-se-ia, segundo êste autor, duma degenerescência, em forma de tumefacção, do chamado hialoplasma, isto é, da substância interfibrilar da célula nervosa, constituindo o depósito de lipóides um processo secundário. Segundo a concepção conhecida dêste autor a respeito da participação electiva de folhetos embrionários (*Keimblattwahl*) nos processos heredo-degenerativos, a doença em questão seria um exemplo clássico de afecção ectodérmica, opinião que, evidentemente, não é compatível com a hipótese da origem comum desta doença e da de NIEMANN-PICK, visto que esta última atinge, ao mesmo tempo, elementos mesodérmicos e ectodérmicos. SCHAFFER nega, portanto, relações íntimas entre ambas as doenças, distinguindo strictamente entre casos de NIEMANN-PICK com participação do cérebro e a própria idiotia amaurótica. Quando muito, admite aberrações constitucio-

nais hereditárias diferentes que podem coexistir no mesmo doente. SCHAFFER alega, entre outras coisas, o facto de haver casos de TAY-SACHS puros em que o exame minucioso dos órgãos internos não revela nem sequer esboços de células de NIEMANN-PICK. Dando-se o começo do NIEMANN-PICK nos primeiros meses da vida, e o da idiotia amaurótica infantil depois do primeiro meio ano, seria de esperar que em todos os casos da segunda afecção existissem sintomas da primeira, se esta na realidade fôsse a base da afecção cerebral. Êste argumento de SCHAFFER não foi invalidado até agora.

Parece ainda que a opinião dêste autor é confirmada, até certo ponto, pelos resultados dos exames químicos praticados por EPSTEIN. Êste autor mostrou que em casos de NIEMANN-PICK com sintomas cerebrais, o cérebro apresenta grande aumento de lípides e sobretudo de fosfatidos, ao passo que em casos de idiotia amaurótica pura, a quantidade destas substâncias no tecido cerebral seria normal. BAUMANN, KLENK e HEIDEGGER objectam a estes resultados que as pesquisas foram feitas em material conservado em formalina, facto que o próprio EPSTEIN não considera como capaz de comprometer o successo das pesquisas. Não tenho competência para ter opinião própria nesta controvérsia de natureza química; mas julgo que, havendo argumentos muito convincentes em favor de ambas as opiniões, será a química que há-de trazer a decisão definitiva. É, pois, muito importante que as investigações de EPSTEIN se repitam em condições que não permitam objecções.

Quero mencionar, no fim destas considerações, que também na doença de GAUCHER se observaram sintomas cerebrais semelhantes aos da idiotia amaurótica e que LINDAU verificou mesmo um quadro histopatológico, senão idêntico, pelo menos muito semelhante ao da idiotia amaurótica, mas com a diferença significativa de não haver substâncias coráveis com sudan, SMITH-DIETRICH, etc., como aliás se observa também na forma infantil de TAY-SACHS. Ora estas nunca costumam faltar em idades mais avançadas.

#### COLESTERINOSSES

A-pesar-de tantas lacunas existentes nos nossos conhecimentos com respeito à patogênese das duas doenças tratadas até

agora, podemos afirmar um facto como certo: a existência de relações não equívocas entre as substâncias químicas em questão e os quadros clínicos e anátomo-patológicos, quere dizer, entre a queratina e a doença de GAUCHER, por um lado, e entre os fosfatidos e a doença de NIEMANN-PICK, por outro. Não acontece assim na terceira forma, a saber naquela em que as alterações do metabolismo da colessterina e dos seus éteres estão em primeiro plano. Conhecemos um certo número de afecções tôdas caracterizadas pela presença de depósitos de colessterina, mas são bastante diferentes umas das outras, não só nos quadros clínicos e anátomo-patológicos, mas provávelmente também na patogénese.

Devemos distinguir, em primeiro lugar, as colessterinoses — também chamadas «xantomatoses», por causa da côr amarela das suas manifestações, ou, melhor, «xantelasmatoses», porque «xantomatoses» são neoplasias verdadeiras — ou primitivas ou secundárias, observando-se estas últimas em afecções do metabolismo de outras substâncias que não sejam lipóides, como na diabetes, na icterícia, etc. Estas colessterinoses secundárias melhoram e pioram paralelamente ao decurso da doença fundamental. A forma mais freqüente entre as colessterinoses dêste tipo é a esplenomegália de células lipóides, que se observa em diabéticos, sendo notável e difícil de explicar o facto de que o aparecimento de células esponjosas se limita quasi exclusivamente ao baço. Num caso por mim examinado, porém, participavam também o fígado e a medula óssea. Neste caso as células armazenavam também, além dos lipóides, hemosiderina.

Entre as formas primitivas a mais freqüente ou, pelo menos, a mais freqüentemente tratada na bibliografia, é a chamada doença de HAND-SCHÜLLER-CHRISTIAN.

Há, nesta doença, uma tríade característica de sintomas clínicos: o crânio em lacunas ou em mapa geográfico, a diabetes insípida e o exoftalmo. O exame anátomo-patológico mostra a existência de granulomas, na sua maioria amarelos, mesmo à vista desarmada e situados predominantemente no esqueleto e sobretudo na base do crânio, na maxila, no fémur e nos ossos da pelve, ossos onde provoca destruições intensas do tecido. Os granulomas da base do crânio condicionam, por proliferação para a sela turca e para o lobo posterior da hipófise, a diabetes insípida, mais raramente o nanismo ou a distrofia adiposo-genital ou

até a acromegalia, que aliás só difficilmente se comprehende nestas circunstâncias. Na sua proliferação para a órbita os granulomas provocam o exoftalmo e a estase papilar. As lesões da maxila conduzem à perda precoce e indolor dos dentes.

Os granulomas são muitas vezes relativamente bem circunscritos, assemelhando-se, assim, até a folículos tuberculosos, com que foram confundidos por HAND, o autor que descreveu o primeiro caso desta afecção. Consistem, como aliás outras espécies de granulomas, em células migratórias mono- e polinucleadas, vasos neoformados, fibroblastos, células gigantes e, *na maior parte dos focos*, em células esponjosas como componente específico desta afecção. As substâncias contidas nestas últimas são apenas em parte birefringentes e apresentam colorabilidade vária com os corantes dos lipóides, conforme a sua composição química especial e principalmente as relações existentes entre a colestérina livre e os éteres de colestérina. A colestérina livre aparece também fora das células, em forma de cristais birefringentes. Por outro lado, muitas das células esponjosas contêm também hemo-siderina. Vemos, portanto, que em tôdas estas tesaurismoses o metabolismo dos pigmentos sofre de alterações, ao mesmo tempo que o dos lipóides.

Devemos repetir que há granulomas, e especialmente os mais jovens, que são completamente isentos de lipóides; dá-se isto, segundo GERSTEL, principalmente no baço, mas também nos ossos (HEINE). As células gigantes apresentam-se sob dois tipos, um semelhante às células de STERNBERG, o outro com as características de células gigantes de corpo estranho, evidentemente como reacção aos cristais de colestérina. Finalmente devemos registrar o aparecimento de necroses e de hemorragias.

Como já macroscòpicamente se verifica, os granulomas destroem o tecido ósseo, invadindo-o ao longo dos vasos e conduzindo a reabsorpções lacunares com numerosas figuras de osteoclasia. Resultam daqui deformações dos ossos e fracturas espontâneas e as conseqüências clínicas que mencionei.

Estes granulomas aparecem também em outros órgãos, sendo a sua distribuição muito variável de caso para caso. A maior frequência dá-se nas lesões da dura-máter, quer por invasão dos granulomas ósseos, quer independentemente destes. Observamos, ainda, granulomas no baço, no figado, onde podem conduzir à

cirrose biliar por compressão dos condutos biliares e com muitas outras localizações. Nunca faltam alterações da pele. Na aorta observam-se granulomas da média e da adventícia, que conduzem, como na aortite sífilítica, à arteriosclerose das zonas correspondentes da íntima com abundância extraordinária de colesterina (HEINE). Têm certa importância prática os granulomas nos septos inter-lobulares e nos próprios alvéolos dos pulmões, porque condicionam um aspecto radiológico semelhante ao da granúlia, aliás também observado no caso de NIEMANN-PICK, de BAUMANN, KLENK e HEIDEGGER. Em todo o caso a distribuição das lesões é muitíssimo variável, e neste caso podemos falar ainda muito menos de afecção sistematizada do sistema retículo-endotelial do que nas outras duas doenças primeiro estudadas. GERSTEL verificou ainda a existência de células esponjosas nos vasos e gânglios linfáticos regionais dos ossos mais atingidos, provando assim a possibilidade duma propagação por via linfática.

É interessante de notar que também na doença de SCHÜLLER-CHRISTIAN se observam alterações do sistema nervoso central, mas tanto na clínica como anátomo-patologicamente muito diferentes das observadas nas doenças de GAUCHER e de NIEMANN-PICK. Casos destes foram descritos por DAVIDSON, CHIARI, HEINE, HALLERVORDEN e outros. Clinicamente assemelham-se ao quadro de certas neoplasias cerebrais ou da esclerose em placas. Com efeito o exame macroscópico e histológico pode revelar a existência de focos múltiplos, até certo ponto semelhantes ao desta última doença. Estes focos são muitas vezes simétricos e têm a sua sede de predileção no tronco do cérebro e no cerebelo, sobretudo no núcleo dentado. Dispondo, devido à amabilidade do colega HEINE, de preparações muito instrutivas desta afecção, posso dizer que os focos, como os da esclerose em placas, apresentam desmielinização com relativa conservação dos cilindro-eixos. Mas, em oposição ao que vemos na esclerose em placas, há relativamente poucas células grânulo-gordurosas e, por outro lado, bastantes sideróforos. Tanto estes elementos fagocitários, como os astrócitos proliferados, mostram uma distribuição muito mais irregular do que nesta. Há também proliferação intensa do tecido conjuntivo. Os focos são, em regra, mais pequenos, de contornos mais apagados, apresentando infiltrações adventíciais bastante pronunciadas, no caso de HEINE também fora das lesões focais. Estes

últimos factos porém observam-se também na esclerose disseminada.

HEINE julga que se trate de granulomas específicos cicatrizados. Mas até agora não foram verificados granulomas autênticos no cérebro e na medula espinal. No caso de CHIARI existiam, porém, ao nível dos focos muitos cristais de colessterina, o que levou a admitir relações íntimas entre a afecção fundamental e a formação de focos.

Notemos, finalmente, que as lesões da dura-mater também podem provocar sintomas cerebrais.

Ao passo que nas cerebrosidoses e fosfatidoses as lesões são bastante uniformes e monótonas, distinguindo-se apenas pela sua intensidade, na afecção de que estamos a tratar é possível prosseguir o desenvolvimento do processo granulomatoso a partir de formas iniciais, rudimentares e sobretudo isentas de células esponjosas, através das formas típicas até as que se encontram em estado de regressão. Como nos outros granulomas, pode haver proliferação mais ou menos intensa de tecido conjuntivo, que conduz à cicatrização, transformando-se, segundo HEINE, as próprias células esponjosas em fibrócitos. No esqueleto aparecem processos de neoformação de tecido ósseo com eburnização e até restituição *ad integrum*, quer espontaneamente, quer em consequência da radioterapia.

Quimicamente os órgãos atingidos apresentam grandes quantidades de colessterina, com predomínio dos éteres sôbre a colessterina livre, chegando os primeiros ao quádruplo e até ao quádruplo da segunda. Na maior parte dos casos existe também forte aumento de colessterina no sangue. BÜRGER verificou um resultado paradoxal em experiências de sobrecarga e conclue pela existência de uma disregulação do metabolismo da colessterina. Êste autor pôde excluir uma alteração simples da eliminação desta substância.

Quanto à patogénese, as opiniões diferem ainda mais entre si do que nas doenças de GAUCHER e de NIEMANN-PICK. Há autores, como HEINE, GERSTEL, LETTERER e outros, que vêem no aparecimento dos focos granulomatosos o facto essencial e primitivo. O depósito de lipóides seria secundário e representaria a consequência, ou duma hipercolesterinemia coexistente e coordenada, ou duma afinidade dos elementos dos granulomas para esta substân-

# NEO=PLASTINA SEIXAS=PALMA



*Emulsão aseptica de lecitina  
e luteinas em soro fisiológico*

*Este preparado  
não provoca reacção*



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

# NEO-PLASTINA

SEIXAS - PALMA

Emulsão aseptica de lecitina e luteinas em soro fisiologico

Este preparado não provoca reacção

Receitae a

## NEO-PLASTINA

SEIXAS - PALMA

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

» » » 6 » » 5 » »

Porque é

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

---

TODOS OS EX.<sup>MOS</sup> CLINICOS PODEM REQUISITAR AMOSTRAS AOS NOSSOS DEPOSITARIOS :  
VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.<sup>DA</sup>—Rua da Prata, 237—LISBOA  
LOURENÇO FERREIRA DIAS, L.<sup>DA</sup>—Rua das Flores, 153—PORTO

---

cia. A hipercolesterinemia seria possivelmente, por sua vez, a consequência de processos regressivos nos granulomas que conduzem à desintegração das células esponjosas. A possibilidade de tal conexão é provada pelos casos de linfogranulomatose de HODGKIN-STERNBERG, cujos focos mostram igual tendência para depositar lipóides (LETTERER).

Os autores baseiam a sua opinião, sobretudo, na existência de focos jovens e completamente isentos de células esponjosas. É significativo um caso de que examinei, em Hamburgo, uma perna amputada: primeiro tinha diagnosticado um granuloma de natureza desconhecida, possivelmente linfogranulomatose muito atípica. Só depois de ter visto as radiografias dos outros ossos fiz o diagnóstico de doença de HAND-SCHÜLLER-CHRISTIAN, que foi confirmado na autópsia, realizada pelo meu sucessor, HEINE. Se os autores que admitem uma granulomatose como base da doença de SCHÜLLER-CHRISTIAN tivessem razão, ela não pertenceria às lipoidoses e ter-nos-íamos impròpriamente ocupado dela neste lugar.

Há, todavia, autores muito competentes, como FOLKE HENSCHEN, BÜRGER e outros, que pensam numa alteração primitiva do metabolismo da colessterina e análoga à dos cerebrosidos e fosfatidos nas doenças de GAUCHER e de NIEMANN-PICK. Estes autores falam de xantomatoses (ou de xantelasmatoses) primitivas e generalizadas, havendo localizações muito variadas das manifestações locais desta afecção geral. No grupo destas a doença de HAND-SCHÜLLER-CHRISTIAN representaria uma forma extraordinariamente polimorfa, mas especialmente óssea.

Neste caso os granulomas seriam provocados secundariamente pelos depósitos e precipitações colessterínicas. Não podemos excluir tal possibilidade, visto que sobretudo os cristais representam corpos estranhos que poderiam condicionar reacções inflamatórias, como se verifica, por exemplo, nos lipogranulomas localizados da pele. BÜRGER verificou que um regimen alimentar capaz de reduzir a hipercolesterinemia influe também de maneira favorável nos sintomas da doença e alega, ainda, a hereditariedade da doença, que não se compreenderia no caso duma granulomatose primitiva e provávelmente de origem infecciosa. Contudo, a hereditariedade não foi até agora provada em casos certos de HAND-SCHÜLLER-CHRISTIAN. E, além disso, nenhum dos autores

que defendem esta hipótese conseguiu explicar o aparecimento de focos jovens sem depósitos de lipóides. Êste problema fica, pois, ainda por resolver. Parece-me, entretanto, que os argumentos que depõem em favor da granulomatose primitiva têm maior valor.

Como já foi dito, há ainda outros tipos de xantelasmatoses generalizadas, cujas manifestações são mais semelhantes às das outras lipoidoses, mas bastante diferentes entre si. Falando apenas sobre processos generalizados, devemos abstrair dos tumores que armazenam colessterina, que quer dizer, dos xantomas verdadeiros. Modificando uma classificação dada por BÜRGER, podemos estabelecer o seguinte esquema, conforme os órgãos predominantemente atingidos:

#### COLESTERINOSSES (XANTELASMATOSSES)

##### I — Primitivas.

- 1) Forma predominantemente óssea: doença de HAND-SCHÜLLER-CHRISTIAN.
- 2) Forma predominantemente cutânea e tendinosa: xantoma tuberoso.  
Gota lipóidica.
- 3) Formas predominantemente viscerais.
  - a) Forma laríngea.
  - b) Formas esplénicas e hepato-esplénicas.
  - c) Formas cardio-vasculares.
- 4) Forma predominantemente cerebral (VAN BOGAERT-SCHERER-EPSTEIN)

##### II — Secundárias.

Na diabetes: hiperplasia do baço por células lipóidicas.  
Na icterícia.

Há, além disso, várias combinações destas formas especiais entre si e, segundo alguns autores, até com a doença de SCHÜLLER-CHRISTIAN, facto em que se baseia FOLKE HENSCHEN para defender a sua concepção das xantomatoses generalizadas.

Não dispenho de material de demonstração destas afecções, não quero entrar mais detalhadamente na sua discussão. Mas de-sejo falar da forma, por assim dizer, mais nova entre as coleste-

rinoses, quer dizer, da *forma cerebral*. Foi observada em dois casos (primo e prima) e descrita muito pormenorizadamente por VAN BOGAERT, SCHERER e EPSTEIN. SCHNEIDER publicou um caso semelhante. Clínicamente estão no primeiro plano destes casos os sintomas da parte do sistema nervoso central. Na autópsia dum dos casos belgas encontravam-se atingidos, além do cérebro e da medula espinal, os tendões, a pleura e o fígado. No esqueleto encontrou-se somente porose e algumas raras células esponjosas, faltando completamente os processos granulomatosos e destrutivos da doença de HAND-SCHÜLLER-CHRISTIAN. Os depósitos de lípidos verificaram-se sob a forma de :

- 1) Cristais.
- 2) Células esponjosas.
- 3) Imbibição difusa.

As lesões tendinosas diferem das habitualmente observadas pelo facto de os depósitos colesterínicos estarem situados dentro do próprio tendão e não no tecido peritendinoso.

Oferecem um interesse especial as alterações do sistema cérebro espinal. Aqui os autores verificaram :

1) Lesões *focais e simétricas*, quer dizer, dois focos, respectivamente, na substância branca do cerebelo e nos pedúnculos cerebrais, focos que não respeitam os limites das estruturas preformadas.

2) Lesões *sistemizadas*, por exemplo em ambos os globos pálidos e estrictamente limitadas aos confins deste núcleo.

3) Degenerescências cordonais, que dizem respeito aos feixes piramidais, feixes posteriores da medula espinal, das vias ópticas e outros feixes.

Parte destas lesões pode ser interpretada como degenerescência secundária, como, por exemplo, a dos feixes piramidais, que provavelmente depende dos focos existentes nos pedúnculos cerebrais. Outras não permitem tal interpretação e devem ser primitivas. Os cristais de colesterina aparecem apenas nas manifestações locais e parecem provocar pelo menos parte das reacções do tecido nervoso ; LETTERER, porém, julga que derivam de células

esponjosas desintegradas. Quanto às próprias células esponjosas de origem, quer glial, quer mesodérmica, que aparecem tanto nas lesões focais como nas sistematizadas, é impossível distinguir as células com depósitos específicos correspondentes às células esponjosas dos outros órgãos de casos de tesaurosismoses, elementos portanto por assim dizer aferentes das banais células grânulo-gordurosas. Estas últimas seriam células que reabsorveram os lipóides provenientes da desintegração das fibras nervosas e seriam elementos eferentes. Encontram-se ainda dois tipos de células gigantes: células esponjosas de tamanho excessivo e outras com as características das células de corpo estranho, provocadas pelos cristais de colessterina.

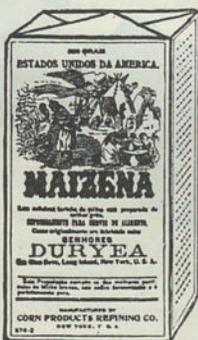
As lesões cérebro-espinais apontadas apresentam certas diferenças em relação às observadas nos casos de SCHÜLLER-CHRISTIAN, tais como a simetria das lesões, a falta de participação de tecido conjuntivo, etc. SCHERER insiste nestas diferenças, considerando-as como essenciais, ao passo que HALLERVORDEN só admite diferenças quantitativas e de intensidade.

No sangue não existia aumento de colessterina, diferença importante em comparação com outros tipos de xantelasmatoze. Nos órgãos, pelo contrário, quer dizer, nos tendões e no tecido cerebral, encontra-se, segundo EPSTEIN, grande quantidade de colessterina, mas, em contraste com os achados do SCHÜLLER-CHRISTIAN, a colessterina livre predomina consideravelmente sobre os éteres de colessterina numa proporção de 46,1 : 1.

Os autores belgas julgam que se trata duma insuficiência da eterização da colessterina. A colessterina livre seria dificilmente reabsorvível e por isso seria precipitada em forma de cristais. Por outro lado a colessterina, como colóide hidrófobo, seria relativamente inofensivo, donde o decurso lento do processo. As lesões cerebrais, segundo estes autores, não têm provavelmente origem única. Os cristais de colessterina podem evidentemente provocar reacções do tecido pela sua acção mecânica. Mas julgam que a colessterina também pode aumentar a permeabilidade da barreira encéfalo-sanguínea e tornar-se assim uma causa da dismielinização. Mas além disso não refutam a hipótese de as lesões cérebro-espinais serem primitivas e possivelmente constituírem até a origem das alterações do metabolismo.

Finalmente pensa-se também, com respeito a esta afecção, em

# MAIZENA D'URVEA



Sem qualquer agente químico.

A mais pura de todas.

90 % d'Hidrato de carbono.

3.550 calorías por kilo.

Perfeita e rápida digestibilidade  
ainda ao estômago mais delicado.

80 anos de sucesso em todo o mundo

# “ eregumil” 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 afeccções intestinais. — Especial  
para crianças, velhos, convalescentes  
e doentes do estômago.

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA

Deposítarios: GIMENEZ-SALINAS & C<sup>a</sup>

240, Rua da Palma, 246  
LISBOA

LISBOA MÉDICA

SÔRO ANTI-  
HEMORRÁGICO  
dos D<sup>rs</sup> DUFOUR e LE HELLO

# ANTHEMA

HEMORRAGIAS  
HEMOFILIA  
HEMOSTASE  
BIOLÓGICA  
PRÉOPERATÓRIA

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPECIA"

MARQUES POULENC FR<sup>ES</sup> & USINES DU RHONE 21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8<sup>e</sup>

modificações das funções hormonais e especialmente das cápsulas supra-renais. Estaríamos, portanto, em presença de três factores: um factor nervoso, um factor hormonal e um factor metabólico, cuja interdependência ainda nos é desconhecida.

Desejo acentuar que nos outros tipos de xantelasmatose mencionados atrás também pode existir ou não hipercolesterinemia, não havendo nenhum paralelismo entre a quantidade dos lipóides existentes no sangue e as manifestações morfológicas. Também nos casos de lipemia diabética, por exemplo, só excepcionalmente se observa a lipoidose visceral e, quando existe, costuma estar limitada ao baço. Por outro lado em casos de nefrose observa-se colesterinemia alta, mas quasi nunca uma das várias formas de colesterinose. A incorporação experimental de colessterina não conduz a quadros idênticos a qualquer das xantelasmatoses do homem. RUTISHAUSER e THÉLIN, combinando injeções de silício coloidal com um regimen rico em colessterina, conseguiram, em coelhos, acumulações de células reticulares carregadas de lipóides em forma de ninhos; mas afirmam elles próprios que as experiências se devem repetir em animais maiores.

Chegado ao fim da minha exposição, quero acrescentar ainda que nem sequer os factos clínicos e anátomo-patológicos que dizem respeito a este capítulo parecem estar suficientemente conhecidos. Evidentemente há outros tipos de lipoidoses que não cabem na classificação corrente. Assim, pude examinar, em Hamburgo, o baço extirpado a um individuo adulto de 30 anos de idade, aliás normal e especialmente não diabético. O órgão apresentava tumefacção moderada e, histologicamente, muitas células esponjosas na polpa. Os espaços sinusóides estavam dilatados com endotélios tumefactos e em parte também transformados em células esponjosas, dando em resultado um aspecto pseudo-glandular. O conteúdo destas células não era birefringente, corou-se com sudan e fracamente com o método de SMITH-DIETRICH. O exame químico do baço mostrou aumento dos lipóides ao duplo e da colessterina ao triplo. No sangue a quantidade de lipóides era normal; mas subiu depois: um ano após a esplenectomia a colessterina do sangue era de 223 mgrs. 0/0, em vez de 150-190 mgrs. 0/0 que se observam normalmente. Também os fosfatidos se apresentavam aumentados. Quatro anos depois da intervenção o doente apresentava apenas incómodos subjectivos muito ligeiros, como verificou amã-

velmente o colega HEINE, de Hamburgo. Tratava-se, portanto, de alterações curáveis do metabolismo dos fosfatidos e da colesteroína, não sendo possível classificar o caso num dos grupos já tão polimorfos das lipoidoses. Embora seja possível incorporá-lo no grupo I, 3, b do esquema (veja pág. 486) apresenta diferenças importantes em relação aos casos que pertencem a este grupo.

Vemos, portanto, que neste vasto capítulo existem ainda muitos problemas por resolver. Exactamente por isso êle me parece particularmente interessante, e foi esta a razão que me levou a desejar expor nesta lição o estado actual dos problemas que dizem respeito às lipoidoses.

*Hospital Estefânia — Serviço de Medicina Infantil*  
(Director: Dr. LEITE LAGE)

## SINDROMAS NERVOSOS POST-VACINAIS

POR

CORDEIRO FERREIRA  
Médico-Pediatra  
dos Hospitais Cívicos de Lisboa

e

BRANDÃO DE OLIVEIRA  
Interno de Pediatria  
dos Hospitais Cívicos de Lisboa

É certo que as mais brilhantes conquistas na prática médica hão-de ter sempre um senão, por pequeno que seja, o que animará ao combate os cépticos, os maldizentes, os hiper-críticos.

A vacinação de JENNER, título de glória que ilustra o médico variolizador do Condado de Gloucester, foi, como tôdas as grandes descobertas, fortemente combatida. A sua eficácia certa, depois de limadas algumas arestas, que a tornavam difícil, sob o ponto de vista prático, e perigosa, pela possível transmissão de outras doenças, trouxe-lhe uma onda de entusiasmo que levou, embora lentamente, o mundo médico a adoptá-la entre as suas mais vulgares medidas profiláticas, a ponto de se aquilatar do valor da organização sanitária da nação pela sua morbidade variólica, esta indo a-par da insuficiência vacínica.

Contudo, como ninguém é profeta na sua terra, justamente na Grã-Bretanha existe um certo número de ligas anti-vacinais e foi votada a cláusula de consciência em 1907, a qual consolidou a posição dos seus poderosos inimigos.

O que fica fora de dúvida é que as grandes epidemias de outrora foram juguladas, havendo apenas focos latentes, com possíveis recrudescências, sem tendência invasora; todavia, nos países onde a varíola desapareceu pode surgir uma epidemia desde que haja um desfalecimento na organização profilática; ora exactamente isto deu-se em Roterdão, na Holanda, em 1929, onde uma redução importante do índice vacínico trouxe uma epidemia de varíola.

A sua eficácia é, pois, absoluta; a sua inocuidade foi aceite durante um século, ainda que por vezes trouxesse incómodos transitórios e benignos; mas a partir de 1922, o mundo médico foi surpreendido pelo aparecimento de uma complicação da vacina de alta gravidade — a encefalite post-vacinal.

Já, em 1912, TURNBELL e Mc INTOSH tinham encontrado casos de encefalite post-vacinal, mas só os publicaram em 1926, no *British Journal of Pathologie* e *The British Journal of Diseases of Children*, e ainda antes, em 1907, COMBY mencionara, numa memória dedicada à encefalite aguda, dois casos de graves acidentes nervosos sobrevindos após a vacina na sua fase de postulação; mas só entre 1922 e 1924 o aparecimento, em Inglaterra, dos primeiros casos, em número de sessenta e dois, acrescido em 1926 de mais dezanove, na Tchecoslováquia, outros descritos por LUEBSCH em 1923, e na Holanda, em 1924, chamaram a atenção geral para o novo problema que se erguia imprevisivelmente, perturbando uma das mais belas e sólidas aquisições da medicina.

Simultaneamente noutros países, Suíça, Áustria, Alemanha, Polónia, França, aparecem casos isolados que se estendem aos Estados-Unidos.

Em Portugal também foi descrito pelo Prof. RICARDO JORGE um caso no Pôrto, em que, simultaneamente com os acidentes nervosos, apareceu um exantema vacinal do braço e parte superior do tronco.

O alarme foi grande, tanto mais tratando-se de uma entidade até aí desconhecida, como se podia verificar pelos relatórios ingleses de 1889 a 1896 e holandeses de 1902 (RICARDO JORGE), que nada referem sobre o assunto. Se o número de casos não era demasiado em relação aos milhões de vacinas executadas, a sua gravidade imediata e mesmo futura, pelas seqüelas deixadas, era suficiente para impor a reflexão dos médicos e entidades oficiais.

Na verdade, segundo os números conhecidos pelas estatísticas: na Rússia dois casos, para oito milhões de vacinações; na Alemanha setenta casos em mais de seis milhões, com 34 % de mortalidade; na Holanda cento e noventa e dois casos, em novecentas e oito mil, trezentas e noventa e quatro vacinações, com 34 % de mortalidade, do que resulta uma encefalite em cinco mil vacinados até 1931, depois baixa ao nível de um para quinze mil quinhentos e oitenta e sete; na Inglaterra, de 1921 a 1929, cento

e oitenta e oito casos, para seis milhões e quinhentas mil vacinações, com uma alta mortalidade (58 %) (*Enciclopédia Médico-Cirúrgica*). Nos Estados-Unidos, até 1938, setenta e cinco casos, com 40 % de mortalidade (LAMM, *American Journal of Deases of Children*, Outubro de 1938). Em França, só dezassete casos publicados até 1933 em cinco milhões de vacinações. Nas Índias também têm sido descritos casos, embora se constate a sua raridade; no Japão foram descritos por IWASAKI três casos de encefalite post-vacinal, tendo referido mais oito casos da literatura japonesa, com 60 % de curas completas.

Sendo descritos casos dispersos, três focos mais importantes ficam na Inglaterra, Holanda e Alemanha.

Atingida assim a vacinação, obrigatória em quasi todos os países, necessário se tornava estudar o assunto de forma a encontrar-lhe remédio. Foram nomeadas comissões em várias nações, sendo publicados os seus relatórios, figurando entre os mais importantes os das comissões holandesa, inglesa e os da comissão de varíola e vacinação do *comité* permanente do Ofício Internacional de Higiene Pública, a que presidiu o nosso Eminentíssimo Mestre Prof. RICARDO JORGE e de que foi secretário Sir BUCHANAN.

Ao lado destes estudos oficiais muitos investigadores procuraram a solução do assunto e, se bem que a não obtivessem num sentido positivo, mostraram a falta de fundamento de várias sugestões apresentadas até aí.

A origem da vacina não tem influído na provocação da encefalite; na Holanda usaram-se fontes dinamarquesas e espanholas e depois alemãs e francesas, e estas deram, indiferentemente, a mesma proporção de complicações, embora nos países originários, na Dinamarca e na Espanha não tivessem sido descritos casos; inclusive a mesma vacina foi usada em crianças, que não tiveram complicações (relatório holandês). Pensou-se na superactivação de certas vacinas por passagens sucessivas pelo coelho, mas, empregada uma vacina fortemente virulenta em cerca de cem mil vacinações em Linbourg, para dominar um fogacho epidémico, não houve complicações, enquanto que vacinas de origem japonesa, que não tinham sofrido qualquer passagem pelo coelho, deram encefalites (relatório holandês). Também não influe a quantidade empregada nem a intensidade da reacção local ou geral,

pois casos descritos de encefalite têm seguido pequenas reacções (relatório RICARDO JORGE).

A neuro-vacina de LEVADITI também foi incriminada. Ela é preparada, segundo o método dêste autor, em colaboração com HARVIER e NICOLAU, e obtida por passagens sucessivas no cérebro do coelho.

Anos antes dos trabalhos de LEVADITI, A. MARIE, em 1920, mostrou que uma inoculação de vírus fresco no cérebro do coelho provocava uma lesão mortal, sendo patogénico para outros animais da mesma espécie o cérebro, a medula e até o seu filtrado (*Compte-Rendus de la Société de Biologie*. Abril de 1920).

LEVADITI e colaboradores, retomando o mesmo trabalho, não confirmaram estas experiências, pois o vírus injectado sob a forma de pulpa vacinal no cérebro do coelho não se mostrou patogénico, só se tornando depois de passagens sucessivas pelo testículo, para o qual a afinidade do vírus foi posta em evidência por NOGUCHI.

Mas esta mesma virulência perde-se por passagens sucessivas no cérebro, sem que haja interpolada passagem no testículo, e, assim, LEVADITI apresenta uma neuro-vacina usada em Espanha, com um vírus fixo, com propriedades vacinogénias e queratogénias certas, constante e de uma pureza absoluta.

LEVADITI mostrou o infundado da acusação, pois que, injectada ao coelho, quer através da córnea, quer através da pele, não provocou qualquer reacção nervosa; aliás em Espanha, onde é usada, como vimos, não há encefalite post-vacinal e na Holanda, onde se deram mais casos, nunca fôra empregada.

Foi acusado então o próprio vírus. Julgou-se muito tempo que o vírus vacinal ficava localizado nas lesões cutâneas; trabalhos ulteriores, a-propósito da encefalite, mostraram que isto não era assim.

CAMUS inoculou o vírus no coelho, por via vascular, e notou que êle permanecia no sangue vinte e quatro horas, dando uma erupção generalizada de vacina, se a quantidade era suficiente.

Ulteriormente BLAXALL encontrou o vírus no fígado, sangue e cérebro de certos animais inoculados por via cutânea, e isto com demora variável de cinco a treze dias.

GINS encontrou-o na mucosa rino-faríngea, em esfregaços das amígdalas e das secreções faríngeas, apresentando os vacinados uma angina — a angina vacinal de ORGLER — que seria, para êste

autor, secundária e que COMBY interpreta como eliminação do vírus através da amígdala.

ECKSTEIN e seus colaboradores, os esposos HERZBERG, procuraram o vírus no sangue do homem vacinado pela primeira vez e em revacinados; conseguiram-no encontrar só nos primo-vacinados quarenta e oito vezes em cento e oitenta e oito amostras de sangue; pode ser encontrado desde o terceiro até o décimo sétimo dia nos casos de decurso normal e para lá dêsse dia em casos complicados. Também os mesmos autores o procuraram no líquido céfalo-raquidiano; em cinquenta e seis vacinados normais não foi encontrado, mas sim em dois de cinco casos com reacções nervosas. GINS (RICARDO JORGE) diz que encontrou o vírus no líquido céfalo-raquidiano no coelho em circunstâncias normais de vacina.

No relatório inglês da Comissão Andrews fala-se do encontro do vírus no cérebro, mas pelos dados experimentais não se pode tirar qualquer conclusão do facto.

Estudou-se experimentalmente a encefalite vacinal.

Na inoculação cutânea no animal só, excepcionalmente, autores holandeses observaram, numa vitela, lesões encefálicas semelhantes às do homem.

FLEXNER inoculou dois coelhos com uma vacina neuro-testicular, provocando reacção local grave; morreram com sintomas nervosos. Normalmente, contudo, êste facto não se dá, ficando o cérebro indiferente, salvo quando se lhe fazem inoculações directas e com uma linfa passada várias vezes pelo coelho; obtêm-se, assim, lesões irritativas cerebrais que não condizem com as características da encefalite post-vacinal; inclusive vacinas que deram encefalites não mostraram neurotropismo notável.

WERTON HURST e FAIRBROTHER produziram encefalites por inoculação directa cerebral, e concluíram que as duas encefalites são, de-facto, diferentes; também não obtiveram êxito traumatizando o cérebro e fazendo inoculações cutâneas. Recusam ao vírus qualquer poder encefalitogénio ou mesmo neurotrópico (RICARDO JORGE).

ECKSTEIN obteve resultados diferentes, mas inoculou o vírus nos espaços céfalo-raquidianos do macaco, conseguindo uma encefalite típica, sob o ponto de vista histológico; também conseguiu o mesmo injectando por via arterial e perturbando a circulação dos centros nervosos.

De tudo isto conclue SEDALLIAN que a experimentação não permite afirmar que a vacina inoculada por via cutânea possa provocar uma encefalite. Mesmo as buscas experimentais de ECKSTEIN não têm sido definitivamente confirmadas.

Novas hipóteses vieram e assim pensou-se que o vírus vacinal seria apenas o agente sensibilizador, sendo actuante outro vírus que se encontrasse latente no organismo.

Vírus neurotrópicos foram assim postos em causa: o da encefalite letárgica, mas não se obteve qualquer relação epidémica, sendo accidental um pequeno foco holandês; o da poliomielite e o herpético; mas LEVADITI e NICOLAU mostraram que de uma mistura dos dois vírus resultava a destruição d'êste último; doentes de poliomielite têm sido vacinados sem que se observassem recaídas ou agravamentos.

Estabeleceu-se uma relação entre as encefalites post-vacinaes e as outras encefalites post-infecciosas do sarampo, varicela, escarlatina, trazorelho, coqueluche, gripe e outras, que, outrora descuidadas, têm últimamente uma grande actualidade, sendo-lhe dedicados numerosos trabalhos. O Prof. RICARDO JORGE encontra justificação para êste ponto de vista pela identidade lesional das diferentes encefalites, e admite que um só vírus presida à encefalite aguda disseminada, quer seja deuteropática post-vacinal ou post-infecciosa ou protopática, espontânea.

Êste vírus, que se não isolou, teria uma afinidade especial para a bainha mielínica que sofre a desintegração; actuaria por si na encefalite espontânea, a reboque doutra nas post-infecciosas.

Êste modo de ver não encontra, contudo, nada de definitivo, havendo sempre partidários da pluralidade do vírus. HEERUP pensa que o vírus bloqueia o sistema retículo-endotelial, deminuindo assim a resistência do organismo a uma infecção estafilococcica cujas toxinas seriam a causa da encefalite.

Referiremos ainda a opinião de VAN BOGAERT, que interpreta a encefalite aguda como um estado alérgico.

A-propósito das doenças exantemáticas, êle considera: «o exantema é ligado à libertação de toxinas resultantes da destruição do vírus que se difunde no organismo durante todo o período de invasão, sendo os seus produtos os únicos exantemáticos. Segundo o poder anti-tóxico de cada organismo, o conflito alérgico ou anafilático terminará mais ou menos rapidamente, indo

## Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Provam que 2 a 4 por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSYPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA**, Lesões **MITRAES, CARDIOPATHIAS** da **INFANCIA** e dos **VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

**TONICO do CORAÇÃO** por excellencia, **TOLERANCIA INDEFINITA**

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

3, Boulevard St-Martin, Paris — K PHARMACIAS.

### TRATAMENTO ESPECIFICO DE HIPOFUNCIONAMENTO OVARICO

# HORMOVARINE

FOLICULINA FISIOLÓGICAMENTE TITULADA

Empólas tituladas a 250 U. I.  
Comprimidos doseados a 250 U. I.  
Solução (Gótas) a 1.000 U. I. por cc.

#### Tratamento intensivo:

### **BENZOATO de DI-HYDRO FOLICULINA BYLA**

Empólas de 1 cc. tituladas a 1.000 unidades internacionais  
» » 10.000 » »  
» » 50.000 » »

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

Amostras e literaturas nos Representantes:

**Gimenez-Sallnas & C.<sup>a</sup>** — 240, Rua da Palma, 246 — LISBOA

LISBOA MÉDICA

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

# Veinosine

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

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

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

## GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUINTE



## LASA

TÓNICO PARA OS BRONQUIOS



## CLAVITAM

FORTIFICANTE RECALCIFICADOR



## KUSKUS

ALIMENTO RECONSTITUINTE



## HALIBUT

PODEROSO  
ANTI-RAQUITICO



LABORATÓRIOS

ANDRÓMACO

RUA ARCO DO CEGO, 90

TELEF. 4 0804

LISBOA

parar a um equilíbrio de que resulta a imunidade. Mas o conflito mórbido pode-se estender. Normalmente o sistema nervoso está ao abrigo desta extensão, defendido pela barreira hemato-encefálica; basta que esta tenha desfalecido para que o conflito se desenvolva no seu seio; os acidentes nervosos são apenas um episódio alérgico excepcional, no qual a barreira hemato-encefálica fôra insuficiente».

¿ Que resta, pois, dêste estudo? Que novas investigações são necessárias e que o problema aguarda ainda a sua solução.

O estudo clínico mostrou-nos a variabilidade dos caracteres nervosos, conforme a localização do processo.

O início faz-se, em geral, depois dum período prodrômico de cinco a dezanove dias, geralmente entre o décimo e o décimo terceiro dia, com sinais de infecção geral, febre alta, vômitos, cefaleias, por vezes diarreia, seguida de sintomatologia nervosa variada e que caracterizam as diferentes formas clínicas da encéfalo-mielite. Segundo LUKSCH: forma meníngea, meningo-encefálica, encefalítica e mielítica, e assim teríamos sinais meníngeos, espasmos, paralisia, sonolência, convulsões, alternativas de prostração com agitação ou delírio. Reflexas exageradas, normais ou diminuídas.

A evolução é variável, caminhando por vezes para uma cura em dois ou três dias, com possível recaída ulterior; OLSIN e ABBOTT referem um caso que meses depois evoluciona para uma grave mielopatia; outras vezes a sonolência acentua-se e a criança morre em cômata, num período de cinco a quinze dias ou, ainda, a evolução faz-se duma maneira regressiva, mas com seqüelas motoras ou psíquicas. KAYSER e ZAPPERT, contudo, num estudo detalhado sobre as seqüelas, em cento e dez doentes só encontraram uma grave; alguns outros doentes ficaram com seqüelas mínimas. Entre as seqüelas, ROEHM refere diabetes insípido e grande emotividade.

O exame do líquido céfalo-raquidiano é importante, sobretudo pela sua fase muitas vezes negativa, pois apresenta-se normal ou com alterações mínimas e pouco características.

A idade não parece predispor, pois, segundo COMBY, tôdas as idades têm sido atingidas, o mais novo tendo 2 meses e o mais

velho 70 anos; contudo, os mais atingidos são entre os 3 e os 13 anos (RICARDO JORGE). Os primo-vacinados tardios são os mais predispostos; isso nota-se na Holanda, em que só se exige a vacina nas crianças à sua entrada na escola; segundo o relatório da Comissão Holandesa, encontra-se um em dois mil quatrocentas e quinze vacinações e um em cinqüenta e uma mil, trezentas e trinta e três revacinações, no ano de 1929.

As lesões anátomo-patológicas foram estabelecidas por TURNBELL e MC INTOSCH, PERDRAU e FLEXNER: carácter difuso inflamatório, podendo atingir a substância cinzenta e a branca, mas com predominância nesta. As alterações histológicas são: infiltração celular peri-vascular e dismielinização por zonas.

GINS só quer admitir o diagnóstico de encefalite post-vacinal nos casos constatados anátomo-patologicamente ou em que resultassem seqüelas. RICARDO JORGE, muito justamente, contesta, alegando que sintomas idênticos conduzem ou à cura ou à morte.

Como medidas profiláticas aconselha-se:

Primo-vacinação precoce, entre os 2 e 3 meses de idade; evitar uma vacina muito activa; não executar vacinação em época epidémica de encefalite letárgica, poliomielite, herpes; ter em conta a boa saúde da criança, evitá-la nos enfraquecidos ou doentes de outras doenças ou taras nervosas; evitar infecções secundárias e fazer revacinações de três em três anos.

O tratamento é, em geral, paliativo; envolvimentos frios, punções lombares repetidas; quimo-terapia anti-infecciosa. BASTIAANSE usou, pela primeira vez, o sôro ou sangue de vacinado recente.

HECKMANN baixou de 40 para 7 % a mortalidade, pelo emprêgo de sôro de vacinados, e HODER confirmou estes resultados. BAERMAN empregou sôro de cavalo imunizado. O Ministério da Saúde Inglês aconselha o uso dêste sôro.

NETTER, o defensor dos soros de convalescentes, aconselhava calorosamente as injecções de sôro de vacinado, alegando os seus magníficos resultados; recomendava a constituição de *stock* de soros.

O sôro deve ser recolhido entre o décimo segundo e décimo quinto dia em um vacinado positivo.



Houve êste ano em Portugal uma anormal recrudescência de varíola e, muito previdentemente, a Direcção Geral de Saúde aconselhou a vacinação, que teve um desenvolvimento extraordinário, ouvindo nós falar em cerca de duzentos e tantos mil vacinados só em Lisboa e perto de um milhão em Portugal.

Quis o acaso que ao Serviço de Pediatria do nosso Mestre o Dr. LEITE LAGE, viessem parar três crianças com uma sintomatologia nervosa que apareceu em plena evolução vacinal.

### I.º CASO

M. R. A. — Obs. 128.695 da Consulta Externa do Serviço 4 do Hospital Estefânia.

Criança do sexo masculino, de 4 anos e meio de idade, foi trazida à consulta dêste Serviço pelo seu médico assistente Dr. CARLOS DE MELO, no dia 1-VII-939.

Conta-se que tendo sido vacinada pela segunda vez quinze dias antes, poucos dias depois da vacina começara tendo febre, que a pouco e pouco se tornou elevada, e grande reacção local, com formação de linfangite intensa. Assim, passaram aproximadamente dez dias até que nessa ocasião o seu estado geral se agravou, começando a ter vômitos, diarreia, cefaleias, prostração, sinais meníngeos e sobretudo intensas dores espontâneas e provocadas ao mais leve contacto em todo o corpo, mas principalmente no tórax, na coluna dorsal, ombros e braços.

Os antecedentes hereditários revelam-nos sífilis paterna, nos pessoais nada digno de menção; nasceu bem, foi alimentado ao peito, tem sido saudável.

Apresenta regular nutrição, está muito febril e prostrado. Queixa-se de muitas dores nos ombros, braços e tórax, sempre que lhe tocamos. Não está em opistótonos, mas tem rigidez da nuca nitidamente marcada. Apresenta sinais de KERNIG e BRUDZINSKI positivos. Risco meníngea intensa e prolongada, pupilas e reflexos pupilares normais, pulso um tanto irregular, mas com frequência em concordância com a temperatura. Nada de anormal no exame pulmonar e cardíaco. Pústulas vacinais umbilicadas com intensa linfangite e gânglio axilar, satélite um pouco hipertrofiado. Nada mais de patológico. Foi-lhe feita uma punção lombar, revelando: líquido hipertenso, límpido e incolor com albumina, 0,20%; cloretos, 7,5%; açúcar, 0,55%. No sedimento numerosos linfócitos.

Soubemos depois, por informações, que melhorou rapidamente, sentindo-se melhor nesse mesmo dia, logo após a punção lombar, desaparecendo todos os sinais descritos em três ou quatro dias.

Novamente veio à consulta, a nosso pedido, oito dias depois e nada lhe encontramos de patológico.

## 2.º CASO

A. C. S. — Obs. 11.417 do Serviço 4 do Hospital Estefânia.

Criança do sexo masculino, de 6 anos de idade. Foi vista, pela primeira vez, por um de nós, no Banco do Hospital de S. José, na noite de 4 de Julho de 1939. Tinha sido vacinada pela primeira vez seis dias antes desta observação. A vacina decorrera sem acidentes, com a reacção local característica da primo-vacinação, e sem reacção geral apreciável até êsse dia às dezassete, hora em que, andando a brincar, súbitamente se sentiu mal, teve febre elevada, perdeu o equilíbrio, não podendo manter-se de pé; deixou de ver, segundo disse aos pais, teve raquialgias e cefaleias intensas, convulsões, confusão mental, delírio, cantando, assobiando e dizendo palavras sem nexos. Êste estado agravou-se rapidamente e em poucas horas deixou de falar, apresentando grande excitação motora. Foi assim que foi observada pela primeira vez. Apresentava o corpo inteiriçado, direito, com uma rigidez impressionante. Esta rigidez estendia-se a tódta a musculatura, inclusivê a dos membros, que executavam, principalmente os antebraços e as pernas, movimentos sem harmonia, sem ritmo ou finalidade, não muito rápidos e dando a quem os via executar a impressão de rigidez que a palpação confirmava. Os movimentos passivos não eram fáceis, pois encontravam uma resistência uniforme e permanente. Tinha trismos, não apresentava rigidez da nuca mais acentuada que a do resto do corpo, não tinha sinal de KERNIG; sinais de TROUSSEAU e CHEVOSTEK negativos.

Tinha a face e conjuntiva congestionadas e estava um tanto febril. O exame sumário dos aparelhos respiratório e circulatório nada revelou de anormal. Os estímulos auditivo e acústico deixavam-no indiferente. Parecia realmente não ver nem ouvir. Um fósforo aceso aproximado dos olhos não o fazia pestanejar ou desviar a vista, nem lhe provocava movimentos de defesa. Contudo, parecia haver reflexos pupilares, o que não se pode afirmar por a cõr negra da iris e a má iluminação da sala dificultarem o exame. Não lhe foram pesquisados os reflexos por o seu estado o não permitir.

Foi-lhe feita uma punção lombar, não muito facilmente, dando saída a líquido límpido em gota rápida, por momentos em jacto.

Foi aconselhada a família a interná-la e como tal não quisesse, a trazê-la à consulta dêste Serviço, o que fêz na manhã seguinte.

Em menos de doze horas o aspecto do doente tinha-se modificado notavelmente. Já dava atenção ao meio ambiente, seguia as pessoas com a vista; ouvia e compreendia o que dizíamos. Continuava porém a não ser capaz de falar. Quando novamente propusemos o seu internamento, protestou por gestos e gritos, mas sem articular uma palavra. A rigidez muscular tinha-se também atenuado bastante. Mantinha ainda a excitação motora, mas mais moderada, movimentos mais intervalados, mais limitados, menos generalizados e sobretudo menos rígidos. Por vezes, limitavam-se a movimentos de rotação do antebraço e da mão, num sentido e noutro, lentos, quasi harmoniosos, como se mirasse um objecto que essa mão sustentasse.

Os reflexos tendinosos são vivos. Não apresenta sinais da via piramidal.

Reflexos pupilares normais, pupilas iguais. Tem sensibilidade dolorosa em todo o corpo. O seu estado ainda não permite o exame das outras formas de sensibilidade. Não se mantém de pé. Abandonado na cama, fica sonolento.

Foi-lhe feita novamente uma punção lombar, que revelou líquido hiperturvo, cuja análise se segue:

Líquido límpido e incolor; albumina, 0,50 %; cloretos, 7,5 %; açúcar, 0,524 %. Exame citológico em célula de NAGEOTTE, 163. Sedimento: numerosos eritrócitos, alguns linfócitos que predominam, polinucleares neutrófilos, raros grandes mononucleares.

Em vista do sangue revelado nesta análise, repetimos a punção no dia seguinte, colhendo o líquido em dois tubos que, analisados separadamente, revelaram resultados sensivelmente idênticos.

A face e as conjuntivas mantêm-se congestionadas. A temperatura é a 39°. Pulso um tanto irregular, com 100 pulsações por minuto. Tons cardíacos puros. Roncos e sibilos dispersos e pouco abundantes. Rino-faringe normal. Ventre flácido, não se palpando o baço. Não tem gânglios linfáticos hipertrofiados. No braço direito apresenta uma vesícula do tamanho duma moeda de meio tostão, deprimida, constituída pela confluência de quatro grupos de escarificações vacinais muito próximas, tendo em volta uma zona inflamatória não muito intensa nem extensa.

Não tem nos antecedentes pessoais e hereditários nada digno de nota.

Ficou internado nessa ocasião.

Durante êsse dia vomitou várias vezes, à tarde começou a falar, teve períodos mais ou menos longos de excitação e delírio e outros de lucidez e calma. Foi num dêstes últimos que o tornámos a ver, à noite. Estava prostrado, mas respondia às nossas perguntas com lucidez, sentia-se bem; nada lhe doia. Febre a 38°.

No dia seguinte continua a melhorar; de manhã ainda estava febril, à tarde apirético. Quando o vimos estava lúcido, a excitação motora apenas traduzida por um ou outro movimento involuntário que executava de tempos a tempos, geralmente o já descrito movimento dos antebraços e mãos. Ainda não conseguia equilibrar-se de pé.

Pudemos completar a nossa observação; não havia perturbações da sensibilidade térmica e táctil. A sensibilidade profunda também não apresentava alterações, pelo menos evidentes; tinha um sentido aproximado das atitudes segmentares. Foi-lhe feita uma análise de urinas com resultado normal.

No dia 7, três dias depois do início da doença, já se mantém de pé, mas com dificuldade; tem os pés afastados para melhor se equilibrar, mas mesmo assim o equilíbrio é deficiente. A marcha tem as mesmas características; pernas afastadas, certa imprecisão de movimentos, umas passadas mais largas, outras mais curtas, umas mais rápidas, outras mais lentas, parando ou correndo, andando aos zig-zags, procurando o equilíbrio que a todo o momento lhe falta. A excitação motora é cada vez mais atenuada. Ainda tem momentos de confusão mental, mas a maior parte do tempo está lúcido. Foi-lhe feito um exame do fundo dos olhos, que nada revelou de anormal. No quarto dia esteve apirético, já não delirou; quando abandonado fica sonolento. Tem ainda uma ligeira imprecisão da marcha, mas tão leve que apenas com atenção se

consegue aperceber e nem sempre se nota. Apresenta também uma mímica facial parada, notavelmente pobre, o que, conjuntamente com gestos angulosos que por vezes executa, lhe confere um aspecto de deficiência mental, o que aliás os testes de BINET e SIMON não revelam. Nos dias seguintes as melhoras continuam a acentuar-se, apenas apresentando de anormal a sonolência em que cai, logo que dêle nos afastamos e a pobreza da sua mímica facial. No dia 11 foi-lhe feita nova punção lombar e analisado o líquido, que ainda corre em gota rápida. Esta análise revelou: líquido límpido e incolor; albumina, 0,30%; NAGEOTTE, 4,6. Sedimento: alguns linfócitos. Reacção de WALTER (globinas): negativa.

Nos dias que se seguem continua a melhorar; a 18 tem alta, a pedido da família, apresentando-se, aparentemente, curada.

### 3.º CASO

M. L. S. M. — Obs. 11.418 do Serviço 4 do Hospital Estefânia.

Criança de 18 meses de idade, do sexo feminino, hospitalizada neste Serviço em 3 de Julho de 1939. Foi vacinada há dez dias e cinco dias depois começou tendo temperaturas muito elevadas, vômitos, diarreia, prostração, dores intensas na coluna vertebral e nos membros inferiores ao mais leve contacto. No dia seguinte notaram os pais que ela tinha as duas pernas paralisadas, pendentes quando a levantavam. Um dia depois, mantendo o mesmo estado geral, já conseguiu mover a perna esquerda, embora a sua força seja francamente deficiente, enquanto a direita se mantém perfeitamente flácida.

Foi ao Banco do Hospital de S. José, sendo hospitalizada neste Serviço.

Tem os pais vivos, saudáveis, bem como um irmão de 5 meses de idade. A sua gestação e parto foram normais. Foi alimentada ao peito materno até aos 2 meses; depois alimentação mista, sem grandes erros alimentares. Primeiro dente aos 14 meses. Ainda não anda. Teve uma bronco-pneumonia aos 5 meses e uma dispepsia pouco depois.

Observação à data da entrada, cinco dias depois do início das primeiras manifestações patológicas: criança com boa nutrição, hábito pastoso, pele fina, corada. Apirética, prostrada antes de lhe tocarmos, chorando e gritando logo que começamos a observação e durante toda ela. Crânio simétrico, com grande fontanela incompletamente cerrada e bastante tensa. Bôca com cinco dentes, língua um tanto sêca. Rino-faringe normal. Tórax simétrico, com rosário costal esboçado. Percussão torácica normal. Á auscultação um ou outro sibilos. Tons cardíacos puros, 100 pulsações por minuto, ponta na linha meso-clavicular no quinto espaço inter-costal. Ventre flácido, sem nada digno de nota. Não se palpam gânglios linfáticos. Membros superiores com epífises um pouco espessadas, força, motilidade e reflexos normais. No braço direito vêem-se duas pústulas vacinais umbilicadas com área inflamatória intensa em redor. Membros inferiores: o esquerdo completamente flácido, pendente, sem reflexos tendinosos, o direito com movimentos voluntários, mas força visivelmente debilitada, reflexo rotuliano apenas perceptível. A pesquisa do sinal de

BABINSKY é positiva à esquerda e não provoca reflexo à direita. Reacção PIRQUET negativa.

No dia seguinte está febril, temperatura 38°, tendo tido vômitos; mantém a hiperestesia dolorosa, traduzida por gritos à mais pequena excitação. Já tem movimentos activos com ambas as pernas, quando suspensa no ar, já flecte ambas as coxas sobre o ventre. A perna esquerda já parece ter fôrça normal e reflexo rotuliano normal. A direita já se move, mas a sua fôrça é deminuta, o reflexo rotuliano já é perceptível, embora muito deminuído.

É-lhe feita uma punção lombar, dando saída a líquido límpido, em jacto.

Análise: Líquido límpido e incolor; albumina, 0,25 %; cloretos, 8 %; açúcar, 0,586 %; NAGEOTTE, 2,08. Raríssimos linfócitos no sedimento (seis dias depois da doença).

No dia 8 apresenta grande hipertermia, 40,3; acentuada hiperidrose, continua com hiperestesia; não tem vômitos, nem diarreia, nem tosse. Os membros inferiores não apresentam grandes alterações em relação aos últimos dias. A fôrça, motilidade e reflexos estão mais normalizados. Nada à auscultação pulmonar. Faz-se-lhe radiografia do tórax e análise de urinas, que nada revelam de anormal.

Nos dois dias que se seguem não há alteração sensível. Continua febril, embora com temperaturas mais moderadas, entre 38° e 39°. É-lhe feito o exame eléctrico da contracção muscular, com o seguinte resultado, aos doze dias de doença: não revelou reacção de degenerescência, mas sim, apenas, sinais de hypo-excitabilidade. — (Dr. FORMIGAL LUZES).

No dia 13 faz-se-lhe nova punção lombar e respectiva análise. O líquido continua muito tenso, saindo em jacto ao princípio, depois em jacto rápido.

A análise revelou: líquido límpido e incolor; cloretos, 7,75 %; albumina, 0,20 %; globulinas (reacção de WALTNER), negativa; açúcar, 0,55 %.

Exame citológico: na célula de NAGEOTTE, 1,4 de elemento celular por milímetro cúbico; no sedimento, raríssimos linfócitos.

Nos dias seguintes não há alterações sensíveis. Chorando sempre, apenas se lhe toca, vomitando com frequência e apresentando-se sempre mais ou menos febril, com temperaturas sempre irregulares, mas atingindo todos os dias 38° e 38,5°.

No dia 15 é-lhe feita uma análise de sangue, que revelou:

Leucócitos por mmc.....	9.450	
Neutrófilos de núcleo segmentado ...	22,4	} 34,4
"    "    "    em bastonete.....	10,4	
"    "    "    jovens .....	1,6	
Mielócitos neutrófilos .....	0	
Eosinófilos .....	2,4	
Basófilos .....	0	
Linfócitos .....	53,6	
Monócitos. ....	8,8	
Anormais (1).....	0,8	

(1) *Plasmazellen*. Índice do desvio nuclear = 1/1,9.

No décimo sexto, décimo sétimo e décimo oitavo dias, depois do início, tem melhor aspecto e está apirética, já move ambas as pernas, que se apresentam sem diferença de volume ou consistência, com reflexos rotulianos vivos e com força e motilidade normais.

Ao décimo oitavo e dias seguintes volta a apresentar as características anteriores: febril, hiperestesia, prostração. A 20 está muito prostrada, com vômitos e diarreia e apresenta o braço direito paralisado, flácido, pendente, não conseguindo mantê-lo no ar, mas movendo bem o antebraço e a mão.

Foi-lhe feito, pelo Dr. FORMIGAL LUZES, novo exame eléctrico da contracção muscular, aos membros inferiores e superiores, não revelando qualquer reacção de degenerescência (vinte e três dias depois do início). No dia 22 já move o braço direito, não se lhe notando qualquer diferença em relação ao esquerdo.

Nos dias seguintes vai melhorando, menos febre e melhor aspecto, estando apirética no dia 24.

Assim, temos três casos de vacinados, dois em primo-vacinação, sendo um de 6 anos e outro de 18 meses, e um em segunda vacinação, de 4 anos e meio de idade; todos três tiveram resultado positivo da sua vacinação ou revacinação, com reacção local mais ou menos intensa, mas todos três com complicações nervosas que nos parecem caber dentro do quadro sintomático e polimorfo dos síndromas nervosos post-vacinaes.

O primeiro fez uma forte reacção meníngea, depois de cerca de dez dias da revacinação, com vômitos, cefaleia, prostração, hiperestesia intensa, rigidez da nuca (BRUDZINSKI e KERNING), risca meníngea; líquido céfalo-raquidiano hipertenso, com dissociação albumino-citológica, tudo isto evoluicionando em quatro ou cinco dias.

Não nos parece possível admitir outra etiologia para este estado meníngeo, aparatoso, mas benigno, evoluicionando rapidamente para a cura, pelo menos aparente, não deixando seqüela imediata e sobrevindo dez dias depois de uma revacinação positiva com forte reacção local e geral.

O segundo caso parece-nos muito interessante, pois apresenta-se sob outro aspecto, o de uma encefalite.

Primo-vacinação tardia, sobreveem-lhe intensos sintomas nervosos seis dias depois, com febre elevada, perda de equilíbrio, da fala, da visão e da audição; confusão mental, delírio e agitação motora com convulsões; rigidez muscular com trismo. Não tinha sinais meníngeos nem de espasmofilia.

Melhoras acentuadas em doze horas, com menos agitação, movimentos limitados e menos rigidez.



## UM PRODUTO SÉRIO

### ANÁLISE-TIPO

MATÉRIA GORDA.....	7,8 %	HIDRATOS DE CARBONO SOLUVEIS	
PROTEÍNAS.....	13,5 %	LACTOSE.....	} 55,6 %
AMIDO.....	19,5 %	SACAROSE.....	
CINZAS.....	2,1 %	MALTOSE-DEXTRINA.....	
ÁGUA.....	1,5 %		

CALORIAS 436 POR 100 GRAMAS

A MARCA DE CONFIANÇA

# FARINHA LACTEA NESTLÉ

PREPARADA PELA

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

*Concessionaria exclusiva dos*

PRODUTOS NESTLÉ

PORTO

AVANCA

LISBOA

# Nestogéno

## LEITE EM PÓ NESTLÉ

(NOVA FÓRMULA)

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

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

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

### ANÁLISE:

<b>Gorduras</b> . . . . .	12,0 %
<b>Proteínas</b> . . . . .	20,0 >
<b>Lactose</b> . . . . .	30,0 >
<b>Maltose-Dextrina</b> . . . . .	15,0 >
<b>Sacarose</b> . . . . .	15,0 >
<b>Cinzas</b> . . . . .	4,7 >
<b>Agua</b> . . . . .	3,3 >
<b>CALORIAS POR 100 GRS.</b> . . . . .	<b>432 &gt;</b>

### INDICAÇÕES:

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

### LITERATURA:

Leite Lage, Cordeiro Ferreira e Teixeira Botelho (Serviço de Pediatria Médica do Hospital D. Estefânia-Lisboa — «Emprêgo de alguns produtos industriais em dietética da primeira infância. «Nestogéno», «Leite condensado», «Eledon». Medicina Contemporânea N.º 48, 27 de Novembro de 1932. R. Gireaux: — Le lait sec en diététique infantile.

Amostras à disposição de V. Ex.<sup>a</sup>

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

PORTO

AVANCA

LISBOA

Punções lombares mostraram forte reacção celular com ligeiro aumento de albumina, que não parece ser só ligada a derrame sanguíneo accidental, pois em dois dias sucessivos aconteceu o mesmo, examinando-se o segundo tubo.

Acentuam-se as melhoras ao segundo e terceiro dias, a agitação é substituída por prostração e sonolência, de que acorda com facilidade; tem um ou outro movimento involuntário. O equilíbrio fica ainda perturbado mais uns dias, e o ar parado, pouco expressivo. Nova punção revela líquido normal e, no fim de sete dias de evolução, teve alta, aparentemente curado.

Encefalite, secundária, de-certo, à vacinação, parecendo-nos difícil pôr outro diagnóstico.

O terceiro caso, capricho do destino, e maior interêsse para esta simples exposição, apresenta-se de uma forma ainda diferente, sob o aspecto de uma poliomielite.

O diagnóstico à admissão foi, de-facto, o de uma paralisia infantil; mas o início, após cinco dias de uma primo-vacinação positiva, a sua evolução extraordinariamente rápida, a falta de reflexos patelares, o líquido normal logo ao sexto dia do início da doença, fizeram-nos pensar antes numa mielite post-vacinal. A evolução ulterior mais acentuou no nosso espírito essa idea, mostrando uma recaída dos seus fenómenos nervosos com uma parésia do braço direito, após nova *poussée* febril; dois exames eléctricos, sendo um vinte e três dias depois do início das paralisias, não mostraram reacção de degenerescência, segundo a observação do nosso Colega e Amigo Dr. FORMIGAL LUZES.

Os movimentos e a força muscular são normais, quer nos braços, quer nas pernas, e o seu estado geral é satisfatório.

Todos estes três casos se apresentam pois, julgamos que de maneira certa, dentro das conhecidas manifestações nervosas da vacina, embora de sintomatologias diferentes; todos evoluíram favoravelmente, sem qualquer acção terapêutica especial, além das punções lombares; os dois primeiros em poucos dias e o terceiro mais demorado e com recaída; todos três ficam sem seqüelas imediatas, mas podem temer-se ainda seqüelas futuras, conforme foram descritas por ZAPPERT.

Não podemos concordar com a opinião de GINS, que quere

apenas firmar o diagnóstico ou nas seqüelas ou nos exames anátomo-patológicos.

Encontramo-nos assim ao lado da opinião do Ilustre Prof. RICARDO JORGE, já referida.

Nestes casos nada mais pudemos fazer que a descrição clínica e a história resumida das encefalites post-vacinais, pois que as circunstâncias em que trabalhamos não nos permitem ao menos procurar o vírus no líquido céfalo-raquidiano; mas o seu interesse existe ainda, quer pela complicação que vem hoje perturbar a profilaxia da varíola, quer porque nos parece que são os primeiros casos a serem publicados em Portugal, tendo sido o do Prof. RICARDO JORGE comunicado ao Office Internacional de Higiene.

É evidente que, publicando-os, desejamos só chamar a atenção para o facto, não querendo dizer que não continuemos a fazer as nossas vacinações, embora sem a tranquillidade com que outrora fazíamos essa pequena operação julgada até há poucos anos absolutamente e sempre inócua.

## Revista dos Jornais de Medicina

Acérrca do diagnóstico da lesão miocárdica post-diftérica. (A onda QRS no esforço). [*Zur Diagnose Postdiphtherischen Myokardschädigung (Die QRS-Schwankung bei Belastung)*], por E. SCHWINGLL. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 11. Março de 1939.

O A. começa por afirmar a superioridade do electrocardiograma de esforço sôbre outras provas funcionais do coração; em seguida, reproduz certos achados electrocardiográficos de diversos autores e descreve os resultados das pesquisas de Schellong e das suas próprias, acérrca do comportamento do complexo QRS antes e depois da prova de esforço; como obtiveram com ela bons resultados nos adultos, — encontrando nos indivíduos sãos, após o esforço, um encurtamento do complexo QRS de dois miléssimos de segundo e mais, ao passo que em doentes do coração por lesão miocárdica a duração dêste acidente ou fica igual, com prolongamento secundário a seguir, ou aparece aumentada imediatamente depois do esforço —, examina a seguir a utilidade do método nas crianças.

Para isso, emprega a mesma técnica que usou nas pesquisas em adultos, nos quais adoptou como melhor uma derivação do tórax (à direita, na linha médio-clavicular, um pouco abaixo da clavícula; à esquerda, no arco costal, cêrrca de três dedos travessos abaixo da ponta do coração). O A. relata minuciosamente os diferentes tempos do seu método e faz considerações sôbre a maneira de ler os traçados obtidos.

Em seguida, expõe os resultados verificados em crianças sãs e em convalescentes de difteria: nas primeiras (cinquenta e oito casos), viu-se como nos adultos, depois do esforço, um encurtamento do tempo de QRS superior a dois miléssimos de segundo sempre que o aumento de freqüência do pulso excedia dez pulsações. Isto em cinquenta e duas crianças; as seis restantes nem apresentavam aceleração de pulso, nem encurtamento aproveitável da oscilação QRS.

Nos convalescentes de difteria, vinte e duas crianças com difterias faríngeas leves e de média gravidade, em que nunca houve, durante a doença, sintomas clínicos seguros de lesão miocárdica, os electrocardiogramas apresentaram em alguns casos sinais certos duma lesão miocárdica e, após a prova de esforço, não revelaram, na maior parte dos casos, qualquer encurtamento do complexo QRS com aceleração simultânea do pulso; nalguns casos havia mesmo um prolongamento imediato ao esforço e em muitos outros um prolongamento secundário.

Umás semanas mais tarde já havia um comportamento normal, isto é, um encurtamento do QRS imediatamente depois do esforço.

Das suas pesquisas o A conclue :

1.º — Se, depois do esforço, aparece um encurtamento da duração do QRS de, pelo menos, dois miléssimos de segundo, o miocárdio está são.

2.º — Se, a-pesar da simultânea aceleração do pulso, faltar êste encurtamento ou a duração do QRS aparecer prolongada, o miocárdio está lesado.

Há, certamente, relação entre a aceleração do pulso e o encurtamento do QRS, mas os casos de encurtamento do QRS sem aceleração do pulso provam que a taquicardia não é a única causa de tal encurtamento.

Por fim, o A. pergunta que valor podem ter os resultados descritos na avaliação do grau de lesão miocárdica e conclue por afirmar que o método de medição do QRS tem uma aplicação muito limitada : apenas mostra a existência duma lesão do miocárdio, sem lhe avaliar da gravidade.

É, no entanto, muito valioso, por poder demonstrar quando é que uma lesão miocárdica infecciosa se deve considerar curada, e assim se poder dar alta, apenas no momento oportuno, a uma criança que sofreu de difteria.

---

OLIVEIRA MACHADO.

¿Punção cisternal ou punção lombar?. (*Zisternenpunktion oder Lumbarpunktion* ?), por KURT WEIDNER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 26. Julho de 1939.

Knierer decidiu-se, há pouco tempo, a favor da punção lombar, acusando de perigosa a occipital. Outros autores têm opinião contrária e o próprio A. diz ter empregado em grande escala — e sempre sem dano — a punção cisternal. No entanto, o conhecimento de dois casos de morte, a-pesar do emprêgo da técnica devida, levaram-o a examinar a disposição vascular da zona de punção ; observou uma variante, talvez não rara, do curso das artérias e isto é já o bastante para não acreditar na absoluta falta de perigo da punção cisternal, da qual, além disso, o médico prático não possui geralmente a técnica.

O A. opta pela punção lombar na prática ambulatória e diz como costuma proceder ; substitue cêrca de quatro quintos do *liquor* extraído por sulto fisiológico de cloreto de sódio e assim consegue evitar, quasi sempre, as incômodas cefaleias post-puncionais.

---

OLIVEIRA MACHADO

¿Existe uma hipervitaminose C? (*Gibt es eine C-Hypervitaminose* ?), por H. RIETSCHEL. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 27. Julho de 1939.

Muitos autores têm negado a existência duma hipervitaminose C. Só Widenbauer, em 1936, chamou a atenção para os efeitos tóxicos (eritemas fugazes, hiperperistaltismo intestinal) de altas doses não fisiológicas de vitamina C, que êle julga serem mais devidos a uma sensibilidade especial para com a vitamina de certas pessoas vegetativamente estigmatizadas, do que a uma verdadeira hipervitaminose.

O A. julga que, como para qualquer outro alimento, o organismo deve ressentir-se sempre, tanto de doses inferiores ao mínimo indispensável, como de doses demasiadamente altas, embora possua mecanismos de regulação ca-

pazes de compensar estes desequilíbrios. Para o caso da vitamina C, aumento da combustão do ácido ascórbico e eliminação — em excesso — na urina.

Refere em seguida os achados próprios e de Schroeder e Papayanopulos, quanto ao aumento das plaquetas em lactantes e adultos, depois da administração *per os* de fortes doses de vitamina C sintética, o que deve ser tomado como patológico, na mesma medida que outras manifestações igualmente observáveis em vários casos: inquietação nervosa, insónias, diarreia.

Vê-se, assim, que altas doses de vitamina C têm um efeito nocivo; o A. experimentou em si próprio os efeitos de 500 mgrs. por dia, durante cinco dias, e verificou que, além dum aumento dos trombócitos, começava a ter insónias. Outras pessoas sofreram idênticos efeitos e vários investigadores os confirmaram. Tudo isto leva o A. à conclusão de que a prolongada administração de grandes doses — não fisiológicas — de vitamina C, pode provocar alterações no organismo, alterações estas que para o A. não são senão a expressão de uma hipervitaminose C.

É claro que transtornos dêstes só raríssimas vezes ou nunca se vêem na prática; apenas podem observar-se em pessoas que comem fanáticamente vitamina C em substância.

Vários autores explicam a acção desta vitamina por aumento do tónus do vaso; quanto à acção sobre as plaquetas, está ainda por deducidir se há ou não uma verdadeira neoformação por estimulação da medula óssea.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre as alterações do sangue na hemofilia. (*Ueber Blutveränderungen bei Hämophilie*), por ELSE HEYL. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 28. Julho de 1939.

A A. expõe neste trabalho o resultado dos seus estudos sobre as alterações gerais do hemograma na hemofilia e até que ponto elas são constantes.

Para Fonio, as mais importantes alterações sanguíneas morfológicas nos hemofílicos são: aumento do número de plaquetas e eritrócitos e linfocitose relativa. A-par disto, aumento do tempo de coagulação com tempo de hemorragia normal.

Sobre as alterações do sangue nos condutores pouco se sabe por enquanto, e é êste aspecto do problema que interessa especialmente a A. Para alguns investigadores, em contradição com outros, há nêles um prolongamento do tempo de coagulação.

A A. fez as suas pesquisas em seis hemofílicos, oito mulheres seguramente condutoras e trinta e três outras com disposição — ainda não comprovada — para transmissão hereditária, e viu que em muitos condutores, de resto clinicamente sãos, se encontravam alterações do sangue mais ou menos características (aumento do número de trombócitos; prolongamento do tempo de coagulação; linfocitose) que não bastam todavia para distinguir condutores seguros, de membros da família hereditariamente sãos. As pesquisas neste sentido devem ser continuadas num material mais abundante, a-fim-de se poder chegar a conclusões definitivas.

OLIVEIRA MACHADO.

**Trocanterite tuberculosa curada em dois meses com a exêrese e enxêrto ósseo.** (*Trochanterite tuberculeuse guérie en deux mois par l'exêrese et la greffe osseuse*, por AKIF CHAKIR (Istambul-Turquia). — *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Tômoo XXV. N.º 6. Págs. 648-651. Novembro de 1938.

Não há dúvida de que em matéria de tuberculose externa, o verdadeiro tratamento é aquêlo que suprime a lesão — afirma o A., que apresenta o caso dum pequeno de 13 anos de idade sofrendo duma trocanterite, operado da seguinte maneira: secção pela base da apófise trocanteriana, que levantou como se fôsse a tampa duma caixa, com os músculos glúteos que nela se inserem. Dentro havia substância caseosa. Exêrese completa dos focos, implantação, no tecido esponjoso são, dum enxêrto osteoperiosteoo, serrado em dois bocados e tirado da tibia do lado são. Sutura após encerramento da «tampa» da cavidade e dos tecidos moles. Cicatrização por primeira intenção. Rápida reconstrução óssea da cavidade produzida pelo esvaziamento do foco. Ao fim de dois meses, o trocanter estava sólidamente reconstituído.

Contrariamente à opinião de alguns autores, que aconselham a introdução do enxêrto em pleno foco, para favorecer a evolução curativa da lesão, o A. é de parecer que êle se deve colocar nos tecidos sãoos, como lêz.

---

#### MENESES.

**O tratamento da espondilite tuberculosa das crianças e adolescentes nos hospitais do Mediterrâneo em Giens-Hyères.** (*Die Behandlung der Spondylitis tuberculosa der Kinder und Jugendlichen in den Mittelmeerhospitälern von Giens-Hyères*), por F. BERARD e G. KNORR. — *Zeitschrift für Orthopädie*. Bd. 69. H. 2. Págs. 155-167.

A espondilite tuberculosa infantil cura-se, como tôdas as localizações tuberculosas osteo-articulares, apenas pelo tratamento conservador, com a condição de que o diagnóstico seja precoce e a criança seja tratada num instituto apropriado, preferivelmente na montanha ou na beira-mar. Os casos que vêm tardiamente são, em geral, ortopêdicamente incuráveis em virtude da gibosidade já impossível de corrigir, e até condenados à morte por causa de fistulas.

Os AA. preferem o tratamento conservador da espondilite tuberculosa das crianças, dos adolescentes e mesmo, fundamentalmente, dos adultos. A operação de Henle-Albee, muitas vezes um valioso complemento do tratamento conservador, permite obter resultados melhores e mais rápidos do que êste. Os resultados dos vinte e dois casos operados pelos AA. mostraram que a operação de Henle-Albee pode prestar grande serviço na criança e no adolescente, desde que as indicações estejam bem estudadas e desde que a sua execução seja correcta. Pode abreviar a cura do foco, no fim do período de estado, e melhorar a correcção da gibosidade, já reduzida pelo método conservador.

A operação não é isenta de perigos, como o do *shock* operatório e o da recaída após o restabelecimento da vida normal do doente, dando os casos de pseudo-cura. Por isso, a operação de Henle-Albee só deve ser um auxiliar do

tratamento hélio-climático e conservador. Aquela, de modo algum substitue este.

Em crianças com menos de 12 anos de idade deve-se considerar ponderadamente a possível aparição de perturbações tróficas e de gibosidades secundárias. Os AA. nunca operam crianças com menos de 8 anos. O tempo de convalescença, bastante prolongado, e o cuidadoso restabelecimento da vida normal são de máxima importância.

MENESES.

**Aplicação de raios X no esporão do calcâneo.** (*Röntgenbestrahlung bei Kalkaneussporn*), por LILLY POKORNY (Praga). — *Wiener klinische Wochenschrift*. Ano LI, N.º 19 Pág. 544. (Separata). 1938.

A A. descreve a técnica do tratamento e os bons resultados obtidos. A dor aguda deve ser atribuída a alterações inflamatórias das proximidades (Bursites, peribursites). O esporão, pròpriamente dito, não sofre, evidentemente, alteração com a aplicação dos raios X.

MENESES.

**As operações anquilosantes na osteoartrite tuberculosa do joelho do adulto e da criança.** (*Les opérations ankylosantes dans l'ostéo-artrite tuberculeuse du genou de l'adulte et de l'enfant*), por G. CALVÉ e M. GALLAND (Berck). — *Bulletins et Mémoires de la Société Belge d'Orthopédie*. Vol. X, N.º 5. Págs. 331-336.

Os AA. esclarecem alguns pontos sôbre a orientação seguida em Berck. Como regra geral, não se deve intervir numa tuberculose do joelho antes do décimo oitavo mês após o início da doença. No adulto, a ressecção deve sempre ser econômica, não tendo por fim extirpar os focos tuberculosos, mas anquilosar o membro. Algumas vezes é uma operação ortopédica, porque corrige uma atitude defeituosa, e não sendo uma intervenção funcional, porque fixa o joelho impedindo os movimentos, sempre o é em parte, pois tende a obter um membro sólido e apto para a deambulação. É uma operação eutrófica porque as extremidades ósseas que aparentemente parecem ter uma ligeira camada de tecido compacto cheia de tecido gordo, retomam uma vitalidade tal, que consolidam em três meses, como as de joelhos normais.

A operação deve sempre ser feita a frio e economicamente, isto é, sem grande perda de ósso. Os AA. usam a serra dupla de lâminas paralelas, de passo variável, que permite ressecar o joelho em dois planos rigorosamente paralelos.

O aparelho gessado que usam é o vulgar para a anca, deixando o joelho livre e unindo as duas partes supra e subjacente com duas hastas reguláveis. Dêste modo podem vigiar e tratar a ferida operatória, sem tirar o gêsso e verificar ou corrigir a posição do membro.

Na criança, as indicações operatórias são mais limitadas pelo curso especial da doença. Limitam-se aos casos em que, por motivo de distorsões, se dá um reaquecimento repetido do joelho, ou quando este tende a flectir-se. Nestes casos, os AA. propõem duas intervenções :

1) A operação de Calvé (limpeza das cartilagens, seguida de enchimento da cavidade articular com tecido esponjoso de vitela).

2) A operação de Galland (encavilhamento horizontal da articulação por meio de osso purificado).

MENESES.

**Luxações recidivantes da rótula.** (*Luxations habituelles de la rotule*), por F. E. GODOY MOREIRA (São Paulo-Brasil).—*Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Tôm. XXVI. N.º 3. Págs. 202-214. Maio de 1939.

O nosso antigo companheiro de trabalho no Oscar-Helene-Heim, de Berlim, apresenta um interessante trabalho firmado sobre três observações pessoais que lhe permitiram tirar curiosas deduções terapêuticas. Segundo o seu critério, a luxação recidivante da rótula provoca sérias perturbações, que justificam plenamente uma operação.

Entre as numerosas operações de que podemos dispor, devemos escolher aquela que um estudo cuidadoso do mecanismo patogénico e das alterações anatómicas indicar como melhor. As operações de Roux, de Krögius, modificada, de Albert Mouchet e de Albee, parecem ser, segundo o A., as mais frequentemente indicadas.

MENESES.

**Luxação do cotovêlo e miosite ossificante.** (*Lussazione del gomilo e miosite ossificante*), por F. E. GODOY MOREIRA (São Paulo-Brasil).—*La Chirurgia degli Organi di Movimento*. Vol. XXIV. Fasc. IV. Págs. 335-343. Abril de 1939.

Dêste trabalho, comentando quatro observações pessoais, o A. tira largas conclusões: o tratamento da luxação traumática do cotovêlo deve consistir na redução imediata em narcose profunda, com as manobras mais apropriadas. Depois da redução, deve-se pôr o membro suspenso ao peito ou, melhor ainda, numa goteira, que será tirada algumas vezes durante o dia, para que o doente mobilize activamente a articulação; no caso de haver edema ou dores, devem fazer-se aplicações de ar quente, evitando-se as maçagens e a mobilização passiva ou forçada e a articulação. Nos casos em que, não obstante estas normas, se forma uma miosite ossificante, o tratamento consistirá na imobilização em goteira gessada, que será tirada para as aplicações de calor; após algumas semanas, associar a imobilização activa, e nunca, em caso algum, maçagens, mobilização passiva ou forçada.

Quando os osteomas já são definitivos, sem tendência a regresso, deverão ser extirpados cirurgicamente, mas não demasiadamente cedo, com cuidadosa hemostase.

Cada vez que, depois da redução de uma luxação do cotovêlo, os movimentos articulares deminuem progressivamente em vez de aumentar e se tornam dolorosos, a região deverá ser radiografada e dever-se-á verificar a possibilidade da existência de ossificações periarticulares; particularmente a miosite ossificante do braquial anterior, que, em certos casos, já é encontrável na terceira ou quarta semana após o trauma.

MENESES.

LABORATÓRIOS  
**SICLA**

# SALIDRIL

“SICLA,,

SOLUTO ASSEPTICO A 10%  
DE ACETATO MERCURICO  
SALICIL-ALILAMIDO-O-ACE-  
TATO DE SODIO E 5% DE 1-  
-3 DIMETILOXANTINA

INJEÇÃO INTRAMUSCULAR  
OU INTRAVENOSA.

DIURETICO MERCURIAL  
ATOXICO



DIRECTORES TECNICOS

J. PEDRO DE MORAES, PINTO FONSECA

E CARLOS COUTINHO

CAIXA DE 5 AMPOLAS DE 1 c.c. ESC: 22,00

CAIXA DE 5 AMPOLAS DE 2 c.c. ESC: 32,00

**SOCIEDADE DE INDUSTRIA CHIMICA, L.ª LISBOA**

**CAMPO 28 DE MAIO, 298 - TELEF. 57-107 - TELEG. SICLAMINA**

LABORATÓRIOS  
SICLA



# DIGISTÂNDAR

PÓ DE FOLHAS DE DEDALEIRA  
(AFERIDO BIOLOGICAMENTE)

EM COMPRIMIDO DE 0,10 GRAMAS  
TUBO DE 15 COMPRIMIDOS, ESC: 10\$00



# GÊOBAINA

SOLUTO DE  
g-ESTROFANTINA  
A 1/4 DE MILIGRAMA POR CM<sup>3</sup>

PARA INJEÇÃO INTRAVENOSA

CAIXA DE 6 AMPOLAS, ESC: 16\$00

DIRECTORES TÉCNICOS: J. PEDRO DE MORAES, PINTO FONSECA E CARLOS COUTINHO

**SOCIEDADE DE INDUSTRIA CHIMICA, L<sup>DA</sup> LISBOA**

CAMPO 28 DE MAIO, 298 - TELEF. 57-107 - TELEG. SICLAMINA

O tratamento da coxa vara dos adolescentes. (*Le traitement de la coxa vara des adolescents*), por ANDRÉ TRÈVES (Paris).—*Bulletins de la Société Belge d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Tômoo XI. N.º 2. l'ágs. 65-70. Março de 1939.

O A. recorda que tem visto a coxa vara em dois tipos diferentes de adolescentes, seja nos adiposo-genitais, seja nos indivíduos altos, magros, longuíneos, de puberdade precoce.

Quanto mais precocemente fôr instituído o tratamento, melhor será o resultado definitivo. O tratamento será puramente ortopédico: é necessário reduzir *suavemente* o deslocamento, sob anestesia geral.

Imobilização gessada durante três meses, ao fim dos quais repouso durante dois meses sem andar; imobilização, é claro, em abdução e rotação interna. Tratamento recalcificante. Nos casos antigos, osteotomia alta subtrocanteriana, ou melhor intratrocanteriana.

MENESES.

Lobectomia e pneumonectomia na tuberculose pulmonar. (*Lobectomy and pneumonectomy in pulmonary tuberculosis*), por J. C. JONES e F. S. DOLLEY. — *The Journal of Thoracic Surgery*. Vol. VIII. N.º 4. 1939.

A lobectomia e a pneumonectomia, intervenções cirúrgicas que já tinham sido propostas e realizadas no fim do século passado para a cura da tuberculose pulmonar, e que foram abandonadas, pelos maus resultados obtidos, voltam de novo ao campo da discussão, como naturalmente era de prever, dados os progressos realizados na técnica operatória e os êxitos alcançados com estas operações na terapêutica das bronquiectasias e do cancro pulmonar.

Os AA. apresentam uma estatística de quatro casos de tuberculose tratados por lobectomia e pneumonectomia, dois dos quais estão bem e dois muito melhorados. Baseados na sua experiência, que, embora pequena, tem todavia o mérito de assentar na maior casuística que um único cirurgião possa apresentar, bordam a respeito das possibilidades curativas desta operação algumas considerações que devem reter-se. Por exemplo, naqueles doentes com hemoptises rebeldes, que o próprio colapso pelo pneumotórax não vence, nem com uma frenicectomia adjuvante, são os AA. de opinião que é mais eficaz uma lobectomia que uma toracoplastia, pois aquela jugula em poucos minutos a fonte da hemorragia, enquanto que esta, pela obrigatoriedade de dois tempos, não impede, em grande número de casos, uma reacção controlateral, provocada pelo próprio sangue do doente, e ainda também pelas próprias condições anatómicas do pulmão que sangra, isto é, particularmente nos lobos mais ou menos endurecidos, que pouco sofrem a influência duma plastia. Por outro lado, quando a tuberculose se associa a supuração, a toracoplastia pode produzir mais prejuízos que benefícios, e mais vale nestas circunstâncias ressecar a fonte da toxicidade. Há ainda o problema das cavidades tuberculosas que não fecharam mesmo depois duma intervenção torácica demolitiva e cuja resolução só pode alcançar-se com uma lobectomia.

Terminam os AA. o seu trabalho com a esperança dum maior aumento de indicações à medida que a experiência fôr aumentando, e ainda que aquellas sejam sempre em número reduzido não devem *à priori* ser condenadas, como o pode fazer um dogmatismo demasiado absoluto que estabeleça como regra a idea de que se não deve tocar num pulmão tuberculoso.

J. ROCHETA.

Resultados da lobectomia nas bronquiectasias infantis. (*Late results of lobectomy for bronchiectasis in children*), por J. V. BOHRER e C. W. LESTER. — *The Journal of Thoracic Surgery*. Vol. VIII. N.º 4. 1939.

Dividem os AA., para a análise das indicações terapêuticas nas bronquiectasias infantis, esta afecção em três grupos, a saber: a) de grau avançado, com tôdas as características clínicas locais e gerais bem pronunciadas b) de grau médio, e c) de grau mínimo, de sintomatologia tão pouco definida que só um exame cuidado e uma broncografia permitem com segurança fazer o diagnóstico. Para o primeiro e o terceiro grupos não há dúvidas pelo que respeita a tratamento, quer dizer, todos concordam em que para os doentes que constituem aquêlê, só o tratamento cirúrgico tem possibilidades de bom resultado, emquanto que, para o último, deve sempre tentar-se o tratamento médico. Onde há dúvidas é pelo que respeita o tratamento do segundo grupo.

Para os AA. a melhor conduta será aquella que não fixe demasiado tempo no tratamento médico e escolha o cirúrgico quando se verifique que o primeiro não apresenta melhoras sensíveis; sobretudo há que mostrar aos pediatras que o receio que estes muitas vezes exteriorizam, quer pelo que respeita à mortalidade operatória, quer pelo que respeita às recidivas ou perturbações sucessivas do desenvolvimento normal geral dos pacientes, é absolutamente infundado. Para comprovar estas afirmações apresentam uma casuística de dez casos operados, três de pneumectomia e os restantes de lobectomia, dos quais morreu um do primeiro grupo, passado algum tempo e como consequência duma pneumonia, e com os melhores resultados finais. Assim, em todos obteve a cura e sem deformidades consecutivas de qualquer ordem. Em geral o espaço vazio do pulmão extraído, rapidamente é preenchido pela elevação do diafragma e deslocamento do mediastino, sem que tal facto, de resto, provoque qualquer perturbação cardiorespiratória; estes pacientes mesmo, podem realizar exercícios violentos com a fadiga normal. O desenvolvimento físico geral também foi o habitual. Comparando depois estes resultados com uma outra estatística de doentes tratados medicamente, na sua maioria de-facto com indicação para o tratamento, verificaram-se resultados satisfatórios pelo que respeita a actividade física e mental e, por vezes, pode mesmo dizer-se que se alcança a cura clínica; simplesmente — e esta é a diferença — o tratamento nestes casos (postural ou broncoscópico) tem de ser continuado rigosamente por um largo período, por vezes por um período indefinido.

J. ROCHETA.

O mecanismo do abcesso pulmonar, gangrena pulmonar e bronquiectasias e o seu tratamento. (*The mechanics of pulmonary abscess, pulmonary gangrene and bronchiectasis, with a suggested method of treatment*), por M. JOANNIDES. — *The Journal of Thoracic Surgery*. Vol. VIII. N.º 4. 1939.

Não refere o A. nada de novo sobre o mecanismo etio-patogénico das supurações pulmonares, limitando-se apenas a referir tôdas as causas conhecidas, sem ligar a qualquer delas uma importância particular em relação às outras.

Por sua vez o tratamento também não apresenta qualquer nova indicação, a não ser o emprêgo da sulfarsphenamine em injeções intravenosas de três a seis decigramas por dose e em intervalos de três a quatro dias, até ao completo desaparecimento dos espíritos de Vincent; aconselha, para a instituição duma terapêutica precoce, a pesquisa, também precoce, de fuso-espiroquetas na expectoração ou um início de liquefacção pulmonar denunciável aos raios X.

Refere-se também aos bons resultados obtidos com a inalação directa do gomenol, por vaporização de uma colher de chá em oito a dezasseis colheres de sôro fisiológico; esta inalação deve continuar até ao aparecimento de um certo grau congestivo da mucosa nasal ou da conjuntiva, para se retomar quando aquêle desaparecer. Nas supurações crónicas basais é de recomendar o emprêgo de instilações locais, através da traqueia do lipiodol e só na falência dêstes dois processos se deve empregar a broncoscopia e, finalmente, cirurgia.

J ROCHETA.

O valor da leucocitose adrenalínica na análise da tuberculose pulmonar. (*Die Verwertbarkeit der Adrenalin leucocytose für die Beurteilung der Lungentuberkulose*), por C. H. BEHR. — *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 93 Band. 2 Heft. 1939.

Como é sabido, responde o organismo a cada reinfecção tuberculosa com uma reacção celular, mais ou menos intensa, conforme o seu grau de allergia, que é dela, fundamentalmente, que depende a evolução clínica ulterior. Sob o ponto de vista morfológico, pensa o A. que o quadro hematológico é o mais apurado indicador de todos os fenómenos biológicos e que melhores informações permite sobre as defesas orgânicas. Admitindo-se o facto de uma igual distribuição, quer na quantidade, quer na qualidade do sangue periférico e central, existe naturalmente a possibilidade dum exame mais seguro sobre o grau de sensibilidade de cada indivíduo, pela análise rigorosa do sangue periférico. Vários autores assim têm procedido e, de-facto, têm obtido alguns resultados bastante interessantes, mas para isso são necessários exames em série; para o A., pelo contrário, trata-se de obter, com o primeiro exame, o conhecimento, tão exacto quanto possível, do estado alérgico do doente. Embora ainda não esteja suficientemente esclarecido o mecanismo da leucoci-

tose adrenalínica, julga o A. que esta permite tornar o quadro sanguíneo mais nítido, e foi tal concepção que o levou a estudar este problema. Das suas análises concluiu pela existência de três tipos de resposta leucocitária à injeção intracutânea de adrenalina, constituídos: o primeiro, por uma curva sensivelmente idêntica à curva obtida nos indivíduos normais; o segundo, subdividido em dois subgrupos, mostrando uma certa irregularidade, cuja análise detalhada não podemos aqui fazer agora, e um terceiro, caracterizado por uma nítida perturbação do aparelho leucopoiético.

A tendência linfática, no decurso da leucocitose adrenalínica, revela uma tendência da doença para a cura produtiva; no sentido da alergia pode dizer-se que essa tendência representa uma ponte de passagem do segundo para o terceiro período. Pelo contrário, uma reacção dos neutrófilos denuncia uma alteração do sistema leucopoiético e, além disso, acusa a tendência para os processos exsudativos progressivos. A reacção leucocitária adrenalínica permite, pois, um certo grau analítico sobre o prognóstico.

J. ROCHETA.

A patologia do brônquio cardíaco. (*Zur Pathologie des Bronchus Cardiacus*), por P. BOSCHARD. — *Beiträge zur Klinik des Tuberkulose*. 93 Band. 2 Heft. 1939.

Tem-se ultimamente esclarecido bastante um certo número de noções de patologia pulmonar, e entre estas pode contar-se a interpretação das imagens radiográficas da região basal para-cardíaca direita, considerada até há pouco tempo como representando o resultado de um exsudato pleural encapsulado para-mediastínico. Hoje sabe-se de certeza que essa imagem em esquadro da base direita corresponde ou a um processo de atelectasia ou de endurecimento pulmonar do respectivo lobo cardíaco. Para Boschard, porém, todo o aumento de interesse que ultimamente se tem dado no lobo cardíaco não se deve atribuir particularmente ao lobo em si, mas antes ao brônquio dêsse território, e por isso antes se deve falar da patologia do brônquio cardíaco que do lobo cardíaco. De-facto, a este brônquio há que reconhecer-lhe duas características que o distinguem na patologia pulmonar. Primeiro, sob o ponto embriológico, êle representa o único ramo acessório, ântero-mediano do brônquio axial principal direito, que se distribue para um lobo próprio, que fica atrás do coração, particularmente pequeno no homem, em relação aos restantes mamíferos, por causa da posição erecta daquele; por efeito desta circunstância, admite o A. uma certa disposição dêste brônquio para algumas alterações que lhe são comuns, tais como malformações, das quais as mais frequentes são as bronquiectasias e os tumores. Segundo, devido à posição topográfica dêste brônquio, que constitue a continuação directa da traqueia e do brônquio direito, são-lhe mais fácil a este nível as infecções, qualquer que seja a sua natureza, tuberculosa ou outra; este facto favorece, por sua vez, a localização de corpos estranhos a tal nível, por aspiração dos mesmos, com tôdas as suas conseqüências. O A. apresenta, depois, alguns casos clínicos, com que procura comprovar a sua tese.

J. ROCHETA.



# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Faculdade de Medicina de Lisboa

Abriu-se concurso documental e de provas práticas para provimento de um lugar de assistente do 8.º grupo (cadeira de obstetria) da Faculdade de Medicina de Lisboa.

— Realizaram-se, durante o mês de Julho, as provas de doutoramento dos licenciados em medicina J. Xavier Morato e J. Moniz de Bertencourt, que apresentaram as suas teses, respectivamente, sobre «Hipófise» e «Funções do corpo carotídeo».

Os candidatos foram aprovados.

## Hospitais

### Civis de Lisboa

Está aberto concurso para o provimento de três lugares de médicos dos Hospitais Civis de Lisboa.

— Também se abriram concursos para internos dos internatos geral e complementar dos serviços clínicos gerais e das especialidades dos mesmos Hospitais.

— Nomeou-se assistente de pediatria dos Hospitais, mediante concurso de provas públicas, o Dr. Humberto Gabriel da Silva Nunes.

### Da Associação dos Empregados no Comércio de Lisboa

Inauguraram-se solenemente as novas instalações dos serviços clínicos da Associação de Socorros Mútuos dos Empregados no Comércio de Lisboa.

### De Nova Lisboa

Aproyouse o projecto e orçamento para a construção dum hospital-modelo em Nova Lisboa.



## Sociedade das Ciências Médicas

Encerraram-se os trabalhos académicos d'este ano da Sociedade das Ciências Médicas.

Na última sessão, o Prof. Francisco Gentil t'êz uma comunicação sôbre drenagem peritoneal nas peritonites agudas e o Dr. Carlos Gomes de Oliveira apresentou algumas notas sôbre a vacinação anti-variólica. Acêrca do último assunto falou o Prof. J. Maia de Loureiro.

Por fim realizou-se a eleição dos novos corpos gerentes, que deu o resultado seguinte :

Presidente, Prof. Augusto Monjardino ; vice-presidente, Prof. Carlos Salazar de Sousa ; secretários, Drs. Ermindo Alvarez e Costa Fêlix ; vice-secretários, Drs. Maciel Chaves e Mário Cordeiro ; tesoureiro, Prof. Henrique Parreira ; e bibliotecário, Prof. Costa Sacadura.

## Prémio Nacional Doutor Luiz Câmara Pestana

Publicou-se uma portaria, que determina :

«a) É criado o Prémio Nacional Doutor Luiz Câmara Pestana, em homenagem ao fundador dos estudos bacteriológicos e de uma escola de investigação científica em Portugal, abrindo novos horizontes à medicina portuguesa e morrendo vítima heróica do seu apostolado pela saúde pública, o qual se destina a galardoar, mediante concurso, o melhor trabalho de bacteriologia ou anatomia patológica elaborado em cada ano lectivo por um aluno de qualquer das Faculdades de Medicina.

b) O prémio, da importância de esc. 2.500,000 será anualmente concedido por proposta de um júri constituído pelo presidente da Junta Nacional de Educação e por dois professores de cada Faculdade de Medicina, sob a presidência do primeiro.

c) Os directores das três Faculdades, ouvidos os respectivos conselhos elaborarão, no prazo de noventa dias, para serem superiormente aprovadas, as normas técnicas e regulamentares a que hão-de obedecer o trabalho e o concurso a realizar já no próximo ano lectivo».

## Ordem dos Médicos

O Conselho Geral da Ordem dos Médicos, participou aos membros da Ordem que o Sub-secretário de Estado das Corporações e Previdência Social autorizou os Conselhos Regionais a designarem os respectivos delegados ao Imposto Profissional.

### Bólsas de estudo

Foi equiparado a bolseiro fora do país, durante o ano escolar de 1939-1940, o Dr. Edmundo Lima Basto, assistente do Instituto Português de Oncologia.



### Reunião de curso

O curso médico de 1898-1899, de Coimbra, a que pertenceu o Prof. Egas Moniz, reuniu-se para comemorar o 40.º aniversário da sua formatura e, ao mesmo tempo, prestar homenagem àquêlê professor.

Descerrou-se uma placa no prédio onde o Prof. Egas Moniz viveu durante o seu tempo de estudante.



### Médicos municipais

Abriu-se concurso documental para provimento do lugar de médico municipal com sede na freguesia de Sêda (Alter do Chão).

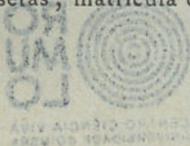


### Curso de Patologia digestiva

No Hospital de La Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, realiza-se, de 5 de Outubro a 18 de Dezembro, um Curso de Patologia digestiva, organizado pelo Prof. F. Gallart Monés e com a colaboração dos Drs. Babot, Badosa Gaspar, Barbera, Canals, Comra, Guasch, Garcia, Martorell, Figueras, Ponjoan, Prim, Sureda, Ramentol, Roig, Solduga e Colomer.

O curso será eminentemente prático. As lições do programa ilustrar-se-ão com fotografias, projecções, peças anátomo-patológicas, etc., alternando com práticas radiológicas, endoscópicas, de laboratório e demonstrações operatórias. Serão diárias e começarão às 10 da manhã, e algumas continuarão de tarde. Todos os dias, das 8 e meia às 10, apresentação de doentes e discussão sôbre os mesmos, na Clínica e Dispensário.

A matrícula é de 100 pesetas; matrícula com lições práticas de radiolo-



gia, 150 pesetas; matrícula com práticas de laboratório, 125 pesetas; matrícula para os três grupos, 175 pesetas.

Para a inscrição dirigir-se à administração do Hospital de La Santa Cruz y San Pablo, Depositária — Barcelona.

## Necrologia

Faleceram: em Lisboa, o Dr. José da Silva Ramos, provedor da Misericórdia de Lisboa; e o Dr. António de Sena Faria de Vasconcelos Azevedo, director do Instituto de Orientação Profissional «Maria Luiza Barbosa de Carvalho» e professor da Faculdade de Letras de Lisboa.



**PANBILINE**

nas DOENÇAS DO FIGADO

são  
os  
aneis  
de uma  
mesma cadeia:

**RECTOPANBILINE**

na PRISÃO DE VENTRE

**HEMOPANBILINE**

nas ANEMIAS

A OPOTERAPIA  
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

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

ou Gimenez-Salinas & C.<sup>a</sup> — 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

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiros:

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.