

PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

SUMÁRIO: Osteosfntese da clavícula com encavilhamento intra-medular, por F. PRATA DE LIMA. Um caso de sicose produzida pelo «Trichophyton violaceum Bod.» e pelo «Trichophyton glabrum Sab.», por A. LIMA CARNEIRO.

Movimento nacional — *Imprensa Médica* (Nova classificação das nefrites crónicas. Da arteriectomia nas arterites obliterantes dos velhos. Regeneração do colédoco. A ressecção renal. Valor de um Museu de História da Medicina). *Coimbra Médica* (Alergia e doença infecciosa). *Boletim Clínico dos Hospitais Cíveis de Lisboa* (Aneurisma traumático da artéria axilar. Vitamina E e lactação. Hepatites não purulentas. Tratamento das perfurações das úlceras gastro-duodenais. Profilaxia da litíase urinária). *Amatus Lusitanus* (Imunização antidifitérica em Lisboa. Acção da glicerina sobre a motilidade intestinal. Válvulo gástrico total por enterite tuberculosa). *Clínica Contemporânea* (Cancro vulvar. O problema da terapêutica curativa da malária. Tratamento da sífilis pela penicilina). *Arquivo de Patologia* (Tifo murino. Os raios Roentgen em oncoterapia. Primeira centúria das curas de Amatus Lusitanus). *Acção Médica* (O problema dos especialistas. A linguagem médica e o acordo ortográfico. A geração humana e as doutrinas de Exeter). *Livros e Opúsculos* (Actualidades e utilidades médicas. Actualidades biológicas. Sezonismo: a luta contra a endemia no ano de 1943. Trabalhos sobre sezonismo em 1943 e 1944. Conferências sobre neuro-psiquiatria infantil. Trabalhos do laboratório do Instituto Rocha Cabral. Obesidade monstruosa. O corpo humano no adagiário português. Introdução à medicina argentina. Aguas de Portugal).

Revista geral — O tratamento da sífilis pela penicilina, por JUVENAL ESTEVES.

Notas científicas e práticas — Penicilina por via oral. Penicilina local nas afeções respiratórias. A penicilina na osteomielite aguda. Tratamento da sífilis recente pela penicilina. Sobre a administração da penicilina em óleo. Sulfamidas como única terapêutica das diarreias. Acção das sulfamidas nas otites médias e nas sinusites. Sobre transfusões de sangue no lactente. Furunculose e infecção focal. Tratamento do reumatismo crónico pela novocaina. Arterio-esclerose e diabetes. Propionato de testosterona no mioma uterino. Tratamento do noma. Aumento da fragilidade capilar na hipertensão. A sinapse mioneural na paralisia infantil. Inteligência e época da concepção. Sedimentação dos glóbulos sanguíneos. Tratamento da asma brônquica pelos exercícios respiratórios.

ANEXOS — Alguns adágios portugueses sobre medicina, por A. GARRETT. Registo de livros novos. Notícias e informações.

PARASITÓSES
ESPIRILÓSES

Stovarsol

ÁCIDO OXIACETILAMINOFENILARSÍNICO

AMEBIOSE
CRÓNICA
ENTEROCOLITE
LAMBLIOSE

SIFILIS, PIÂN
FEBRES RECORRENTES
ÚLCERA FAGEDÉNICA

000774
KSAJ

MEDICAÇÃO EUTRÓFICA REGLOBULIZANTE

Comprimidos doseados a:
0gr.01 - 0gr.05 - 0gr.25

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES
ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS (8^e)

Representante para Portugal
SOC. COM. CARLOS FARINHA L.^{DA}
Rua dos Sapateiros, 30, 3.^o
LISBOA

Alguns adágios portugueses sôbre medicina

O ilustre colega Prof. J. A. Pires de Lima acaba de publicar um livro interessantíssimo, chamado «O corpo humano no adagiário português». Nele coligiu algumas centenas de ditos e provérbios populares, em cujas frases entram palavras referentes ao corpo humano e às suas várias partes. Prossegue assim na beneditina tarefa de colher termos anatómicos nas obras dos clássicos e na tradição popular, fornecendo valiosas achegas para a história da linguagem anatómica portuguesa e dando-nos momentos de espiritual prazer com a sua cativante leitura.

Percorrendo as páginas do livro, topam-se diversos adágios que respeitam à medicina propriamente dita. São uma parte (aquela em que há palavras relativas a anatomia) das curtas expressões em que o povo condensou as suas ideias sobre as doenças e a maneira de as tratar; uma parte do adagiário médico nacional, que espera ainda quem se abalance a condignamente o inventariar.

Como homenagem ao autor do livro em questão, e para mostrar o interesse dêle e o que teria o dito adagiário médico, vou aspar aqueles provérbios que falam de patologia e de clínica, pondo de lado muitos outros que tocam em fisiologia e higiene.

Bem sabemos todos que a linguagem dos adágios é muitas vezes figurada, e que, portanto, nem sempre devem ser interpretados à justa letra; nem por isso esta deixa de aplicar-se, com o seu significado directo, de índole médica portanto. E nesta acepção, é curioso ver com que fundamentos de observação nasceram, e se condizem com as respectivas noções científicas.

Comecemos pelos de patologia geral. A noção da hereditariedade mórbida está perfeitamente expressa na conhecidíssima sentença «Quem torto nasce târde ou nunca se endireita», fórmula lapidar que desafia os séculos. Mas a doença espreita o homem a todos os instantes e aparece quando menos é de esperar: «Na cama se quebram as pernas». O que não implica com a noção de que uma boa fisiologia é a melhor salvaguarda contra ela: «Pés quentes, cabeça fria e coração bom, e desprezai a medicina», e «Mijar claro, dar uma figa ao médico». Há subtil sentido neste conceito de que o cuidado excessivo com a saúde pode ser prejudicial: «Camisa que muito se lava e corpo que muito se apura, pouco dura». E é bem observado o facto de enfermiços terem, frequentemente, longa vida: «Corpo doente dura para sempre». Finalmente, o rifão: «Antes torto, que cego de todo» dá a nota do bom-senso que deve inspirar a terapêutica no sentido conservador; mais vale ter um olho inútil do que não ter nenhum que sirva.

Que é mais fácil adoecer que curar (o que apesar dos progressos da terapêutica ainda é quase sempre verdade), di-lo o povo assim, de pitoresca maneira: «A doença entra às braçadas e sai às polegadas». As irradiações das dores, a má disposição geral que elas provocam, são referidas nestes dois adágios: «A quem dói o dente dói a dentuça» e «Quando nos dói a cabeça, todos os membros nos dôem». A influência do moral sôbre o somático, também a observação popular a notou e exprimiu assim: «Quando o coração sofre, os membros estão doentes» e «Raiva de coração faz passar a dor de dentes».

De duas espécies de males concretamente se trata nestes ditos: «Chaga de juntura, não te dê Deus por ventura» e «Sarampo e sarampelo, sete vezes vem ao pelo». O primeiro quer significar a gravidade das artrites fistulizadas, e está certo. O segundo, não me parece tão despropositado como à primeira vista, tomado à estricte letra, se afigura; desconhecedor da diagnose das afecções eruptivas, por estas, na generalidade, devem tomar-se as palavras «sarampo e sarampelo» e bem sabemos que há organismos atreitos às erupções cutâneas, por condicionamento alérgico.

FARMÁCIA VITÁLIA

DIREÇÃO TÉCNICA DO SÓCIO RIBEIRO DA CUNHA 34, PRAÇA DA LIBERDADE, 37—PÔRTO Telef.: 828 e 4134
Telegr.: Farmácia VITÁLIA

Laboratórios de esterilizações, de produtos farmacêuticos e de análises
AVIAMENTO RIGOROSAMENTE CONTROLADO DE TODO O RECEITUÁRIO CLÍNICO



Alguns produtos injectáveis especializados
de reconhecido valor terapêutico:

Cálcio Vitália — Ampolas de 2, 5 e 10 c. c. de soluto estabilizado a 10 e 20 % de gluconato de cálcio quimicamente puro.

Cálcio-Vitacê — Ampolas de 5 c. c. de gluconato de cálcio a 10 % e de Vitamina C (1.000 U.I.).

Vitabê — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B₁, doseadas a 0,005 (2.500 U.I.).

Vitabê forte — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B₁, doseadas a 0,025 (12.500 U.I.).

Vitacê — Ampolas de 1 e 2 c. c. de Vitamina C, doseadas a 0,05 (1.000 e 2.000 U.I.).

Vitacê forte — Ampolas de 5 c. c. de Vitamina C, doseadas a 0,10 (10.000 U.I. por ampola).

SR. DOUTOR:

«Edições Altura» pedem o favor de lhe enviar, num postal, nome e residência, para ser inscrito no seu ficheiro de direcções; receberá o catálogo das obras editadas e, no futuro, relações das que forem publicando-se. EDIÇÕES ALTURA — Rua Cândido dos Reis, 47 — PORTO.

De índole semiótica encontrei este: «Fora de horas urinar é sinal de enfermar». Em matéria de terapêutica, indicações sôbre a inconveniência de coçar os olhos doentes, são dadas por estes parecidos adágios: «Quem quiser olho são, ate a mão», «O mal do olho cura-se com o cotovelo», «Se queres que o teu olho sare, limpa-o com o cotovelo»; e tem razão. Também, em regra, a tem no seguinte conselho: «O braço quer peito e a perna quer leito». E nesta receita — «Para mal de costado, bom é o abrolho»; pois pica com seus espinhos, espécie bárbara de revulsão a que decerto este adágio se refere. Enfim, o conhecido rifão: «Mordedura de cão cura-se com pêlo do mesmo cão», em que (tirando o que nêle há de sentido figurado) se encontra a doutrina terapêutica herdada de Galeno e Paracelso — *Similia similibus curantur* —, erguida como pára-raios filosófico pela medicina homœopática.

A descrença na acção clínica, tão natural em gente inculta, resalta no adágio: «Deus cura os doentes e o médico recebe o dinheiro», Nem por isso deixa de sentir que é preciso recorrer aos benefícios da arte: «A quem dói o dente que vá ao dentista», «Quem lhe doer o dente, vá a casa do barbeiro». E de reconhecer que o bom médico o bem dispensa: «Mãos de mestre, unguento são».

Porque não somos infalíveis, temos de nos conformar com o que o povo de nós dizia (e ainda diz, por outras palavras...) em tempos idos: «Salamanca, a uns sara e a outros manca».

Para fihdar, vá lá este adágio, que, apesar de nem sempre ser razoável, encerra uma parte incontestável de sabedoria prática: «Médico velho, cirurgião novo, boticário coxo». Quer dizer: clínico experimentado, operador progressivo, farmacêutico entregue ao seu officio, sem arredar pé da botica.

Há de tudo um pouco no adagiário médico. Ele nos dá a tradução popular da medicina antiga, e os conceitos que o povo foi extraindo da continuada observação dos factos; diz-nos também o que o vulgo pensou de nós, e que, por via de regra, em impregnação ancestral, continua a pensar...

REGISTO DE LIVROS NOVOS

ROBERT COURRIER — *Endocrinologie et gestation*. (400 pág., com 63 fig. e 11 estampas — Masson & C.^{ie}, Edit., Paris,— 465 fr.).

Professor no Colégio de França, durante dois anos o autor dedicou particularmente as suas lições aos problemas da endocrinologia da gestação. São elas, revistas e completadas, que formam esta obra valiosa, em que se versam tais problemas, com largueza e competência, dando uma visão de conjunto da fisiologia genital, uma análise dos vários factores que presidem à instalação da gravidez, permitem a sua manutenção e regem o seu termo, e levam a discutir o problema da parturição. A importância do assunto é evidente, pois a função reprodutora, desde a ovulação até ao aleitamento, é essencialmente hormonal. Não havia ainda um livro que reunisse os conhecimentos adquiridos neste campo; o presente volume vem preencher essa lacuna. O sumário do seu índice dá ideia da extensão da obra:

I — *Instalação da gravidez*: Os gametas, As vias genitais, Morfologia da placentação, O problema da gravidez extra-uterina, O atraso da nidação em período de aleitamento, A duração da gestação.

II — *Transformação de certos órgãos no decurso da gestação*: O ovário gestante, O útero grávido, A cintura pélvica, O epitélio vaginal e a pele sexual, O oviducto, A glândula mamária.

III — *A pesquisa de certas hormonas nos humores e tecidos, no decurso da gestação*: A estrutura dos esteroides, As substâncias estrogénicas, A progesterona e os pregnandiois, As substâncias gonadotrópicas, As substâncias post-hipofisárias e ocitócicas, As substâncias androgénicas.

IV — *Os factores experimentais que actuam sobre a gestação*: Factores que interrompem a gestação, Factores que mantêm a gestação, Factores que prolongam a gestação.

V — *O sistema hipofise-corpo amarelo-placenta*: A placenta endocrínica, O equilíbrio hormonal da gravidez e a parturição, A travessia da placenta pelas hormonas.

Fecha o volume um rico índice bibliográfico.

R. BENDA — *Thérapeutique clinique journalière des affections de l'appareil respiratoire (Trachée, Bronches, Poumons, Plèvres, Médiastin)*. (164 pág.— Librairie Maloine, Edit., Paris — 140 fr.).

Trata-se de um volume da colecção publicada sob a direcção do Prof. Chiray, em que as questões são versadas com essencial cunho prático, sem esquecer no entanto as noções teóricas necessárias para a sua compreensão. Nesta obra, a parte clínica alia-se às indicações sobre os exames laboratoriais que concorrem para estabelecer um diagnóstico justo e uma terapêutica bem fundamentada. Sem excrescências inúteis, dá as principais características das afecções do aparelho respiratório e da sua evolução, as indicações terapêuticas res-

CARDIAMINA

Jaba

... POSSUI TODAS AS
PROPRIEDADES
da CÂNFORA

ampolas
e
gotas

*... com vantagem de uma
acção mais rápida
podendo aplicar-se
por via oral, subcutâ-
nea ou endovenosa.*

ANALÉPTICO CARDIO-RESPIRATÓRIO

*À base de Dietilamida do ácido
piridino- β -carbónico.*

Preparação dos:

LABORATÓRIOS JABA

R. ACTOR TABORDA, 5. LISBOA

DELEGAÇÃO NO PÔRTO:

R. Mártires da Liberdade, 120.

DEPÓSITO EM COIMBRA:

Avenida Navarro, 53.

pectivas; numerosas fórmulas exemplificam os meios a empregar. Actualizado, em face dos medicamentos novos, trata do seu emprego, sobretudo na asma, nas supurações bronco-pulmonares e nas pleurisas purulentas; as substâncias anti-histamínicas de síntese, as sulfamidas e a penicilina são devidamente consideradas. Um índice sinóptico, finalmente, permite procurar o sintoma, por ele a afecção, e para um e outra o tratamento preferível.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

Aos srs. assinantes. — A administração do «Portugal Médico» pede desculpa pelo atraso na distribuição do presente número, devido a motivo de força maior. Os números seguintes sairão com intervalos inferiores a um mês, por forma a que, no fim de Agosto, tudo fique regularizado.

Congresso de Anatomia. — Realizou-se em Coimbra, nos dias 20 a 22, a terceira reunião da Sociedade Luso-hispano-americana de Anatomia, e cumulativamente a reunião da Sociedade Portuguesa. Foi muito concorrida, tendo sido apresentados numerosos trabalhos, de que no próximo número se dará conta, na secção «Movimento Nacional».

Homenagens. — No Montepio Conimbricense efectuou-se uma sessão de homenagem ao seu médico oftalmologista sr. dr. António Cerveira.

O Sindicato dos Motoristas de Évora homenageou o seu médico sr. dr. António Fernando Gomes Lima.

A Misericórdia de Matosinhos inaugurou o busto do dr. Afonso Cordeiro, na enfermaria do Hospital onde foi clínico distintíssimo.

Contra a lepra. — A Liga Portuguesa de Profilaxia Social representou ao Ministério das Finanças, pedindo isenção de direitos alfandegários para a importação de óleo de chaulmoogra, a exemplo do que foi decretado para as Colónias.

Conferências. — Na sede da Ordem dos Médicos, do Porto, fez o sr. prof. Cid dos Santos uma conferência sobre «Aspecto actual do problema das tromboflebitides agudas dos membros». Nas Faculdades de Medicina de Lisboa e Porto, o Prof. Puig Sureda, de Barcelona, fez conferências sobre cirurgia do cancro do recto, do cancro do cólon e ressecção gástrica.

Prof. Ricardo Jorge. — Instituiu-se em Lisboa o Grupo dos Amigos do Prof. Ricardo Jorge, com o fim de promover homenagens à memória do grande médico. As adesões devem dirigir-se ao secretário da comissão organizadora, Dr. Fernando Correia, director do Instituto Superior de Higiene, Lisboa.

Serviços hospitalares. — No Hospital dos Capuchos, dos Hospitais Cívicos de Lisboa, inaugurou-se um novo Serviço de Neurologia, sob a direcção do Prof. Diogo Furtado. Inaugurou-se o novo Serviço de Pediatria do Hospital Escolar de Lisboa.

Partidos médicos, a concurso: Aldeia do Mato (Reguengos de Monsaraz), Ribeira Seca (Ribeira Grande), Atalhada (Lagoa, Açores), Santo Quintino (Sobral de Monte Agraço).

Necrologia. — Dr. Américo Magalhães Cardoso, antigo sub-delegado de saúde de Macedo de Cavaleiros. Dr. José Maria da Silveira Montenegro, coronel-médico reformado do Ultramar. Dr. Manuel Bernardo Birra, antigo clínico portuense. Dr. Luís de Paiva Raposo Vilar, de Carcavelos. Em Lisboa, Dr.ª D. Georgina Pimenta de Andrade Gil e Dr. Octávio Rangel dos Santos. Dr. António Nunes da Vitória, médico em Alvalade. Major-médico Dr. Alvaro de Andrade e Silva. Dr. António Costa Ferreira, antigo clínico em Oliveira do Bairro. Dr. Manuel Maria de Almeida de Eça, de Esgueira, Aveiro. Dr. José Joaquim Guimarães Calejo, de Matosinhos. Dr. Júlio Pimenta, de Fão. Em Angola, os Drs. Aires do Sacramento de Menezes e Joaquim Martins Vaz Pimentel.

VACINAS

DOS LABORATÓRIOS DO

Dr. P. ASTIER

COLITIQUE

VACINA ANTICOLIBACILAR

APRESENTAÇÃO { PER OS
INJECTÁVEL
FILTRADO

PHILENTÉROL

VACINA POLIVALENTE BEBÍVEL

COMPOSIÇÃO { COLIBACILOS
ENTEROCOCOS
ESTAFILOCOCOS

STALYSINE

VACINA ANTIESTAFILOCÓCICA

APRESENTAÇÃO { PER OS
INJECTÁVEL
FILTRADO

Laboratórios do **Dr. P. ASTIER**
PARIS ——— BARCELONA

Representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^ª

240, Rua da Palma, 246 ——— LISBOA

Eledon

NESTLÉ

presta preciosos serviços
como alimento dietético
nos casos de
disenteria
intolerância do leite
distrofia
eczema
êrmo

O LEITE ACIDIFICADO EM PÓ «Eledon», da Nestlé, resolve o problema da alimentação durante o período de perturbações digestivas, tanto nas crianças como nos adultos.



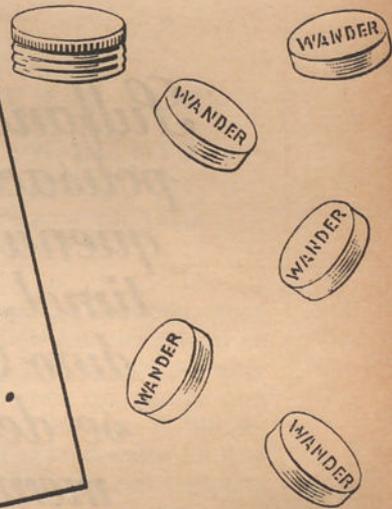
SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS

Sulfoguanil



WANDER

*© novo derivado
sulfamidado para
o tratamento da de-
sintéria bacteriana,
da diarreia infan-
til, da febre tifoide,
e quando de opera-
ções do conduto
gastro intestinal.*



*Tubos de 20 comprimidos
de 0,50 gr. de para-amino-benzol-sulfonami-
da-guanidina a Esc. 49\$00.*

Dr. A. WANDER S.A. BERNE-SUIÇA

Sociedade Portuguesa de Produtos Wander, L.^{da}

Av. Oriental do Parque, 24, r/c D.

Telefone 4 3 6 0 2

LISBOA



*Sulfanilamida, mono e
polisacaridos e uma pe-
quena percentagem de
timol, constituem o pro-
duto Colpo-Sulfana, que
se destina ao trata-
mento das infecções
blenorragicas da
vagina.*

Tubos de 24 comprimidos Esc.33.50

DR. A. WANDER S. A. BERNE - SUÍÇA

Sociedade Portuguesa de Produtos Wander, L.^{da}

Av. Oriental do Parque, 24, r/c D.

Telefone 4 3602

LISBOA

Sub-Agente no Pôrto: F. LIMA & C.^A, SUCR. Largo do Padrão, 20-1.

PORTUGAL MÉDICO

(3.^a SÉRIE DAS ANTIGAS REVISTAS: GAZETA
DOS HOSPITAIS E VIDA MEDICA. ANO 38.^o)

1946

N.^o 5

CLÍNICA CIRÚRGICA DA FAC. DE MEDICINA DO PORTO

Director: Prof. Dr. ÁLVARO RODRIGUES

Osteosíntese da clavícula com encavilhamento intra-medular

por F. PRATA DE LIMA

Assistente voluntário

Os variados processos de cura da fractura da clavícula, quer utilizando métodos ortopédicos simples quer métodos cirúrgicos, se bem que assegurando quase sempre um resultado funcional perfeito, não nos satisfazem, porém, por completo. Por mais cuidadosos que sejamos na escolha do método de tratamento, o resultado é, infelizmente, quase sempre o mesmo: ombros mais curtos, calos exuberantes e desgraciosos, a demonstrar bem a insuficiência dos métodos postos em prática.

Todos os métodos ortopédicos, têm por fim levantar o mais possível a extremidade externa da clavícula, mas os aparelhos ou grandes demais e portanto pesados e incómodos, ou complicados como os grandes aparelhos gessados com tracção contínua trans-esquelética à extremidade externa da clavícula, quer ainda o simples processo das argolas de algodão e pano com tracção por apoio mútuo por meio de elástico (que é processo mais do que incómodo, quase que diríamos bárbaro, pelas dores que causa para ser eficaz), quer enfim por qualquer outro método, a verdade é que todos eles se têm revelados insuficientes sob o aspecto estético e, se bem que no aspecto funcional todos sejam aceitáveis, o que é verdade é que o grande número de métodos que há descritos bem demonstra a ância que cada um tem de conseguir uma cura que satisfaça nos dois aspectos — estético e funcional.

Em virtude disto, muitos autores preconizam como melhor método para tratamento da fractura da clavícula o método cirúr-

gico. Mas neste método como nos outros, o cirurgião é assaltado pelas mesmas dificuldades e imperfeições. Se a sutura empregando o arame, a mais utilizada, dá inicialmente um resultado funcional perfeito, é sobejamente conhecido que secundariamente aparecem os desvios angulares da clavícula e que o aspecto estético é inferior. Em resumo a osteosíntese, tal como se apregoava há alguns anos, era tão falível na cura da fractura da clavícula como qualquer dos métodos ortopédicos anteriormente propostos.

Ultimamente e por alguns autores, tais como Murray, Rocher e Saumier, Godard e Danis, propunha-se fazer o encravamento intra-medular da clavícula, empregando cravos de aço inoxidável como nos processos de Kuntscher; mas todos eles eram de difícil execução, pois todos propunham que se fizesse o encravamento partindo da extremidade esternal da clavícula, o que tornava extremamente difícil e perigoso passar o cravo em bom alinhamento através do foco de fractura, sem ferir os nervos e vasos sub-claviculares, dada a forma especial em S itálico da clavícula. Nem mesmo nos processos descritos por Kuntscher se encontra alguma coisa de definitivo sobre o encravamento intra-medular da clavícula, a denotar o grande número de dificuldades técnicas que surgem ao executá-lo sem abrir o foco da fractura; o que obrigava a Danis a reclamar a sua abertura em todos os casos.

Há cêrca de dois anos, porém, Codorniú, de Madrid, parece ter resolvido por completo o caso, lembrando-se de fazer o encravamento por técnica muito simples. Assim, em vez de tomar como ponto de partida a extremidade esternal da clavícula, ele abre o foco da fractura e introduz o cravo a partir da extremidade esternal do fragmento distal, e utiliza a forma particular da clavícula, para fazer sair o cravo através da cortical tangencialmente à curvatura da extremidade externa, e depois, descobrindo-o sob a pele, o fazer entrar à força no fragmento proximal reduzido, conforme se descreve mais abaixo.

Este método de execução simples e rápida, resolve de facto todos os problemas que se levantavam à volta da forma e funções da clavícula. De facto, esta, de forma de um S itálico com as extremidades ordenadas de forma tal que estejam perpendiculares às linhas de força que tendem a trazer o ombro para a parte média, não representa mais do que, conforme mostra a gravura (fig. 1), a altura de um triângulo de vértice na axila e cuja base é representada pela coluna vertebral, à qual se prende indirectamente pela peça esternal com ela solidária, e cujos lados são representados pelos músculos trapézios, pelo lado superior, e grande peitoral e grande dorsal, pelo lado inferior. Se a isto se juntar a função elevadora do esterno-cleido-mastoideu sôbre a porção interna da clavícula, compreenderemos a razão porque a imbricação dos frag-

mentos e a deslocação do fragmento interno para cima são a consequência constante das fracturas da clavícula e, portanto, a força permanente que é necessário vencer ao fazer a redução dos fragmentos que, por impossibilidade de engrenamento perfeito, não é possível manter muito tempo. Desta forma, compreende-se que o encravamento intra-medular, obrigando a fixar a clavícula no seu alinhamento sem possibilidades de deslocamento, é o único capaz de manter a redução. Além disso, a forma da clavícula não é de forma alguma um obstáculo à execução do método, mas antes pelo contrário é uma ajuda, pois faz com que o cravo possa sair tangencialmente à sua curvatura externa, sem lesar nervos ou vasos sub-claviculares que nos arriscamos a ferir quando o cravo é introduzido a partir da extremidade esternal e se tenta a redução sob contrôlo radioscópico. De resto,

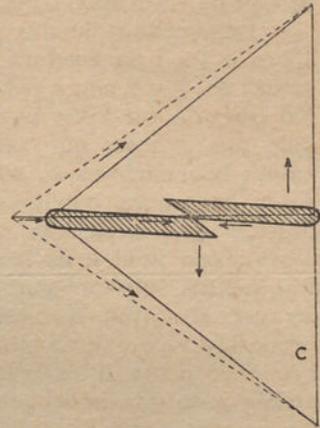


Fig. 1



Fig. 2

o cravo é suficientemente maleável para se adaptar a pequenas curvaturas.

A técnica por nós usada foi exactamente a descrita pelo autor (fig. n.º 2).

O material utilizado foram os fios de aço inoxidável de Kirschner de 2 milímetros, os quais se cortam de forma a terem um comprimento adaptado ao caso e que numa extremidade se talha em forma de broca e na outra em triângulo, de forma a prender na máquina de Stille.

Preparado o doente, procede-se à anestesia local; faz-se depois sobre o foco da fractura uma pequena incisão vertical do comprimento de 5 a 6 cm. e descobrem-se os tôpos osseos dos fragmentos. No caso de ser lesão antiga, torna-se necessário, e foi isto o sucedido nos 2 casos que vamos apresentar, fazer a limpeza dos tôpos osseos libertando-os do seu calo fibroso. Isto naturalmente dá lugar a um hematoma inevitável, que é séde de pequena supuração que que de resto cessa, logo que se retira o cravo e em nada prejudica o resultado final e os benefícios imediatos do método. Limpos os fragmentos introduz-se o cravo montado na máquina de brocar através do canal medular do fragmento externo e perfura-se a cortical do osso ao nível da curvatura externa, de modo que em breve se sente a extremidade do fio de aço sob a pele. Então anestesia-se esta neste ponto e com uma pequena incisão do bisturi faz-se sair por ela a extremidade do fio de aço que se introduz totalmente no fragmento externo saindo através desta incisão. Em seguida, com a ajuda de «clamos» e com o ajudante empurrando a espadua para traz, reduz-se a fractura, tendo previamente sobre a extremidade externa do fragmento proximal alargado o canal medular, de forma a permitir a fácil entrada do cravo que se bate a partir da extremidade externa com um instrumento especial de forma a obriga-lo a penetrar no fragmento interno. Desta forma a extremidade externa do fio de aço, fica novamente em situação sub-cutânea. Terminado isto, fecham-se as 2 incisões a fio de cat-gut e crinas, sendo o cravo mantido 8 a 12 semanas, findas as quais se retira através da pequena incisão feita igualmente no ponto em que a extremidade externa do fio de aço aflora sob a pele.

Logo após a operação, permite-se ao doente executar todos os movimentos, notando-se imediatamente a possibilidade de erguer o braço acima da cabeça e podendo retomar as suas ocupações diárias. Como se infere do que atrás fica dito, o fio de aço fica dentro da clavícula num comprimento que oscila entre 7 a 8 cm. e portanto desnecessário será dizer que só se pode aplicar o método às fracturas transversais da clavícula, pois as oblíquas darão origem a que, por insufficientemente comprido o ponto de apoio intra-clavicular do cravo, se manifestem desvios angulares.

Também se não pode empregar nas creanças em que não existe canal medular e onde, como de resto se sabe, as fracturas da clavícula são sempre de prognostico benigno pela correcção natural durante o crescimento.

Os casos por nós tratados com este método foram dois:

1) Manuel C. S. 17 anos. Em 7 de Setembro, andando a passear a cavalo deu uma queda batendo com o ombro no chão. Imediatamente dor na espádua e impossibilidade de levantar o braço acima da cabeça. Consulta e é submetido a exame radiográfico, revelando-se uma fratura transversal da extremidade interna da clavícula sem deslocamento. Não fez qualquer tratamento, mas em breve começou notando descaimento e encurtamento do ombro ao mesmo tempo que notava uma exagerada saliência sob a pele no ponto em que a clavícula estava fracturada.

Recorreu então aos meus serviços e enviado de novo ao mesmo radiologista, reve-

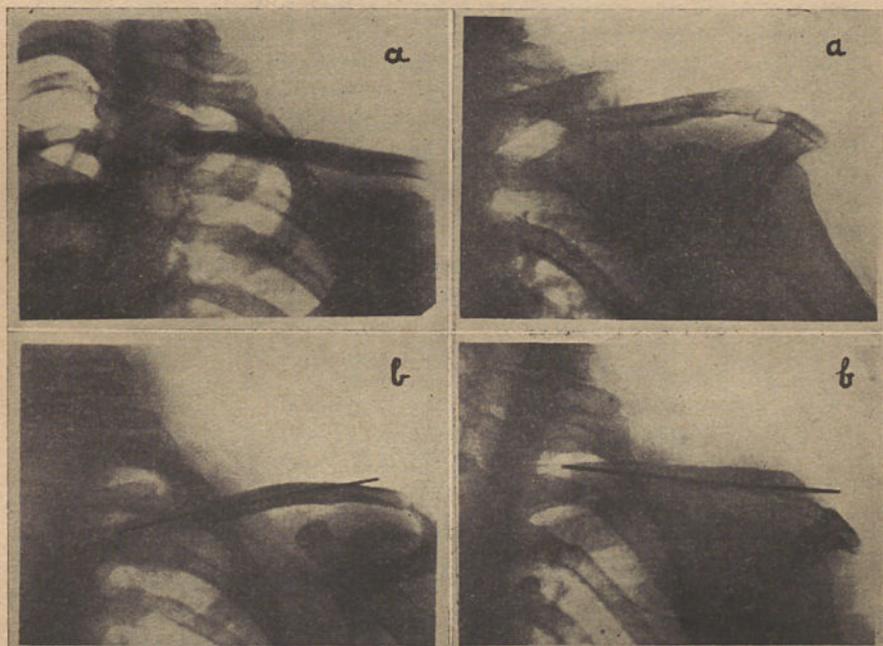


Fig. 3

Fig. 4

la-se a angulação acentuada dos fragmentos. É resolvida a osteo-síntese por encravamento intra-medular. Este foi feito 28 dias após a queda, seguindo o método descrito atrás. Deu origem, ao oitavo dia, a supuração ligeira que se manteve durante a permanência do cravo, mas que lhe permitia frequentar as aulas e fazer a sua vida normal sem o mais leve estôrvo. Ao fim de 8 semanas tirou-se-lhe o cravo e a supuração cessou por completo ao fim de 48 horas. O resultado estético e funcional foi perfeito (fig. 3 a e b).

11) Carolina M. F. 42 anos. Em 7 de Janeiro deu uma queda na residência dos seus patrões, fracturando a clavícula esquerda. Conduzida imediatamente ao hospital,

foi-lhe colocado um aparelho de imobilização, constituído pelas clássicas argolas de algodão e pano passados sob as axilas e sujeitadas com uma tira de borracha. Ao fim de 10 dias vem à consulta pela primeira vez queixando-se de fortes dores nos braços, formigueiros e cianose das mãos. Retirado o aparelho e radiografada, propusemo-nos operá-la fazendo a osteo-síntese por encravamento intra-medular, apesar das fortes dores nos braços que a impossibilitavam de qualquer movimento. Esta foi realizada 19 dias depois da queda, segundo o método descrito.

Aos 12 dias, ligeira supuração que se manteve até à retirada do cravo feita 6 semanas após, por apresentar sinais de intolerância, devido à sua má qualidade. Logo após, a supuração parou por completo e, apesar de retirado mais cedo o cravo, a recuperação funcional e anatómica foi perfeita (fig. 4 a e b).

Devemos notar que devido à compressão das argolas sobre o braço a doente ainda ao fim de 2 meses apresentava formigueiros e dores no trajecto do nervo mediano nos dois braços, não tendo vencido totalmente a grande atrofia dos deltoídes que já apresentava na ocasião da operação.

BIBLIOGRAFIA

CODORNIN (D. ANTONIO H. ROS Y) — El enclavamiento intramuscular de las fracturas de la clavícula. (Cirugía del aparato locomotor. Vol. II — Julho 1945).

Um caso de sicose produzido pelo "Trichophyton violaceum Bod." e pelo "Trichophyton glabrum Sab."

por A. LIMA CARNEIRO

Assistente extraordinário e Preparador do Instituto de Botânica
Dr. Gonçalo Sampaio da Faculdade de Ciências da Universidade
do Porto

Em Janeiro de 1945 observei, nas Caldas da Saúde, António C., criado de servir, que possuía uma sicose localizada na região masseterina.

Após o exame microscópico dos pelos e das escamas procedi a sementeiras em dois tubos com meios de Sabouraud. Passada cerca de uma semana pude verificar que nos dois tubos se encontravam quatro pequenas culturas com o tamanho de cabeças de alfinetes, úmidas e de aspecto ciroso, com o centro acuminado e a superfície lisa. Decorridos mais oito dias o aspecto das culturas num dos tubos já não era idêntico: enquanto num tubo as culturas

mantinham a mesma cor castanho claro, no outro já se apresentavam nitidamente violáceas.

As culturas foram crescendo. Umas, as que tinham a cor castanha, atingiram, ao fim de algumas semanas, aproximadamente dois centímetros de diâmetro. As outras tiveram desenvolvimento mais lento e não ultrapassaram 1,20 cm. Fiz algumas repicagens e verifiquei que as cores se mantinham bem distintas. Aparte a coloração, o aspecto microscópico era sensivelmente igual. Um dos parasitas da barba era o *Trichophytum violaceum*, bem conhecido. Vejamos como denominar o outro.

Sabouraud encontrou uma vez um Trichophyton localizado no couro cabeludo de um emigrado russo israelita, que denominou *Trichophyton glabrum*. As lesões apresentavam os mesmos caracteres das tonsurantes causadas pelo *Trichophytum violaceum*. Este autor ⁽¹⁾ descreve assim as culturas de *Tr. glabrum*: «A cultura deste Tricofiton, mais vivaz do que a do *Tr. violaceum*, chega a atingir quatro centímetros sobre meios de prova, em seis semanas. Esta cultura nunca se tornou violeta, mesmo parcialmente. Ficou sobre gelose maltosada com a cor castanha descorada, com superfície úmida e brilhante, que as culturas do *Tr. violaceum* mostram muitas vezes na segunda ou terceira geração». E a seguir: «Durante longas gerações, estas culturas guardaram esses caracteres sem sofrer as alterações que apresentam as culturas do *Tr. violaceum*. Denomino-o *Trichophyton glabrum* por causa da sua superfície lisa e úmida. Considero-o como uma variedade fixa do *Tr. violaceum* do qual não se poderia diferenciar pelos seus caracteres microscópicos, micológicos e clínicos».

A sicose era pois produzida pelo *Trichophyton violaceum* Bod. e pelo *Trichophyton glabrum* Sab. É interessante esta associação; merece ficar registada.

Como já tive ocasião de mencionar ⁽²⁾, o *Trichophyton violaceum* Bod. é o dermatófito mais vulgar no nosso país. Não sucede o mesmo com o *Trichophyton glabrum* que foi por mim encontrado em Portugal pela primeira vez; Sabouraud ⁽³⁾ em quinhentos casos de tinha viu uma vez o *Trichophyton glabrum*.

Segundo Floriano Paulo de Almeida ⁽⁴⁾, o *Trichophyton glabrum* é vulgar na Argélia e em S. Paulo (Brasil).

(1) Sabouraud — *Les Teignes* — Paris, 1910.

(2) A. Lima Carneiro — *O Trichophyton violaceum* Bod. *A sua frequência em Portugal*. — Sep. do «Boletim da Sociedade Broteriana» — Vol. XIX, 2.ª Série, 1944.

(3) Sabouraud — *Obra citada*.

(4) Floriano Paulo de Almeida — *Mycologia médica* — S. Paulo, 1939.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

IMPRENSA MÉDICA, XI, 1945.— N.º 22 (25-XI): *Nova classificação das nefrites crónicas*, por Pasteur-Vallery-Radot; *Casos de suicídio aparentemente suspeitos*, por Oscar Teixeira Bastos. N.º 23 (10-XII): *Um caso de disposição anómala da ansa do hipoglossa*, por Abel Tavares; *Contribuição ao estudo dos desinfectantes*, por A. Carvalho e C. Vidal. N.º 24 (25-XII): *Dois casos de mastoidite jugo-digástrica*, por Sant'Ana Leite; *A assistência pública e a Sociedade de Ciências Médicas*, por Costa-Sacadura.— XII, 1946. N.º 1 (10-I): *Da arteriectomia nas arterites obliterantes dos velhos*, por René Leriche; *A descoberta de Roentgen e a medicina militar*, por Fernandes Lopes; *Rsgeneração do colédoco após ressecção experimental*, por Joaquim Bastos e Silva Pinto; *As aulas de Anatomia e Cirurgia dos Hospitais Militares*, por Manuel Gião (conclusão do n.º 24 de 1945). N.º 2 (25-I): *A ressecção renal*, por J. Manuel Bastos, Mendes Puga e Moysés Ruah. N.º 3 (10-II): *Forma sarcoide da lepra?*, por A. Ramos Chaves e Norton Brandão. N.º 4 (25-II): *O valor espiritual de um Museu de História da Medicina*, por Costa-Sacadura; *Terapêutica de Amato Lusitano: purgas, clisteres e vomitivos* (conclusão do n.º 3), por José Lopes Dias; *Um falso diploma de médico*, por Oscar Teixeira Bastos.

Nova classificação das nefrites crónicas.— Seguindo o método adoptado por Widal, conjugando os sinais clínicos com a evolução, propõe 9 tipos: *Nefrites crónicas albuminúricas*, em que a albuminúria é o sintoma quase exclusivo, de prognóstico muito variável, desde longa vida até brusca insuficiência renal. *Nefrites crónicas edemáticas*, com edemas, albuminúria e sensibilidade à acção hidropisante do cloreto de sódio; evolução favorável ou transformação em nefrite hipertensiva e azotémica; diagnóstico diferencial com a nefrose lipoidica, em que são negativas as provas de insuficiência renal. *Nefrites crónicas azotémicas e hipertensivas dominadas pela taxa de ureia no sangue*, em geral dos adultos jovens do sexo masculino; evolução progressiva para a terminação fatal, podendo a duração da doença ser prevista pela percentagem da ureia no sangue. *Nefrites crónicas hipertensivas com ou sem azotémia*, começando com pequenos sinais de hipertensão arterial ou, mais raro, por sinais de azotémia ou de insuficiência ventricular esquerda, a qual constitue uma das fases terminais da doença; as outras são os acidentes bruscos da hipertensão e a insuficiência renal. *Hipertensão renal dos 50 anos*, começando nesta idade ou pouco mais, e podendo durar muitos anos, para terminar por insuficiência renal ou cardíaca, se um acidente de hipertensão a não rematar bruscamente. *Hipertensão renal maligna dos adultos jovens*, que aparece geralmente por volta dos 35 anos, com hipertensão considerável, retinite, sinais de insuficiência renal; evolução progressiva, levando à

morte em prazo inferior a dois anos. *Nefrites crônicas azotêmicas isoladas*, em que só se nota a elevação do azoto sanguíneo, sem outros sinais. *Nefrites crônicas hematúricas*, em que a hematúria é sintoma único, que se repete durante meses e anos, traduzindo glomerulo-nefrite focal; podem desaparecer espontaneamente ou transformar-se em formas azotêmia e hipertensão. *Nefrites mixtas*, de evolução rápida ou lenta, com albuminúria, cilindruria epitelial e hemática, edemas, hipertensão e de azotêmia; a doença passa por períodos alternados de predomínio de um ou outro sintoma, e termina pela grande insuficiência cardíaca, ou pela fixação na forma de nefrite hipertensiva ou albuminúrica.

Da arteriectomia nas arterites obiterantes dos velhos.— A arteriectomia é o tratamento por excelência das arterites senis obliterantes; fácil operação, é a profilaxia da gangrena. Tem de fazer-se no princípio, quando só há claudicação intermitente, dores nocturnas, perturbações vaso-motoras, edema e eritrose de inclinação. Com os pés vermelhos, edemaciados até à perna, já o resultado pode não ser bom; mais ainda é duvidoso se já existe começo de gangrena. Nos casos em que houver hesitação, recorra-se à arteriografia, que contra-indicará a operação se o vaso principal se mostrar vasio abaixo da obliteração. Depois da arteriectomia as melhoras são rápidas quanto à temperatura do pé, às dores, à vermelhidão e ao edema; a claudicação leva tempo a passar. A arteriectomia deve ser extensa (15 a 25 cm. na femural superficial); pode fazer-se com a anestesia local, e associar-se-lhe a gangliectomia lombar se o estado geral do doente o permitir, o que dá maior probabilidade de êxito. Em 144 casos, o autor teve 9 casos de morte por rápida instalação da gangrena sêca, e em 27 casos foi preciso fazer a amputação secundária. Mas os resultados estáveis que apurou andam por 45 a 50 por cento dos casos operados, o que mostra a vantagem da intervenção, sobretudo quando as lesões não estejam adiantadas, como acima se referiu.

Regeneração do colédoco.— Operando cães, duas vezes verificaram a regeneração do colédoco ressecado, por proliferação epitelial dos dois topos, à semelhança do que se observa nos canais excretores das glândulas salivares.

A ressecção renal.— Iniciada em 1887 por Czerny, depois de estudos experimentais, a nefrectomia parcial começou a praticar-se em vários países nos últimos tempos, mercê dos progressos da técnica cirúrgica e das possibilidades de diagnóstico de lesões circunscritas do rim. As suas indicações são: rins anómalos (rim duplo, rim em ferradura, sínfise renal), caliectasia por apertos do colo, tumores, pielonefrose calculosa, foco de infecção não-específica, fractura renal. Expõe-se a técnica respectiva e algumas observações demonstrativas.

Valor de um Museu de História da Medicina.— Notando quanto vale, pelos ensinamentos que dá e pelo que representa de património espiritual, um museu de história da medicina, citam-se bons estabeleci-

mentos desta natureza, tais como o «Hunterian Museum», o Instituto Histórico Italiano de Arte Sanitária, o Museu de Higiene de Dresde; entre nós, já é interessante o Museu de Maximiano Lemos, da Faculdade de Medicina do Porto.

COIMBRA MÉDICA, XII, 1945.— N.º 8 (Out.): *Prof. Tristão Ribeiro*, por Nunes da Costa; *A Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*, por F. de Almeida Ribeiro. N.º 9 (Nov.): *Prof. Dr. Afonso Augusto Pinto*, por Meliço Silvestre; *Introdução ao estudo das fracturas*, por Luís Raposo. N.º 10 (Dez.): *Prof. Dr. Charles Lepierre*, por Serras e Silva; *O factor psíquico em terapêutica infantil*, por W. Belmonte; *As nevroses de guerra*, por Leon Litwinski; *O mecanismo alérgico como factor de fisiopatogénese da doença infecciosa* (conclusão dos números anteriores), por Bruno da Costa,

Alergia e doença infecciosa.— Hoje, considera-se alergia como a sequência da reacção antigénio-anticorpo, realizada em volta da célula ou na célula, provocando a libertação de substâncias tóxicas, de tipo aminas biogénicas, responsáveis pelos fenómenos locais e gerais da anafilaxia e da alergia; essa reacção vai desde o ligeiro edema por transudação capilar e as leves contracções da musculatura lisa, até às intensas inflamações com degenerescências celulares, às hemorragias francas, à formação de focos purulentos e de necrose; reacção que se desencadeia bruscamente, resultante do conflito antigénio-anticorpo.

O anticorpo alérgico predomina nas células e pode existir nos humores. Muitas provas podem afirmar a sua existência: reacção das precipitinas no soro sanguíneo, testes cutâneos (provando a existência do anticorpo na pele), prova de anafilaxia passiva (transmissão do estado alérgico ao animal, por injeção do soro do doente), prova de Praunsnitz-Kustner (injeção intradérmica, em indivíduo normal, por duas sucessivas vezes, no mesmo local, de soro do doente, para provocar nele a reacção específica). A diferença biológica fundamental entre alergia e imunidade parece consistir em que na primeira os anticorpos estão dentro da célula, e na segunda estão nos humores, são circulantes.

Recentemente, o conceito de alergia ampliou-se, por se verificar que as doenças consideradas alérgicas podem manifestar-se sem que seja possível averiguar existência de anticorpo, e provocar-se pela acção do frio, da emoção, da insónia ou da fadiga. Mas esta ampliação de conceito de alergia tem o inconveniente de abranger toda a patologia das reacções anormais. As que não exigem o conflito antigénio-anticorpo devem assentar num estado diatéxico, factor constitucional e hereditário, e em sequelas celulares de precedentes acções excitantes tóxicas, infecciosas e emocionais. Rössle deu o nome de Patérgia ao estado que dispõe às reacções insólitas, desproporcionadas às causas provocadoras, sem sensibilização prévia. O indivíduo que reage normalmente a qualquer excitação será euérgico, o que mostra exagero de sensibilidade será hiperérgico

ou disérgico, o que responde inferiormente será hypoérgico, e o que não responde à excitação será anérgico. As qualidades intrínsecas dos tecidos, constitucionais, ditam todas as reacções, com ou sem sensibilização prévia. A sensibilização pode ser não-específica, tal como se verifica no caso da reacção à tuberculina ser positiva durante a evolução da vacina anti-variólica, em criança com reacção negativa — Paralergia; ou no caso de sensibilização dos sifilíticos por meio de injeção de sôro de cavalo — Hetero-alergia.

Nas infecções, o estado reaccional alérgico entrelaça-se com a formação do estado imunitário, por fixação nas células dos anticorpos; fenómeno defensivo do organismo, o estado alérgico tende para um benefício, a imunidade, embo a possa acarretar graves consequências, incluindo a morte.

Os diversos aspectos das relações entre a alergia e a infecção, resumem-se nas seguintes conclusões:

I — A existência do mecanismo alérgico, como elemento fisio-patogenético da doença infecciosa, contribuindo para explicar alguns aspectos fisiopatológicos e clínicos, parece, segundo os últimos avanços dos conhecimentos biológicos sobre alergia e doença infecciosa, cada vez mais evidente.

II — A grande dificuldade em destrinçar o mecanismo alérgico na produção de lesões ou sintomas, entre as actuações directas e contínuas e as tóxicas dos germes, é consequência lógica da rápida evolução da doença infecciosa aguda e da simultaneidade e multiplicidade de causas actuantes.

III — Alguns aspectos especiais da fisiopatologia, alguns sintomas e algumas complicações da escarlatina, erisipela, febre tifoide, sepsis, tuberculose, sífilis, pneumonia, febre de Malta — parecem provir de reacções biológicas de mecanismo alérgico; é também lógico, sob o ponto de vista biológico, estender, por dedução e comparação de situações, estas idéias à fisiopatogenese das outras doenças infecciosas.

IV — As hemorragias em certas serosas (meninges, pleura, etc., e mais especialmente na primeira), na pele (purpura infecciosa, purpura reumatoide, purpura anafilactica) e provavelmente em certas vísceras, nomeadamente no rim, podem ter, em muitos casos, por patogénese, o mecanismo alérgico, com base etiológica em antigénios e anticorpos bacterianos.

V — Acidentes graves, insólitos, febris, relacionados e dependentes de actos operatórios nada têm por vezes com a infecção directa e só são explicáveis por mecanismos de sensibilização hiperérgica inespecífica, segundo a patergia de Rössle, ou específica tendo, neste caso, por etiologia, os endoantigénios libertados pelo acto operatório ou microbiano.

VI — A vacinação preventiva deve ser orientada nas doses e repetição das injeções pelo estudo do estado alérgico prévio do individuo, e do desenvolvido pelas injeções vacinantes, mercê da intra-dermo-reacção com essa mesma vacina.

VII — A vacinação curativa deve orientar-se também e sempre pelo estado alérgico desenvolvido pela própria doença e ainda pelo criado por cada injeção de vacina que igualmente podemos conhecer por intra-dermo-reacções repetidas.

A vacinação com fins terapêuticos, durante a doença infecciosa tem, em regra, mais em vista a modificação do estado alérgico que a criação da imunidade: dessensibilização ou hipossensibilização no hiperérgico exaltado mercê de pequenas doses; hipóérgico ou anérgico em boas condições gerais de resistência, mercê de doses fortes ou moderadas de vacina, frequentemente repetidas; obtenção em todos os casos, quando possível, de euergia sólida e equilibrada.

VIII — A soroterapia preventiva ou curativa deve ser precedida de intra-dermo-reacção ao sôro que se pretende usar, para, conhecendo o estado alérgico, se evitarem acidentes e reacções graves, os quais sem beneficiar o doente, o fazem correr, por vezes, sérios riscos.

BOLETIM CLÍNICO DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA. — N.º 25-26 (Abril de 1945): *Um caso de aneurisma traumático da artéria axilar*, por Fortunato Levy; *A vitamina E e a lactação*, por Silva Nunes; *As hepatites não purulentas*, por F. Wohwill; *Valorização científica e bibliográfica do jornalismo médico*, por Zeferino Paulo. N.º 27 (Setembro de 1945): *Tratamento das perfurações de úlceras gastro-duodenais pela gastrectomia de urgência*, por Mário Conde; *Introdução à medicina argentina*, por Almerindo Lessa. N.º 28 (Dezembro de 1945): *Profilaxia da litíase urinária*, por Matos Ferreira; *Medicina e civilização britânica*, por Celestino da Costa; *Movimento nosográfico da consulta de Dermato-venéreologia do Hospital Curry Cabral* (de 1 de Agosto a 31 de Dezembro de 1945), por Juvenal Esteves.— Por lapso, nos sumários dos n.ºs 21-23 e 24 (publicados no n.º 3 de 1945), omitiu-se: *Calculose da próstata*, por Matos Ferreira, *Tratamento do cancro da próstata*, por Armando Luzes.

Aneurisma traumático da artéria axilar.— Caso consecutivo a ferida por arma branca. Estes aneurismas tem geralmente evolução curta, tendência à rotura espontânea do saco e frequência de lesões dos nervos do plexo braquial. A operação preferível é a endo-aneurismorráfia obliterante de Mattas.

Vitamina E e lactação.— Os ensaios efectuados mostraram que a vitamina E não tem acção galectogénica, seja qual fôr a idade do leite.

Hepatites não purulentas.— No fígado, a existência de dois sistemas diferentes de tecido conjuntivo-vascular (espaços bilio-portais e intratrabeculares com os espaços de Disse) imprime ao quadro anatomo-patológico da inflamação caracteres particulares, permitindo distinguir as hepatites interlobulares das intralobulares. As primeiras são mais frequentes e impressionantes que as segundas, os seus agentes podem chegar por via sanguínea ou ascendente, dos canais biliares, e podem ser consequência de doenças infecciosas ou resultar de alterações intralobu-

lares, sobretudo degenerativas, como sucede na atrofia amarela do fígado, em que são reabsorvidos os produtos de desintegração do tecido hepático. As infiltrações difusas com sede no sistema intratrabecular dependem de aumento de permeabilidade da parede capilar, que consente a passagem de plasma sanguíneo que vai substituir o líquido muito pobre em proteína que normalmente embebe o tecido; realiza-se o quadro da hepatite serosa descrito por Kössle, com evolução para a necrose das células hepáticas, sem sensível infiltração celular. As relações da hepatite serosa com a icterícia e com a cirrose hepática são muito interessantes; o A. expõe os conhecimentos actuais sobre estes assuntos.

Tratamento das ulceras gastro-duodenais. — Situação clínica que impõe cirurgia de urgência, tem sido diversamente encarada. Enquanto na Inglaterra, América do Norte e Argentina, a maioria dos cirurgiões é partidária das operações conservadoras (simples sutura da parte ulcerada), na Europa Central e nalguns países do Leste opta-se geralmente pela gastrectomia. O A. é partidário desta intervenção radical, e apresenta uma estatística pessoal de 27 casos gastrectomizados só com um caso de morte.

Profilaxia da litiase urinária. — A terapêutica profilática da litiase urinária destina-se a evitar a recidiva dos calculos extraídos cirurgicamente e o aumento dos que ainda existem. Parece que a principal causa da formação do cálculo, sobretudo do asséptico, reside na rotura do equilíbrio coloide-cristaloide. Partindo desta noção, e da classificação das litiases em primárias (ácidas: úrica e oxálica) e secundárias a infecções urinárias (alcalinas: carbofosfáticas), sendo por vezes os depósitos mixtos ou com substâncias várias (cistina, xantina, colessterina, etc.), podem formular-se normas de profilaxia, percorrendo os diversos factores que tem sido indicados como contribuintes para a produção dos depósitos litiásicos. São eles:

«—1.º *Avitaminoses* — Todas as experiências realizadas em animais, sobretudo por Higgins que é o mais extremo defensor, talvez por vezes até ao exagêro, da carência da vitamina A e da sua acção protectora das mucosas e do equilíbrio coloidal, levam à conclusão de que esta vitamina alguma cousa influe na formação dos calculos.

De facto as dietas pobres em vitamina A condicionam nos ratos e cães, ao cabo de algum tempo, o aparecimento de concreções de fosfato de cálcio nos rins. Quanto às outras vitaminas parece que elas não influem na formação dos calculos podendo apenas contribuir pela sua carencia para um agravamento da situação geral do doente, que auxilie até certo ponto o desequilíbrio orgânico; ou pelo seu excesso (Vitamina D) que dá maior fixação do cálcio.

2.º *Factores endócrinos* — As glândulas paratiroides desempenham um importante papel no metabolismo do cálcio e do fósforo. O hiperparatiroidismo que pode existir sem hipertrofia definida da glândula ou adenoma da paratiroideia, consistindo apenas no aumento do parahor-

mónio, produz uma diminuição do cálcio e do fósforo dos ossos e um aumento consecutivo nas urinas, de forma que é necessário em todos os doentes medir a calcémia e suspeitar sempre que o número normal de 10% se eleve e atinja 11.5. Devo dizer no entanto que clinicamente pode não haver uma hipercalcémia, pois que o enriquecimento progressivo do cálcio no sangue é equilibrado rapidamente pela eliminação intestinal e renal, isto é por uma hipercalciúria. Parece que sendo o hiperparatiroidismo responsável por 4 a 5% dos casos de calculose urinária é indispensável pensar nesse factor e remover os tumores paratiroides, se existem, evitando as recidivas dos cálculos bilaterais atribuíveis a esse facto, ou irradiando as paratiroides quando a palpação for negativa.

3.º *Diáteses* — Embora esta designação feliz de Bouchard tenha sido rudemente combatida, a verdade é, que nós vemos na prática clínica indivíduos com um conjunto sintomático e sindromático que se enquadra bem na designação genérica de Bouchard. Fosse nessa ideia está a classificação geralmente aceite de diáteses ácidas e alcalinas, em que as anomalias do metabolismo conduzem invariavelmente às mesmas consequências; mas escapa-nos por vezes a explicação quando no mesmo doente nós encontramos cálculos uni ou bilaterais de diferente constituição química. Os cálculos de cistina por exemplo estão ligados a uma nítida perturbação do metabolismo do enxofre, em que os amino-ácidos ricos nessa substância em vez de se transformarem em taurina ou sulfatos, são excretados como tal pelo aparelho urinário. É muito provável que os cálculos de xantina, de indican, os urostealitos, etc. estejam filiados em perturbações metabólicas dos seus constituintes.

4.º *Vícios e abusos alimentares* — O alcoolismo e a voracidade predispoem para a litíase sobretudo pela imoderada ingestão de alimentos litogéneos e pela irritação causada nos epitélios pelo abuso do alcool.

5.º *Alcalinização* — Este factor litogéneo é facilmente demonstrável pelo aparecimento de cálculos em doentes com o regimen de Sippy, problema este de muito difficil solução dada a divergência de indicações para a úlcera e para a litíase de tipo alcalino.

6.º *Infecção* — A infecção como factor de formação de cálculos parece mais ou menos demonstrada, sobretudo quando a presença de micro-organismos que desdobram a molécula de ureia, auxilia a precipitação dos sais. Estes micróbios são estrepto ou estafilococcus e proteus vulgaris, que alcalinizam a urina. Segundo Randall é a infecção que creando pequenas lesões ao nivel da papila, origina ali a deposição de pequenas concreções que são o núcleo e o foco de origem de um cálculo. No entanto devemos lembrar aqui que a infecção não é sempre condição optima para a formação dos cálculos visto que rins muito infectados, crónicamente infectados pelo coli por exemplo, nunca formam cálculos nas suas cavidades.

7.º *Traumatismos* — Englobo aqui nesta designação não só o traumatismo directo sobre o aparelho urinário que condicione a remoção tanto

quanto possível perfeita de todos elementos que possam constituir um núcleo para formação dos cálculos, mas também os traumatismos variados extra-urinários que immobilizando o doente largo tempo no leito originam o aparecimento de uma urolitíase de cálcio. Assim os traumatismos da coluna ou das extremidades, as osteomielites crônicas, as artrites crônicas e duma maneira geral todas as doenças que immobilisem largo tempo os doentes em decúbito predispõem largamente para o aparecimento de litíase. Flocks que ultimamente publicou magníficos artigos sobre a profilaxia da urolitíase declara que quando o repouso no leito é prolongado nada pode evitar a hipercalcúria e que as duas causas fundamentais da litíase cálcica são, além da hipercalcúria, a estase urinária e a infecção. Quando existem lesões traumáticas que obrigam o doente a estar deitado e estas são ainda agravadas pelas lesões simultâneas do sistema nervoso central ou por manobras de cateterismo ou drenagem do aparelho urinário, a despeito de todos os nossos cuidados, os cálculos formam-se muitas vezes.

8.º *Retenções e corpos estranhos* — Se a uro-estase não é causa infalível de calculose poderemos no entanto afirmar que a persistência duma retenção pélvica ou vesical é factor optimo para a sedimentação litiásica. Devo dizer no entanto que o problema da retenção, é muitas vezes secundário ao cálculo pré-formado, sem retenção, e esta é provocada depois pela sua persistência. Resta-me falar ainda como factor litogénico da presença de corpos estranhos nas cavidades atravessadas pela urina, corpos esses que servem de núcleo para deposição de sais e formação em torno de corpo estranho de cálculos por vezes muito volumosos. Haja em vista a formação de grandes cálculos vesicais em torno de ganchos, cabeças de Pezzer, etc. Ainda ultimamente têm sido descritos com frequência casos de litíase urinária devido à precipitação nos canaliculos renais, na pelve renal e nos uretêros, de cristais abundantes de produtos sulfamidados sobretudo do grupo dos tiasois.

Descritos assim rapidamente os factores etiopatogénicos mais vulgares da litíase urinária, entremos no estudo da profilaxia da litíase nas suas várias modalidades. Citaremos primeiro as regras applicáveis à litíase urinária em geral independentemente da composição química do cálculo, regras que serão validas quando desconhecemos essa composição.

A primeira regra consiste na administração de líquidos em abundância para diluir os sais urinários mercê de forte diurese, pois mesmo sendo deficiente a protecção dos coloides, os sais precipitarão tanto menos facilmente quanto mais diluídos estiveram. É assim frustrada a estase pela abundante onda de urina, sendo preciso no entanto medir os líquidos ingeridos e relacioná-los com os líquidos emitidos para despistar a existência de uma retenção que origine um insucesso perigoso nesta terapêutica. Com bebidas aconselha-se a água, o café muito fraco e os chás diuréticos feitos em águas pouco mineralizadas do tipo da nossa água do Alardo. Não há inconveniente em deixar beber um pouco de vinho fraco às refeições. Pode aumentar-se também a ingestão de líquidos

com sucos de frutas mas com a reserva de que por vezes o excesso de frutas alcaliniza a urina o que pode ser inconveniente nas litíases desse tipo.

A segunda regra geral é a redução da ração de sal porque a concentração da urina depende muito da quantidade de cloreto de sódio eliminado e baixando-se esse nível diminuem-se os riscos da precipitação dos sais urinários. Não se deve consentir ao doente quantidade superior a cinco gramas diárias de sal, restringindo tanto mais esse número quanto menor foi o uso de bebidas ou maior a perda de líquidos por outras vias, como pode suceder nas grandes sudações ou nas diarreias profusas. Há que ter em conta também que os produtos de decomposição da albumina fazem concentrar mais a urina, enquanto que os hidratos de carbono e as gorduras são indiferentes a esse respeito. É pois conveniente cearear os albuminoides e aconselhar aos doentes sujeitos a crises litíasicas a serem sóbrios na sua alimentação.

Tratemos agora das regras especiais a seguir nas várias formas da litíase urinária. Devo dizer que para se instituir uma dieta bem marcada a um litíásico ou candidato a essa litíase é necessário fazer uma série de investigações que representam muitas vezes um estudo minucioso do doente. Higgins que se tem dedicado exaustivamente ao estudo destes problemas, tem uma série de experiências interessantíssimas cujas conclusões aqui vou citar rapidamente para poder com mais facilidade marcar a difficil directriz a aconselhar a cada doente. Os pacientes submetidos a essas experiências estavam enquadrados dentro dos seguintes grupos: 1.º Doentes para prevenir a recorrência dos cálculos. 2.º Doentes com emissões interpoladas de cálculos mas com radiografias negativas; 3.º Doentes com problemas ortopedicos. A primeira coisa a fazer será medir o pH urinário, da urina emitida em várias alturas do dia, mas as experiências demonstraram que há doentes com passado litíásico unilateral, operados ou não, em que o cateterismo bilateral revela um pH absolutamente diferente na urina do rim doente, da bexiga e do rim são, e então teríamos um facto paradoxal, de que a dieta relacionada com o pH vesical seria alcalinizante mas iria alcalinizar ainda mais a urina do rim doente cujo pH era muito alto, e os cálculos por precipitação dos fosfatos ou dos carbonatos teriam a maior probabilidade de se formarem e aumentarem. Daqui se deduz a necessidade de investigar o pH das urinas separadas para saber do tipo de dieta a instituir.

Um outro problema muito importante a resolver é o de averiguar a existência ou não de agentes microbianos e de infecção, e averiguar se esses microorganismos são ou não capazes de desdobrar a ureia, dado que desse desdobramento em amoníaco e óxido de carbono resulta a formação de carbonato de amónio. Este combina-se com sais de magnésio e com os fosfatos originando os fosfatos amónio-magnesianos insolúveis e por outro lado tornando-se a urina alcalina surge a precipitação dos sais terrosos igualmente insolúveis. Hellström, negando a afirmação de alguns autores de que as infecções do rim por micróbios desdobrando a

ureia são raras, demonstra ao contrário que em muitas infecções por *estafilococcus albus*, este tem a propriedade de a desdobrar. Assim, a simples identidade de um microorganismo não basta mas é necessário estudar a sua acção sobre a ureia. E se o doente emitiu algum cálculo, estudá-lo sob o ponto de vista químico e procurar saber se os sais são dos que precipitam em meio ácido ou em meio alcalino. Assim cada doente terá o seu esquema dietético consoante o pH em rins separados e as percentagens das dietas basais, em hidratos de carbono, gorduras e proteínas serão variáveis consoante o caso.

A dieta será controlada também por curas de glicemia e o pH será diàriamente controlado e apresentado ao médico quando varia num sentido inconveniente. As experiências demonstraram que nos doentes operados, para evitar recidivas, sendo em regras esses cálculos de fosfatos ou carbonetos, é necessário manter o pH à volta de 5,9 para os manter dissolvidos e evitar a sua precipitação. Estas experiências dietéticas juntas com a administração sistemática da vitamina A, resultaram numa redução estatística de recorrência dos cálculos de 16 para 4 por cento.

Os trabalhos de investigação no sentido de demonstrar a existência de cálculos nos doentes que permanecem na cama muito tempo, tais como doentes com problemas ortopédicos, neurológicos, gástricos, etc., parece demonstrarem a maior percentagem de litíase alcalina (carbo-fosfática). Então nestes doentes, Flocks que muito se tem dedicado ao estudo da profilaxia da litíase cálcica aconselha: 1.º Administração de grandes quantidades de líquidos que diluam o cálcio (pois que durante as primeiras 12 semanas o doente está em regimen de hipocalciúria) e diminuam as probabilidades de infecção e arrastem na torrente líquida os pequenos precipitados de cálcio; 2.º Controle da dieta, com dose alta de vitamina A e B como protectoras da mucosa e dietas acidificantes que facilitem a solubilidade do cálcio; 3.º Controle da estase, movimentando o doente de forma a permitir uma melhor drenagem da pelve renal, evitando a infecção e usando cateteres permanentes, se fôr preciso com irrigação da pelve renal com solutos variados; 4.º Controle da infecção — dando ao doente muitos líquidos que arrastam os glóbulos de pús e detritos epiteliais que possam vir a ser núcleos de futuras concreções, drenando as cavidades e estudando bacteriológicamente a urina para despistar as bacterias que a alcalinizam; fornecendo ao doente desinfectantes per os (sulfamidas, etc.), ou injectando penicilina e neoarsfenanina ou similar arsenical; 5.º Continuação do tratamento 3 meses após a cessação da imobilização, para eliminar todas as concreções formadas nesse período; 6.º Controles radiográficos frequentes para despistar o início da formação dos cálculos.

Desejo aqui focar neste momento em que estou tratando da profilaxia da litíase alcalina, um problema post-operatório de alto interesse. Quando se intervem cirurgicamente em rins litiasicos, um grande número

de recidivas são devidas ou à persistência ignorada de pequenas concreções deixadas no acto cirúrgico, ou à persistência duma retenção pélvica que mantém condições óptimas para a sedimentação litiásica. Isso nos explica a rapidez da re-formação dos cálculos em doentes com rins dilatados, operados de litotomia com bassinets despejando-se mal, com dilatações dos cálices inferiores e criando ali óptimas condições de litogénese futura. Como prevenir a recidiva destes cálculos? Mantendo uma drenagem prolongada post-operatória, deixando encerrar os trajectos apenas quando a assepsia do conduto ou cavidade fôr quanto possível absoluta, e cuidar da drenagem anatómica da pelve renal colocando o uretero em condições óptimas para a realizar. É para ponderar sempre nestes casos o tamanho do cálculo piélico visto que as intervenções feitas em cálculos muito grandes por nefrolitotomias extensas, deixando atrás de si cavidades pouco dinâmicas, predispõem evidentemente para uma retenção litogénea. Nestes casos aconselho profilacticamente uma drenagem piélica muito prolongada. Isto permite abordar aqui um pequeno problema cirúrgico grave da litíase renal, que é o da via de acesso para a extracção de grandes cálculos. Se de facto como gravidade a pielotomia alargada, ou feita mesmo à maneira de Prather como nefrolitotomia de operculo, é menor, a verdade é que a drenagem piélica simples através essa brecha é insuficiente e por prolongada pode conduzir à fistulização. Aconselho então sempre uma drenagem transrenal à maneira de Toupet, deixando encerrar livremente a brecha piélica. Isto nos garantirá um pouco mais contra a possível recidiva dessas litíases renais, por vezes bilaterais, em que tenha de se intervir. Nestas drenagens aconselho também as lavagens com o soluto de Albright que, quando é bem tolerado (o que por vezes não sucede, dando febre alta e irritação intolerável), mantem um meio ácido de solubilidade das pequenas concreções, evitando a sua formação.

Vejamos agora alguns detalhes dietéticos a instituir nas várias modalidades de litíase, pressupondo-a diagnosticada quanto à sua variedade.

Se a análise demonstra que se trata de um cálculo urático convem estabelecer um regimen em que a eliminação do ácido úrico seja mínima tornando débil ou anfetérica a reacção da urina. Isto consegue-se diminuindo a carne, que aumenta o ácido úrico e diminui a sua solubilidade; suprimindo as purinas e os alimentos ricos em nucleoprotidos geradores de ácido úrico (miolos, fígado, rins e os alimentos auto-lisados — caça, carnes temperadas, charcuterie, etc.). Os doentes alimentar-se-ão de preferência de hidratos de carbono, legumes, frutas, saladas verdes e sucos de frutas, sobretudo de uvas que alcalinizem a urina. Águas alcalinas para beber cortadas dum pouco de vinho.

Na litíase oxálica, que aparece sobretudo sob a forma de oxalato de cálcio, é vantajoso suprimir os alimentos ricos em cálcio e em ácido axálico tais como chá, cacau, chocolate e assúcar, e determinados

vegetais — os espinafres, a chicória, o feijão verde. Evitar o leite e os ovos que pelo conteúdo de cálcio possam originar a formação de oxalato de cálcio de fraca solubilidade na urina. Aconselhar a ingestão de águas alcalinas e não dar a estes doentes um regimen muito severo e monótono, visto que são em regra nevropatas com hipersecreção e hipercloridria, de forma a absorverem os oxalatos ao nível da mucosa gástrica. É bom tratá-los por psicoterapia, mudanças de ambiente, curas de águas, etc., e administrar alcalinos e magnésio, que combinando-se sob a forma de oxalatos de magnésio torna estes sais solúveis.

O problema dietético da litíase, vantajoso em parte quando seguido rigorosamente, pode enquadrar-se afinal em 2 tipos de regimen que, tendendo a modificar o pH da urina, pretendem solubilizar os sais que precipitarão ou não consoante a reacção da mesma.

Assim as dietas alcalinizantes servirão para as litíases ácidas e as dietas acidificantes para as litíases carbofosfáticas em que se deve suprimir o leite, os legumes verdes, as especiarias, as batatas, os vinhos e os licores, e as águas alcalinas, aconselhando-se as águas aciduladas. Entre os regimens acidificantes conta-se o que Clark e Helmholtz aconselham sob a designação de cetogéneo. É um regimen rico em gorduras e pobre em hidratos de carbono, numa proporção em que a dose de gorduras seja dupla da soma da dos hidratos de carbono e das proteínas. Esta alimentação provoca a formação de corpos cetónicos que actuam como ácidos orgânicos, acidificando a urina, mas para que isso suceda é necessário que a concentração dos corpos cetónicos seja de 0,5% e que o pH oscile em torno de 5,2 ou abaixo. O corpo cetónico com mais forte poder bactericida é o ácido β oxibutírico. Quando apesar deste regimen a acidificação é insuficiente ou que o doente o tolere mal, visto que a abundância das gorduras trás por vezes um enjojo acentuado, administra-se o cloreto de amónio na dose de 3 gr. por dia em cápsulas queratinizadas.

Ainda como complemento de acidificação urinária se pode dar ao doente o ácido mandélico e seus derivados, produto obtido dum glucosido extraído das amêndoas amargas e ensaiado por Rosenheim em poção. Da minha experiência pessoal tirei a conclusão de que o regimen cetogéneo é difficilmente aceite pelos doentes portugueses avessos a matemáticas culinárias complicadas e quando alguma vez o consegui instituir com rigor notei resultados pouco brilhantes. Da terapêutica mandélica tenho uma impressão também fraca, pois ela não consegue vencer os casos difíceis com lesões constituídas, da cistite incrustada por exemplo.

Devo dizer que o problema da litíase é muito mais complicado que o da ácida, dado a enorme dificuldade de transformar uma urina alcalina em urina ácida e sobretudo mantê-la ácida com permanência, quando existe de facto uma autêntica diátese fosfática. Nestas litíases sempre infectadas teremos que encarar o problema da infecção e 2 grandes

fármacos devemos utilizar «larga manu» para eliminar essa infecção — as sulfamidas e a penicilina. Muitas vezes infelizmente as infecções são colibacilares e este micróbio é pouco influenciado pelas sulfamidas e nada pela penicilina. Aguardemos com confiança o advento de novas modalidades químico-terapêuticas que, jugulando a infecção, acidifiquem simultaneamente a urina.

Julgo, ao terminar estas pequenas considerações sobre a litíase urinária e a sua profilaxia, ter focado todos os pontos importantes deste magno problema da urologia e julgo ter marcado nitidamente a versatibilidade dos resultados obtidos. De facto, se nalguns casos conseguimos lisonjeiros benefícios colhidos do rigor da dieta e da ingestão de certas drogas, noutros doentes por vezes duma forma paradoxal aparecem manifestações agudas da litíase quando o regimen era rigoroso e se esperava das drogas o milagre da cura — ».

AMATUS LUSITANUS, V, 1946.— N.º 1 (Jan.): *Factores e aspectos da coagulação sanguínea*, por F. Gonçalves Ferreira; *Aspectos da imunização antidiftérica numa área de Lisboa* (conclusão do n.º anterior), por José Cutileiro e A. Marques Cardoso; *Contribuição para o estudo experimental da acção da glicerina sobre a motilidade do intestino*, por José Garrett; *Vólvulo gástrico total por enterite tuberculosa*, por M. da Silva Leal; *Isospora hominis num caso de diarreia em Cabo Verde*, por Jorge Janz.

Imunização antidiftérica em Lisboa.— O ensaio feito na freguesia da Pena, vacinando entre 1939 e 1944 as crianças com menos de 5 anos (547) e com mais desta idade (363), mostra que dele resultou uma baixa sensível no número das crianças hospitalizadas por difteria e residentes nessa freguesia, particularmente notável para as de idade inferior a 5 anos, e que a melhoria se evidenciou nitidamente no que respeita à mortalidade. O que vem confirmar a noção da necessidade de intensificar a vacinação anti-diftérica, ainda pouco espalhada em Lisboa, se exceptuarmos as classes ricas, em que o clínico exerce essa acção profilática.

Acção da glicerina sobre a motilidade intestinal.— Sobre estudos experimentais com intestino isolado de cobaio, coelho e rato, Velasquez propôs o emprêgo da glicerina como espasmolítico intestinal e uterino; se neste último aspecto, a droga se mostrou operante e foi introduzida na clínica, no primeiro os ensaios davam lugar a dúvidas; para as esclarecer, o A. fez experiências sobre intestino «in situ» do coelho e do cão, e sobre o intestino isolado do coelho. Chegou às seguintes conclusões, juntando às de Velasquez as suas observações pessoais:

1— A acção anti-espasmódica da glicerina é largamente condicionada pela espécie animal sobre que actua. Os resultados mais evidentes obtêm-se com o cobaio; o coelho é também sensível, mas em muito menor grau; o cão é, praticamente, iusensível.

2— A acção anti-espasmódica da glicerina varia com os órgãos de fibra lisa sobre que actua; enquanto que a sua acção parece evidente e

NOVO QUIMIOTERÁPICO «CIBA»

ELKOSINA

6-sulfanilamido-2,4-dimetilpirimidina

Acção antibacteriana polivalente
Grande margem terapêutica
Concentração elevada no sangue
Excelente tolerância
também em injeção endovenosa

Ausência de vômitos, de cianose e de corpúsculos
intraglobulares

EMBALAGENS:

Tubos de 20 comprimidos de 0,5 grs.
Caixas de 5 ampolas de 5 cc.

PRODUTOS CIBA LIMITADA

RUA GONÇALVES CRESPO, 35

LISBOA



**NA FRAQUEZA
GERAL E
PSÍQUICA**



EMONEURA
MEDICAMENTO ALIMENTO

MEDICAMENTO ALIMENTO



DEPÓSITO GERAL:

A.A.MOZ TEIXEIRA

115-R.POÇO DOS NEGROS-117-TELEF. 63961-LISBOA

intensa sobre alguns (útero de cobaia e de coelha), é muito fraca sobre outros (intestino do coelho) e nula sobre outros ainda (intestino do cão).

3 — O emprêgo da glicerina (ou seus derivados) na prática clínica deve esclarecer até que ponto são aplicáveis à espécie humana os efeitos obtidos nos animais; estes levam a crer que a glicerina (ou seus derivados) poderá aproveitar-se como espasmolítico uterino (o que a experiência de vários autores já mostrou, podendo considerar-se como importante aquisição terapêutica em obstetrícia e ginecologia), mas não deverá, com fundamento experimental, entrar na lista dos espasmolíticos intestinais úteis.

Válvulo gástrico total por enterite tuberculosa.— A torsão do estômago sobre um dos seus eixos, durante um tempo prolongado, independentemente do seu estado de vacuidade ou de plenitude, contitue o vólculo gástrico, afecção rara, particularmente sendo total, como no caso aqui descrito, interessante também por poder determinar-se a sua etiologia (estenose de segmento do íleo, por lesões tuberculosas) e por a doente ter curado (depois da ressecção do aludido segmento).

CLÍNICA CONTEMPORANEA, I, 1946.— N.º 1 (Jan.): *Sobre o cancro genital: carcinoma da região vulvar*, por Francisco Gentil; *O problema da terapêutica curativa da malária*, por F. Fonseca, F. Cambournac, M. R. Pinto e J. C. Queiroz; *Métodos de observação nas cardiopatias congénitas*, por P. Madeira Pinto; *O tratamento da sífilis pela penicilina*, por Juvenal Esteves; *Hospitais, assistência e educação médicas*, por F. Gentil; *Ribeiro Sanches na «História da Medicina da Rússia*, por Andresen Leitão.

Cancro vulvar.— O cancro vulvar é uma localização grave de carcinoma cutâneo (pois os c. glandulares são raríssimos), cuja evolução é condicionada pela circulação arterial, principalmente, e ainda pela linfática; as artérias vulvares nascem geralmente da pudenda que facilmente se oblitera, mas quando a isserção do clitóris é atingida os linfáticos são invadidos, tal como sucede no cancro do pénis. No Instituto Português de Oncologia, entre 7.541 carcinomas genitais, contam-se 190 de vulva, com as seguintes localizações: grandes lábios — 80, clitóris — 11, clitóris, grandes e pequenos lábios — 25, pequenos lábios — 14, pequenos e grandes lábios — 18, uretra — 7, Fúrcula — 4, glândula de Bartholin — 0, grande invasão, em muitos para além da vulva — 32. Histològicamente, 151 eram plano-celulares puros, 15 baso-celulares, 6 mixtos, 2 de células intermediárias, 2 indiferenciados, 3 adenocarcinomas; em 11 não se fez biópsia.

A terapêutica de cada caso é ditada pelas circunstâncias que o caracterizam, quanto a sede, modo de crescimento, tempo de evolução, extensão e órgãos atingidos, forma exuberante ou escavada, natureza histològica; e também à idade, estado da vulva (lesões senis, atrofias, lesões anteriores), constituição e estado da doente (emunctórios, circulação, etc.). As regras terapêuticas só tem carácter de generalidade.

A utilidade da radiação e a determinação da dose a empregar dependem da vascularização, estrutura das artérias e resistências dos tecidos, pois os vasos da vulva são eminentemente sensíveis e facilmente se obliteram quando a irradiação é excessiva, motivando assim a necrose com todos os seus inconvenientes. Do clitóris os vasos linfáticos profundos vão do retículo pré-sinfisário ao gânglio de Cloquet e a um tronco inguinal e ganham os gânglios ilíacos externos; o que indica a necessidade de extirpar estes, quando o clitóris foi invadido pela neoplasia. De um modo geral, a técnica usada no I. P. O. é a seguinte:— No carcinoma cutâneo ou no do clitóris ainda limitado, em planos atróficos mas não lesados, sem kraurosis nem leucoplasias extensas e sem prurido vulvar intenso, com lesões limitadas e facilmente extirpáveis, sem gânglios palpáveis, faz-se extirpação por electrodiérese, aplicação de rádio em aberto, e previamente raios X ou rádio em molde sobre o pubis e regiões inguinais. Quando a vulva está fortemente lesada, rádio em punção se as lesões são exuberantes e em aparelho se são planas; nas recidivas pode estar indicado o Chaoul. Se não se palpam gânglios, raios X sobre o pubis e regiões inguinais; palpando-se, extirpação, sendo o esvaziamento precedido e seguido de raios X. Em lesões já recidivadas, invadindo várias estruturas da vulva, como em lesões do vestíbulo ou do clitóris, vulvectomia; se esta é impossível, rádio em molde e extirpação dos gânglios.

O prognóstico pode avaliar-se pelos resultados verificados em 134 doentes que puderam seguir-se das 190 acima referidas: curadas até aos 5 anos ou depois — 9, até aos 4 anos — 6, até aos 3 anos — 9, até aos 2 anos — 7, até ao fim do ano — 17; Portanto, curas confirmadas com mais de 3 anos — 17,9 0/0, curas clínicas — 35,8 0/0.

O problema da terapêutica curativa da malária.— As formas exoeritrocíticas dos parasitas do sezonismo são responsáveis pela falência da terapêutica antimalárica nos casos em que esta se verifica. Só se conseguirá a cura da doença quando dispuzermos de uma droga que actue sobre essas formas do agente. Os fármacos usados para o tratamento da malária podem repartir-se em quatro grupos: derivados da quina, atebrina, plasmoguina, e certo número de substâncias que parece terem alguma acção sobre os parasitas mas que não estão ainda suficientemente estudadas. Todos eles não actuam na fase esporozoítica, e por isso compreende-se que não actuem também sobre as formas exoeritrocíticas. São inúteis nas fases de latência da doença.

Os A. A. fizeram experiências, com diversas substâncias, tanto no homem como em aves. Inocularam por picada directa do mosquito infestado, e subcutânea ou intramuscular duma suspensão de esporozoítos preparada a partir duma emulsão de glândulas salivares de mosquitos; tanto os indivíduos inoculados como as aves estavam isentos de malária. Durante os primeiros dias da fase muda e em períodos diferentes, administraram a droga a ensaiar, deixando em cada lote um ou dois inoculados, como testemunhas da evolução natural da doença. Exames diários

de esfregaços de sangue, para apreciar a infestação eritrocítica. As substâncias ensaiadas no homem foram: vitaquina, sulfatazol, sulfapiridina, tartaro emético, neostibosan; nenhuma mostrou acção sobre as formas em questão. Nas aves ensaiaram-se: mecaprina, quinina, atebrina, vitaquina, antimalárico Cado, e diversas sulfamidas; nenhuma mostrou destruir as formas exoeritrocíticas, embora a quinina e a atebrina exercessem sobre elas acentuada acção, e o período de incubação se alongasse um pouco com as sulfamidas.

Tratamento da sífilis pela penicilina.— Depois de uma revisão do estado actual da questão (que com a devida vénia reproduzimos neste número, na secção «Revista geral»), insere, como documentação exemplificadora, 6 observações clínicas, que passamos a resumir.

I — Homem de 35 anos, luético há 3 meses, tratado irregularmente com neosalvarsan e bismuto, apresentando lesões papulosas circinadas no meato e no escroto, treponemas no sangue e na serosidade do escroto, reacção de Wassermann duvidosa e Kahn positiva. 60 injeções de 40.000 U, de 3 em 3 horas. Cura clínica e negatividade das reacções, verificadas ao 22.º dia.

II — Homem de 30 anos, com cancro duro datando de 15 dias, pleiade ganglionar, treponemas abundantes nas lesões do meato e da glande. R. W. e R. K. fortemente positivas. 60 injeções de penicilina, de 40.000 U cada uma. Regressão rápida das lesões e seu desaparecimento completo em 4 dias. Inversão da serologia ao 16.º dia.

III — Homem de 47 anos. Primeira infecção em 1922, possível reinfeção em 1935. Tratamento irregular, por salvarsânicos e bismuto, condicionado pelo estado do parenquima hepático e vascular; a serologia, que havia negativado com o tratamento arsenical, voltou a ser positiva em 1939, e manteve-se duvidosa de 1941 a 1945. Sintomatologia subjectiva, ao que parece de origem hepática e vascular. Em Dezembro de 1944, 1.000.000 U de penicilina em 8 dias; em Março de 1945, 800.000 U, tornando-se negativa a serologia; em Junho de 1945, mais 690.000 U, tornando-se a serologia fortemente positiva.

IV — Mulher de 43 anos, com sífilis antiga, tratada irregularmente. Apresenta os sintomas de neuro-lues tardia, de tipo parético. R. W. duvidosa, R. K. negativa. R. W. na língua fortemente positiva. 1.000.000 U de penicilina, assim repartida diariamente: 20.000 por via intra-raquidiana, 30.000 por via endovenosa, 20.000 por via intramuscular. 24 dias depois, R. W. negativa no líquor. Melhora da disartria e da incapacidade de raciocínio.

V — Criança de 40 dias, hipotrófica, com mau estado geral, numerosas lesões de infiltração cutânea, esplenomegalia. Treponemas nas lesões cutâneas. R. W. e R. K. fortemente positivas. 100.000 U de penicilina, repartidas por doses diárias de 10.000 U por via endovenosa e 30.000 por via intramuscular. Reacção febril no início do tratamento. Regressão completa de todas as lesões, em 12 horas. As reacções sero-

lógicas mantiveram-se positivas até à data da última observação, feita 67 dias mais tarde.

VI — Criança de 12 meses, com grande hipotrofia, anemia, lesões cutâneas, esplenomegalia. R. W. e R. K. fortemente positivas. Dose diária de penicilina nos dois primeiros dias: 60.000 U, divididas por injeção intramuscular de 4 em 4 horas; depois 135.000 U até que a dose total atingiu 800.000 U. Melhoria clínica, as reacções serológicas mantiveram-se positivas, fortemente (última observação, 35 dias depois do começo do tratamento).

Compendiando os resultados obtidos nestes 6 casos, vê-se que houve impressionante rapidez no desaparecimento das lesões e reversibilidade da serologia nos casos I e II, possível efeito sobre a serologia no caso III, melhoria sintomatológica e reversibilidade das reacções no liquor do caso IV, notável acção clínica nos casos V e VI. Em todos os casos houve favorável modificação do estado geral e ausência de reacções acessórias.

ARQUIVO DE PATOLOGIA — XVII, N.º 2 (Agosto de 1945): *Tifo murino*, por Manuel R. Pinto; *A estatística em biologia*, por G. Ettisch; *Os raios Roentgen em oncoterapia*, por F. Bénard Guedes; *Iconografia oncológica*; *Primeira centuria de curas médicas de João Rodrigues de Castelo Branco (Amatus Lusitanus)*, prefácio e notas de J. Lopes Dias e Firmo Crespo (conclusão dos 4 números anteriores).

Tifo murino. — Trabalho de revisão geral e de investigação experimental, dividido em cinco capítulos: I — Tifo murino e sua história, II — Tifo murino humano, III — Etiologia e transmissão do tifo murino, IV — Tifo murino experimental, V — O tifo murino no embrião da galinha.

No primeiro capítulo faz a história dos conhecimentos sobre o tifo murino, a partir das observações feitas por Brill em 1898 e do isolamento da nova entidade mórbida pelos trabalhos de Maxcy (1926) e de Mooser (1927); mostra as relações que existem entre o tifo clássico ou histórico e o tifo endémico ou murino. O segundo capítulo foi publicado no «Portugal Médico», n.º 7 de 1945.

Nos capítulos seguintes, que constituem a parte laboratorial deste estudo, começa por descrever o agente etiológico, a sua morfologia, métodos de coloração, técnica de cultura e suas qualidades biológicas. Refere também os resultados obtidos nas experiências de filtrabilidade da estirpe de *Rickettsia mooseri*, isolada a partir dos ratos de Lisboa (*B. I-Lisboa*). O estudo do tifo murino experimental merece ao A. a maior atenção. Depois de referir a sensibilidade de alguns roedores e outros animais, tais como o cão, gato e burro, passa ao estudo dos animais de escolha para o estudo experimental do tifo murino. A doença da cobaia e a do rato são tratadas pormenorizadamente, e os resultados referidos dizem respeito especialmente às experiências feitas para a caracterização das diferentes estirpes de vírus murino isoladas. A enfermidade dos outros animais de



*Para
todas as indicações da
sulfamidoterapia local*

IRGAMIDE

(N₁ - Dimetil - acrilil - sulfamida)

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. Pó puro : | Profilaxia e terapêutica dos ferimentos infectados, nas feridas operatórias, para preparação de soluções e execução de prescrições magistrais. |
| 2. Pomada : | Nas feridas infectadas, piodermias, impetigos, etc. |
| 3. Pomada oftálmica : | Para tratamento das infecções das pálpebras, da conjuntiva e da córnea. |
| 4. *Pomada nasal : | Nas rinites agudas e crónicas; aborta a coriza e impede a propagação da infecção aos seios. |
| 5. Empólas : | Para injeccção endovenosa e intramuscular; para lavagens da pleura e das articulações. |

* Esta apresentação não foi ainda posta à venda.

J. R. GEIGY S. A. — BASILEIA (Suíça)

Representante para Portugal e Colónias :

CARLOS CARDOSO

Rua do Bonjardim, 551 — Porto

IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD.

APRESENTAÇÃO

A Imperial Chemical Industries, Limited, é um dos maiores fabricantes de produtos químico-orgânicos do Império Britânico.

Muitas das substâncias sintéticas para usos medicinais estão intimamente ligadas com as matérias orgânicas, tais como as anilinas e, por esta razão, já em 1916 a I. C. I. fabricava (pela primeira vez em Inglaterra) o seu corante antiséptico, a «Acriflavina», — satisfazendo assim a urgente necessidade que então havia de poderosos antisépticos para o tratamento dos ferimentos de campanha.

No período que decorreu entre as duas guerras mundiais, a I. C. I. fabricou inúmeros produtos químicos puros que foram utilizados na indústria farmacêutica e, simultaneamente, uma série de medicamentos especializados que eram vendidos através de outras organizações.

Com as excepcionais possibilidades de investigação científica e fabril que tinha ao seu dispor, era natural que a I. C. I. alargasse o âmbito do sua actividade no campo da Quimioterapia, o que realizou em 1936 com a formação de uma secção especial de Estudos Biológicos, cuja importância se revelou em 1939, quando era de interesse vital para a Grã-Bretanha produzir urgentemente alguns medicamentos indispensáveis, que até então só podia obter no estrangeiro.

Quando a guerra eclodiu, a fabricação de alguns destes produtos constituiu um importante triunfo técnico da Grã-Bretanha que, desta forma, prestou um grande serviço ao esforço de guerra das Nações Unidas.

Esta rápida evolução tornou necessária a criação de um organismo para coordenar e ampliar as pesquisas laboratoriais e para tomar a seu cargo a produção e distribuição de produtos farmacêuticos.

Foi portanto com este fim, que a I. C. I. formou em Março de 1942 a nova Companhia subsidiária:

IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD.

Representantes em Portugal: **SANTOS MENDONÇA, L.^{DA}** — Rua da Boa Vista, 83 - LISBOA

laboratório, também frequentemente empregados no estudo do tifo, como sejam o ratinho, coelho e macaco, merece igualmente descrição minuciosa. Seguidamente, o A. aponta os dados experimentais que permitem a separação do tifo murino do tifo clássico, e as regras a que deve obedecer um vírus isolado para que seja caracterizado como vírus murino.

Termina este trabalho com a descrição da doença experimental do embrião de galinha, enfermidade que leva sempre o embrião à morte. Este novo método de estudo parece de grande importância para a experimentação no tifo murino, pois permite a avaliação do poder protector dos soros imunes e provavelmente das alterações da patogenia da rickettsia. O embrião, inoculado por via intra-embriónica com suspensões de *Rickettsia mooseri*, sofre doença experimental que se traduz pelo aparecimento de aglutininas específicas (Reacção de Weil-Felix e de Weigl positivas) e morre ao cabo de alguns dias com lesões histológicas típicas de tifo exantemático. A doença pode reproduzir-se em série por passagens de embrião a embrião, e as emulsões de órgãos dos embriões doentes ou mortos reproduzem o tifo experimental nos animais sensíveis. Também fez o estudo da doença obtida após a inoculação por outras vias; os embriões inoculados por via endovenosa morrem rapidamente, não sucedendo o mesmo aos inoculados por via intra-saco amniótico.

Os raios Roentgen em oncoterapia.— Depois de fazer a história das fases sucessivas pelas quais passou a terapêutica do cancro pelas radiações, até que em 1928, no 2.º Congresso Internacional de Radiologia se criou a unidade ionométrica internacional (r) e se estabeleceu a noção do ritmo de irradiação, chega à fase actual dos estudos que tem procurado aperfeiçoar cada vez mais o processo, fase interrompida com a guerra mundial. Os progressos principais dizem respeito a dois factores importantes. O primeiro refere-se ao pormenor técnico de contacto quase completo dos tubos radioactivos com a lesão cancerosa, de que resulta, em relação com a lei da distância, grande absorção de energia radiante pelas camadas superficiais dos tecidos e rápida degradação nos planos subjacentes. Pela curieterapia intersticial, em superfície ou intracavitária, é possível assim aplicar grandes doses de raios gama nos tecidos cancerosos e poupar ao mesmo tempo a integridade dos tecidos sãos. A consideração da vantagem deste factor no tratamento de algumas localizações neoplásicas sugeriu a Schaefer e Whitte e também a Chaoul a construção de aparelhos de baixa voltagem com ampolas especiais e a concepção do método da próximo-roentgenerapia ou roentgenerapia de contacto, de efeitos benéficos, em extensas lesões cutâneas ou em lesões cavitárias, sobre as quais nenhum dos outros métodos de oncoterapia actuam eficazmente. O segundo factor relaciona-se com o grande poder de penetrabilidade das radiações gama e sua acção biológica electiva, insufficientemente aproveitadas nas técnicas correntes de curieterapia. Já Regaud tinha criado o método da curieterapia a distância com alguns grammas de rádio, e conseguido resultados apreciáveis no tratamento de cancros de órgãos

profundos intra-torácicos e abdominais menos radiosensíveis; mas o método nunca passou de privilégio de poucas instituições oncológicas, pela grande dificuldade económica de generalização do uso de tão grandes porções de substância radíactiva; oferece além disso pouquíssimo rendimento, pela extensa duração das sessões e impossibilidade de tratar pouco mais de doze doentes por mês. Surgem as tentativas de construir aparelhos capazes de fornecerem tensões mais elevadas e ampolas que as suportem, de modo a produzir raios Roentgen de comprimentos de onda que se aproximem dos curtos comprimentos de onda dos raios gama. Já na exposição do Congresso Internacional de Radiologia de 1931, realizado em Paris, aparecem os primeiros aparelhos de roentgen-gamaterapia. Em especial nos Estados Unidos da América, estudam-se os efeitos físicos, biológicos e clínicos sob a acção de raios Roentgen produzidos sob tensões de 400, 600, 800 KV, de um milhão de voltes e mais.

No Congresso Internacional de Radiologia de Paris, em 1931, Forsel expõe as possibilidades dos meios de acção em oncoterapia. Em 56 % da totalidade das neoplasias malignas, informa, a cirurgia é o método terapêutico de escolha, todas as vezes que a doença se apresente em fase de operabilidade e seja possível a exérese total. Mas, pela pequena quantidade de casos que o cirurgião observa nesta fase, os que podem beneficiar da intervenção operatória não excedem 10 %. Por isso, nos restantes 90 % da totalidade, há necessidade de empregar a terapêutica pelas radiações. Estes números, fornecidos há 14 anos por um radiologista dos mais autorizados e dirigente de uma das mais antigas e conceituadas organizações de luta anticancerosa, evidenciam bem a importância do papel da terapêutica das radiações em oncoterapia. Mas considerados à luz das possibilidades actuais, aproximam-se apenas da realidade e já não são exactos, nem para a cirurgia, nem para a roentgenerapia.

Com efeito, por um lado, há que contar em primeiro lugar com o alargamento do âmbito de acção que o método da electrocirurgia proporcionou ao cirurgião, pelo deslocamento do limite de operabilidade em algumas neoplasias radioresistentes que, antes dos aperfeiçoamentos do excelente processo, tinham de ser abandonadas à sua evolução como insusceptíveis de cura ou submetidas a irradiações paliativas inúteis. Em segundo lugar, há que pôr em evidência o papel cada vez mais activo que cabe à roentgenerapia, não só como método exclusivo indicado no tratamento de grande número de tumores malignos, mas também quando empregado em colaboração com a cirurgia e a curieterapia, como anti-flogístico eficaz ou como complemento curativo indispensável. Este papel é considerado do mais elevado valor no Instituto Português de Oncologia, dirigido por um cirurgião que há mais de trinta anos o compreendeu e contribuiu para expandir a sua utilização proveitosa. Se a esta associação oncoterápica juntarmos a acção da roentgenerapia de contacto, tão

largamente indicada e a enorme percentagem de casos em que os raios Roentgen intervêm como única terapêutica paliativa eficaz, facilmente se adquire a visão clara de como o número de doentes com neoplasias malignas, que passam pela secção de roentgenerapia de uma organização oncológica, atinge um valor que não se encontra muito afastado de 100 %.

Se, enfim, nos não esquecermos dos recursos imprevisíveis que com muitas probabilidades nos reservam para breve os aparelhos de super-voltagens no método da roentgengamaterapia, quando bem estudadas e fundamentadas as suas técnicas, depressa se compreenderá a preocupação dos dirigentes e orientadores das instituições oncológicas, de cada vez mais ampliarem as instalações reservadas aos raios Roentgen.

Primeira centuria das curas de Amatus Lusitanus.— Interessantíssima a publicação em português da primeira centuria das observações clínicas de Amatus Lusitanus, que os A. A. prefaciaram e anotaram, contribuindo assim para tornar apreciada a obra do célebre médico quinhentista, o mais valioso documento médico do século XVI subscrito por um português, que teve nesse século e no seguinte algumas dezenas de edições. O prefácio constitue uma excelente introdução ao escrito de Amato; contém um esboço biográfico e trata dos caracteres científicos, das fontes médicas e dos aspectos literários e linguísticos das Centurias.

ACÇÃO MÉDICA.— X, N.º 38 (Dez. de 1945): *Nul bain pendant mille ans*, por Meyreles do Souto; *Medicina, serviços sociais e humanização do trabalho*, por Sousa Gomes; *Remodelação dos serviços de assistência*, por Pereira Marques; *Casar e porque não?*, por Silva Leal; *O problema dos especialistas*, por Silva Leal; *A linguagem médica e o acôrdo ortográfico*, por Silva Leal; *São Cosme e São Damião*, por A. Castillo de Lucas; *A geração humana e as doutrinas de Exeter*, por J. Paiva Boleo.

O problema dos especialistas.— Anotando a regulamentação do título de especialista, refere a falta da Endocrinologia na lista das especialidades a reconhecer, a imprópria igualdade do tempo de estágio preparatório para toda e qualquer especialidade, a falta de cursos para formação de especialistas nas Faculdades de Medicina, e a dificuldade na realização dos estágios por não estar regulada a admissão dos pretendentes nos estabelecimentos onde eles tem de fazer-se.

A linguagem médica e o acôrdo ortográfico.— A linguagem médica em Portugal está em regimen de anarquia, contra a qual há muito se clama. Crê o A. que a melhor maneira de começar a fazer-se a desejada uniformização será a dos professores de medicina, nas 3 Faculdades, adoptarem igual maneira de escrever e dizer os termos médicos. A propósito, lembra que o interesse pelo assunto nasceu no Brasil antes que em Portugal apparecesse o livro de Cândido de Figueiredo—Vícios da linguagem médica, que marcou o início de uma série de estudos, principalmente vindos a lume no Porto. Agora que se fez o acôrdo ortográ-

fico luso-brasileiro, deve estabelecer-se uma linguagem médica que seja uniforme, de um e outro lado do Atlântico.

A geração humana e as doutrinas de Exeter.— Crítica da conferência feita na Sociedade das Ciências Médicas pelo prof. Egas Moniz. Refute a asserção de que as ciências biológicas nada tem que vêr com a moral (porque se assim é enquanto não passam dos laboratórios, já tal não sucede nas suas aplicações sociais), nota que na clínica de Exeter o interesse pelo problema da esterilidade feminina é muito pouco ao lado do neo-maltusianismo que largamente pratica, e considera erro científico (biológico e eugénico) a fecundação artificial da mulher, que no ponto de vista social é por múltiplas razões condenável.

LIVROS E OPÚSCULOS

Actualidades e utilidades médicas.— Mais 2 volumes desta colecção de resumos de trabalhos estão publicados; são relativos ao 1.º e 2.º quadrimestres de 1945, e continuam a ser redigidos por Tomé de Lacerda e António de Lacerda. O primeiro insere 56 notas e o segundo 66, constituindo um útil repositório de informações sobre patologia e terapêutica. (Lisboa, 1945-46).

Actualidades biológicas.— Vol. XVIII (Lisboa, 1945). Conferências feitas no Instituto Rocha Cabral em 1945: *Reflexos condicionados e reacções condicionadas*, por Ferreira de Mira; *E' a eclampsia uma disfunção?*, por Joaquim Fontes; *Alguns aspectos da fisiologia gástrica*, por J. Mirabeau Cruz; *Potenciais bioeléctricos*, por J. Moniz de Bettencourt; *Heterocromatina*, por Flávio Rezende; *O conceito de sistema celular*, por A. Celestino da Costa.

Sezonismo; a luta contra a endemia no ano de 1943.— A Direcção Geral de Saúde publicou este relatório, à semelhança dos relativos aos anos anteriores, com grande cópia de interessantes informações, das quais destacamos: as dificuldades de acção terapêutica originadas pela guerra mundial, o alargamento da zona endémica pelo aumento do anofelismo e falta de vigilância sanitária dos ranchos migratórios que vão servir de porta-parasitas.

Trabalhos sobre sezonismo em 1943 e 1944. (Direcção dos Serviços Anti-sezonáticos da Direcção Geral de Saúde).— Contém o primeiro volume de 1943: *O sezonismo em Traz-os-Montes*, por Leonel Cardoso; *Sezonismo e propaganda sanitária*, por Fausto Landeiro; *Nota sobre um caso de associação sezões-kalazar*, por J. Pereira de Lima; *A colaboração da medicina nos grandes trabalhos de engenharia*, por J. Lopes Barbosa. O segundo volume (1944) insere: *Protecção ao trabalhador rural, base da luta contra o sezonismo*, por Fausto Landeiro; *Inquérito sobre crianças com menos de 1 ano de idade*, por Alvaro Ramos; *Inquérito de sezonismo na Escola de Mecânicos de Vila Franca de Xira*, por Francisco Freire; *Inquérito de sezonismo em Vila Real de Santo Antó-*

nio e Castro Marim, por Alvaro Ramos; *Nota acerca de 40 casos de kala-azar registados no Posto anti-sazonático do Pocinho*, por Herculano Pinto; *Sobre as condições de vida das populações rurais do Vale do Sado*, por Alvaro Ramos. Estes volumes documentam a actividade dos Serviços anti-sazonáticos oficiais e dão subsídios valiosos para perfeito conhecimento das causas da endemia palustre no continente português e respectivos meios de a combater.

Conferências sobre neuro-psiquiatria infantii.—Formando o 1.º e 3.º volumes das Monografias do Instituto de António Aurélio da Costa Ferreira, inserem as conferências feitas neste estabelecimento nos anos de 1944 e 1945, conjunto de boas exposições de assuntos de interesse para a pediatria e a pedagogia. Na 1.ª série: *Causas da anormalidade infantil*, por Diogo Furtado; *A criança e a psiquiatria do adulto*, por Barahona Fernandes; *Dificuldades escolares e pedagogia clínica*, por Emile Planchard; *A psicologia geral e a criança anormal*, por Vítor Fontes. Na 2.ª série: *O negativismo e as suas relações com as neuroses infantis*, por L. de Castro Freire; *Testes mentais, sua história e valor*, por Carrington da Costa; *Os reflexos condicionados, a psicologia e a psiquiatria*, por Vítor Fontes. Os dois volumes são prefaciados pelo director do Instituto, prof. Vítor Fontes, a quem se deve a fecunda actividade do importante estabelecimento.

Trabalhos do laboratório do Instituto Rocha Cabral (Lisboa, 1945).—Colectânea de 38 trabalhos, sobre temas de biologia, fisiologia e química biológica, efectuados no Instituto e publicados em revistas. De alguns, que saíram em revistas médicas, já demos nota ao publicar os respectivos sumários; de outros, que interessam a medicina, daremos conta em próximo número.

Obesidade monstruosa.—Relato de um caso clínico, com documentação gráfica, por Troncho de Melo. (Lisboa, 1945).

O corpo humano no adagiário português, por J. A. Pires de Lima. (Porto, 1946).—Colecção, comentada, de adágios em que se cita o corpo humano ou os seus órgãos, com menção dos correspondentes no Brasil e em Espanha. (Ver neste número, pág. XCI).

Introdução à medicina argentina, por Almerindo Lessa. (Lisboa, 1945).—Conferência lida na sessão inaugural da Exposição do Livro Argentino, na qual, contando impressões de uma viagem à Argentina, se focam as grandes figuras da medicina deste país e os caracteres científicos e sociais do meio médico de Buenos Ayres; tudo em linguagem sugestiva, que nalgumas páginas nos põe em contacto com gente e obras de uma grande nação.

Águas de Portugal.—VI volume: *História e Bibliografia*. Com ele termina a obra valiosa que sobre as águas minerais e de mesa portuguesas escreveu Luís Acciaiuoli, e que a Direcção Geral de Minas e Serviços Geológicos publicou. (Lisboa, 1945).

REVISTA GERAL

O tratamento da sífilis pela penicilina (1)

A descoberta da penicilina forneceu aos clínicos mais um importante meio para o tratamento da sífilis.

O estudo deste novo capítulo da terapêutica, que já hoje conta numerosa bibliografia, foi iniciado por Mahoney e colaboradores, em Junho de 1943, depois de terem verificado que a penicilina possuía uma acentuada capacidade espirilicida para o *Treponema pallidum*, em coelhos sífilizados, e a coberto da ausência de acções accessórias do fármaco, já então conhecida, trataram com este quatro doentes de sífilis primária, por via intramuscular. Os referidos autores dispuseram nesta experiência inicial, além do exame, em fundo escuro, repetido das lesões, de uma série de verificações serológicas por dez métodos diferentes qualitativos e quantitativos, afim de estudar o respectivo comportamento humoral dos doentes. Da experiência no animal, puderam verificar que a relação tempo-dose era tão importante neste método terapêutico como nos anteriormente conhecidos. A observação dos doentes mostrou que os treponemas desapareciam das lesões pela 16.^a hora, que estas curavam rapidamente, que apareciam reacções do tipo Herxheimer e que a serologia mostrava um declínio progressivo de intensidade de reacção até à negativização.

Pouco tempo depois O'Leary e Herrell comunicaram o caso de uma mulher que sofria de sífilidade cutânea tardia no nariz e de neuro-lues concomitante e que, tratada com penicilina pelo método gôta a gôta intravenoso, curou-se da lesão cutânea e melhorou da serologia do liquor. Também pela mesma data Bloomfield, Rantz e Kirby trataram sete casos de sífilis recente pelo método gôta a gôta e observaram, analogamente aos autores anteriores, efeito espirilicida e reacção de Herxheimer.

Após estas observações isoladas, o gradual e progressivo conhecimento da acção da penicilina na sífilis, em relação com os seus múltiplos problemas, tem sido fornecido essencialmente pelos relatórios apresentados na American Medical Association por Moore e Stokes, referentes aos resultados recolhidos pela Comissão da Penicilina (Penicillin Panel), do Sub-Comité das Doenças Venéreas do National Research Council. Esta Comissão, que trabalha sob a direcção de Moore, organizou um programa geral de investigações deste importante assunto

(1) Por JUVENAL ESTEVES. Trabalho do Centro para o Estudo das Doenças Infecciosas do Instituto para a Alta Cultura. (Hospital do Rego, Serviço de Doenças Infecto-contagiosas — Prof. Fernando da Fonseca).

nos Estados Unidos da América, com a participação de 23 clínicas que estudam a organização dos esquemas de tratamento em face do problema da relação tempo-dose na sífilis recente, 8 clínicas que estudam vários aspectos particulares da sífilis tardia e 4 laboratórios para investigar, em animais infectados, não só os vários aspectos da relação tempo-dose, mas também os efeitos da penicilina em combinação com o arsénico, bismuto e piretoterápia. A quase ausência de toxicidade do fármaco trouxe como consequência que a investigação no homem tem seguido paralelamente com a dos animais e tem constado de estudos comparativos dos sais de sódio, cálcio e amónio, métodos de prolongamento de acção e outros de carácter farmacológico. Na lues recente os pontos fundamentais considerados são: a via de administração, o intervalo entre as injeções, a duração total do tratamento e a dose total de penicilina. Moore espera que este tipo de «investigação organizada» possa dar informações seguras para o emprego da penicilina na sífilis recente num prazo de cerca de 3 a 5 anos, o que representa um progresso considerável se o compararmos com os «trinta e cinco anos de incerteza que se seguiram à introdução do arsénico».

Dum modo geral, podemos afirmar que o estudo da acção da penicilina na sífilis tem sido conduzido por analogia com os métodos seguidos e em face dos problemas que se puzeram para o tratamento arsenical-bismútico, servindo de padrão o conhecimento adquirido na longa experiência realizada com este.

A investigação experimental relativa à acção da penicilina sobre o *Treponema pallidum* tem-se servido, como padrão «in vitro», da diminuição ou abolição da modalidade dos treponemas nos meios que contêm a droga. No animal, têm sido seguidos os métodos clássicos da sífiligrafia experimental: inoculação intratesticular, injeção intramuscular ou intravenosa de penicilina, verificação da acção sobre a orquite específica ou as lesões do tegumento, punção do testículo, exame em campo escuro, transferência de ganglios linfáticos dos coelhos tratados para os testículos de outros coelhos, passagem testicular secessiva. Os resultados são comparados com animais testemunhas, com a acção de outros antibióticos e com a acção sobre outros espiroquetas, tais como estirpes bucais e o da febre recorrente. As estirpes utilizadas têm sido as de laboratório. Observou-se que a penicilina actua sobre as estirpes Reiter, Nichols, Noguchi, Kazan e Truffi.

Dunham e os seus colaboradores encontraram num ensaio preliminar que «in vitro» 240 U.Ox por 0,8 ml. não imobilizavam os treponemas da estirpe Nichols, numa suspensão obtida por punção testicular e que era necessário chegar a 800 e 1.600 U.Ox. por 0,8 ml. para obter a imobilização. Também viram que a gliotoxina tinha acção espirilicida, que os ácidos aspergílico e bromoaspergílico eram menos activos e a fumigacina a menos activa de todos.

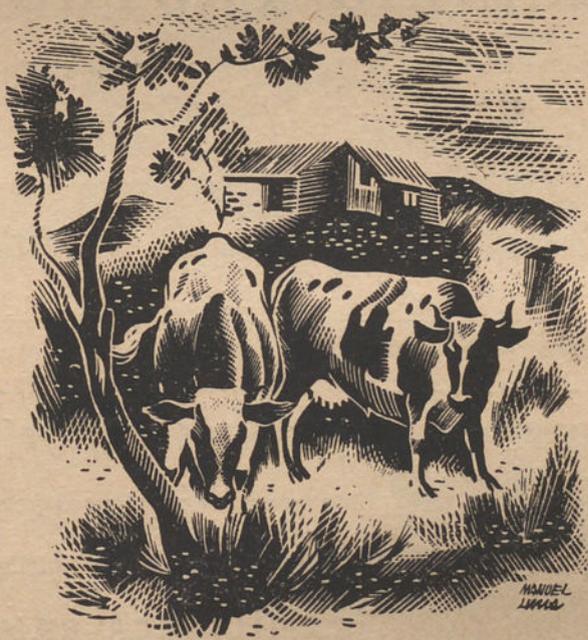
Eagle e Musselman trabalhando «in vitro» com a estirpe de Reite, cultivada no meio de tioglicolato de Brewer, abriram a discussão da dependência entre a acção sobre a mobilidade e a acção espirilicida; verificaram que treponemas tratados com uma diluição de penicilina, a qual os tornava incapazes de crescimento numa sub-cultura, mantinham a mobilidade durante um período de 8 a 24 horas e que mesmo uma concentração de penicilina espiroquetocida activa, não acelerava esta imobilização retardada. Parece que, nesta estirpe e nas condições da experiência, a penicilina actuou num período inicial aproximado de 4 a 8 horas, durante o qual a droga produziu alterações irreversíveis no organismo do treponema em resultado das quais sucedia a morte. O sistema metabólico afectado parece contudo, segundo os autores, não ser essencial para a vida da célula, pois que se segue um período de várias horas durante o qual a mobilidade e presumivelmente outras funções vitais permanecem sem alteração. Visto que a droga pode ser activamente espiroquetocida para o microorganismo em concentrações mínimas (0,05 U.Ox por c.c. podia matar 99,9% dos treponemas do inoculo em 24 horas — concentração limiar 0,01 U.Ox por c.c.), os autores pensam que a acção sobre a mobilidade é um critério pouco seguro para avaliar da sua actividade e que o efeito terapêutico da penicilina na sífilis deve ser referido em primeiro lugar à acção espiroquetocida directa. Também observaram que o titulo do soluto de penicilina que mata os espiroquetas é, dentro de largos limites, independente da sua concentração. As mais altas concentrações não aceleram apreciavelmente o efeito. Esta observação aproxima a penicilina no seu modo de acção mais das sulfonamidas do que dos arsenicais, e é paralela a certos dados obtidos na sua acção sobre o estreptococo e o estafilococo dourado. Das mesmas experiências verificaram que a proporção na qual os microorganismos são mortos pela penicilina aumenta consideravelmente com a temperatura. Em virtude dos resultados obtidos, os autores projectam orientar novas investigações sobre o efeito espiroquetocida directo e sobre a acção da penicilina no sistema metabólico afectado primariamente por esta.

Ercoli e Lafferty procuraram determinar a dose mínima de penicilina curativa e esterilizante por via intravenosa nos coelhos infectados. Verificaram que a dose única de penicilina sódica necessária para fazer desaparecer o *Treponema pallidum* das lesões dos coelhos é de 33.000 a 47.000 U.Ox por quilo. Viram que o mesmo efeito espirilicida se obtinha com cerca de 16.000 U.Ox por quilo se a administração da droga fosse repetida 4 vezes durante 72 horas e em doses aproximadas de 4.000 U.Ox por quilo. Trataram por outro lado, quatro coelhos com doses de 132.000 a 282.000 U.Ox por quilo. Os gânglios destes coelhos inoculados nos testículos de animais são reproduziram a infecção espiroquetósica, mostrando, segundo os autores, que mesmo

LABORATÓRIOS AZEVEDOS

LACTOSAN

FERMENTOS LÁCTICOS



FERMENTOS LÁCTICOS

LACTOSAN

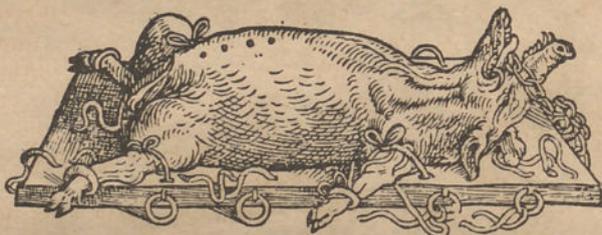
SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA

NOVIDADES EM LIVROS:

J. A. PIRES DE LIMA

DIRECTOR DO INSTITUTO DE ANATOMIA DA FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

O CORPO HUMANO NO ADAGIÁRIO PORTUGUÊS



Se queres conhecer o teu corpo . . .

1 vol. brochado — **20\$00.**



5 CONTOS HUMORÍSTICOS

de grandes escritores portugueses

UMA COLECTÂNEA ADMIRÁVEL:

**CAMILO-EÇA-RAMALHO
JUNQUEIRO E FIALHO**

como prosadores humoristas!

**Prefácio, selecção e notas do
PROF. DR. ALMEIDA GARRETT**

1 vol. de 226 pág. — **15\$00**

À venda em todas as livrarias,
pedindo-os a **EDIÇÕES ALTURA** — Rua de Cândido dos Reis, 47 — Porto

Enviem-se à cobrança,
a **EDIÇÕES ALTURA** — Rua de Cândido dos Reis, 47 — Porto

as doses mais altas de penicilina não foram suficientes para esterilizar os animais.

Um dos aspectos que logo interessou os investigadores foi o da possibilidade da produção de estirpes penicilina-resistentes. Dunham e os colaboradores comunicaram que, no decurso dos estudos por eles realizados, uma estirpe obtida de um coelho insuficientemente tratado se tornou mais resistente «in vitro» à acção immobilizante da penicilina do que as estirpes originais, e que esta característica se manteve depois de ulteriores passagens intratesticulares.

Mas as observações sem dúvida mais interessantes destes autores são as que se referem ao estudo comparativo de várias penicilinas sobre o treponema. Na experiência inicial, tinham verificado que a penicilina parcialmente purificada (1) em dose apropriada imobiliza o *Treponema pallidum* «in vitro». Em experiências posteriores, viram que a penicilina cristalina G, no mesmo título da anterior, não tem capacidade de imobilização do referido microorganismo, o que os levou à suspeita de que as impurezas contidas na penicilina parcialmente purificada possam contribuir para a acção anti-treponémica da droga. Trabalhando com suspensões de treponemas da estirpe Nichols provenientes de testículos de coelhos infectados, estudaram «in vitro» e «in vivo» a acção das duas penicilinas referidas, de um adsorvido de alumina obtido na purificação de penicilina comercial, do ácido penicilínico que não tem acção antibacteriana «in vitro», e de um produto da hidrólise da penicilina cristalina G. Verificaram que os solutos de penicilina cristalina G, com quatro vezes mais unidades de penicilina do que a parcialmente purificada, não imobilizavam os treponemas, e que pode ser concentrada por adsorção pela alumina uma substância existente na última, a qual tem propriedades immobilizantes. Posteriormente viram que a propriedade de imobilização da penicilina impura é apenas levemente diminuída pela incubação a 37.º C na presença de um soluto fraco de penicilinase. Visto que por este processo se pode inactivar uma grande proporção de penicilina, concluem que a imobilização dos treponemas pela penicilina parcialmente purificada seja devida à acção das impurezas presentes. A acção immobilizante do ácido penicilínico e do produto da hidrólise da penicilina pura G pareceu-lhes ser fraca.

Observaram em novas experiências que certos solutos de penicilina parcialmente purificada e não suficientemente fortes para imobilizar

(1) Os preparados empregados na clínica são produtos que contêm o sal de sódio da penicilina e também diferentes quantidades de outras substâncias incluindo pigmentos. A proporção destes vários componentes é desconhecida, pois ainda não existem métodos analíticos satisfatórios neste sentido. Também se desconhece se a penicilina pura é em si própria uma substância de composição invariável e de acção uniforme.

completamente os treponemas, reduziam a mobilidade destes. Os movimentos activos iam diminuindo à medida que a concentração do fármaco aumentava até que, no tubo de maior concentração, a qual não era contudo suficiente para imobilizar completamente, havia somente movimentos frouxos. Viram que o último tipo de movimentos a ser perdido era o de angulação pelo meio do corpo. Estas experiências sugeriram aos autores que o flagelo, que o microscópio electrónico revelou existir no *Treponema pallidum* e que é responsável pelo movimento de rotação axial, seja mais sensível à acção da penicilina impura do que é o corpo do microorganismo.

A partir dos resultados anteriores, procuraram observar se existia relação entre a perda de mobilidade e o poder de infeciosidade verificada pela inoculação intratesticular em coelhos. Verificaram que os preparados de penicilina parcialmente purificados «in vitro» são mais activos, pelo menos 8 vezes, na destruição da infeciosidade dos treponemas do que a penicilina cristalina G, e que a perda da infeciosidade aparece em concentrações que não são suficientes para imobilizar os treponemas. Pensam que a destruição da infeciosidade seja devida inteiramente, ou em grande parte, às impurezas que por sua vez teriam acção mais rápida sobre algum processo vital, tal como a capacidade de produzir movimentos. Esta última observação tem, como se vê, analogia com os resultados das investigações de Eagle e Musselman. Além destas, realizaram ainda outras experiências, afim de verificar a capacidade dos referidos preparados de penicilina na prevenção da infecção sífilítica de coelhos. Estes eram inoculados na pele com a estirpe de Nichols e tratados posteriormente com penicilina por via intramuscular em períodos de quatro, cinco e seis horas após a inoculação. Dos vários preparados injectados o adsorvido de alumina foi o mais activo na prevenção do desenvolvimento da infecção sífilítica local e a penicilina pura a menos activa. Contudo a penicilina pura G revelou ter acção antisifilítica própria quando injectada nos animais. Isto mostra existir divergência nos resultados obtidos com esta na imobilização «in vitro» e na acção no animal, o que leva os autores à conclusão de que o padrão da imobilização «in vitro» não é seguro para o estudo da penicilina no tratamento da sífilis. Procuraram ainda verificar se a penicilina poderia ser utilizada como profilático contra a sífilis em injeção dada várias horas após o contacto. As experiências mostraram que a dose de 66.000 U.Ox por quilo, que foi necessário injectar aos coelhos para evitar o aparecimento de lesões locais ou de infecção generalizada demonstrável pela passagem dos ganglios, não torna prática a sua aplicação ao homem.

Do exposto se verifica que a investigação experimental da acção da penicilina sobre o treponema e na infecção do animal está ainda no seu início, muito embora os resultados obtidos sejam bastantes interessantes e sugestivos. As séries contam ainda um número muito

pequeno de animais, existem diferenças consideráveis nas quantidades de penicilina activa nas diferentes experiências e a transposição para o homem dos resultados obtidos torna-se difícil, visto as estirpes do *Treponema* utilizadas serem estirpes de laboratório (1).

Em resumo, sabe-se que a penicilina tem acção espirilicida «in vivo». Esta acção parece ter analogia com a exercida pelo fármaco sobre outras bactérias. Como para estas, discute-se o efeito sobre o desenvolvimento e sobre determinados aspectos metabólicos da célula treponémica. A investigação nos coelhos mostrou que uma dose única, mesmo grande, assim como doses grandes repetidas em intervalos curtos, não tinham efeito curativo e que, para obter este, será necessário repetir doses moderadas com intervalos curtos ou doses maiores com intervalos maiores. A dose espiroquetida não tem relação conhecida com a dose curativa, a qual ainda não foi estabelecida.

Os primeiros resultados da investigação maciça no homem mostraram que uma injeção única de penicilina, seja qual for a via de administração e a dose, não tem praticamente acção na sífilis recente e que são portanto necessárias injeções múltiplas. A via intramuscular revelou-se superior, ou, pelo menos, tão boa, como a via intravenosa, mesmo que se utilizassem nesta última injeções sucessivas ou o método gôta a gôta; o intervalo ótimo entre as injeções parece ser de 3 a 6 horas. A via intraraquidiana na neuro-lues recente não mostrou vantagem; e o mesmo se afigura também na tardia (Moore). A droga não passa para o liquido céfalo-raquidiano mas parece penetrar nos tecidos nervosos patológicos.

Viu-se nas investigações iniciais que a droga tinha acção espirilicida dentro do ritmo de injeções de 3 em 3 horas em doses que variam de 1.000 a 25.000 U.Ox e nas doses totais de 60.000 a 1.200.000 U.Ox. Surgiu imediatamente o facto de, com estas grandes variações de dose, os resultados imediatos serem praticamente análogos. Os *Treponemas* desaparecem das lesões abertas num período médio de 12 horas, as lesões cicatrizam rapidamente e a inversão da serologia faz-se com uma velocidade quase independente da dose utilizada. Em virtude destes factos, o estudo comparativo da relação tempo-dose para o estabelecimento dos esquemas de tratamento foi baseado no critério estatístico de recidivas clínicas ou serológicas para cada esquema proposto. Observou-se, em breve, que a percentagem de recidivas varia na razão inversa da dose total utilizada para um mesmo tempo de aplicação conforme o quadro junto:

(1) Não tem sido possível cultivar nos meios artificiais o *Treponema pallidum* com conservação do seu poder patogénico. As estirpes conservadas nos laboratórios com a designação de *Treponema pallidum* não são patogénicas e e diferem mesmo morfológicamente daquele microorganismo.

Dose	Dias	Recidivas %
60.000 U.OX	7 1/2	100
300.000 »	»	75
600.000 »	»	40
1.200.000 »	»	15-20

Estudos ulteriores mostraram que com a dose de 2.400.000 U.Ox no mesmo ritmo se reduza ainda o número de recidivas, e iniciou-se também o estudo de um grupo de doentes com a dose de 3.600.000 U.Ox. Os resultados deste último ensaio ainda não foram comunicados.

Por outro lado, estudou-se a influência da variação do tempo e encontrou-se que a mesma dose dada em metade do tempo (4 dias) parece ser menos activa do que no tempo habitual (7 1/2 dias). Não se sabe se a duplicação (14 dias) do tempo médio normal trará alguma vantagem.

Mc Dermott e os colaboradores reviram o problema da relação tempo-dose da penicilino-terapia. Chamam a atenção para o paralelismo dos resultados das experiências feitas por Hobby, Meyer e Chaffee com o estafilococo dourado, por Hobby e Dawson com o estreptococo e as de Eagle e Musselman, já por nós referidas, com a estirpe de Reiter do *Treponema pallidum*. Estas indicam, e os dados clínicos atrás mencionados parecem estar de acordo com elas, que no tratamento de uma infecção sensível à penicilina, uma vez que é alcançado o título mínimo activo de penicilina, começa a remissão da sintomatologia, que a presença de concentrações muito maiores por unidade de tempo não tem utilidade, e que só pela manutenção do nível activo mínimo durante um período de tempo maior do que é necessário para produzir o desaparecimento inicial da sintomatologia, se pode evitar a recidiva. Segundo estes autores, o valor absoluto do «nível eficaz» e o tempo que é necessário manter esse nível deve variar com as diferentes espécies de agentes e com a anatomia patológica particular a cada infecção. Este último factor será provavelmente de maior importância no tratamento de processos infecciosos crónicos, tais como a endocardite bacteriana ou neuro-lues do que na terapêutica da sífilis recente de tipo infeccioso difuso. A concentração mínima da penicilina capaz de produzir uma inibição completa do *Treponema pallidum* «in vitro» não foi ainda determinada. Para o estreptococo do Grupo A e outras bactérias títulos de 0,01 a 0,02 U.Ox por c. c. são suficientes. Nas experiências com a estirpe Reiter de treponemas, o nível médio era 0,02 — 0,05 U.Ox. Na experiência do tratamento da sífilis humana quantidades de penicilina injectadas que poderiam produzir títulos de soro do sangue de 0,01 — 0,04 provocam o rápido desaparecimento dos treponemas das lesões da superfície e a cura das mesmas. Ora o título mínimo de penicilina que nas condições actuais pode ser demonstrado com segurança no soro sanguíneo pelo método

Participamos à Ex.^{ma} Classe Médica
que acabamos de receber NOVA
REMESSA de aparelhos de electro-
-medicina «Purtschert» da Suíça, cuja
entrega podemos fazer imediatamente:

Aparelhos do Dr. Maurer para corte de aderências

Aparelhos de grande potência, de ondas curtas, para
diatermia, electro-cirurgia, febre artificial, etc.

Diatermias portáteis, com válvulas

Electro-cirurgia, de grande potência

Electro-choque, para doenças mentais

Pantostatos

Infra-vermelhos (grandes modelos), etc.

MARTINHO & C.^A, L.^{DA}

Escritórios: Tr. da Fábrica, 13-2.º (c/ elevador)

Exposição e vendas: Rua da Fábrica, 74

Tr. da Fábrica, 1 a 9

TELEFONE P. B. X. 7583 — PORTO

Agentes em Lisboa: J. A. RIBEIRO & C.^A — Rua Aurea, 222

Alcalinésia BISMUTICA

Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis etc.

"Aseptal,"

Ginecologia. Partos. Usos antisépticos em geral.

BioLactina

Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, enterocolite, etc.

Bromovaleriana

Doenças de origem nervosa, insónias, epilepsia histeria, etc.

'Diaspirina,

Gripe, reumatismo, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes neuralgias, cólicas menstruais.

DYNAMOL

Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, fraqueza geral, depressões nervosas, convalescenças, etc.

"Glucálcio,"

Descalcificação, tuberculoses, liqatismo, raquitismo, fraqueza geral, pleurias, pneumonias, escrofulose, asma, etc.

Hepatodynamol

Normalização da eritro-e da leucopoése, regularização da percentagem de hemoglobina e do valor globular.

"NARCOTYL"

As indicações da morfina. Previne a habitação e morfomania dentro de certos limites

Proteion

Medicamento não específico actuando efectivamente sobre os estados infecciosos.

PULMÃO-SORO

Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traqueia e dos brônquios, pneumonia, etc.

SUAVINA

Laixativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.

Terpioquina

Medicação anti-infecciosa.

Transpneumol

Quinjnoterápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.

do bio-ensaio de Rammelkamp é de 0,078 U.Ox por c. c., o que em face dos dados atrás referidos parece ser um nível bastante acima do «nível eficaz» para o treponema. Tem sido a partir da concentração sanguínea de 0,078 U.Ox por c. c., utilizada como padrão arbitrário, e da hipótese de que a duração do tratamento neste nível é o facto determinante mais importante da cura, que têm sido comparados os esquemas propostos e calculados os respectivos resultados.

O esquema que produziu até à data o melhor resultado foi o proposto por Mahoney e colaboradores, onde o nível referido é mantido durante 90 horas; este revelou uma percentagem de 7,1 % de recidivas, número satisfatório quando comparado com os métodos anteriores do tratamento da sífilis. Novos esquemas estão em estudo afim de prolongar o nível padrão até 120 horas e é possível, segundo Mc Dermott e os colaboradores, que a percentagem mínima de recidivas seja atingida por um método em que se vá até à conservação do nível durante 140 a 160 horas. Na prática parece que o esquema mais útil é o proposto também por Mahoney e tem servido de padrão para o tratamento no exército e na armada dos Estados Unidos da América. Consta de injecção de 40.000 U.Ox, de 3 em 3 horas, prolongadas durante 7 dias e meio, o que dá uma dose diária de 320.000 U.Ox, e uma dose total de 2.400.000 U.Ox. Corresponde à manutenção do nível padrão no soro sanguíneo durante 120 horas. Contudo, é necessário acentuar que a dose curativa em relação ao peso é ainda desconhecida.

Para além destes esquemas, conseguiu-se ainda uma melhoria considerável no tratamento da sífilis recente associando-se a penicilina ao arsenóxido: curas de 60.000 U.Ox de penicilina e de 320 mgrs. de Mapharsen com 6,6 % de recidivas e curas de 300.000 U.Ox de penicilina e 320 mgrs. de Mapharsen com 2,6 % de recidivas. É neste compromisso penicilina-arsenóxido que Stokes põe as melhores esperanças quanto à evolução do novo tratamento da sífilis recente, visto que a percentagem de recidivas com este é ainda menor do que nos métodos intensos da terapêutica arsenical-bismútica; pergunta o mesmo autor porque método de combinação ou intensificação será possível atingir 100 % de curas: penicilina-arsenóxido; penicilina-bismuto; penicilina-febre artificial; penicilina em altas doses, intervalos mais curtos ou maiores, administração durante períodos mais curtos ou mais longos?

O tratamento pode ser repetido se aparece recidiva clínica ou serológica, após a aplicação de qualquer dose de penicilina, com a dose adequada 1.200.000 — 2.400.000 U.Ox e a resposta à terapêutica é na maioria dos casos favorável. Stokes é de opinião que todo o doente que ao fim de 90 dias tenha uma reacção serológica fortemente positiva deve ser novamente tratado. A resistência ao tratamento pode ser prefigurado pela evolução das curvas serológicas nal-

guns casos, mas nada se sabe acerca da existência de treponemas penicilino-resistentes na sífilis humana ou de algum defeito individual na metabolização da droga (incapacidade para a sua utilização) (Stokes). Também se não sabe se um novo tratamento pode eliminar, nos casos de recidiva, os resíduos que resistiram ao primeiro tratamento, se estes poderiam ser evitados por um tratamento mais intenso, inicialmente mais prolongado ou com doses mais elevadas. No restante parece a penicilina seguir paralelamente ao tratamento arsenical quanto ao melhor prognóstico dos casos tratados mais precocemente, e parece também ser mais activa na sífilis recente sero-positiva do que propriamente os arsenicais.

Aparecem reacções de tipo Herxheimer na primeira administração, em data análoga á que sucedia com o arsénico, e manifestam-se tanto na sintomatologia clínica como na serologia do sangue e liquor. Desconhece-se ainda o efeito desta reacção nos casos de figado cirrótico, aortite recente e coronarite específica.

A penicilina é eficaz na sífilis recente resistente ao tratamento arseno-bismútico, parece ser de grande utilidade na profilaxia da sífilis congénita em crianças nascidas de mães com infecção recente, produz efeitos teatrais na neuro-lues recente assintomática ou meningea cujas alterações da serologia do liquor melhoram mais rapidamente do que a serologia do sangue, e é tão útil no tratamento da lues infantil congénita como na adquirida. Nas crianças, a dose utilizada tem variado entre 20.000 e 60.000 U.Ox por quilo de pêso, dados por via intramuscular de 4 em 4 horas durante oito dias.

Quanto ao aspecto geral da serologia, segundo Stokes, os princípios que se applicavam na terapêutica arsenical-bismútica parecem servir análogamente para a penicilina. São factos dominantes neste capítulo a redução mais rápida da serologia na sífilis recente, e a maior percentagem de redução na sífilis tardia. Com 300.000 U.Ox, já se obtém redução na intensidade das reacções serológicas. Com 1.200.000 a 2.400.000 U.Ox no tratamento da lues recente, a curva da serologia tende para a normalização num prazo de oito dias, prazo mais curto do que o habitual com a arsenoterápia maciça. Na sífilis tardia e latente há redução do titulo serológico em 50 a 60 % dos casos, e efeito de provocação em 20 %. Pode pois aparecer flutuação do titulo serológico, mas a acção da penicilina na resistência serológica não está ainda esclarecida. Um aumento persistente do titulo serológico depois de um declínio de uma certa duração é sinal de recidiva ou de actividade, análogamente ao que era conhecido nos arsenicais. Existe tendência para o paralelismo na melhoria simultânea das reacções serológicas do sangue e do liquor (1). Pode existir

(1) A penicilina parece talvez ser mais activa rápida e acentuadamente em relação ao liquor anormal do que em relação á seropositividade do sangue.

melhoria sintomatológica independentemente da melhoria da serologia e vice-versa. A fixação do complemento e a floculação tendem a responder paralelamente à acção do fármaco.

Pelo que se refere à sífilis latente e tardia, os problemas são aqui, como têm sido sempre, mais complexos. Não se sabe se a penicilina utilizada em doses fracas, isto é, abaixo de 600.000 U.Ox, pode provocar modificação da reacção do organismo em face do tratamento e originar terciarismo precoce e maligno, neurorecidivas, ou predispor após um período mais ou menos longo para a neuro-lues em analogia com os problemas postos para os arsenicais.

A acção da penicilina na latência, na resistência da serologia e na sífilis cardio-vascular ainda não foi estabelecida. Pode ser utilizada na latência entrando em qualquer esquema de tratamento como uma cura de arsénico ou de bismuto. Stokes aconselha que enquanto não se conheça melhor este problema se deverá administrar 2.400.000 U.Ox como se se tratasse de sífilis recente.

Por outro lado, sabe-se que cura as sífilides benignas tardias da pele, mucosas e esqueleto, pelo menos tão rapidamente como o arsénico. Tem acção curativa nos processos gomosos, mesmo nos do terciarismo precoce maligno, por vezes com mais rapidez do que a arsenoterapia.

Na neuro-lues tardia, desde a neuro-lues assintomática até aos graus leves da paralisia geral, pouco se sabe ainda. Muitos casos melhoram rapidamente da sua sintomatologia, mas discute-se ainda se estes resultados são tão frequentes ou tão completos como os obtidos com a piritoterapia. Tem-se observado grande melhoria nos aspectos serológicos do liquor tais como a redução do número de células, do título da albumina e também nas reacções de fixação de complemento e coloidais. Segundo Moore não há a certeza de as melhorias obtidas se manterem. Stokes, em publicação um pouco mais recente, é mais afirmativo, pois, segundo ele, a penicilina pode actuar favoravelmente por si só em qualquer tipo de neuro-lues activa, sintomática ou assintomática, em doses de 1.200.000 U.Ox, com efeito verificável durante 235 dias. Tem-se observado melhoria sintomática mesmo dos graus avançados da forma demencial da paralisia geral simples, e do liquor com fórmulas pré-paréticas e em casos em que tinha falhado o tratamento intenso de rotina com o arsénico e o bismuto. Stokes afirma claramente que a penicilina produz melhores resultados imediatos do que os arsenicais, com menos risco e em tempo muito mais curto, mesmo em comparação com os arsenicais pentavalentes, e pensa que este tratamento substituirá os anteriores. Segundo este autor a penicilina tem influência sobre certos sintomas refractários do tabes, tais como as dores fulgurantes, tanto ou mais do que os outros métodos correntes, e por vezes dá resultados onde aquêles falharam. Pode parar a progressão da atrofia óptica primária de evolução recente,

produzir melhoria na visão e nos campos, e fazer voltar o liquor ao normal mesmo nos graus avançados (1). Têm sido observados casos de recidiva eminente por surgir aumento do número de células, do título das proteínas e por modificação da R. de Wassermann e das curvas coloidais, assim como também a já conhecida dissociação entre a progressão ou a detenção dos sintomas clínicos e o estado da serologia do liquor. Não se deve evidentemente esperar que a penicilina reabilite tecidos mortos ou esclerosados ou os substitua por normais.

Detivemo-nos um pouco na transcrição das afirmações acima registadas visto que a actividade da penicilina nas alterações específicas do sistema nervoso representa uma das feições mais características das suas propriedades anti-sifilíticas, dada a sua importância para a clínica e por se tratar de um capítulo onde os progressos da terapêutica têm sido sempre largamente debatidos e condicionados, em última análise, pelo factor tempo.

Na sífilis congénita tardia quase só foi estudada, até à data, a acção sobre a queratite intersticial, na qual se obtiveram 50 % de resultados favoráveis.

Ácerca de esquema ou orientação do tratamento na sífilis tardia nada existe de concreto. A maior parte da atenção dos autores neste capítulo tem sido dirigida para a neuro-sífilis. Segundo Moore quatro esquemas estão em estudo. Curas ligeiras repetidas de 1.000.000 U.Ox com intervalos de repouso variáveis. Cura maciça única de 2.000.000 a 6.000.000 U.Ox num prazo de 8 a 20 dias. Malária associada à cura simultânea de 2.000.000 a 4.000.000 U.Ox. Penicilina post-malária. Stokes aconselha que, enquanto não houver informações mais seguras, a dose total que se deve empregar na neuro-lues assintomática é a de 4.000.000 U.Ox, com a condição de observação posterior prolongada e que, no caso de insucesso, se deve recorrer à piretoterapia e não regressar à terapêutica arsenical quando esta já tenha sido instituída. As reacções de tipo Herxheimer na lues tardia são de considerar pois que uma reacção focal na lesão de uma estrutura vital pode ser grave. Por isso Stokes e outros autores aconselham a reduzir a dose inicial a metade no primeiro e no segundo dia do tratamento.

Uma das características mais notáveis da penicilina como agente terapêutico é a sua quase ausência de acções tóxicas ou acessórias. Em relação ao tratamento da sífilis esta propriedade é sem dúvida alguma de uma importância transcendente em face dos meios e técnicas de que dispúnhamos e constitui um dos motivos que obviamente poderá ter uma influência decisiva na transformação do tratamento.

(1) Observações paralelas foram publicadas por Diogo Furtado e colaboradores.

SULFAMIDAS
COMBINADAS

DI·SULFA·LAB

SULFADIAZINA
SULFATIAZOL

Um novo produto dos
LABORAÓRIOS LAB

PASI
PASI GLAND. F.
PASI GLAND. M.

3 PRODUTOS HIPER-ACTIVANTES
AMPOLAS DE 1,5 C.C.

ESTADOS DE ESGOTAMENTO / DIMINUIÇÃO DE
ENERGIA FÍSICA E INTELECTUAL / INSUFICIÊNCIA
OVÁRICA / PERTURBAÇÕES NERVOSAS E
MENSTRUAIS / INSUFICIÊNCIA TESTICULAR, ETC.

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL
126, Rua Áurea, 128 / LISBOA
Telefone, P. A. B. X. 25321 / 25322 / 23802

Representantes no Norte: QUÍMICO SANITÁRIA, LDA.
Rua Cândido dos Reis, 96 PORTO Telef. P. B. X. 7600

”

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 intolerân-
cias gástricas e afeções intestinais — Especial
para crianças, velhos, convalescentes e
doentes do estomago.**

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA

Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C^a

240, Rua da Palma, 246
LISBOA

As reacções ⁽¹⁾ habituais da penicilina são pouças, sem importância e não impedem a continuação e prolongamento da administração do fármaco. Não se conhece a sua origem e significado, mas parece ter relação com o estado de pureza da droga. A mais frequente (1 a 5 % dos doentes) é a urticária, acompanhada de prurido mais ou menos intenso, com duração média de 2 a 5 dias e, por vezes, sintomatológica gastro-intestinal aguda, não recidiva com a repetição do tratamento. Também se tem observado febre, com ou sem arrepios, cefaleias, afrontamentos e parosmia. Têm sido descritos (casos isolados) fenómenos de sensibilização cutânea, tais como reacções cutâneas das palmas das mãos e outras, com eosinofilia de 20 e 30 % e dermatite exfoliativa em individuos que trabalham com a penicilina (operários de fábricas, pessoal de enfermagem) e em doentes anteriormente tratados. Estes casos levantam vários problemas de interpretação relativos às propriedades sensibilizantes da droga, ao papel das impurezas, da mistura de várias estipes, das variações da constituição molecular, do estado alérgico do doente e outros. Na prática é recomendável, afim de evitar e vigiar estas acções acessórias, fazer a cura de penicilina sempre com o mesmo lote e, não sendo isto possível, pelo menos com penicilina do mesmo fabricante. No caso de aparecimento de reacções do tipo de hipersensibilidade, a verificação dos lotes e tipos de penicilina empregados deve ser rigorosamente estudada, afim de determinar a possibilidade da continuação do tratamento com um lote ou tipo diferente. Na administração por via intrarraquidiana têm-se observado reacções meníngeas de maior ou menor intensidade com febre, cefaleias e opalescência do liquor com aumento do número de células (Furtado e col.). Embora o estudo experimental da acção da penicilina não esteja ainda terminado, não foram observados até à data, nos animais, alterações viscerais, vasculares ou do sistema nervoso e o mesmo se pode dizer da experiência no homem dentro das doses terapêuticas.

Do referido se verifica que o conhecimento de ordem clinica da acção da penicilina na sífilis é ainda reduzido, apesar do notável esforço dispendido pela poderosa organização (Penicillin Panel) que, com o entusiasmo dos mais notáveis sifilígrafos americanos, se têm dedicado a este estudo. Não obstante, se compararmos os resultados e informações obtidos neste curto espaço de tempo, em relação a uma doença de que uma das características essenciais é a longa cronicidade e para certos aspectos da qual os métodos de diagnóstico são ainda reduzidos, com os que seriam alcançados se o estudo da acção deste fármaco fosse conduzido por investigadores isolados, não podemos deixar de

⁽¹⁾ As reacções de tipo Herxheimer não entram neste grupo, pois são consideradas como um efeito de shock terapêutico específico da sífilis (Stokes).

reconhecer que o conseguido representa um apreciável triunfo deste tipo de investigação orientada.

Queremos ainda acentuar que as próprias características da doença e dos respectivos métodos terapêuticos, — longa evolução, longos períodos de latência, acção rápida do tratamento sobre a sintomatologia objectiva e subjectiva particularmente no período inicial, — dificultam consideravelmente a avaliação dos resultados das medidas tomadas; mesmo na América do Norte e nas condições excepcionalmente favoráveis devidas ao estado de guerra em que surgiu a descoberta da penicilina, embora tenham sido já tratados com esta droga milhares de doentes, somente, como refere Moore, algumas centenas têm sido seguidos por períodos de tempo superior a seis meses.

Resumindo podemos dizer que a penicilina representa o medicamento antisifilítico mais inocuo conhecido até agora e que portanto pode ser manejado com uma notável margem de segurança. Não interfere com a utilização de outros medicamentos, arsénico, bismuto ou mercúrio, e como não tem acção sobre o plasmodium permite a associação com a malária.

A rápida acção sobre o desaparecimento dos treponemas das lesões, cura das mesmas e reversibilidade da serologia, tem uma importância considerável tanto sobre a eliminação da infeciosidade como no aspecto psicológico individual. A possibilidade de acção nos casos em que existia contra-indicação para os outros medicamentos anti-luéticos, a acção na lues congénita e particularmente as possibilidades que revela quanto ao tratamento da neuro-lues, abrem perspectivas excepcionais quanto à evolução ulterior desta terapêutica. Contudo o aparecimento deste fármaco fez surgir um certo número de problemas quanto à sua utilização prática, os quais estão ainda pendentes.

Por um lado, se a técnica de administração é simples e segura, o grande número de injecções necessárias, o respectivo ritmo e o preço da droga, tornam o tratamento pouco prático e apenas utilizável em casos isolados. A resolução deste aspecto aguarda os resultados do prosseguimento da investigação sobre os factores do prolongamento de acção, suspensões oleosas de penicilina, etc.

A penicilina tem acção simultânea sobre o gonococo e o treponema e a dose curativa para o primeiro é de ordem numérica de uma a duas dezenas de vezes menor do que a necessária para o domínio do treponema. Por outro lado a pequena dose necessária para o tratamento da blenorragia é suficiente para impedir o aparecimento de lesões sifilíticas no seu período inicial e que poderiam surgir na situação cada vez mais corrente da infecção mixta no mesmo contacto sexual ou em contactos muito próximos. Põe-se portanto o problema do futuro dos individuos que na época da vida ou nas circunstâncias em que possam estar expostos a infecção sifilítica sejam tratados com doses pequenas de penicilina, e isto refere-se não só ao tratamento da

blenorragia como de qualquer outra infecção. Impõe-se pois uma longa observação clínica e serológica, pelo menos durante um ano, em todos estes casos, e todos sabemos quais as dificuldades práticas da sua realização. Mas não se pode deixar de encarar a hipótese atrás referida e sua importância, não só quanto às consequências patológicas individuais mas também à possibilidade de recidivas solapadas infeciosas e sua importância epidemiológica.

O último aspecto pendente (e sem dúvida de transcendente importância) consiste em não se saber se existe cura da sífilis pela penicilina, quantos tratamentos será necessário fazer, durante quanto tempo, e, no caso de existir a cura, qual a sua percentagem. Por isso é de aconselhar que o tratamento penicilínico deva ser apenas utilizado em casos especiais, tais como: contra-indicação para outros medicamentos, idade, condicionamento social, etc. Sempre que executado deve o doente ficar submetido a cuidadosa e prolongada vigilância clínica e serológica. Não é pois recomendável a sua utilização como terapêutica isolada e, enquanto se não conhecer melhor a sua acção, o tratamento padrão da sífilis deve ser conduzido na generalidade dentro dos já hoje bem estudados métodos clássicos.

NOTAS CIENTÍFICAS E PRÁTICAS

Penicilina por via oral

Diversos trabalhos têm aparecido nas revistas norte-americanas sobre este assunto. Resumem-se aqui dois deles, publicados no *Journal of the American Medical Association*, de 29-IX-1945, que permitem apreciar o valor do processo.

Estudando a absorção da penicilina em indivíduos normais, FINLAND, MEADS & ORY verificaram que 90.000 U de penicilina dadas meia hora antes do almoço produziam uma concentração no soro sanguíneo igual à obtida com injeção intramuscular de 15 a 20 mil U; se a penicilina for dada a seguir às refeições, as concentrações no soro são irregulares; a hipocloridria favorece a obtenção de níveis altos de concentração. Em doses de 90 a 100 mil U dadas de 2 em 2 horas consegue-se uma boa concentração de penicilina no sangue. Tanto faz ingerir as cápsulas de penicilina em solução salina como ingeri-la com as substâncias-tampões, que não alteram a absorção, excepção feita do hidróxido de alumínio.

Experimentalmente, a concentração obtida no soro, por meio da ingestão nas doses indicadas, mostrou acção sobre gonococos, estreptococos hemolíticos do grupo A, maioria das estirpes de pneumococos e estreptococos viridans; sobre meningococos e estafilococos é preciso empregar doses muito grandes, não sendo por isso aconselhável esta via contra as infecções produzidas por estes micróbios.

Os casos que trataram foram: 61 de uretrite gonocócica com 50 curas clínicas, tendo notado que os resultados, com doses de 450 mil U são comparáveis aos obtidos com 100 mil U por via intramuscular, e que os casos de insucesso curaram com esta dose intramuscular em quatro injeções; 7 de pneumonia típica, em que os resultados bons foram semelhantes aos que dão as sulfamidas nas doses habituais ou a penicilina por via intramuscular com doses de 15 mil U dadas de 2 em 2 ou de 3 em 3 horas, tendo empregado uma dose inicial de 150 a 300 mil U e doses seguintes de 90 a 100 mil U, de 2 em 2 horas, tudo somando doses totais de 2,5 a 2,8 milhões de U.

Foi também em doentes com pneumonia que ROSS, BURKE & MC LENDON ensaiaram a penicilina por via oral. 48 casos, todos na fase aguda e 6 em mau estado; idades entre 15 e 89 anos. Dose inicial de 750 mil U no primeiro dia e nos dias seguintes 400 a 600 mil por dia. Resultados iguais aos obtidos com a droga por via intramuscular: crise manifestada geralmente 24 a 48 horas depois de iniciado o tratamento, nalguns casos subida da temperatura alguns dias depois da crise e noutros (8) pequenos derrames pleurais que rapidamente se reabsorveram. Em 4 casos o decurso foi normal: em 2 persistiu febrícula que cedeu a injeções intramusculares; num formou-se empiema, com o doente a fazer tratamento por via intramuscular, tendo-o feito por via oral apenas durante um dia, doente que veio a curar, tendo o empiema sido tratado por aspiração e aplicação endopleural da penicilina; um caso de morte em doente de 50 anos, alcoólico com cirrose hepática, que faleceu por colapso periférico e edema pulmonar, 6 horas depois da sua admissão. Salvo os dois primeiros destes 4 casos, os outros não se podem contar como insucesso do processo.

Da análise destes trabalhos tira-se a conclusão de que a penicilina por via oral dá resultados em regra semelhantes aos que se colhem com o emprêgo da via intramuscular, mas exige doses muitíssimo maiores para que tal se observe; e que, quando o efeito não é completo, a via intramuscular permite obtê-lo, utilizando-se então como complemento do tratamento por via oral.

Penicilina local nas afecções respiratórias

N. VERMILYE aplicou o método por inalação, preconizado por Barach, em mais de 200 doentes. Com aperfeiçoamento do pulverizador, conseguiu um tal aproveitamento da droga que as urinas contêm 30 a 50 por cento da penicilina inalada, e com aparelho de máscara de oxigénio obteve concentrações à volta de 0,05, meia hora depois de administrar 20 mil U. O processo tem reais vantagens, por poder ser aplicado pelo próprio doente e de maneira contínua, e pela grande concentração local nas afecções do aparelho respiratório. Bons resultados nas anginas, faringites e sinusites, e também na asma brônquica e nas afecções alér-



NUMOTIZINE, INC.

tem o prazer de anunciar a nomeação

E. BRUNNER & C.A, L. DA

TRAVESSA DA FÁBRICA, 13-2 °

PORTO

como seus representantes em Portugal

para o emplastro medicinal

NEUMOTISINA

Há muitos anos e em todo o mundo têm os médicos reconhecido o valor deste produto pela sua acção analgésica-descongestiva contínua no tratamento dos casos de inflamação das vias respiratórias superiores, adenites, contusões, entorses, furunculoses e abcessos.

Aplicar na parte afectada uma camada de **NEUMOTISINA** numa altura de cerca de 3 milímetros e cobrir com um pano ou gaze.

NUMOTIZINE, INC.

900 N. FRANKLIN STREET

CHICAGO, E. U. A.

Servindo a profissão médica há mais de 40 anos



ESPECIFICO DA SARNA

Felix combinação de :

NAFTOL B
BÁLSAMO DE PERÚ
RESORCINA
ÁCIDO SALICÍLICO
SALICILATO DE METILO EM
VEÍCULO ALCOOLICO GLICERINADO

Ex.^{mo} Senhor Doutor

*Os incomodativos aracnídeos da sarna,
seus ovos e outras doenças parasitárias da pele,
encontram em **SARCOPTIL** o medicamento ideal
para a sua rápida destruição.*

*Um produto
de reconhecido valor terapêutico
à disposição de V. Ex.^a*

LABORATORIO PEDROSO

Sob a Direcção Técnica de ISAURA FIGUEIREDO FONSECA

Licenciada em Farmácia

COVILHÃ

gicas (eczema, enxaqueca, colite, etc.) quando relacionadas com infecções respiratórias. (*J. of the American Med. Ass.*, 22-IX-1945).

Na mesma revista (15-IX-1945), KEY & MEADE publicam os resultados obtidos em 93 doentes com afecções crónicas dos brônquios e dos pulmões tratadas pela penicilina em instilação intratraqueal ou intrabrônquica, com doses de 30 a 50 mil U. Dá bons resultados nas exacerbações (broncopneumonias, bronquites) de afecções crónicas, assim como nas pequenas bronquectasias; nas grandes, antigas, não, assim como nos abscessos pulmonares e nas micoses. Nos asmáticos, a instilação provoca por vezes o acesso, e os efeitos benéficos são inconstantes.

A penicilina na osteomielite aguda

W. ALTEMEIER e HELMSWORTH dão conta (*Surgical, Gynecology and Obstetrics*, Agosto de 1945) dos resultados obtidos em 34 casos, com a seguinte distribuição: de ossos longos dos membros — 25, de ossos da bacia — 3, de ossos da face e do crânio — 5, das costelas — 1. Os agentes produtores das lesões eram: em 29 casos o estreptococo dourado, o estafilococo branco em 2, o estreptococo em 1, o pneumococo (tipo III) em 1. A penicilina foi administrada em soluto de sal sódico a 5.000 U por c. c., por via intramuscular, dando-se por injeção entre 5 e 25 mil U, e 3 a 6 injeções em 24 horas. Usou-se também a via endovenosa, em gota a gota contínuo, com soluto de 30 a 80 mil U em 2.000 c. c., e ritmo de 25 a 30 gotas por minuto, não se ultrapassando a dose total de 500 mil U. Os resultados observados, variáveis de doente para doente, podem resumir-se assim: quando o diagnóstico é precoce, a infecção não progride como sucede habitualmente, não se formando sequestros, e bastando fazer a abertura e a drenagem, com intervenção cirúrgica (num caso, às 48 horas, a infecção foi dominada completamente); em geral é preciso fazer o tratamento durante 36 horas para se verificar quanto se pode esperar dele; a terapêutica local combinada, com penicilina e sulfadiazina, mostrou-se útil.

Tratamento da sífilis recente pela penicilina

E. M. LOURIE e seus colaboradores propõe um método de administração da penicilina que consiste em fazer 3 injeções intramusculares de 600 mil U, dadas de hora a hora, durante cinco dias consecutivos. Embora seja descontínua a concentração de penicilina no soro, é suficiente para destruir mais de 99 por cento das espiroquetas e dá resultados comparáveis aos obtidos com a concentração contínua; assim o verificaram em 17 casos. Não tiveram acidentes. A dor local provocada pela injeção, evitaram-na injectando previamente soluto de novocaína a 1 por cento. (*The Lancet*, 17-XI-45).

W. LEIFER em 96 doentes com sífilis primária observou: 8 casos de recaída, sendo 2 de possível reinfeção; negatividade das reacções serológicas em 72 doentes seguidos durante 12 a 20 meses, com excep-

ção de um em que houve possível reinfecção; idem no liquor de 86 doentes que não tiveram recaídas, sendo antes positiva em 8. Foram em grande número as reacções de Herxheimer e verificaram-se alguns casos de perturbações gastro-intestinais e febre. O tratamento feito consistiu em 60 injecções de 20 mil U cada 3 horas, durante 7 dias. (*J. Am. Med. Ass.*, 29-XII-45).

Sôbre a administração da penicilina em óleo

W. M. KIRBY, W. LEIFER, S. MARTIN e RAMMELKAPS estudaram a absorção e eliminação da droga, administrada por injecção de mistura de 300 mil U com 2 c. c. de óleo, em 54 doentes de uretrite gonocócica. Verificaram que havia penicilina doseável no sangue durante um período de 4 a 28 horas, só indo além de 16 horas em 31 por cento dos indivíduos. Também em 35 sífilíticos tratados da mesma maneira viram que só em 7 por cento havia penicilina doseável 24 horas depois da última injecção. A administração por via sub-cutânea parece dar melhor resultado que a feita por via intramuscular. (*J. Am. Med. Ass.*, 1-XII-45).

Sulfamidas como única terapêutica das diarreias

Apreciando a acção dos tiazóis sôbre a diarreia, independentemente da sua causa e com exclusão da terapêutica sintomática, M. SASTRE conclue (*Gaceta Medica Española*, Maio de 1945):

1.º — A terapêutica com os tiazóis é insubstituível em todos os casos de diarreia, tanto em crianças como em adultos.

2.º — Os seus efeitos são rápidos e seguros.

3.º — Não há necessidade de empregar adjuvantes da terapêutica, por serem inúteis, complicando tratamento.

4.º — Por ser rápido o efeito que produz e a sua acção no organismo, mesmo no do lactente, não ocasiona fenómenos de intolerância.

Estas conclusões do A., condizem com o que muitos têm observado, com a condição de respeitarem às diarreias infecciosas agudas e de se estenderem, quanto ao agente terapêutico a outras sulfamidas além dos tiazóis.

Acção das sulfamidas nas otites médias e nas sinusites

G. EIGLER (*Münchener Med. Woch.*, 10-III-44) tratou 249 casos de otite média aguda, com cibazol, e obteve 238 curas dentro de 12 dias, não empregando outra qualquer terapêutica; nos casos em que se deu a perfuração expontânea do tímpano, a supuração do ouvido desapareceu dentro de 8 dias. Dos 11 casos de insucesso, 6 tiveram complicação óssea, e em 5 a afecção persistiu.

De 81 doentes com otite crónica, perfuração e supuração, 58 curaram, também com cibazol, dado durante nove dias, em média.

De 49 casos de sinusite aguda ou crónica nenhum efeito se verificou em 10 e foi pouco apreciável nos restantes, excepção feita de 5 doentes com sinusite crónica, que surpreendentemente curaram; donde se conclue que as sulfamidias não são o medicamento próprio para as sinusites, embora possam algumas vezes, dar óptimos resultados.

Sôbre transfusões de sangue no lactente

Da observação pessoal e do que se tem escrito em tal matéria, JARDON chega ás seguintes conclusões: 1 — A transfusão é fácil empregando-se o sangue estabilizado pelo citrato de sódio; 2 — Os grupos sanguíneos mostram-se imutáveis, perante as doenças e as terapêuticas, físicas ou medicamentosas; 3 — Há necessidade de determinar sempre o grupo sanguíneo, mesmo com mãe dadora, principalmente se o doente tem mais de três meses de idade. Abandonou-se, pelos inconvenientes que tem, o seio longitudinal; para a injeccção deve utilizar-se uma veia periférica, em regra uma pericrâniana ou, nas crianças já crescidas, a safena interna ao nível do maléolo. Quanto ás indicações, adopta a classificação de G. F. Thomas: 1 — Hemorragias, tanto médicas, por defeito na coagulação ou por lesão vascular, como cirúrgicas, operatórias ou accidentais; 2 — Afecções do sangue (anemias várias, icterícia hemolítica aguda ou familiar, leucemias); 3 — Infecções diversas (brônco-pneumonias, formas graves da difteria, febre tifoide, profilaxia da paralisia infantil); 4 — Intoxicação pelo óxido de carbono; 5 — Debilidade congénita ou adquirida. (*Semana Medica Española*, n.º 347, Nov. de 1945).

Furunculose e infecção focal

Sabretudo os furúnculos da nuca, da face e da axila, deixam um foco latente, de tipo quístico, que pode ser o ponto de partida, quer de recidivas de furunculose, quer das mais diversas manifestações patológicas, tais como processos nefríticos, reumatoides, etc. S. NOGUER relata vários casos desta natureza, em que a cura só se deu quando se extirpou o pequeno espaço morto da pele onde o furúnculo fizera a sua aparição. E pensa que êsses pequenos focos latentes devem considerar-se no mesmo nível dos conhecidos factores de infecção focal: amigdalíacos, dentários, dos seios, etc. (*Anales de Medicina*, Agosto de 1945).

Tratamento do reumatismo crónico pela novocaína

Depois de expôrem os fundamentos fisiológicos do novo processo, R. MORANDEIRA & M. ALVAREZ expõe a técnica, que consiste em injectar, por via endovenosa, nos primeiros 2 ou 3 dias (para tactear a susceptibilidade do doente) 5 c. c. de soluto de novocaína a 1 por cento, com o ritmo de minuto e meio; assim diariamente até à desapareição dos sintomas, fazendo o descanso de um dia depois de série de 15 injeccões.

Os accidentes reaccionais observados em 600 injeções foram leves e não são frequentes: curta sensação de embriaguês, dor de cabeça, suores nocturnos durante um ou dois dias; se o processo é usado com boa técnica, não há receio de accidentes sérios.

Trataram 21 doentes, com várias formas de reumatismo crónico, e dão, como exemplos, 8 casos, cujos diagnósticos eram: espondilo-artrite, espondilo-artrite com manifestações ciáticas, artrite reumatoide, artrite blenorragica, reumatismo secundariamente crónico, ciática post-reumática, espondilo-artrose com ciática, poliartrite focal. Com excepção do penúltimo caso, em que nenhum resultado se obteve, em todos os outros as melhoras foram notáveis, com um número variável de injeções, entre 6 e 20, ficando sem dores e com liberdade de movimentos. Não decorreu sobre as observações o tempo suficiente para afirmar estabilidade das curas, mas os efeitos imediatos do processo, que se mantem meses decorridos, são notáveis, excedendo os de outras terapêuticas, sendo de notar que foram obtidos sem qualquer tratamento causal, só aplicado, quando justificado, depois do processo ter mostrado o seu valor. Pode dizer-se que, nas formas inflamatórias, se consegue sempre a cura clínica; nas degenerativas conseguem-se melhoras muito apreciáveis. (*Rev. Clínica Española*, 15-IX-1945).

Artério-esclerose e diabetes

Do estudo de J. HEYSTEIN & L. WEINROTH, em *Archives of Internal Medicine* (Julho de 1945) conclue-se que a artério-esclerose é muito mais frequente nos diabéticos, mesmo relativamente novos, do que nos outros individuos (51 por cento arterio-escleróticos em 249 dietéticos), e que em quase metade deles havia hipotensão (49 por cento), o que confirma não ser a hipotensão companheira habitual da arterio-esclerose.

Propionato de testosterona no mioma uterino

O tratamento deste tumor faz-se, como é sabido, pela cirurgia ou pela radioterapia. Mas a hormonoterapia sexual masculina pode prestar bons serviços, como refere VICENTE BEATO. Pela sua acção nítida contra as hemorragias, está indicada principalmente nas menorragias miomáticas do último decénio da vida sexual da mulher, com mioma pequeno que não impõe a ablação, e em que a castração é prematura; permite assim esperar por idade mais própria para intervir sem inconvenientes, se for preciso. Depois de feita a castração, a hormonoterapia sexual masculina combate as perturbações devidas à insuficiência hormonal e acelera a involução do mioma. Alguns casos pessoais, tratados com propionato de testosterona, em doses diárias injectáveis de cerca de 25 miligramas, durante semanas, são apresentados. (*Toko-Ginecologia Practica*, Nov. de 1944).

Tratamento do noma

A estomatite gangrenosa, pela sua altíssima gravidade, requer terapêutica enérgica. No «Portugal Médico» (N.º 4 de 1942), Fonseca e Castro e Carlos Areias preconizaram o neosalvarsan em dose máxima, no limite da dose tóxica. Agora, novo processo é aventado por M. MAS & C. BARDAJI, e consiste na administração de complexo vitamínico B e extracto hepático, em grandes doses. Trataram 14 doentes: 10 curaram, 2 morreram em consequência de afecções intercurrentes, e em 2 o processo não deu resultado, num por tardio, pois a criança faleceu poucas horas depois de hospitalizada, e noutro por não ter sido tratado devidamente. (*Med. Clinica*, 2-VI 45).

Aumento da fragilidade capilar na hipertensão

Durante ano e meio, todos os 265 indivíduos com hipertensão, que passaram pelo serviço de J. GRIFFITH & M. LINDANER no Hospital Universitário de Pensilvânia, foram submetidos à medida da fragilidade capilar, por meio do índice petequial de Gothlin. Em 18%, a fragilidade estava aumentada, e havia tendência para apoplexia, hemorragias retinianas e morte por hemorragia cerebral; mas a fragilidade não dependia do grau de hipertensão, nem da idade, nem do sexo. A hesperidina e a hesperidina-metil-chalcona mostraram-se capazes de reconduzir a fragilidade ao nível normal. O tiocianato agrava a fragilidade anormal e parece ser capaz de a provocar; é pois um medicamento perigoso, que só deve empregar-se quando não houver anormal fragilidade capilar, ou depois desta ter sido reconduzida à normalidade. (*American Heart Journal*, Dez. de 1945).

A sinapse mioneural na paralisia infantil

As investigações histológicas de J. SANS IBÁÑEZ representam um progresso na compreensão da variável capacidade de recuperação da motilidade dos músculos atingidos pelas paralisias. Dessas investigações conclue-se (*Rev. Esp. de Pediatría*, 1945, n.º 1) que: 1 — existe uma desaparição parcial das arborizações nervosas das placas motoras; 2 — uns dezoito dias depois do aparecimento da paralisia podem observar-se já alterações nas arborizações nervosas da sinapse mio-neural; 3 — uns oito meses mais tarde há fenómenos regenerativos dos nervos; 4 — os nervos perdem em grande parte, e às vezes completamente, o seu conteúdo em tubos medulados; 5 — os tubos nervosos sensitivos estão normais; 6 — não há alterações das fibras amielínicas. Isto explica o facto de se observarem recuperações em músculos que pareciam gravemente atingidos (por predominarem as lesões periféricas), e o de não se verificarem por vezes noutros que pareciam menos gravemente lesados (por nestes casos haver predomínio das lesões medulares).

Inteligência e época da concepção

Lê-se em várias obras que as crianças concebidas nos meses de inverno são mais inteligentes que as concebidas nos meses de verão. J. ROBERTS, para verificar se esta crença é justificada, observou 3.361 crianças das escolas, e notou que, de facto, havia alguma diferença a favor das concebidas no inverno. Mas, agrupados os casos, por famílias, viu que, para a mesma família, não há tal diferença. Por isso conclue que ela consiste em serem mais numerosos, nas famílias de mentalidade mais desenvolvida, os filhos concebidos durante o inverno, e o contrário se dar naquelas que têm um nível intelectual mais baixo. (*British Med. Journal*, 11-IV-1941).

Sedimentação dos glóbulos sanguíneos

De um estudo sobre a natureza e o valor desta prova, A. C. VELEZ OROSCO chegou às seguintes conclusões: 1) — A velocidade da hemossedimentação está em relação estreita com a intensidade do potencial eléctrico do sangue, servindo a sua medida para apreciar as variações da carga eléctrica dos eritrocitos; 2) — Como a velocidade da sedimentação varia com a viscosidade, a tensão superficial, a relação abuminas-globulina, as alterações do pH e alguns estados fisiológicos (como a idade, a gravidez, a menstruação, a digestão, etc.), deve fazer-se sempre a correcção dos resultados; 3) — A medida da velocidade da hemossedimentação é uma prova que serve para estabelecer o diagnóstico e o prognóstico de alguns estados infeciosos, entre os quais a tuberculose, o reumatismo, os síndromas abdominais, entre outros. (*Revista de Cirurgia*, Junho de 1944).

Tratamento da asma brônquica pelos exercícios respiratórios

Um ensaio de tratamento da asma brônquica exclusivamente por meio de exercícios respiratórios foi publicado por H. I. WEISER, e teve por material 29 crianças e 12 adultos. O fim do processo é corrigir as deformidades físicas produzidas pelos acessos de asma, restaurar a mobilidade do tórax que geralmente está diminuída por acção do enfisema, fortalecer a musculatura torácica, e prevenir os efeitos secundários da doença que são a bronquite crónica com bronquectasias, a fibrose pulmonar, a hipertrofia do coração e as lesões do miocárdio. O efeito psíquico também não é para desprezar. Os resultados foram, nas crianças: em 14 casos desapareceram os acessos, em 9 houve melhoras, e em 6 nenhum benefício. Dos 12 adultos, 4 curaram e o resto não aproveitou com o tratamento. Da análise dos resultados conclue que o método está indicado nos casos de asma brônquica com baixa capacidade vital, respiração superficial, pequena expansão torácica e escassa mobilidade do diafragma. Está contra-indicado quando há bronquectasia, intenso enfisema, cardiopatia, tuberculose pulmonar, doenças febris. Para se obterem sucessos é preciso aplicar o tratamento durante largo período de tempo. (*The Lancet*, 26-IV-1944).

Em todas as indicações da

DIGITALIS

DIGIFOLINA

miocardite

insuficiência cardíaca

perturbações cardíacas

nas doenças infecciosas

Tubos de 20 comprimidos

Caixas de 5 ampolas de 2,3 cc.

Frascos de 15 cc. de soluto

PRODUTOS CIBA LIMITADA

RUA GONÇALVES CRESPO, 35

LISBOA.





OCTOGRADON

Antiespasmódico sintético

Soluto aquoso de cloridrado de 6-
-metilamino-2-metilepteno a 10 %

GOTAS — EMPOLAS

SULFATIAZOL-PRATA "PASTEUR,,

Bacteriostático — Anti-séptico

2 - (p-aminobenzenosulfonamido)-
-tiazol — prata, sob a forma coloidal

CAIXA DE 6 OVULOS



EXTRACTO HEPÁTICO "PASTEUR,,

Fórmulas fraca, forte e vitaminada

Princípios activos antianémicos equivalentes,
terapêuticamente, à ingestão de fígado fresco

EMPOLAS — XAROPE — GRAJEIAS



LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA