

Ano XVII

N.º 6

Junho 1940



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

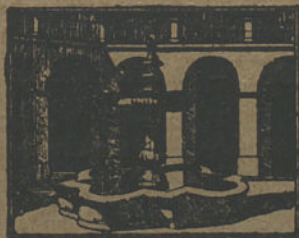
*Egas Moniz, Augusto Monjardino, Lopo de Carvalho,
Pulido Valente, Adelino Padesca, Henrique Parreira,
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Morais David

REDACTORES

*Morais David, Fernando Fonseca, Eduardo Coelho, José Rocheta, Almeida
Lima, Fernando de Almeida, Cândido de Oliveira,
Oliveira Machado e Carneiro de Moura*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

Subsidiado no ano de 1939 pelo Instituto para
a Alta Cultura

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. Morais David, Secretário da Redacção e administrador da *Lisboa Médica*, — Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

Sala

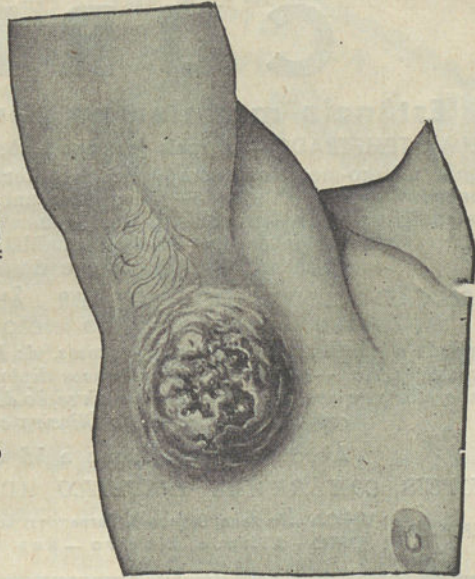
Est.

Tab.

N.º

Nos carbunculos e furunculos

as duas principais
regras de tratamento
são :



1. Manter com rigor a assepsia na área circundante ;
2. Deixar o furunculo seguir o seu curso, auxiliado por medicação apropriada.

O uso da **Antiphlogistine** satisfaz admiravelmente o objectivo de **AMBOS** os requisitos

É um penso cirúrgico, antiséptico, osmótico e descongestivo, que retém o calor ; é o suplemento mais desejável da injeccção ou de qualquer outra terapêutica

Antiphlogistine

Amstras mediante pedido

The Denver Chemical Mfg. Company, Nova York

Robinson, Bardsley & Co., 8 Caes do Sodré, Lisboa

CURIA

Estância modelar no centro do País

CLIMA TEMPERADO — A mais formosa estância de águas de Portugal
 Água mineral-medicinal com applicações terapêuticas bem definidas.
 Doenças dos rins e bexiga. — Calculose renal úrica, oxálica e fosfática.
 Pielonefrites, cistites crónicas. — Gôta, reumatismo crónico. — Hiperten-
 são arterial. — Doenças anafiláticas. — Água
 diurética, desintoxicante e dessensibilizante

DIRECÇÃO CLÍNICA DO PROF. DR. ÂNGELO DA FONSECA

Médicos adjuntos: Drs. TRISTÃO RIBEIRO e MANUEL PIRES

*Balneário completo (banhos carbo-gazosos, de bolhas de ar, duches sub-
 aquáticas, etc) — Massagens por técnicos diplomados. — Electroterapia. —
 Laboratório de análises clínicas sob a direcção do Prof. Dr. Meliço Silvestre
 com o Dr. Henrique de Oliveira como adjunto.*

Aberta de 1 de Junho a 15 de Outubro

HOTEIS COM REGIME DIETÉTICO ABERTOS TODO O ANO

DEPÓSITOS } LISBOA — Pestana, Branco & Fernandes, Lda. — Rua dos Sapateiros, 39-1.º
 } PORTO — Alfredo Ribeiro — Rua dos Caldeireiros, 109

TRATAMENTO FISIOLÓGICO DAS PERTURBAÇÕES INTESTINAIS
 PELO

SAPROXYL

complexo glucídico que favorece o desenvolvimento das
 bactérias acidogêneas antagonistas das floras patológicas

INDICAÇÕES:

Infecções, Fermentações e Putrefacções intestinais

Laboratoire PHYGIÈNE — 7, Rue Lucien-Jeannin — LA GARENNE (Seine)

Para amostras e literaturas dirigir-se aos representantes-depositários:

VASCONCELOS & C.ª — 50-A, Rua Andrade, 50-B — LISBOA

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N I E

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias:

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

TERMAS DE MONTE REAL

— OESTE —

As termas mais progressivas de Portugal

De 555 doentes em 1930 subiu para 2022
em 1939.—Balneário novo em construção
—1.ª parte a abrir brevemente

O MELHOR CLIMA DE PORTUGAL, REGIÃO
DE TURISMO—LUZ ELÉCTRICA — CAPELA
GARAGE—TENNIS—CAMPO DE AVIAÇÃO

Águas soberanas no tratamento do artritis-
mo, doenças de fígado, intestinos (par-
ticularmente nas enterocolites) e secundá-
riamente nas doenças dos rins e do
aparelho respiratório.

HOTEL DE MONTE REAL

Importantes melhoramentos—água fria e quente em quasi todos os quartos—A máxima comodi-
dade. Regime geral consentâneo com o tratamento termal e dieta rigorosa.—Para trata-
mento e alojamento, pedir informações à Gerência das Termas.—Para os Ex.^{mos} Aqúistas que
não consigam alojamento no Hotel há numerosas Pensões e modernas casas de aluguer.

EM EXECUÇÃO—Importantes obras de embelezamento e saneamento.

NEURINASE

*provoca o
sôno natural*



Insónia
Perturbações nervosas

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de metilolaminoarsenofenol
ANTISIFILÍTICO-TRÉPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS: Injecção sub-cutânea sem dor.
Injecção intramuscular sem dor.

Adaptando-se, portanto, perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior aos seus
similares

INALTERABILIDADE em presença do ar

(injecções em série)

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

Preparado pelos LABORATÓRIOS de BIOQUÍMICA MÉDICA
19-21, Rue Van-Loo, PARIS (XVI^e)

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL E SUAS COLÓNIAS:

Teixeira Lopes & Ca., Lda. (Farmácia)
RUA ÁUREA, 154-156 / RUA DA VICTÓRIA, 75-79
TELEFONE 2 4 8 1 6 / LISBOA

CALDAS DAS TAIPAS

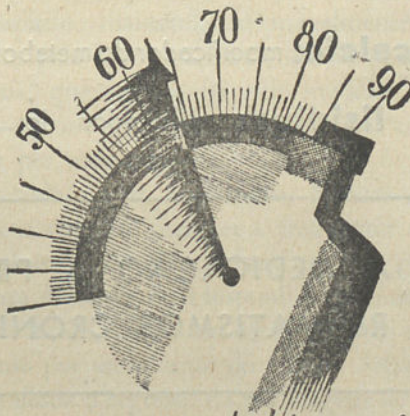
ESTÂNCIA TERMAL DAS TAIPAS

Cura, Repouso, Vilegiatura e Turismo. — *Estabelecimento Termal.* — As melhores instalações hidroterápicas para duche, imersão, inalações, pulverizações, irrigações, etc.

Desinfecção pelo vapor a 180°. — Tratamento anti-sifilítico. — Diatermia, raios ultra-vermelhos e intra-vermelhos

HOTEL DAS TERMAS

Instalações modernas e confortáveis, reunindo tôdas as condições de higiene e comodidade para os seus hóspedes. Ligação directa com o Estabelecimento Termal. Correspondência: Empresa Termal das Taipas
— Taipas — Telefone: Guimarães 198



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.º, Ltd, R. Almada, 244
Coimbra: Luciano & Matos, Rua Seffa, 11

A

LYXANTHINE ASTIER

**Granulado efervescente
anti-artrítico**



Reune numa forma inédita

33°/o de princípios 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.^a — 240, Rua da Palma, 246 — Lisboa



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Prof. Jaime Salazar de Sousa</i> , por Leonardo de Castro Freire	Pág. 363
<i>Sôbre um caso de granuloma ulceroso venéreo</i> , por A. Salazar Leite e J. Bastos da Luz	» 369

Nota clínica

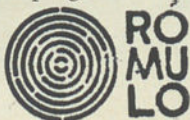
<i>Síndrome de tumor intracraniano e síndrome de hipertensão intracraniana</i> , por Almeida Lima.....	» 411
<i>Notícias & Informações</i>	» XXV

PROF. JAIME SALAZAR DE SOUSA

Se alguém, ao sentir aproximar-se o fim da vida, lançando um golpe de vista para o passado em que percorresse a passos agigantados os vários marcos dessa esforçada e longa caminhada, pôde dizer, com segurança: «não foi tempo perdido o que passei; alguma coisa ficará do meu labor», êsse foi, sem dúvida, o Mestre Salazar de Sousa, que acaba de nos deixar, a curto prazo de ser jubilado, mas em pleno vigor e mocidade de espírito, mantendo invariavelmente o mesmo entusiasmo pelo estudo, pela investigação científica, pela actividade pedagógica e profissional que sempre foi nêle modelar, querendo sempre intensamente à Faculdade que tanto estimava, aos colegas e aos discípulos que semeou por todo o país.

A minha intimidade com o Professor Salazar de Sousa data do ano de 1910, época em que comecei a frequentar a sua consulta de pediatria e puericultura, que então se fazia em dois pequenos cubículos da Junta Consultiva Externa do Hospital de S. José. Ali, com Leite Lage, Alberto Mac Bride, Carlos de Melo e tantos outros, assistíamos às lições que, apenas por mero amor do ensino, Salazar de Sousa realizava todos os anos desde o regresso da sua viagem de estudo à América do Norte, tendo já então grangeado o título de professor da Secção Cirúrgica da Escola Médico-cirúrgica de Lisboa.

Foi ali, no que poderíamos chamar o berço da pediatria portuguesa e sob a influência altamente interessante e sugestiva do Mestre, que comecei a sentir a inclinação para a especialidade que devia nortear a minha vida; ali trilhei os primeiros passos, dêle recebi sábios e úteis conselhos, quando anos depois parti para a Alemanha, onde me dizia estar em nítido avanço e progresso a pediatria.



Os largos anos, que depois da guerra de 14-18 convivi com Salazar de Sousa, e que duraram até à sua morte, conto-os como dos melhores da minha vida e nunca poderei esquecer os múltiplos ensinamentos e exemplos que dêle recebi.

A personalidade de Salazar de Sousa foi absolutamente marcante na geração médica do seu tempo e caracteriza-a, antes de mais nada, a possibilidade de adaptação aos vários ramos da medicina e cirurgia, que todos cultivava excelentemente, mercê da sua viva inteligência, de uma memória verdadeiramente invejável, da grande cultura geral, da enorme capacidade de trabalho, aliadas a um raro senso clínico, qualidades que tôdas em alto grau possuía. Esta característica bem original da sua personalidade era muito mais para admirar se atentarmos que ela se formou no período em que a especialização médica se elevou ao máximo, até ao exagêro mesmo.

Ao vê-lo saltar rapidamente dos casos cirúrgicos e operações para a pediatria médica, indicar a seguir uma modificação técnica num aparelho ortopédico, para logo correr ao laboratório, onde as análises clínicas e biológicas absorviam uma boa parte da sua actividade, ou ao campo da investigação científica a que tôda a vida dedicou um especial cuidado e amor; ao vê-lo ser com a mesma facilidade júri de pediatria, de cirurgia, de anatomia; quantas vezes me acudia à mente a lembrança daqueles homens da Renascença que a um tempo eram cientistas, humanistas, escultores, cinzeladores, etc.!

Dêle se poderia dizer, como Heubner dizia de Langstein, que era um verdadeiro fermento da clínica e do ensino médico.

Nos Congressos, nas reuniões científicas contava-se sempre com a sua palavra viva, a que não faltava a nota de espírito e de bom humor, mas sempre conceituosa, documentada pelos inúmeros casos clínicos que a sua memória ia guardando pela vida fora. Assim, cheia de brilho, foi a sua passagem pela direcção da Sociedade das Ciências Médicas. Os dois notáveis discursos que nessa vigência proferiu, um sôbre «Necessidades actuais do ensino médico», o outro sôbre a «Superioridade da raça e a raça pura», a palestra dedicada aos alunos do 5.º ano médico de 1929, sob o título de «Terapêuticas novas», inspirada num caso de psicose terapêutica colectiva que apaixonava então a cidade de Lisboa e de que todos nos recordamos ainda, constituem, entre muitos, outros tantos exemplos da grande maleabilidade de espírito que possuía, da diversidade de assuntos que era capaz de tratar.

«Foi um dos cirurgiões mais inteligentes e cultos do seu tempo»,

afirmou-o o Professor Celestino da Costa, no discurso proferido no funeral do Professor Salazar de Sousa, e foi, entre nós, como que um precursor da moderna cirurgia, pois procurava ser mais um patologista, um clínico, do que um operador, um técnico habilidoso.



PROF. JAIME SALAZAR DE SOUSA

Inicialmente a sua formação foi cirúrgica e foi pela cirurgia que penetrou na Faculdade de Medicina, em 1905, sendo em 1910 nomeado lente proprietário da 1.^a cadeira (anatomia descritiva).

Mas cedo, logo durante a sua viagem de estudo à América do

Norte, se sentiu atraído pelo estudo da pediatria e puericultura, ciências que tinham tomado um incremento e desenvolvimento notáveis nos últimos tempos do século passado e nos princípios do século XX, época em que Salazar de Sousa começa a sua actividade científica e profissional. Reconhecendo a enorme importância destas disciplinas no duplo ponto de vista científico e social, o Mestre abraçou-as com entusiasmo e coube-lhe depois a honra de ser o iniciador e o constante animador da escola de pediatria portuguesa, escola que hoje conta numerosos discípulos, que todos receberam, directa ou indirectamente, a influência do Mestre. Todos os portugueses lhe devem ficar eternamente agradecidos por êsse esforço!

Em 1916, quando foram criadas as especialidades nas três Faculdades de Medicina do país, Salazar de Sousa foi nomeado 1.º Professor catedrático de pediatria médica e cirúrgica da Faculdade de Lisboa, lugar que até ao fim da vida ocupou.

É possível que a tendência manifestada pelo Professor Salazar de Sousa para a pediatria fôsse ainda devida, pelo menos em parte, ao desejo de aplicar os seus vastos conhecimentos num campo onde se encontrassem reunidos os vários ramos da cultura médica; nunca lho preguntei, mas é muito provável que assim fôsse. De facto, como costume acentuar na lição de abertura do curso de pediatria, esta constitue uma especialidade à parte, onde temos que entrar com todos os conhecimentos que a patologia, a medicina interna, a cirurgia e, pode dizer-se, tôdas as especialidades, nos podem fornecer. Não é, com certeza, um dos menores interêsses dessa especialidade o facto de, após a especialização intensa que caracteriza o momento médico actual, encontrar finalmente um capítulo em que voltamos a considerar o organismo como um todo e como um todo reage a criança aos vários insultos exteriores e tanto mais caracteristicamente quanto mais nova ela é. Assim encontrou Salazar de Sousa na especialização que escolheu o campo mais apropriado à sua modalidade intelectual.

* * *

É vasta e importante a obra que nos deixou o Mestre, e tanto mais de admirar quanto nela se encontram vários trabalhos de investigação, que teve, mau grado seu, que realizar com escassez de recursos e nas deficientes condições materiais com que sempre deparou. Mas Salazar de Sousa era daqueles que pensam que mesmo com escassos

recursos o médico e especialmente o professor, não deve eximir-se a êsse dever de contribuir com o melhor do seu esforço, da sua inteligência, para o avanço das ciências médicas.

Assim, em 1904, à data do concurso em que grangeou o título de professor, apresentava já cêrca de 24 publicações. De então para cá êsse número foi sempre crescendo. Além da tese de curso, sôbre prostatectomia, das duas teses de concurso — «A cirurgia dos ossos na infância e «A cirurgia do simpático» — e de um volume publicado em 1921, em que reüniu catorze lições sôbre doenças das crianças, conta a obra que o Mestre nos deixou perto de 90 publicações, na sua maior parte sôbre assuntos de pediatria; contém essa obra diversos trabalhos de divulgação, numerosos casos clínicos cheios de interêsse e de ensinamentos e vários trabalhos de investigação, alguns dos quais honram especialmente o nosso país por se terem divulgado além-fronteiras. Tais são, por exemplo, os numerosos trabalhos sôbre o Kal-Azar, o síndrome de hiperesplenia, a esplenectomia e sua indicação no Kal-Azar infantil, o emprêgo da anestesia rectal pelo éter, a raqui-anestesia nas crianças e sobretudo os vários trabalhos sôbre a imunidade e profilaxia do sarampo pelo sangue e extracto placentário, assunto onde o Professor Salazar de Sousa será sempre citado como o primeiro e dos mais importantes pioneiros. A êste assunto e a outro que conjuntamente trazia em mãos, sôbre a patogenia e terapêutica das queimaduras, por mais de uma vez se referiu, mesmo durante a grave doença que o acometeu e que em menos de um mês o devia vitimar.

* * *

Há uma velha sentença portuguesa que diz: «Nenhum homem deve morrer sem ter plantado uma árvore, sem ter escrito um livro, sem deixar um filho».

Cumpriu cabalmente a sentença o nosso saudável Mestre. A sua quinta, a-par de Sintra, enchia-lhe os ócios; entre livros e escritos deixou valiosa obra; foi um chefe de família exemplar, um excelente educador, para quem os filhos constituíam, com legítimo orgulho, o enlêvo, os cuidados de sempre e a êles se referiu especialmente na conversa que teve com Celestino da Costa, Director da sua tão querida Faculdade, dias antes de morrer e que foi como que o seu testamento moral.

Os discípulos, amigos e admiradores do Professor Salazar de

Sousa preparavam para o seu jubileu, que iria realizar-se em 1941, uma justíssima homenagem, que seria a homenagem do país inteiro ao fundador da escola de pediatria portuguesa, com a criação dum prémio de pediatria, o «Prémio Salazar de Sousa». Essa homenagem ser-lhe-ia especialmente grata, que outras honrarias não cabiam na sua modéstia. Será prestada à sua memória e assim perdurará o nome de Salazar de Sousa, exemplo de bondade, dedicação e trabalho, cultor das mais altas virtudes.

LEONARDO DE CASTRO FREIRE

*Serviço de Dermatologia, Sifilografia e Doenças Venéreas do Hospital
de Santo António dos Capuchos (Serviço 10)*

(Director: Dr. CARLOS SILVA — Assistente: Dr. CAEIRO CARRASCO)

SÔBRE UM CASO DE GRANULOMA ULCEROSO VENÉREO (1)

POR

A. SALAZAR LEITE E J. BASTOS DA LUZ
Médico analista dos H. C. L. Interno do 4.º ano dos H. C. L.

INTRODUÇÃO

Em 1933, já no fim do Curso de Medicina Tropical, um de nós elaborou, para o exame da Cadeira de Higiêne, um pequeno trabalho que se intitulava: «A importância das doenças da pele como factor mórbido e económico entre as raças nativas dos Trópicos».

Esse tema, dada a escassez de material para observação, foi desenvolvido sob um ponto de vista muito geral, como não poderia deixar de o ser.

Nêle fazíamos uma resenha muito sucinta das várias dermatoses tropicais — produto quási exclusivo de conhecimentos teóricos adquiridos pela leitura da deficiente bibliografia, de que então dispúnhamos, e dos conhecimentos necessariamente pouco experientes que possuíamos sôbre o assunto.

Mas, decorridos quási sete anos, eis que um feliz acaso nos proporciona a invulgar oportunidade de observarmos na Metrópole uma dermatose típica dos climas quentes, onde, de resto, é relativamente banal.

Porém, só por tal facto, o caso não teria talvez um interêsse muito especial; mas as circunstâncias em que êle se nos apresentou — num indivíduo de raça branca, que nunca teve permanência nas Colónias, nem sequer contactos com pessoas que lá houvessem estado — é que lhe conferiam um cunho de tal raridade que o tornavam notável sob todos os pontos de vista.

(1) Entrado em 2 de Fevereiro de 1940.

Foi êste o principal motivo que nos levou a contribuir com o nosso modesto tributo para a respectiva casuística, pois a sua natureza era de molde a não permitir que deixássemos de o divulgar.

Eis, pois, a finalidade que principalmente nos norteou ao redigirmos o presente trabalho.

Lisboa, Dezembro de 1939.

SINONIMIA

Serpiginous ulceration of the genitals (Mac Leod, 1882) ⁽¹⁾;
 Groin ulceration (Conyers & Daniels, 1896) ⁽²⁾;
 Ulcerating granuloma of the pudenda (Galloway, 1897) ⁽³⁾;
 Granuloma ulceroso tropical (Aragão e Viana, 1913) ⁽⁴⁾;
 Sclerosing granuloma (Howard Fox, 1926);
 Phagédénisme de Mac Léod-Donovan (des plies) (Gougerot, Peyre, Bertillon et M.^{lle} Roques, 1927) ⁽⁵⁾;
 Quinta doença venérea (Delamare. — Stannus, 1933) ⁽⁶⁾;
 Sclerositing granuloma;
 Granuloma inguinal tropical;
 Úlcera vegetante dos órgãos genitais;
 Granuloma venéreo exótico de Mac Leod-Donovan;
 Granuloma vegetante exótico;
 Doença de Mac Leod;
 Granuloma ulceroso dos órgãos genitais.

A todas as designações que, por diversos autores, têm sido propostas para representar a entidade mórbida a que nos vamos referir, preferimos aquela que encima êste trabalho, uma vez que é a mais vulgarmente aceite e a que menos se presta a confusões com outras entidades nosológicas, ainda que, para alguns, o seu carácter venéreo não esteja absolutamente estabelecido.

⁽¹⁾ *Mac Leod* — Indian Medical Gazette — 1882.

⁽²⁾ *Conyers & Daniels* — The lupoid form of the so-called «Groin ulceration» of this colony — British Guyana Medical Annals — 1896, pág. 13.

⁽³⁾ *J. Galloway* — British Journal of Dermatology — 1897, pág. 133.

⁽⁴⁾ *Aragão e Viana* — Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia — 1913, pág. 19.

⁽⁵⁾ *Gougerot, Peyre, Bertillon et M.^{lle} Roques* — Revue pratique des maladies des pays chauds — 1927, pág. 603.

⁽⁶⁾ *H. S. Stannus* — A sixth venereal disease — London, 1933. (*Sob êste titulo o autor ocupa-se, no seu trabalho, da linfô-granulomatose inguinal*).

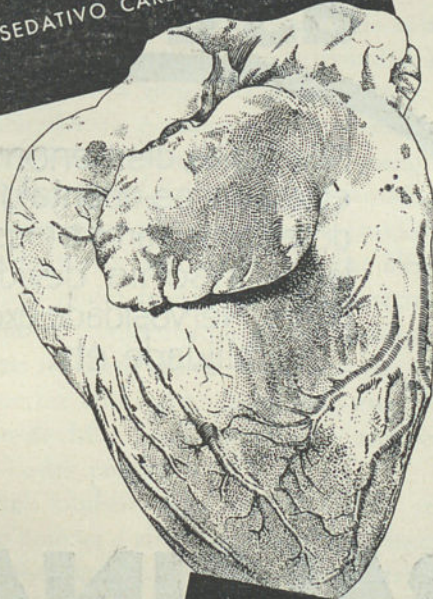
LISBOA MEDICA

LABORATORIOS DEGLAUDE
15, BOUL. PASTEUR, PARIS (XV°)

■
MEDICAMENTOS CARDIACOS
ESPECIALISADOS

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

SPASMOSEDINE
SEDATIVO CARDIACO



DIGIBAÏNE
TONICO CARDIACO

os 2 medicamentos cardiacos essenciaes

Para acalmar as dôres

Nevralgias, dismenorréa,
enxaquecas, odontalgias,
dôres articulares e musculares.
Insônia devida a
dôres. Nervosidade, excita-
bilidade, etc.

CIBALGINA

CIBA

Comprimidos

Ampolas



Amostras e literatura:

PRODUTOS CIBA, L.^{DA}

R. DA MADALENA, 128-1.º

LISBOA TELEFONE 2 6717

Vejamos agora quais as críticas feitas por alguns autores a uma tão vasta quão dissemelhante nomenclatura:

De Amicis diz que, ao termo de «Granuloma dos órgãos genitais», há muito usado, acha preferível o de «Granuloma ulceroso peri-genital», que se refere unicamente aos caracteres indiscutíveis da lesão clínica e da localização onde habitualmente se manifesta a afecção, visto que os órgãos genitais raro são lesados, sendo atingida principal e quasi que exclusivamente a pele das zonas peri-genitais, embora com possibilidade de auto-inoculação a outras regiões.

Em 1933, Gougerot, no seu trabalho de colaboração com Cohen (no qual apresentou dois casos desta enfermidade), dá-nos um resumo das suas ideias sobre a respectiva nomenclatura. Na sua opinião, o termo de «Granuloma» é muito vago e presta-se a confusões com os restantes granulomas conhecidos (anular, maligno, piogénico, etc.), devendo portanto abandonar-se. Refere também que o epíteto de «venéreo» é inexacto, pois nos casos que estudou, o início deu-se nas pregas da virilha e não nos órgãos genitais; além disso, não houvera contactos sexuais muito tempo antes do aparecimento das lesões. Por outro lado, embora o adjectivo «inguinal» marque o início e o máximo das lesões, estas invadem muitas vezes as outras pregas; assim justifica a proposta que fez em 1927, designando esta afecção pelo termo de «Fagedenismo de MacLeod-Donovan» e acrescenta-lhe a designação topográfica — «das pregas» .

Finalmente, também acha que o termo «tropical» é inexacto porque, muito embora a afecção seja, de facto, incomparavelmente mais comum nos países quentes, também se encontra bastante nos Estados Unidos da América, onde, por exemplo, como adiante veremos, um investigador, apenas, conseguiu só por si reunir uma soma apreciável de casos.

Vem então a propósito recordar que Gougerot, num outro caso descrito em 1931, também designou a afecção com o nome de «Granuloma venéreo nostras».

No doente estudado por Vigne e Boyer, em 1933, a afecção também não estava propriamente localizada na zona genital, pois os «placards» úlcero-vegetantes ocupavam exclusivamente as pregas génito-crurais e as proximidades da vulva, mas nunca atingiram a mucosa desta.

Aqueles autores duvidam que, em todos os casos de Granuloma, se possa incriminar apenas uma contaminação venérea. Esta é geral-

mente admitida pelos médicos sul-americanos, mas foi posta em dúvida por Darier, que empregou a designação de «Granuloma ulceroso das regiões genitais», e completamente negada por Gougerot, como já dissemos.

Mais tarde, em 1937, Lépinay e Martin tiveram ocasião de observar o primeiro caso dêste síndrome numa marroquina. Ocorreu-lhes fazerem inoculações na macaca (talvez as primeiras que se praticaram), as quais mostraram a impossibilidade de transmitir directamente o Granuloma ulceroso aos primates — o que veio trazer uma confirmação experimental às ideias de Gougerot sôbre a origem não venérea das contaminações.

HISTÓRIA

A primeira descrição desta enfermidade deve-se a Mac Leod, que, em 1882, na Índia inglesa, e ao contrário do que muitos autores afirmam, a fez sob o nome de «Serpiginous ulceration of the genitals», e não com o de «Ulcerating granuloma of the pudenda», designação esta que lhe foi dada mais tarde (1897) por Galloway, num caso que descreveu em Londres.

Cabe a Conyers e Daniels (1896-1898) o mérito de mais perfeitamente terem identificado a doença nas descrições feitas de exames a nativos da Guiana inglesa em 1896, muito embora anteriormente tivessem sido citados outros casos por Jackson, em 1882, e por Mac Neal e Ozzard em 1892.

A partir de 1897 avolumaram-se as citações na literatura, tendo-se descrito casos na Síria, Afganistão, China do Sul, Índia, Austrália, África Ocidental e América, sobretudo Central e a do Sul; em suma, a doença é endémica nas zonas tropicais e sub-tropicais.

Em Grindon recai o mérito de, pela primeira vez, ter descrito um caso nos Estados Unidos da América; mas o maior trabalho de conjunto dos observadores americanos pertence a Howard Fox, que apresentou cento e cinquenta casos.

A doença é excepcional no Velho Continente, onde raros casos autóctonos têm sido citados: os que se observaram em Inglaterra referem-se a doentes vindos das regiões tropicais.

Nas pesquisas bibliográficas a que procedemos apenas encontramos os seguintes casos descritos até agora na Europa:

Na Alemanha — um caso de Martini (1913) ⁽¹⁾.

Em França — seis casos, dos quais dois foram citados por Darier (Paris, 1917), três por Gougerot (Paris, 1931, 1933, 1937), e o restante por Vigne e Boyer (Marselha, 1933).

Na Noruega — um caso de L. Rotnes (Oslo, 1932) ⁽²⁾.

Em Itália — um caso de De Amicis (Nápoles, 1935).

Em Portugal — um caso, referido por Rabello, do qual não encontramos qualquer notícia bibliográfica, e um outro, ainda inédito, do Dr. Sá Penella (1932) ⁽³⁾.

Portanto cremos que o caso por nós apresentado agora é o terceiro citado no nosso País e, possivelmente, o undécimo descrito na Europa em igualdade de condições, isto é, referentes, como êste, a indivíduos de raça branca que nunca saíram dos seus países.

De início atendeu-se apenas à fenomenologia clínica, mas em breve as atenções dos investigadores foram chamadas para o campo da etiopatogenia, sucedendo-se trabalhos nesse sentido, os quais levaram à descrição feita por Donovan ⁽⁴⁾, em 1905, do agente hoje geralmente admitido como causador da doença, embora não sejam unânimes as opiniões sobre a sua classificação. Uma vez aceite por quasi todos a etiologia apontada por Donovan, sucederam-se trabalhos no sentido de isolar o agente patogénico, desprezando-se um tanto os ensaios terapêuticos, até que, em 1912, Aragão e Viana ⁽⁵⁾ empregaram pela primeira vez, com resultados brilhantes, o tártaro emético, fundando-se na semelhança clínica desta doença com a leishmaniose cutânea.

Inúmeros produtos de base antimonial foram depois empregados, devendo especificar-se, pelos bons resultados obtidos por Williamson, Anderson, Kimbrough e Dodson, a «Fouadine», composto trivalente

⁽¹⁾ *Martini* — Ueber einen Fall von Granuloma venereum und seine Ursache — Archiv für Schiffs und Tropenhygiene — 1913, n.º 5.

⁽²⁾ *L. Rotnes* — Acta Derm. Venereol. — 1932, fasc. IV, pág. 559.

⁽³⁾ *Penella* — Cit. in Nouvelle Pratique Dermatologique — 1936, Vol. III, pág. 1003.

⁽⁴⁾ *Donovan* — Indian Medical Gazette — 40:414.

⁽⁵⁾ *Gaspar Viana e Aragão* — Bol. da Soc. Brasil, de Dermat. — 1912, pág. 56.

de antimónio e sódio que havia sido ensaiado, substituindo com vantagem o tartarato duplo de antimónio e potássio, no tratamento da bilharziose.

DEFINIÇÃO

Afecção essencialmente crónica, contagiosa e auto-inoculável, exclusivamente limitada à pele e mucosas orificiais, localizando-se principalmente nas pregas cutâneas e órgãos genitais, de marcha tórpida e extensiva periféricamente, precedida por um período de incubação com duração variável (uma semana a quatro meses), muito difícil de determinar. Passado este período segue-se a lesão inicial (que pode ser constituída por uma pústula, uma pápula ou um nódulo), a qual não é dolorosa, mas pruriginosa, tornando-se depois, quasi sempre, úlcero-vegetante, com notável tendência à esclerose; não origina sintomas gerais nem localizações ganglionares. Segundo Halty, no Uruguai, as adenopatias são mais frequentes e, sem dúvida, devidas a infecções microbianas secundárias das lesões ulcerativas e granulomatosas.

O líquor, o sangue e as urinas não apresentam alterações; no entanto Gougerot e Cohen encontraram uma eosinofilia de 29 % num dos seus casos.

O carácter local das lesões, que não provocam qualquer sinal geral ou tóxico que lhes seja próprio, fica assim perfeitamente estabelecido.

A negatividade das pesquisas anátomo-patológicas nos órgãos internos (efectuadas nos casos em que a morte sôbreveio por doenças intercorrentes) fez que se deva considerar como distinta, ainda que talvez relacionada com o Granuloma ulceroso venéreo — a entidade mórbida que se observa na Nova Guiné, tão bem descrita por M. Thierfelder e Thierfelder-Thillot, que lá verificaram mais de mil casos — apresentando sempre, além do ataque dos gânglios, localizações nos órgãos internos e cuja marcha se pode dividir nos quatro períodos seguintes:

I — Acidente primário; II — Período de estado; III — Período de bubões supurados; ataque dos órgãos internos; IV — Estado final por vezes com ataque do sistema nervoso, manifestando-se por paralisias dos membros, do intestino e da bexiga, e terminando pela morte. Os doentes, ao contrário do que sucede no genuíno Granuloma ulceroso venéreo, apresentam sintomas subjectivos acusando um violento prurido e sensação de queimadura, sôbretudo no início da doença.

Halty chega mesmo a recusar a inclusão destes casos no quadro do Granuloma, pois muito embora as lesões clínicas externas sejam

idênticas às daquele, a marcha da doença é, porém, de tal modo diferente, que não hesita em considerá-la como uma afecção geral desconhecida coexistindo com lesões de Granuloma venéreo.

LOCALIZAÇÃO

Como dissemos, esta afecção é habitualmente genital, mas têm-se publicado casos de localização extra-genital, se bem que geralmente coincidam com lesões no local de eleição:

Na região bucal (Maitland, Alexandrino Pedroso, Luz e Torres, João Marinho, Flaviano Silva ⁽¹⁾, Skopshear ⁽²⁾, Wehrbein ⁽³⁾, etc.); nos lábios (Hall ⁽⁴⁾, Beeson ⁽⁵⁾, J. Sequeira); na face (O. Torres); nas pálpebras (Stowers); nas axilas (J. Sequeira, Gougerot); nas regiões peitoral e cervical (Hermann Goodmann ⁽⁶⁾, Cecil e Strangmann); na coxa — por instrumento cirúrgico, a partir duma lesão inguinal — (Sousa Araújo).

Há ainda um caso de Gougerot e Delort com localizações cutâneas múltiplas nos quatro membros, no ventre, na axila e espádua direita e na face anterior do tórax.

CLÍNICA

Segundo Halty, são cinco os quadros clínicos mais importantes que esta doença pode apresentar; correspondem a formas primitivas da afecção que, até à data em que aquele autor a descreveu (1933), não tinham sido ainda suficientemente individualizadas.

I — *Forma úlcero-vegetante*: é o tipo mais vulgar, sendo muito mais freqüente do que todas as outras variedades juntas. É também a mais típica, porque as outras formas são apenas constituídas por deformações dos seus sinais ou por diferenças na sua importância relativa.

No seu pleno desenvolvimento mostra uma vasta ulceração super-

(¹) Flaviano Silva — Brasil Médico — 1931, pág. 749. — Urologic and Cutaneous Review — 1933, n.º 9, pág. 611.

(²) Skopshear — Archives of Derm. and Syph. — 1938, n.º 5, pág. 926.

(³) Wehrbein — Urologic and Cutaneous Review — 1927, pág. 760.

(⁴) Hall — Archives of Dermatology and Syphilology — 1938, pág. 245.

(⁵) Beeson — Id., id. — 1922, n.º 2, pág. 342.

(⁶) Hermann Goodmann — Id., id. — 1920, n.º 2, pág. 151.

ficial, de contôrno irregular, com bordos nítidos, geralmente em parapeito, raras vezes talhados a pique.

O fundo, vermelho, é coberto por saliências vegetantes, com aspecto uniforme, mas de volume desigual. A lesão sangra facilmente e segrega com abundância um líquido sero-purulento muito fétido.

II — *Forma ulcerosa*: nesta variedade o processo ulcerativo predomina nitidamente sôbre a neoformação, e daí a maior freqüência de certas complicações e maior reserva do prognóstico.

Os bordos da ulceração são geralmente talhados a pique e o fundo é quási plano, finamente granuloso.

Por vezes esta forma é o episódio terminal das outras variedades; a sua marcha é mais rápida e o prognóstico mais sério em virtude dos desgastes consideráveis que pode causar, não só na pele, mas ainda nas mucosas.

III — *Forma hipertrófica*: distingue-se das outras pelo exagêro da reacção proliferante. O fundo da ulceração é coberto por massas vegetantes, moles, por vezes muito volumosas, geralmente com superfície cerebriforme.

IV — *Forma elefantíaca*: associa-se quási sempre à precedente e localiza-se nos pontos de eleição dos processos elefantíacos: grandes e pequenos lábios, clítoris, etc.

O quadro clínico é o das elefantíases da região genital, mas apresenta as seguintes diferenças: — a hipertrofia das zonas afectadas mantém-se moderada; no fundo das ulcerações formadas pelo exagêro das pregas naturais encontram-se às vezes pequenas lesões fissurárias muito características. Halty considera-as exclusivas do Granuloma venéreo, pois diz que nunca as encontrou noutras elefantíases. Além disso afirma que esta forma é relativamente freqüente no Uruguai, onde constitui uma característica regional que contrasta com a sua raridade no Brasil, onde, no entanto, a afecção é muito mais comum.

V — *Forma nodular*: o seu carácter especial reside no facto de os nódulos apresentarem uma evolução particular: — passado um certo tempo regressam, não transitando pela fase ulcerativa, ao contrário do que sucede nas outras formas.

Esta modalidade acompanha-se por vezes de edema elefantíaco, que

se localiza nos pontos de eleição; é nela que as regressões cicatriciais são mais freqüentes e mais extensas.

A sua marcha é muito lenta e as lesões podem deter-se e mesmo regressarem apenas com cuidados higiênicos.

Portanto, o seu prognóstico é sempre benigno em virtude da evolução e da ausência de ulcerações e das conseqüentes complicações secundárias que estas sempre acarretam.

Mas, evidentemente, uma tal divisão não é, em geral, tão esquemática, observando-se na clínica as formas mistas, embora com predomínio em qualquer dos sentidos.

Nas mucosas, uma vez atingido o período de estado, o aspecto objectivo pode ser idêntico ao apresentado na pele; mas, muitas vezes, as condições locais podem acarretar infecções associadas, visto serem devidas a germes, aos quais não podemos atribuir qualquer papel patogénico na lesão inicial (espiroquetídeos, simbiose de Vincent, amibas, *Pseudomonas pyocyanea*, agentes banais da supuração, etc.), que modificam o aspecto da lesão, como acontece nos órgãos genitais femininos, onde as lesões têm mais freqüentemente o aspecto ulcerativo, sangrando com facilidade e podendo, nos casos de localização muito rara no colo do útero, simular um carcinoma (Pund e Greenblatt); J. Rodriguez (Uruguai) também observou essa localização excepcional.

EVOLUÇÃO

A evolução da doença pode acarretar diversas complicações, das quais citamos as mais importantes e freqüentes: — transformação em cloaca da vagina e recto, por destruição das paredes daquela (Cleland, Sousa Araújo); perfuração da bexiga (Fowler); oclusão da vagina por processos cicatriciais muito rápidos (Flaviano Silva e O. Torres). Além destas complicações, compreende-se que as lesões vaginais possam ser uma causa de distócia, assim como um ponto de partida de infecções estreptocócicas. Nas localizações canaliculares os processos cicatriciais podem causar apertos, com todas as suas complicações infecciosas e mecânicas (M. Halty).

HISTOPATOLOGIA

Uma vez estudada, poderemos compreender com mais facilidade o significado dos diversos quadros clínicos a que fizemos referência.

As melhores descrições histológicas da lesão devem-se a Gans,

Perez Anleu ⁽¹⁾, Howard Fox, Cole, Miskijian e Rauschkolb, Halty, Pund e Greenblatt e De Amicis.

A principal alteração reside fundamentalmente num infiltrado celular e nodular da derme, sendo secundária e menos característica a lesão infiltrativa da epiderme.

A histologia não apresenta sempre o mesmo quadro no decurso da doença, e assim podemos considerar os três períodos seguintes:

I — *Período de invasão*, cujo aspecto é sempre possível estudar, mesmo na falta de casos precoces, examinando a periferia da lesão.

Como características essenciais podemos registar, além do infiltrado celular e nodular da derme (no seio da qual se notam por vezes zonas edematosas), alterações da epiderme, que vamos resumir:

Torna-se irregular e hipertrófica, com longos prolongamentos mergulhando na derme, duplicando ou quadruplicando a sua espessura primitiva e apresentando, por vezes, anastomoses das suas gemulações inter-papilares; a camada granulosa interrompe-se, a córnea desaparece em seguida à desorganização da camada basal. Há uma ligeira zona de necrose superficial que cobre as papilas e as gemulações, limitadas a simples ilhotas em via de desaparecimento.

Todas as células apresentam alterações (vacuolização, degenerescência nuclear). A epiderme é também sede dum infiltrado ligeiro de polinuclear e linfócitos.

II — *No segundo período (de estado)*, a ulceração constitui-se aparecendo um tecido de granulação no infiltrado, composto principalmente por plasmocitos, células redondas, linfócitos, grandes mononucleares, células fusiformes e polinucleares, que se encontram nas camadas mais superficiais (sôbretudo se a lesão está ulcerada), ao passo que o infiltrado nodular profundo é constituído por plasmocitos e células mononucleadas. As zonas edematosas são mais extensas e mais numerosas.

Alguns autores, como Cole e Miskijian ⁽²⁾, Vigne e Boyer, Gougerot e Delort, admitem a existência possível de células gigantes.

⁽¹⁾ *Perez Anleu* — Tese — Guatemala, 1924.

⁽²⁾ *Cole e Miskijian* — Dermatologische Zeitschrift — 1928, pág. 127.

Vigne e Boyer, no caso por êles descrito, dizem ter mesmo encontrado na profundidade dos cortes, ao contacto do tecido celular, formações tuberculóides bem limitadas, constituídas, além das grandes células gigantes, por células linfóides e epitelióides.

Pelo contrário, Halty, diz que nunca se encontram células epitelióides nem gigantes, o que para êle constitue até um carácter negativo de grande importância.

Darier afirma que se trata dum plasmoma, negando a existência de células gigantes. Também nunca se vêem focos de caseificação.

É entre as células mononucleadas que se devem colocar as que Pund e Greenblatt, em 1937, consideraram como patognomónicas: — grandes mononucleares com espaços intra-citoplásmicos, nos quais se dispõem os corpos de Donovan, de que falaremos em seguida; reconhecidos hoje por quási todos os autores como os agentes causais da doença, têm grande afinidade pela prata, com a qual coram de negro ou castanho, apresentando o seu característico aspecto de alfinete de segurança, alongados, ovóides e com intensa coloração bipolar.

Este período de ulceração pode prolongar-se por muito tempo.

III — *No terceiro período (de reparação)*, que se segue ao de ulceração, aparece um processo cicatricial, mais ou menos extenso, mas sempre parcial; as zonas edematosas desaparecem; há uma esclerose dérmica com aparecimento de muitos fibroblastos jovens cobertos por um epitélio neoformado, de limite inferior quási linear. Neste tecido cicatricial encontram-se nódulos de infiltrado celular que tornam possível a persistência do processo e as recrudescências que se observam na clínica; aqueles infiltrados fazem-nos prever uma recidiva.

As alterações que rapidamente passámos em revista são as que se encontram no tipo mais comum, úlcero-vegetante; nas formas ulcerosas há um exagêro das características histolíticas do processo; na forma hipertrófica observa-se uma excessiva neoformação, que é acompanhada, na forma elefantíaca, por uma tendência esclerogénia reaccional; a forma nodular é caracterizada pela persistência das alterações descritas no primeiro período.

ETIÒ-PATOGENIA

Segundo a grande maioria dos autores, a infecção faz-se por contacto sexual, e casos há, como os observados por Goldsmith, na Austrália, em que êle é inegável: — êste autor registou a doença em duas

mulheres indígenas, num nativo que com elas tinha relações sexuais, assim como num branco que com uma delas havia praticado o coito.

De resto, a sua localização preponderante, existindo mesmo nos casos em que há lesões noutras partes do corpo, abona francamente a favor da infecção venérea.

No entanto, o facto de êste Granuloma ser considerado como uma verdadeira e autêntica doença venérea, como afirma a maioria dos autores, é ainda um assunto muito discutido e sôbre o qual nem todos estão de acôrdo. Gougerot é um dos que negam o contágio venéreo; de facto, talvez as condições de raça e de clima possam, entre nós — europeus — tornar mais difficil o próprio contágio.

Convém fazer notar que é freqüente a implantação do Granuloma sôbre uma outra lesão já existente, como, por exemplo, o cancro mole.

A lesão é mais comum nos climas quentes e ataca com acentuada predilecção as raças negras, não sendo fácil verificar se por serem aquelas que mais habitam as regiões climatologicamente óptimas, uma vez que nos Estados Unidos da América foi mais freqüentemente observada nos negros. Há quem afirme que o motivo da sua difusão nas regiões tropicais seja mais a influência da raça (raças de côr) do que a do clima, visto ser talvez por essa razão que a doença se observa raramente nos indivíduos brancos que emigram para os climas quentes.

Segundo Jeanselme e Manson ⁽¹⁾, existe sòmente durante o período de actividade sexual; no entanto têm sido apontados raríssimos casos em crianças (Sabella, Flaviano Silva).

Há autores que acham a doença mais freqüente na mulher: — assim, Fuente aponta a proporção de dez casos femininos para três masculinos, e Rodriguez a de dezóito para seis, respectivamente; Manson, Jeanselme e De Amicis também assim pensam.

Porém, há outros que a julgam mais comum no homem (Prof. Terra), parecendo, portanto, não haver uma acentuada predilecção por qualquer dos sexos.

Para a penetração do agente são necessárias ligeiras alterações epidérmicas, tais como: — escoriações, foliculites, ragadas, etc.

A promiscuidade, a longa cohabitação, os cuidados higiênicos deficientes, favorecem especialmente esta afecção e também, talvez, certas predisposições individuais (Viswalingam).

⁽¹⁾ *Manson* — A note of ulcerating granuloma of the pudenda — *Journal of Tropical Medecine* — 1899, pág. 156.

A doença é inoculável e auto-inoculável: — após uma leve escarificação, é possível obter localmente uma ulceração que reproduz clínica e histologicamente o Granuloma, como fizeram Vigne e Boyer; mas essa infecção nem sempre é fácil de realizar, pelo que os focos epidêmicos são raros. No entanto, De Vogel (1) observou uma verdadeira epidemia que dizimou uma tribo selvagem da Nova Guiné holandesa, tendo-a reduzido de trinta por cento em dezóito anos.

Numerosos foram os agentes descritos como causadores do Granuloma venéreo:

Coyers e Daniels (1896), Le Dantec (1900) (2) e Jeanselme (1904) (3), consideram a doença etiologicamente identificável à tuberculose, tendo mesmo o segundo observador obtido infecções tuberculosas em animais inoculados com material colhido nas lesões. Êste facto levou-o até a emitir a hipótese de que o Granuloma fôsse um lúpus da vulva.

Em 1906, Mac Lennon observou o *Treponema refringens* nesta afecção. No mesmo ano Wise e Maitland identificaram espiroquetídeos encontrados nas lesões com o *Treponema pallidum* e consideraram-nas manifestações luéticas.

Cleland, em 1909, e Bosanquet, em 1910, foram de opinião que os espiroquetídeos apontados eram realmente os agentes causais mas, contudo, diferentes do *Treponema pallidum* e peculiares ao Granuloma venéreo, tendo o primeiro autor descrito êste agente com o nome de *Spirochaeta aboriginalis*.

Mas parte dêstes estudos foram praticados já depois da descoberta feita por Donovan, em 1905, de inclusões celulares, que considerou como um estado de evolução duma gregarínea, e hoje quasi unânimemente aceite como sendo o agente causal do Granuloma venéreo. Do estudo dêsse germen, a que muitos observadores têm dedicado a sua atenção, pouco mais se tem conseguido, a ponto de ainda hoje, decorridos trinta e cinco anos sôbre a descrição de Donovan, não haver unanimidade de vistas acêrca da natureza do agente.

Siebert, em 1907, encontrou-o no material enviado da Índia e por

(1) *De Vogel* — Bulletin de la Sociéte de Pathologie exotique — 1928, pág. 354.

(2) *Le Dantec* — Précis de Pathologie exotique — pág. 725.

(3) *Jeanselme* — Cours de Dermatologie exotique — pág. 229.

êlé estudado no Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo, identificando-o como um diplococo capsulado. Carter ⁽¹⁾, em 1910, considera-o como um tipo gregaríneo de critídia ou herpetomona. Flu ⁽²⁾, em 1911, pensa que se trata duma reacção celular de tipo clamidozoário; ainda êste autor, no mesmo ano, sugere que o organismo referido pode pertencer ao grupo do bacilo capsulado de Friedländer, uma vez que conseguiu isolar, em caldo-ascite e em gelose-ascite, um bacilo Gram-negativo, imóvel, com as características morfológicas do grupo e provido de cápsula no primeiro dos meios de cultura; mas o mesmo autor, numa segunda série de experiências, conseguiu isolar outro bacilo, êste móvel, e desenvolvendo-se em todos os meios, pelo que, muito judiciosamente, reconheceu como duvidosos os seus ensaios culturais.

Martini, em 1913, conseguiu isolar um diplococo e segue a opinião de Siebert; no mesmo ano, Aragão e Viana isolaram um organismo que consideraram o agente etiológico das lesões, o qual já havia sido observado pela primeira vez no Brasil (onde muito se tem estudado êste assunto), tanto em esfregaços como em cortes histológicos, por Rabello, em 1912.

Os autores brasileiros conseguiram cultivar o micro-organismo referido, em Sabouraud lactosado e, embora reconhecendo-lhe analogia com o bacilo tipo Friedländer, classificam-no à parte, criando para êle um novo género — *Kalymmato-bacterium granulomatis*. Não nos parece — digâmo-lo desde já — que as razões apontadas pelos diversos investigadores que isolaram organismos semelhantes, sejam suficientes para conservar o género criado por Aragão e Viana, excluindo-os, portanto, do género *Bacterium*, no qual se encontram incluídos os bacilos do grupo Friedländer.

Em 1916, Greco isolou em Buenos Aires, num caso de Granuloma ulceroso, um Ascomiceta do género *Scopulariopsis*, que intitulou «*Scop. venerei*» ⁽³⁾; êste foi novamente apontado, em 1936, por Markley e Philpott ⁽⁴⁾, que o verificaram em culturas e inoculações.

⁽¹⁾ Carter — Ulcerating granuloma of the pudenda, a protozoal disease The Lancet — 1910.

⁽²⁾ Flu — Arch. of Sch. and Trop. Hyg. — 1911.

⁽³⁾ E. Brumpt — Précis de Parasitologie — 1936, Vol. II, pág. 2016.

⁽⁴⁾ Markley e Philpott — Deep Scopulariopsis of a ulcerating Granuloma type confirmed by culture and animal inoculation — Arch. of Dermat. and Syphilol. — 1936, n.º 4, pág. 627.

Walker, em 1918, isolou um bacilo do género Friedländer e concluiu:

I — O factor etiológico essencial é o organismo intra-celular descoberto por Donovan, em 1905, e demonstrado sempre nas lesões;

II — Este organismo intra-celular é um bacilo capsulado do grupo Friedländer;

III — O Granuloma inguinal não é por si mesmo uma doença venérea, mas provavelmente uma infecção secundária, produzida pelo bacilo capsulado, de lesões doutra origem, que podem ser venéreas.

Contra a terceira conclusão de Walker manifestaram-se Symmers e Frost, em 1920, dizendo que os corpos de Donovan iniciam ou promovem a destruição do tecido.

Randall, Small e Beck ⁽¹⁾, em 1922, e Johns, em 1924, isolaram um bacilo morfológicamente idêntico ao de Friedländer e emitem a hipótese de que se trata dos corpos de Donovan, mas consideram em suspenso a questão, uma vez que não conseguiram inoculações.

Cornwall e Peck ⁽²⁾, em 1925, isolaram um organismo pleomórfico, capaz de produzir lesões granulomatosas nos coelhos, chamando-lhe «*Bacillus venereo-granulomatis*»; a partir das lesões experimentais conseguiram retro-culturas. Mac Intosh, em 1926, chega à conclusão de que o organismo que isolou se deve classificar como um bacilo do grupo Friedländer, e considera-o como o agente da doença.

Os autores citados, que conseguiram isolar um possível agente do tipo do bacilo de Friedländer, assim como Gougerot e Peyre, em 1933, e De Monbreun e Goodpasture ⁽³⁾, fizeram sempre as sementeiras partindo de material colhido superficialmente nas lesões contaminadas; porém, Dienst, Greenblatt e Sanderson, em 1938, com exsudados hemáticos mostrando muitos e típicos corpos de Donovan e sem quaisquer outras bactérias, em diversos casos que estudaram, nunca conseguiram resultados positivos, mesmo empregando os meios que cultivam as mais delicadas bactérias, como o gonococo ou o bacilo de Ducrey;

⁽¹⁾ *Randall, Small & Beck*—Surgery, Gynec. and Obst. — 1922, pág. 717.

⁽²⁾ *Cornwall e Peck* — Arch. of Dermat. and Syphilol. — 1925, págs. 12 e 613.

⁽³⁾ *De Monbreun e Goodpasture* — Amer. Journ. of Trop. Med. — 1931, pág. 311.

concluíram que, até hoje, ainda não se conseguiram desenvolver os corpos de Donovan em cultura, e não estão de qualquer modo relacionados com os bacilos tipo Friedländer.

Ainda que as opiniões não sejam unânimes no que respeita à posição a dar aos corpos de Donovan, assim como às possibilidades da sua cultura, são-no seguramente no que se refere ao seu valor patogénico, pelo que vamos passar a descrever qual o aspecto que apresentam nas lesões:

Extra, ou intra-celulares, e neste último caso incluídos nos grandes mononucleares, estes corpos apresentam-se com variados aspectos, conforme são examinados a fresco ou em preparações coradas. Parecem ser capsulados, e daí o nome do género criado por Aragão e Viana (*Kalymma* = manto); mas também podem apresentar-se desprovidos do seu invólucro exterior.

No exame a fresco, a parte externa do parasita apresenta-se brilhante e os organismos têm tendência a agrupar-se em cachos, lembrando cocos.

Nas preparações coradas pelo método de Giemsa, ou por qualquer dos outros métodos de Romanowsky, os corpos de Donovan apresentam uma camada externa vermelha e uma interna mais escura, que pode, por vezes, estar dividida em duas porções, lembrando no seu todo um alfinete de segurança, segundo a expressão de Pund e Greenblatt.

O exagerado polimorfismo descrito por alguns autores nem por todos é aceite. São imóveis e Gram-negativos.

As sementeiras têm sido ensaiadas, com resultados diversos, em muitos meios de cultura.

Os autores que têm isolado agentes que identificam como corpos de Donovan, empregam com frequência o meio de Sabouraud lactosado, no qual têm conseguido o aparecimento de colónias — uns em oito dias à temperatura ambiente (Gougerot e Peyre); outros em quarenta e oito horas à temperatura de 37° (Aragão e Viana).

Têm-se empregado outros meios, como a gelose, a gelatina, a batata, a cenoura, etc., e nêles aparecem, ao fim de vinte e quatro horas, como no meio de Sabouraud no prazo indicado, colónias pequenas, de um a dois milímetros de diâmetro, úmidas, de côr branco-amarela, brilhantes e viscosas, passando mais tarde a castanho-chocolate, gradualmente.

Em caldo ligeiramente alcalino, como fazem Thierfelder e

Thierfelder-Thillot, também alguns autores têm citado o desenvolvimento dum germen que consideram como o agente etiológico.

É bom não esquecer que Gougerot pôde isolar organismos, semelhantes aos descritos e isolados por diversos autores, de lesões ulcerosas doutra natureza, e que quási todos os autores que isolaram o pretense agente são unânimes em os classificar no grupo dos bacilos tipo Friedländer, sabendo nós que os componentes dêste grupo parecem ter uma existência saprofita; e ainda que a sua situação mais comum seja o aparelho respiratório do homem, o que é certo é que têm sido encontrados na ozena, no rinoescleroma e em grande número de lesões supuradas.

Os resultados das inoculações dos organismos isolados são também bastante variáveis de autor para autor. Como o faz notar Kenneth Lynch (¹), as lesões provocadas são geralmente abcessos, e nunca granulomatosas.

Samuel Peck parece ser o único que conseguiu reproduzir a lesão no coelho e obter retro-culturas, obedecendo assim aos postulados de Koch.

Segundo Dienst, Greenblatt e Sanderson, não é mesmo possível obter culturas «in vivo», uma vez que elas falham quando se inocula o produto de raspagem do Granuloma em ratos, murganhos, coelhos e cobaios, pelas vias sub-cutâneas, intra-cutânea, intra-testicular e intra-muscular, assim como na membrana alantoideia de embriões de pintos de dez dias, método êste que dá resultados positivos com os bacilos do grupo Friedländer.

Em resumo, a discussão ainda não está terminada, chocando-se pelo menos as quatro opiniões seguintes:

Uns concluem pela especificidade do *Kalymmato-bacterium*; muitos contestam a individualidade dêste e identificam-no com o pneumo-bacilo de Friedländer; outros duvidam da especificidade do *Kalymmato-bacterium* e atribuem o Granuloma venéreo a outros parasitas; finalmente outros ainda o atribuem a um germen específico que, por enquanto, ainda é desconhecido.

Concluindo pela especificidade dos corpos de Donovan como agen-

(¹) *Kenneth Lynch* — Granuloma inguinale, granuloma of pudenda, ulcerative vulvitis, serpiginous ulceration of genitals — Journ. of Amer. Med. Assoc. — 1921, pág. 925.

tes patogénicos do Granuloma ulceroso, ficaríamos identificados com a opinião da maioria dos autores que, tendo observado numerosos casos, afirmam aquele germen como seguramente específico. Porém, esta especificidade foi ultimamente negada por certos autores, alguns dos quais — como Gougerot — a haviam admitido anteriormente.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do Granuloma venéreo deve basear-se principalmente sôbre as seguintes características clínicas:

Carácter fagedénico;

Extrema lentidão evolutiva (podendo atingir vinte e cinco anos, por exemplo);

Ausência de adenopatias locais, o que constitue um carácter de grande importância diagnóstica e doutrinária;

Conservação dum bom estado geral;

Ausência de dores;

Aspecto serpiginoso das lesões, que emanam cheiro fétido e sangram facilmente;

Lesões com bordos revestidos em certos pontos por um debrum epidérmico, enquanto noutros o fagedenismo se encontra em plena actividade;

Integridade dos órgãos internos.

A êstes sintomas clínicos pode juntar-se o auxílio prestado pelo laboratório na verificação da existência dos corpos de Donovan.

Visto nada haver ainda de positivo sôbre os resultados obtidos por sementeiras em vários meios, não nos parece que se possa esperar, de momento, qualquer indicação segura àcerca dêste meio de diagnóstico laboratorial.

Também ainda hoje não é possível colher dados diagnósticos por inoculações, em animais de laboratório, de produtos colhidos da lesão, uma vez que os resultados obtidos nesse sentido são dos mais variáveis.

A inoculação ao homem, tentada por diversos autores, como pela primeira vez por Mac Intosh e depois por Dienst, Greenblatt e Sanderson em negros voluntários, não é processo viável, e o mesmo se pode dizer da auto-inoculação; é nossa opinião que a ela não devemos recorrer senão com fins de investigação, uma vez estabelecido o diagnóstico, visto que, se êste é incerto, nos arriscamos a reproduzir uma lesão

Para a dietética da primeira infância



Leite completo em pó, acidificado

(LEITE DE MARRIOTT)

Um novo produto Nestlé

PEDIDOS DE AMOSTRA E LITERATURA Á

Sociedade de Produtos Lacteos

PORTO

AVANCA

LISBOA



IMPÕE-SE

NO TRATAMENTO DAS

Perturbações gastro-intestinais

PEDIDOS DE AMOSTRAS Á

Sociedade de Produtos Lacteos

PORTO

AVANCA

LISBOA

doutra natureza, que pode não ser facilmente debelada pela nossa bagagem terapêutica.

De outros meios de diagnóstico laboratorial propostos, devemos citar a formal-gelificação, usada pela primeira vez por Mac Intosh, e que dá geralmente resultados positivos; também o mesmo autor propõe a sero-aglutinação e a reacção de fixação do complemento que, nas suas experiências, deram resultados interessantes em presença dos organismos por êle isolados. Demanche e Lévy-Bruhl também obtiveram resultados positivos com a última daquelas reacções.

O diagnóstico diferencial deve fazer-se:

Com a *sífilis*, o *cancro mole*, a *tuberculose*, a *leishmaniose*, o «*pian*», a *blastomicose*, a *esporotricose*, o *epitelioma*, etc.

Podemos dizer desde já que a observação do produto colhido da lesão nos coloca no bom caminho, permitindo excluir as entidades mórbidas citadas.

Para tal fim podemos dispor de qualquer dos processos seguintes: — a pesquisa em campo escuro, a coloração por um dos métodos de Romanowsky, o exame histológico, ou ainda o exame cultural (para o caso de doenças provocadas por Eumicetas), ou, finalmente, o emprego dos métodos serológicos e biológicos.

Sífilis. — Nesta, os casos que mais interessa encarar, sob o ponto de vista do diagnóstico diferencial, são:

As sífilides terciárias ulcerosas e úlcero-tuberculosas, o fagedenismo terciário e, ainda, as sífilides pápulo-hipertróficas e vegetantes que, nas pessoas mal cuidadas, podem adquirir um grande desenvolvimento, sobretudo em volta do ânus, nas pregas de virilha, na região inter-

Porém, a história clínica, os fenómenos contemporâneos, o toque dos gânglios, o próprio aspecto da lesão, juntamente com os exames laboratoriais acima referidos, são factos que logo afastam a hipótese encarada.

Por outro lado, temos ainda a considerar como sinal muito importante a prova terapêutica, pois o Granuloma venéreo resiste sempre à medicação anti-luética.

Fagedenismo. — A sua invasão é, em geral, fulminante, e as ulcerações têm bordos escavados; o fundo é sanioso, não vegetante, mas mortificado. Existem adenopatias.

Quando é devido ao cancro mole, o quadro clínico subjectivo é dominado por intensos fenómenos dolorosos nas regiões ulcerosas; além disso, observa-se uma reacção, tanto geral como local, à vacina de Nicolle e é positiva a pesquisa do estrepto-bacilo nas lesões.

Cancro mole. — Os bordos da lesão são tallhados a pique e descolados; o seu fundo é anfractuoso e carcomido, encontrando-se aí por vezes o estrepto-bacilo de Ducrey.

Tuberculose. — Produz ulcerações com bordos sinuosos, irregulares, descolados e lívidos, cujo fundo é átono, pobre em tecido de granulação, semeado de pontos amarelados (grãos de Trélat), segregando sero-pus rico em bacilos de Koch.

Existem adenopatias e, em regra, máu estado geral.

Leishmaniose. — Na sua forma papilomatosa assemelha-se um pouco a certas formas de Granuloma, mas as lesões daquela encontram-se nas partes descobertas, como a face, os braços e as pernas; precedem sempre as manifestações genitais, que, de resto, raramente se observam.

«*Pian*». — As suas lesões encontram-se indiferentemente em qualquer parte do corpo, nunca se limitando aos órgãos genitais. Os fenómenos gerais (febre, dores ósseas e articulares, etc.), as adenopatias, a erupção por crises, a acção curativa dos arsenicais e do iodo, esclarecem logo o diagnóstico.

Blastomicose. — A sede mais freqüente das localizações mucosas é na boca, mas a doença pode generalizar-se.

As lesões têm uma base infiltrada e bordos irregulares, pouco elevados; as granulações são mais pequenas e podem ver-se minúsculos pontos amarelos, sôbretudo perto dos bordos — são micro-abcessos.

A evolução é mais rápida, havendo uma grande reacção dos tecidos vizinhos, ao contrário do que sucede no Granuloma venéreo.

É muito raro que se observem lesões genitais isoladas. O tratamento estibiado é ineficaz.

Esporotricose. — Na sua forma papilomatosa também se assemelha ao Granuloma venéreo. As lesões não se conservam muito tempo su-

perficiais, havendo conjuntamente outras com aspecto diferente. Existem adenopatias. Cura pelo tratamento iodado.

Epitelioma. — O processo é mais profundo e com evolução mais rápida.

Há endurecimento e adenopatia precoce; a idade do doente costuma ser mais avançada, o estado geral torna-se máu e o cheiro da lesão é muito diferente.

Além disso êste diagnóstico diferencial não se apresenta muitas vezes, dado o predomínio do Granuloma venéreo nas raças negras, nas quais o epitelioma da pele é raríssimo.

Devemos ainda mencionar aqui o chamado «*Granuloma venéreo benigno*», francês, como o denominaram Gougerot e Blum, o qual vem a ser uma piodermite vegetante e nada tem que ver com a afecção que nos ocupa, não obstante a identidade de nomenclatura.

Com efeito, distingue-se do Granuloma ulceroso por caracteres nitidamente opostos: — não é ulceroso, mas antes exulceroso e vegetante, e a sua evolução é benigna, sendo fácil e rapidamente curável, apenas com tratamento local.

Os citados autores apresentam, no seu trabalho, um caso destes localizado no limbo prepucial dum doente que nunca saíra da Europa.

A lesão também era indolor e não havia adenopatias; o sero-pus segregado por aquela apresentava uma citologia e uma flora banais.

Finalmente, não nos parece descabido fazer também uma breve referência a um outro processo venéreo que recebeu a designação de «*Granuloma úlcero-serpiginoso inguinal*», muito embora seja independente da enfermidade que estamos estudando.

Trata-se dum processo constituído essencialmente por bubões ulcerosos serpiginosos, o qual foi descrito várias vezes pelos sífilígrafos espanhóis.

Assim, Azúa (1), em 1917, publicou cinco casos com o título de «Úlceras serpiginosas venéreas» e, em 1923, Peyri (de Barcelona) apresentou o seu primeiro doente ao 1.º Congresso dos Dermatologistas de língua francesa, defendendo o conceito da independência clínica do processo. Mais tarde ainda observou outros dois casos, reunindo a sua

(1) Azúa — Actas Dermo-sifiligráficas — IX Ano, n.º 5.

descrição num trabalho publicado em 1934 (1). Vejamos as conclusões que êle aí nos aponta:

1.^a — «Existe um granuloma inguinal serpiginoso venéreo que não é produzido pela sífilis, nem pelo cancro mole, nem pela tuberculose, nem pelos agentes fito-parasitários»;

2.^a — «Nalguns casos acreditamos que é produzido por agentes de associação do processo estrepto-bacilar, podendo-se chamá-lo para-estrepto-bacilar»;

3.^a — «O estudo histológico classifica-o entre os granulomas de evolução crónica»;

4.^a — «A sua evolução é muito lenta e falharam todas as terapêuticas da sífilis e do cancro mole. A única que deu alguns resultados foi a aplicação de banhos quentes e a medicação iodo-cúprica; é um novo motivo para ver neste processo uma doença venérea independente, talvez de origem piogénica, talvez para-venérea, talvez devida a um micróbio desconhecido.»

PROGNÓSTICO

Depois de descoberto o tratamento para esta doença, o prognóstico passou a ser absolutamente benigno, e tanto mais quanto mais precocemente se inicia a terapêutica.

Mesmo nos casos mais avançados, o prognóstico «quod vitam» é bom, embora por vezes a evolução cicatricial das lesões acarrete insuficiência funcional.

Diz-nos Flaviano Silva que, no Brasil, se registaram alguns casos de morte por caquexia; De Amicis também admite essa possibilidade nos casos de longa evolução.

TERAPÊUTICA

O único tratamento outrora usado era o local, embora fosse, em regra, ineficaz; por isso se abandonou logo após os primeiros ensaios de tratamento geral pelos antimoniais.

(1) *J. Peyri* — *Revue Française de Dermatologie et de Vénérologie* — n.º 9/10, pág. 452.

Apenas como um mero interêsse histórico, vamos ainda recordar alguns dos tratamentos locais antigamente empregados:

Raspagem, termo-cauterização e vasta excisão (Jeanselme) ⁽¹⁾; cauterizações com cloreto de zinco (Thiroux), com uma mistura de cânfora e ácido fénico em partes iguais (Conyers e Daniels); toques e injeções intradérmicas de óleo fosforado (Castellani); injeções locais de bi-iodeto de mercúrio a dois por cento, com o fim de provocar a esclerose dos bordos da ulceração (Ramos), etc.

Note-se que, ainda em 1931, Greenwood ⁽²⁾ nos falava do tratamento por fulguração diatérmica, apresentando uma análise de vinte e dois casos.

Em 1912, Gaspar Viana e H. Aragão ⁽³⁾ empregaram pela primeira vez os antimoniais (sob a forma inicial de soluto de tártaro emético a um por cento) no tratamento desta afecção, com excelentes resultados; só mais tarde aumentaram a concentração e as doses.

O método foi-se aperfeiçoando e chegou até nós com as opiniões geralmente favoráveis dos autores que o têm ensaiado; porém alguns já não apontam resultados tão brilhantes como a princípio se afirmou, mesmo empregando os produtos especializados de antimónio orgânico tri- e pentavalente, que o comércio começou a fornecer desde a altura em que êsse metal passou a constituir o principal recurso terapêutico nesta afecção.

Recorreram depois à associação com a radioterapia, nas doses de 300 a 1.000 r. por sessão, e realmente os casos rebeldes pareceram então ceder, por vezes mesmo sem usar o antimónio.

Stejano diz que, após as primeiras injeções de preparados de antimónio, pode notar-se um intenso prurido na lesão e, segundo pensa, essa reacção cutânea focal seria praticamente patognomónica.

Por vezes também se observam fenómenos de reacção geral, os quais podem ser precoces (tais como as náuseas, a sialorreia e, às vezes, os vômitos e a tosse) ou tardios — êstes constituídos por dores articulares.

Para que se possa avaliar dos resultados obtidos com as duas terapêuticas até hoje mais usadas (radioterapia e preparados de antimónio), vejamos as opiniões de alguns autores a tal respeito:

⁽¹⁾ *Jeanselme* — loc. cit.

⁽²⁾ *Greenwood* — Brit. Journ. of Radiol. — 1931, pág. 488.

⁽³⁾ *G. Viana e H. Aragão* — loc. cit.

Segundo De Amicis, os preparados de antimónio representam o tratamento de eleição, constituindo um verdadeiro específico para esta forma de Granuloma; têm uma acção curativa rapidíssima, não havendo necessidade de curas locais especiais.

É de opinião que só se deve recorrer a outros métodos quando se demonstre uma acção lenta com os antimoniais, embora muitos autores aconselhem a cura combinada com aplicações radioterápicas.

Flaviano Silva é da mesma opinião, dizendo-nos que, só nos casos resistentes à medicação estibiada, serão então aconselháveis as aplicações de R. X.

Vigne e Boyer empregaram no seu caso o tratamento misto (associação de antimónio com a radioterapia).

Gougerot e Cohen obtiveram os resultados seguintes:

No seu primeiro caso apenas empregaram a radioterapia, que teve um êxito absoluto; na segunda doente, como essa terapêutica fôsse por fim impotente, resolveram recorrer em seguida à medicação estibiada, mas os resultados também não foram superiores.

Os citados autores concluem dizendo que é difícil avaliar o valor respectivo dos dois tratamentos citados, mas afirmam que êste fagedenismo crónico, grave e rebelde, pode curar ou melhorar com qualquer dêles. Num caso duvidoso constituem mesmo uma verdadeira terapêutica de prova, que até pode confirmar o diagnóstico.

Em suma, de acôrdo com a opinião geral, o antimónio constitue o tratamento de eleição.

Assim, Howard Fox poucos resultados obteve com a radioterapia; é idêntica a opinião de Cole, Miskjian e Rauschkolb, os quais por vezes até a consideram como ineficaz.

Outros métodos terapêuticos, tais como a vacinoterapia a partir dos germes isolados pelos diversos investigadores, não têm dado resultados concludentes, salvo nas mãos de S. Peck.

Por fim resta-nos apontar o recente método de tratamento pelas sulfamidaz; segundo afirmam últimamente os investigadores americanos, de todos os processos ensaiados é dêste que se podem esperar mais benefícios. Porém, não devemos esquecer os enormes perigos que, para determinados organismos, pode acarretar esta terapêutica, quando demasiado enérgica, e bem assim as graves alterações — impossíveis de prever e de debelar, quando instaladas — como, por exemplo, as mielopatias involutivas.

Há, pois, toda a vantagem em verificar, por sucessivos doseamentos, a quantidade da droga existente no sangue, de modo a não ultrapassar os valores considerados como suficientes.

Caso clínico pessoal

M. J. F. da S., de 27 anos de idade, solteiro, empregado no comércio, natural de Ribeira Brava (Ilha da Madeira) e residente em Lisboa há quatro anos. Entrou neste serviço (S. 10, S. 1) em 25-IX-1939.

ANAMNESE

Doença actual. — Refere que, há cerca de dois anos e meio, notou o aparecimento dumas pequenas ulcerações indolores na glândula e no sulco balanoprepucial, as quais foram alastrando.

Recebeu então vários tratamentos, entre eles o anti-sifilítico, mas sem resultado; uma reacção de Wassermann feita nessa altura resultou fracamente positiva.

Passados meses apareceram ao longo do pénis uns três nódulos, que, pouco tempo depois, ulceraram, segregando abundantemente pús fétido.

As ulcerações profundas que daí resultaram foram alastrando progressivamente ao longo do pénis até atingirem o púbis; aquele chegou a estar completamente ulcerado até uma certa profundidade.

As primitivas ulcerações melhoraram um pouco, mas não chegaram a cicatrizar por completo.

Como se encontrasse pior foi então hospitalizado (em Setembro de 1938), e durante três meses diz ter recebido intenso tratamento anti-sifilítico, além de algumas injecções de leite e de Dmelcos, bem como variado tratamento local. Foram negativas as sero-reacções de Wassermann e de Kahn, feitas nessa ocasião.

Não obstante, as ulcerações do pénis até pioraram, e iniciou-se mesmo a formação duma pequena lesão ulcerativa no períneo.

Então o doente pediu alta, continuando ainda a fazer mais tratamento anti-sifilítico, até que as ulcerações do pénis cicatrizaram por completo. Porém, apesar de tudo, a ulceração do períneo foi aumentando progressivamente, a ponto de impedir por completo a marcha do doente, o qual se encontrava imobilizado já há cerca de três meses quando deu baixa ao nosso Serviço.

História progressiva. — Teve sarampo na infância e uma pneumonia lobar aguda há dez anos; blenorragia aguda, há nove anos, curada sem recidivas.

Viveu sempre na terra natal até 1934, data em que veio para Lisboa, onde permaneceu cerca de um ano. Em 1935 voltou à Madeira e apenas lá esteve três meses, regressando de novo aqui, onde sempre tem permanecido até agora.

Em fins de 1935, dois meses depois de ter vindo da terra da naturalidade, apareceram-lhe adenites inguinais bilaterais, tendo supurado e fistulizado a do lado esquerdo. Foi tratado com injecções de «Dmelcos» e a cicatrização deu-se ao fim de um mês.

Antecedentes familiares. — Sem interesse.

OBSERVAÇÃO DO DOENTE

Exame geral. — Individuo do sexo masculino, bem constituído, com panículo adiposo pouco desenvolvido, aparentando a idade que realmente tem e com bom estado geral.

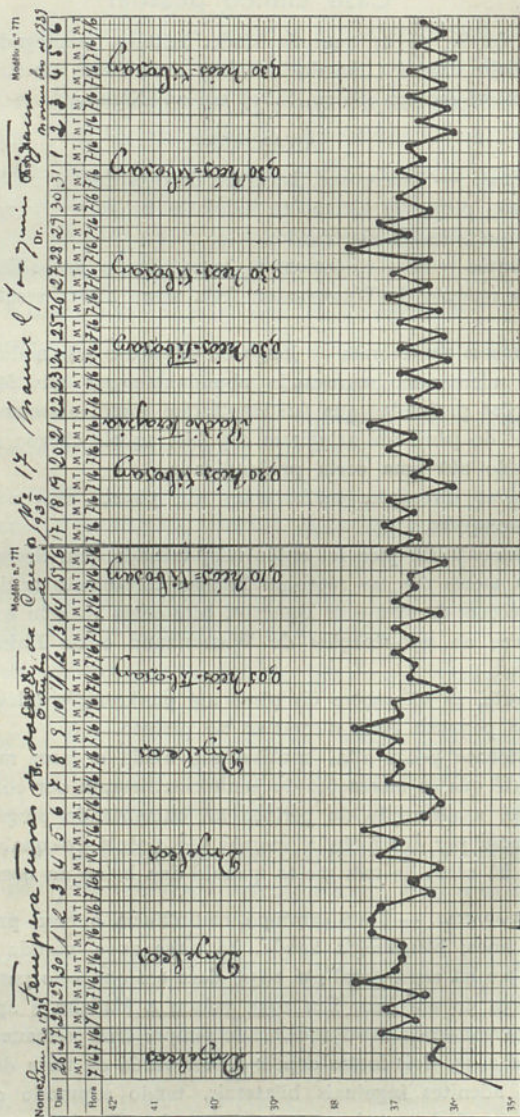


Fig. 1

Pele e mucosas visíveis um tanto pálidas.
 Temperaturas: vide gráfico (Fig. 1).

“**Ceregumil**”
Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

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

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

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

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

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

Granulos de Catillon a 0,0001 STROPHANTINE CRYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St. Martin, Paris — * PHARMACTAS.

LISBOA MÉDICA

Prevenção e
tratamento das
infecções
estreptocócicas

por via bucal

SEPTAZINE

(Benzil-amino-benzêno-sulfamida)

PRODUTO INCOLOR, INSÍPIDO
MEDICAÇÃO NÃO TÓXICA
BEM TOLERADA PELO TUBO DIGESTIVO

Comprimidos a 0 gr. 50 (Tubos de 20)

POSOLOGIA : 4 a 10 comprimidos por dia.

SOLUSEPTAZINE

por via parentérica

(γ fenilpropilaminox- γ fenil sulfamida disulfonato de sódio)

SOLUÇÃO AQUOSA, INCOLOR, NEUTRA
PERFEITAMENTE TOLERADA PELO ORGANISMO

Solução a 0% de Sal

**INJEÇÕES INTRAMUSCULARES
INTRAVENOSAS E SUBCUTÂNEAS**

Empôlas de 5 e 10 cc. (Caixas de 5)

POSOLOGIA : 10 a 20 cc. por dia

TRATAMENTOS ASSOCIADOS

por via bucal e parentérica

DEPTE
ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8^e)

O exame somático geral é negativo sob todos os aspectos. Apenas se observam alguns pequenos gânglios isolados, indolores e roliços, na virilha direita.

A meio da virilha esquerda nota-se uma cicatriz despigmentada, linear, com 5 cm. de comprimento, orientada ao longo da prega inguinal, mais larga para a parte interna e afilada para a externa.

Nos membros existem também as cicatrizes seguintes:

Na face interna do maléolo direito uma cicatriz arredondada, com 4 cm. de diâmetro e muito pigmentada.

Um pouco acima da face interna do maléolo esquerdo, outra cicatriz idêntica, também coberta por pele atrófica, embora ainda com alguma elasticidade, ovalar, com o maior eixo — de 6,5 cm. — orientado paralelamente ao do membro e medindo 2,5 cm. no eixo menor.

Finalmente ainda uma outra cicatriz ovalar, na união do $\frac{1}{3}$ inferior com o $\frac{1}{3}$ médio da perna esquerda, com o maior eixo — de 6 cm. — perpendicular ao do membro e medindo 3,5 cm. no eixo menor; os restantes caracteres são idênticos aos das cicatrizes precedentes.

Exame das lesões cutâneas. — A lesão principal ocupa todo o períneo e por ela iniciaremos a nossa descrição (Fig. 2).

Trata-se duma vasta e profunda lesão úlcero-vegetante, indolor, de configuração irregularmente pentagonal, com a base voltada para baixo, rectilínea, passando imediatamente acima do rebordo anal. Apresenta as seguintes dimensões:

Abrange verticalmente toda a altura do períneo, desde a raiz do escroto — que não está lesado — até ao ânus, numa extensão de 7 cm.

A largura, na parte média, é bastante maior — 11 cm. — pois ainda se estende lateralmente para a face interna das coxas, ultrapassando um pouco as pregas génito-cruais.

A profundidade máxima — medida ao centro da lesão — é de 4 cm.

Os bordos têm limites muito nítidos, formando um verdadeiro debrum, saliente e espesso, que circunscreve a lesão em todo o seu contôrno; no segmento a que chamámos base, e que é razante ao orifício anal, o bordo tem ainda uma espessura maior, constituindo um verdadeiro parapeito. É duro, consistente e renitente, tendo côr vermelha escura nuns pontos e violácea noutros; por espaços é franjado e revirado para dentro, apresentando descolamentos que dão acesso a locas relativamente profundas, donde escorre abundante pús para o exterior da lesão.

Adiante veremos os caracteres dêste pús.

A partir dos bordos, as paredes vão descendo progressivamente em pendor suave até atingirem a zona irregularmente plana que constitue o fundo da lesão. Este é granuloso, bastante irregular, anfractuoso, coberto por granulações vermelhas, abundantes, que sangram regularmente, com dimensões oscilando entre um grão de milho e um caroço de cereja, em parte ocultas pelo pús, o qual tem coloração amarelo-esverdeada e exala uma fetidez enorme.

O fundo é muito menos doloroso e de consistência muito menos renitente, em comparação com os bordos. No entanto, para darmos uma ideia nítida da sensibilidade da lesão, basta dizermos que as biopsias praticadas, tanto nos

seus bordos como no fundo, foram todas feitas sem qualquer espécie de anestesia nem queixas do doente.

Finalmente, logo por fora da ulceração estendem-se, para um e outro lado, em direcção à face interna das coxas e das nádegas, vastas zonas de configuração irregular, duras, infiltradas, um tanto dolorosas à palpação, cobertas por pele pregueada, nitidamente atrófica, de côr rosada clara nuns pontos e pigmentada noutros, como, por exemplo, na face interna da coxa esquerda.

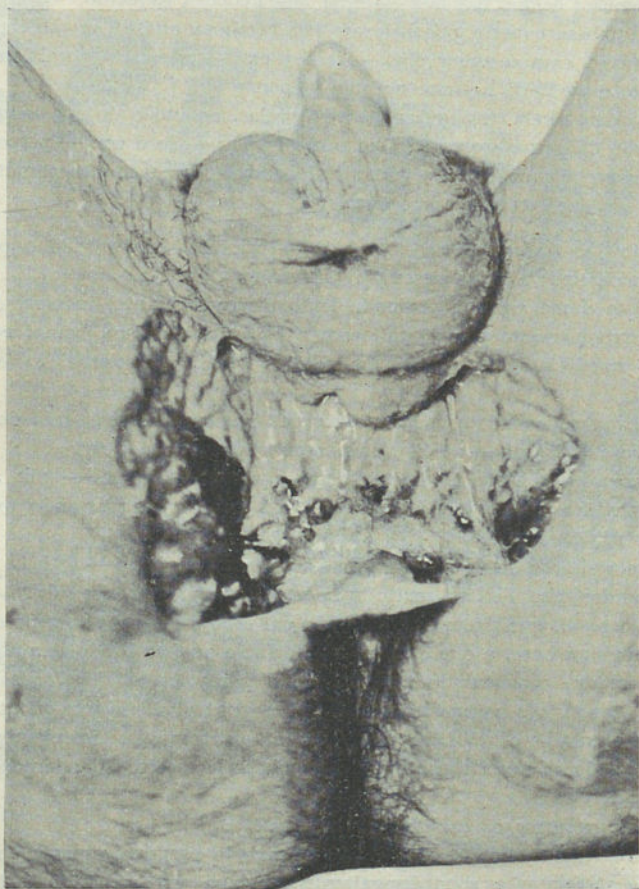


Fig. 2

O escroto, que não apresenta lesões de qualquer natureza, encontra-se repuxado para cima, como que envaginando a raiz do pênis, a qual, na sua face dorsal, se encontra descolada semi-circularmente do púbis, formando aí um trajecto fistuloso, com a profundidade aproximada de 2 cm., que também segrega pus com características idênticas às já apontadas.

O pénis tem dimensões reduzidas e apresenta-se de côr esbranquiçada, esclerosado em toda a sua extensão e, por assim dizer, transformado numa cicatriz. Na sua face inferior notam-se dois pequenos orifícios fistulosos paramedianos, punctiformes, por onde sai a urina durante as micções. O do lado direito está situado no sulco balano-prepucial e o do esquerdo encontra-se 1,5 cm. para trás daquele.

Na glânde, para um e outro lado do meato, observam-se duas cicatrizes

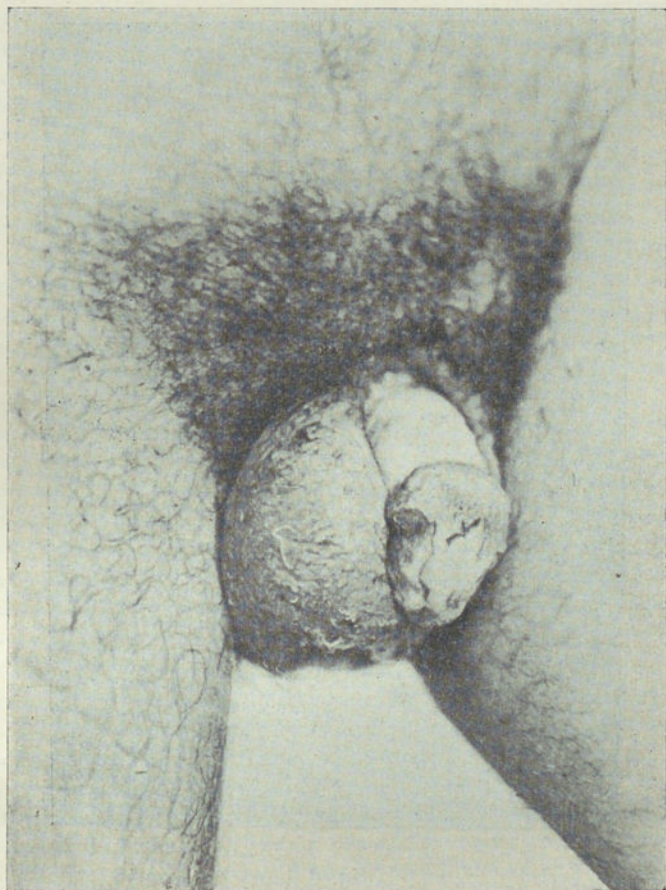


Fig. 3

extensas, de côr cinzenta ardósia, deprimidas, com bordos nítidos e talhados a pique (Fig. 3).

A cicatriz do lado esquerdo tem a forma duma ferradura com as extremidades dos ramos assentando no sulco balano-prepucial, que se encontra interrompido a êsse nível. Mede 1,5 cm. de abertura e 2 cm. de altura.

A do lado direito é irregularmente geográfica, com um estreito que abre para o sulco balanò-prepucial, também interrompido nesse ponto; a parte restante é irregularmente ovalar, com bordo muito recortado, e mede 2 cm. no maior eixo e 1 cm. no diametralmente oposto.

Exame urológico (1) — Micções: 3 em 3 horas, de dia; de noite, 0. Urinas: límpidas, com filamentos.

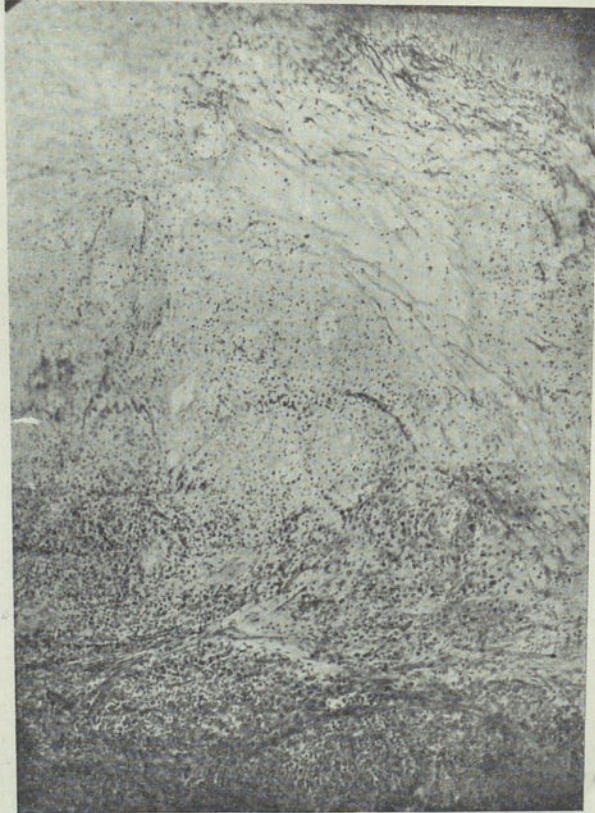


Fig. 4

Uretra: permeável ao 20 sem ressaltos; no 1/3 anterior observam-se duas fistulas punctiformes.

(1) Foi obsequiosamente feito, no Serviço 6, pelo nosso colega Rogério Nunes, a quem deixamos aqui consignados todos os agradecimentos.



Toda a face inferior do pênis está abrangida por tecido de cicatriz resultante do processo ulceroso, que destruiu quási toda a pele do fôro.

BIOPSIA. EXAME HISTO-PATOLÓGICO

Fizeram-se as biopsias, não só para realizar o estudo histológico da lesão, mas também para obter esfregaços o mais livres possível de agentes da infecção. Alguns fragmentos foram fixados em líquido de Bouin e outros no de Helly.

Após a técnica histológica habitualmente seguida no nosso Serviço, os cortes foram corados pelos métodos de Dominici, Van Gieson e May-Grünwald-Giemsa.

Podemos descrever separadamente as alterações observadas na epiderme e na derme (Fig. 4):

Epiderme. — Observa-se um certo gráu de acantose com edema da camada de Malpighi; além disso esta apresenta numerosos ninhos celulares infiltrativos, constituídos sobretudo por granulocitos neutrófilos e alguns mononucleares. Nalguns cortes corados pelo panóptico de Pappenheim é notável a abundância de eosinófilos. Em certos pontos há papilomatose.

Derme. — É completamente ocupada por um tecido de tipo granulomatoso especial, que constitui a alteração basilar. Apresenta uma enorme riqueza celular, e nêle se distinguem duas camadas sôbrepostas com estrutura bastante diferente:

Na camada superficial, correspondente à derme superficial e média, existe também, como na epiderme, um edema notável, no seio do qual se encontra um infiltrado difuso de elementos celulares bastante dissociados, e desapareição quási completa da rede conjuntivo-elástica, da qual apenas se encontram raros fragmentos.

Com grande ampliação verificámos que o infiltrado é principalmente constituído por granulocitos neutrófilos, poucos linfocitos, alguns plasmocitos (tanto peri-vasculares como dispersos) e, finalmente, bastantes histiocitos de vários tipos, predominando os fusiformes (Fig. 5).

Existe ainda uma rica néo-formação vascular bastante característica; alguns destes vasos encontram-se dilatados e contêm elementos hemáticos, mas não apresentam alterações parietais apreciáveis.

A derme profunda apresenta-se mais compacta e com focos de infiltrado mais homogêneo, alguns distribuídos em tórno dos vasos pré-formados e das estruturas anexiais, as quais não se encontram muito alteradas.

Nesta zona já não se observa edema intercelular, e as formações conjuntivas não estão modificadas.

O infiltrado é constituído pelos seguintes elementos: — raros histiocitos, alguns linfocitos e mastocitos com a sua metacromasia característica e uma extraordinária abundância de plasmocitos típicos, os quais constituem, sem dúvida, o elemento predominante desta zona do infiltrado, que nos mostra aqui um autêntico granuloma plasmocitário.

Há também abundantes vasos, alguns de néo-formação.

Não observámos células gigantes nem quaisquer formações tuberculoídes em nenhum dos cortes.

Nalgumas preparações coradas pelo panóptico de Pappenheim foi possível observar a existência, na zona superficial, dentro dos grandes histiócitos e dos

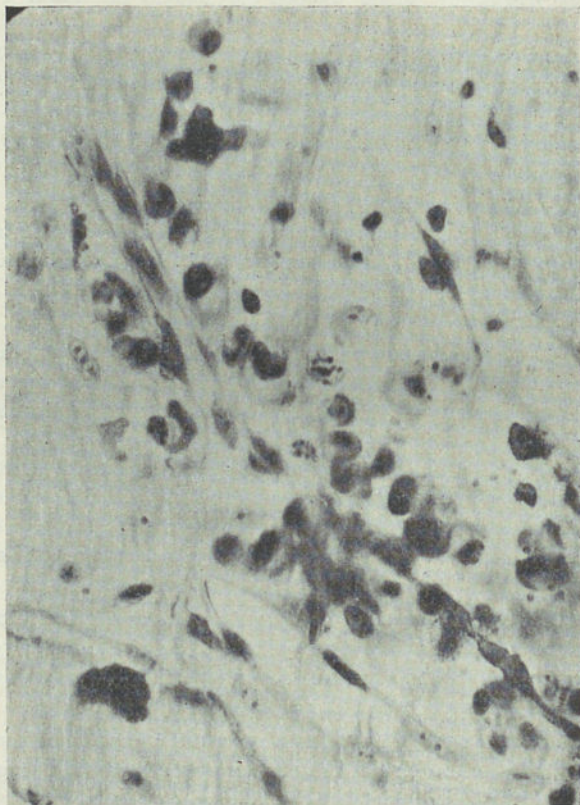


Fig. 5

granulocitos, de inclusões lembrando morfológicamente as encontradas em esfregaços do tecido e que consideramos como corpos de Donovan.

Não se fez a impregnação dos cortes pela prata, o que, segundo Pund e Greenblatt, facilita a pesquisa das células características, devido à grande afinidade que os corpos de Donovan possuem para aquele metal, corando de negro ou castanho escuro.

PROVAS BIOLÓGICAS

A *reacção de Ito-Reenstierna*, feita no nosso doente, deu, como era de esperar, atendendo à sua história clínica, um resultado nitidamente positivo.

Mas também verificámos com surpresa a positividade da *reacção de Frei*, feita por duas vezes, com intervalo de algumas semanas, com dois antigénios humanos diferentes, ambos ensaiados sempre com resultados concordantes, em testemunhas positivas e negativas previamente conhecidas.

Ora não nos foi possível averiguar, na história do nosso doente, qualquer facto que se pudesse relacionar com a existência duma poradenite anterior e que, portanto, nos permitisse suspeitar a possibilidade de que êle houvesse também contraído mais essa doença venérea.

Tal facto não é inédito, pois encontrámo-lo apontado por alguns autores nas mesmas condições, embora sobre êle não façam quaisquer considerandos, limitando-se apenas a registá-lo.

Porém, uma semelhante repetição leva-nos a entrever a hipótese de que talvez o Granuloma inguinal seja devido a um vírus filtrável, muito próximo do da doença de Nicolas-Favre e com êle relacionado — isto dada a circunstância de não se ter apurado qualquer outro agente etiológico indiscutível para a afecção que nos ocupa.

Auto-inoculação. — Foi praticada na face externa da coxa esquerda, fazendo ligeiras escarificações numa pequena área cutânea, sobre a qual se depositou em seguida uma quantidade mínima de exsudado purulento, colhido no fundo da ulceração perineal. Nesta operação experimental procurámos sempre evitar que se produzisse qualquer contaminação estranha, terminando por deixar a lesão protegida com um penso aséptico.

Nos dois dias seguintes observámos a produção duma zona eritematosa em tórno da lesão.

Ao terceiro dia, no centro duma pápula, notámos a existência duma pequena ulceração coberta por uma crosta sero-hemática bastante aderente. Destacada esta, ficou a descoberto uma solução de continuidade, vermelha, indolor, ainda pouco profunda, com bordos nítidos, talhados a pique, um pouco salientes, e coberta por uma serosidade turva.

A lesão foi aumentando até que, passada uma semana, chegou a atingir as dimensões aproximadas duma moeda de dez escudos, embora sem grande profundidade, reproduzindo os caracteres clínicos úlcero-vegetantes da lesão primitiva; além disso, o pús que a cobria também denotava as propriedades clássicas já apontadas, tanto pelo que respeita à coloração como à fetidez.

Depois a lesão manteve-se estacionária durante mais alguns dias e, finalmente, decorridos mais dez, deu-se a cicatrização sob a acção da terapêutica estibiada, que então já estava sendo instituída para a lesão principal.

Não se fez o exame histológico desta auto-inoculação, que, clinicamente, foi, sem dúvida, positiva.

Não foi possível verificar a existência dos corpos de Donovan, pesquisados pelo exame directo da serosidade, após coloração com soluto de Giemsa.

Também resultaram negativos todos os ensaios culturais feitos com o

mesmo produto, embora este tivesse sido colhido em óptimas condições, uma vez que a lesão tinha poucas probabilidades de estar infectada secundariamente.

ESTUDO LABORATORIAL

I. — Exame directo de esfregaços de tecido biopsiado, em preparações coradas pelo método de Giemsa:

Observaram-se bastantes elementos que morfológicamente se podem identificar como corpos de Donovan. Há um acentuado polimorfismo desses elementos, que, no entanto, apresentam caracteres tintoriais comuns, corando de vermelho escuro; apresentam-se por vezes sob a forma de grãos, outras sob a de alter, mas a mais vulgarmente verificada é aquela que Pund e Greenblatt comparam à dum alfinete de segurança, isto é, uma forma ovóide com intensa coloração bipolar e espaço intermédio não corado em profundidade.

Dispõem-se com frequência intra-celularmente e, no nosso caso, geralmente englobados por granulocitos neutrófilos ou, menos vezes, pelas grandes células monocitoides; também se encontram elementos livres, sendo, no entanto, bastante mais frequente a primeira modalidade (Figs. 6 e 7).

Não foi possível encontrar leishmanias.

II. — O exame directo em preparações coradas pelo método de Gram mostra que os corpos de Donovan são Gram-negativos; porém a observação com este método de coloração, que tão grandes serviços presta em Bacteriologia, não é neste caso muito indicada, uma vez que, com frequência, as lesões estão inquinadas por micro-organismos corando também pelo contraste e dificultando, portanto, a pesquisa.

III. — Os ensaios a que procedemos para conseguir culturas foram absolutamente improficuos; com efeito não foi possível obter culturas de qualquer micro-organismo identificável aos corpos de Donovan, empregando os diversos meios usados em Bacteriologia — mesmo os que cultivam as mais delicadas bactérias, como a gelose-ascite e o meio de Mac-Leod — e em Micologia e em Protozoologia, como o meio de N. N. N.; os ensaios culturais foram feitos, não só em aerobiose a 37° e à temperatura ambiente, como também nas mesmas condições de temperatura em anaerobiose e micro-aerofilia.

Quanto à significação dos corpos de Donovan, temos de confessar que ainda hoje não está absolutamente esclarecida.

Alguns autores consideram-nos como bactérias do tipo do bacilo capsulado de Friedländer, mas não só a morfologia não é idêntica como falham, geralmente, as tentativas culturais.

Aqueles que dizem ter isolado a bactéria não o provaram concludentemente, e só o *Bacillus venereo-granulomatis*, isolado por Peck, foi capaz de provocar lesões no coelho, quando inoculado em pequenas quantidades por via intra-cutânea; a partir das lesões foi possível obter retro-culturas, obedecendo assim aos postulados de Koch. Estas experiências não foram ainda confirmadas pelos investigadores, que, depois de Peck, fizeram idênticas tentativas.

Outros autores consideram-nos como um protozoário, voltando assim à ideia primitiva de Donovan; a evolução da lesão, a sua semelhança com a leishmaniose cutânea, assim como o facto de cederem a idênticos tratamentos, levam a pensar nessa possibilidade. Porém, é forçoso reconhecer que a morfologia e, sobretudo, o comportamento tintorial dos corpos de Donovan, não a confirma; a coloração avermelhada que apresentam, não tem o aspecto da cromatina nuclear.



Fig. 6 — Corpos de Donovan

Campo não combinado — Ampliação: Zeiss 15×90

Uma terceira hipótese a analisar seria a de os corpos de Donovan representarem reacções celulares a um vírus desconhecido, mas, embora convidativa, o facto de podermos verificar a existência destes elementos extra-celularmente, obriga-nos a não nos retermos muito sobre ela.

IV. — A formol-gelificação deu resultado negativo, ao contrário dos resultados obtidos por Mac Intosh, mas devemos frisar que só a ensaiámos depois de iniciado o tratamento, numa altura em que os benefícios colhidos por este já eram evidentes.

V. -- Exame parasitológico em campo escuro: — revelou a presença de

muitos espiroquetídeos, mas sem as características morfológicas do *Treponema pallidum*.

VI. — Exame citológico do sangue: — Glóbulos rubros — 4.600.000; Hemoglobina — 82 %; Valor globular — 0,88.

Glóbulos brancos — 6.300. Neutrófilos: 58 %; Eosinófilos: 5%; Basófilos: 1 %; Linfocitos: 30 %; Monocitos: 6 %.

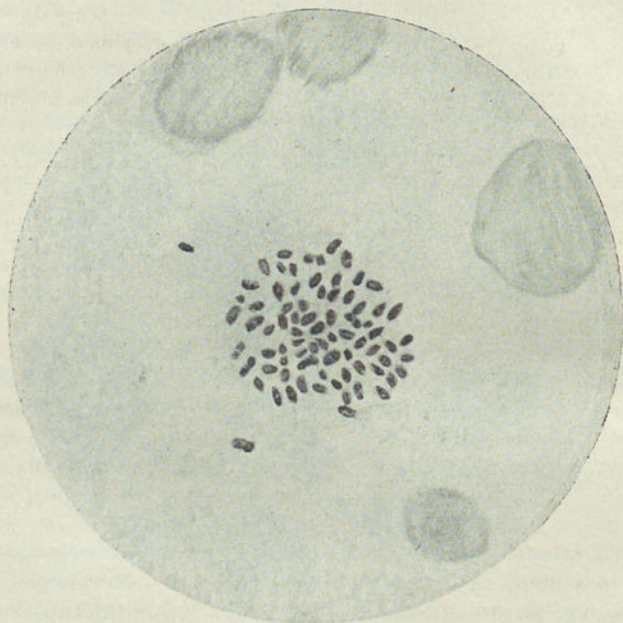


Fig. 7 — Aglomerado de corpos de Donovan
Campo não combinado — Ampliação: Zeiss 15 × 90

VII. — Sero-reacções de Wassermann e de Kahn — negativas.

VIII. — Exame urinário: nada revelou de anormal.

DIAGNÓSTICO

Impõe-se, pela sintomatologia apontada e pela evolução da doença, a qual faz que classifiquemos este caso como uma forma úlcero-vegetante de Granuloma ulceroso.

Este diagnóstico clínico foi confirmado pela presença dos corpos de Donovan e pela evolução favorável das lesões em face da terapêutica empregada.

PROGNÓSTICO

Na nossa opinião é bom, não só porque nas lesões desta natureza é essencialmente benigno, como também em face dos resultados obtidos pela terapêutica instituída. É possível que a cicatrização do processo ulcerativo acarrete insuficiência funcional, mas, na fase actual da evolução, ainda não o podemos afirmar.

TERAPEUTICA

De início, demos ao doente uma pequena série de injeções de «Dmelcos», com o fim de podermos excluir com mais segurança a opinião, já formada, de que o estrepto-bacilo não tinha qualquer intervenção na gênese das lesões. Clinicamente assim era, mas faltava-nos ainda a confirmação da prova terapêutica.

Com efeito, bastaram quatro injeções, dadas em duas semanas, para chegarmos à conclusão já esperada: — ausência de qualquer modificação local; apenas se registaram temperaturas sub-febris, as quais, de resto, se prolongaram durante um mês, por vezes com alguns dias de apirexia intercalados (vide gráfico). Daí para cá o doente tem estado sempre apirético.

Ao mesmo tempo fizeram-se lavagens e pensos locais bi-cotidianos com soro fisiológico, apenas com o fim de limpar as lesões, que então supuravam com extrema abundância; por outro lado procurávamos assim não tornar improficuas as colheitas de material para os vários exames a que tínhamos de proceder.

Decorridos cerca de 15 dias suspendeu-se o tratamento precedente e iniciaram-se as injeções intra-venosas de «Neostibosan», as quais se fizeram bi-semanais em doses progressivamente crescentes (0,05 gr.-0,10 gr.-0,20 gr.); como a tolerância do doente fosse boa, passou a injectar-se a dose de 0,30 gr., tendo-se assim aplicado um total de 3,65 gr. em 14 injeções.

Não se manifestaram os fenómenos de reacção local atrás apontados; como reacção geral apenas notámos, já no fim da série, ligeiras náuseas e sialorreia, alguns momentos após as injeções; não observámos, até hoje, a produção de reacções tardias.

Logo após a primeira semana desta terapêutica, o doente iniciou a radioterapia, sob a direcção do Dr. Côrte Real; foram-lhe feitas sessões semanais, com 250 r. cada uma, em dois campos perineais, um anterior e outro posterior. Eis os tópicos da técnica empregada: — 150 K. V.; 4 M. A.; 30 cm. D. F.; 0,5 mm Cu; L.-8 x 10. Fez um total de 10 sessões com 2.500 r.

Terminado este tratamento, começou-se a ministrar o «Prontosil» em comprimidos de 0,50 gr., dos quais tomou 30 durante 6 dias.

Em seguida fizeram-se aplicações diárias, locais, de ar quente e, ao mesmo tempo, voltou a ser injectado novamente com «Neostibosan»; nesta nova série, feita durante duas semanas com o mesmo ritmo da precedente, apenas recebeu a dose total de 0,90 gr.

Por último passou a aplicar-se localmente a pomada de «Prontosil» a 10 %

e, como medicação interna, iniciou o «Dagénan» em comprimidos de 0,50 gr., dos quais tomou 33 durante 9 dias.

A tal propósito resta-nos dizer que, uma vez terminado este último tratamento, se fez o doseamento do «Dagénan» no sangue, pelo método de Marshall, tendo-se obtido a percentagem de 0,6 mg. %. Daqui deduzimos que as doses

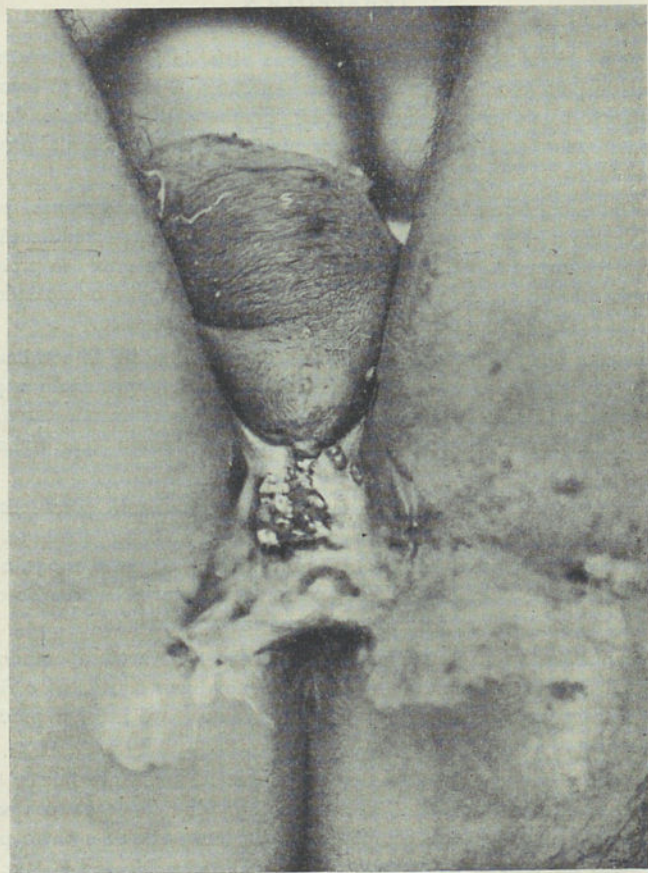


Fig. 8

parciais aplicadas tinham sido insuficientes, pelo que voltámos agora a repetir o medicamento, mas em vez de 4 comprimidos diários, passámos a dar o dôbro.

Decorridos quatro dias o doente terá completado assim uma nova série de 16 gr. de «Dagénan»; faremos então outra extracção de sangue a-fim-de repetirmos o doseamento da droga.

OBSERVAÇÃO FINAL DO DOENTE

São decorridos quasi quatro meses desde que o doente deu entrada no nosso Serviço.

Após a terapêutica empregada, podemos indubitavelmente considerar o processo em via de cura, que muito brevemente será atingida.

De facto, é o que nos permitimos deduzir deste resumido exame final, comparando-o com a observação registada à entrada.

A vasta ulceração perineal encontra-se actualmente reduzida a uma pequena lesão arredondada, com dimensões comparáveis às de uma moeda de cinco cêditos, e apenas com alguns milímetros de profundidade em relação ao nível da zona cutânea já cicatrizada em tórno (Fig. 8).

Por outro lado, o descolamento que descrevemos entre a raiz do pénis e o púbis, encontra-se já completamente cicatrizado há algum tempo.

Já há dias que o doente se levanta.

Restam apenas as fístulas uretrais, que se mantêm no mesmo estado, mas também contamos obter ainda a sua cicatrização; para tal fim, propõe-se a dilatação progressiva da uretra, seguida de meatotomia, se necessário fór.

SUMÁRIO E CONCLUSÕES

- I. — Faz-se a história clínica da doença descrita pela primeira vez por Mac Leod, em 1882, sob o nome de «Serpiginous ulceration of the genitals»;
- II. — Dá-se a definição da entidade mórbida, que os AA. preferem denominar «Granuloma ulceroso venéreo», e faz-se o seu estudo clínico, histó-patológico, etiológico, diagnóstico, prognóstico e terapêutico, fundado na bibliografia consultada;
- III. — Apresenta-se um caso pessoal de localização perineal — o segundo citado no nosso País — e, talvez, o II.º dos casos autóctonos descritos na Europa.
Trata-se dum indivíduo de sexo masculino, portador duma lesão úlcero-vegetante típica, cujo diagnóstico clínico foi confirmado pela constatação dos corpos de Donovan no exame de esfregaços de tecido biopsiado; fez-se o estudo anátomo-patológico, que também confirmou o diagnóstico;
- IV. — Tratando-se duma afecção que habitualmente só se observa nas regiões tropicais e entre as raças de côr, o caso presente reveste-se duma excepcional importância, devido aos factores seguintes: — o doente ser de raça branca, nunca ter saído do seu País e nunca ter tido contactos com outros indivíduos affectados da mesma doença.
Mas a avaliar pelos casos apontados, já descritos na Europa, e pelos outros, muito mais numerosos, registados nos Estados Unidos da América, seja-nos permitido entrever a hipótese de

que esta afecção talvez já não se possa d'ora-avante considerar exclusiva das zonas tropicais e das raças de côr, dada a repetição dos casos autóctonos nos indivíduos de raça branca, nos quais, de resto, decorre dum modo perfeitamente análogo ao que é comum nos nativos dos Trópicos.

V. — CONCLUSÕES:

- a) O Granuloma ulceroso venéreo é uma entidade mórbida indiscutível, de etiologia infecciosa e unívoca;
- b) Embora se possa localizar fora da zona genital, parece segura a sua origem venérea;
- c) A pesquisa dos corpos de Donovan traz a confirmação laboratorial do diagnóstico, parecendo que se trata do verdadeiro agente etiológico, se bem que a hipótese de representarem uma reacção tissular a um vírus desconhecido não se possa excluir;
- d) Os ensaios culturais e de inoculação feitos até esta data não têm dado resultados concludentes, podendo-se garantir que os corpos de Donovan ainda não foram cultivados; tem-se sòmente conseguido a inoculação ao homem;
- e) O seu comportamento morfológico tintorial e cultural parece permitir a conclusão de que os corpos de Donovan não estão de qualquer modo relacionados com os bacilos capsulados do tipo Friedländer, ao contrário do que tem sido afirmado por muitos autores;
- f) O estudo histológico da lesão é um precioso auxiliar do diagnóstico, não só porque permite apreciar as modificações características, como também porque exclue algumas outras entidades mórbidas com que directamente se pode confundir o Granuloma ulceroso venéreo;
- g) A bagagem terapêutica parece ter sido ultimamente enriquecida com o tratamento moderno pelas sulfamidadas ou seus derivados, como o «Dagénan» (M & B 693).

A-pesar-de tudo, não podemos deixar de afirmar que a terapêutica clássica que inicialmente instituímos (preparados antimoniais e radioterapia) nos satisfiz bastante, pois verificámos, passados três meses, que as dimensões do processo ulceroso se haviam reduzido assim a mais de metade. Portanto, os resultados até então obtidos já se poderiam considerar como óptimos em comparação com os efeitos resultantes da terapêutica anteriormente aplicada.

h) É absoluta a ineficácia de todos os preparados anti-sifilíticos, sem exceção, ao contrário do que durante algum tempo se supôs.

Eis mais uma evidente conclusão que tivemos a oportunidade de colhêr junto do nosso doente, o qual já precedentemente tinha recebido, durante um longo período, uma intensa medicação anti-luética, aliás sem o mínimo resultado.

Finalmente queremos expressar aqui ao Dr. Caeiro Carrasco todos os nossos agradecimentos, não só pela forma sempre criteriosa como nos orientou, mas também pela apreciável colaboração que quis dar ao nosso artigo, com os trabalhos de anatomia patológica e de fotografia que o acompanham, os quais foram executados, sob a sua direção, no laboratório do Serviço 10.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ARAGÃO, H. B. e VIANA, G. — Pesquisas sôbre o Granuloma venéreo. *Mem. do Inst. Oswaldo Cruz.* 5: 1913.
- DARIER, J. — Lettre du Brésil. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* 11: 1169-1929.
- DE AMICIS. — Granuloma ulceroso tropical. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia.* 1169-1935.
- DEMANCHE et LÉVY-BRUHL. — Granulome des organes génitaux avec réaction de fixation du complément positive en présence du «Calymato-bacterium». *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie* 6: 978-1935.
- DIENST, R. B., GREENBLATT, R. B. & SANDERSON, E. E. — *Journal of Infectious Diseases.* 1: 62-1938.
- FOX, H. — *Journal of American Medical Association.* 87: 1785-1926.
- GOUGEROT, H. et BLUM, P. — «Granulome vénérien» bénin. Pyodermite végétante préputiale. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie.* 2: 70-1929.
- GOUGEROT, H. et COHEN, R. — Phagédénisme des plies en voie de guérison par la radiothérapie. Granulome vénérien nostras. *Id., ib.* 9: 1469-1931.
- Phagédénisme de Mac Léod-Donovan (des plies) ou soi-disant Granulome vénérien, ulcère végétant des organes génitaux, granulome inguinal. *Archives dermato-syphiligraphiques de la Clinique de Saint-Louis.* 17: 30-1937.
- GOUGEROT, H. et DELORT. — Phagédénisme: chronique à lésions multiples dû à un germe encore indéterminé. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.* 1: 51-1937.
- GOUGEROT, H. et PEYRE, E. — Le parasite de la dermatose dite «Granulome vénérien» ou phagédénisme de Mac Léod-Donovan. *Archives dermato-syphiligraphiques de la Clinique de Saint-Louis.* 17: 46-1933.

- HALTY, M. — Les formes cliniques du Granulome vénérien. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. 12: 1101-1933.
- LÉPINAY et MARTIN. — Premier cas marocain de Granulome ulcéreux des organes génitaux chez une indigène. *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*. 2: 361-1937.
- MAC INTOSH, J. A. — The etiology of Granuloma inguinale. *Journal of American Medical Association*. 87: 996-1926.
- PUND, E. R. & GREENBLATT, R. B. — Granuloma venereum of cervix uteri simulating carcinoma. *Id., ib.*, 108: 1401-1937.
- ROSS, A. O. F. — Granuloma inguinale treated with M & B 693 (Sulphapyridine, sulphanilamide derivative). *The Lancet*. 1: 26-1939.
- SANNER, A., DESTRIEATS & RARIVASON. — Ulcerous venereal granuloma (Mac Donovans's phagedenism) simulating chancroid in native of Madagascar with positive Frei reaction. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*. 30: 99-1937.
- SILVA, F. — Granulome vénérien. *Revue Française de Dermatologie et de Vénérologie*. 9/10: 480-1926.
- VIGNE, P. et BOYER, L. — Granulome ulcéreux des organes génitaux. *Annales de Dermatologie et de de Syphiligraphie*. 5: 385-1933.
- WALKER, E. L. — The etiology of Granuloma inguinale. *Journal of Medical Research*. 37: 427-1918.
- WILLIAMSON, ANDERSON, KIMBROUGH and DODSON. — The specific effect of «Fouadin» in Granuloma inguinale. *Journal of American Medical Association*. 21: 1.671-1933.

Cyren

B
A
Y
E
R

Mesma acção como a hormona folicular

pelas novas substâncias sintéticas da
série do estilbena

Cyren A = dietildioxiestilbena

Cyren B = dipropionato de dietildioxiestilbena

Cyren C = diacetato de dietildioxiestilbena

Indicado em todos os casos em que até agora
se usava terapêuticamente a hormona folicular

»Bayer«

LEVERKUSEN

Representantes:

BAYER, LIMITADA

Largo do Barão de Quintela 11-2º LISBOA



VIATOL

do Dr. BOUCARD

(Factor oxidante — Vitaminas B — Saccharomyces cerevisiae)

FORTIFICANTE BIOLÓGICO NATURAL. Não contém estricnina, fósforo, arsénio, extractos glandulares, nem produtos químicos tóxicos.

INDICAÇÕES: — Doenças crónicas — Convalescenças — Fadiga geral — Depressão — Excesso de trabalho — Gravidez — Amamentação — Crianças debeis — Diabetes — Tuberculose — Perturbações da assimilação — Estados de desnutrição.

60 comprimidos, 15 dias de tratamento, Esc. 23\$00.

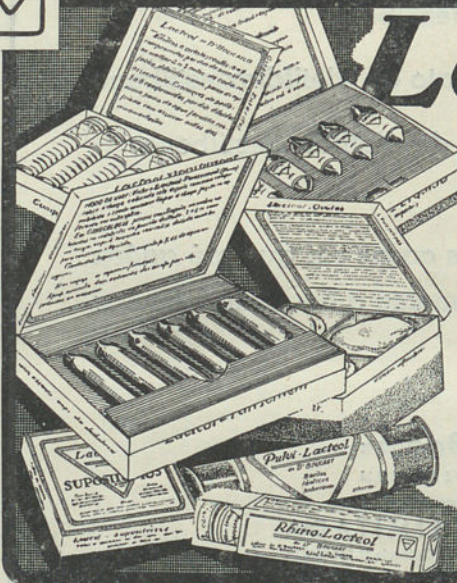
A pedido enviam-se amostras

Laboratório do Dr. BOUCARD

30, Rue Singer, PARIS XVI*

Representante em Portugal: RAÚL GAMA

Rua dos Douradores, 31, LISBOA



Lactéol

(BACILOS LÁCTICOS)

Indicações conforme as diversas formas em que é apresentado:

- Enterites, Colites, Afecções intestinais e cutâneas, Febre tifóide: **COMPRIMIDOS** ou **LIQUIDO** (ampolas de 5 cc.),
- Chagas supuradas e escalfeladas, Fleumões, Antrazes, Osteomielites, Chagas perineais, Fistulas anais, Queimaduras, Chagas dos diabéticos, Úlceras varicosas, etc.: **LACTÉOL-PENSO** (amp. de 10 cc.),
- Vulvo-vaginites, Leucorreias, Metrites, Ulcerações do colo e todos os estados inflamatórios: **LACTÉOL-ÓVULOS**,
- Rectites, Prisão de ventre: **LACTÉOL-SUPOSITÓRIOS**,
- Penso das chagas e pensos ginecológicos em insuflações: **PULVI-LACTÉOL**,
- Coriza, Rinites, Supurações, Ozena: **RHINO-LACTÉOL**.

Laboratório do Dr. BOUCARD

30, Rue Singer, PARIS XVI*

Representante em Portugal: RAÚL GAMA.

Rua dos Douradores, 31, LISBOA

HAVAS



NOTA CLÍNICA

SINDROMA DE TUMOR INTRACRANIANO E SINDROMA DE HIPERTENSÃO INTRACRANIANA

POR

ALMEIDA LIMA

Em muitas doenças do sistema nervoso, e particularmente nas lesões tumorais, o diagnóstico seria muito mais fácil, se os clínicos atendessem a certos simples conhecimentos de anatomia e fisiologia do sistema nervoso, de preferência às descrições de quadros nosológicos que encontram nos tratados vulgarmente manuseados, onde os abundantes pormenores e a falta de sistematização não permitem, muitas vezes, distinguir entre os sintomas fundamentais, significativos, e um grande número de elementos acessórios.

Entre outros o quadro nosológico dos tumores intracranianos encontra-se em muitos tratados elementares de clínica médica, e a estes tem de recorrer os alunos e o clínico prático, lamentavelmente confuso ou errado.

Assim, por exemplo, lêmos: «Os principais sinais dos tumores cerebrais são: a cefaleia intensa, com vômitos e vertigens, edema da papila, crises de epilepsia jacksoniana, as paralisias limitadas e a evolução crónica da doença».

¿Como esperar de quem isto estuda o diagnóstico correcto de um tumor cerebral num doente sem cefaleias, sem vômitos, sem vertigens, sem estase papilar?

De-facto em casos não raros, os tumores intracranianos podem não provocar nenhum destes sintomas.

Nessa lista sintomatológica confundem-se sinais de dois estados patológicos distintos, embora freqüentemente concomitantes: a hipertensão intracraniana e a neoplasia que invade ou comprime determinada região do sistema nervoso.

É necessário que o clínico separe em quadros distintos as duas séries de fenómenos patológicos, não só para uma melhor compreensão da patogenia dos vários sintomas apresentados pelos portadores de tumores intracranianos, facilitando o diagnóstico precoce, condição essencial de uma terapêutica proveitosa, mas também para interpretar correctamente as melhoras aparentes após a administração de certos medicamentos (principalmente os mercuriais), que tão freqüentemente desorientam o clínico geral.

* * *

O crânio tem uma capacidade que é, no adulto, invariável e completamente preenchida pelo seu conteúdo: encéfalo e seus envólucros, líquido céfalo-raquidiano contido nos ventrículos, espaços sub-aracnoídeos e seus prolongamentos

(espaço de Virchow-Robin) e sangue contido nos vasos encefálicos ou meníngeos e seios venosos da dura-máter.

O conteúdo craniano não está, nos casos normais, sob tensão. A medição da tensão do líquido ventricular dá valores iguais ou aproximados a zero (1). Quando da abertura do crânio e da dura-máter, o cérebro mantém a sua posição, não tendo tendência alguma a fazer prolapso pela abertura.

Sendo todos os elementos do conteúdo craniano praticamente incompressíveis e preenchendo toda a cavidade, pareceria inevitável que, ao desenvolver-se um volume anormal dentro do crânio, uma neoplasia, por exemplo, se desse um aumento imediato da tensão e, como conseqüências, às manifestações clínicas de hipertensão intracraniana.

A observação mostra, porém, que assim não é. Principalmente pela diminuição do volume do líquido contido nas cavidades ventriculares é possível compensar a presença de uma massa anormal relativamente importante, sem apreciável aumento de tensão. A quantidade de sangue circulante pode, certamente, ser também reduzida, criando mais espaço ao volume estranho (tumor, abscesso, aneurismas, coleções líquidas, etc.). O processo de compensação é, certamente, mais complicado e mais fisiológico do que esta simples explicação mecânica faz supor, e observa-se principalmente quando o crescimento da lesão é lenta. Mas o que é fundamental saber é que esta compensação se dá e tem mesmo limites muito extensos.

A tolerância de um volume superior ao de uma laranja dentro da cavidade craniana, sem que haja hipertensão, não é uma raridade.

A história clínica que muito resumidamente apresentamos a seguir é um exemplo típico desse facto:

António F., 32 anos. Meningioma da região motora esquerda. Intervenção. Extirpação da neoplasia. Cura.

Dois anos antes de se apresentar à nossa consulta o doente teve um ataque convulsivo, que descreve do seguinte modo: Bruscamente sentiu uma impressão estranha na mão esquerda, que imediatamente se animou de movimentos de flexão e extensão involuntários e convulsivos. A crise durou apenas alguns segundos, mas impressionou muito o doente, que a ela assistiu perfeitamente consciente. Passados 15 dias, novo ataque convulsivo, estendendo-se já a todo o membro superior esquerdo. Passada uma semana, novas crises, que depois reapareceram com uma frequência bastante regular de uma ou duas vezes por semana. Aproximadamente seis meses após as primeiras manifestações, as crises convulsivas estendiam-se também à face e, pouco tempo depois, a perna era igualmente interessada. Como não tivesse quaisquer outros incómodos, não se preocupava já grandemente com as crises, que não interferiam com o seu trabalho, pois eram sempre de curta duração, alguns minutos, quando muito. Passado um ano notou, porém, que, após a crise convulsiva, ficava com muito pouca força na mão e no braço esquerdos; esta perda de força, a princípio transitória, tornou-se definitiva. Primeiro a mão, depois o braço tornaram-se impotentes; um pouco mais tarde notou a face atingida e a perna, do mesmo lado, começou a ter menos força.

(1) Isto é, igual à pressão atmosférica.

Ao apresentar-se à nossa observação o doente mostrava uma hemiplegia espástica à esquerda. As paralisias tinham uma distribuição irregular, sendo muito mais intensa no braço do que na perna. O doente podia dar ainda alguns passos, mesmo desamparado.

Além do modo de evolução, a hemiplegia apresentada pelo observado tinha outras características do tipo cortical.

Não pormenorizaremos o exame neurológico; indicaremos apenas que não havia alterações do fundo dos olhos; e o exame do líquido céfalo-raquidiano não demonstrou qualquer elemento anormal.

Acentuaremos que nem durante o período de internamento, nem anteriormente, nunca o doente se queixou de cefaleias, de vômitos, de tonturas ou outras perturbações além das indicadas.

Feito o diagnóstico de neoplasia da região motora direita, foi o doente operado, tendo-se encontrado um volumoso meningioma (pesando 120 gramas), que foi totalmente extirpado.

Post-operatório sem acidentes; quinze dias depois da intervenção tinham já voltado alguns movimentos voluntários à mão paralisada. Três meses depois o doente podia considerar-se curado, restando apenas uma hiperreflexia tendinosa como único *reliquat* da sua hemiplegia.

Como se vê, trata-se de um caso clínico onde claramente se mostram as grandes possibilidades da compensação da tensão intracraniana.

Nos casos de longa evolução, como o que apresentamos, uma certa atrofia do tecido nervoso e do próprio osso vem ainda juntar-se aos elementos de volume mais rapidamente variável (sangue e liquor) no esforço de manter constante o volume do conteúdo intracraniano.

Se uma neoplasia fôr, porém, deixada à sua natural evolução, um momento chega após o qual a compensação de volume já não é possível: a hipertensão intracraniana instala-se e os respectivos sintomas clínicos manifestam-se. A hipertensão intracraniana é, pois, uma alteração patológica que se sobrepõe e complica as lesões já existentes no sistema nervoso lesado pelo tumor encefálico.

A hipertensão intracraniana é uma complicação dos tumores cerebrais.

Revela-se clinicamente por cefaleias, vômitos, perturbações visuais, com estase papilar (estase papilar que inicialmente pode não dar perturbações visuais), tonturas, e pelos sintomas menos constantes: bradicardia, hipertensão arterial, arreflexia tendinosa, etc. É avaliável directamente por mensurações manométricas, quer ao nível dos ventrículos, quer dos espaços subaracnóides espinais (usualmente por punção cisternal ou lombar).

Nos tumores intracranianos de evolução lenta a hipertensão aparece tardiamente, com raras excepções, que indicaremos adiante. Em regra os fenómenos clínicos seriam-se do modo seguinte: Primeiro, um período durante o qual a neoplasia fornece apenas os sinais de lesão da região do sistema nervoso destruída ou comprimida pela neoplasia; depois, extensão dessas lesões a uma área cada vez maior e aparecimento dos sintomas correspondentes; por fim, vencidas as possibilidades de criar mais espaço disponível dentro do crânio, aparece a hipertensão, com o quadro clínico respectivo.

Nos tumores benignos — e estes constituem a maioria dos tumores intracranianos (estatsística de Cushing) — o período pre-hipertensivo é longo. É durante esse período que é necessário fazer o diagnóstico, pois nessa fase o tratamento tem as possibilidades máximas de êxito.

Os tumores da hipófise, por exemplo, quando operados antes de se mani-

festarem fenómenos de hipertensão, teem uma mortalidade operatória de 5 % que ascende a 25 % quando se intervém em doentes já com hipertensão intracraniana (Cushing). Nos meningiomas e astrocitomas o agravamento da estatística operatória, no período de hipertensão, é idêntico. Esperar pelo aparecimento de sintomas de hipertensão para aconselhar a intervenção operatória num tumor intracraniano é tornar as possibilidades de êxito operatório aproximadamente cinco vezes menores.

Se atendermos não só aos resultados *quod vitam*, mas também às possibilidades de restituição funcional, os inconvenientes do retardamento da intervenção são ainda mais notáveis.

* * *

Ao quadro clínico apresentado por um doente portador de um tumor cerebral, no período de compensação, antes de se estabelecer a hipertensão, chamaremos «síndrome de tumor intracraniano». Aos quadros clínicos de condições patológicas que provocam hipertensão intracraniana, sem haver nenhuma neoplasia intracraniana, chamaremos «síndrome de hipertensão intracraniana não tumoral». A designação «síndrome de hipertensão tumoral» ou, mais correctamente, mas com menos exactidão, «síndrome de hipertensão intracraniana», aplica-se ao conjunto de sintomas clínicos, encontrado na evolução de muitos casos de tumor cerebral, e na fase terminal de todos, em que se encontram sintomas de tumor cerebral e sintomas de hipertensão craniana, sintomas que é necessário separar, pois só os de tumor teem valor localizador.

O síndrome de tumor intracraniano caracteriza-se pelos sintomas reveladores duma lesão do encéfalo, crónica, localizada e progressiva, e, podemos ainda juntar, não febril ⁽¹⁾.

No doente cuja história clínica resumidamente relatámos encontrámos este síndrome. Inicialmente, epilepsia limitada à mão esquerda, revelando uma lesão irritativa da área motora cortical correspondente (lesão localizada crónica); depois, as convulsões epiléticas estenderam-se ao braço e à face, em seguida ao membro inferior do mesmo lado (lesão progressiva), demonstrando a expansão da lesão que vai atingindo uma área cortical cada vez maior.

As convulsões epiléticas, após as quais havia inicialmente recuperação completa dos movimentos voluntários, seguem-se as perturbações motoras, que, seguindo uma progressão regional análoga, acabam por transformar o doente num hemiplégico. Mas uma hemiplegia com um aspecto muito diferente da hemiplegia banal por hemorragia capsular. Assim, no membro superior, a paralisia motora é quasi completa, tanto no segmento final como no proximal; no membro inferior, pelo contrário, os movimentos da raiz do membro estão muito mais comprometidos do que os do pé. A mobilidade da face está atingida na

⁽¹⁾ Alguns tumores cerebrais, raros, podem provocar elevações térmicas, neoplasias interessando o III ventrículo principalmente.

metade inferior esquerda com uma intensidade média, certamente menos do que o braço e mais do que a perna.

Esta progressão e distribuição, que indicamos apenas nas suas linhas muito gerais, pois a distribuição das perturbações motoras em lesões corticais é, nas suas minúcias, muito complexa, indica-nos, com mais exactidão do que os fenómenos convulsivos, a presença de uma lesão cortical localizada aproximadamente na porção média da região motora e que lenta e progressivamente se foi estendendo em superfície para cima e para baixo (paresia do membro inferior, mais acentuada no segmento proximal e mais baixo na distribuição motora cortical e da face) e em intensidade (acentuação dos fenómenos paralíticos).

Notemos que o doente não tinha cefaleias, nem estase papilar, nem perturbações visuais, nem tonturas, nem bradicardia.

Estamos pois em presença de uma lesão crónica localizada, progressiva, não febril, do sistema nervoso, o que corresponde ao quadro sintomático que indicámos do tumor intracraniano.

A palavra tumor é, evidentemente, aqui considerada com a sua significação clínica, não como sinónimo de neoplasia.

Os aneurismas, os hematomas, os abscessos, tôdas as lesões localizadas ocupando volume (*space — occupying lesions*, dos autores de língua inglesa), podem produzir síndromas semelhantes.

O seguinte caso, cuja história reproduzimos muito resumidamente, mostra-nos um exemplo nítido de um quadro clínico inicialmente de «tumor intracraniano», que mais tarde se complica de sintomas de hipertensão:

Manuel G., 35 anos. Adenoma cromofobo da hipófise. — Intervenção. Extirpação da neoplasia. Grandes melhorias.

Sintomas que determinaram o internamento: Cefaleias, vômitos, perda de visão, impotência genésica.

Anamuse: Há três anos começou a notar notável diminuição do líbido sexual, seguida de perda da potência genésica, a princípio parcial e em menos de seis meses completa. Mais ou menos pela mesma época verificou que a barba se tornava mais rala, e, habituado a barbear-se todos os dias, passou a fazê-lo uma só vez por semana. Aumentou notavelmente de peso, talvez uns 10 quilos.

Passados dois anos, durante os quais ensaiou variadas terapêuticas, apercebeu-se que tinha perturbações visuais. O doente descreve com precisão, que não só via pior que anteriormente, mas também era sujeito a fenómenos estranhos. Assim, por exemplo, sucedia-lhe esbarrar com outras pessoas quando saía à rua, e em casa, mais de uma vez, bateu, como se a não visse, contra a ombreira de uma porta.

As vezes ficava surpreendido ao ver diante de si a falar-lhe uma pessoa do seu conhecimento que não tinha visto aproximar-se. Notava dificuldade na leitura ao passar de uma linha à seguinte, embora visse bem as letras. Estas perturbações melhoraram ultimamente.

Até há seis meses tôdas estas perturbações não o tinham impedido de continuar as suas ocupações habituais, e não lhe traziam grandes sofrimentos. Desde essa data começou, porém, a ter intensas cefaleias, acompanhadas de vômitos, e uma rápida diminuição da acuidade visual, estando actualmente quasi cego do olho direito.

Notou ultimamente que tinha necessidade de beber muitos líquidos, chegando a tomar três a quatro litros de água por dia, urinando proporcionalmente. Sonolência acentuada.

Observação: Da observação diremos apenas, que o doente apresentava o aspecto típico dum síndrome adiposo genital, e os sintomas oftalmológicos (he-

mianopsia temporal do olho esquerdo) e radiológicos típicos do adenoma da hipófise. Estase papilar bilateral, com visão reduzida à precepção luminosa à direita.

Intervenção: Extirpação subtotal de uma adenoma da hipófise por via transfrontal. Post-operatório sem acidentes.

A visão à esquerda voltou, passados alguns meses, a ser de acuidade normal e o campo visual expandiu-se quasi até aos limites normais. A direita desapareceu a estase papilar, mas a acuidade visual mantinha-se reduzida à precepção vaga de movimentos.

Consideremos com atenção nesta história clínica a ordem cronológica do aparecimento dos sintomas. É conselho inútil para quem está habituado ao exame do doente do sistema nervoso, mas importante para o clínico geral, que forçosamente tem dessas observações uma prática limitada.

É por vezes confuso e desorientador o conjunto de sinais e sintomas apresentados por um doente do sistema nervoso, mas se atendermos à sua consequência cronológica, freqüentemente se torna clara a sua significação e possível, muitas vezes, mesmo a quem só tenha conhecimentos elementares de anatomia do sistema nervoso, reconhecer a sua localização topográfica.

No doente que agora estamos considerando a doença manifestou-se três anos antes de ter sido examinado por perda do libido sexual; pouco tempo passado o doente notou estar mais gordo e que a barba se tornava mais rala.

Estes sintomas acentuaram-se progressivamente durante dois anos, ao fim dos quais notou uma nova perturbação: deficiência de visão. Não só a acuidade visual era menor, mas também outros fenómenos visuais incomodavam o doente; assim, acontecia-lhe esbarrar na rua com pessoas que não tinha visto aproximar-se, e por vezes ficava surpreendido ao ver aparecer diante de si pessoas de que não tinha a impressão de que estivessem tão perto (manifestações subjectivas de hemianopsia). O doente, pessoa bastante inteligente, descobriu que a sua perturbação visual era motivada pela perda dos campos visuais laterais (hemianopsia bi-temporal).

Há seis meses acentuaram-se as cefalias, que sempre, mais ou menos, teve; começou a ter vômitos com facilidade, a notar uma certa sonolência, tendência a beber mais e urinar mais que o habitual. Estamos, pois, em presença de um doente com uma lesão intracraniana, evoluindo durante dois anos e meio sem sinais de hipertensão.

Encontramos aqui, com um aspecto aparentemente muito diferente, um síndrome análogo ao do doente anterior. Os elementos característicos do síndrome encontram-se claramente. Inicialmente, lesão de uma região intracraniana determinada, a hipófise (sintomas de hipopituitarismo), aumentando progressivamente de intensidade, e estendendo-se às regiões vizinhas, neste caso o quiasma (sintomas de hemianopsia); depois, continuando a aumentar o volume da lesão, mais regiões encefálicas são comprometidas: o infundíbulo (sint. infundibulares, sonolência polidipsia, poliúria) e, provavelmente, os orifícios de Mouro. Trata-se, pois, de uma lesão localizada crónica progressiva do sistema nervoso.

A consideração da cronologia dos sintomas permite afirmar que os primeiros sinais foram os de lesão da hipófise, e a interpretação topográfica dos

sintomas é então fácil; a extensão das lesões a estruturas próximas torna quasi certa a presença de uma lesão tumoral.

Os sintomas atribuíveis à hipertensão instalaram-se só passados três anos do aparecimento dos primeiros.

Durante, pelo menos, dois anos antes do aparecimento dos fenómenos de hipertensão, era possível o diagnóstico da lesão que sofria esse doente. Tivesse sido feito, como devia, o diagnóstico nesse período e o resultado da intervenção cirúrgica, principalmente quanto à restituição da visão, haveria sido muito melhor.

Num outro doente da nossa clínica, portador de um tumor do nervo acústico (neurinoma), a ordem cronológica dos sintomas foi a seguinte: surdez e zumbidos nos ouvidos durante, pelo menos, cinco anos; dois anos depois, paralisia da metade direita da face e, quasi ao mesmo tempo, sentia a face dêsse mesmo lado «adormecida»; cefaleias de intensidade variável e de localização mal definida e certa hesitação no andar; durante dois anos foram estas as queixas essenciais da doente e nesse período foi tratada como se fôsse portadora de uma lesão sífilítica. Só nos últimos três meses as cefaleias se tornaram um sintoma predominante, acompanhadas de vômitos, grande diminuição da visão, maior dificuldade de andar e rápida queda do estado geral.

Vemos, pois, neste caso a história de uma lesão que atinge o nervo auditivo (VIII), tempos depois o facial (VII) e o trigémio (V); em seguida apresentam-se lesões provavelmente da via piramidal e cerebelosas e, por fim, um síndrome de hipertensão intracraniana.

Como nos outros casos, verifica-se a presença de um síndrome de lesão crónica localizada, progressiva, do sistema nervoso. Crónica, pois, a doença dura há, pelo menos, cinco anos; progressiva, porque os sintomas foram sempre aumentando em intensidade e em número; localizada, visto as estruturas atingidas estarem tôdas contidas numa zona restrita (ângulo ponto — cerebeloso), e na proximidade dos órgãos primeiramente atingidos (auditivo e facial).

Os primeiros sinais da doença provêm da lesão do acústico, nervo sôbre o qual se desenvolve a lesão; depois é comprimido o nervo imediatamente próximo (VII) e logo outros órgãos vizinhos, o trigémio, a protuberância (via piramidal) e pedúnculos cerebelosos. (Não é possível, pela história fornecida pelos doentes, saber a altura em que o VI par foi lesado, embora no exame objectivo haja uma paresia dêsse nervo).

Só mais tarde, quando a neoplasia atinge um volume já considerável, empurrando fortemente a protuberância e provocando assim a obstrução do aqueducto de Sylvius, dando portanto lugar a uma hidrocefalia secundária, se manifestam os sintomas de hipertensão.

Nêste caso existiu um síndrome de tumor cerebral evidente, durante, pelo menos, três anos, antes que se manifestasse o síndrome de hipertensão.

O diagnóstico tardio, já no período de hipertensão, foi o factor principal do mau resultado operatório.

* * *

¿A definição que demos do síndrome de tumor intracraniano: lesão localizada progressiva crónica do sistema nervoso, é suficiente para caracterizar o

síndrome tumoral? Não poderá uma lesão não tumoral realizar um síndrome com os mesmos aspectos fundamentais?

Encarando apenas o ponto de vista da clínica prática e deixando de parte casos de extrema raridade, parece-nos poder afirmar que a definição dada é suficiente, e de grande auxílio na interpretação dos casos correntes.

Se porventura levar a um ou outro erro de diagnóstico, será sempre no sentido mais favorável ao doente, pois o diagnóstico de tumor cerebral é facilmente corrigido nos serviços onde se disponha de meios de diagnóstico especiais (arteriografia, ventriculografia). Tem conseqüências muito menos graves fazer um diagnóstico de provável tumor intracraniano, — e é este o único possível em muitos casos, quando o clínico não disponha de meios técnicos e instalações especiais, — do que protelar o envio a serviços especializados, esperando que a evolução esclareça o caso, roubando assim ao doente a única probabilidade de cura.

As lesões não-neoplásicas, já referidas, que podem provocar um síndrome de tumor intracraniano, têm as mesmas indicações e tratamento que este, e o clínico geral como tal as deve diagnosticar a maior parte das vezes. Assim, os aneurismas intracranianos, as meningites serosas enquistadas, os quistos parasitários, os granulomas, os hematomas subdurais e um grande número de abscessos, têm de ser diagnosticados como tumores intracranianos, e, a não ser nos aneurismas, nos quais a arteriografia cerebral pode dar um diagnóstico seguro pre-operatório, a maior parte das vezes antes da intervenção só se podem ter «impressões» sobre a natureza da lesão, que apenas a visão directa e por vezes somente um exame histológico permitem afirmar com segurança.

Nos síndromas vasculares o início é, em regra, brusco, e os sintomas instalam-se todos imediatamente ou em curto prazo, e tem tendência depois a regressar e não a progredir. A distribuição dos sintomas corresponde a uma zona de distribuição vascular e não apenas de vizinhança anatómica.

As doenças inflamatórias, meningo-encefálicas, são febris de início, agudas, de localização difusa.

As doenças a vírus neurotrópo, tipo encefalite epidémica e poliomielite anterior aguda, tem também um início brusco e apresentam, quando não fatais, uma fase regressiva. Tem uma sistematização electiva, uma predilecção que as caracteriza para determinadas estruturas nervosas, muitas vezes numa seqüência determinada. Estas doenças assentam em determinadas estruturas. Tem portanto uma localização, carácter que indicamos no síndrome tumoral. Mas esta localização a um sistema, provocando lesões em regiões muito distantes por vezes, é bem diferente do aspecto de «localização» que se encontra no síndrome tumoral, onde não há distribuição electiva das lesões, mas apenas simples condições anatómicas de proximidade.

As doenças crónicas sistemáticas ou difusas do sistema nervoso apresentam a condição de cronicidade e de progressividade, mas não a de localização no sentido regional que apontamos. Contudo, principalmente na esclerose em placas, é, por vezes, possível a confusão com o tumor cerebral.

Na maior parte, porém, ou as características familiares, ou a lesão de formações nervosas que, embora pertencendo ao mesmo sistema funcional, tem

muito diferente localização topográfica, facilmente as distinguem das lesões tumorais.

Parece-nos, pois, permissível afirmar que, sob o ponto de vista clínico, todo o doente portador de uma lesão do sistema nervoso: crónica, progressiva, localizada (no sentido que indicámos), não febril, mesmo que não apresente cefaleias, nem vômitos, nem perturbações visuais, nem estase papilar, deve considerar-se como suspeito de ser portador de um tumor do sistema nervoso. E com muito mais razões se, além do síndrome indicado, tiver um ou vários sinto-



○ CANFORSAN

É MAIS EFICAZ E MAIS
COMODO DE MINISTRAR DO QUE O
OLEO CANFORADO

PODE TOMAR-SE EM GOTAS
OU EMPULSAS E EM
FORMAS FARMACÉUTICAS
DIVERSAS.

céfalo-raquidiano nos ventrículos e depois a sua dilatação. Produz-se assim um aumento de volume dentro do crânio, que pode ser muitíssimo mais considerável que o tumor que primitivamente o provocou.

Também os orifícios do Mouro são facilmente bloqueáveis por pequenos tumores, provocando hidrocefalia, que será nestes casos limitada a um ou aos dois ventrículos laterais, em vez de atingir todo o sistema ventricular supra-silvico, como nos casos de obstrução do aqueduto.

Tumores mais volumosos, como os neurinomas do acústico, por exemplo, podem provocar a obstrução do aqueduto por compressão a distância e distorção da protuberância.

síndrome tumoral? Não poderá uma lesão não tumoral realizar um síndrome com os mesmos aspectos fundamentais?

Encarando apenas o ponto de vista da clínica prática e deixando de parte casos de extrema raridade, parece-nos poder afirmar que a definição dada é suficiente, e de grande auxílio na interpretação dos casos correntes.

Se porventura levar a um ou outro erro de diagnóstico, será sempre no sentido mais favorável ao doente, pois o diagnóstico de tumor cerebral é facil-

CANFOR

O **CANFORSAN** é um soluto aquoso de Canfosulfonato de Sódio.

Tem tôdas as vantagens do óleo canforado sem nenhum dos seus inconvenientes.

Vantagens sôbre o Óleo Canforado

- 1.^a — Como a cânfora, é um estimulante bulbar; mas em virtude da sua solubilidade na água, a sua acção, é mais rápida.
- 2.^a — O seu emprego é mais comodo, por se tratar de um soluto aquoso e não oleoso.
- 3.^a — O CANFORSAN não produz nodulos de reabsorção muito lenta, como sucede por vezes com o óleo canforado. Não produz também kistos oleosos, para os quais é necessário o desbridamento cirurgico.
- 4.^a — Tem ainda a grande vantagem de poder ser ministrado por via bucal, o que se torna mais comodo para o doente, sobretudo quando reside em localidade distante da residência do médico. Este pode, assim, regular o tratamento, sem ser obrigado a deslocar-se frequentemente.

localização a um sistema, provocando lesões em regiões muito distantes por vezes, é bem diferente do aspecto de «localização» que se encontra no síndrome tumoral, onde não há distribuição electiva das lesões, mas apenas simples condições anatómicas de proximidade.

As doenças crónicas sistemáticas ou difusas do sistema nervoso apresentam a condição de cronicidade e de progressividade, mas não a de localização no sentido regional que apontamos. Contudo, principalmente na esclerose em placas, é, por vezes, possível a confusão com o tumor cerebral.

Na maior parte, porém, ou as características familiares, ou a lesão de formações nervosas que, embora pertencendo ao mesmo sistema funcional, tem

muito diferente localização topográfica, facilmente as distinguem das lesões tumorais.

Parece-nos, pois, permissível afirmar que, sob o ponto de vista clínico, todo o doente portador de uma lesão do sistema nervoso: crónica, progressiva, localizada (no sentido que indicámos), não febril, mesmo que não apresente cefaleias, nem vômitos, nem perturbações visuais, nem estase papilar, deve considerar-se como suspeito de ser portador de um tumor do sistema nervoso. E com muito mais razões se, além do síndrome indicado, tiver um ou vários sinto-

CANFORSAN

MODO DE USAR

O CANFORSAN em gotas, simples, Esparteinado ou Esparteinado e Estriquinado pode tomar-se na dose de 20 até 200 gotas por dia, em um cálice de água, conforme indicação médica. Nos velhos, pode elevar-se a dose até 300 gotas, por doses fraccionadas de 20 a 50 gotas.

As crianças devem tomar de 1 a 5 gotas, dos 15 mezes aos 3 anos em diante.

O CANFORSAN, em empolas, nas suas diferentes variedades, pode empregar-se, em doses variadas, conforme a indicação médica.

céfalo-raquidiano nos ventrículos e depois a sua dilatação. Produz-se assim um aumento de volume dentro do crânio, que pode ser muitíssimo mais considerável que o tumor que primitivamente o provocou.

Também os orifícios do Mouro são facilmente bloqueáveis por pequenos tumores, provocando hidrocefalia, que será nestes casos limitada a um ou aos dois ventrículos laterais, em vez de atingir todo o sistema ventricular supra-silvico, como nos casos de obstrução do aqueduto.

Tumores mais volumosos, como os neurinomas do acústico, por exemplo, podem provocar a obstrução do aqueduto por compressão a distância e distorção da protuberância.

síndrome tumoral? Não poderá uma lesão não tumoral realizar um síndrome com os mesmos aspectos fundamentais?

Encarando apenas o ponto de vista da clínica prática e deixando de parte casos de extrema raridade, parece-nos poder afirmar que a definição dada é suficiente, e de grande auxílio na interpretação dos casos correntes.

Se porventura levar a um ou outro erro de diagnóstico, será sempre no sentido mais favorável ao doente, pois o diagnóstico de tumor cerebral é facilmente corrigido nos serviços de diagnóstico por imagem.

○ **CANFORSAN** é a cânfora líquida (sulfocanfionato de sódio) a dez por cento.

As formas farmacêuticas são:

CANFORSAN-GOTAS e em empolas de 2, 5 e 10 cc.

CANFORSAN ESPARTEINADO, em gotas e empolas de 2 e 5 cc.

CANFORSAN ESPARTEINADO E ESTRIQUINADO, em gotas e empolas de 2 e 5 cc.

... sistema, provocando lesões em regiões muito distantes por vezes, é bem diferente do aspecto de «localização» que se encontra no síndrome tumoral, onde não há distribuição electiva das lesões, mas apenas simples condições anatómicas de proximidade.

As doenças crónicas sistemáticas ou difusas do sistema nervoso apresentam a condição de cronicidade e de progressividade, mas não a de localização no sentido regional que apontamos. Contudo, principalmente na esclerose em placas, é, por vezes, possível a confusão com o tumor cerebral.

Na maior parte, porém, ou as características familiares, ou a lesão de formações nervosas que, embora pertencendo ao mesmo sistema funcional, tem

muito diferente localização topográfica, facilmente as distinguem das lesões tumorais.

Parece-nos, pois, permissível afirmar que, sob o ponto de vista clínico, todo o doente portador de uma lesão do sistema nervoso: crônica, progressiva, localizada (no sentido que indicámos), não febril, mesmo que não apresente cefaleias, nem vômitos, nem perturbações visuais, nem estase papilar, deve considerar-se como suspeito de ser portador de um tumor do sistema nervoso. E com muito mais razões se, além do síndrome indicado, tiver um ou vários sintomas de hipertensão.

Na grande maioria dos casos o diagnóstico será confirmado e completado pelo emprêgo de exames acessórios e especializados.

* * *

Em muitos casos de tumor intracraniano não se encontra porém nunca, ou apenas durante um período curto, o síndrome tumoral puro. Os sintomas de hipertensão intracraniana são precoces, ou são êles que iniciam o quadro clínico.

Dadas as grandes possibilidades de compensação de um volume anormal dentro do crânio, pareceria que só se deviam manifestar sintomas de hipertensão, quando um tumor intracraniano tivesse atingido um volume considerável, e, portanto, devendo já provocar sintomas próprios, de lesão localizada.

Na prática corrente verifica-se, porém, que não sucede assim. Encontram-se frequentemente tumores intracranianos de muito pequeno volume, por vezes pouco maiores do que um grão de milho, provocando intensos fenómenos hipertensivos.

A explicação desta aparente anomalia é fácil, quando se saiba que um tumor intracraniano pode provocar um aumento de volume do conteúdo craniano, muito mais importante que o do próprio tumor, por hidrocefalia secundária e edema cerebral.

* * *

O aqueduto de Silvius, por onde o líquido céfalo-raquidiano passa dos ventrículos onde se produz aos espaços sub-aracnoídeos, onde se absorve, é de calibre muito reduzido (1^{mm},5 mais ou menos) e relativamente comprido (cêrca de dez vezes o seu diâmetro). Dadas estas condições morfológicas, um pequeno tumor pode facilmente obstruir o aqueduto, provocando a estagnação do líquido céfalo-raquidiano nos ventrículos e depois a sua dilatação. Produz-se assim um aumento de volume dentro do crânio, que pode ser muitíssimo mais considerável que o tumor que primitivamente o provocou.

Também os orifícios do Mouro são facilmente bloqueáveis por pequenos tumores, provocando hidrocefalia, que será nestes casos limitada a um ou aos dois ventrículos laterais, em vez de atingir todo o sistema ventricular supra-silvico, como nos casos de obstrução do aqueduto.

Tumores mais volumosos, como os neurinomas do acústico, por exemplo, podem provocar a obstrução do aqueduto por compressão a distância e distorção da protuberância.

Nalguns casos raros (quistos colóides dos plexos coroídeos, por exemplo), a obstrução ventricular pode ser intermitente e os sintomas de hipertensão aparecerem por crises.

O quadro clínico pode ser então confuso e desorientador, pois em geral o clínico espera num tumor um decurso progressivo. Usualmente, porém, a obstrução ventricular, uma vez estabelecida, é definitiva, a hidrocefalia secundária progressiva, e o quadro clínico de agravamento contínuo.

O tecido cerebral que rodeia um tumor, embora completamente livre de invasão neoplásica, apresenta, sempre um certo grau de edema.

O edema cerebral ⁽¹⁾, é muito variável em extensão de um caso para outro. De um modo geral é mais intenso nos tumores de crescimento rápido e mais atenuado nos de crescimento lento. Qual a gênese dêste edema pouco nos importa agora conhecer; é fundamental, porém, saber que o edema cerebral que acompanha os tumores intracranianos é, em muitos casos, o responsável pela hipertensão, pois o aumento de volume que representa é freqüentemente muito maior que o do próprio tumor.

Para uma correcta interpretação dos casos clínicos é, sobretudo, necessário ter presente que o edema cerebral, ao contrário do que sucede com a hidrocefalia secundária, é eminentemente variável no decurso da evolução da doença. Variações da intensidade do edema, dão-se, com certa freqüência, espontaneamente, ou pelo menos não se pode muitas vezes determinar facilmente a sua causa. Os fenómenos clínicos podem assim atenuar-se, dando a ilusão de aparentes melhoras. Basta, por vezes, o repouso no leito para diminuir muito, se bem que transitòriamente, a hipertensão intracraniana. Pode diminuir também após certas manobras executadas com fim diagnóstico, ventriculografia ou arteriografia cerebral. É acessível a vários agentes terapêuticos desidratantes. Assim, os diuréticos (mercuriais, principalmente), e os solutos hipertônicos (glucose, sacarose, cloreto de sódio, sulfato de magnésio), injectados intravenosamente, provocam a redução do edema, atenuando e, por vezes, fazendo desaparecer os sintomas de hipertensão intracraniana.

Em doentes que se apresentam à observação do neurologista com hipertensões intracranianas muito acentuada, o exame é, em geral, difícil e os sintomas valiosos de localização mascarados pelos fenómenos difusos de hipertensão.

É uso recorrer então à injeccão de soluções hipertônicas que, diminuindo transitòriamente os fenómenos de hipertensão, permitem uma melhor observação dos sintomas próprios do tumor. Realiza-se assim, por um meio, terapêutico, a dissociação das duas séries independentes de fenómenos patológicos: o síndrome de hipertensão e o síndrome de tumor intracraniano.

Isto mesmo sucede com a administração dos compostos mercuriais. O cianeto de mercúrio em injeccão intravenosa é, segundo a nossa experiência, especialmente eficaz. Parece-nos importante que os clínicos conheçam bem êste

(1) Não cabe no âmbito de uma nota clínica entrar nos complexos e discutidos problemas da gênese do edema cerebral e da sua distinção da tumefacção cerebral (Hirnschwelung).

TUBERCULOSE

VITADONE

INJECTÁVEL

VITAMINAS A & D

fisiològicamente tituladas

Caixas de 6 empôlas de 2 centímetros cúbicos

Contendo cada uma { 20.000 u. i. de Vitamina A
20.000 u. i. de Vitamina D

2 injeções Intra-musculares por semana

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

Literatura e amostras nos Representantes:

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

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

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: Colónias e estrangeiro:
Ano, 60,000 Ano, 80,000

MÚMERO AVULSO : 8,000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.
Todos os assuntos referentes à administração e redacção devem ser dirigidos ao Dr. Morais David, Secretário da Redacção e administrador da *Lisboa Médica* — Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.



facto. Temos visto, com lamentável frequência, fazer o diagnóstico vago de «sífilis» em casos de tumor cerebral. Instituída a respectiva terapêutica, principalmente se nesta se incluem os compostos mercuriais, os doentes podem melhorar notavelmente, o que parece ao clínico e ao doente uma confirmação evidente do diagnóstico.

Quando o doente volta a piorar, já o clínico está tão seguro do seu diagnóstico que só muito tardiamente se convence da sua inutilidade, quasi sempre depois de ter passado o período em que a intervenção cirúrgica podia ser curativa.

O clínico avisado, que tenha presente as duas ordens de fenómenos que provem tumor intracraniano — hipertensão e sindroma tumoral propriamente dito — verificará que apenas os primeiros foram influenciados pelo tratamento.

Os vômitos, as cefaleias, a própria estase papilar podem atenuar-se ou mesmo desaparecer durante um período mais ou menos extenso (de algumas horas a poucos meses), mas os sinais de lesão localizada e definitiva do sistema nervoso: paralisias dos nervos cranianos, paresias dos membros, alteração dos campos visuais, alterações reflexas da sensibilidade, etc., sintomas que traduzem lesões dos centros, das vias ou dos nervos intracranianos, esses permanecem ou tornam-se mesmo mais evidentes. Como muitas vezes são os vômitos, as cefaleias e diminuição da acuidade visual que mais incomodam ou preocupam o doente, a ilusão de uma melhoria definitiva pode ser tão grande que aquêle se recusa a qualquer outro tratamento que não seja a repetição do que tantos benefícios lhe trouxe.

Estes factos, brevemente apontados, parecem-nos de grande importância prática, e julgamos indispensável que todos os clínicos tenham deles um conhecimento claro, embora superficial, para que os doentes portadores de tumores intracranianos possam, como tem direito, beneficiar dos recursos terapêuticos que o progresso da cirurgia intracraniana hoje lhes oferece.



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Ordem dos Médicos

Na reunião do Conselho Geral da Ordem dos Médicos, realizada em Coimbra, o presidente deu conta das suas conferências com o Ministro do Interior e Subsecretário de Estado das Corporações e da troca de impressões com o director geral da Administração Política e Civil e chefe dos serviços das Casas do Povo.

Estudou-se o problema de assistência médica rural, tal qual se apresenta em face da futura revisão do Código Administrativo, bem como da recente circular sobre os médicos municipais.

O Conselho Geral da Ordem dos Médicos tem tomado conhecimento de relatórios e estudos já feitos acerca da matéria e procurado auscultar a opinião dos médicos que conhecem de perto o assunto. Até agora tem-se conhecido ser grande o desejo de libertação de influências locais e de uma maior eficiência técnica.

Também se resolveu dar realização à idêia da inauguração, na sede, em Lisboa, do retrato do primeiro bastonário da Ordem.

Associação Portuguesa de Urologia

Realizou-se em 24 de Maio uma sessão da Associação Portuguesa de Urologia, presidida pelo prof. Reinaldo dos Santos.

Apresentaram-se as seguintes comunicações: «A anúria no cancro do fútero», pelo dr. Carneiro de Moura; e «Ressecção endoscópica a visão directa», pelo dr. João Cid dos Santos.

Instituto de Malariologia

Inaugurou-se, no Instituto de Águas de Moura, o curso de Malariologia, em que se inscreveram os drs. Acácio de Abreu Faria, Acácio Mendes Laranjeiro, Adriano de Almeida Pires, António Correia Farinhoto, António Matias Lopes Júnior, Augusto da Veiga Valente, Belarmino Moraes Carvalho, Carlos Maia Mendes, Elísio Lopes Moura e José Figueira Contente.

Prémio Dr. Câmara Pestana

Aprovaram-se as normas técnicas e regulamentares do «Prémio Nacional Dr. Luiz da Câmara Pestana», instituído por portaria de 11 de Agosto de 1939.

Os interessados devem concorrer com trabalhos originais em que haja

sempre uma parcela de observação ou de investigação pessoal, realizados por alunos de qualquer das Faculdades de Medicina e versando assuntos de bacteriologia ou anatomia patológica

Os trabalhos destinados a tese inaugural serão aceitos desde que tenham sido realizados e apresentados antes da conclusão do curso.

Conferências

No Hospital de S. José realizou o prof. Toscano Rico uma conferência sobre «Sulfamidas», a convite da Sociedade Médica dos Hospitais Civis de Lisboa.

— O dr. Morais Sarmiento falou, no Hospital da Marinha, sobre «O serviço de saúde em combate naval e em operações de desembarque».

— No Instituto Rocha Cabral pronunciou o dr. Jacinto Bettencourt uma conferência intitulada «Mecanismo das funções renais».

— No Hospital da Marinha, o dr. José Alberto de Faria, director geral de saúde, realizou uma conferência sobre «A medicina social nas colectividades militares».

Conselho Superior de Higiene

O Conselho Superior de Higiene apreciou os seguintes processos: ampliação dos cemitérios de Vila Marim, concelho de Mesão Frio; Chancelaria, de Tôres Novas; Vila Cova de Alva, de Arganil; Burgo de Arouca e S. Martinho do Bispo, de Coimbra; e construção do edificio destinado à instalação do Centro de Saúde de Loulé.

Dias estomatológicos

Por iniciativa do Serviço de Estomatologia do Hospital Geral de Santo António, do Porto, realizaram-se, nos dias 27 a 30 de Junho, os «Dias Estomatológicos».

Colaboraram na organização do programa a Santa Casa da Misericórdia do Porto e a Sociedade Portuguesa de Estomatologia.

Prof. René Leriche

Em Março último esteve em Lisboa o Prof. René Leriche, professor de Medicina Experimental do Colégio de França e de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Estrasburgo.

Realizou, no anfiteatro de Fisiologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, as seguintes conferências: no dia 9 de Março, «O problema da dor e do seu tratamento»; no dia 11, «O papel das sensibilidades intersticiais em patologia cirúrgica e da sua importância na terapêutica»; dia 12, «Obscuridades e problemas da evolução das feridas nervosas O problema cirúrgico da regeneração».

Homenagem

Um grupo numeroso de médicos promoveu um banquete de homenagem ao dr. Aleu Saldanha, como reconhecimento pelos serviços prestados à classe na criação e organização da Ordem dos Médicos.

Faculdade de Medicina de Lisboa

Iniciaram-se no dia 3 de Julho as provas de concurso para professor agregado do grupo de cirurgia da Faculdade de Medicina de Lisboa.

O candidato, dr. Virgílio Custódio de Moraes, apresentou a sua tese sôbre «Cancro do recto».

Concurso

Está a concurso o cargo de médico privativo da Casa do Povo de Monforte da Beira. Os interessados devem dirigir-se à respectiva Casa do Povo pedindo e dando informações.

Médico Municipal

Está aberto concurso, por trinta dias, para provimento do lugar de médico municipal da freguesia de Vieira de Leiria.

Hospital Militar Principal

Abriu-se concurso até 6 de Julho para prestação de serviços da especialidade de oto-rino-laringologia no Hospital Militar Principal.

Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa

No dia 14 de Junho reuniu-se na Escola de Enfermagem Artur Ravara, a Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

Fizeram-se as seguintes comunicações:

«Apresentação de um caso de miastenia e demonstração do efeito da prostigmia», pelo prof. Diogo Furtado.

«Condições de aparecimento da meningite tuberculosa», pelo dr. Silva Nunes.

«Necroses calcificadas dos ossos», pelo dr. Adelino Costa.

«Radiocirurgia na paz e na guerra», pelo dr. Carlos Santos.

Necrologia

Faleceram: no Pôrto, o dr. Armando Augusto Chaves Lemos, médico e veterinário, chefe dos serviços veterinários da Câmara Municipal do Pôrto, e o dr. Venâncio Ribeiro de Araújo, médico do Hospital de Santo António e do Sanatório Rodrigues Semide; e em Alcácer do Sal, o dr. Joaquim José Alegre, médico municipal.



PANBILINE

nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE

na PRISÃO DE VENTRE

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

HÉMOPANBILINE

nas ANEMIAS

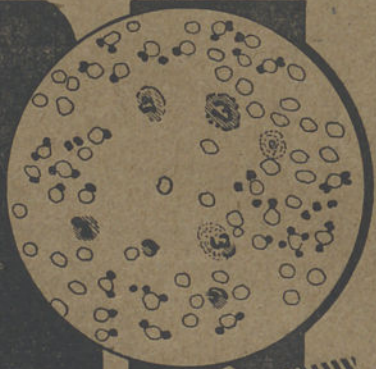
LABORATOIRE DU D^r PLANTIER ANNONAY (Ardeche)
FRANCE

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



A moderna *Terapêutica*

polivalente das vias
urinarias



Sulfotropina

D'A. WANDER S.A., BERNE-SUIÇA

REPRESENTANTES
R. dos CORREIROS
★ ALVES & C.ª (IRMAOS) 41, 2.º - LISBOA

Sala
Est.
Tab.
N.º