

PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

SUMÁRIO: Aspectos clínicos e laboratoriais do tratamento pelos antitireoideos de síntese, por CARLOS ALBERTO MARTINS DA ROCHA. Algumas considerações a propósito de um caso de ossificação heterotópica, por CARLOS LIMA.

Movimento nacional — *Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis* (Circulação vicariante do miocárdio). *Arquivo de Patologia* (O edema do membro superior no cancro da mama. Linfopneumotose quística do ileon. Tumores benignos raros da língua). *Ação Médica* (Tuberculose e família). *Clinica, Higiene e Hidrologia* (Um prematuro em meio rural). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (Passado e futuro da Pediatria. Sincinesia oro-quiral. Factores neuro-hormonais do crescimento. Aerosol da estreptomina na coqueluche). *Boletim Clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa* (Calcemia na tuberculose pulmonar. Eritema anular centrifugo. Cisticercose sub-cutânea). *Jornal do Médico* (Considerações sobre a terapêutica da tuberculose pulmonar. Unidade das cardites). *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge* (Composição e valor alimentar dos queijos portugueses. Vacinação tuberculosa pela B. C. G. Medicina preventiva da lepra. Paralisia infantil). *Gazeta Médica Portuguesa* (Tratamento actual das varizes dos membros inferiores. Penicilina e sulfatiazol no tratamento da febre tifóide. Tratamento local das tinhas tonsurantes). *Livros e Opúsculos* (Confidências de um investigador científico. Bibliografia médica portuguesa).

Novidades terapêuticas — Aureomicina.

Notas científicas e práticas — Tratamento da paralisia infantil no período agudo. Terapêutica da lepra pelas sulfonas. Penicilina na escarlatina. A localização das úlceras do estômago e do duodeno. Diagnóstico hormonal em ginecologia. Diagnóstico da encefalite reumatisal.

Interesses profissionais (A remuneração dos médicos nas instituições de previdência social).

Notícias e informações.

Composto e impresso na «Imprensa Portuguesa» — 108, Rua Formosa, 116, PORTO

EDITOR: A. GARRETT

Redacção e Administração — Rua do Doutor Pedro Dias, 139, PORTO

Novo

medicamento anti-tiroideo

ABADOL

2.921-R. P.

(Amino 2 Tiazol)

*Tratamento
médico*
DA DOENÇA DE
GRAVES BASEDOW

*Tratamento
pré-operatório*
DOS BOCIOS
EXOFTÁLMICOS

Comprimidos de 0gr. 10 (Cubos de 50)

4 comprimidos por dia - Curas de 3 a 8 semanas

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA

21, RUE JEAN GOUJON



MARCA POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE

PARIS (8^e)

Soc. Com. CARLOS FARINHA, L.^{da} - R. dos Sapateiros, 30, 3.^o - Lisboa

PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXIII — N.º 2

FEVEREIRO DE 1949

2.ª CLÍNICA MÉDICA DA FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Director: Prof. ROCHA PEREIRA

Aspectos clínicos e laboratoriais do tratamento pelos antitireoideos de síntese (1)

por CARLOS ALBERTO MARTINS DA ROCHA

(2.º assistente)

INTRODUÇÃO

O emprego dos antitireoideos de síntese na clínica trouxe novas possibilidades ao tratamento do hipertireoidismo, especialmente em determinados aspectos. A larga experiência existente permitiu já estabelecer vantagens e indicações mais ou menos definidas a respeito desta nova arma terapêutica. Contudo, apesar de todos os aperfeiçoamentos, em especial com a descoberta e utilização de compostos químicos mais activos e menos tóxicos, entre os quais avulta o propil-tiouracilo, este processo de tratamento não deixa ainda de ter os seus inconvenientes. A experiência de muitos milhares de casos tratados não pode fazer esquecer também que esta terapêutica conta poucos anos, e que portanto, é preciso um maior espaço de tempo para se afirmar com segurança que ela pode curar de maneira definitiva alguns casos de hipertireoidismo. É legítimo, por consequente, não a considerar ainda em plano definitivo. Por este motivo, e porque só temos conhecimento de um trabalho publicado entre nós sobre o assunto e baseado em observações pessoais (Drs. Iriarte Peixoto, Egidio Gouveia e Pinto Basto, em 1947), julgamos justificada a publicação da nossa modesta experiência clínica a respeito desta terapêutica.

(1) Comunicação apresentada nas Reuniões Científicas do Corpo Docente da Faculdade de Medicina do Porto, em 11 de Março de 1948, acrescentada de algumas observações até Dezembro do mesmo ano.



Com o fim de documentar melhor as nossas observações, damos conta também dos estudos da bioquímica do sangue a que procedemos (doseamentos do iodo total do sangue, dos lipídeos totais e do colesterol no soro), por meio dos quais é possível ajuizar mais directamente da acção dos antitireoideus de síntese sobre a secreção tireoideia.

ORIENTAÇÃO SEGUIDA E MÉTODOS EMPREGADOS

O nosso estudo diz respeito a 14 doentes, todos do sexo feminino, compreendendo 11 casos de hipertireoidismo primitivo, 2 de hipertireoidismo secundário e 1 de hipertireoidismo recidivante post-operatório. Todas as doentes, quer em tratamento ambulatorio quer hospitalizadas, foram submetidas a exames clínicos repetidos. Fizeram-se com bastante regularidade, em cada caso, determinações do metabolismo-base (pelo método de Benedict) e hemogramas ou pelo menos leucogramas. Realizaram-se também com maior ou menor frequência, na maioria dos casos, determinações do iodo total do sangue (pelo método de Perkin), do colesterol no soro (pelos métodos fotométrico de Bloor ou colorimétrico de Authenrieth-Funk) e dos lipídeos totais no soro (pelo processo de Bielchowsky-Castro Mendoza). Atendendo à grande delicadeza que exigem, as determinações do iodo no sangue foram sistematicamente feitas em duplicado para cada análise, e foram sempre acompanhadas também de dois ensaios a branco com os reagentes. ⁽¹⁾.

Os compostos químicos empregados foram o tiouracilo, o metil-tiouracilo e o aminotiazol ⁽²⁾.

Sempre que nos foi possível, empregamos em cada caso a mesma substância química, mas nalgumas doentes, um determinado composto foi substituído por outro, por motivo de disponibilidades de amostras. O critério que presidiu à posologia foi em

⁽¹⁾ Devo manifestar o meu reconhecimento ao Prof. Elísio Milheiro pela realização de grande parte dos exames bioquímicos do sangue no Laboratório de Química Fisiológica, em especial os doseamentos do iodo, feitos sob a sua orientação; ao Prof. Ernesto de Moraes pela realização no Laboratório Nobre dos doseamentos do colesterol pelo processo fotométrico, que amavelmente acompanhou e orientou; à Dr.^a D. Adelaide Estrada que fez gentilmente exames hematológicos a doentes pobres em tratamento ambulatorio; e à preparadora do Laboratório de Química Fisiológica, D. Ana Maria Lobo Mesquita, pelo seu dedicado auxílio.

⁽²⁾ Agradeço aos Laboratórios Specia, Wander e Vitória o oferecimento de amostras, respectivamente, de Abadol (aminotiazol), Thiomidil (metil-tiouracilo) e Deracil (tiouracilo), o que tornou possível a realização de grande parte dos nossos ensaios.

geral individualizado pelas circunstâncias de ordem clínica antes do tratamento e depois pela eficácia e tolerância da medicação. Em regra, seguindo a orientação habitual, empregamos no início doses de ataque e depois doses de manutenção, que foram respectivamente as seguintes para os compostos ensaiados, e por dia: Tiouracilo: 0,6 e 0,2 grs.; Metil-tiouracilo: 0,25 a 0,40 e 0,1 grs. e Aminotiazol: 0,4 e 0,2 grs.

Os medicamentos foram administrados em doses fracionadas durante o dia, de acordo com o conhecimento de que a eliminação destas drogas é relativamente rápida e de que há todo o interesse em manter uma acção terapêutica com a maior continuidade possível.

A duração do tratamento foi variável de caso para caso, sendo em média de 4 meses, com um valor mínimo de 1 mês, numa das doentes, e máximo de 18 meses, noutra doente.

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS

Embora todas as observações clínicas tenham interesse, escolhamos para publicação, de qualquer forma sempre resumida, as que nos pareceram mais elucidativas sobre um ou outro aspecto.

OBS. II — AMÉLIA S., 50 a., casada, doméstica; tratamento ambulatorio.
Diagnóstico: Doença de Basedow.

Ant.: Manifestações reumatóides, por vezes.

Hist. da doença: Emoções repetidas desde há 3 anos.

Aparecimento de sintomas de tireotoxicose com aspecto de afecção cardíovascular grave, há cerca de 1 ano, exigindo emprego de tonicardíacos activos, com poucos benefícios. O diagnóstico, que não tinha sido feito, é mais tarde sugerido e confirmado por um franco desvio de metabolismo-base (+ 64 %). Recorre-se ao tratamento pelo lugol e depois pela di-iodotirosina, sem melhoras dignas de nota.

No decurso deste tratamento, tornam-se aparentes a exoftalmia e a hipertrofia da tireóide. O recurso à radioterapia não melhora a doente e o metabolismo-base mantém-se em alto nível (+ 62 %). Continua-se com esta última terapêutica, que é suspensa 15 dias antes do exame actual.

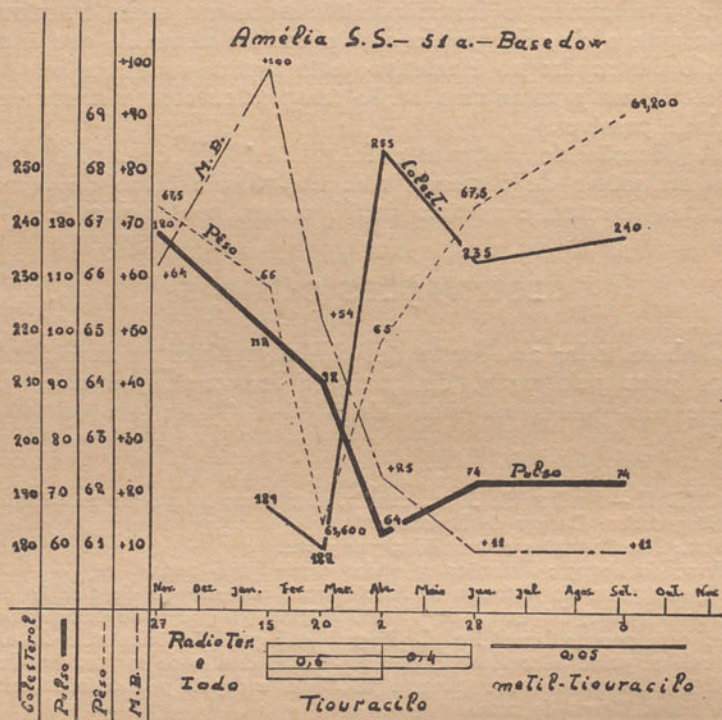
Estado actual (15/Janeiro/1947): Fácies basedowiana nítida. Exoftalmia e bôcio não muito acentuados. Franças perturbações neuro-vegetativas e cardíocirculatórias. Edema dos membros inferiores. Sopros de insuficiência mitral. Peso = 66. Pulso = 112/m. Tensões arteriais = 19,5/7. Metabolismo-base = + 100 %. Colesterol total no soro = 189 mgrs. %.

Medicação (por ordem cronológica): Tiouracilo. Metil-tiouracilo.

Evolução (ver gráfico I): O emprego do tiouracilo determina melhoras progressivas, que se fazem sentir logo nas perturbações neuro-vegetativas. Com 3 meses e meio de tratamento (2 de Abril de 1947), registam-se os seguintes valores: — peso = 65 quilos; pulso = 64/m.; metabolismo-base = + 25 %; colesterol total no soro = 255 mgrs. %. Em 28 de Maio, o metabolismo-base está praticamente normal (+ 11 %). O tiouracilo é substituído

pelo metil-tiouracilo (em doses de manutenção), que se aplica durante cerca de 1 ano. Mantém-se a remissão funcional, o bócio e a exoftalmia desaparecem, e, em 16 de Junho de 1948 o tratamento é suspenso (peso = 76 quilos; pulso = 66/m., com tensões arteriais de 15/7; metabolismo-base = -4%). A doente entra em menopausa. Seis meses após a suspensão do tratamento, mantém-se a remissão (cura?).

Acidentes: Nulos.



GRÁF. I — Obs. II — Tratamento pelo tiouracilo e depois pelo metil-tiouracilo. Declínio do metabolismo-base e da freq. do pulso; aumento da colesterolemia; melhoria mais lenta do peso, com diminuição no início do trat.º e elevação apreciável com a continuação deste.

Resultados: Resposta brilhante, embora não muito rápida. Remissão funcional ao 4.º mês de tratamento. Desaparecimento de bócio e da exoftalmia. Aumento de 10 quilos de peso no fim do tratamento. Cura provável (importância do tratamento prolongado).

Comentários: Este caso valoriza muito o emprego da medicação anti-tireoideia como recurso terapêutico, sempre que haja resistência ao iodo ou à radioterapia.

OBS. III — ALCINA J. T., 17 a., serviçal; hospitalizada (Serviço de Propedêutica Médica), e depois em tratamento ambulatorio.

Diagnóstico: Bócio colóide difuso com hipertireoidismo secundário.

Hist. da doença: Hipertrofia difusa da tireóide desde os 9 anos de idade, com aumento franco da glândula na menarca (aos 15 anos) e aparecimento simultâneo de sintomas moderados de hipertireoidismo.

Estado actual: (15 de Fevereiro de 1947): Papeira difusa, volumosa. Sem exoftalmia. Moderadas perturbações neuro-vegetativas. Peso = 51 quilos. Pulso = 80/m. Metabolismo-base = + 26 %. Colesterol total no soro = 136 mgrs. %.

Medicação (ordem cronológica): Lugol e di-iodotirosina. Soluto de Neisser. Metil-tiouracilo. Aminotiazol.

Evolução: A medicação pelo lugol e pela di-iodotirosina melhoram bastante a doente. Em 6 de Março, antes da alta hospitalar, registam-se os seguintes valores: — peso = 50,5 quilos; pulso = 72/m.; metabolismo-base = + 11 %; colesterol total = 164 mgrs. %; lipídeos totais = 720 mgrs. %.

O tratamento ambulatorio pelo iodeto de potássio em pequenas doses (soluto de Neisser), traz poucos benefícios e, a sua continuação, agrava a doença. Assim, em 20 de Maio de 1947, registam-se os seguintes valores: peso = 48 quilos; pulso = 120/m.; metabolismo-base = + 33 %; colesterol total = 129 mgrs. %; lipídeos totais = 620 mgrs. %.

Iniciado tratamento pelo metil-tiouracilo, as melhoras são pouco aparentes, com um mês de tratamento (metabolismo-base = + 27 %). Recorre-se depois ao aminotiazol, que faz baixar pouco o metabolismo-base ao fim de outro mês de tratamento (desvio = + 22 %), mas a continuação deste, traz melhoras apreciáveis. A sua interrupção durante um mês, faz porém subir de novo o metabolismo-base (+ 28 %, em 11 de Novembro). Nesta data, a icdemia era de 10,7 microgramas por cento.

Retomado o aminotiazol, as melhoras manifestam-se de novo e acentuam-se. Cerca de 4 meses depois (em 17 de Março de 1948), observam-se os valores seguintes: peso = 54 quilos; pulso = 76/m.; metabolismo-base com desvio nulo; colesterol total = 170 mgrs. %; lipídeos totais = 860 mgrs. %; icdemia = 6,6 microgr. %.

O tratamento é continuado ainda durante 3 meses, mantendo-se a remissão funcional. Um mês após a suspensão do tratamento, o metabolismo-base continua normal (+ 6,5 %), mas, passados 3 meses, manifesta-se tendência à recaída (Metabolismo-base = + 19 %). O bócio mantém as mesmas dimensões, palpando-se alguns nódulos, que não existiam no início do tratamento.

Acidentes: nulos.

Resultados: Resposta lenta à medicação antitireoideia (influência da medicação iodada prévia e da natureza do bócio). Remissão funcional apenas ao 7.º mês de tratamento. Apesar do tratamento prolongado (10 meses), esboça-se tendência à recaída 3 meses após a respectiva suspensão.

Comentários: A tendência à recaída após tratamento prolongado e a existência de nódulos tireoideus, indicam que a terapêutica química não é suficiente neste caso, e a cirurgia está portanto indicada. São dignas de nota as variações da bioquímica do sangue com a evolução da doença.

OBS. IV — MARIA H. F., 25 a., casada, doméstica; trat. ambulatorio.

Diagnóstico: Doença de Basedow.

Hist. da doença: Sintomas francos de hipertireoidismo desde há 4 meses, com aparecimento do bócio e da exoftalmia desde há cerca de 2 meses.

Estado actual (7 de Março de 1947): Tireotoxicose acentuada. Exoftalmia. Papeira difusa. Peso = 53 quilos. Pulso = 132/m. Tensões arteriais = 16/6. Met. — base = + 75 %. Colesterol total = 129 mgrs. %. Lipídeos totais = 600 mgrs. %.

Medicação: Metil-tiouracilo.

Evolução: Mês e meio após o início do tratamento, em 23 de Abril, registam-se melhoras notáveis: — exoftalmia diminuída; peso = 55,600 quilos; pulso = 72/m.; met. — base = + 24 %; colesterol total = 161 mgrs. %; lipídeos totais = 720 mgrs. %.

O tratamento é continuado ainda mais 3 meses, apesar da acalmia funcional e da existência de gravidez em início. Seis meses após a suspensão do tratamento, a doente dá à luz uma criança normal. Quase um ano após o parto, verifica-se que o filho se desenvolve normalmente, e a mãe continua em remissão funcional tireoideia, embora se verifique persistência do bócio.

Acidentes: nulos.

Resultados: Efeitos terapêuticos rápidos e brilhantes. Remissão prolongada, mantendo-se um ano e meio após a suspensão do tratamento, que foi relativamente curto (4 meses). Atenuação da exoftalmia. Bócio persistente, embora menor.

Comentário: Em face da ausência de qualquer influência desfavorável da medicação sobre a gravidez, este caso está de acordo com a corrente médica actualmente dominante, que não contra-indica o emprego na gravidez dos antitireoídeos de síntese.

OBS. V — TERESA A. L., 43 a., casada, professora primária; tratamento ambulatório.

Diagnóstico: Hipertireoidismo fruste.

Antec.: Histerectomia total aos 36 anos. Sífilis provável. Diabetes benigna. A mãe e uma irmã da doente, também diabéticas.

Hist. da doença: Astenia, febrícula e sinais de bronquite desde há 3 anos. Nervosismo, insónias e emagrecimento desde há 6 meses, coincidindo com emoções repetidas na vida de família.

Estado actual (21 de Maio de 1947): Ausência de fácies basedowiana e de bócio. Peso = 43,5 quilos. Pulso = 96/m. Tensões arteriais = 11/7. Met. — base = + 38 % Colesterol total = 177 mgrs. %. Lipídeos totais = 730 mgrs. %.

Medicação: Metil-tiouracilo.

Evolução: Após um mês de tratamento (em 19 de Junho), melhoras apreciáveis, com met. — base de + 9 %.

Em 22 de Julho, registam-se os seguintes valores: peso = 45 quilos; pulso = 58/m.; met. — base = — 5 %; lipídeos totais = 970 mgrs. %. O tratamento é continuado ainda até 25 de Setembro, data em que o metabolismo — base desce a — 16 % (sem sinais de hipotireoidia).

Apesar da suspensão do tratamento, a remissão persiste 10 meses depois (met.-base = + 1 %, em 24 de julho de 1948).

Acidentes: Prurido, no 2.º mês do tratamento, que desapareceu com a interrupção deste durante 5 dias.

Resultados: Acalmia funcional com 1 mês de tratamento. Persistência do estado de remissão 10 meses após a suspensão do tratamento (cura?).

Comentários: Este caso demonstra o valor da medicação anti-tireoideia no tratamento da hipertireoidia fruste, e também a sua utilização legítima como meio de diagnóstico diferencial. Merece também referência nesta doente, o facto de que se verificou inversão apreciável do sinal do metabolismo-base, sem sintomas de hipotireoidia (de acordo com as observações de Francisco Ortega).

OBS. VI — ERMELINDA F. L., 41 a., solteira, doméstica; em tratamento ambulatório.

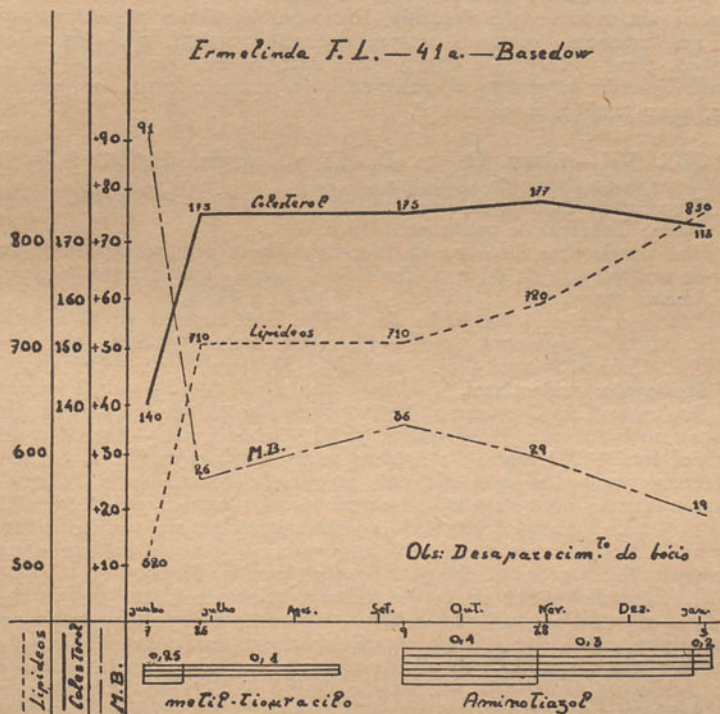
Diagnóstico: Doença de Basedow.

Hist. da doença: aparecimento progressivo de sintomas de tireotoxicose desde há cerca de 8 meses, até se instalar um quadro grave de hipertireoidismo.

Estado actual (7 de Junho de 1947): Exoftalmia e bócio difuso, muito discretos. Acentuadas perturbações funcionais. Diarreia aquosa, muito intensa, desde há alguns meses. Peso = 48 quilos. Pulso = 124/m. Tensões arteriais: 19/8. Met.-base = + 91 %. Colesterol total = 120 mgrs. %. Lipídeos totais = 520 mgrs. %.

Medicação (ordem cronológica): Metil-tiouracilo. Aminotiazol.

Evolução (ver gráf. II): Dois dias após o início do tratamento (metil-tiouracilo), observou-se desaparecimento da diarreia. Com 20 dias de tra-



GRÁF. II — Obs. VI — Tratamento pelo metil-tiouracilo e depois pelo aminotiazol. Declínio notável do metabolismo-base e elevação fraca da lipemia e da colesterolemia.

tamento (em 27 de Junho), registaram-se os seguintes valores: peso = 48,500 quilos; pulso = 86/m.; tensões arteriais = 15/7; met.-base = + 26 %; colesterol total = 175 mgrs. %; lipídeos totais = 710 mgrs. %. O tratamento é proseguido, mas a sua interrupção durante um mês determina ligeiro agravamento da doença (em 9 de Setembro: pulso = 116/m.; met.-base = + 36 %; colesterol total = 145 mgrs. %; iodemia = 9 microgr. %). Retomado o tratamento, desta vez com o aminotiazol, as melhoras acentuam-se. Sete meses

depois, em 6 de Abril de 1948, observa-se remissão completa: — desaparecimento do bócio e da exoftalmia; pulso = 68/m.; peso = 57 quilos; met.-base = -9 %; iodemia = 5,8 microgr. %. O tratamento é suspenso. Cerca de 8 meses depois (em 30 de Novembro de 1948), a remissão persiste (met.-base = -5 %).

Acidentes: nulos.

Resultados: melhoras notáveis e rápidas. Remissão completa, com desaparecimento do bócio e da exoftalmia aos 9 meses de tratamento, persistindo ainda 8 meses depois (cura?).

Comentários: Este caso demonstra a eficiência da medicação e as vantagens de um tratamento prolongado. Prova-nos também a necessidade de se fazer um tratamento contínuo, sempre que seja possível, antes de se obter a remissão funcional (pois a doença pode reactivar-se, como aconteceu nesta doente). Quando se retoma o tratamento, porém, este mostra-se igualmente eficaz, como também sucedeu aqui.

OBS. VII — MARIA CAMILA D., 34 a., casada, doméstica; hospitalizada (Serviço de Patologia Cirúrgica).

Diagnóstico: Doença de Basedow.

Antec.: Tuberculose pulmonar, curada.

Hist. da doença: Sintomas de hipertireoidismo, com aparecimento simultâneo da exoftalmia e da papeira, desde há 6 meses. Agravamento progressivo. Amenorreia.

Estado actual (11 de Junho de 1947): Tireotoxicose muito acentuada. Papeira difusa e volumosa. Peso = 46 quilos. Pulso = 108/m. Met.-base = +105 %. Colesterol total = 140 mgrs. %. Lípidos totais = 680 mgrs. %.

Medicação: Aminotiazol.

Evolução: Com 2 semanas de tratamento, em 27 de Junho, registam-se melhoras notáveis: peso = 47 quilos; pulso = 64/m.; met. — base = +20 %; colesterol total = 203 mgrs. %; lípidos totais = 790 mgrs. %. A terapêutica é continuada mais duas semanas, com acentuação das melhoras. Alguns dias após a suspensão do tratamento, a doente é submetida a uma tireoidectomia sub-total (Prof. Fernando Magano). A intervenção foi muito dificultada pela hemorragia profusa, mas nada fazia prever o acidente de colapso cardíaco que surgiu algumas horas depois e que vitimou a doente.

O exame histológico da peça operatória (Lab. de Anatomia Patológica) revelou: — acentuada congestão capilar, intensa hiperplasia de aspecto papilífero nalgumas zonas e à custa de células altas, claras, de citoplasma granuloso e núcleos centrais, por vezes volumosos; cavidades muito reduzidas e quase totalmente desprovidas de colóide; discreta infiltração linfocitária focal.

Acidentes: nulos.

Resultados: Resposta rápida e brilhante; remissão apreciável com 2 semanas de tratamento. Colapso cardíaco fatal post-operatório, de causa não esclarecida. Aspecto histológico da peça operatória característico das glândulas tireóides tratadas pelos antitireóides de síntese.

Comentários: Este caso demonstra-nos a necessidade de se fazer um tratamento pré-operatório prolongado e com a associação do iodo, pois este provoca a involução colóide da glândula, o que acarreta atenuação dos fenómenos hiperplásticos e vasculares.

OBS. X — LAURA B. S., 23 a., solteira, doméstica; em tratamento ambulatorio.

Diagnóstico: Bócio difuso, com hipertireoidismo recidivante post-operatório.

Antec.: Apendicectomizada em 1943. Uma irmã com bócio.

Hist. da doença: Bócio colóide difuso desde a adolescência, que se

tornou levemente hiperfuncional (met. — base = + 19%), em 1943. Laqueação da artéria tireoideia superior direita (Prof. Álvaro Rodrigues), no ano imediato. Acalmia funcional tireoideia consecutiva (met. — base = — 10%, um ano após a intervenção). Há cerca de 6 meses, em 1947, reaparecimento dos sintomas de hipertireoidia, desta vez bastante mais acentuados.

Estado actual (23 de Outubro de 1947): Bócio difuso. Sem exoftalmia. Peso = 56,500 quilos. Pulso = 72/m. Met. — base = + 41%. Colesterol total = 173 mgrs.%. Lipídeos totais = 760 mgrs.%. .

Medicação: Metil-tiouracilo.

Evolução: Melhoras nítidas. Com pouco mais de 3 meses de tratamento (em 30 de Janeiro de 1948), registam-se os seguintes valores: peso = 63,300 quilos; pulso = 68/m.; met. — base = — 6%; colesterol total = 208 mgrs.%; lipídeos totais = 1010 mgrs.%. O bócio persiste. O tratamento é suspenso, e a doente mantém-se em remissão funcional quase um ano depois.

Acidentes: nulos.

Resultados: Remissão funcional persistente, mesmo após a suspensão do tratamento.

Comentários: Este caso mostra-nos a utilidade da medicação anti-tireoideia no tratamento do hipertireoidismo recidivante post-operatório.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

Embora em pequeno número, as nossas observações clínicas permitem fazer um juízo sobre esta terapêutica, que aliás não é mais do que uma confirmação do que tem sido verificado.

a) — EFEITOS CLÍNICOS, METABÓLICOS E SOBRE A BIOQUÍMICA DO SANGUE:

Sob o ponto de vista clínico, verificamos em primeiro lugar que esta medicação tem uma influência favorável sobre o subjectivismo do doente e as diversas perturbações neuro-vegetativas. A resposta é mais ou menos rápida, mas pode dizer-se que é constante. Merece relevo, nesta altura, o facto verificado na doente da observação VI, na qual assistimos ao desaparecimento completo desde o 2.º dia de tratamento de uma diarreia intensa que já existia há alguns meses.

A frequência do pulso e os valores tensionais normalizam-se com maior ou menor rapidez, mas de uma maneira constante.

O peso, em geral, melhora mais lentamente (em duas das nossas observações — n.ºs II e XII — verificamos até, no início do tratamento, um certo declínio do peso, que pode, contudo, ter sido independente da medicação). Mas, com a continuação do tratamento, a subida do peso é constante e atinge, às vezes, valores de relevo (15 quilos nas observações II e VII, e 9 quilos na obs. VI).

Sobre o bócio, a influência do tratamento foi variável, mas nunca observamos aumento apreciável de volume, de acordo com o facto verificado de que os tioderivados não são bociogénicos quando a tireóide já está hiperplasiada em casos de hipertireoidismo (Means). Quase sempre, notamos que o volume se mantinha o mesmo, e em dois casos de doença de Basedow numa fase adiantada do tratamento (obs. II e VI), pudemos observar o desaparecimento da hipertrofia da glândula.

Num caso de hipertireoidismo secundário (obs. II) e noutro de hipertireoidismo primitivo (obs. XIV), registamos a presença de nódulos no decurso do tratamento, sem contudo podermos responsabilizar este pelo seu aparecimento.

A exoftalmia, moderada nos casos em que estava presente, também nunca aumentou. Nalgumas doentes ficou na mesma, noutras diminuiu numa fase adiantada do tratamento, e em dois casos, desapareceu (obs. II e VI).

O *metabolismo-base* acompanhou quase sempre, de maneira mais ou menos paralela, as melhoras clínicas, atingindo nalguns casos, no fim do tratamento, valores negativos (— 16 % na obs. V, — 9 % na obs. VI, — 4 % na obs. II e — 6 % na obs. X).

A *lipemia* e a *colesterolemia* sofreram variações por vezes muito expressivas no decurso do tratamento, observando-se elevação tanto da primeira como da segunda, embora nem sempre as duas variassem com a mesma intensidade.

Segundo Aranow e colaboradores (1946), a taxa do colesterol no soro é um índice ainda mais expressivo da acção anti-tireoideia destas substâncias químicas no início do tratamento de que o *metabolismo-base*, mas depois, parece que os valores deste último são mais significativos. Barr e Shorr (1945), pelo contrário, dão mais relevo à taxa do colesterol do soro numa fase mais adiantada do tratamento, pois observaram que ela atingia concentrações mixedematosas antes do *metabolismo-base* denunciar presença de mixedema, o que constituiu uma indicação para diminuir as doses medicamentosas. Nas nossas observações, verificamos que a *lipemia* e a *colesterolemia* atingiam por vezes valores normais antes da normalização do *metabolismo-base* (obs. VI e VII), ou até os ultrapassavam (obs. II). Confirmamos assim os factos verificados pelos primeiros investigadores, parecendo-nos também que em fases mais adiantadas do tratamento, as variações registadas não eram tão intensas. Nunca chegamos, porém, a circunstâncias clínicas que fizessem pensar em mixedema, e por isso, não pudemos apreciar o valor destes dados bioquímicos do sangue na previsão daquele, como acentuam os segundos investigadores.

Foram também dignas de nota as variações do *iodo total do sangue* sob a influência do tratamento. É certo que não fizemos determinações do iodo hormonal do plasma, considerado o índice laboratorial mais directo para ajuizar da secreção tireoideia, segundo numerosos autores (Salter, Hoskins, etc.). No entanto, as variações do iodo total que observamos foram em geral muito maiores do que as verificadas por nós em indivíduos normais ou mesmo hipertireoideus não submetidos a tratamento, quando se faziam determinações repetidas com intervalos de tempo maiores ou menores (nunca observamos nestes casos variações superiores a 1 micrograma por cento, em valor absoluto).

Por consequência, não deixaram de ser altamente significativas as modificações registadas, chegando a observar-se diminuições notáveis, como na obs. XI, na qual a iodemia desceu de 26,8 microgramas por cento, no início do tratamento, para 5,2 no fim deste.

Segundo numerosos autores, entre os quais Williams e Clute (1945), o iodo hormonal de plasma diminui em geral mais precocemente no decurso do tratamento do que o metabolismo-base. Este pode apresentar ainda valores acima do normal quando aquele já se normalizou. Embora as nossas observações digam respeito ao iodo total do sangue, também verificamos este facto, como por exemplo, nas observações VI e XII, nas quais, a desvios do metabolismo-base de + 19 e + 48 por cento, corresponderam concentrações iodêmicas de 7 e 7,4 microgramas por cento, que consideramos normais (1).

b) ACIDENTES:

O número de acidentes registados foi pequeno, e raras vezes foi necessário interromper o tratamento. O acidente mais importante foi verificado na doente n.º IX, com o tiouracilo, na qual se observou depressão leucocitária com leve neutropenia na 3.ª semana de tratamento (descida dos glóbulos brancos de 7500 para 4.400 por mm.³ e da percentagem dos neutrófilos de 61 para 55). A interrupção do tratamento durante mês e meio, normalizou a situação e permitiu que aquele fosse retomado.

(1) Em análises feitas em 20 indivíduos normais, verificamos que a iodemia apresentava valores limites de 2,4 e 8 microgramas por cento, com um valor médio de 6 microgramas por cento.

No quadro I vêm registados alguns números significativos das variações clínicas, metabólicas e da bioquímica do sangue em 12 doentes.

Os outros acidentes registados, foram os seguintes: com o *metil-tiouracilo*, exantema e prurido, num caso (obs. XII) e só prurido, leve, noutro caso (obs. V); com o *aminotiazol*, epistaxis e erupção máculo-papulosa da face, num caso (obs. XIV).

c) — ALGUNS FACTOS A SALIENTAR:

Verificamos que a acção terapêutica dos anti-tireoideus de síntese é tanto mais brilhante quanto mais intenso é o quadro clínico (obs. VI e VII).

O emprego prévio do iodo, torna mais lenta a resposta à medicação, mas os efeitos terapêuticos não deixam de se fazer sentir com igual eficiência (obs. II e III, por ex.).

Em casos de bócio colóide com hipertireoidismo secundário (transformação nodular muito provável), a resposta é também mais lenta, devido a reservas maiores de hormona tireoideia na glândula (obs. I e III).

As interrupções no tratamento podem reactivar doença se esta ainda não está dominada, mas uma nova administração do medicamento mostra-se da mesma forma eficiente (obs. VI), o que não sucede com frequência no caso do tratamento pelo iodo.

Os antitireoideus de síntese constituem um novo e importante recurso terapêutico, que se valoriza nos casos de hipertireoidismo resistentes ao iodo e à radioterapia (obs. II e III, por ex.). Em casos de hipertireoidismo fruste, duvidoso, o efeito terapêutico constitui um meio de diagnóstico diferencial de que é lícito lançar mão (obs. V), de acordo com a opinião de Cookson (1945). O tratamento da hipertireoidismo recidivante post-operatório, que é muito sensível a estas substâncias químicas (como insinua Reveno, em 1945), fica facilitado com o seu emprego, poupando o doente a novas intervenções, a não ser que haja indicação operatória indiscutível (obs. X).

O tratamento pré-operatório com estes medicamentos, deve ser suficientemente prolongado e só deve ser realizado com a associação do iodo (Bartels, Lahey, etc.) ou de pó de tireóide (Penick), desde o início ou nas duas últimas semanas do tratamento, com o fim de assegurar um post-operatório tranquilo e um acto cirúrgico sem as dificuldades técnicas resultantes da hemorragia (obs. VII).

Não observamos diferença sensível, de maneira geral, entre a acção terapêutica destes compostos em doentes hospitalizados ou em tratamento ambulatorio, desde que neste último caso houvesse cooperação do doente, o que representa, uma vantagem importante, até sob o ponto de vista económico.

QUADRO I—Variações clínicas, metabólicas e da bioquímica do sangue no decurso do tratamento (em 12 doentes)

Obs.	Diagnóstico	Peso (quilogra.)	Pulso (freq. por min.)	M. B. desvio por %	Lip. totais no soro mgs. 0/0	Coolesterol no soro mgs. 0/0	Índice total no sangue % 0/0
II	Doença de Basedow	66	112	+ 100	—	186	—
		65	64	+ 25	950	255	—
		69,200	74	+ 11	1100	240	4,5
		76,100	66	- 4	—	—	—
III	Bócio colóide difuso com hipertir. secund.	48	112	+ 33	620	129	—
		51,700	88	+ 28	—	—	10,7
		53,800	76	0	860	170	6,6
IV	Doença de Basedow	53	132	+ 75	600	129	—
		53,600	72	+ 24	720	161	—
V	Hipertir. fruste	43,500	96	+ 38	730	177	—
		44,900	58	- 5	970	—	—
VI	Doença de Basedow	48	124	+ 91	510	120	—
		50,500	116	+ 36	710	145	9
		55,300	80	+ 19	850	173	7
		56,800	68	- 9	—	—	5,8
VII	"	46	104	+ 105	680	140	—
		46,900	64	+ 20	790	220	—
VIII	"	41	108	+ 45	790	145	—
		42,600	68	+ 9	950	220	—
IX	"	50	88	+ 43	650	154	9,5
		53,700	88	+ 35	—	195	6,7
X	Hipertir. recidiv. post-operatório	56,500	72	+ 41	760	173	—
		63,300	68	- 6	1010	208	—
XI	Doença de Basedow	47	108	+ 43	760	141	26,8
		46,800	80	+ 28	710	181	11,5
		53,900	76	+ 16	—	—	5,2
XII	"	49,700	94	+ 54	—	—	25,3
		49,800	104	+ 48	—	—	7,4
		51,800	62	0	—	—	—
XIII	"	62	80	+ 29	820	198	16,1
		64,500	68	0	—	—	8

QUADRO II — Síntese dos resultados

Obs.	Diagnóstico	Droga empregada	Tempo de tratamento	Bócio no fim do tratamento
I	Bócio colóide dif. com hipertir. secund.	aminotiazol metil-tiouracilo	4 meses	mesmo volume
II	Doença de Basedow	tiouracilo metil-tiouracilo	18 meses	desaparecimento
III	Bócio colóide dif. com hipertir. secund.	metil-tiouracilo aminotiazol	10 meses	mesmo volume aparecimento de alguns nódulos
IV	Doença de Basedow	metil-tiouracilo	4 meses	leve diminuição
V	Hipertiroidismo fruste	metil-tiouracilo	3 meses e meio	—
VI	Doença de Basedow	metil-tiouracilo aminotiazol	9 meses	desaparecimento
VII	»	aminotiazol	1 mês	mesmo volume
VIII	»	metil-tiouracilo	4 meses	»
IX	»	tiouracilo	3 meses	»
X	Hipertir. recidivante post-operatório	metil-tiouracilo	»	»
XI	Doença de Basedow	aminotiazol	3 meses e meio	leve diminuição
XII	»	metil-tiouracilo tiouracilo	4 meses e meio	diminuição
XIII	»	aminotiazol	3 meses	mesmo volume
XIV	»	»	4 meses	mesmo volume aparecimento de alguns nódulos

obtidos (em Dezembro de 1948)

Exoftalmia no fim do tratamento	Estado funcional no fim do tratamento	Persistência dos efeitos do tratamento após a supressão deste
—	melhoras apreciáveis	Tendência à recaída, 1 mês depois
desaparecimento	remissão (cura?)	6 meses (até à data)
—	remissão	Tendência à recaída, 3 meses depois
diminuição	remissão (cura?)	18 meses (até à data)
—	»	16 » (» » »)
desaparecimento	remissão	8 » (» » »)
na mesma	melhoras muito acentuadas	Intervenção cirúrgica; acidente fatal post-operatório
»	remissão	ignora-se
»	melhoras acentuadas	»
—	remissão	12 meses (até à data)
leve diminuição	melhoras muito acentuadas	ignora-se
diminuição	remissão	5 meses (até à data)
leve diminuição	»	ignora-se
diminuição	»	Tendência à recaída, 1 mês depois

Num caso de gravidez (obs. VII), não observamos qualquer acção nociva da medicação sobre a criança, de acordo com grande número de autores, como Williams, Lahey, etc.

d) — RESULTADOS NO FIM DO TRATAMENTO.
PERSISTÊNCIA DOS EFEITOS DO TRATAMENTO APÓS A SUSPENSÃO DESTES:

Em todos os casos se obtiveram melhoras notáveis, que atingiram quase sempre o estado de remissão funcional, como se demonstra no quadro II.

O tempo de tratamento é um factor importante para a obtenção de resultados seguros e persistentes, mas, o aspecto clínico da doença influi também de maneira importante. Em casos de bócio volumoso ou com transformação nodular, parece-nos que a tendência à recaída é maior, mesmo com tratamento bastante prolongado, como aconteceu na obs. III. Nestes casos, pelo menos, fica bem evidenciado que a terapêutica pelos antitireoideos de síntese não resolve por completo o problema da doença, tornando-se necessário o recurso à cirurgia.

Pelo contrário, em certos casos de hipertireoidismo primitivo, em especial se a hipertrofia glandular é moderada, a terapêutica química pode resolver por si o problema, como demonstram algumas das nossas observações (n.^{os} II, IV, V, VI e XII), nas quais foi possível obter remissões persistentes após a suspensão de tratamento.

BIBLIOGRAFIA

- ARANOW, HENRY JR., R. H. E. ELLIOT, VIRGINIA K. FRANTZ, GEORGE W. MELCHER JR., and SIDNEY C. WERNER: Thiouracil in the Treatment of the Thyrotoxicosis. *Annals of Surgery*, 124: 167, 1946.
- ASTWOOD, E. B.: Treatment of Hyperthyroidism with Thiourea and Thiouracil. *J. A. M. A.* 122: 78, 1943.
- ASTWOOD, E. B. and ADELE BISSELL: Effect of Thiouracil on the Iodine Content of the Thyroid Gland. *Endocrinology*, 34: 282, 1944.
- ASTWOOD, E. B. and VANDER LAAN: Treatment of Hyperthyroidism with Propylthiouracil. *Ann. of Int. Med.*, 25: 813, 1946.
- BARFRED, ARNE: Methylthiouracil in the Treatment of Thyrotoxicosis. *Am. J. M. Sc.* 214: 349, 1947 (ref. em Year Book — Endocrinology, pág. 70, 1947).
- BARR, D. P. and SHORR, E.: Observations on the Treatment of Graves Disease with Thiouracil. *Ann. Int. Med.*, 23: 754, 1945.

- BAUMANN, EMIL J., NANNETTE METZGER and DAVID MARINE: Mode of Action of Thiourea on the Thyroid Gland of Rabbits. *Endocrinology*, 34: 44, 1944.
- BEIERWALTES, WILLIAM H. and CYRUS C. STURGIS: Remissions in Thyrotoxicosis after Discontinuing Thiouracil. *J. A. M. A.*, 131: 735, 1946.
- COCKSON, H.: Thiouracil in Goiter. *Lancet*, 2: 485, 1945.
- DANOWSKI, T. S., EVELYN B. MAN and ALEXANDER W. WINKLER: Use of Thiourea in Control of Hyperthyroidism, *Connecticut M. J.* 11: 105, 1947. (ref. no Year Book — General Therapeutics, pág. 330, 1947).
- FRISK, A. RUNE and EINAR JOSEFSSON: Thiouracil Derivatives and Pregnancy, *Acta Med. Scandinav.*, 128: 85, 1947 (ref. em Year Book — Endocrinology, pág. 66, 1947).
- HAINES, S. F., M. P. KELSEY, M. M. D. WILLIAMS and F. R. KEATING, JR.: Some Recent Advances in Study of the Thyroid; their Influence on the Treatment of Thyroid Diseases. *The Med. Clin. of North America*, 32: 951, 1948.
- HOSKINS, ROY G.: A biologia da tiroide, *Medicina — Cirurgia — Farmácia*, 139: 587, 1947.
- IRIARTE PEIXOTO, L. PINTO BASTO e EGÍDIO GÓLVEIA: Alguns aspectos da terapêutica do hipertireoidismo. *Amatus Lusitanus*, 6: 219, 1947.
- JIMENEZ DIAZ, C., H. CASTRO MENDOZA e J. PERIANES: Efecto de la Tiroidectomia y del Thiouracilo sobre los Lípidos del Plasma en la Rata, *Rev. Clin. Esp.* 27: 417, 1947.
- KESTON, A. S., E. D. GOLDSMITH, A. S. GORDON and H. A. CHARIPPER: The Effect of Thiourea upon the Metabolism of Iodine by Rat Thyroid, *J. Biol. Chem.*, 152: 241, 1944.
- LAHEY, F. H. and ELMER C. BARTELS: The Use of Thiouracil, Thiobarbital and Propylthiouracil in Patients with Hyperthyroidism, *Annals of Surgery*, 125: 572, 1947.
- MARCEL PERRAULT et DANIEL BOVET: L'aminothiazol: nouvel antithyroïdien electif dans le traitement de la maladie de Basedow (hyperthyreose). *Gazette Med. de France*, 53: 147, 1946.
- MEANS, J. H.: *The Thyroid and its Diseases*, 2.^a ed. 1948 (Philadelphia, J. B. Lippincott Company).
- ORTEGA, FRANCISCO E.: Cambio del signo del metabolismo-basal por el empleo del tiouracilo, *Rev. Clin. Esp.*, 26: 186, 1947.
- PENICK, R. W.: Use of Thyroid Extract with Thiouracil in the Preparation of the Thyrotoxic Patient, *Annals of Surgery*, 125: 582, 1947.
- RAWSON, R. W. and MC ARTHUR, J. W.: Radio-Iodine: its use as a Tool in the Study of Thyroid Physiology, *The Journ. of Clin. Endocrin.*, 7: 235, 1947.
- REVENO, W. S.: Thiouracil in Thyrotoxicosis, *J. A. M. A.*, 128: 419, 1945.
- WILLIAMS, R. H. and H. M. CLUTE: Thiouracil in the Treatment of Thyrotoxicosis, *J. A. M. A.*, 128: 65, 1945.
- WILSON, ANDREW: Thyrotoxicosis treated with Thiouracil and Methylthiouracil, *Lancet*, I: 640, 1946.

Algumas considerações a propósito de um caso de ossificação heterotópica

por CARLOS LIMA

Assistente na Faculdade de Medicina do Porto

Data de 1900 a primeira descrição da ossificação de uma cicatriz de laparotomia. De então para cá, numerosos casos têm sido descritos.

O problema não é novo. O interesse que o seu estudo tem despertado justifica-se plenamente pela esperança de que se venham a colher elementos esclarecedores do problema da fisiopatologia da ossificação. O fenómeno do aparecimento do osso tem levantado grande discussão e, hoje, podemos dizer que duas teorias se defrontam. De um lado, LERICHE & POLICARD, do outro DUBREUIL e seus colaboradores. Para os primeiros, os fenómenos dominantes da ossificação são de ordem intersticial ou humoral; para os segundos, são de natureza celular ou osteoblástica. Para LERICHE & POLICARD predominam os fenómenos humorais: precedendo a ossificação, dá-se o aparecimento dum edema de tipo especial. DUBREUIL relaciona o edema com a neoformação conjuntiva.

Note-se, de passagem, que LERICHE nada nos diz quanto à especificidade do edema, de forma a podermos distingui-lo do edema da neoformação conjuntiva. Mas as divergências continuam.

O osteoblasto representa, para DUBREUIL, uma célula específica, com características próprias de célula glandular. Para LERICHE & POLICARD ele representa uma forma reaccional banal da célula conjuntiva em face de processos intersticiais e humorais que levariam, por outro lado, à génese de substância préóssea. Os defensores da teoria humoral chegam a pensar que a actividade do osteoblasto pode ser mais osteolítica do que osteoformadora, pondo esta hipótese em virtude da analogia e relações histogénicas entre o osteoblasto e o osteoclasto. Esta hipótese parece-nos facilmente refutável, não só pelas imagens histológicas que se observam nas zonas de ossificação, mas ainda por comparação com o que sucede com outros elementos celulares que, de origem comum, têm, no entanto, actividades diferentes.

Parece-nos mais razoável admitir que o osteoblasto representa, na realidade, uma célula específica que intervém activamente na formação da substância óssea e que não é mais do que a resultante da evolução da célula mesenquimatosa.

LERICHE diz que não pode admitir a especificidade do osteo-

blasto, visto que se verifica a formação de osso em órgãos ou tecidos sem osteoblastos, como no pulmão, na tireoidea, etc.; chega mesmo a perguntar: «Pode DUBREUIL admitir que os osteoblastos possam passar para o sangue e imobilizarem-se onde lhes apeteça?» Parece-nos que é ir longe demais. O facto de aparecerem neoformações ósseas em órgãos ou tecidos onde normalmente não existem osteoblastos não chega para negar a sua especificidade, só se, quando falamos em especificidade, queremos pôr em dúvida a sua origem mesenquimatosa indiscutível.

Ao nível do pulmão, da tireoidea e doutros órgãos pode aparecer osso, e esse osso surgiria em virtude de fenómenos que ainda não percebemos, os quais, possivelmente, condicionariam a involução dos fibrócitos até células conjuntivas jovens, com todas as suas possibilidades evolutivas, entre as quais a que conduz ao osteoblasto, célula específica, tanto como o é um fibrócito ou um glóbulo rubro, com sinais evidentes de célula activa.

Na discussão do problema da ossificação, LERICHE & POLICARD dizem que o periósseo, sem partículas ósseas, não é nunca local de ossificação. Que as coisas não se passam assim, já o sabemos, pois LACROIX obteve osso a partir de retalhos de periósseo desprovidos de qualquer esquirola. Nós, repetindo as experiências de LACROIX, pudemos verificar a formação de placas ósseas a partir de enxertos de periósseo, colhendo aspectos de transição que não permitem qualquer dúvida quanto à interferência do periósseo na génese da substância óssea. Não pretendemos, por agora, alongar-nos no assunto. Mais tarde daremos relação das experiências em curso, bem como daquelas por nós já realizadas no momento actual. É possível que o estudo da histologia experimental, bem como o das ossificações heterotópicas, venha a fornecer-nos elementos de valor para a interpretação dos fenómenos da ossificação.

Todas estas considerações foram suscitadas pelo estudo dum ostema desenvolvido em cicatriz de laparotomia supra-umbilical. Trata-se de uma peça recebida no Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto em Abril de 1948. A história clínica é a seguinte:

F. M. L., de 30 anos, solteira, doméstica, foi operada de gastro-enteroanastomose em 4 de Agosto de 1942. Em princípio de 1947 notou a existência dum corpo móvel, alongado, englobado na cicatriz de laparotomia. O referido corpo foi endurecendo progressivamente. Na anamnese da doente não havia qualquer facto digno de especial menção, designadamente infecção da ferida operatória. Em Abril de 1948 a doente é operada, tendo-se-lhe retirado da cicatriz a peça óssea que passo a descrever.

Alongada, com a forma grosseira de um V, cujo ramo maior mede 7 cm. de comprimento e o menor 2 cm., é de superfície irregular e rugosa, de espessura variável consoante os pontos considerados. Tem 1,5 cm. de largura máxima, correspondendo ao ponto em que os 2 ramos do V se continuam um com o outro, e 4 mm. de largura mínima, correspondendo aos extremos. A referida peça, dura, tem ao corte a consistência própria do osso.

O exame microscópico permite verificar que se trata de formação óssea, espécie de placa envolvida em quase toda a extensão por uma camada de tecido conjuntivo rico de células, lembrando as imagens histológicas do periósseo. Na parte mais interna, zona juxta-óssea, do referido tecido conjuntivo notam-se, aqui e ali, elementos celulares em evolução osteoblástica, ao lado de outros de tipo histiocitário com núcleos volumosos, cromatina disposta em poeira, em alguns visualizando-se bem o nucléolo. As formas em evolução osteoblástica apresentam os núcleos bem corados e o citoplasma ramificado.



Fig. 1

Peça óssea retirada de cicatriz de laparotomia.

Num dos extremos da referida placa óssea, e em continuidade com ela, existe pequena zona cartiláginea envolvida por tecido conjuntivo com elementos que, semelhantes aos que noutros pontos experimentam a evolução osteoblástica, adquirem a morfologia própria dos elementos cartilágineos, embebendo-se numa substância intersticial basófila, a conferir ao tecido o aspecto próprio da cartilagem.

De longe a longe, entre o osso e o tecido periosteal envolvente, observa-se uma substância eosinófila, substância préóssea.

Trata-se, pois, e em resumo, de uma peça óssea desenvolvida na espessura de cicatriz de laparotomia. O facto em si não mereceria grande interesse. As descrições de ossificações heterotópicas têm-se sucedido e na maior parte dos casos publicados tratava-se justamente, como no nosso caso, de osteomas desenvolvidos em cicatrizes medianas supra-umbilicais, após intervenções feitas no estômago ou no duodeno. Já em 1911, BENELLI assinalara a frequência com que os osteomas apareciam em cicatrizes de laparotomia supra-umbilical.

Não pretendemos discutir o mecanismo que determina o

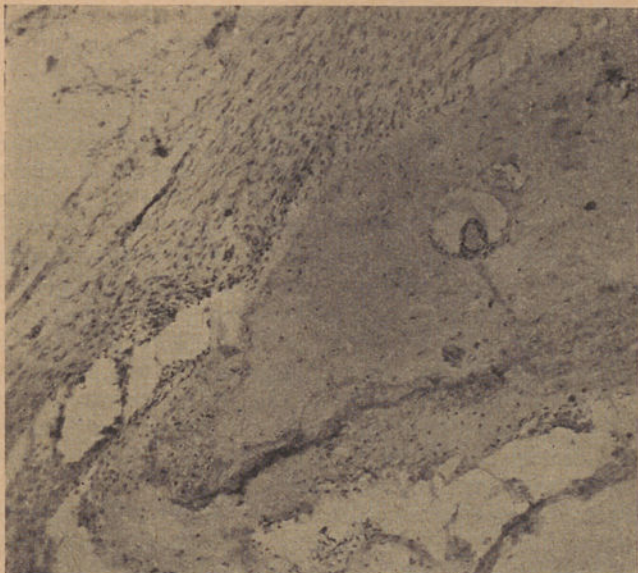


Fig. 2

Aspecto microscópico da peça. Placa óssea envolvida por tecido conjuntivo.

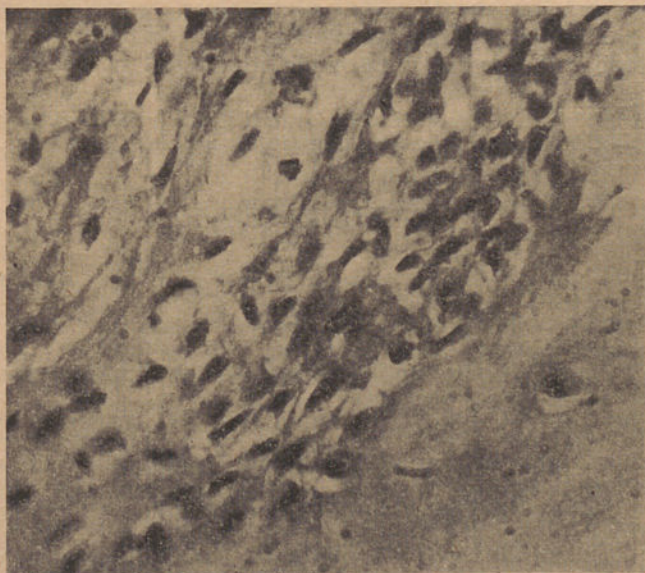


Fig. 3

Histiócitos em evolução osteoblástica.

aparecimento de formações ósseas em cicatrizes; invocam-se, para o explicar, diferentes teorias em que se atribui importância ao papel da supuração, aos fios utilizados na sutura, à formação de hematoma, etc. Por agora — e foi por isso que nos pareceu interessante a observação — importa chamar a atenção para o aspecto histológico da peça. Como tivemos ocasião de notar, em torno da placa óssea, e envolvendo-a, observa-se um tecido conjuntivo com aspecto semelhante ao do periósseo, tecido denso, rico de células, algumas das quais em evolução osteoblástica, ao lado de outros elementos de tipo histiocitário ainda não evolucionados. Esse o aspecto que nos pareceu digno de consideração. Será que o aparecimento do osso condiciona aquela organização particular do tecido conjuntivo, organização de tipo periostal? Ou passar-se-ão as coisas ao contrário?

Parece-nos que haveria, mercê de qualquer razão que nos escapa, uma involução do tecido conjuntivo no sentido do aparecimento dum tecido jovem de aspecto semelhante ao do periósseo e no qual se podem ver imagens idênticas às por nós observadas nas ossificações periósticas experimentais. Haveria, por assim dizer, uma ossificação perióstica.

Pretendemos apontar só o facto e, por isso, não nos alongaremos mais em considerações, deixando para melhor oportunidade a comunicação dos resultados do estudo experimental da ossificação que por nós vem sendo realizado.

(Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto
— Centro de Estudos do INSTITUTO PARA A ALTA CULTURA).

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ (F. G.) — Fisiopatología del proceso de ossificación. *Revista Médica de Córdoba*, n.º 2, 1941, pág. 110.
- BUZZI (O. T.) — Ossificación en las cicatrices operatórias. *El Dia Médico*, n.º 36, 1933, pág. 732.
- DIDIER (R.) — Un nouveau cas d'ossification de cicatrices opératoires. *Presse Médicale*, n.º 39, 1935, pág. 797.
- DI NATALE — Ref. in *Ann. d'Anat. pathol. et d'Anat. norm. médico-chir.*, 6, 1929, pág. 814.
- DUBREUIL (G.), CHARBONNEI. (M.) & MASSE (L.) — Les processus normaux et pathologiques de l'ostéogénèse. Les théories e le rôle des ostéoblastes. *Ann. d'Anat. pathol. et d'Anat. norm. médico-chir.*, 10, 1933, pág. 225 a 337.
- FIGUEIRA (Reis) — Contribuição para o estudo das ossificações heterotópicas. *Folia Anat. Univers. Conimbr.*, 18, n.º 9, 1943.
- GERARD-MARCHAND (P.) — Ostéome de la paroi abdominale. *Ann. Anat. pathol.*, n.º 8, 1931, pág. 515.
- LACROIX (Pierre) — Recherches expérimentales sur l'ostéogénèse périostique. *Arch. de Biol.*, 57, 1946, pág. 99-136.

- LERICHE (R.) & POLICARD (A.) — La physiologie normale et pathologique de l'os. Paris, Masson ed., 1926.
- — — Position actuelle du problème de l'osteogénèse. (A propos des critiques récentes). *Presse Médicale*, n.º 9, 1934, pág. 169.
- MAGNIEN & PERROT (M.) — Un cas d'ostéome de la langue. *Ann. d'Anat. pathol.*, 10, 1933, pág. 331.
- TAVARES (Amândio) — Sur la présence d'inclusions osseuses dans le foie d'une poule. *Folia Anat. Univers. Conimbr.*, 8, n.º 2, 1933.
- — — Sobre a ossificação de um epitelioma calcificado da pele. *Imprensa Médica*, n.º 22, 1936, pág. 411.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRI-
GÊNSIS, XXI, 1946 — N.ºs 8-12: *Sobre a inervação da glândula suprarrenal*, por Eugénio Corte-Real; *Algumas observações de músculo pré-esternal*, por Abel Sampaio Tavares; *Contribuição para o estudo da vascularização do cárdionector*, por Maximino Correia; *A irrigação arterial dos músculos papilares do coração humano*, por Maximino Correia. XXII, 1947 — N.ºs 1-4: *O reflexo cárdio-periférico*, por I. G. Russu e V. V. Papilian; *Circulação vicariante do miocárdio*, por Maximino Correia; *Sobre a zona germinativa do córtex suprarrenal*, por Eugénio Corte-Real; *A propósito de dois casos de anastomose entre duas artérias coronárias cardíacas*, por Maximino Correia.

CIRCULAÇÃO VICARIANTE DO MIOCÁRDIO. — O diagnóstico anátomo-clínico das obliterações das coronárias apresenta, em certos casos, dificuldades insolúveis. Há portadores de infartos do miocárdio, com diagnóstico indiscutível, que não oferecem qualquer alteração apreciável do electrocardiograma; há zonas mudas sob esse ponto de vista, e mesmo nos casos em que o electrocardiograma é demonstrativo nem sempre é possível atribuir a determinado ramo da coronária direita ou esquerda a lesão denunciada. Isto está em relação com as disposições anatómicas das coronárias e com as comunicações anastomóticas do sistema irrigador do miocárdio. Não há maneira de descrever esse sistema, nos seus pormenores, seguindo um determinado modelo, tão diferente se apresenta de individuo para individuo. Sua diversidade explica a variabilidade de marcha dos acessos anginosos; umas vezes, violentos, cedem e permitem a vida do doente durante longos anos, ao passo que outras vezes pequenos acessos vitimam rapidamente.

ARQUIVO DE PATOLOGIA, XX, 1948 — N.º 1 (Abril):
O edema do membro superior no cancro da mama, por Maria Fernanda Marques e Suzana César; Linfopneumatose quística do íleon, por João Neves da Silva; Alguns tumores raros da pele e seus anexos no *Mus musculus*, por M. Th. Furtado Dias; A propósito dum caso de sarcoma no coração duma ovelha, por J. L. Nunes Petisca; Alguns tumores benignos raros da língua, por Amadeu Carvalho de Almeida.

O EDEMA DO MEMBRO SUPERIOR NO CANCRO DA MAMA. — Em 3.491 observações de doentes com carcinoma do seio, registados no Instituto Português de Oncologia, encontrou-se edema do membro superior 275 vezes. Várias tem sido as teorias invocadas para a explicação de este edema: alterações e compressões vasculares primeiramente, depois perturbação nervosa, principalmente do simpático, e finalmente lesões dos endotélios, que aumentariam os fenómenos de osmose e de produção da linfa. A variedade dos aspectos do edema, a diversidade da extensão das lesões cancerosas que o originam, parecem indicar que a patogenia deve ser diferente, de caso para caso.

LINFOPNEUMATOSE QUÍSTICA DO ÍLEON. — Foi Han, em 1899, o primeiro cirurgião a observar quistos gasosos intestinais, ao realizar uma laparotomia. Durante muitos anos o diagnóstico só se fazia na mesa de autópsias, por o quadro clínico, incharacterístico, ser mascarado pela sintomatologia das lesões que acompanham ou determinam a pneumatose, tais como: úlceras gastroduodenais, apendicites, colites, enterites, calculose biliar, parasitíase intestinal, etc.

No entanto algumas observações publicadas referem certos dados que a laparotomia confirmou corresponderem a sintomas da linfopneumatose quística. Assim Llorena, num dos seus casos, notou que a palpação produzia sensação de crepitação e de «mole». Quando há massa tumoral palpável, esta é também mole, esponjosa ao tacto, move-se livremente e varia de volume, forma e consistência, de dia para dia. Noutros casos a compressão extrínseca leva à obstrução do intestino e, noutros ainda, criam-se quadros de oclusão crónica por verdadeiras estenoses, quando os quistos são bastante desenvolvidos na sub-mucosa, ou aguda, por invaginação.

Está de acordo com estes sintomas a estatística de Jackson, que nos diz que 83 % de 83 casos produziram obstrução intestinal total ou parcial. Convém recordar aqui que nas crianças as vesículas se localizam de preferência na mucosa e sub-mucosa, justificando assim a maior possibilidade destas complicações.

A importância, relacionada com a gravidade do prognóstico, do maior desenvolvimento dos quistos numa ou noutra camada da

parede intestinal, também foi posta em relevo por Berglund, que dividiu a linfopneumatose quística do intestino em dois tipos: à forma predominantemente sub-serosa chama benigna e para ela preconiza tratamento conservador; à forma com lesões mais desenvolvidas na sub-mucosa chama maligna e para ela propõe tratamento cirúrgico pela ressecção. Vemos assim que há várias possibilidades de manifestações clínicas relacionadas principalmente com a localização e extensão do processo.

Foi Well, segundo citação de O. Vaz, o primeiro autor que procurou juntar observações semelhantes, colhendo delas elementos para tentar agrupá-los de modo a evidenciar formas clínicas. Constituiu assim três formas: *pseudo-apendicular* que é a mais frequente; *peritoneal* que se confunde com a peritonite tuberculosa; e *oclusiva* com um tipo agudo ou crônico. Este autor brasileiro propõe que se junte uma quarta forma — a *tumoral*. Esta localiza-se na fossa ilíaca direita e traz quase sempre forte repercussão sobre o estado geral e por este motivo tem sido diagnosticada como carcinoma ou tuberculose. Rais propõe que se formem dois grupos atendendo às lesões coexistentes, cujos sintomas determinam a intervenção; no primeiro, de sintomatologia gástrica, entram 63 % dos casos e ao segundo, de sintomatologia intestinal, pertencem 16 % .

A principal contribuição para o diagnóstico foi dada pelo exame radiológico e é graças a ele que há vários casos com diagnóstico pré-operatório, confirmado pela laparotomia e pelo exame histológico.

Borjow e Dupasquier, na citação de Llorena, publicaram em 1913 a primeira observação do diagnóstico radiológico; porém foram Bonnamour, Cotte e Radolle, segundo a mesma fonte, que indicaram quais as características radiológicas, querendo até atribuir-lhes carácter patognomônico. Foram assim já diagnosticados, entre outros, os casos de Lindsay, Bauml, Llorena, dois de Jimenez Diaz, etc. Diremos de passagem que se apontam como sinais radiológicos típicos: 1.º — interposição gasosa freno-hepática, 2.º — configuração políciclica, moriforme, das imagens, 3.º — pneumo-peritoneu espontâneo.

Trata-se, não há dúvida, de uma doença com quadro clínico impreciso, muitas vezes assintomático, em que existem muitos problemas por resolver e que interessa fazer conhecer ao médico prático. Não deve assim estranhar-se que seja desconhecida de muitos cirurgiões que, quando deparam com a lesão, pensam em quistos hidáticos ou então, na ideia de lesão maligna, fazem largas ressecções. Para isto contribui a grande raridade da doença. Como dissemos, no Arquivo da 1.ª Clínica Cirúrgica, em 22.692 observações clínicas, 7.793 peças macroscópicas e 14.500 exames his-

tológicos, só se registaram 3 casos. Segundo refere Rais, Ciechanowski, em 15.000 autópsias realizadas num período de 14 anos, só encontrou dois casos. Pelo que respeita a laparotomias também a percentagem é pequena embora maior do que aquela; no Serviço do Prof. Gentil fizeram-se 7.170 laparotomias e só se encontraram os dois casos de linfopneumatose quística publicados por Henrique Esteves, porque o terceiro caso, aqui apresentado, veio de outra clínica (Cl. Cir. de Braga). Em Llorena encontra-se a indicação de que no Serviço de Patologia Digestiva do Prof. Gonzalez Bueno, em 1.400 laparotomias, viram quatro vezes a lesão.

Fanchamps, no seu trabalho de 1945, computa em cerca de 200 os casos publicados de localização mesentérica ou intestinal; uma centena na parede da vagina; uma dezena na bexiga e um só no estômago.

A maior parte dos doentes estão compreendidos entre os 30 e 50 anos e é mais frequente no sexo masculino do que no feminino, na proporção de 3 para 1; deve-se esta desigualdade de distribuição ao facto de serem no homem mais frequentes as úlceras gastro-duodenais. A linfopneumatose quística aparece também em indivíduos novos, e até mesmo em crianças.

O A. relata um caso em homem de 58 anos, com padecimento gástrico tenaz, devido a úlcera calosa com estenose pilórica. Gastrectomizado, encontrou-se também uma ansa do íleon dilatada por numerosos quistos gasosos de volume variável entre o de uma noz e o de uma cabeça de alfinete. Ressecada essa ansa, fez-se o seu estudo anátomo-patológico.

Quanto à patogenia tem-se apresentado diversas teorias. A neoplásica não teve muitos adeptos, porque se verificam casos de regressão espontânea e cura das lesões. A bacteriana também não é lógica, entre outras razões porque deviam existir fenómenos inflamatórios, e porque a rotura dos quistos não provoca peritonite. A teoria mecânica é hoje geralmente aceite, tem mais lógica e foi até certo ponto demonstrada experimentalmente. Diz que os gases penetram na parede através de erosões ou feridas patológicas ou traumáticas da mucosa, entram nos linfáticos onde se acumulam, produzindo os quistos; favorecem este mecanismo as estenoses tantas vezes observadas nas lesões que acompanham a linfopneumatose. Também nestes casos é comum o hiperperistaltismo que, com um esforço de tosse, espirro, defecação ou outro, aumenta a pressão gasosa no intestino e favorece a penetração dos gases. Miyake, injectando gases na parede do intestino, conseguiu formar quistos mas estes desapareceram 4 ou 5 dias depois, donde pode concluir-se que não basta a entrada do gás na parede intestinal. Parecem mais concludentes as experiências em cães,

feitas por Estella; este autor, fixando uma ansa delgada à parede abdominal, criava estase linfática e formação de quistos. Objecta-se a esta teoria que nem sempre se conseguem demonstrar soluções de continuidade na mucosa; que os gases dos quistos são muito diferentes dos do intestino; que não se compreende bem a entrada de gases sem penetrarem bactérias que produzam reacções inflamatórias.

Há ainda o grupo quase sem fim das teorias químicas e físico-químicas, que atribuem as formações gasosas a perturbações da respiração celular (Falcone); a alteração do equilíbrio entre a pressão intra-abdominal e a pressão dentro do intestino juntamente com uma modificação do metabolismo gasoso (Mengis); a de que os gases entram na parede em quantidade excessiva e devido a uma acidose local são insuficientemente absorvidos (Ferrandu), etc.. etc. Ainda, para Dressler haveria, na base da linfopneumatose quística, uma predisposição individual traduzida por uma certa fraqueza da parede dos linfáticos. Veterinários americanos conseguiram, usando alimentação especial, provocar o aparecimento de quistos abdominais no porco, e por este motivo consideram a linfopneumatose quística como uma doença de carência.

Seja como for o que é essencial e aceite é que há um processo de linfangite estenosante e acumulação de gases que se difundem até à serosa e daí podem penetrar no tecido dos mesos e retroperitoneal. O gás difunde mais facilmente no tecido laxo da sub-serosa e por isso são nesta camada mais desenvolvidos e numerosos os quistos; só mais tarde, quando há dificuldade à formação de novos quistos, é que estes se iniciam nas outras camadas, musculares e sub-mucosa, onde há mais resistência à dilatação dos linfáticos.

Por outro lado os gases seguem nos linfáticos o caminho de menor resistência e o sentido do peristaltismo, e assim se explica o aparecimento da linfopneumatose no ileon, em úlceras estenosantes do estômago. Nos casos, raros, de localização no intestino grosso, os quistos desenvolvem-se mais na mucosa do que na serosa, ao contrário do que sucede no delgado, porque a circulação linfática na válvula de Bohin é dirigida para a sub-mucosa do cego.

As lesões podem portanto progredir e a maneira mais ou menos rápida como o fazem depende da persistência da causa (lesão da mucosa e hipertensão) e do atraso na absorção. Se as condições continuam favoráveis, o gás avança, e pode pelo mesentério passar até ao diafragma ou, ao longo dos grandes vasos, ir criar enfisema do mediastino. Mesmo dentro do abdômen pode também invadir mesos e vísceras, como sucedeu nos casos do

Arquivo da 1.^a Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Lisboa, que foram publicados por Esteves. A dilatação dos linfáticos em quistos gasosos pode ir até aos glânglios; Moore, segundo cita Fanchamps, encontrou estas localizações em três casos e num deles a cisterna de Pecquet e a porção inicial do canal torácico também estavam dilatados pelo gás. O mesmo sucede, quanto aos glânglios, em 3 dos casos de Botsford.

Embora se trate duma doença em geral benigna, de marcha silenciosa e curável espontâneamente, pode trazer complicações graves das quais a mais frequente é a torsão; vêm depois a invaginação, a obstrução e até a perfuração. A cura dos quistos deixa sempre uma pequena cicatriz esbranquiçada.

A evolução, relacionada com a situação e extensão das lesões, e, muitas vezes só esta, é que condiciona o tratamento. Há quem afirme que a simples laparotomia traz a cura. Nalguns casos basta o esvaziamento dos quistos. Naqueles como o que publicamos, em que há redução do lume intestinal com espessamento de toda a parede e lesões da sub-mucosa apreciáveis, dizem a maior parte dos autores que está indicada a ressecção. Esta terapêutica também está indicada, como se compreende, em face de complicações agudas.

Contudo a linfopneumatose quística é um processo benigno e em princípio deve ser considerado como tal.

TUMORES BENIGNOS RAROS DA LÍNGUA. — É de todos bem conhecida a constituição histológica da língua, como sendo um órgão quase exclusivamente formado por músculos estriados, sendo os seus feixes musculares separados por septos de tecido conjuntivo abundante; nestes septos vêm-se glândulas cujos canais excretorios se abrem na superfície do epitélio. Todo o órgão é revestido por mucosa bucal, que assenta directamente sobre os músculos. O seu córion está separado dos músculos por uma membrana basilar de tecido conjuntivo. Também na língua existem os foliculos linfáticos, que no seu conjunto formam a amígdala lingual e nos quais se podem formar verdadeiras neoplasias (Linfosarcoma) ou apenas simples hiperplasias.

Sendo este órgão assim constituído, fácil é de prever quais as neoplasias que nela se podem desenvolver, pela apreciação da estatística abaixo mencionada. Pela observação desta, verifica-se que é no epitélio de revestimento onde predominam os tumores, tanto benignos 181 (papilomas) como malignos 564 (carcinomas), e a seguir os provenientes do mesênquima (hemangiomas, fibromas, rabdomiomas, lipomas, linfangiomas, etc.) em número de 94.

Em 39.595 exames histológicos feitos no Instituto Português de Oncologia até fins de Fevereiro de 1948, 1.427 pertencem a biopsias da língua, das quais 864 são tumores, e destes 571 são

malignos e 275 são benignos. Os malignos classificaram-se da seguinte maneira: carcinomas — 564 (sendo 480 plano-celulares), adenocarcinomas — 2, sarcomas — 4, linfo-sarcomas — 1. Os benignos eram: hemangiomas — 62, papilomas — 181, fibromas — 14, adenomas das glândulas salivares — 1, linfangiomas — 1, lipomas — 3, mixomas — 1, neurinomas — 2, rabdomiomas — 9, bócio lingual — 1.

Neste trabalho dá-se conta de um caso de neurinoma parcialmente talangiectásico, outro de neurinoma simples, três de lipoma, nove de rabdomiomas e um de linfangioma cavernoso; insere o exame anátomo e histopatológico de estes raros tumores benignos, apontando as suas modalidades.

ACÇÃO MÉDICA, — N.º 49-50 (Julho a Dezembro de 1948): *À oração do médico*, por Ivolino de Vasconcelos; *Algumas considerações sobre eugenia*, por Abel Sampaio Tavares; *A tuberculose em relação com a família*, por M. C. Wilkinson.

TUBERCULOSE E FAMÍLIA. — Principiando por expor a debataida questão das relações da tuberculose com a gravidez, aponta os resultados do estudo feito por R. C. Cohen na enfermaria de Black Notley, Essex, Inglaterra, reservada a grávidas tuberculosas, dos quais concluiu que, se a gestação é efectivamente prejudicial à mulher tuberculosa, o facto não aparece evidente imediatamente. Quanto à interrupção da gravidez, nessas circunstâncias, não há provas claras que apoiem tal indicação. Sobre o problema do casamento das raparigas tuberculosas, a resposta foi dada por Lyman, na América, o qual seguiu a doença de 1.818 mulheres tratadas em sanatório, comparando o destino das 315 que casaram (contra o conselho médico) com o das que ficaram solteiras; os resultados do posterior tratamento a que foram sujeitas mostraram-se quatro vezes melhores nas primeiras do que nas segundas, não se sabendo qual o motivo do facto.

Passando à questão dos filhos das tuberculosas, nota que, estando bem firmada a noção da receptividade grande que o organismo da criança pequena tem para o agente da tuberculose, deve pensar-se em que esse facto não é constante, e que a probabilidade da criança sobreviver à doença é muito maior do que geralmente se crê. A prova mais evidente foi dada pelo triste caso de Lubeck, em que 251 crianças ingeriram, dentro dos primeiros dez dias de vida, três doses de B. C. G. a que, por engano se havia misturado uma cultura de bacilos virulentos; só morreram 77, e das restantes, anos depois, nenhuma apresentava sinais de tuberculose evolutiva, mas apenas calcificação dos gânglios de mediastino. Quando as crianças atingem a segunda infância, tendo curado da sua primo-infecção, a sua resistência,

até chegar a puberdade, é maior do que nas que, durante a primeira infância, não adquiriram a infecção. Portanto, se a preservação dos contágios intensos, familiares, nos primeiros anos de vida, é sem dúvida útil, para evitar os casos graves, mortais, o contágio passa a ser benéfico se a criança a ele resiste, porque ganha um grau de imunidade bastante duradouro.

Todas estas noções devem encaminhar a conduta médica, tendo uma vista, não somente os dados científicos, mas também as circunstâncias familiares, que tem de ser atendidas, para não se causar, com a proibição do casamento e depois com o afastamento das mães, um prejuízo maior do que aquele que se pretende evitar.

CLÍNICA, HIGIENE E HIDROLOGIA, XIV, 1948 — N.º 9 (Set.): *Um prematuro em meio rural*, por Francisco Freire, N.º 10 (Out.): *Colheita dos produtos e interpretação dos dados das análises clínicas*, por Luís Dias-Amado.

UM PREMATURO EM MEIO RURAL. — Nascido em pleno inverno rigoroso, em Azambuja, tendo aos dez dias de vida o peso de 1.220 gr. e a altura de 39 cm., mercê de cuidadosa vigilância e estreita colaboração entre médico, visitadora e família, atingiu o primeiro ano de vida com o peso de 10 quilos e a estatura de 72 cm., isto é, com valores iguais aos de uma criança nascida a termo. Este exemplo serve ao A. para destacar a acção do Serviço Infantil que realiza naquela vida uma intensa e bem orientada acção de puericultura, mostrando como com amor e persistência se pode efectuar, numa população rural, uma obra médico-social de efectiva utilidade. No caso presente construiu-se, com um caixote e latas uma improvisada incubadora, que deu resultados satisfatórios; usaram máscara as pessoas que se abeiravam do recém-nascido, e todos os cuidados com a alimentação, materna e mista complementar, foram observados, mantendo-se sempre o contacto com o médico e a visitadora, no domicílio da família.

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, XI, 1948. — N.º 5-6 (Set.-Dez.): *Passado e futuro da Pediatria*, por Almeida Garrett; *Saudação à Sociedade Portuguesa de Pediatria*, por Sancho Martínez; *Pesquisas sobre a sincinesia oro-quiral nas crianças de uma consulta neuro-psiquiátrica*, por M. Schachter; *Os factores neuro-hormonais do crescimento*, por P. Schiaparelli; *O ærosol de estroptomina na coqueluche*, por Carlos Salazar de Sousa.

PASSADO E FUTURO DA PEDIATRIA. — Nesta alocução inaugural da nova Sociedade Portuguesa de Pediatria evocam-se as

tradições da especialidade, nos seus aspectos clínico e social, recordando as suas mais relevantes fases históricas. Assinala-se o nascimento no século XV da literatura pediátrica, a constituição dos quadros nosológicos, de meados do século XVIII ao final do século passado, e o florescer das obras de protecção à infância no século XVII e a sua evolução progressiva até ao carácter profiláctico das actuais instituições de puericultura. Pelo que respeita ao futuro augura-se à Pediatria um alcance máximo nos destinos da medicina e na defesa da vida humana, indicando como campos de primacial interesse nos futuros progressos da especialidade: o estudo do factor individual na vitalidade do organismo infantil, o da bioquímica na definição patogénica dos estados mórbidos, e o da prevenção das doenças infecciosas que vitimam a infância.

Tendo esboçado a rota do passado e a previsão do futuro, refere-se depois à Pediatria em Portugal, nos seguintes termos:

« — Deixando de lado passageiras alusões à patologia infantil, em obras anteriores ao século XVII, vamos encontrar no livro «Medicina lusitana e socorro delfico» do clássico Fonseca Henriques, editado em 1710, uma parte dedicada à «arte de criar e curar meninos», interessante produção de higiene e medicina infantil. Nas «Cartas sobre a educação da mocidade», do grande Ribeiro Sanches, há uma intitulada: «Consequências de não criarem as mães seus filhos», capítulo de puericultura. Ao findar dos setecentos, apareceram, quase simultaneamente, livros de índole pediátrica, escritos por Melo Franco, Francisco José de Almeida, Moniz Barreto.

No século passado, o inventário da literatura da especialidade tem de fazer-se principalmente com as dissertações inaugurais apresentadas às Escolas médico-cirúrgicas e com os artigos espalhados pelas revistas médicas.

A ausência de tratados portugueses de medicina infantil não significa, porém, que os médicos portugueses do século XVIII e dos meados do XIX, não se interessassem pela Pediatria; assim o prova a citação que José Bento Lopes, no «Ano Médico», de 1796, faz da tradução francesa do então reputado livro de Underwood «Tratado das doenças das crianças», e como o prova a relativa vulgaridade do encontro, nas bibliotecas públicas e particulares, de vários livros franceses da especialidade, como o de Bouchut sobre doenças dos recém-nascidos e lactentes, de 1845, e como a edição francesa, de 1875, da consagrada obra de Charles West.

Desde que, em 1911, se criou o ensino da Pediatria como parte integrante do curso médico, a especialidade ganhou altitude e latitude, entrou-se na fase dos nossos dias, em que uma plêiade

de novos, entusiásticamente caminha, na senda aberta pelos que a precederam. De estes, lembremos alguns, dos que a morte já ceifou.

Vem à frente da lista o Prof. Jaime Salazar de Sousa, que sucedeu a Joaquim Evaristo de Almeida na consulta de crianças do Hospital de S. José, quando já cinco anos antes, em 1897, se havia especializado em pediatria e ortopedia, na América do Norte. Ali, no seu serviço de crianças do Hospital D. Estefânia, e na sua cátedra, produziu larga obra científica, traduzida em perto de oito dezenas de trabalhos publicados, e uma obra pedagógica de incontestável eficiência. De uma e de outra é desnecessário falar-vos, porque ela está na memória de todos, e muitos dos que me ouvem foram seus discípulos.

Por esse tempo, no Porto, dois nomes tem de recordar-se: Júlio Cardoso e Dias de Almeida.

Júlio Cardoso, clínico erudito e sagaz, notável publicista médico, deixou numerosos artigos sobre pediatria, esparsos por revistas, e um guia de enfermagem de crianças. Foi o propulsor e trabalhador de uma obra de assistência médica à infância, das mais notáveis no país.

Dias de Almeida conquistara na clínica privada uma justa reputação de especialista distinto, e já ensinava pediatria no serviço de crianças do Hospital da Misericórdia, que dirigia, quando foi professor da cadeira recém-criada na Faculdade de Medicina do Porto, cargo que a morte não consentiu ocupasse por muitos anos. Diversos escritos sobre clínica pediátrica testemunham, aos que o não conheceram, a sua incontestada competência.

Nestes nomes simbolizo os nossos predecessores. Vai para a sua memória o testemunho da nossa gratidão respeitosa. Honrarás teu mestre como teu pai — aconselha o juramento hipocrático!

À formação, mais lenta que noutros países, da pediatria clínica em Portugal, semelhantemente correspondeu a evolução das instituições de assistência e profilaxia.

Só em 1877 abriu as suas portas o Hospital D. Estefânia. Só em 1883, incitado por esse exemplo, um grupo de beneméritos fundou no Porto um pequeno hospital, que vinte anos depois se instalou em edifício expressamente para ele construído: o Hospital de Crianças Maria Pia.

O primeiro dispensário para tratamento de doenças das crianças foi criado no Porto, pela acção de Júlio Cardoso, em 1896: o Dispensário da Rainha D. Amélia para Crianças Pobres. Em 1901, assistiu-se à fundação do primeiro lactário, o da Associação Protectora da Primeira Infância, em Lisboa.

NESTLÉ APRESENTA A V. EX.^a UM NOVO PRODUTO DIETÉTICO

Pelargon

LEITE EM PÓ COMPLETO, ACIDIFICADO
E ADICIONADO DE HIDRATOS DE CARBONO

ANÁLISE-TIPO

Matéria gorda	17,0 0/0	Maltose-dextrina	12,5 0/0
Matérias proteicas	16,5 0/0	Amido	8,5 0/0
Lactose	25,5 0/0	Substâncias minerais	4,5 0/0
Sacarose	12,5 0/0	Ácido láctico	2,2 0/0
	Água	3,0 0/0	

100 grs. de PELARGON = 460 calorias

DEFINIÇÃO: o PELARGON (rótulo vermelho) é preparado com leite completo especialmente seleccionado, pasteurizado, acidificado em média a 0,5 0/0 com ácido láctico, homogeneizado e adicionado de 2 0/0 de farinha e 5 0/0 de açúcares (2,5 0/0 de sacarose + 2,5 0/0 de açúcar nutritivo).

INDICAÇÕES: o PELARGON é especialmente indicado para a alimentação regular ou mista do lactente são desde a nascença; para os prematuros, vomitadores, hipotrépsicos e para o tratamento de certas perturbações digestivas.

VANTAGENS: Elevada pureza bacteriológica. Acidificação feita com precisão, de maneira que a caseína, exactamente descalcificada, resulta directamente acessível à acção enzimática. Composição constante e preparação fácil.

SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS

LISBOA

AVANCA

PORTO

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.

O mais é dos nossos dias; não é susceptível de referência histórica.

O interesse dos poderes públicos pelas crianças abandonadas, que já havia motivado providências desde o reinado de D. João II, que levou ao estabelecimento, pelas Câmaras das principais cidades, de um serviço de assistência aos enjeitados, conduziu à criação das Rodas, das quais a primeira foi instituída no Porto, em 1689. Quando houve que combater o sistema, na campanha pela sua evolução ocupou lugar de grande destaque Assis Vaz, lente emérito da antiga Escola Médica do Porto, onde a Roda foi primeiramente substituída pelo Hospício, em 1864. Foi também o Porto, que, em 1856, viu nascer a primeira Creche, ainda hoje existente, denominada de S. Vicente de Paula. — »

SINCINESIA ORO-QUIRAL. — Foi em 1932 que H. Becher descreveu o seguinte fenómeno observado em escolares: pedindo às crianças abrissem a boca, grande número de elas afastavam, ao mesmo tempo, os dedos da mão, em extensão quase espasmódica, bilateral ou unilateralmente. O A. procurando esta sincinesia em 1.433 crianças encontrou-a em 76,4 por cento, sendo um pouco mais frequente nos rapazes que nas raparigas, e tanto menos frequente quanto a idade é maior (mais de 90 por cento até aos 7 anos, e apenas 30 por cento aos 14 anos). Estudando o facto em crianças de consulta neuro-psiquiátrica apurou que não há correlação nítida entre ele e a debilidade mental, mas que a persistência da sincinesia para além da puberdade pode indicar um estado de atraso psico-motor. Não há correlação importante entre a sincinesia oro-quiral e o reflexo bucal e o sinal de Chvostek.

FACTORES NEURO-HORMONAIS DO CRESCIMENTO. — Trata-se de um resumo dos conhecimentos relativos à acção das hormonas sobre a maturação esquelética, a capacidade de crescimento, do feto e da criança, principalmente exercida pela aceleração ou inibição do anabolismo protoplasmático. As acções hormonais não podem considerar-se isoladamente, mas sim em conjunção e nas suas relações com o sistema nervoso vegetativo; também não é possível separar essas acções, no que respeita à sua influência sobre o crescimento estatural do que se refere ao progredimento do peso e à evolução morfológica.

AEROSOL DA ESTREPTOMICINA NA COQUELUCHE — Recordando a acção «in vitro» da estreptomicina sobre o *Hemophilus pertussis*, e os resultados favoráveis a que chegaram diversos autores (Cathala e Bastin, Rafael Ramos, Lust), o A. observa que a sua experiência nalguns casos é favorável quanto à broncopneumonia, em que a empregou associada à penicilina, mas menos quanto à tosse convulsa. Mas, pensando no facto de ser a coqueluche uma doença do aparelho respiratório, com efeitos lesionais devidos a

endotoxina necrosante, actuando apenas localmente, entendeu que administrada por via respiratória, em aërosol, devia ser mais útil. E porque a coqueluche é sobretudo grave nos lactentes, em formas graves da doença em crianças até ao ano ensaiou o procedimento. São 4 casos os que aponta.

O primeiro foi numa criança de 1 ano, com alta temperatura e sinais de bronco-alveolite disseminada nos dois pulmões. Começou o tratamento ao oitavo dia de doença. O efeito foi imediato: a temperatura baixou, os sinais bronco-pulmonares desapareceram, a tosse não tomou o aspecto típico e passou oito dias depois de iniciada a terapêutica pelo aërosol.

O segundo era de criança de 2 meses, com mau estado geral por motivo de sucessivas infecções de faringe, brônquios e ouvido. Já com os acessos típicos foi tratada com adrenalina, luminal, vacinas e vitamina C, sem sucesso. Aplicado o aërosol de estreptomina, o aspecto modificou-se rapidamente: diminuiu o número e a violência dos acessos, desapareceu a apneia e a cianose, o estado geral entrou a melhorar. Ao fim de onze dias só apresentava quatro ou cinco pequenos acessos, por dia.

O terceiro caso era de criança de 21 dias, com peso de 2.900 gr., desnutrição muito acentuada, intoxicada, desidratada. A doença começara há dez dias, e estava na fase de acessos de tosse quase contínuos, seguidos de apneia prolongada com perda de conhecimento. Deu injecções de estreptomina, de quatro em quatro horas, durante quatro dias; os acessos espaçaram-se mais, mas o estado continuava grave. Começou então com o aërosol e a transformação foi imediata: dez dias passados a tosse quase desaparecera, já pesava 3.300 gr. e o peso continuou a subir, considerando-se curada.

O quarto e último caso era de criança de 10 meses, eutrófica, com coqueluche tratada por injecções de estreptomina durante cinco dias, melhorando. Dez dias de aërosol conduziram à cura quase completa.

Em todos os casos o tratamento fez-se com 6 sessões por dia, que depois se reduziram a 4. A dose de estreptomina foi de 50.000 unidades por quilo de peso, nas 24 horas.

Embora o número de casos seja pequeno, a impressão que deixam é de se estar em face de um processo a ensaiar largamente, para confirmação dos efeitos muito bons que neles se verificaram.

BOLETIM CLÍNICO DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA, XII, 1948 — N.º 1-2: *Discurso inaugural do ano 1947-48*, por Alberto Gomes; *A calcemia na tuberculose pulmonar*, por Alfredo Franco e I. Espirito Santo; *Alguns aspectos da para-*

lisia infantil, por J. Andresen Leitão ⁽¹⁾; *Estreptomycina*, por Ivaldo Fonseca; *Um caso de aneurisma da aorta*, por Anibal de Castro; *Um caso de torticollis*, por Xavier Morato; *Tuberculose ganglionar (exame anátomo-patológico)*, por João de Oliveira Campos; *Duplo ritmo (?) e bloqueio sino-auricular*, por Jacinto Bettencourt; *A hospitalização em Lisboa*, por Alberto Mac-Bride e Ayres de Sousa; *Contribuição para a história dos Laboratórios dos Hospitais Cíveis de Lisboa*, por Ayres de Sousa. N.º 3: *Demonstração do efeito terapêutico da estreptomycina na tuberculose experimental do cobaio por um método letal*, por Celso França e J. A. M. de Loureiro; *Fisionomia cistoscópica das cistites não específicas*, por Carneiro de Moura ⁽¹⁾; *O tratamento cirúrgico do cancro do esôfago torácico por ressecção seguida de esôfago-gastrostomia*, por J. Filipe da Costa; *A quimografia no diagnóstico do refluxo vesíco-uretérico*, por Ayres de Sousa e Fernando Caldeira; *Eritema anular centrífugo*, por Sá Penella e Menezes Ferreira; *Alguns aspectos do tratamento da cirrose hepática*, por Salomão Amran; *A propósito de um caso de cisticercose sub-cutânea*, por Ivaldo Fonseca; *Um caso de cura da fibrilação auricular da doença de Basedow tratada pelo metil-tio-uracilo*, por Xavier Morato e Isabel Teixeira; *Aspectos electrocardiográficos do reflexo óculo-cardíaco*, por Xavier Morato; *Um caso de acromegalia*, por Xavier Morato; *Elementos para a história do internato dos Hospitais Cíveis de Lisboa*, por José T. Farto Leote. N.º 4: *Uma epidemia de malária inoculada*, por C. Gomes de Oliveira e Francisco Freire Júnior; *Alguns aspectos da terapêutica do hipertiroidismo*, por Iriarte Peixoto, L. Pinto Bastos e Egidio Gouveia ⁽¹⁾; *A propósito dum caso de carcinoma bilateral das trompas de Falópio*, por Vasconcelos Frazão; *Calcificação pleural*, por Alfredo Franco.

CALCEMIA NA TUBERCULOSE PULMONAR. — O problema do metabolismo do cálcio na tuberculose pulmonar tem sido objecto de muitos estudos, dado o seu interesse no ponto de vista terapêutico. A corrente administração de cálcio inspirou-se na noção de que nos tuberculosos há hipocalcemia, noção que ultimamente se modificou, principalmente pelos trabalhos americanos, estando hoje de acordo quase todos os autores em afirmar que só nos estádios terminais da doença se observa baixa do cálcio sanguíneo. No presente artigo relatam-se os resultados obtidos no estudo de 200 doentes, sendo 100 de cada sexo, relacionando-se com a idade, as formas hemoptóicas, os estados diarréicos, a velocidade de sedimentação, as diferentes formas lesionais

⁽¹⁾ Já publicados noutras revistas e resumidos no n.º 6-7 de 1948 do «Portugal Médico».

pulmonares, o sexo e o estado geral e de nutrição. De esses resultados conclui-se que o único factor que na tuberculose pulmonar determina nitidamente hipocalcemia é o estado de desnutrição, não sendo a tuberculose, em si, uma doença descalcificante; a baixa do cálcio ocorre como manifestação da desmineralização geral do organismo, comum a todas as formas de desnutrição, qualquer que seja a sua causa. Para a hipocalcemia observada nos casos de tuberculose com desnutrição devem concorrer: o aumento das exigências das substâncias alimentares essenciais que se dá em todos os estados infecciosos. a anorexia impedidora da ingestão alimentar suficiente, a diarreia pelo desperdício que causa, o possível desequilíbrio dos reguladores do metabolismo do cálcio, e talvez a baixa dos proteicos do sangue que são favorecedores da absorção do cálcio.

ERITEMA ANULAR CENTRÍFUGO. — A propósito de um caso invulgar, não só pela idade da doente, 61 anos, mas também pelas localizações múltiplas, apresenta-se uma revisão dos conhecimentos sobre esta dermatose, e os dados do diagnóstico diferencial com outras dermatoses de aspecto semelhante. Na sua forma típica, a lesão inicial é uma mácula ou pápula urticariforme, por vezes pruriginosa, que a pouco a pouco vai alastrando e deprimindo-se no centro, que vai empalidecendo, por forma a que dentro de algum tempo o aspecto é o dum anel eritematoso, formando relevo, e que, continuando em progressão excêntrica, se fragmenta em vários arcos de círculo ou se funde com lesões vizinhas, dando assim origem a múltiplas figuras festonadas ou policíclicas, com relevo mais ou menos acentuado e cor diversa, desde o rosado ao cianótico, assim circunscrevendo um centro de pele com a cor normal, amarelada, violácea ou pigmentada. O número de lesões é variável, desde uma sòmente até muitas. A evolução de cada placa faz-se num período de uma a quatro semanas, mas enquanto umas desaparecem outras surgem, mantendo-se assim a doença durante meses e até anos. Das lesões, quando fica sinal, este consiste em manchas de cor variada.

Formas atípicas manifestam-se por vesículas ou bolhas assentes nas pápulas, ou por manchas purpúricas.

O estado geral é em regra bom. Contudo nalguns casos verificaram-se diversas alterações, que se apresentam ao mesmo tempo que a dermatose, e que devem ligar-se à sua etio-patogenia. A causa provável do eritema anular centrífugo é tóxica, auto-tóxica ou infecciosa, aparecendo como reacção a excitação quer de origem endógena quer exógena, reacção de natureza alérgica, como parece demonstrado pelas alterações histológicas da pele.

Variadas são as dermatoses com aspectos anulares, com as

quais se deve fazer o diagnóstico diferencial. O eritema crônico migrador, de Afzelius Lipschütz, tem uma ou duas lesões, raramente duas ou três, de grandes dimensões, e evolução muito arrasada, aparecendo como reacção cutânea a picada de carraça ou de insecto. No eritema polimorfo, as lesões, sem relevo, alastram muito, e tem evolução mais curta. Os eczematides pápulo-circinados migradores tem uma orla bastante saliente, mas não apresentam o declive suave para a área central, que é de regra no eritema anular, e verifica-se na parte interna do debrum uma faixa descamativa. Esta observa-se também na dermatite herpetiforme, que tem as vesículas e o prurido como principais elementos para o diagnóstico. No impetigo circinado de grandes anéis migradores há bolsas flácidas, pustulosas, debruando a parte externa das arcadas, que rompendo-se dão as crostas melicéricas, e a eflorescência primária é uma bolha flácida. Os eritemas papulosos séricos e medicamentosos tem uma forma urticariante, e embora a sua sede de eleição coincida com a do eritema anular centrífugo (tronco e segmento proximal dos membros), a sua duração é de poucos dias. Podem ainda assemelhar-se um pouco: o megaleritema epidêmico (que é a quinta doença eruptiva), o eritema anular que por vezes aparece no primeiro ataque de reumatismo nas crianças, a tuberculide eritematosa circinada, o granuloma anular, a sífilis terciária. Em suma: há uma grande variedade de dermatoses que podem oferecer o aspecto anular, umas de marcha rápida, outras de larga evolução, sendo por vezes difícil o diagnóstico diferencial quando não se está em presença de um caso típico de eritema anular centrífugo.

O tratamento de esta afecção tem sido diversamente encarado, em vista da multiplicidade das etiologias que lhe tem sido atribuídas: tratamento antisséptico de focos infecciosos, auto-hemoterapia, medicação anti-sifilitica, etc. A verdade é que a dermatose evoluciona espontaneamente para a cura, e que esta pode apressar-se por meio de simples prescrições dietéticas, que afastem a auto-intoxicação, que é geralmente a causa do seu aparecimento. Localmente usa-se: pomada de colargol ou de tumenol, aplicação de alcatrão, banhos de sol, etc.

CISTICERCOSE SUB-CUTÂNEA. — Sede rara. Apresenta-se clinicamente com a forma de nódulos arredondados ou ovulares, de superfície lisa, consistência dura e elástica, não aderentes aos planos superficiais, sem reacção inflamatória da vizinhança, e de tamanho variável entre o de um grão de trigo e o de uma azeitona. O diagnóstico clínico pode suspeitar-se; a certeza só a dá o exame microscópico do nódulo, que mostra o cisticerco.

No caso aqui relatado, havia 14 nódulos, espalhados da seguinte maneira: 1 na região frontal, 1 junto do trágus direito,

6 na região lateral direita do pescoço, 2 na face interna do braço esquerdo, 1 na região deltoideia direita, 1 na região lombar esquerda, 1 na face posterior do hemitórax direito, e 1 na região umbilical. O caso é interessante, não só pela sua raridade, como pela coexistência do parasita adulto e da forma larvar da ténia, que se explica por mecanismo de auto-infestação, exógeno ou endógeno.

A propósito relacionam-se os casos de cisticercose publicados em Portugal desde 1871, que são em número de 33, com as seguintes localizações: generalizada — 4, nos músculos — 6, no tecido celular subcutâneo — 2, nos músculos e no tecido celular subcutâneo — 3, nos músculos e no coração — 1, no cérebro — 10, no globo ocular — 6, na glândula mamária — 1.

JORNAL DO MÉDICO. — N.º 310 (1-I-1948): *Algumas considerações fundamentais sobre o aspecto terapêutico da tuberculose pulmonar*, por Ladislau Patrício, N.º 311 (7-I): *A unidade das cardites*, por Gonzalez Suarez; *Adagiário psiquiátrico*, por Castilho de Lucas. N.º 312 (15-I): *A glândula pulpo-dentária*, por L. Cabral Adão; *Assistência e saúde pública*, por Manuel Cerqueira Gomes. N.º 313 (22-I): *Aspectos concretos do problema da febre tifóide em Portugal*, por J. A. M. de Loureiro e Fernanda de Carvalho. N.º 314 (29-I): *Estudos sobre os carcinoides*, por Amândio Tavares e C. Strecht Ribeiro; *A socialização da nossa medicina* (continuação dos n.ºs 310 e 313), por Mário Cardia.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE PULMONAR. — Depois de acentuar a importância fundamental do terreno para os efeitos agressores do bacilo de Kock, e de historiar as tentativas de luta directa contra o agente, verbera o abuso que se tem feito da estreptomomicina, devido às notícias espectaculars dos jornais, que levaram os doentes a esperar do novo medicamento curas milagrosas; desprezando os consagrados meios de terapêutica, muitos doentes têm sido vítimas de esse engodo, a que os médicos não podem furtar-se, pelas exigências do público. O que há de aproveitável, de positivo e assente, a respeito da estreptomomicina, condensa-o da seguinte maneira:

1.º A estreptomomicina tem uma notável acção bacteriostática sobre os bacilos da tuberculose no organismo extremamente sensível do cobaio.

2.º Na tuberculose humana pulmonar os seus efeitos são, porém, infieis ou aleatórios.

3.º Possui efeitos tóxicos, mal elucidados ainda, que não puderam por enquanto ser neutralizados, embora as preparações mais recentes, mais purificadas, se tenham mostrado menos nocivas.

4.º A estreptomina é, talvez, o mais precioso medicamento até hoje utilizado no tratamento da tuberculose, mas o seu emprego sistemático em todos os casos pode acarretar, a par de lamentáveis danos económicos para o doente, as mais tremendas desilusões e o descrédito do próprio medicamento.

5.º Nas localizações meníngeas da doença, nas localizações da laringe, da traqueia e dos brônquios, e nas formas agudas, granúlicas, miliares, por disseminação sanguínea ou linfática, a sua indicação é categórica; mesmo porque, embora os resultados práticos sejam também inconstantes, não temos na verdade, para essas formas extremamente severas, outro recurso mais valioso.

6.º — O tratamento pela estreptomina deve ser considerado, em regra, como um complemento ou um auxiliar dos tratamentos clássicos, e não como um tratamento só por si heróico, destinado a substituir os que já deram as suas provas.

7.º — Os efeitos benéficos da estreptomina podem ser apenas temporários ou aparentes. Nos febricitantes a temperatura desce, a expectoração reduz-se, o apetite renasce, o estado geral melhora. Mas dá-se por vezes, depois de isso, um retorno ofensivo da doença, após a suspensão do tratamento, porventura mais grave.

8.º — A acção da estreptomina sobre as velhas lesões cavitárias é, quase sempre, insignificante ou nula. Já se tem tentado estabelecer um contacto directo do medicamento com as referidas lesões, usando uma técnica análoga à do método de Monaldi na aspiração cavitária. Parece, no entanto, que os êxitos relativos assim alcançados se devem atribuir mais aos factores plásticos da intervenção mecânica do método do que à influência favorável da terapêutica biológica concomitante.

A caverna fresca, que aparece com enorme frequência no seio dos infiltrados de tipo condensante, pneumónicos, e são lesões mudas, curam muitas vezes espontaneamente. Mas a velha caverna, terciária, cercada de tecido fibroso, só encontra solução capaz nos recursos da cirurgia, que é, afinal um expediente de excepção; o cirurgião é chamado para remediar certas situações locais, melindrosas, que se opunham à cura, removendo obstáculos; dá êxitos notáveis, mas a cada passo se observa o reaparecimento da expectoração bacilífera ou duma imagem cavitária, meses depois duma intervenção que parecera eficaz.

A base fundamental do tratamento da tuberculose continua a ser o repouso em boas condições higiénicas, devidamente doseado, consoante os casos, o grau da doença e o seu potencial evolutivo. Não existe um tratamento ambulatorio da tuberculose pulmonar, pelo menos no seu início.

São susceptíveis de tratamento sanatorial os portadores de

lesões infiltrativas, limitadas, recentes; os convalescentes de incidentes evolutivos (hemoptises de alarme, pleurisias, etc.); os portadores de formas fibrocaseosas, com ou sem cavidades, tributários de tratamento pelo pneumotórax ou de tratamento cirúrgico. Nada lucram com a sanatorização os casos desesperados, com redução considerável da capacidade respiratória e situação irredutível do estado geral.

Finalmente, recomenda se não esqueça que o problema do tratamento da tuberculose pulmonar não deve ficar adstrito exclusivamente ao campo das ciências de investigação material; o doente não é um simples problema técnico, mas um problema infinitamente mais complexo, ao mesmo tempo material, biológico, espiritual, moral e metafísico. E que hoje estamos atravessando um período revolucionário, em que novas ideias, opiniões e atitudes pretendem a todo o custo impor-se; mas em clínica não se pode ser faccioso, tem de se ser eclético, e se a tendência do homem é para fugir à rotina, devemos lembrar-nos de que toda a ideia velha leva consigo, ao partir, qualquer coisa de verdadeiro, e toda a ideia nova traz consigo, ao chegar, qualquer coisa de falso...

UNIDADE DAS CARDITES. — Mais um artigo em que se defende a doutrina que o A. vem sustentando, pertinazmente, de que as várias cardites que se enunciam com o rótulo de reumáticas são uma entidade nosológica, de natureza infecciosa, de etiologia predominantemente estreptocócica, com a sua patogénese focal e o seu complemento de sensibilização alérgica, e modalidade evolutiva essencialmente recidivante; e que a terapêutica lógica é a imunização por autovacinação e vacina estrepto-estafilocócica polivalente.

BOLETIM DO INSTITUTO SUPERIOR DE HIGIENE
DOUTOR RICARDO JORGE, II, 1947. — N.º 9: *Alguns aspectos sanitários e da história da assistência em Espanha*, por Fernando da Silva Correia. N.º 10: *Bioquímica das águas residuais*, por J. E. Pinto da Fonseca. — III, 1948. N.º 11: *Alguns aspectos sanitários de um distrito rural (o de Castelo Branco)*, por José Lopes Dias; *Obras municipais*, por Agnelo C. Prazeres. N.º 12: *Contribuição para o estudo da composição química e do valor alimentar dos queijos nacionais*, por Maria E. Graça Mendes e Raquel Carvalho de Almeida. N.º 13: *Vacinação anti-tuberculosa pela B. C. G.*, por Augusto da Silva Travassos; *Medicina preventiva da lepra*, por Froilano de Melo; *Paralisia infantil*, por Cordeiro Ferreira.

COMPOSIÇÃO E VALOR ALIMENTAR DOS QUEIJOS PORTUGUESES. — Os queijos portugueses apresentam um aspecto pouco cuidado

REGULADOR INTESTINAL

DE ACÇÃO SUAVE E NÃO IRRITANTE

REG-LAB

COMPOSIÇÃO:

Epicarpo de cereais.	61 grs.
Bassorina	8 »
Ext. fluido de amieiro	5 »
Complexo «B»	1 »

LABORATÓRIOS LAB—Avenida Brasil, 99—Lisboa-Norte

Direcção Técnica do PROF. COSTA SIMÕES

COMPRIMIDOS DE

DIASPIRINA

(FENACETO-SALICIL-TEÍNA)

ENXAQUECAS, NEURALGIAS, GRIPE

Tiosota, Tiocol, Codeína, Dionina,
Benzoato, Rum, Glicerina e Alcaçus

PULMO-SORO

(CONCENTRADO)

BÉQUICO, CALMANTE, EXPECTORANTE
DAS VIAS RESPIRATÓRIAS

Normal.

QUININOTERAPIA DAS AFECÇÕES INFLA-
MATÓRIAS BRONCO-PULMONARES

QUININA ANIDRA, CÂNFORA, GOMENOL,
MENTOL

TRANSPNEUMOL

INTRAMUSCULAR-INDOLOR

AMOSTRAS PARA ENSAIOS: RUA BERNARDO LIMA, 30 — LISBOA

e caracteres organoléticos muitas vezes inaceitáveis, crescendo que para o mesmo tipo de queijo esses caracteres não são constantes. A composição química é por vezes muito diversa para cada tipo, variando a gordura e a proteína entre limites muito largos, como sucede com amostras de queijo de Alverca (gordura % de 17,98 a 37,23; e proteína % de 16,00 a 22,04) e de queijo seco de Évora (gordura % de 24,50 a 36,95, e proteína % de 21,21 a 30,64); o que se reflecte no valor calórico respectivo. Também as determinações de elementos minerais e acidez mostram sensíveis diferenças.

VACINAÇÃO TUBERCULOSA PELA B. C. G. — Depois da recordação histórica do processo e do estado actual do problema, neste relatório destinado à instauração oficial da vacinação contra a tuberculose, sucessivamente se estuda, em pormenor: fixação das regras de produção da vacina e fiscalização respectiva, possibilidades de preparação da tuberculina em larga escala e sua standardização, fixação da técnica de vacinação e dos cuidados de que ela se deve rodear, fixação da técnica da reacção à tuberculina, programa de campanha de vacinação, integração do método de imunização artificial no quadro de luta contra a tuberculose. As partes que mais interessam aos clínicos, a técnica da vacinação e a da reacção à tuberculina, foram publicadas pelo «Portugal Médico» no N.º 12 de 1948.

MEDICINA PREVENTIVA DA LEPRO. — Em cada país o problema da lepra resume-se em dois capítulos fundamentais: o tratamento do leproso e a prevenção do aparecimento de novos casos de lepra. O tratamento dos doentes interessa à profilaxia, para os tornar não contagiosos. Contribui pois para a prevenção de novos casos, que tem por agentes principais a pesquisa dos atingidos pelo mal, o isolamento dos contagiosos, a vigilância sobre os possivelmente infectados, dispondo para estas tarefas de uma organização própria, que a recente lei portuguesa instituiu entre nós e é digna do maior elogio; falta-lhe, porém, a subvenção às famílias dos leprosos internados, pois o problema não é só de clinica e de profilaxia, tendo um aspecto social que não pode esquecer-se.

Para o tratamento dos leprosos há duas drogas de incontestável valor: o novo grupo dos derivados sulfónicos e o velho óleo de chaumoogra. As sulfonas tem a sua indicação na lepra nodular, tuberosa (lepromatosa, na classificação pan-americana), nas lesões das mucosas do nariz e da garganta e nas lesões oculares; as melhoras clínicas são por vezes espectaculares, mas as bacteriológicas levam mais tempo. A Promina emprega-se em injecções intravenosas diárias de 2 gr. em 5 cm.³ de água, aumentando em cada uma ou duas semanas de 1 cm.³, até atingir a dose diária de 12 cm.³; suspender o tratamento durante um a três

meses, para recomeçar depois. A Diasone emprega-se por via oral, um comprimido de 0,3 por dia, durante seis dias, depois a dose de dois comprimidos na semana seguinte, na outra de três comprimidos, e assim sucessivamente até se atingir a dose diária de dez comprimidos; suspensão do tratamento durante uma a duas semanas, para começar nova série de dois meses de medicação. A Sulfotrone usa-se por via oral ou parenteral, em doses de 0,5 gr. em cada oito horas, com aumento de 0,5 em cada dia seguinte; o tratamento faz-se durante seis meses, com período de interrupção dependente da tolerância do doente. As sulfonas tem um inconveniente de não serem inofensivas; a anemia que por vezes produzem reclama vigilância laboratorial e medicação profiláctica com ferro e complexo vitamínico B. Reacções cutâneas e o agravamento da irite impõe a suspensão do tratamento. Há casos de hiper-sensibilidade que contra-indicam as sulfonas. Quanto ao óleo de chaulmoogra é activo em doses altas, de 15 a 25 c. c. por semana, continuadas por três meses e meio, com interrupção de quinze dias quando haja reacção leprosa; pode empregar-se o óleo puro com creosota, ou os esteres com creosota ou iodo, por via subcutânea, intramuscular ou intradérmica. O óleo puro neutralizado em injecções endovenosas de 1 a 1½ cm.³ por semana, tem a preferência da grande maioria dos leprologos.

PARALISIA INFANTIL. — Lição sobre a etiologia, a epidemiologia e a profilaxia da doença de Heine-Medin, da qual ressaltam as seguintes noções: o virus é disseminado em época epidémica mais que em qualquer outra; persiste por pouco tempo na garganta, ao contrário do que sucede no intestino dos doentes e dos são portadores do agente; a transmissão faz-se por contacto directo com os doentes, pelas mãos sujas e pelos alimentos conspurcados por fezes; as moscas são vectores do virus. As medidas profilácticas, de isolamento, desinfecção de fezes e das roupas dos doentes, protecção das águas e dos alimentos e luta contra as moscas, decorrem daquelas noções.

GAZETA MÉDICA PORTUGUESA, I, 1948. — N.º 3: *Assistência hospitalar*, por Ferreira de Mira; *A propósito de um caso de facomatose de tipo Bourneville*, por H. de Paula Nogueira e Mário Maymone; *Estudo clínico de um surto de febre tifóide*, por Marques da Gama, Lopes Saraiva e Soares Franco; *Diagnóstico e tratamento da obstrução vascular*, por J. Cid dos Santos; *Tratamento actual das varizes dos membros inferiores*, por José de Borja Araújo; *Sinais físicos das varizes dos membros inferiores e sua representação gráfica*, por A. G. de Sousa Dias; *Estudo anátomo-patológico de um surto de febre tifóide*, por M. Arsénio Nunes; *Tuberculose pseudomembranosa do bacinete, ureter e*

bexiga, por J. Cortez Pimentel e A. Gomes Teixeira; *A penicilina e o sulfatiazol no tratamento da febre tifóide*, por Marques da Gama; *Ácido fólico e substâncias afins*, por M. A. Mendes de Abreu; *Novos síndromes cutâneo-mucosas de avitaminose C*, por R. Degos; *O tratamento local das tinhas tonsurantes*, por Arnaldo Tanissa; *Pênfigo túbero-vegetante benigno*, por M. Caeiro Carrasco; *A penicilina no tratamento da sífilis*, por A. Ramos Chaves; *Úlcera péptica pós-operatória*, por Virgílio de Moraes; *Medicina preventiva e saúde pública*, por Cristiano Nina; *Reabilitação em psiquiatria*, por Seabra Diniz; *Síndrome leucemoide monocítico no decurso de uma primo-infecção tuberculosa*, por M. Geraldês Barba e M. P. Yglesias de Oliveira; *Exercícios aconselháveis durante a gravidez*, por T. Barreira Antunes; *A propósito do tratamento cirúrgico do estrabismo*, por Sousa e Faro; *Sobre a apófise lemuriânica de Albrecht*, por Arnaldo Ródo; *Transtornos funcionais do epitélio do conduto auditivo externo*, por E. Alves Valadares; *A otite média pós-escarlatinosa*, por F. Bandeira de Lima; *Modificação da reacção de Takata*, por Frederico Madeira; *O banho e o seu método*, por Maria P. Tito de Moraes.

TRATAMENTO ACTUAL DAS VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES. — O diagnóstico deve orientar-se em dois sentidos: diagnóstico diferencial com outros síndromas, e em relação aos diferentes tipos de varizes. Estabelecido o diagnóstico seguro da existência de varizes e de todas as condições que devem ter provocado a sua aparição, é preciso definir se se trata de varizes essenciais ou de pós-flebíticas.

Nas varizes essenciais, cumpre determinar a localização da comunicante insuficiente. Para isso adopte-se a prova de Brodie-Trendelenburg modificada da seguinte maneira: colocado o membro afectado acima do plano horizontal, para que as veias se esvaziem, põe-se um garrote na raiz da coxa, por forma a que não se comprima o sistema venoso profundo; a seguir, com o doente em pé, observa-se a diferença entre a repleção da safena com o garrote e sem ele; se as varizes persistem ou se enchem num período de 30 segundos, isso indica insuficiência das comunicantes entre o sistema superficial e profundo, sendo preciso repetir a prova com o garrote colocado imediatamente acima do joelho; se as varizes se mantêm colapsadas, a insuficiência radica nas comunicantes acima do nível do garrote, mas se elas persistem ou se enchem rapidamente, embora com o garrote aplicado, pode haver insuficiência da crosse da safena externa ou insuficiência simples ou múltipla das comunicantes da perna; para esclarecer a dúvida, repete-se a prova com o garrote colocado ao nível da entrada da safena externa na poplíteia; se as varizes

ficam colapsadas há incompetência da safena externa, e se persistem ou enchem rapidamente pode afirmar-se insuficiência das comunicantes da perna; neste caso, com o garrote colocado a diferentes alturas da perna, se determina o nível da ou das comunicantes insuficientes. Se os doentes são obesos ou estão edemaciados, ou não correspondem a um tratamento bem dirigido, por comunicantes não diagnosticadas ou por anomalia da safena, a flebografia suprirá a falta de informação dada pelo garrote.

A visualização radiográfica das veias é muito importante para conhecer a permeabilidade ou obliteração da via venosa profunda, especialmente nos casos de varizes pós-flebíticas. As várias provas que tem sido empregadas com esse fim, baseadas na observação do colapso ou da turgescência das varizes, obtido com a marcha depois da aplicação de um garrote que comprima apenas o sistema venoso superficial, dão informação inferiores às que se obtém com a flebografia. Se a via profunda está obliterada é prejudicial actuar cirurgicamente sobre os vasos varicosos que desempenham o papel de circulação colateral vicariante.

Os métodos terapêuticos são ou conservadores, ou esclerosantes, ou operatórios. Os conservadores, pela contensão das varizes estão indicados nos indivíduos de idade avançada, ou com doenças debilitantes, ou com comprometida circulação arterial, ou com tumores ou outros motivos de obstrução mecânica ao retorno venoso, e nas grávidas; também, na opinião de muitos, nas flebitis das veias profundas, e nos casos de varizes difusas, mesmo com permeabilidade da via profunda. Quanto aos métodos esclerosantes, sem cirurgia, pode dizer-se que, hoje, devem destinar-se somente aos doentes que recusam o tratamento cirúrgico, e em que este está indicado.

Dos métodos operatórios, só correspondem a uma terapêutica correcta os de laqueação, simples ou múltipla, com ou sem esclerose concomitante. As laqueações serão determinadas pelas localizações das insuficiências valvulares, e a combinação da intervenção com as injecções esclerosantes dependerá das condições de cada caso. Pormenores dos actos a realizar, em diversas circunstâncias, são expostos neste trabalho.

PENICILINA E SULFATIAZOL NO TRATAMENTO DA FEBRE TIFÓIDE.

— Em 110 casos de febre tifóide, empregou-se o tratamento clássico em 94, e nos outros 16 a penicilina e o sulfatiazol, em metade com doses médias e em metade com doses altas. Nenhum benefício apreciável resultou do emprego dos dois antibióticos: a doença decorre com as mesmas complicações, que nos casos sujeitos à terapêutica clássica.

TRATAMENTO LOCAL DAS TINHAS TONSURANTES. — As antigas substâncias empregadas como fungicidas, sempre com acção irri-

tante, foram substituídas pelos ácidos gordos. O A. usa o óleo de fígado de bacalhau, com sucesso; a sua actividade pode ser quadruplicada mediante um tratamento especial, segundo o processo do Dr. Fabiani, farmacêutico dos Hospitais de Paris.

LIVROS E OPÚSCULOS

CONFIDÊNCIAS DE UM INVESTIGADOR CIENTÍFICO, por Egas Moniz. — Lisboa, 1949.

Neste volume, através de mais de seiscentas páginas, com larga reprodução de fotografias evocadoras, o eminente neurologista descreve as fases da sua vida médica e de investigador, a começar pelos primeiros estudos da especialidade, em França, nos começos de carreira de docente, saltando, já bastantes anos decorridos, para as tentativas de visualização dos tumores cerebrais que deu em resultado a angiografia, em satisfação de um desejo sempre alimentado de contribuir para o progresso científico; recorda as laboriosas experiências em animais e no cadáver, até chegar à injeção arterial no homem vivo e à obtenção da primeira arteriografia cerebral num doente de tumor cerebral, logo levada à Sociedade de Neurologia de Paris, em comunicação acolhida com louvor dos grandes neurologistas que a ouviram. Depois, os aperfeiçoamentos sucessivos, os trabalhos para os obter, toda a história do processo que deu ao autor a justa fama de investigador universalmente considerado.

As viagens que realizou, as homenagens que lhe foram prestadas são recordações que evoca; e de caminho fala da leucotomia prefrontal, de como foi levado a imaginá-la e dos resultados com ela obtidos, ou seja da outra grande concepção e fecunda realização do Prof. Egas Moniz.

Os últimos capítulos do volume são preenchidos com a descrição do Congresso de Neurocirurgia, reunido em Lisboa em 1947 e da Conferência Internacional de Psicocirurgia, efectuada no ano passado, também em Lisboa e em homenagem ao cientista português, que contribuíra de excepcional maneira para o desenvolvimento de esses ramos cirúrgicos.

BIBLIOGRAFIA MÉDICA PORTUGUESA (1947), coordenada por Zeferino Paulo. — Lisboa, 1948.

Já nos temos referido, com o merecido louvor, a esta publicação do Instituto para a Alta Cultura, que em sucessivos volumes vai dando, desde 1944, a lista dos trabalhos portugueses relativos às ciências médicas. Não tem desculpa agora quem, escrevendo sobre qualquer assunto, no campo da medicina, ignorar o que já se publicou entre nós, e continuar omitindo-o nas citações bibliográficas, tanta vez cheias de trabalhos estrangeiros de insignificante valor.

NOVIDADES TERAPÊUTICAS

Aureomicina

Da série dos antibióticos extraídos de fungos, que sucessivamente têm sido ensaiados sem que os resultados tenham afirmado superioridade sobre os de uso consagrado, o último preferido pelos investigadores é a aureomicina, extraída de «*Streptomicis aureofaciens*». Os primeiros ensaios clínicos, baseados em estudos laboratoriais, foram há pouco publicados no «*Journal of American Medical Association*» (1) e deixam prever a possibilidade da futura utilização, com vantagem sobre as terapêuticas actualmente usadas, nalgumas infecções, e principalmente na doença de Nicolas-Favre.

Emprega-se na forma de cloridrato de aureomicina, sal cristalino, amarelo, muito solúvel na água, um pouco menos no soro fisiológico.

Os estudos «*in vitro*» mostram sensibilidade de várias estirpes de estreptococos hemolíticos e do estreptococos fecalis, dos tipos I, II e III do diplococo da pneumonia, das brucelas suis e abortus, a pequenas concentrações da substância; outros agentes, tanto Gram positivos como Gram negativos são sensíveis a maiores doses, e só se mostraram resistentes o *Pseudomonas aeruginosa* e o *Proteus*.

A toxicidade foi experimentada em ratos, ratazanas, coelhos e cães. A dose mortal, oscila para esses animais entre 50 e 150 milig. por quilo de peso; os fenómenos de intoxicação consistem em perturbações respiratórias e nervosas, e em hemoglobinúria (que parece ser devida à acidez do soluto injectado). Contudo, os animais resistem a doses altas e repetidas, mostrando somente anorexia, perda de peso, e necrose no lugar da injeção.

O soro exerce uma acção inibidora sobre a actividade bacteriostática da aureomicina, pois, para se obter o mesmo resultado que nos ensaios feitos em caldo de cultura, quando a este se junta outro tanto de soro, é preciso empregar uma quantidade de antibiótico cinquenta vezes maior.

Injectada por via muscular, a aureomicina desaparece do soro dentro de uma a duas horas, eliminando-se pela urina em grandes

(1) BRYER, SCHOENBACH, CHANDLER, BLISS & LONG — Aureomycin: Experimental and clinical investigations (J. A. M. A., 11-IX-1948).

WRIGHT, SANDERS, LOGAN, PRIGOT & HILL — Aureomycin: a new antibiotic with virucidal properties (J. A. M. A., 9-X-1948).

Thiomidil

WANDER

(Metiltiuracilo)

O medicamento específico do hipertireoidismo

Hipertireoidismo de todas as formas e graus, tratamento interno e em cura pré-operatória. É a verdadeira doença de Basedow que reage mais favoravelmente, mas por vezes as nevroses basedowianas são muito melhoradas.

Apresentação:

Tubos de 100 comprimidos a 0,025 grs.

Amostras e literaturas à disposição
dos Ex.^{mos} Clínicos

Sociedade Portuguesa de Produtos WANDER, L.^{DA}

Avenida Sidónio Pais, 24-r/c. D.^{1.º} — LISBOA TELÉF. 53136/37



**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

concentrações; num indivíduo que recebeu 40 milig. de seis em seis horas, intramuscularmente, e mais 500 milig. duas vezes por dia, oralmente, as concentrações no sangue variaram entre 0,6 e 2,4 milig.. Não passa para o líquido cefalorraquidiano. Solutivo em soro fisiológico; em água provoca hemólise.

Os primeiros ensaios clínicos incidiram sobre casos de infecções urinárias devidas a estreptococo fecalis e a coli ærogenes, de febre das Montanhas Rochosas, de febre tifóide e de bruceloses. Quase sempre empregaram doses de 10 a 60 milig. por quilo de peso e por dia, por via oral, repartidas por 6 a 12 vezes, acrescidas de injeções intramusculares na dose diária de 3 milig. por quilo de peso. Os resultados foram em regra bons, destacando-se os obtidos num doente com brucelose crônica, que ficou sem febre ao fim de três dias de tratamento, mantendo-se apirético e com hemoculturas negativas passados dois meses. Em vários casos de infecções urinárias, em que apenas com a administração pela boca se verificou a desapareição dos sintomas de inflamação e a esterilização da urina, a aureomicina mostrou evidente actividade, tanto mais para salientar quanto se verificou com a introdução da droga por via oral. Na febre das Montanhas Rochosas, em cinco casos, os doentes ficaram sem febre ao fim de períodos de tratamento que variaram entre doze e setenta e duas horas; visto tratar-se de uma riquetsiose, é natural que semelhante benefício se consiga para o tifo exantemático.

Na segunda série de ensaios clínicos avultam os casos de linfogranuloma venéreo, em que o novo antibiótico parece vir a ocupar um lugar vago na terapêutica eficiente desta doença. As doses diárias, intramusculares, foram de 160 milig. a 1 g.. Vinte e cinco doentes foram dispostos em 3 grupos: o primeiro formado por oito doentes com bubões de tamanho variável entre o de uma avelã e o de um ovo; o segundo de três casos de rectite purulenta e em dois hemorrágica; o terceiro constituído por catorze doentes com estenose rectal. Em todos os casos as melhoras foram evidentes: nos do primeiro grupo notou-se redução do tamanho dos bubões, logo quatro dias depois do início do tratamento, e modificações histológicas favoráveis; nos do segundo grupo, também no mesmo prazo, desapareceu a dor e a exudação, mas num deles houve recaída, passados dezassete dias, a qual curou com a administração de 60 milig. de aureomicina; nos do terceiro grupo, desapareceu a dor à defecação e aumentou o diâmetro das deposições duras.

Em suma: efeitos dignos de consideração. Falta apurar o doseamento, e, por novos ensaios, determinar a extensão útil do emprego deste novo antibiótico, que promete mais do que outros que pretenderam substituir a penicilina e a estreptomina.

NOTAS CIENTÍFICAS E PRÁTICAS

Tratamento da paralisia infantil no período agudo

V. SANCHIS OLMOS, do Instituto Nacional de Reeducação de Inválidos, de Madrid, em valioso trabalho de divulgação, diz o que o clínico deve fazer, imediatamente, perante um caso de paralisia infantil, trabalho que merece ser por todos conhecido, e vem publicado na *Revista Española de Pediatría* (N.º 1 de 1948). Hoje não é admissível que se perca tempo administrando soro de convalescentes, sangue dos pais, vitamina B, etc., ou mandando o doente ao radioterapeuta. O tratamento deve ser feito pelo clínico e por auxiliares que ele ensine, numa assistência cuidadosa, persistente, atendendo aos pormenores de cada caso.

A orientação do tratamento assenta nas noções actuais de histofisiologia, diversas dos antigos conceitos. Não são apenas as lesões dos cernos anteriores da medula que provocam o quadro clínico; todo o neuroeixo pode ser afectado pelo vírus poliomiéltico, e a par da paralisia flácida há a contractura, que não é devida ao antagonismo dos grupos musculares, nem a irritação meníngea, mas às próprias lesões nervosas, responsáveis por uma série de perturbações que podem distinguir-se, considerando: 1 — as paralisias flácidas, 2 — os espasmos musculares, 3 — os bloqueios musculares ou pseudo-paralisias, 4 — a incoordinação muscular, 5 — as alterações das estruturas periféricas (tecido celular, fascias e aponevroses). O prognóstico está condicionado pela degenerescência da fibra neuro-muscular dependente de neurónio atingido, a qual não pode ser sensivelmente influenciada pela terapêutica, e só ela deve ditar as sequelas; tudo o mais pode e deve ser evitado ou corrigido.

Na forma corrente, que afecta os membros inferiores, eis a norma a seguir:

Colocar o doente em cama dura (tábuas por baixo do colchão) na atitude normal do corpo em decúbito supino, com os membros superiores descidos ao longo do tronco. Os pés ficarão apoiados numa tábuia atravessada no fundo do leito, deixando um pequeno espaço entre ela e o colchão, evitando-se assim possíveis úlceras do calcanhar, e permitindo que o doente, voltando-se para decúbito prono, tenha lugar para a ponta do pé, continuando com a planta apoiada nessa tábuia. A princípio, a posição é incómoda, mas o hábito vem depressa. Nela se examina o doente, marcando-se as zonas com espasmo e dolorosas, sobre as quais tem de incidir as aplicações quentes.

Estas fazem-se com pedaços de pano de lã, usados, que se molham em água fervente e se espremem muito bem, pois se fica-

rem com excessiva humidade provocarão queimaduras. Nas crianças pequenas, uma compressa para cada membro, duas para o tronco, uma para o pescoço; nas crianças crescidas, as compressas serão em número proporcional à extensão a cobrir. Cada compressa terá grossura do pano em relação com o seu tamanho. Envolvem-se as compressas com um oleado, para não se molhar a roupa da cama, e por fora envolve-se com uma baeta seca. Ao princípio, renovam-se as compressas com pequenos intervalos, geralmente de meia hora a uma hora; cada compressa é retirada ao fim de vinte minutos, quando já está fria, na generalidade dos casos, mas se os espasmos são intensos não deve estar tanto tempo, para não arrefecer, podendo nestes casos ser útil o aquecimento da cama, por meio de tenda debaixo da qual se colocam lâmpadas eléctricas. Quando os espasmos dolorosos se atenuam, começa a fazer-se ginástica de movimentos passivos, com uma ou duas sessões por dia, tendo em atenção a distribuição dos espasmos e das paralisias. As tendências para as deformações mais vulgares são: o pé equino, a flexo-abdução da coxa, a obliquidade pélvica, a escoliose, as retracções aponevróticas.

O pé equino é a deformidade mais vulgar, devida ao espasmo do tricípede; combate-se com a fomentação quente, persistente, muito renovada, e obrigando os pés a apoiar-se pelas plantas na tábua transversal acima referida.

A flexo-abdução da coxa é devida ao espasmo do tensor da fascia lata, associado a uma fibrose da aponevrose ilio-tibial, e por vezes à contractura do costureiro. Deformidade precoce, mascarada pelo aumento da lordose lombar e pela inclinação da bacia, está frequentemente conjugada com a obliquidade pélvica, devida ao espasmo do tensor, do quadrado dos lombos e dos músculos sacro-espinais. Para a corrigir, às poucas semanas do começo da doença, é preciso pôr em prática várias correcções manuais: puchar para baixo o lado em que a pelve está elevada e ao mesmo tempo empurrar para cima o lado oposto; fazer a adução e extensão do membro, mantendo imóvel a bacia; distender a região, colocando o doente sobre uma mesa, de costas para cima, puxando uma pessoa pelo tronco e outra pela bacia. Esta última manobra serve igualmente para corrigir a tendência à fibrose das estruturas conjuntivas do tronco.

A escoliose tem muita vez origem na obliquidade pélvica, e a sua aparição indica que o doente não deve sentar-se nem pôr-se a pé enquanto não for corrigida.

As retracções da pele, do tecido celular e das aponevroses, com sede no tronco, nos membros e no pé, tratam-se por manobras de distensão dos segmentos em que se manifestem.

Toda a ginástica passiva tem de se fazer com paciência e constância, por vezes durante meses seguidos, não esquecendo que des-

cuidando-se a persistência, uma deformidade vencida pode reaparecer. Não podendo proceder-se assim, é melhor não fazer nada do que prejudicar o doente, fazendo-o perder tempo com medicações inúteis; mas a atitude postural e as aplicações quentes, logo desde o início, são o principal factor do êxito futuro.

Terapêutica da lepra pelas sulfonas

Está em voga esta medicação. São concordes, de uma maneira geral, os resultados benéficos obtidos pelos vários autores que a têm ensaiado. Como exemplo citemos as conclusões a que chegaram J. GARCIA DE AZEVEDO E JOSÉ MARIANO, publicadas nos *Arquivos Mineiros de Leprologia* (Abril de 1948): a) As lesões da lepra lepromatosa cedem à acção das sulfonas. b) A sequência do desaparecimento observado nessas lesões foi a de melhoria rápida nas infiltrações, tubérculos, nódulos; cicatrização das ulcerações cutâneas e mucosas, sendo mais lenta a acção nas máculas eritematosas e pigmentadas. c) De 61 enfermos bacilíferos submetidos a tratamento pelas sulfonas, verificaram que em 8 casos houve negatificação que persistiu por quatro meses, e em 5 casos negatificação por dois meses, o que, até ao momento (12 meses de tratamento) equivale a 21,31 % de negatificação, obtida a partir de 8.º e 10.º meses de tratamento pelas sulfonas. d) Até agora não se observaram melhoras da sintomatologia nervosa; nestes casos será útil o prosseguimento da terapêutica e o uso de Promim diluído por via intra-arterial. e) A lentidão com que progredem as melhoras depois do aparecimento de granulações eosinófilas, sugere a associação, nessa altura, de uma terapêutica complementar.

Penicilina na escarlatina

Entre os trabalhos que têm aparecido, nos últimos tempos, sobre a acção da penicilina na escarlatina, figura o de TORBEN JERSILD, publicado em *La Presse Medicale* (7-II-1948), valioso por incidir em cerca de mil observações de doentes tratados no Hospital de Bleglam, em Copenhague.

Considera as recaídas e recidivas como reinfecção por tipo de estreptococo hemolítico diferente do que produziu a doença, e por isso julga indispensável o isolamento dos doentes, mesmo dentro do hospital. O tratamento penicilínico consiste em duas injeções diárias, durante seis dias, de 90 a 150 mil unidades, segundo a idade do doente. Não é preciso visar a constância da concentração da droga no sangue, para se promover a esterilização da naso-faringe. Com este tratamento encurta-se a duração da doença, para quatro ou cinco dias, e previnem-se as complicações nefrítica e otítica; a erupção e os sintomas tóxicos não são influenciados.

DERACIL

Medicamento anti-tireoideu
(2-tiouracilo)

INIBIDOR DA SÍNTESE DA TIROXINA

O moderno tratamento médico
das situações de hipertireoidismo

Frasco de 50 comprimidos a 0,1 gr.

LABORATÓRIOS VITÓRIA

S. A. R. L.

— Venda Nova — AMADORA —

Quinarrhenina Vitaminada

Elixir e granulado

Composição — Alcalóides integrais da Quina, metilarsinato de sódio e — Vitamina C —.

Indicações — Anemias, Anorexia, Convalescenças difíceis, Tratamento e profilaxia do Paludismo. Reforço da energia muscular.

A potência da — Quinarrhenina — é notavelmente aumentada pela adição da — Vitamina C —, pois esta tem uma acção especial como tónico celular, como excitante do poder bactericida do sangue e da resistência do organismo às infecções. No «Paludismo» há sempre grandes perdas de — Vitamina C —, que vão aumentando com a duração e gravidade da doença: a — Quinarrhenina Vitaminada — garante eficácia no tratamento dos impaludados, pela associação medicamentosa que realiza.

Como estimulante neuro-muscular é recomendável aos desportistas e a todos os que têm de fazer grandes esforços.

É uma fórmula que corresponde aos trabalhos de Jusaty e às experiências do Prof. Pfannestiel.

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-
-FOSFATADO

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-
-FOSFATADO

BASE — Glicerofosfatos ÁCIDOS e kola

TRICALCOSE

COM
GLUCONATO DE CÁLCIO
Um dos melhores recal-
cificantes do organismo.

BASE — Sais cálcicos assimiláveis

Depósito geral: Farmácia GAMA
Calçada da Estrela, 130 — LISBOA

Quando a otite aparece, a penicilina cura-a, e em nenhum dos casos foi preciso intervir cirurgicamente sobre a mastóide.

Anteriormente, com as sulfamidas, os benefícios eram muito menos acentuados.

A localização das úlceras do estômago e do duodeno

Independentemente da importância para a cirurgia, a localização das úlceras gastro-duodenais oferece elementos de valor para o esclarecimento da patogenia das lesões. EURICO BRANCO RIBEIRO publica a sua contribuição neste tema (*Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia*, Dez. de 1948), baseada numa estatística de 994 casos, assim distribuídos: de duodeno — 700, de estômago — 228, de jejuno — 10, associadas de estômago e de duodeno — 54, associadas de duodeno e de jejuno — 2. Quanto ao número de lesões: com úlcera única — 614, dupla — 324, tripla — 23, quádrupla — 5, quádrupla — 1, úlceras múltiplas — 27. A tendência para a produção de uma única úlcera é manifesta, e se o seu número não é maior é porque, em certas localizações, interfere um factor de duplicidade, que é o contacto da mucosa com uma úlcera preformada, o que observou em 271 casos de úlcera duodenal e em 19 de gástrica; se esse factor não existisse, a úlcera solitária abrangeria quase 91 por cento dos casos.

As frequências de localização, nos 994 casos estudados, foram:

1. Úlcera justacardiaca	0,2 0/0
2. Úlcera da pequena curvatura do estômago	19,5 0/0
3. Úlcera pilórica	4,8 0/0
4. Úlcera da grande curvatura do estômago	0,1 0/0
5. Úlcera da parede posterior do estômago	3,9 0/0
1.6. Gastrite ulcerativa	2,6 0/0
7. Úlcera da face anterior do bulbo duodenal	67,4 0/0
8. Úlcera da face posterior do bulbo duodenal	30,8 0/0
9. Úlcera do bordo superior do bulbo duodenal	4,5 0/0
10. Úlcera do bordo inferior do bulbo duodenal	1,2 0/0
11. Úlcera do cotovelo superior do duodeno	0,4 0/0
12. Úlcera péptica jejunal (boca anastomótica)	1,2 0/0

Vê-se que a úlcera aparece preferencialmente nas zonas que sofrem com mais frequência o atrito do bolo alimentar. Geralmente, a face anterior do bulbo duodenal encurva-se para trás e para cima, oferecendo a sua mucosa ao jacto alimentar que se projecta do estômago. Por uma discinesia do músculo pilórico (alterações nervosas de causa geral ou local—gastrite), o conteúdo gástrico pode ser projectado contra a face posterior ou contra um dos bordos do bulbo

duodenal, dando-se aí a formação da úlcera. Anteriormente já havia assinalado a importância da discinesia do cárdio na produção da úlcera da parede anterior ou posterior do estômago, geralmente situada nas proximidades daquele esfíncter (Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 17 de Agosto de 1937). Isso, aliás, já tinha sido acentuado por Deaver e Burden quando estudaram as relações entre o piloro e a úlcera duodenal, dizendo que «a disfunção do esfíncter pilórico não somente causa os sintomas da úlcera mas precede ao aparecimento dela» (*Annals of Surgery*, Philadelphia, xciv, 818, Novembro de 1931).

O estudo da localização da úlcera vem, pois, fornecer argumentos favoráveis aos que defendem a sua origem mecânica, baseando-se, como Joaquin Telleria, em factos experimentais e em dados microscópicos que mostram lesões de natureza proliferativa nas paredes e imediações da úlcera, dependentes de acção irritativa mecânica e não de processos destrutivos como são os de corrosão e digestão (*Medicina Española*, Valencia, xii, 241, Setembro de 1944). Mas, por outro lado, o estudo da localização não desaponta os que dão primordial importância ao sistema nervoso, pois é graças às alterações deste que se observam as disfunções capazes de concorrer para a formação da úlcera, seja no sector cinético, seja no sector secretório.

Diagnóstico hormonal em ginecologia

Quando uma mulher nova apresenta perturbações da menstruação ou hemorragias uterinas é preciso ver se há lesões orgânicas que as expliquem, ou se as perturbações são funcionais, por doença infecciosa. Eliminadas essas causas, a origem deve ser hormonal, e para a esclarecer CLAUDE BECLERE adopta uma norma de conduta, que expõe metódicamente (*Bruxelles Médical*, 3-I-1948).

Tem de se responder às três perguntas seguintes: 1 — qual é a secreção hormonal perturbada?; 2 — há hipo ou hipersecreção?; 3 — qual o grau de deficiência ou de exagero?

As hormonas que interessam são as gonadotrópicas, dos foliculos e a do corpo amarelo. Para fazer o diagnóstico hormonal dispomos de três métodos: 1 — Doseamentos hormonais; 2 — Biópsia funcional do endométrio; 3 — Exame clínico.

Os doseamentos das hormonas só podem fazer-se em laboratórios apetrechados, e para eles se envia urina recente: para as hormonas gonadotrópicas meio litro, colhida no 14.º dia do ciclo, no momento provável da ovulação; para a foliculina meio litro, colhida no 21.º dia do ciclo, que é a ocasião de máxima excreção; para o pregnandiol, litro e meio, colhida no 23.º dia do ciclo, em plena fase luteínica. Os doseamentos das duas primeiras secreções são processos biológicos, o da terceira é químico. Onde não há laboratório ape-

trechado, este método de investigação, que é o melhor de todos, não pode ser utilizado; a este inconveniente junta-se o ser dispendioso.

Em tais casos, pode recorrer-se ao método da biópsia funcional do endométrio, pelo qual, ao exame macroscópico e microscópico de fragmento de mucosa (mais fácil de fazer que os doseamentos), se podem ver os seguintes aspectos anormais, com biópsia realizada no 25.º dia do ciclo: atrofia (devida a insuficiência hipofisária ou foliculínica, ou a malformação uterina com falta de receptividade), estado foliculínico persistente (devido a insuficiência luteínica, ou a hipersecreção foliculínica, ou a anomalia de receptividade da mucosa); hiperplasia glândulo-quística (por hipersecreção foliculínica, intensa e persistente). Este método não dá pois informação completa sobre o desvio de uma determinada secreção hormonal, podendo dizer-se que só serve para revelar as grandes hipersecreções de foliculina, e mostrar se existe ou não acção luteínica sobre a mucosa nos casos de esterilidade de origem hormonal, aliás raros.

A observação clínica é o método mais fácil, essencialmente prático, que na quase totalidade dos casos de perturbações menstruais e de hemorragias funcionais, nas raparigas ou mulheres novas, permite diagnosticar a normalidade ou o desvio das secreções hormonais e determinar a existência das malformações uterinas. Em regra chega para um diagnóstico, que a prova terapêutica confirmará.

A puberdade desencadeia-se pela acção das hormonas gonadotrópicas, que excitam o ovário, o qual segregará a foliculina; desenvolve-se a mucosa uterina, o aparelho genital, os seios, e produz-se a primeira menstruação. Embora o desenvolvimento dos seios, da vulva e do útero se condicionem pela receptividade hormonal dos respectivos tecidos, a quantidade de secreção de foliculina regula a abundância e duração dos mênstruos, e o seu carácter doloroso.

Pelo exame clínico é preciso colher os seguintes elementos: idade da primeira menstruação, idade e grau de desenvolvimento dos seios e do sistema piloso, tamanho da vulva e do útero, caracteres da menstruação nas virgens (ciclo, duração, abundância, dor), estatura e peso (grau de nutrição). A clínica permite definir 4 tipos hormonais distintos:

1 — Síndrome hormonal normal. — Primeira menstruação à roda dos 13 anos; nenhum aspecto anormal nos elementos de diagnóstico acima citados.

2 — Síndrome hipo-hormonal. — Puberdade tardia, seios e sistema piloso com desenvolvimento pequeno e feito tardiamente, vulva e útero pequenos (frequentemente, aspecto infantil), mênstruos curtos, pouco abundantes, não dolorosos, às vezes atrasados, desenvolvimento geral pequeno. De este síndrome derivam amenorreias, hipomenorreias, oligomenorreias, esterilidade.

3 — Síndrome hiper-hormonal. — Puberdade precoce, seios e

pêlos bem desenvolvidos e precocemente, vulva geralmente grande com grandes lábios e clitoris por vezes exagerados, útero normal ou pequeno e raras vezes grande, menstruações frequentemente aproximadas ou prolongadas, ou abundantes ou dolorosas, peso quase sempre desproporcionado com a estatura (gordura). Relacionado com uma secreção hipofisária muito activa que conduz a excesso de secreção ovárica, este síndrome é responsável por amenorreias secundárias, polimenorreias, menometrorragias, metrorragias, dismenorragias primitivas e alguns casos de esterilidade.

4 — Atrofia uterina localizada. — Síndrome raro, mas bem caracterizado: com desenvolvimento pubertário corporal sensivelmente normal, vulva e útero muito pequenos, insuficientemente desenvolvidos, havendo por vezes malformação uterina. Produz amenorreias primitivas ou secundárias, e quase sempre esterilidade; é de mau prognóstico.

Diagnóstico da encefalite reumatisal

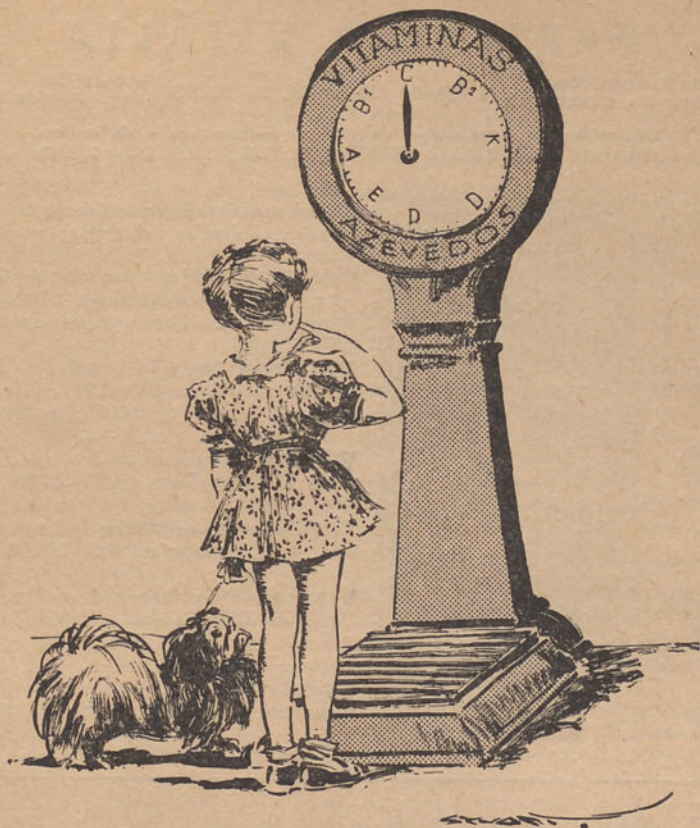
Apresentando 5 casos clínicos, H. WARREN & J. CHORNIOK descrevem as manifestações cerebrais da febre reumatisal, e notam que, como o salicilato em grandes doses pode dar manifestações tóxicas cerebrais, prestam-se a confusões; mas a intoxicação salicílica com delírio acompanha-se de hiperventilação pulmonar, ao passo que a encefalite devida ao vírus reumatisal não a provoca. O salicilato é inútil como agente terapêutico da encefalite. (*Arch. of International Med.*, 1947, N.º 6).

INTERESSES PROFISSIONAIS

A remuneração dos médicos nas instituições de previdência social (1)

Não é exacto que não haja diferença entre o trabalho do médico e de outros funcionários da previdência social. Tanto não é exacto, antes de mais nada, que àquele é exigido, no acto da posse, o diploma universitário devidamente legalizado, exigência essa que o distingue do comum dos funcionários desde o seu ingresso nos quadros da instituição. Tanto não é exacto, que os mais elevados

(1) Os médicos das instituições de previdência social de S. Paulo (Brasil) representaram a pedir melhoria nas condições de trabalho e sua remuneração. O documento foi arquivado com o parecer de que não há distinção entre o trabalho do médico e o dos outros funcionários da previdência, de que os médicos têm mesmo uma situação privilegiada porque trabalham menos tempo, e de que a maioria das Caixas e Institutos de Previdência não tem situação financeira que lhes permita gastar mais. Perante esse facto, a *Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho* elaborou e apresentou uma notável exposição, da qual, por conter doutrina universalmente aplicável, publicamos os presentes excertos.



NA SÉRIE DAS VITAMINAS AZEVEDOS APARECE AGORA

VITAMINA B₁ FORTE COMPRIMIDOS

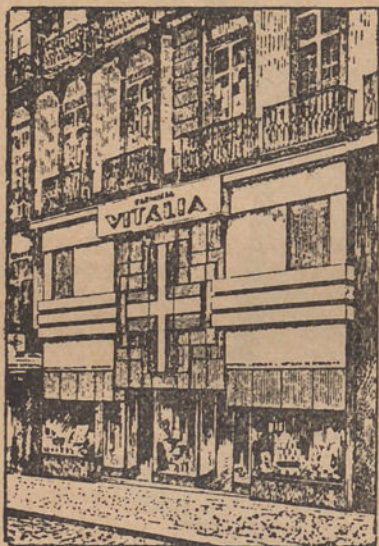
Frascos de 20 compr. doseados a 50 miligrs.

LABORATÓRIOS AZEVEDOS
SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA

FARMÁCIA VITÁLIA

DIRECÇÃO TÉCNICA DO SÓCIO RIBEIRO DA CUNHA 34, PRAÇA DA LIBERDADE, 37—PORTO Telef.: 24133
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-Vitacé— 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.).

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

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



ALTURA

REVISTA MENSAL ILUSTRADA

Sumário do n.º de Abril de 1949

O exército da «Alemanha livre» e o cerco de Berlim, por Edgar Milton. *Páscoa, Ressurreição, Aleluia!*, por Luís Chaves. *Tem a certeza?. Páscoa de ressurreição azteca*, por Rodney Gallop. *As três idades da lã*, por Marianne Andraw. *Desporto: alpinismo*, por Quádrrio Raposo. *Que sabemos sobre a duração da vida?. Carneirinho, carneirão; olha pró céu, olha pró chão*, por B. Jorge. *Que há de novo sobre a terra?. Aspectos e lendas do Niagara*, por José Heitgen. *A morte do porco*, por Albino Forjaz de Sampaio. *O Calvário e o Santo Sepulcro*, pelo P.º Alves Terças. *O mundo através da mitologia*, por Lausimar. *Actualidades cinematográficas*, por Domingos Mascarenhas. *Foi assim a sua vitória*, por Luís Pedro Pontes. *A entrevista*, por W. Fernandez Florez. *II Concurso do problema policial*. Passatempo. Anedotas.

5\$00— À venda em todos os bons quiosques

Redacção e Administração: Rua Luz Soriano, 149, Porto—Tel. 9880

cargos dentro do sistema brasileiro de seguro social poderiam ser ocupados, sem perda provável de eficiência, por um médico que tivesse adquirido alguma experiência no assunto; ao passo que mesmo o mais graduado funcionário jamais poderia ocupar legalmente o cargo de um simples e obscuro médico do Interior, a menos que se sujeitasse a cursar uma Faculdade de Medicina. A profissão médica tem sido, através dos tempos, denominada sacerdócio e a justeza dessa denominação se evidencia desde o início da carreira. Análogamente ao sacerdócio religioso ela imprime carácter aos que escolhe, dando-lhes poderes que nega a qualquer outra profissão.

Tanto não é exacto que não seja diferente o trabalho do médico, que qualquer funcionário, mesmo o mais altamente colocado, pode interromper o seu trabalho a qualquer hora sem prejuízos irreversíveis para a colectividade, enquanto que o médico não pode abandonar ao meio uma intervenção cirúrgica iniciada, não lhe sendo nem ao menos lícito entregá-la às mãos de outrem. Porque a profissão médica é a única que enlaça os seus súbditos dentro de um juramento tão grave como o de Hipócrates. Não é exacto, pois que o comum dos funcionários não está, como o médico, exposto aos perigos quotidianos advindos do contacto com doentes contagiosos, da contaminação oriunda da cirurgia séptica, ou da manipulação de culturas de bacilos virulentos. Tanto não é exacto, que enquanto qualquer funcionário encerra as suas obrigações ao deixar o serviço, o médico continua, fora dele, o seu aperfeiçoamento científico, indispensável para o bom cumprimento do seu ministério. E o próprio Estado é o primeiro a reconhecer isso, quando exige do médico algumas horas de trabalho na instituição, ao contrário dos outros, dos quais exige todas as horas legais. Positivamente, o trabalho do médico é meridionalmente diverso do trabalho de outros profissionais e não pode ter como padrão comparativo senão o trabalho de outro médico. Não se pode classificá-lo em comum com o resto do funcionalismo nem ter este como ponto de referência.

Isto posto, verifica-se de imediato que de modo algum desfrutam os médicos previdenciários de posição ou privilégios que estejam à altura do valor e da necessidade do seu trabalho. Muito ao contrário, a sua situação é de verdadeiro constrangimento moral. Os seus salários são realmente muito baixos, e é de se admirar como ainda encontrem eles energia e tenacidade suficiente para manterem, como mantêm, o claudicante prestígio da Previdência Social, que sem a assistência médica já estaria totalmente desacreditada.

Argumenta a administração dessas instituições com a possibilidade de prover o médico à sua subsistência com a prática liberal nas horas restantes. Na realidade, o raciocínio inverso é que seria o certo; não lhe sendo possível manter-se apenas com o seu salário, vê-se o médico obrigado a procurar na prática liberal os meios que lhe faltam. Como, porém, progressivamente, vai a Previdência Social incluindo entre os seus beneficiários todas as categorias sociais e profissionais, torna-se cada vez mais difícil ao médico obter fora os recursos financeiros que lhe faltam. Apenas para argumentar é, entretanto, indicado o erro desse raciocínio. Na verdade, na avaliação do preço a ser pago pelo serviço médico, nunca deveria ser objecto de cogitação — como, aliás, não é para as outras categorias de funcionários — a possibilidade de remuneração de actividades exercidas fora do emprego. Ao médico deve ser pago o justo valor do seu trabalho, que é inestimável e insubstituível, independentemente do que mais possa ele auferir por sua conta. Este ponto, que talvez seja o único em que se deveriam colocar em pé de igualdade os funcionários médicos e os não médicos, demonstra por si só como inexistente a decantada situação privilegiada daqueles.

Nem se argumente com o facto de aparentemente trabalharem os médicos menos tempo que os outros funcionários. É preciso, mais uma vez, frisar que o serviço do médico é altamente técnico e especializado. Necessita ele de contínuo cultivo e aperfeiçoamento dos conhecimentos científicos e adexramento nos novos métodos de diagnóstico e tratamento que surgem todos os dias. Para o bom

exercício do seu ministério na instituição previdenciária, é indispensável o tempo gasto nessas actividades e assim sendo, esse tempo deve ser computado, completando e mesmo ultrapassando as horas regulamentares. No dia em que as instituições de previdência mantiverem hospitais gerais de elevado padrão assistencial, instalarem bibliotecas médicas ricas e variadas e subvencionarem congressos e reuniões médicas, então, assim, terão adquirido o direito de exigir tempo integral dos médicos em virtude das facilidades que terão criado para o seu aprimoramento técnico e científico. Enquanto tal não puder ser feito — e tão cedo não o será — estão na obrigação de considerá-los em regime de tempo integral com três horas de serviço por dia, deixando que nas outras três busquem eles por sua conta os hospitais universitários, as bibliotecas públicas ou particulares e as reuniões médicas independentes.

Eminentemente intelectual, o médico não pode trabalhar preocupado. Existe um padrão mínimo de conforto moral e bem-estar material para o médico, abaixo do qual é impossível obter-se boa assistência médica. Não ganhando o suficiente para viver dignamente, passa ele a trabalhar com o pensamento distante, à procura das fontes de onde poderá auferir lucros após o término do seu serviço. Outrora, quando esses lucros eram certos na prática liberal, menos mau, porque as suas preocupações giravam dentro da própria profissão. Actualmente, porém, que o desânimo começa a invadir a classe médica, em virtude da socialização unilateral da medicina, é de se temer que derivem eles a sua atenção para as actividades comerciais e industriais mais rendosas, deixando mesmo de estudar e frequentar hospitais. A defesa das reivindicações económicas dos médicos previdenciários transcende, pois, os limites da pura ambição pessoal ou profissional, para invadir decididamente o terreno do interesse público. Pouco importa que sejam eles os beneficiários imediatos da situação pleiteada. Também os deputados e senadores são beneficiários imediatos das imunidades parlamentares que, no entanto, não foram criadas para favorecê-los mas para garantia da opinião que eles representam.

O médico precisa ser pago suficientemente para que lhe seja possível realizar serviço médico bem feito e aperfeiçoar-se na sua profissão. A manutenção dos salários médicos em níveis incompatíveis com a dignidade e responsabilidade da profissão, conduzirá fatalmente à deterioração da assistência. E esteja V. S.^a certo de que se a baixa do padrão assistencial ainda não atingiu, nas Caixas e Institutos, proporções alarmantes, deve-se única e exclusivamente ao senso de responsabilidade em grau muito mais elevado do que em qualquer outra. Se se reduzir a horas de serviço ou a tarefas o trabalho dos médicos previdenciários, ver-se-á que a maioria recebe menos de vinte cruzeiros por hora de serviço e dá consultas a menos de cinco cruzeiros! Compare-se com a renda de um trabalhador analfabeto em São Paulo ou Rio, e ver-se-á que é impossível manter boa assistência médica por muito tempo, nessas condições. E' necessário evitar a todo custo os graves danos que a pseudo-assistência causará à colectividade.

Nem se deve argumentar com o facto de serem insuficientes para atender às reivindicações dos médicos, as verbas destinadas à assistência médica das instituições de previdência social. Essa assistência sempre foi e será alta dispendiosa. Tão cara é ela que, ao verificar-se que a maioria da população não podia custeá-la, foi introduzida nas Caixas e Institutos, através do seguro-doença. E embora a soubessem assim dispendiosa, não cuidaram os seus introdutores de consignar-lhes verbas suficientes, esquecidos de que não se pode pretender engajar homens de cérebro e de responsabilidade pelo mesmo preço que se paga a um simples trabalhador braçal. Argumente-se, isto sim, que já é tempo de ser corrigido esse erro inicial, consignando-se maiores recursos para a assistência médica, antes que seja muito tarde, e ainda que se tenha de subtrai-los a outros benefícios. A ninguém é lícito eximir-se do pagamento de qualquer serviço, alegando não estar preparado para custeá-lo. A assistência médica preventiva e curativa constitui a mais premente necessidade do doentio povo brasileiro e deve

ser a base de todas as operações do seguro social, reduzindo o risco em todas as espécies de benefícios e aumentando assim a solidez da instituição.

Dedicando à assistência médica verbas tão exíguas que não suportam sequer o primeiro impacto das mais justas e razoáveis reivindicações dos seus médicos, a Previdência Social Brasileira evidencia que ainda não se afastou do plano demagógico sob cuja inspiração se desenvolveu e que não alimenta, na realidade, nenhum propósito honesto no sentido de cobrir com eficiência o risco da doença. Já é tempo de perderem os nossos legisladores e administradores o mau hábito de pretenderem resolver com pingos de água, problemas que estão a exigir verdadeiros oceanos pecuniários. Até o presente não se descobriu ainda outro meio de se obter bom serviço médico, que não seja através de um corpo clínico de primeira ordem e de uma boa organização hospitalar. E não há exemplo de que esses dois factores se tenham podido obter sem recursos financeiros.

Dê a Previdência Social aos seus médicos salários dignos e ponha à sua disposição uma organização hospitalar eficiente, que lhes favoreça a pesquisa e o estudo, e verá V. S.^a que, dentro de poucos anos, eles terão tornado internacionalmente famosa a assistência médica do seguro social brasileiro. Mantenha-os, por incompreensível cegueira, nas actuais condições económicas e de trabalho, e dentro em pouco choverão sobre essa assistência os anátemas de uma colectividade desservida pela obra de fachada na qual se terá transformado um serviço médico de padrão inferior.

Tais coisas não são aqui ditas como defesa de uma classe ou de um determinado grupo de profissionais, mas em defesa da saúde colectiva, cuja responsabilidade recai, em última instância, sobre os médicos. As reivindicações dos médicos previdenciários não podem, portanto, ser consideradas simplesmente como um pedido — a ser atendido ou recusado — e enviadas ao arquivamento com um lacónico parecer contrário. Elas envolvem responsabilidades muito mais sérias, quais sejam as da futura desorganização e aviltamento da assistência médica da Previdência Social, para a qual a nova lei orgânica, em estudo no Congresso Federal, prevê um desenvolvimento extraordinário, ingenuamente baseado em recursos insignificantes. Essas reivindicações não são apenas dos médicos previdenciários, mas o são actualmente de toda a profissão médica ameaçada de socialização em baixo padrão; e não o são apenas em seu próprio interesse mas, primordialmente, no interesse do público, que é o beneficiário da assistência médica e que a exige de boa qualidade.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

A Ordem dos Médicos em 1948. —

O relatório da gerência do passado ano, do Conselho Geral, merece atenta leitura. Começa por aludir à concessão de título de especialista e respectivos exames, e deve reconhecer-se que, dentro da regulamentação vigente, não podia proceder por outra forma, para equidade com anteriores resoluções. Depois de tratar dos cursos de aperfeiçoamento, feliz realização, dedica largas considerações sobre os problemas que para a classe criou

a constituição da Federação das Caixas de Previdência e a crescente expansão dos serviços assistenciais a sindicatos; as reclamações mais imperiosas, sobre o assunto, constam da representação ao Subsecretariado das Corporações e Previdência Social, que o Boletim insere, representação que também pede a actualização da tabela de honorários dos serviços por acidentes de trabalho. Também o Boletim contém a exposição do delegado da classe à comissão distribuidora do im-

posto profissional, de Lisboa, que serviu de base à representação sobre o assunto enviada à Assembléa Nacional. Esta questão, e outras que carecem de solução em favor da classe, foram tratadas cuidadosamente pelo Conselho Geral, como se verifica pela leitura dos resumos das actas das suas sessões. Não pode negar-se que, no seu primeiro ano de exercício, o actual Conselho mostrou ser capaz de, persistindo na sua actuação bem orientada, conseguir a satisfação dos mais instantes requerimentos do interesse geral da classe médica.

Sociedade das Ciências Médicas.

— Notícia das sessões realizadas no corrente ano: A missão das sociedades e revistas de medicina nacional, por Celestino da Costa (11-I). Lesões vertebraes post-tetánicas, por Silva Ramos; A fusão vertebral anterior, por Paiva Chaves; Técnica da punção cisternal, por Pedro Polónio, Sousa Gomes e Fragoso Mendes (26-I). Mios-tenia e timo, por Diogo Furtado, Filipe da Costa e Mendonça Silva (25-II).

Societas Ophtalmologica Latina —

Fundou-se em Paris esta nova sociedade. São seus delegados em Portugal o Prof. Lopes de Andrade e o Dr. Henrique Moutinho.

Sociedade Portuguesa de Pediatria.

— O Núcleo de Lisboa desta Sociedade, em conjunto com a Sociedade Médica dos Hospitais Cíveis, reuniu para ventilar o «Tratamento da meningite tuberculosa pela estroptomicina», no dia 17 de Fevereiro corrente, tendo sido apresentadas diversas comunicações sobre o assunto, que continuará sendo versado em novas reuniões. Também o Núcleo do Porto reuniu para o mesmo fim, no dia 4, tendo sido relatados 14 casos, que serão publicados em trabalho de conjunto, de cuja redacção foi encarregado o Prof. Fonseca e Castro.

Congresso espanhol de Pediatria.

— Realiza-se em Sevilha, de 9 a 14 de Maio, e para ele estão convidados os médicos portugueses, por intermédio

da Sociedade Portuguesa de Pediatria. A redacção do «Portugal Médico», dá todas as informações sobre a inscrição e o programa deste Congresso, aos leitores que lhas solicitarem.

Conferências. — No Hospital Militar Principal, o Dr. Rocha e Silva falou sobre «Um novo selector electrocardiográfico para todas as variações».

Faculdade de Medicina de Lisboa. — Foi nomeado, com dispensa de provas de concurso, professor catedrático de Fisiologia, o professor extraordinário Dr. Joaquim Moreira Fontes.

Homenagens. — Na Casa do Povo de Santiago do Escoural foi prestada homenagem ao seu médico, Dr. Augusto Neves dos Santos. A Sociedade Humanitária Caridade com Perseverança, do Porto, galardoou com medalha de ouro os Drs. Adolfo Pinto Leite e José Carteador Mena, como reconhecimento dos serviços prestados em benefício dos enfermos.

Hospital de Olhão. — Inaugurou-se solenemente o novo hospital de esta cidade algarvia.

Assistência aos Tuberculosos. — Foi criado e inaugurado um novo dispensário, em Angra do Heroísmo (Açores), de que é director o Dr. Augusto Monjardino.

Neurologia — Na Régua, o nosso estimado leitor e antigo delegado de saúde, Dr. Luís António de Sousa. Em Mangualde, o também nosso leitor, considerado clínico e delegado de saúde aposentado, Dr. João Evangelista Lopes Maniça. Em Lisboa, o Dr. Leopoldino de Vasconcelos, e em Cascais o Dr. Alvaro de Lacerda e Melo. No Porto, o director-clínico do Hospital de Crianças Maria Pia, Dr. António Maria de Carvalho. Em Luanda, o Dr. José Lopes Gonçalves Capelo, médico no Alto Zambeze. Em Mormugão, Índia Portuguesa, o que foi distinto clínico e nosso antigo leitor, Dr. Vicente Gracias.



Aparelhos de Electro-medicina

"Purtschert" e "Belmag"—Suiça

PARA ENTREGA IMEDIATA:

Diatermias, Radioscopos, Electro-cirurgia, Electrochoques,
Pantostatos, Ultra-violetas, Lâmpadas de luz sem sombra,
Corte de aderências Maurer, etc., etc.

Mobiliário para Hospitais, Maternidades, Casas de Saúde,
Casas do Povo, Consultórios, etc.

Instrumentos cirúrgicos, seringas, agulhas, luvas, etc.

Representação de especialidades farmacêuticas dos:

Laboratórios da Farmácia Andrade — Lisboa

Laboratórios de Vacinas do Dr. Matos Beja — Coimbra

Laboratórios Lux — Coimbra



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

Exposição e vendas:

Rua da Fábrica, 74 — Tr. da Fábrica, 1 a 9

Escritório e propaganda:

Tr. da Fábrica, 13-2.º (c/ elevador)

TELEFONE, P. B. X. 27583 — End. Teleg. MARTICA — PORTO

SALIBI

SALICILATO BÁSICO DE BISMUTO
EM SUSPENSÃO OLEOSA

UM PRODUTO DA SÉRIE

CRYPTIODOL
MERCURO-TIOL
NEO-BI

PARA O TRATAMENTO
DA SÍFILIS

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA