



PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

DIRECTOR: ALMEIDA GARRETT, Prof. na Faculdade de Medicina do Porto.
SECRETÁRIOS DA REDACÇÃO: JOSÉ DE GOUVEIA MONTEIRO, Assistente na Faculdade de Medicina de Coimbra; LUDGERO PINTO BASTO, Interno dos Hospitais Cívicos de Lisboa. — ADMINISTRADOR e EDITOR: António Garrett.

SUMÁRIO

A. VAZ SERRA — **Modernas orientações no tratamento da artrite reumatóide.**

CARLOS LOPES — **Perícias médico-legais no meio rural.**

J. AQUIAR NOGUEIRA — **Modificações sanguíneas provocadas pela anestesia dos pneumogástricos no homem.**

MOVIMENTO NACIONAL — Revistas e boletins: *Arquivo de Patologia* (Tratamento cirúrgico radical do cancro do colo uterino). *Clinica, Higiene e Hidrologia* (Terapêutica das insuficiências cardíacas congestivas). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (Tratamento dos vómitos dos lactentes. Linfadenopatia gigante-folicular. Tumores de Wilms na infância). *Ação Médica* (A eutanásia). *Arquivos do Instituto de Patologia Geral da Universidade de Coimbra* (Dispersão em Portugal das aglutininas anti-brucélicas. Ácidos aminados em peixes portugueses). *Tuberculose* (Centros de profilaxia e diagnóstico). *Jornal do Médico* (A população portuguesa através da História). *Clinica Contemporânea* (A dieta dos hepáticos. Tratamento urgente da retenção do aparelho urinário. Tratamento da meningite pneumocócica). *Gazeta Médica Portuguesa* (O pneumotórax terapêutico). *Revista Clínica do Instituto Maternal* (Hemangioma capilar do útero). *Hospitais Portugueses. Livros e opúsculos* (Relatórios dos temas oficiais do II Congresso Luso-Espanhol de Dermatologia).

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — As simpatoses arteriais. A solidariedade bronco-alveolar na tuberculose. Associação de salicilato e vitaminas na doença reumatismal. Lipo-atrofia insulínica. Sinusite maxilar crónica nas crianças. Tratamento dos pés botos varo-equinos. Linfocitose infecciosa aguda nas crianças. O gentisato de sódio na febre reumática.

ARTES E LETRAS — ADEMAR NOBRE: O médico e o hospital.

INTERESSES PROFISSIONAIS — Sobre uma iniciativa de seguro social livre contra a doença, por A. GARRETT.

Notícias e Informações — Aos Srs. Assinantes. S. João de Deus. Congressos luso-espanhóis em Lisboa. Sociedade das Ciências Médicas. Necrologia.

Registo de livros novos.

Redacção e Administração — Rua do Doutor Pedro Dias, 139, PORTO
Deposítário em Lisboa — LIVRARIA PORTUGAL. Deposítário em Coimbra — LIVRARIA DO CASTELO

VASODILATADOR
ACTIVO POR VIA BUCAL

DILVASIENE

(2249 F.)

IODOMETILATO DO 4-DIMETILAMINO-1-METILENO-DIOXI-2-3-PROPANO

COMPRESOS
doseados a 0g05
(TUBOS DE 20)

EMPOLAS
de 2 cm³ doseados a 0g005
(CAIXAS DE 10)

ARTERITES - HIPERTENSÃO
DOENÇA DE RAYNAUD
ACROPARESTESIAS - FRIEIRAS
PERTURBAÇÕES DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL
DISPNEIA DOS CARDÍACOS
ESCLERODERMIA - OBSTIPAÇÃO

Dose activa : 2 a 6 comprimidos por dia
EM CASO DE URGÊNCIA : 1 a 2 EMPOLAS POR VIA INTRAMUSCULAR
(Literatura e pedido)

SOCIÉTÉ PARISIENNE

RHÔNE



D'EXPANSION CHIMIQUE

POULENC

21, RUE JEAN-GOUJON

PARIS, 8°



PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXIV — N.º 11

NOVEMBRO DE 1950

Modernas orientações no tratamento da artrite reumatóide (1)

por A. VAZ SERRA

*Prof. de Patologia Médica
na Faculdade de Medicina de Coimbra*

Perde-se no recuar dos tempos a origem dos conhecimentos sobre o reumatismo.

As primeiras dores articulares a que se faz referência foram as de natureza gotosa e rapidamente os primeiros observadores do problema registaram a sua maior frequência em indivíduos ociosos, alimentando-se bem e em excesso.

Na Grécia antiga vamos encontrar notícias da gota por dela ter sofrido Hyeron, tirano da Siracusa de quem Êsquilo e Píndaro, seus biógrafos, lastimam que o Centauro Chiron não tivesse podido curá-lo. No entanto, entre os atenienses, povo sóbrio, sábio e disciplinado, não são numerosas as manifestações deste mal.

HIPÓCRATES separa a podagra da artrite. A primeira, doença da idade madura, fixada no dedo grande do pé, acompanhada de dores intensas e persistentes, contra a qual indica os banhos da água fria (aforismo 25 — Secção V), distingue-a da artrite, que é doença das pessoas novas, febril, com dores passando de articulação para articulação. Fala ainda em artrites simples ou purulentas sobrevindo no decurso de certas febres ou doenças consumptivas e em dores articulares de evolução crónica deformante.

Sob o império romano multiplicaram-se as observações da gota e em ASCLEPIADAS, ARETÊO DA CAPADÓCIA, PAULO D'EGINO, no filósofo SÉNECA, encontram-se alusões frequentes a esta doença e à influência que sobre ela tem os abusos alimentares e a vida sedentária. CELIUS AURELIANUS indicou pela primeira vez o seu carácter familiar, hereditário.

(1) Lição do Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra (1950).



Em GALENO encontra-se a ideia de que a artrite, podagra e ciática são manifestações do mesmo mal, sendo a podagra a artrite localizada no grande dedo do pé e a ciática a mesma artrite da articulação do quadril.

No século XIII aparece pela primeira vez o termo de gota devido, parece, a RADUPHE, para explicar, de acordo com o conceito de GALENO, que estas doenças eram devidas aos humores espessos ou alterados, gota a gota depositados nas articulações.

No século XVI BALLONIUS criou o termo reumatismo para designar a antiga arthritis de HIPÓCRATES, admitindo nela o escoamento ou destilação de um humor espesso e viscoso passando de uma para outra articulação, contra o qual se deveria lutar pelas sangrias e purgantes. Já nessa altura apontou que a diferença entre reumatismo e gota estava, não só no carácter ambulatório e móvel ou fixo e pertinaz dos respectivos processos, mas ainda no facto de que as lesões na gota eram intra-articulares e no reumatismo peri-articulares ou extra-articulares e por isso sentidas mas não sofridas na articulação.

Posteriormente SYDENHAM (1666) faz a descrição magistral do quadro clínico de gota, estabelece bem as diferenças entre ela e o reumatismo, e regista que os tofos não são a causa mas a consequência da gota.

CULLEN, no século XVIII, nota a importância do factor constitucional no aparecimento da gota.

BOUILLAUD, em 1836, individualiza uma nova doença, o reumatismo articular agudo, cardite reumatismal ou febre reumática como hoje prefere chamar-se, e na qual fixou características clínicas desde então quase imutáveis. A este autor igualmente pertence a ideia de que está na sinóvia articular a sede electiva do mal.

Já então se considerava que o reumatismo, de um modo geral, podia ter causas variadas como o escorbuto, o saturnismo, a histeria, vermes intestinais e até gota.

Em fins do século XIX CHARCOT separa nitidamente as artrites de natureza inflamatória dos novos, das doenças articulares dos velhos, em que os sintomas de inflamação são substituídos por outros de degenerescência, atrofia e osteófitos, dando a impressão de se estar perante um processo de deformação metabólica.

GARROD, em Inglaterra, orienta-se no mesmo ponto de vista e fala pela primeira vez em artrite reumatóide para indicar as doenças articulares inflamatórias aparentemente reumatismais, e em osteo-artrites quando o processo é predominantemente osteo-articular e tem as características que CHARCOT atribuiu às encontradas de preferência nas artrites por involução senil.

CHARCOT, no entanto, elevou-se contra o conceito do reumatismo gotoso, sustentando que a gota nada tinha com o reumatismo, estado essencialmente diferente, pois nele nada havia com o metabolismo das purinas e do ácido úrico, elemento próprio da doença gotosa.

BESNIER, TEISSIER e ROQUE, LERI, PINEL, LANDRÉ, BEAUVIN, MATIEU-PIERRE-WEILL, discutindo o papel da gota no reumatismo, não hesitam em admitir, como reumatismo gotoso, um reumatismo crônico coexistindo com uricemia e depósitos de tofos junto às articulações e de que a gota é a causa.

NICHOLS e RICHARDSON, estudando, em 1909, 65 casos de reumatismo crônico não tuberculoso, distinguiram 2 tipos, proliferativo e degenerativo, caracterizado o primeiro por lesões proliferativas da sinovial e o segundo por lesões da cartilagem e osso subjacente traduzidas por degenerescência e atrofia.

Em 1928 a Comissão Americana contra o Reumatismo adopta os termos hipertrófico e atrófico para designar estas duas modalidades do reumatismo.

Em 1911, no Congresso Internacional de Medicina, em Londres, FRIEDRICH VON MÜLLER falou, pela primeira vez, em artrites e artroses, para separar os processos inflamatórios dos processos degenerativos, termos que estavam destinados a largo futuro.

Verificou-se facilmente que nos reumatismos há alguns que são caracterizados por artrites ou artro-sinovites constituídas por lesões inflamatórias, frequentemente poliarticulares, com sede na sinovial e tecidos periarticulares, e por perturbações clínicas entre as quais se destacam astenia, febrícula, palidez, e humorais como moderada leucocitose, anemia e sobretudo aumento de velocidade da sedimentação.

Nas artroses as lesões incidem na cartilagem e no osso, não há sintomas de inflamação, a sinovial é poupada, a evolução não se faz para a anquilose, mas há quando muito limitação dos movimentos da articulação interessada e as causas são de procurar no uso e desgaste que os anos trazem e em vícios metabólicos ou neuro-endócrinos. A velocidade de sedimentação é normal.

A Liga Internacional contra o Reumatismo propôs posteriormente que o termo artrose fosse substituído pelo de osteo-artrite, expressão que se tem a vantagem de exprimir a participação do osso no processo, tem o inconveniente de lhe atribuir erroneamente um carácter inflamatório por intervenção microbiana.

A escola francesa de há muito distinguiu no grande grupo dos reumatismos as entidades mórbidas seguintes:

1.º — O reumatismo articular agudo ou doença de BOUILLAUD, doença com autonomia clínica senão etiológica e onde se devia considerar fundamentalmente o sofrimento cardíaco. Esta doença

teria um tratamento específico pelo salicilato de sódio, que se não evitava sempre as lesões do pericárdio, miocárdio e sobretudo da túnica interna ou endocárdio, jugulava rapidamente as lesões articulares e imprimia às lesões cardíacas um carácter de quiescência quando não de franca regressão. ASCHOFF mostrara em 1904 que o reumatismo articular agudo tinha uma lesão anátomo-patológica característica — o nódulo ou granuloma — a que ligou o seu nome e que se podia encontrar no miocárdio e nos tecidos periarticulares.

2.º — A gota, doença de nutrição, de etiologia, patogenia e terapêutica averiguadas e que, pelas suas características, não permite qualquer confusão com outro quadro mórbido.

3.º — Os pseudo-reumatismos de natureza infecciosa conhecida: tuberculose, gonococia, sífilis, bacilose, febre tifóide, bruceloses, infecções colibacilares, etc.

4.º — Os pseudo-reumatismos infecciosos de natureza ignota, onde era sobretudo de temer a infecção focal.

5.º — As artroses.

6.º — As algias reumatismais, nevralgias, mialgias, celulalgias, dores de incidência articular mas com ponto de partida nos tecidos moles. Correspondem a falsos reumatismos por situações mórbidas extra ou abarticulares.

A escola anglo-saxónica substitui a expressão de pseudo-reumatismo infeccioso pela mais curta, e talvez por isso mais aceite, da artrite reumatóide, devida a GARROD, em que a palavra artrite traduz o carácter infeccioso do processo e o qualificativo reumatóide significa a sintomatologia semelhante à do reumatismo sem a ela se ajustar inteiramente. É esta designação que hoje mais frequentemente se encontra em qualquer manual ou tratado de Medicina e isto sobretudo desde que sob a influência da última conflagração mundial as mais intensas luzes da ciência médica passaram a brilhar para lá do Atlântico.

As várias classificações que se tem proposto dos reumatismos tomam em regra em consideração os tipos mórbidos referidos. Uma referência se faz à parte às afecções reumatismais crónicas da coluna vertebral que, pela sua importância e características clínicas bem fixadas, tem merecido de todos um destaque especial.

A Associação Americana contra o Reumatismo elegeu uma comissão com o encargo de estabelecer uma nomenclatura que pudesse servir de norma para os interessados no estudo das artrites. Ao fim de 10 anos de trabalhos e discussões foram de parecer que, de um modo geral, toda a patologia articular cabia dentro das afecções seguintes:

1.º — Artrite devida a infecção específica.

- 2.º — Artrite devida a febre reumática.
- 3.º — Artrite reumatóide. Especificar quando múltipla ou da espinha.
- 4.º — Doença articular degenerativa; osteo-artrite.
- 5.º — Artrite devida a traumatismo directo.
- 6.º — Artrite devida à gota.
- 7.º — Artropatia neurogénica.
- 8.º — Neoformações articulares.
- 9.º — Hidrartrose intermitente.
- 10.º — Fibrosite peri-articular.
- 11.º — Doenças nas quais a artrite, artralgia ou artropatia se associa a: acromegalia, lúpus eritematoso disseminado agudo, quisto dos meniscos do joelho, dermatomiosite, intoxicação medicamentosa, eritema nodoso, eritema multiforme exsudativo, hemofilia, histeria, ocrnose, osteo-condrite dissecante, periarterite nodosa, psoríase, osteo-artropatia pulmonar, púrpura, doença de Reynaud, doença de Reiter, esclerodermia, doença do soro.

De acordo com esta classificação não se parte do reumatismo para as afecções articulares, mas sim da doença articular primeiro considerada é que se segue para os quadros mórbidos mais ou menos gerais com que ela pode estar relacionada.

A artrite reumatóide, A. R. o pseudo-reumatismo infeccioso, a que a escola francesa chama poliartrite crónica evolutiva (P. C. E.) será uma doença inflamatória de uma ou mais articulações, com tendência a perdurar, de natureza provavelmente infecciosa e tocando electivamente a cápsula sinovial e tecidos peri-articulares. Como sintomas próprios e totalmente opostos ao das artrites degenerativas ou artroses destacam-se:

- 1.º — Surge nos novos ou adultos e não nos velhos.
- 2.º — Tem antecedentes infecciosos (angina).
- 3.º — Começa pela sinovial.
- 4.º — Localmente há calor, rubor, tumor, dor e contractura muscular antálgica (lesão funcional).
- 5.º — Podem notar-se atrofia musculares.
- 6.º — Febre ou antes febrícula.
- 7.º — Evoluciona por surtos e é reversível.
- 8.º — Pode terminar na anquilose.
- 9.º — A velocidade ou sedimentação é acelerada; há anemia e leucocitose.
- 10.º — Radiologicamente: descalcificação, tumefacção e, se houver derrame, alargamento da entrelinha articular; quando o derrame desaparece, adelgaçamento e ausência de entrelinha articular.
- 11.º — Reacção de aglutinação ao estreptococo hemolítico positiva em 50 % dos casos.

12.º — É mais frequente nos climas temperados e húmidos. O diagnóstico com estes elementos torna-se bastante fácil.

*

A tendência do momento actual é considerar as doenças reumatismais em geral e a artrite reumatóide, em particular, dentro do grande grupo das doenças do tecido conjuntivo, mesenquimatoso ou colagénio, assim chamado porque quando submetido à ebulição dá lugar a uma gelatina ou cola de consistência viscosa ou aderente, devido à transformação da sua substância intercelular. Este tecido, aparentemente de suporte ou ligação, é constituído por elementos intercelulares, tais como fibras colagénias, fibras elásticas e substância fundamental, e por células, umas autóctonas fixas, como o fibroblasto, outras livres como o histiócito, o clasmatócito, o mastócito, e ainda nele se encontram células migradoras que são os elementos da série branca do sangue.

As funções deste tecido, ainda longe de totalmente esclarecidas, revelam um âmbito cada vez mais largo. Sem nos podermos deter com minúcias numa questão em continuada efervescência e remanejamento, diremos porém que se lhe atribuem qualidades defensivas, perante todos os distúrbios, infecciosos, tóxicos, nutritivos e hormonais, que podem atingir a vida orgânica. Intervêm no equilíbrio aquoso e mineral, fixa e armazena substâncias nutritivas e nele se geram anticorpos a tal ponto que ALGERTER e HUMPHREY propuseram que se lhe desse o nome de unidades de defesa, para bem exprimir o seu papel perante a agressão microbiana. Estas funções de defesa são adstritas principalmente no S. R. E., mas pertencem igualmente, se bem que em menor grau, ao tecido conjuntivo.

A anatomia patológica do colagénio mostra uma certa unidade, o que permitiu estabelecer analogias entre entidades mórbidas aparentemente sem qualquer relação. Assim as doenças reumatismais de um modo geral, a periarterite nodosa, o lúpus eritematoso disseminado agudo, a glomérulo-nefrite difusa, a esclerodermia, a dermatomiosite, a tromboangeíte obliterante, a endocardite bacteriana subaguda, a doença do soro, entre as mais estudadas sob este ponto de vista, podem entrar dentro deste novo grupo de doenças de sistema, traduzidas todas por lesões sobreponíveis do que passa a merecer o nome de sistema colagénio.

Dois processos anátomo-patológicos têm sido descritos por vários autores, entre os quais se destacam KLEMPERER e colaboradores, que através de numerosos trabalhos e recentemente no VII.º Congresso Internacional das Doenças Reumatismais, realizado em Nova Iorque em Maio-Junho de 1949, se tem ocupado

largamente deste assunto. A característica anátomo-patológica predominante está nas lesões da substância fundamental, extracelular, traduzidas por alteração fibrinóide, esclerose das fibras colagénias e aumento da substância fundamental com reacção metacromática. Ao lado destas lesões encontra-se proliferação mais ou menos acentuada dos elementos reticulares, com predomínio das células de diversas qualidades.

O porquê da degenerescência fibrinóide tem sido motivo de detalhadas e polimorfias investigações. Pode dizer-se pertencer a ASCHOFF, em 1904, o mérito de ter chamado a atenção, através do nódulo por ele descrito nas lesões do reumatismo agudo, para esta particularidade anátomo-patológica.

São de ASCHOFF as seguintes palavras com que descreve o nódulo hoje conhecido pelo seu nome: — «Os nódulos estavam situados na vizinhança dos vasos de pequeno e médio tamanho e amiúde mostravam relações estreitas com a camada adventícia dos ditos vasos. Podia ver-se uma lesão generalizada de todas as paredes vasculares, com aspecto semelhante ao descrito na periarterite nodosa. Os novos nódulos são de tamanho muito pequeno, submiliares e acham-se apertados por acumulações de células de grande tamanho com um ou mais núcleos também de grandes dimensões, chanfrados ou polimorfos. O conjunto tem o aspecto de uma roseta. A periferia é constituída por grandes elementos nucleados, em cujo centro existe amiúde uma massa de protoplasma com aspecto necrótico, fracamente tingido. Observando-se com atenção pode ver-se que as chamadas rosetas tem um aspecto que recorda as pequenas zonas de necrose com infiltração peri-celular que se costumam ver nos rins gotosos, porém em troca não poderemos compará-los com as células gigantes dos processos tuberculosos ou dos corpos estranhos, mas antes com as grandes células nucleadas de certos sarcomas ou das proliferações pseudo-leucémicas. Além disto não se acham só integradas por essas células com grandes núcleos, mas também por grandes e pequenos linfócitos como por polinucleares que se introduzem entre elas ou se colocam à periferia, ou também comprimindo uma zona mais externa da qual partem elementos irregulares que penetram mais além nos espaços do tecido conectivo intersticial».

ASCHOFF supunha-o característico da febre reumatismal, estabelecendo já os pontos de contacto com a periarterite nodosa e o rim gotoso. Trabalhos posteriores demonstraram que se o nódulo de ASCHOFF tem direito a certa especificidade, lesões análogas podem surgir noutras circunstâncias. Caracteriza estas lesões o facto de existir, no centro, necrose ou degenerescência fibrinóide ou coagulação ou simples embebição do colagénio, de acordo com as descrições respectivamente de KLINGE, KLEMPERER, MENSEN e

CLARK e de TALALAYEW. Poderá mesmo dizer-se não se tratar senão de graus do mesmo fenómeno, primeiro simples inchaço por absorção de água, depois coagulação, degenerescência e necrose, como é hoje mais frequentemente aceite.

A etiopatogenia destas alterações está muito longe de ser esclarecida. Os trabalhos mais recentes levantando novas pontas do véu deixam-nos pressentir um sem fim de novas dúvidas e incógnitas. Assim para nos darmos conta da dificuldade do problema basta considerar que se tem estudado sob a difracção roentgeniana e o microscópio electrónico a estrutura do colagénio, da reticulina, da elastina e da substância fundamental (BENSLEY e HAM, J. GRON, K. MEYER), já até então submetidas aos métodos químicos, histoquímicos e enzimáticos, qualquer dos resultados sugerindo novas hipóteses e conceitos.

Para não nos determos senão nos estudos químicos admite-se ao presente ser a substância fundamental um gel, devendo as suas qualidades a ácidos muco-polisacarídeos, representados pelos ácidos hialurónico, condroitino-sulfúrico e condroitico. O ácido hialurónico fixa água com grande facilidade, e todos de um modo geral tem tendência à precipitação em meio alcalino. Em processos infecciosos, agudos e crónicos, na doença do soro, no fenómeno de ARTHUS, tem-se encontrado aumento do Ph dos tecidos e talvez por isso a coagulação e degenerescência fibrinóide do colagénio.

Outra hipótese curiosa é a que deriva do conhecimento da existência, em extractos de órgãos, como o testículo, o baço, os corpos ciliares e a íris, de substâncias novas, as hyaluronidases, dotadas de uma dupla propriedade. Uma, a de fermentos capazes de degradarem os hyaluronatos e portanto alterar as qualidades do tecido conjuntivo facilitando por isso a sua degenerescência; estas mesmas substâncias são geradas por numerosos germes, entre os quais se destacam o pneumo e o estreptococo hemolítico do tipo A. Outra qualidade é a de antigénio, porque são de natureza proteica e assim levam ao aparecimento de anti-hyaluronidases que inibem ou regulam a sua acção. Temos portanto em equação ácido-hyalurónico + hyaluronidases + anti-hyaluronidases a regularem o comportamento ideal do tecido conjuntivo. Surge no organismo um vício na secreção da hyaluronidase, ou infecção estreptocócica com aumento da hyaluronidase microbiana, e imediatamente há quebra deste equilíbrio do qual o tecido conjuntivo poderá a vir a ser a vítima mais aparente.

No reumatismo parece haver aumento de hyaluronidase ou, o que é o mesmo, diminuição da actividade anti-hyaluronidase. Estudada a acção do salicilato, à luz deste mecanismo, há elemen-



tos para supor que ela se pode atribuir a uma intervenção directa sobre a hyaluronidase, impedindo a sua difusão no tecido conjuntivo.

Os trabalhos já antigos de WEINTRAUD, CLARK e KAPLEN, VAUBEL, ROESSLE, KLINGE, GRUBER, GERLACH, mostram que a degenerescência fibrinóide pode ser a consequência de uma reacção hiperérgica a um antigénio específico. Um animal sensibilizado a certa proteína pode reagir à mesma proteína sofrendo lesões como as encontradas no reumatismo.

RICH e GREGORY, recentemente, injectando a coelhos grandes doses de soro de cavalo, por via endovenosa, conseguiram provocar lesões muito parecidas com as da cardite reumática.

Repetidas inecções a cobaias de toxina de estreptococo hemolítico, durante meses, provocaram, nas mãos de ROBINSON, extensas destruições do colagénio.

Outros autores, repetindo as experiências do tipo antigénio-anticorpo, conseguiram, quando as experiências se prolongavam tempo suficiente, de um modo se não constante pelo menos muito frequente, exemplos demonstrativos de que as lesões do tipo reumatisal podem obter-se por este mecanismo.

No entanto, recentemente estes estudos seguem novo caminho.

Não é de hoje a ideia de as perturbações hormonais poderem favorecer e serem mesmo a causa determinante de um reumatismo crónico evolutivo.

Assim o reumatismo da menopausa, o reumatismo da castração, a maior frequência da A. R. na mulher, a influência do período menstrual nos surtos do reumatismo, já de há muito tinham levado a considerar o papel do ovário e do testículo na génese da poliartrite crónica evolutiva. Tentativas terapêuticas com estrogéneos e androgéneos de síntese tinham daí provindo, mas com sucesso muito variável.

A notável acção do hexesterol nas dores reumatismas do cancro da próstata eram sobretudo um argumento a favor da disendocrinia geradora deste néo. No entanto, já antes e depois se usaram os estrogéneos sintéticos nas dores reumatismas e por vezes com bom resultado, sobretudo quando o mal incidia na coluna vertebral.

Vários clínicos tinham reparado que nas doenças da hipófise, como a acromegalia, síndrome de CUSHING, síndrome adiposo-genital, se podiam observar sintomas reumatismas. A terapêutica orientada neste sentido não dera porém resultados dignos de nota.

O mesmo se poderá dizer quanto à tiróide. Tanto nos hipo como nos hipertiróideos se tem encontrado reumatismos articula-

res; no entanto a terapêutica tiroideia ou anti-tiroideia não tem sido frutuosa.

As paratiróides gozaram de mais prestígio quando se quis ver na sua hipertrofia a causa de hipercalcemia que acompanhava por vezes a poliartrite crônica reumatismal. Daí nasceu a paratiroidectomia preconizada por OPEL e LERICHE, FONTAINE, LANGERON, intervenção que passou hoje à história porque excepcionalmente há hipertrofia das paratiróides, a hipercalcemia é rara, o resultado da intervenção é meramente temporário e tem sido igualmente brilhante quer se extirpe uma paratiróide ou, por engano, um fragmento da tiróide, uma parcela do tecido gorduroso da região, ou se limite apenas à incisão ou quando muito se laqueie a artéria tiroideia inferior. Por outro lado WEISSENBACH e FRANÇON, injectando hormona paratiroideia, obtiveram resultados favoráveis.

O problema hormonal da artrite reumatóide, mercê de trabalhos orientados por dois grupos de investigadores, em Montreal, no Canadá, e na Clínica Mayo, em Rochester, desloca-se hoje para a hipófise e a suprarrenal.

Se é certo que várias observações clínicas da artrite reumatóide nos addisonianos e sobretudo nos addisonianos tratados com desoxicorticosterona (CRUSHMANN, de GENNES, G. LAROCHE) fizeram pensar na intervenção desta hormona suprarrenal nas doenças reumatismais crônicas, é preciso chegar-se aos modernos trabalhos de SELYE e de HENCH para encontrarmos qualquer coisa de verdadeiramente novo na patogenia e terapêutica desta doença.

SELYE, no Instituto de Medicina Experimental de Montreal, injectando, a ratos, doca, de um modo persistente e continuado, desde que a estes animais tivesse feito previamente a nefrectomia unilateral ou a suprarrenalectomia dupla, obteve neles lesões como estava habituado a ver no reumatismo, glomérulo-nefrite difusa, periarterite nodosa. Tais lesões eram mais frequentes desde que o animal tivesse uma dieta rica em cloreto de sódio.

Experimentando em vários animais que submeteu a agressões várias, desde que essas agressões dessem ao animal aflição ou ansiedade (STRESS), observou nele lesões semelhantes às provocadas pela administração porfiada da doca.

Daí nasceu o seu conceito do síndrome geral de adaptação que no momento actual goza de indiscutível sucesso.

A sua teoria consiste em admitir que o sistema endócrino, nomeadamente o binário hipófise-suprarrenal, domina a vida animal e que dele dependem um grupo de perturbações que em regra

seguem toda a agressão a que qualquer indivíduo está sujeito no decurso da sua existência.

Infecções, traumatismos, intoxicações, o exercício muscular, o jejum, intervenções cirúrgicas, a exposição ao calor, frio, radiações de Roentgen, abalos psíquicos, como a emoção ou a angústia, causas que, de um modo geral, SELYE engloba sob a denominação de STRESS (1) desencadeiam uma série de fenómenos designados por este autor como o sintoma de adaptação. Este síndrome tem 3 fases:

1.º — A fase ou reacção de alarme.

2.º — A fase de resistência.

3.º — A fase de esgotamento.

A reacção de alarme, segundo as palavras do próprio SELYE, é «a soma de todos os fenómenos, não específicos, secundários à súbita exposição a estímulos aos quais o organismo não está adaptado qualitativa ou quantitativamente».

Pode-se nela distinguir a fase de *choque* com os sintomas de hipotermia, hipotensão, hemo-concentração, aumento de permeabilidade capilar, hipocloremia, depressão do sistema nervoso, à qual se opõe a de *contrachoque* na qual se encontra aumento da cortical-suprarrenal, e produção acrescentada de corticotrofina e corticóides.

Segue-se o estado de resistência definido pela «soma de todas as reacções não específicas devidas a prolongada exposição a agressores aos quais o organismo se adaptou». Surge uma resistência específica ao agente em causa, havendo a impressão de que este aumento de resistência se consegue em parte à custa da quebra de resistência a outros agressores.

A 3.ª fase, ou fase de esgotamento, é a consequência da perda da capacidade de resistir ao prolongamento da agressão.

A excitação agressora vai actuar, usando via ainda não esclarecida, sobre o lobo anterior da hipófise, levando-o a segregar hormona corticótropa que influencia directamente a suprarrenal.

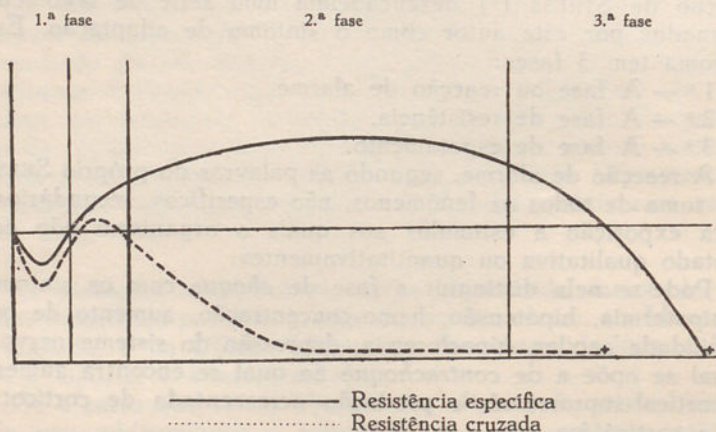
A ante-hipófise é imprescindível na reacção de alarme que se não produz se o animal for previamente hipofisectomizado; por outro lado a reacção de alarme consegue-se pela simples injeção de hormona corticótropa hipofisária.

O córtex suprarrenal é a glândula hormonal fundamentalmente visada. Sofre uma hipertrofia característica, mostrando

(1) Dificil traduzir o termo «Stress». Nos dicionários correntes vem com o significado de violência, esforço. Como corresponde a qualquer coisa estranha que perturba, lesa, altera o equilibrio existente, o termo «agressão» que a Escola francesa, e entre nós o Prof. Mosinger, adopta com reservas, é sem dúvida o mais expressivo.

células volumosas e hiperfuncionantes, segregando corticosteróides em dose elevada. A reacção de alarme, sobretudo nas fases de contrachoque e resistência, pode explicar-se espontâneamente pelo exagero desta secreção.

ESQUEMA DO STRESS



Assim a linfopenia e atrofia do timo, o aumento de liberação de globulinas, a hiperclorémia, a hiperglicemia, a hipertermia, o aumento da diurese, as ulcerações digestivas, hipertensão, nefrite, periarterite nodosa, as lesões reumáticas que por vezes surgem na 2.ª fase da reacção de alarme, podem atribuir-se ao exagero da secreção cortical, pois experimentalmente a injeção de corticosteróides pode trazer esta sintomatologia.

No *período de adaptação* o organismo resiste e adapta-se aos estímulos repetidos. A sintomatologia reduz-se mas o córtex-suprarrenal continua aumentado de volume e possivelmente hiperfuncionando.

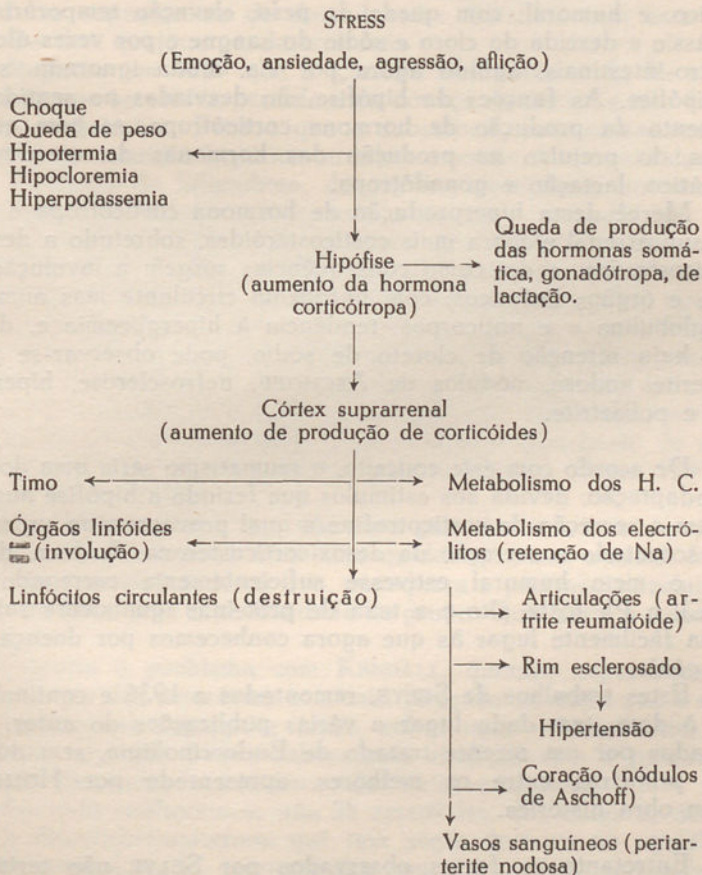
Com o tempo a resistência vai cedendo e surge o esgotamento e a morte.

Doenças explicáveis pelo síndrome geral de adaptação seriam doenças de etiologia até aqui imprecisa mas que por este mecanismo foi possível desenvolver no animal e filiadas portanto no funcionamento do agregado hipófise — córtico-suprarrenal.

As doenças por insuficiência de adaptação seriam aquelas em que a sintomatologia do choque domina a de contrachoque.

Violência de agressão ou incapacidade de resistência por insuficiência suprarrenal ou hipofisária seriam as duas causas fundamentais.

Os dois processos estão representados, isoladamente ou associados, no choque traumático, operatório ou obstétrico, no colapso das toxi-infecções graves, nas doenças ou síndromas de ADDISON, SIMONDS e de WATERHOUSE-FRIEDRICHSEN. As doenças por excesso de adaptação seriam devidas ao exagero do processo hormonal reaccional. A persistência dos estímulos levaria a excesso



igualmente na secreção de corticosteróides, principalmente da desoxicorticosterona a que incumbe o equilíbrio minero-mineral. Desde que as circunstâncias metabólicas gerais favoreçam, mercê de dieta rica em proteínas e cloreto de sódio e de tendência para alcalose, o individuo está em condições óptimas para vir a sofrer as consequências deste excesso hormonal.

Assim a hipertensão, periarterite nodosa, nefroesclerose, nefrite, as lesões cardíacas ou articulares do reumatismo, eclampsia, apendicite, amigdalite, o síndrome de CUSHING, podem explicar-se pelo exagero ou persistência do síndrome geral de adaptação.

Esquemáticamente SELYE figura num quadro clássico (V. *quadra anexo*) uma agressão não específica, provocando um choque clínico, e humoral, com queda de peso, elevação temporária do potássio e descida do cloro e sódio do sangue e por vezes úlceras gastro-intestinais, agindo agora por via, ainda ignorada, sobre a hipófise. As funções da hipófise são desviadas no sentido do aumento da produção de hormona corticótrópica, se bem que à custa do prejuízo na produção das hormonas do crescimento somático, lactação e gonadótropa.

Mercê desta hiperprodução de hormona corticótrópica o córtex-suprarrenal elabora mais corticosteróides, sobretudo a desoxicorticosterona, e daí como consequências surgem a involução do timo e órgãos linfáticos, com linfopenia circulante mas aumento de globulina α e anticorpos, tendência à hiperglicemia e, desde que haja retenção de cloreto de sódio, pode observar-se periarterite nodosa, nódulos de ASCHOFF, nefrosclerose, hipertensão e poliartrite.

De acordo com este conceito, o reumatismo seria uma doença de adaptação, devida aos estímulos que ferindo a hipófise aumentavam a secreção de corticotrofina a qual provocava na suprarrenal sobretudo a secreção da desoxicorticosterona. A doca, desde que o meio humoral estivesse suficientemente carregado em NaCl, o Ph fosse alto e a taxa de proteínas igualmente subida, daria facilmente lugar às que agora conhecemos por doenças do colagénio.

Estes trabalhos de SELYE, remontados a 1936 e continuados até à data, tem dado lugar a várias publicações do autor, culminadas por um recente tratado de Endocrinologia, sem dúvida dos primeiros entre os melhores, apresentado por HOUSSAY, como obra histórica.

Entretanto os factos observados por SELYE não teriam a retumbância actual se em 1949 HENCH, KENDALL, SLOCUMB e POLLEY (13 Abril 1949 — Proc. St. Meet, Mayo Clin.; 24, 181, 1949) não tivessem agitado a atenção do mundo médico com os resultados sensacionais obtidos na artrite reumatóide com uma hormona do córtex suprarrenal (17 hidroxí-corticosterona), o composto E de KENDALL, e com a hormona adrenocorticótrópica-hipofisária.

Nos números de Janeiro e Abril deste ano dos *Archives of Internal Medicine*, estudando os efeitos destes medicamentos, os autores contam-nos a história dos passos da sua descoberta.

Em 1925 HENCH foi impressionado pelos sintomas frequentes de astenia, cansaço fácil e hipotensão dos doentes então chamados de artrite infecciosa crónica, e pensou que a suprarrenal pudesse estar neles comprometida. No entanto o exame das glândulas suprarrenais de dois doentes falecidos com este mal não lhe deu qualquer esclarecimento.

Registou em 1929 que a icterícia melhorava a A. R. e daí concluiu que se estava perante uma doença reversível e não fatalmente progressiva. Pensou que a substância anti-reumatismal X seria de constituição hepática ou biliar e tentou tratar esta doença com injeções de bilirrubina, drogas hépato-tóxicas, provocação da icterícia por outros meios, tudo aliás sem o menor êxito.

De 1931 a 1938, tendo reparado que a gravidez cura temporariamente a A. R., concluiu que o factor curativo em causa não podia ser nem uma hormona feminina, pois o homem ictérico cura do mesmo modo que a grávida não ictérica, nem a bilirrubina, pois a cura surge na grávida com bilirrubinemia normal. Admitiu a possibilidade de se tratar de uma hormona esteróide bissexual, podendo ser o extracto cortical total. Entretanto hormonas femininas experimentadas neste sentido e transfusão de sangue de grávidas, não mostraram grande eficácia (BARSÍ 1947, e KYLE e CRAIN 1950).

Em 1938 verificou que não só a gravidez e a icterícia curavam o reumatismo como uma série de doenças, tais a asma, febre dos fenos, sensibilidade ao ovo, enxaqueca e psoríase, concluindo haver no facto uma especificidade de grupo. Qual seria a substância activa?

Discutiu o problema com KENDALL, químico experimentado no problema dos esteróides corticais. Já então se sabia que o córtex suprarrenal segregava umas substâncias — semelhantes às gorduras mas não dando sabões pela ebulição com a potassa e por isso chamadas esteróides — de várias categorias.

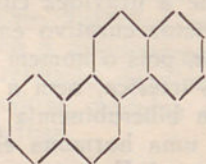
Ao todo conhecem-se uns 28 esteróides, dos quais se destacam a desoxicorticosterona que tem acção decisiva no equilíbrio minero-mineral, os 17 cetosteróides com a actividade androgénica e os oxisteróides com acção sobre o metabolismo dos hidratos de carbono e daí sobre o funcionamento dos músculos ou ligamentos.

Entre estes KENDALL fixou a sua atenção no composto E (17 hidróxi — 11 oxisteróides) e de acordo com HENCH resolveram experimentá-lo quando houvesse oportunidade. Este composto fora isolado em 1935 por MASSON, MYERS e KENDALL, mas

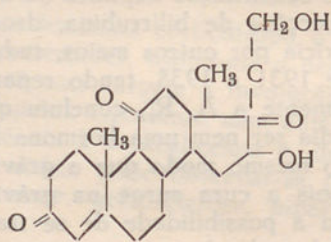
só em 1941 fora extraída uma pequena quantidade, insuficiente para qualquer experiência concludente.

Nessa data experimentaram um extracto total mas sem grande sucesso. Entretanto as necessidades da guerra e a esperança de se obter um medicamento contra a fadiga levou os químicos KENDALL e colaboradores, do grupo Mayo, e SARRET, da casa Merck & C.^{ie}, a tentarem obter o composto E. em quantidade suficiente.

Em 21 de Set. de 1948, HENCH e colaboradores iniciaram as suas observações em 21 doentes com artrite reumatóide, usando o 17 hidroxí — 11 de-hidrocórticosteróide, obtido sinteticamente, e mais tarde o seu acetato. Chamam então a este produto a cortisona.



Ciclo pentano-fenantreno



Cortisona ou composto E
de Kendall

Em 9 de Fevereiro de 1949 usam pela primeira vez o ACHT (hormona corticótropa-hipofisária) posto à sua disposição pelos Lab. Armour em 2 novos doentes e em 4 que já tinham tomado cortisona. Fazem-no com prudência, pois receiam que o estado da suprarrenal do doente reumático a torne incapaz de responder a este estímulo hormonal da maneira desejada. Rápida-mente verificaram que os efeitos da cortisona sintética e do ACHT, isolado da pituitária do porco, eram sobreponíveis. Até então este produto fora experimentado em indivíduos normais e portadores de doença de Addison, em número muito restrito.

Os resultados dos dois medicamentos são, de um modo geral, notáveis. Alívio quase imediato, apagamento das dores, do edema, das contracturas musculares, melhoria que se vai acentuando progressivamente, acompanhada de normalização humoral. Histoio-logicamente os sinais de inflamação quase desaparecem.

100 mgrs. mostram-se a dose diária mínima indispensável para se poder obter bom resultado. Aumento do apetite e do peso, aumento este devido porém a retenção da água nalguns casos, sensação de bem-estar, queda de temperatura ao normal, velocidade de sedimentação regularizada, baixa das globulinas do



SALIBI

SALICILATO BÁSICO
DE BISMUTO EM
SUSPENSÃO OLEOSA

CAIXA DE 12 EMPOLAS DE 1,5 cc.

25\$00

AMINOÁCIDOS
VITAMINAS

F E R R O
F Ó S F O R O

AMINO TÓNICO "PASTEUR"

ANTI-ANÉMICO • RECONSTITUINTE

FRASCO DE 200 cc. 47\$00

Hépa

COLAGOGO

LITÍASE BILIAR, ICTERICIAS, COLECISTITES SUBAGUDAS
E CRÓNICAS, CERTAS PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS E
OUTRAS DE ORIGEM HEPÁTICA E BILIAR E DOENÇAS
HEPÁTICAS DOS PAÍSES QUENTES.

GRANULADO — CAIXA DE 100 GRS.

13\$50

soro e eosinofilia, observam-se frequentemente. A dosagem dos 17-cetosteróides na urina, mostrou que, quando normais ou acima do normal, a cortisona rapidamente trazia a sua diminuição. Elevando a dose da cortisona de 100 a 200 mgrs. por dia imediatamente subia a excreção urinária dos 17-cetosteróides. Nas doses habituais de 100 mgrs. por dia havia baixa, por vezes seguida de elevação, mas ficando sempre inferior ao número inicial. O ACHT aumentou sempre esta excreção.

A dosagem dos corticosteróides urinários (cortisona e esteróides com ela relacionados) mostrou a sua elevação sob estes tratamentos.

De um modo geral os resultados são brilhantes e imediatos, conseguindo-se transformar um inválido deformado e cheio de dores num indivíduo apto e com bem-estar.

Os inconvenientes do método são infelizmente para considerar.

Em primeiro lugar o alto custo e a impossibilidade que existe de obter estes medicamentos. Apesar de outros autores os terem hoje em estudo a ponto de serem superiores a uma centena os beneficiados, trata-se ainda — diz o próprio HENCH — de um processo de investigação, não de um tratamento.

Por outro lado, facto digno de consideração nas doenças reumáticas e sobretudo na poliartrite crónica evolutiva, o êxito dura enquanto dura a aplicação destas hormonas. Dois, três dias depois dela ter cessado, o doente progressiva ou rapidamente volta à primitiva, nem sempre tão preso e tão dorido, mas em franco caminho para isso. Só em dois doentes se mantiveram as remissões ao fim de 10 a 12 meses respectivamente.

Efeitos desagradáveis têm-se observado, ou com a cortisona ou com o ACHT. Assim acne, hirsutismo, keratose pilar, sugilações, hiperpigmentação, fraqueza muscular, irritabilidade, amenorreia, diminuição de libido que faz pensar na impotência do síndrome de CUSHING, e euforia excessiva (BRACELANDE, ROME) ou depressão, foram registadas, por vezes de um modo muito desagradável.

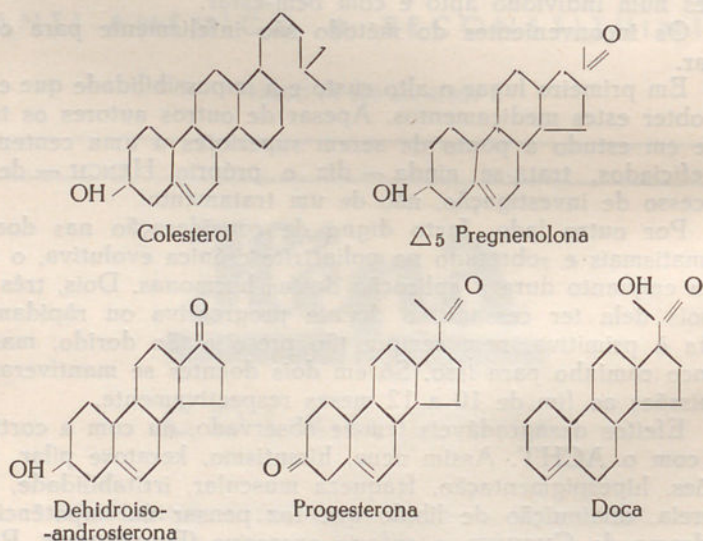
HENCH experimentou ainda o composto A (11-dehidrocorticosterona) e o composto F (17-hidrocorticosterona) obtendo com o segundo resultados parecidos com os da cortisona.

Foram posteriormente as hormonas, cortisona e ACHT, usadas por HENCH e outros autores em doenças em que o mecanismo alérgico era de considerar. As observações, apesar de em pequeno número, são uma esperança de que na asma, febre dos fenos, neurodermatite, sensibilidade ao ovo, ósteo-artrite, gota, artrite da colite ulcerosa, artrite tuberculosa, psoríase artropática, lúpus eritematoso disseminado agudo e cardite reumática, o

tratamento por estas hormonas possa ter a sua justificação (THORN e colaboradores, FORSHAM, WARREN, BOYLES, ELKINTON, HUNT, GODFREY, MAC CRORY, ROGERSON e STOCKES, MARGOLIS e KAPLAN, SPIES e STONE).

Os trabalhos de HENCH chamaram a atenção para outras substâncias afins de mais fácil aquisição.

Já neste ano de 1950, DAVIDSON, KOETS, SNOW e GABRIELSON, FREEMAN, PINKS, SEIFTER, WARTER e FITCH, trazem-nos os resultados obtidos com a Δ^5 pregnenolona, derivada por oxidação do colesterol e que pela composição se aproxima de esteróides fisiologicamente importantes como a doca, a progesterona e a dehidroisoandrosterona.



HOGLAND e PINKUNS, KOETS, tinham verificado que a Δ^5 pregnenolona reduz a excreção dos 17 cetosteróides nos aviadores em excesso de trabalho e nas mulheres virilóides.

LUCIEN L. CONTU, trabalhando sob a orientação de SELYE, provocou no rato, previamente suprarrenalectomizado, uma artrite experimental com 2 injeções de mostarda U. S. B. a 10 %, 4 a 9 dias depois dos animais estarem sob a influência respectiva de cortisona, doca e 21 acetoxipregnenolona (comercialmente conhecida como artisona) e de que SEIFTER em 7 casos disse ter obtido resultados excelentes. Verificou em 5 lotes de 6 animais, testemunho, suprarrenalectomizados só e suprarrenalectomizados com

artisona, doca e cortisona, que a cortisona impedia a artrite experimental da mostarda; a doca agravava-a, enquanto a artisona na dose diária de 2,5 mgs. era totalmente inoperante.

Os resultados da artisona na artrite reumatóide humana, mostram-se muito inferiores aos cortisona e sobretudo extremamente incertos.

Outras hormonas foram experimentadas como a progesterona (KYLE e CRAIN), metiltestosterona, propionato de testosterona, etinilestradiol, gonadotrofina coriônica (KERSLEY, MANDEL, JEFFREY), 17-metil Δ 5 androstendiol, 3β 17 α -17 α hidroxiprogesterona, 17 α hidroxil 11 desoxicorticosterona, deoxicortone, acetato de ergostanil (SPIES e STONE), sem vantagens de maior.

Em 1949, dois autores suecos, LEWIN e WASSEN, numa pequena nota na revista inglesa «The Lancet» dizem ter obtido notáveis sucessos na A. R., usando uma injeção intramuscular de doca, seguida 5 m. depois da injeção endovenosa de 1 gr. de ácido ascórbico. Seguindo nesta mesma ordem de ideias, DOUTH-WAIT, FLETCHER, ROBERTSON LANDSBERG e NASHT afirmam concordância com os achados de LEWIN e WASSEN.

BROWNLE, tentou, seguindo a técnica de SELYE, provocar artrites, com injeções de formaldeído, em ratos previamente tratados com injeções de doca e ácido ascórbico, verificando que os animais ficam invulneráveis. LEIF HALLBERG, partindo da ideia de que o ácido ascórbico vai oxidar a desoxicorticosterona (e assim se justifica a necessidade da combinação destes dois medicamentos segundo o ponto de vista de LEWIN e WASSEN), propôs («The Lancet», 8, 35, 1950) que se usasse em vez de ácido ascórbico a injeção endovenosa de 5 cc. de soluto de azul de metileno a 5%. Deste modo obteve bons resultados.

A experiência que temos do método de LEWIN e WASSEN autoriza-nos a falar do seu merecimento. Doentes imobilizados pelo reumatismo, alguns com artrite reumatóide, outros com dores articulares vagas de natureza primitivamente muscular e tendinosa, mostraram alívio imediato e por vezes duradouro com esta técnica de tratamento.

Não podemos, porém, deixar de registrar que KELLGREN, FOX, HARTFALL e HARRIS, HART e STARRER, SPIES e colaboradores, CURRIE e WILL, BYWATERS, DIXON, WILD, não se mostram muito entusiastas. Poucos dos seus doentes beneficiaram, pelo que os autores se mostram descrentes do valor desta norma terapêutica.

Seja como for, os resultados positivos ficam a lembrar-nos que por vezes podemos ter nesta associação medicamentosa uma arma de certo valor.

É claro que estes sucessos vão contra as hipótese de SELYE e de HENCH. O primeiro, e nisso confirmado por outros investigadores, conseguiu facilmente artrites em ratos tratados com doca e fortes doses de cloreto de sódio. Das suas experiências nos animais tirara sobretudo a conclusão de que o tratamento do reumatismo devia valer-se principalmente das dietas pobres em proteínas e cloreto de sódio e de medicamentos acidificantes.

HENCH tinha a ideia de que a doca não era a hormona indicada nos doentes de reumatismo. A cortisona era chamada a agir sobre o metabolismo dos H. de carbono, a beneficiar a vida dos músculos e tecido conjuntivo em geral, corrigindo deste modo a actividade possivelmente, até então descompensada, da desoxicorticosterona ou deoxicortona, como preferem chamar-lhe os autores ingleses.

Vemos duas ideias diferentes, quase opostas, convergindo para o mesmo fim.

A impossibilidade de aquisição da cortisona, pelo seu elevado custo, e do ACTH (100 mgrs. ou a dose mínima diária obtém-se à custa aproximadamente das glândulas hipofisárias de 100 porcos) colocam-nos por enquanto apenas perante uma grande esperança, com o inconveniente da necessidade de uma terapêutica prolongada é certo, mas justificada pelos resultados até aqui insuperáveis.

A sua preparação a partir de um sal biliar, o ácido desoxicólico, tornou a obtenção da cortisona relativamente mais fácil. A relatividade é, porém, ainda muito custosa.

Novas sugestões surgem agora através dos estudos sobre uma planta tropical — o *Strophantus sarmentosus* — que se encontra na África, Índia e Filipinas e da qual uma tonelada de sementes poderia fornecer a cortisona necessária para tratar um doente durante 5 anos. Tais investigações não têm, porém, por enquanto, um alcance prático imediato.

*

Revedo agora os nossos progressos, à face dos conhecimentos actuais e de alguma experiência, que pudemos adquirir sobre este problema, verificamos como, através de todos os tempos, se está perante um mal, para o qual inúmeros tratamentos se tem reconhecido sem haver infelizmente um tratamento.

O reumatismo, em geral, e a artrite reumatóide em particular, é o tipo de doença que diremos faraónica, em homenagem aos tempos recuados e aqui bem presentes em que o doente era exposto à observação e sugestão do primeiro que passava. Não há ninguém de qualquer categoria social e instrução mediana,

TERÁPIA DAS ÚLCERAS
GASTRO-DUODENAIAS

* * *

ORISTIDAL

Em compridos açucarados para serem diluídos na boca.

Cada comprimido contém:

Histidina base	0,0125 gr.
Hidrato de alumínio coloidal	0,20 "
Sacarose pura	0,20 "

Também de expressivos resultados em: Gastrite hiper-secretiva, Consequências de gastrite aguda, Gastrite tóxica e Dispepsia.

Em caixas de 4 tubos de 15 comprimidos

ASCORBISTAL

Ascorbato de histidina a 6%, em solução rigorosamente incolor

Em caixas de 5 empolas de 5 c. c.

Cada comprimido contém:

Histidina base	mg. 140
Ácido ascórbico	" 160

Aplicação por via intramuscular ou endovenosa

Nenhuma reacção - Tolerância absoluta.

M. RODRIGUES LOUREIRO

Rua Duarte Galvão, 44 - LISBOA

Concessionário exclusivo do

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO

V. BALDACCI-PISA

Em retenções e edemas:

SALYRGAN

A mobilização dos líquidos nos tecidos é efectuada por meio de um composto orgânico de mercúrio e é intensificada devido à dimetilxantina.

O uso prolongado e regular não diminui a sua eficácia e é sempre bem suportado.

Apresenta-se em ampolas de 1 c. c. e de 2 c. c.

Medicamentos
»HOECHST«



Para a imunidade inespecífica:

OMNADINA

na terapêutica da gripe, constipações e infecções de toda a espécie.

Ampolas de 2 cc

Medicamentos



com relativa boa vontade, que não tenha para ele um tratamento de simpatia.

Estamos habituados a assistir à fortuna temporária de certas medicações que não deixam senão a recordação de métodos violentos ou pitorescos e dão uma ideia da intensidade do sofrimento que afligia os doentes a ponto de os tornar dóceis senão ansiosos perante medidas não totalmente agradáveis.

Numa revista sobre actualidades terapêuticas no reumatismo, escreveu REIMAN em 1948: — «Dois autores trataram doentes com artrite reumatóide com aplicações quentes durante 72 horas, seguido pelo bárbaro «Spinal pumping» de SPERANSKY..., seis sessões de febre provocada por bacilos tíficos mortos, auto-hemoterapia, ácido nicotínico e terapêutica física. Afortunadamente para os doentes, parecem ter escapado à vacinoterapia, sais de ouro, prostigmina, veneno de abelhas, perdas de dentes, e amígdalas ou outros órgãos destacáveis e outros actos fúteis!»

É fácil verificar que todas as terapêuticas preconizadas tem uma finalidade anti-infecciosa ou anti-inflamatória, específica ou não.

Assim, a luta contra a infecção focal, que fica sempre como das primeiras a ser considerada, os sais de ouro, a penicilina, estreptomina, e sulfamidas, usadas, aliás, sem grande interesse, a piritoterapia, o enxofre, os métodos fisioterápicos, a kinesiterapia, o sol e as radiações, os banhos locais ou parciais, tem uma intenção antiflogística que fica como a principal em toda a terapêutica do reumatismo.

O mesmo se poderá dizer da novocaína endovenosa ou local, da histamina e água destilada intradérmicas e ainda do colchico, que provocam vaso-dilatação arteriolar e capilar e por esse mecanismo redução do processo inflamatório.

A vitamina D em doses repetidas de 15 mgr., mesmo fora do reumatismo tuberculoso e em casos de reumatismo que atinge a coluna vertebral, mostrou-se quase sempre um medicamento valioso senão verdadeiramente eficaz. Não podemos duvidar de que actuando sobre o terreno se corrige a intensidade do processo inflamatório.

Hoje nova esperança surge do lado do sistema hormonal. A artrite reumatóide, poliartrite crónica evolutiva, ou pseudo-reumatismo infeccioso específico é uma doença por desequilíbrio endocrínico em que o organismo batido por agressões várias se adapta sofrendo intimamente no funcionamento do córtex supra-renal. De aqui a doença do colagénio, que se pode atenuar ou suprimir desde que ao organismo se dê uma dose suficiente de ACHT ou de cortisona.

Doença com polimorfias manifestações clínicas, entrevê-se

deste modo o seu mecanismo com uma inédita sugestão terapêutica.

A dificuldade em obter estes novos medicamentos, o receio de que o uso prolongado ultrapasse a acção desejada, a possibilidade do desvio hormonal noutro sentido, e os resultados incomparáveis obtidos, levam-nos por enquanto a considerarmos estes problemas principalmente como uma das mais curiosas descobertas actuais, digna do estudo e interesse de todos os clínicos.

BIBLIOGRAFIA

- Congrès de la goutte et de l'acide urique. Vitel, 1935.
 Terapêutica Clínica, vol. VII. Buenos Aires, 1948.
 THANNHAUSER — Tratado de metabolismo y enfermedades de la nutrición.
 MÁRIO MOREIRA — «Portugal Médico», xxxiv, 1, 1950.
 Encyclopédie medico-chirurgicale — MERKLEN et HINAUT — Thérap. des Rhum. Chron., 25.170, 1947.
 J. FORESTIER — Le Trait. des Rhum. Chron., 1934.
 HENCH — Rheumatism and Arthritis — review; An. of Int. Med., 66-168; 309-451, 1948.
 MARTINEZ y S. DE ARANA — Enfermedades del Colageneo. Rev. M. Esp., xxxvii, 3, 149, 1950.
 VII Congrès Int. des Mal-Rhum — La Presse Med., 46.659, 1949.
 P. D. WHITE — Enfermedades del Corazon, trad. argentina.
 L. DE GENNES — Le Rhum. Endocrinien. Les acquisitions médicales récentes, 1950.
 SELYE — Textbook of Endocrinology — Montreal, 1949.
 SEGOVIA DE ARANA — Recientes avances en la terapêutica hormonal de la artritis reumatoide — Rev. Cl. Esp., xxxv, 6. 409, 1949.
 THEILER, ROMANI et RECHT — Le syndrome général d'adaptation. Pr. Med., 72, 1.051, 1949.
 AGWISE JACA — El síndrome general de adaptación — Rev. Cl. Esp., xxxiv, 6, 365, 1949.
 HENCH e COL.PES — Arch. of Int. Med., 85, 2, 199, 1950 e 85, 4, 454, 1950.
 KYLE and CERAIN — An. of Int. Med., 5.878, 1950.
 ROLAND DAVISON, PETER KOETE, W. SNOW and L. GABRIELSON — Arch. of Int. Med., 85, 3.365, 1950.
 FREEMAN, PIKENS, JOHNSON, BACHRACH, MALABE, MACGILPUR — The J. Am. M. A., 15, 1.124, 1950.
 SEIFTER, WARTER, FITCH — Proc. Soc. Exp. B. M., 73-131, 1950.
 KERSLY, MANDEL, JEFFREY — Steroid therapy in R. A. The Lancet, 15, 703, 1950.
 SPRÈS and STONE — The Lancet, 1, 11, 1950.
 — — The Lancet, 2, 890, 1949.
 LEWIN and WASSEN — The Lancet, 2, 993, 1949.
 LE VAY and G. LOXTON — The Lancet, 5, 209, 1950 (art. com numerosas indicações).
 BROWNLEE — The Lancet, 4, 157, 1950.
 L. HALLBERG — The Lancet, 8, 351, 1950.
 KELLGREN — The Lancet, 2, 1.108, 1949.
 BYWATERS, DIXON, WILD — The Lancet, 20, 951, 1950.
 REIMAN — Revisão sobre os conhecimentos actuais sobre a artrite reumatóide — Arch. of Int. Med., 82, 506, 1948.

Perícias médico-legais no meio rural (1)

por CARLOS LOPES

*Professor extraordinário da Faculdade de Medicina do Porto
Professor do Curso Superior de Medicina Legal*

Como se sabe, todos os médicos (e todas as médicas!) com menos de 70 anos de idade podem ser chamados a exercer funções periciais no campo da Clínica e da Tanatologia — ficando a cargo dos Institutos de Medicina Legal os exames de Laboratório de que necessitem naquela emergência.

Importa, pois, que os médicos saibam desempenhar a sua ingrata tarefa médico-forense e conheçam a contribuição que aqueles Institutos lhes podem fornecer.

Achei, por isso, muito feliz e de grande interesse a escolha que o Sr. Professor ERNESTO MORAIS fez para o assunto desta lição — escolha que deve ter sido orientada pelo conhecimento que Sua Excelência tem, como digno secretário do Conselho Médico-Legal do Porto, das habituais deficiências dos exames efectuados pelos peritos ocasionais, deficiências essas que se revelam ou traduzem nos relatórios que sobem à revisão do Conselho.

Só lamento que o assunto, pela sua vastidão, não possa ser convenientemente desenvolvido no curto espaço de tempo de que disponho. De resto, creio bem que V. Ex.^{as} não esperavam que eu dissesse como se devem efectuar as *perícias médico-legais no meio rural* porque sendo certo que a Justiça é só uma e uma só também a Ciência, sucede que as perícias médico-legais no meio rural devem ser feitas como no meio cidadão — pelo que o tema ficaria reduzido a *perícias médico-legais*.

Ora isto constitui o programa da cadeira de Medicina Legal e para o dizer eu teria de pedir ao Sr. Professor ERNESTO MORAIS que me desse, pelo menos, o tempo correspondente a um ano lectivo. Não direi, portanto, como se *devem efectuar* as perícias médico-legais no meio rural, mas sim como habitualmente se *efectuam* — focando os pontos que considero de maior importância.

*

Devemos reconhecer, antes de mais nada, que as deficiências ou omissões que se topam quando se lêem relatórios médico-

(1) Lição proferida, em 31-x-1949, na Faculdade de Medicina, ao III Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário. (A pedido do Sr. Professor ALMEIDA GARRETT — que teve a amabilidade de assistir a esta lição — escrevi, para o *Portugal Médico*, o que, mais ou menos, nela disse).

-forenses assinados por peritos ocasionais derivam umas vezes da falta de preparação (digamos a palavra apesar de feia), da incompetência dos peritos, outras vezes da pouca atenção que ligam ao desempenho do cargo que lhes é confiado, destas duas causas juntas na maior parte dos casos...

Pelas deficiências ou erros que decorrem da incompetência pericial não são os peritos culpados: já tenho escrito e proclamado que a Lei — como a portuguesa — que atribui a todos os médicos, sem distinção, capacidade pericial, é errônea e perigosa; sendo a Medicina Legal uma especialidade, cada vez mais especializada, não se compreende que sejam chamados a exercer funções de médicos-legistas indivíduos que apenas querem ser clínicos e que, por isso, não têm — nem podem ter — a preparação que exige a maior parte dos exames médico-forenses.

Pelas deficiências ou pelos erros que resultam da pouca atenção que ligam à função pericial só os peritos são culpados, como é evidente; de facto, não custa muito conhecer e cumprir as disposições que regulamentam no nosso País os serviços médico-forenses e se é certo que o bom desempenho de qualquer função traz um compensador sossego de espírito, nestes casos esse bom desempenho tem ainda a vantagem de evitar que o perito seja, mais tarde, convidado a completar o seu exame — às vezes numa desagradável exumação — ou a prestar declarações elucidativas do seu deficiente relatório — pois os Conselhos Médico-Legais não poderão aprovar relatórios que não estejam dentro dos moldes legais.

Dito este necessário preâmbulo, vejamos os pontos de maior interesse, quer dizer, foquemos as principais lacunas dos exames e as mais frequentes deficiências dos relatórios.

Na *Clínica* (pondo de parte os exames mentais que também, a nosso ver, só deviam ser confiados a especialistas) os peritos tropeçam frequentemente, caindo por vezes em lamentáveis erros, quando o assunto diz respeito a diagnóstico de desfloramento ou a ofensas corporais.

Na sua lição de concurso para Professor Catedrático — lição que foi publicada no «Portugal Médico» — o Prof. FRANCISCO COIMBRA lembrou uma exposição que fez ao Conselho Médico-Legal do Porto, depois enviada por este ao Senhor Ministro da Justiça, em que afirma: «Em 559 exames respeitantes àqueles crimes, realizados nas comarcas da 2.^a circunscrição médico-forense por peritos formados pelas três Faculdades de Medicina, averiguou-se que de 32 casos em que os referidos peritos concluíram por desfloramento, este foi confirmado no serviço do Instituto de Medicina Legal apenas 11 vezes. Os restantes 21 casos diziam

O ESPASMOLÍTICO COMPROVADO
DA MUSCULATURA LISA

EUPACO

Está de novo à venda sem quaisquer restrições

Indicações: Todos os estados espasmódicos do tracto digestivo,
vias biliares e ureterais.

Em obstetrícia para abreviação do período de dilata-
ção e como analgésico em casos de cerviz rígida
ou espasmódicamente contraída (supositórios)

APRESENTAÇÃO:

Comprimidos, tubos de 10

Supositórios, caixa de 5

Ampolas, caixa de 3



FÁBRICA DE PRODUTOS QUÍMICOS - DARMSTADT

REPRESENTANTES:

EDUARDO DE ALMEIDA & C.^a

Rua do Cativo, 22-24 - PORTO



TONOCÁLCIO-RECTAL

FÓRMULAS

Adultos

Cálcio (correspond. a 0,80 de Ditionato).	0,116	gr.
Fósforo (correspond. a 0,15 de Fosfato) .	0,070	gr.
Vitamina B ₁	0,003	gr.
Vitamina C	0,020	gr.
Vitamina D	0,0001	gr.
Citrato de sódio	0,30	gr.

Por supositório de 3 gr.

Infantil

Cálcio (correspond. a 0,40 de Ditionato).	0,058	gr.
Fósforo (correspond. a 0,15 de Fosfato) .	0,035	gr.
Vitamina B ₁	0,003	gr.
Vitamina C	0,020	gr.
Vitamina D	0,0001	gr.
Citrato de sódio	0,15	gr.

Por supositório de 2 gr.

APRESENTAÇÃO

Tonocálcio Rectal Adultos: Caixas de 12 supositórios de 3 gr.

Tonocálcio Rectal Infantil: Caixas de 12 supositórios de 2 gr.

LABORATÓRIOS "LAB"

Direcção Técnica do PROF. COSTA SIMÕES

AVENIDA DO BRASIL, 99 — TEL. 74812

respeito a raparigas cujo exame feito no mesmo estabelecimento mostrou estarem virgens, o que traduz 65,6 % de erros de diagnóstico. Se é certo que se deve ao modo de actuar do Conselho Médico-Legal a averiguação daqueles erros de diagnóstico de desfloramento, durante o período que vai de 1-XI-935 a 30-VI-939, não menos certo é que outros devem ter passado pelas malhas da revisão obrigatória, facto este que pode dar lugar à absolvição de culpados ou, o que é mais grave, à condenação de inocentes».

Graças a este artigo (1), a percentagem de erros baixou, mas ainda se fazem observações deficientes neste campo; ainda se desconhece ou despreza o importantíssimo diagnóstico diferencial entre entalhe congénito e laceração traumática do hímen; alguns peritos não mencionam a profundidade das lacerações nem o seu número e situação; outros ainda confundem esta membrana — profundamente situada na criança — com os pequenos lábios e afirmam, por isso, que o hóstio himeneal permite a intromissão fácil dum dedo! É também muito frequente os peritos marcarem, em dias ou meses, a data do desfloramento que diagnosticam; ora quando o desfloramento não é recente, quer dizer, quando as lacerações não têm os caracteres de ferida viva (bordos vermelhos, sangrentos, edemaciados e, por vezes, com supuração) não é possível determinar a data; cicatrizando as lacerações himeneais — dentro duma regra que tem raras excepções — em cinco ou seis dias, sucede que o aspecto dum hímen desflorado há seis dias pode ser idêntico ao que o mesmo hímen apresente volvidos seis anos... Nestas circunstâncias devem os peritos concluir que «a examinada apresenta os sinais próprios de desfloramento, cuja data não é possível precisar».

Podendo ser extraordinariamente difícil o diagnóstico de virgindade ou de desfloramento, convém lembrar que o § 1.º do art. 183.º do Código do Processo Penal permite que os peritos nomeados aleguem como escusa a falta de conhecimentos especiais... Se a escusa alegada com este fundamento (e tem de ser alegada no prazo de 48 horas a contar do dia da notificação da nomeação) não for aceita pelo Juiz, a responsabilidade do possível erro de diagnóstico fica-lhe endossada... devendo o perito esforçar-se sempre por acertar, como é evidente.

Esta alegação não deve ser feita em casos de Tanatologia (porque o Juiz não pode fazer transportar o cadáver a Lisboa, ao Porto ou a Coimbra — onde há Institutos de Medicina Legal

(1) FRANCISCO COIMBRA — Erros de diagnóstico de desfloramento. (Suas causas. Providências destinadas a evitá-los). *Portugal Médico*, 1946, pág. 47.

— nem chamar os peritos destes Institutos para efectuar a necropsia) mas pode e deve ser alegada em casos de Clínica quando os peritos sinceramente se julguem incompetentes para efectuar o exame.

Temos verificado que em assuntos de *ordem tanatológica* alguns peritos escrevem com frequência óptimos romances policiaes e péssimos relatórios médico-legais. Não fazem bons relatórios médico-legais porque não obedecem aos preceitos regulamentares nem científicos e formulam conclusões que não justificam. Escrevem romances policiaes porque, levados muitas vezes pela sua imaginação, por sugestões ou por informações erradas, architectam hipóteses e tecem possibilidades que os factos que observam de modo nenhum autorizam. É conveniente não confundir *razões científicas* com *excursões científicas*.

BROUARDEL e, entre nós, LOPES VIEIRA, que foi distinto Professor de Medicina Legal em Coimbra, temendo que os peritos se deixem influenciar pela informação, aconselham-nos a desprezar essa informação, a actuar como se o cadáver fosse dum desconhecido que abandonado se encontrasse. Enfileiro, pelo contrário, ao lado dos autores que aconselham os peritos a colherem, antes da autópsia, todos os elementos que possam obter — desde que saibam, evidentemente, fugir à influência nefasta da informação. E aconselho-os a isso pelos seguintes motivos, já expostos no meu livro ⁽¹⁾:

I — A informação permite adoptar desde início variantes de técnica operatória — que só serão úteis se forem efectuadas a tempo, pois, como disse ZACCHIAS, uma autópsia mal feita não se corrige. Assim, por exemplo, se o perito desconhecer que se trata possivelmente de submersão seguirá a técnica habitual da autópsia e perderá, por isso, valiosos elementos para o diagnóstico de afogamento porque não laqueará o estômago nem o duodeno, nem examinará as ramificações brônquicas para estudo dos conteúdos, não laqueará o pedículo cardíaco para estudo do sangue contido no coração direito e no esquerdo, deixará de proceder à prova de LACASSAGNE para avaliar da diluição sanguínea, etc., etc.

II — Por vezes, o fim da autópsia é saber se o resultado se harmoniza ou não com a informação; noutros casos a necropsia é apenas a confirmação legal e necessária de factos absoluta e incontrovertidamente averiguados.

Em qualquer destas hipóteses, se o perito não souber do que se trata nem o que se pretende poderá não responder ao que mais

(1) CARLOS LOPES — Guia de Perícias Médico-Legais, 2.^a edição, 1948.

interessa à Justiça que, por meio de quesitos, o obrigará depois a atender à informação — já tarde e, por isso, em más condições para formular as respostas. De resto, em determinados casos, podem surgir problemas após a autópsia que só o perito poderá prever em toda a extensão e que o obrigam a fazer colheitas especiais no acto operatório. Assim, por exemplo, em casos de atropelamento ou de agressão que não têm sinais patognomónicos e que, por isso, só pela autópsia, não se diagnosticam com precisão, impõe-se a colheita de sangue para pesquisa e doseamento do álcool — na previsão de ser mais tarde alegado o estado de embriaguez da vítima, na data da ocorrência.

— Foquemos então alguns capítulos de Tanatologia:

Temos verificado que as *autópsias de fetos* são quase sempre deficientíssimas: não se efectuam as docimásias necessárias para se avaliar seguramente se o feto teve vida extra-uterina; não se fazem colheitas do conteúdo brônquico e gástrico e perdem-se por isso os elementos necessários para o diagnóstico diferencial entre asfixia durante o trabalho de parto, — por interrupção prematura da circulação placentária — e a asfixia de origem criminosa por oclusão das vias aéreas; observam-se mal as fracturas do crânio, manipula-se grosseiramente o cadáver e no fim não se estabelece o delicado diagnóstico diferencial entre fracturas acidentais (por queda no parto precipitado ou por traumatismo post-mortem durante a autópsia ou antes dela) e as fracturas de natureza criminosa. Confundem-se os sulcos naturais do pescoço com os sulcos devidos a estrangulamento; conclui-se precipitadamente por infanticídio esquecendo-se que este crime e dum modo geral o filicídio é muito raro entre nós e que para se poder afirmar a morte criminosa dum recém-nascido é absolutamente necessário:

1.º — Que as diferentes docimásias, *praticadas em cadáver fresco*, se conjuguem no sentido de ter havido respiração.

2.º — Que se exclua a possibilidade de ter havido asfixia durante o trabalho de parto.

3.º — Que as lesões encontradas na autópsia não possam ter resultado da simples passagem do feto pela fieira pélvica, de queda resultante de parto por surpresa, de tentativas de extracção do feto ou de circulares do cordão, ou ainda da manipulação do cadáver durante a autópsia ou antes dela.

4.º — Que as alterações ou aspectos encontrados não sejam de origem congénita, patológica ou até natural, como por exemplo, os sulcos do pescoço.

Quando falo na facilidade com que se conclui por infanticídio — crime a que, como se sabe, corresponde pena maior — lembro-me sempre, e sempre com espanto, dum caso do nosso

arquivo, e que já referi ⁽¹⁾, em que se afirma categoricamente o infanticídio por acção de corpo contundente na coluna vertebral — quando na realidade se tratava duma morte natural por hemorragia devida a espinha-bifida — como verificámos pelo exame dos restos da primeira autópsia.

Nos relatórios relativos a morte por ferimentos também se encontram com frequência lacunas que a lei não permite: «Nos casos de morte por ferimentos — diz o Regulamento dos serviços médico-legais do País — terão os peritos que responder aos quesitos que lhes forem propostos judicialmente e em que nunca deixam de compreender-se os seguintes princípios:

a) Se a morte resultou ou não do ferimento ou ferimentos encontrados;

b) Se tais ferimentos foram causa necessária da morte;

c) Se somente foram causa ocasional e accidental;

d) Com que instrumentos denotam haver sido feitos;

e) E, porventura e ainda, com que intenção.

Ora como os peritos, em regra, só referem a causa da morte, analisemos rapidamente os pontos que omitem:

O próprio Regulamento explica que «a afirmação de que a morte resultou necessariamente do ferimento, exige que se demonstre que tal ferimento produzirá invariável e constantemente a morte em quaisquer condições dum indivíduo; do mesmo modo que a afirmação de que um ferimento foi apenas causa ocasional demanda que se prove que ele não era suficiente para, por si só, produzir a morte, e por outro lado também que havia circunstâncias particulares no ofendido e vítima que fizeram com que a ofensa, que noutros seria benigna, para ele se tornasse mortal».

Nestas palavras está contido o conceito de *concausa*, ou seja, a causa que se junta à acção traumática e sem a qual não se produzia a morte.

Dou alguns exemplos de *concausa*: — Se um indivíduo possuindo os ossos do crânio anormalmente delgados morresse por hemorragia consecutiva a fractura do crânio produzida por traumatismo ligeiro (soco, bengalada, etc.), o traumatismo seria causa ocasional porque havia uma *concausa* preexistente: a fragilidade óssea; mas se o traumatismo craniano fosse uma machadada — que conduz à morte qualquer que seja a espessura dos ossos — já não se podia falar em *concausa* e a ofensa havia de considerar-se como causa necessária da morte.

Se um hemofílico sofre um traumatismo ligeiro e morre por hemorragia, houve uma *concausa*, a hemofilia, e a pena do agres-

(1) CARLOS LOPES — Guia de Perícias Médico-Legais, 1948, pág. 268.

PAS

Bial



INJECTÁVEL

PARA-AMINO-SALICILATO
DE SÓDIO 2 gr.

Por ampola de 10 c. c.

DRÁGEAS

PARA-AMINO-SALICILATO
DE SÓDIO 0,35 gr.

Por drágea

ANTIBACILAR DE NOTÁVEL INOCUIDADE E GRANDE PODER INIBITIVO

sor será atenuada; mas se outro hemofílico morre em consequência de punhalada do coração já não temos que considerar a hemofilia como concausa, pois a punhalada do coração produz invariável e constantemente a morte em quaisquer condições dum indivíduo.

Para alguns autores, determinados estados fisiológicos — como a gravidez, a repleção gástrica ou vesical — constituem concausas preexistentes — o que não nos parece legítimo nem lógico: o agressor não deve beneficiar de estados normais, habituais e fisiológicos do ofendido.

Importa sublinhar que a nossa Lei admite também as concausas supervenientes, quer dizer, as que se verificam depois da agressão (e estas seriam, por exemplo, o tétano ou uma erisipela consecutivos a ligeiro traumatismo), vindo a propósito dizer que a falta de tratamento tem sido considerada por alguns peritos como concausa superveniente, mas não parece ser concausa atendível como esclareceu o Sr. Prof. FRANCISCO COIMBRA num artigo publicado no *Portugal Médico*, em 1945 (1).

Explicado o que deve entender-se por causa necessária da morte e causa ocasional, analisemos o passo do Regulamento que diz respeito ao instrumento agressivo.

Com que instrumento denotam os ferimentos haver sido feitos:

É evidente que não se pretende que os peritos digam a qualidade ou a forma do instrumento vulnerante — o que é, em regra, impossível — mas sim e apenas se se trata de instrumento cortante, perfurante, contundente, projectil de arma de fogo, etc., — o que se poderá avaliar pelo aspecto das lesões.

E, porventura e ainda, com que intenção:

Implicando o termo *intenção* a ideia de voluntariedade e responsabilidade, é evidente que a intenção do agressor está fora da percepção dos peritos, que apenas examinam o ofendido, vivo ou morto, podendo pôr-se, até, a hipótese de a agressão ter sido praticada por um louco. Admitindo que os ferimentos foram provocados por individuo responsável, e sendo a intenção, repito, um sentimento, um desejo, uma qualidade subjectiva, pode, na realidade, ter havido intenção de matar na efectivação dum acto agressivo que não satisfaz a intenção do criminoso por qualquer causa estranha à sua vontade (deslocação da vítima, encravamento da arma de fogo, má pontaria, etc.); por outro lado, várias causas estranhas à vontade do agressor (estados patológicos do ofendido, deslocação, má pontaria, etc.), podem conduzir à morte, sem que

(1) FRANCISCO COIMBRA — O conceito de concausa no Direito Penal Português, (Normas da sua aplicação na prática médico-forense). *Portugal Médico*, 1945, pág. 184.

houvesse intenção de matar. Devem, pois, os peritos ser muito cautelosos quando se pronunciarem, como a Lei exige, sobre a intenção do agressor, limitando-se na maioria dos casos a dizer que «os ferimentos (pela sua sede, número, etc.) pertencem (ou não pertencem) à categoria dos que são feitos quando há (ou não há) intenção de matar» ou «fazem (ou não fazem) presumir intenção de matar». A intenção de matar pode ser admitida ou presumida *médico-legalmente* pelos seguintes elementos:

- 1) Sede dos ferimentos.
- 2) Número dos ferimentos.
- 3) Natureza do instrumento empregado na produção dos ferimentos.
- 4) Violência empregada na produção dos ferimentos.
- 5) Distância a que foi disparada a arma de fogo e qualidade da carga.

Embora o Regulamento estabeleça que os peritos podem requerer para examinar o fato que trazia vestido o indivíduo cujo cadáver vão autopsiar, a verdade é que os peritos ocasionais desprezam com muita frequência o exame do vestuário.

Convém, por isso, lembrar que o exame da roupa pode ter extraordinária importância em casos de envenenamento (podendo conter manchas cuja análise contribui para a descoberta do tóxico), de ofensas corporais (podendo mostrar manchas de sangue ou cabelos provenientes do agressor, se houve luta com a vítima; secções nítidas em casos de ferimentos por armas brancas; caracteres de tiros dados a curta distância), de suspeita de crimes contra a honestidade (podendo revelar manchas de esperma), de identificação de desconhecidos, etc.

Vejamos agora alguns assuntos relativos a *exames laboratoriais*: — Sabe-se que o diagnóstico clínico da gravidez pode ser difícil no início, pelo que há necessidade, por vezes, de solicitar aos Institutos de Medicina Legal o diagnóstico biológico, pela prova de Friedmann. Ora temos verificado que a urina é remetida ao laboratório em condições que não permitem a realização da referida prova porque a coelha morre pouco tempo depois da injeção da urina, alterada pela putrefacção. É, pois, necessário que os peritos sigam os seguintes preceitos:

a) A urina deve ser a da primeira micção da manhã (habitualmente mais concentrada em Prolan B), convindo colhê-la com a mulher em jejum.

b) Ao Instituto de Medicina Legal deverão ser remetidos, pela via mais rápida, cerca de 30 centímetros cúbicos de urina, aos quais se adiciona uma gota de tricresol, para evitar a putrefacção.

c) A urina deve ser colhida em frasco lavado com água

destilada ou fervida — podendo ser extraída assêpticamente, o que na maioria dos casos é dispensável, bastando a lavagem dos órgãos genitais externos.

— Quando requisitam exames bacteriológicos de exsudato purulento, também é frequente os peritos estenderem, nas lâminas, espessas camadas de pus, fixarem este ao calor da chama e juntarem depois as lâminas pelas faces que contêm o exsudato para assim protegerem este dos atritos, durante o transporte. Três práticas condenáveis que muitas vezes conduzem os peritos ao trabalho de novas colheitas nas condições convenientes — que o relatório do Instituto lhes indicará — e que são estas:

a) O pus deve ser estendido em camada delgada, para facilitar a coloração e o exame microscópico.

b) Nunca deve ser fixado à chama porque esta faz estalar os plocitos, não sendo possível saber se os cocos são intra-celulares — elemento importante para o diagnóstico do gonococo, por exemplo.

c) Nunca as lâminas devem ser justapostas pelas faces que contêm o exsudato porque este fá-las aderir fortemente, sendo muitas vezes necessário partir as lâminas para se obter uma parcela de vidro com exsudato ou pedir novas lâminas aos peritos. As lâminas devem, de facto, ser voltadas uma para a outra pelas faces que contêm o exsudato mas separadas por quaisquer corpos que impeçam a coalescência: dois fósforos, por exemplo.

— Em determinados casos médico-legais remetem os peritos ao Instituto de Medicina Legal objectos portadores de impressões digitais latentes, para revelação e estudo; esquecem-se, porém, que estas impressões, sendo formadas por gotículas de suor, são formações delicadíssimas que qualquer atrito destrói e que reclamam, por isso, cuidados no modo de acondicionamento e de transporte: as superfícies portadoras de impressões digitais não devem contactar com a superfície interior do invólucro e muito menos serem embrulhadas em papéis, como peritos e agentes de Polícia têm feito; com muita facilidade e algum engenho consegue-se este desideratum: assim, para acondicionar um copo ou uma garrafa podemos usar este processo: caixa, cuja tampa contém na face inferior um pequeno cilindro de madeira que se introduz no copo ou no gargalo da garrafa, quando a caixa fecha.

— Para acondicionar um fragmento de vidro, basta uma caixa de cartão em cujas paredes se produzem algumas fendas onde o vidro é introduzido.

— Para remeter uma faca ou navalha que contenha impressões digitais numa só face, bastará prendê-la, com dois fios, no fundo duma caixa, ficando voltada para cima a face que contém as impressões digitais, etc.

Vale a pena ter estes cuidados, porque muitas vezes pelo estudo duma impressão digital encontrada em locais ou objectos, resolvem-se importantes casos médico-legais relativos ao diagnóstico diferencial entre homicídio, suicídio e acidente e à identificação de criminosos, possuindo nós numerosos casos deste género, alguns dos quais já publicados (1).

Finalmente, duas palavras sobre um exame que os peritos e as autoridades geralmente desprezam: o exame do local da ocorrência.

Segundo o Regulamento — os peritos antes de dar princípio à autópsia poderão requerer para examinar o local onde o cadáver foi encontrado.

Não me consta que algum perito ocasional o tenha requerido e acho até que na grande maioria dos casos não vale a pena fazer tal requerimento porque o exame do local só é útil quando efectuado de início, antes do levantamento do cadáver e de se terem produzido alterações. Mas porque *um levantamento de corpo bem feito constitui os 3/4 da autópsia*, na frase de LACASSAGNE, acho, pelo contrário, lamentável que não se cumpra o disposto no art. 82.º do Código do Processo Penal — que diz: «O funcionário de saúde que verificar o óbito procederá, antes do levantamento do cadáver, ao exame do hábito externo, ao do local, e à indagação de todas as circunstâncias que poderiam ter concorrido para a situação do cadáver ou que poderiam determinar qualquer facto de observação, tendo valor médico-legal».

É que, de facto, o exame do local pode ter mais importância do que a autópsia para esclarecer determinados problemas médico-legais, como, por exemplo, o diagnóstico diferencial entre homicídio, suicídio e acidente, sendo até por vezes imprescindível aquele exame para estabelecer tal diagnóstico, como demonstrei com vários casos do nosso Instituto (2).

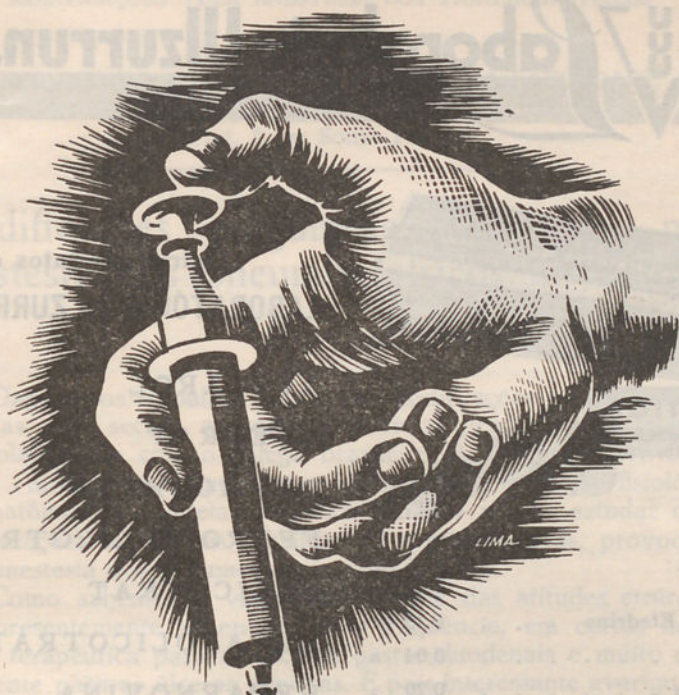
*

Nesta simples palestra — a que, com verdade e justiça, não se poderá chamar amena, porque o assunto é árido — pretendi focar as principais lacunas dos exames efectuados pelos senhores peritos ocasionais e lembrar-lhes que o primeiro passo para o repugnante erro judiciário é o erro científico — pois, como afirmou AFRÂNIO PEIXOTO, — *se o Juiz é a consciência da Lei, os Peritos são os seus sentidos*.

(1) CARLOS LOPES — Alguns casos de identificação pelas impressões digitais. *Portugal Médico*, 1945, pág. 231. *Guia de Perícias Médico-Legais*, 2.ª edição, 1948, pág. 387.

(2) CARLOS LOPES — Homicídio e Suicídio. Seu diagnóstico nos ferimentos por armas de fogo curtas. Porto, 1936.

INSTITUTO LUSO-FARMACO, L.^{DA}



PROCILINA

OLEOSA e AQUOSA

Um produto consagrado pela experiência

UMA NOVA PROCILINA

PROCILINA aquosa ESTÁVEL

SUSPENSÃO AQUOSA DE **PENICILINA G PROCAÍMA**

PRONTA A APLICAR

Ampolas de 400.000 U.O.

Únicos Depositários:

PAOLO COCCO, L.^{DA}

LISBOA: R. do Quelhas, 14 - PORTO: R. Fernandes Tomás, 480 - COIMBRA: Av. Fernão Magalhães, 32

U7 Laboratório Ulzurrun, L.^{da}



FÓRMULA:

Sulfato de Efedrina	0,15	grs.
Luminal	0,04	>
Aminofilina	0,20	>

(por comprimido)



FÓRMULA:

Difenil-Hidantoinato Sódico	0,30	grs.
Ácido Feniletilbarbitúrico	0,05	>
Gluconato de Cálcio	0,20	>

(por comprimido)

Outros produtos do LABORATÓRIO ULZURRUN, L.^{DA}

- ACETAROL
- ADETRAT
- DERMOTRAT
- FERRO-FOLICOTRAT
- FOLICOTRAT
- HEPAFOLICOTRAT
- HEPARNOVINA
- HEPATRAT
- HEPATRAT FORTE
- HEPATRAT C/ ARSÉNICO
- HEPATRAT C/ VITAMINAS
- NUCLEOTRAT
- OMNIVAL
- PILOTIMOL
- RUTINOTRAT
- TIAZOTRAT
- TIMÚTERO
- VOMIPAX

LISBOA

Telef. 22154

SERVIÇO DE MEDICINA OPERATÓRIA DA FACULDADE
DE MEDICINA DO PORTO

(Prof. A. DE SOUSA PEREIRA)

Modificações sanguíneas provocadas pela anestesia dos pneumogástricos no homem

por J. AGUIAR NOGUEIRA

Depois dos trabalhos sobre «as modificações sanguíneas provocadas pela secção anatómica ou fisiológica do nervo ciático» (de colaboração com o colega brasileiro R. CARLOS MAYALL) e sobre «modificações sanguíneas provocadas pela secção fisiológica ou anatómica da cadeia simpática lombar» resolvi estudar quais as alterações sanguíneas, qualitativas e quantitativas, provocadas pela anestesia dos pneumogástricos no homem.

Como sabemos a vagotomia é uma das atitudes cirúrgicas que presentemente se encara com frequência, em certos meios, como terapêutica para as úlceras gastro-duodenais e muito especialmente para as úlceras pépticas. É pois interessante averiguar-se quais as alterações sanguíneas provocadas por tal atitude, para assim melhor podermos compreender certos factos que após ela se passam.

Fiz a análise das modificações provocadas quer pela anestesia unilateral (direita ou esquerda), quer pela anestesia bilateral simultânea, dos vagos no homem. Os doentes foram escolhidos entre ulcerados gástricos ou duodenais em que tais anestésias estavam indicadas: A anestesia foi feita em todos os casos ao nível da base do pescoço com o nervo a descoberto, fazendo-se a anestesia intratrocular com scurocaína a 1^o/₀.

Durante o efeito anestésico o doente não tem qualquer sensação desagradável além dum certo grau de disфонia e por vezes mesmo afonia, sobretudo quando a anestesia era bilateral, mas transitória, passando ao fim de alguns minutos, logo que cessa o efeito anestésico. As colheitas de sangue foram feitas num dedo e na veia da prega do cotovelo do mesmo lado, imediatamente antes da anestesia e depois dela, uma ou mais vezes, com intervalos variáveis conforme se pode ver nos quadros juntos, onde na segunda coluna estão marcadas as horas das colheitas em relação ao momento da anestesia.

Nos quadros I, II e III podemos ver as variações quantitativas correspondentes respectivamente à anestesia esquerda, direita e bilateral dos vagos, e nos quadros IV e V as variações qualita-

tivas provocadas respectivamente pela anestesia bilateral e unilateral dos mesmos.

I — Variações sanguíneas quantitativas provocadas pela anestesia do pneumogástrico esquerdo

Obser.	Colheitas	N.º de gl. rubros por m.m. ³	N.º de plaquetas por m.m. ³	N.º de gl. brancos por m.m. ³	Hemoglobina %	Hematócrito %
1.a	Antes	5.460.000	290.000	6.500	100	52
	40 m. após	4.430.000	210.000	5.700	94	50
	3,50 h. após	4.870.000	250.000	9.300	97	50
2.a	Antes	4.280.000	500.000	11.750	85	43
	50 m. após	3.830.000	390.000	10.700	76	40
	4,45 h. após	4.300.000	490.000	15.500	85	43
3.a	Antes	5.940.000	270.000	7.300	100	46
	45 m. após	4.580.000	210.000	5.300	91	44
	4 h. após	6.200.000	330.000	10.200	97	46
4.a	Antes	5.180.000	110.000	7.000	91	44
	45 m. após	4.770.000	110.000	5.100	91	43
	4,50 h. após	5.670.000	180.000	8.000	100	45
5.a	Antes	5.680.000	230.000	9.500	109	46
	40 m. após	4.430.000	180.000	6.800	91	43
	3,50 h. após	5.650.000	220.000	7.800	106	47
6.a	Antes	4.760.000	210.000	10.000	94	46
	50 m. após	4.140.000	180.000	8.900	85	43,5
	5 h. após	4.540.000	200.000	10.800	88	45
7.a	Antes	5.240.000	220.000	8.100	100	49
	45 m. após	4.420.000	180.000	5.900	94	46
	4 h. após	5.125.000	220.000	11.800	100	48
8.a	Antes	5.160.000	290.000	10.800	100	51
	45 m. após	4.750.000	210.000	9.600	97	49,5

Pela análise dos resultados inscritos nestes quadros, vemos que após a anestesia dos pneumogástricos, e contrariamente ao que

acontecia com a anestesia da cadeia simpática lombar, há uma diminuição de número de glóbulos rubros, plaquetas e glóbulos brancos e uma baixa de percentagem da hemoglobina. As determinações feitas com o hematócrito, com sangue colhido numa veia

II — Variações sanguíneas quantitativas provocadas pela anestesia do pneumogástrico direito

Obser.	Colheitas	N.º de gl. rubros por m.m. ³	N.º de plaquetas por m.m. ³	N.º de gl. brancos por m.m. ³	Hemoglobina %	Hematócrito %
1.ª	Antes	4.750.000	250.000	8.900	97	49
	40 m. após	4.480.000	230.000	7.100	97	49
	1,30 h. após	4.340.000	200.000	5.100	95	48
2.ª	Antes	4.300.000	490.000	15.500	85	43
	40 m. após	3.830.000	400.000	11.400	80	40
3.ª	Antes	6.200.000	330.000	10.200	97	46
	35 m. após	5.280.000	290.000	7.500	92	45
4.ª	Antes	5.670.000	180.000	8.000	100	45
	45 m. após	5.250.000	120.000	5.900	91	44
5.ª	Antes	5.650.000	220.000	7.800	106	47
	40 m. após	4.940.000	180.000	6.200	103	45
6.ª	Antes	5.210.000	260.000	8.100	100	52
	50 m. após	4.820.000	200.000	5.600	94	50
	4 h. após	5.160.000	290.000	10.800	100	51
7.ª	Antes	4.540.000	200.000	10.800	88	45
	40 m. após	4.260.000	190.000	8.000	88	43,5
8.ª	Antes	5.125.000	220.000	11.800	100	48
	45 m. após	4.785.000	—	8.700	94	46

da prega do cotovelo. do mesmo lado em que foi colhido o sangue do dedo, que umas vezes foi do lado do vago anestesiado e outras do lado oposto, confirmam estas baixas globulares.

Estas baixas atingem o valor máximo cerca de 40 a 50 minutos após a anestesia, mantêm-se até cerca de duas horas e depois

começam a subir e geralmente, ao fim de três e meia a quatro horas, o número de glóbulos é superior ao anterior à anestesia;

III — Variações quantitativas provocadas pela anestesia bilateral dos pneumogástricos

Obser.	Colheitas	N.º de gl. rubros por m.m. ³	N.º de plaquetas por m.m. ³	N.º de gl. brancos por m.m. ³	Hemoglobina o/o	Hematócrito o/o
1.a	Antes	5.530.000	290.000	6.100	106	53
	35 m. após	4.860.000	240.000	5.800	100	52
	1,30 h. após	4.630.000	210.000	5.500	98	52
	4 h. após	5.250.000	290.000	11.000	106	53
2.a	Antes	4.690.000	450.000	15.100	88	44
	40 m. após	4.180.000	380.000	12.100	85	42
	5,15 h. após	4.720.000	450.000	19.200	88	44
3.a	Antes	6.750.000	450.000	7.800	109	48
	40 m. após	4.990.000	250.000	6.900	91	45
	4,30 h. após	5.930.000	300.000	13.200	103	47
4.a	Antes	5.390.000	330.000	8.900	102	48
	40 m. após	4.780.000	260.000	8.100	94	46
	4,50 h. após	5.360.000	320.000	13.500	100	48
5.a	Antes	4.760.000	210.000	9.100	94	47
	40 m. após	4.430.000	190.000	13.000	94	46
	5 h. após	4.780.000	230.000	13.800	94	47
6.a	Antes	5.180.000	250.000	13.500	100	51
	45 m. após	4.600.000	210.000	8.400	97	48
	4,30 h. após	5.310.000	290.000	14.100	100	50
7.a	Antes	5.260.000	360.000	12.900	97	49
	45 m. após	4.640.000	260.000	9.050	94	46,5
	4 h. após	5.090.000	280.000	12.500	94	48

especialmente o número de glóbulos brancos aumenta bastante, chegando, por vezes, ao fim de quatro horas, a atingir um valor que é quase o dobro do que era antes da anestesia.

DEXTRINA - MALTOSE NESTLÉ

MARCA **NIDEX** REGIST.

É um **açúcar nutritivo** obtido pela sacarificação enzimática de um amido muito puro.

INDICAÇÕES

Na alimentação normal dos lactentes: emprega-se com vantagem desde os primeiros dias de vida em substituição da sacarose na confecção de biberons de leite fresco. Assegura uma digestão fácil, evitando as perturbações gástricas e intestinais.

Em dietética: para lactentes doentes, débeis ou prematuros. Complemento indispensável do **ELEDON (rótulo amarelo)** no tratamento das perturbações dispépticas. Utiliza-se em conjunto com o **Arobon / Eledon** depois de eliminados os sintomas graves.

Dosagem: o Nidex doseia-se geralmente à razão de 5%.



SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS

PORTO

LISBOA

AVANCA

REGISTO DE LIVROS NOVOS

R. LEDOUX-LEBARD & G. LEDOUX-LEBARD — **Manuel de radiodiagnostic clinique.** 1.408 págs., com 2.000 figs. — 2 vols. brochs. ou 1 encad. (Masson, Edit., Paris, 1949 — 5.500 fr.).

Da primeira edição, publicada há quinze anos, à presente, foi grande o alargamento do campo do radiodiagnóstico, o que levou a transformar quase inteiramente a obra, pelo elevado número de adições que houve a fazer. Foram postos de parte os pormenores técnicos, que serão expostos em outro livro, para localizar o texto na interpretação dos sinais radiológicos, por forma a servir de guia, tanto ao clínico como ao radiologista. A abundante iconografia facilita essa tarefa, e citações bibliográficas conduzem os leitores a pesquisas mais especiais.

Uma primeira parte trata de noções gerais sobre a produção e a interpretação das imagens radiológicas; depois, um a um, vem os capítulos relativos a cada órgão ou aparelho, desde o sistema nervoso ao esqueleto, passando pelos aparelhos digestivo, respiratório, urinário, etc.

GEORGES PORTMANN — **Thérapeutique médicale oto-rhino-laryngologique.** 320 págs., com 55 figs. (Doin, Edit., Paris, 1950 — 960 fr.).

Contém este livro tudo o que é preciso conhecer, como essencial, para tratar as doenças do ouvido, do nariz e dos seios, da faringe e da laringe. Tem 3 partes: Tratamento de cada afecção em particular, Medicamentos, Processos para sua utilização. Na primeira parte, recorda-se, para cada afecção, a sintomatologia. O nome, altamente considerado do professor de Bordéus, é garantia do êxito de esta obra, de manifesta utilidade clínica.

M. CHATTON, S. MARGEN & H. BRAINERD — **Handbook of Medical Management.** 480 págs., il. (Univerty Medical Publishers, Palo Alto, Califórnia — 3 dólares).

Meter num pequeno volume, de reduzido formato, tudo aquilo que é essencial para o clínico, no âmbito do diagnóstico e da terapêutica, não é tarefa fácil. Pois os autores conseguiram

realizar, por forma satisfatória esse objectivo, de real utilidade. Dispondo de minucioso índice, o leitor facilmente encontra a página onde vem as indicações de que carece, em momento em que não pode andar à procura de livro mais completo.

GUY LAROCHE & CLAUDE LAROCHE — **Examens de laboratoire du médecin praticien.** 606 págs. com 159 figs. (Masson, Edit., Paris, 1949 — 1.300 fr.).

Este volume faz parte da conhecida «Collection du médecin praticien». Tem ele por objectivo: 1.º — dar aos clínicos as indicações de requisição de análises laboratoriais; 2.º — indicar a interpretação dos resultados fornecidos pelo laboratório; 3.º — ensinar a técnica das análises mais correntes que podem fazer-se num pequeno laboratório, de que o clínico disponha.

Com esta orientação, o livro é sem dúvida útil para todos os que não trabalham especialmente em análise laboratorial.

M. ALBEAUX-FERNET, L. BELLOT, J. DANIEL, J. DERIBREUX & M. GÉLINET — **L'année endocrinologique.** 140 págs. (Masson, Edit., Paris, 1950 — 380 fr.).

Reportório das recentes aquisições no domínio da endocrinologia, colhidas na leitura de revistas europeias e americanas. Compendiam-se em 6 rubricas: supra-renais, tiróide, neuro-hipófise, ovários, testículos, afecções pluri-endócrinas e para-endócrinas. Referem-se, no total, a 20 assuntos, os de maior actualidade.

M. BURSTEIN — **Le coagulation du sang.** 172 págs. (Masson, Edit., Paris, 1950 — 500 fr.).

Fenómeno complexo, o da coagulação do sangue; para o seu esclarecimento tem contribuído muito, ultimamente, os progressos dos métodos quantitativos de isolamento dos factores que nele intervêm. Os dados novos tem importância prática, para o diagnóstico e para a terapêutica. Esta obra dá conta da natureza do fenómeno, e das aplicações na clínica dos síndromes hemorrágicos e de coagulação do sangue.

Pelo que diz respeito às variações qualitativas, não são sensíveis, ao contrário do que se verificava com a anestesia da cadeia

IV — Variações sanguíneas qualitativas provocadas pela anestesia bilateral dos pneumogástricos

Obser.	Colheitas	NEUTRÓFILOS				Monócitos	Linfócitos	Eosinófilos	Basófilos	N.º de gl. brancos por m.m. ³
		M.	J.	B.	S.					
1.a	Antes	0	0	14	53	7	24	1	1	6.100
	35 m. após	0	0	6	69	3	21	1	0	5.800
	1,30 h. após	0	0	7	65	7	21	0	0	5.500
	4 h. após	0	0	6	69	6	17	2	0	11.000
2.a	Antes	0	0	9	70	7	12	1	1	15.100
	40 m. após	0	0	14	63	9	13	1	0	12.100
	5,15 h. após	0	0	11	75	1	12	1	0	19.200
3.a	Antes	0	0	9	67	5	27	1	1	7.800
	40 m. após	0	0	5	63	8	24	0	0	6.900
	4,30 h. após	0	0	5	69	8	16	1	1	13.200
4.a	Antes	0	0	7	57	8	26	1	1	8.900
	40 m. após	0	0	8	61	5	25	1	0	8.100
	4,30 h. após	0	0	8	61	5	25	1	0	13.500
5.a	Antes	0	0	23	60	2	15	0	0	9.100
	40 m. após	0	0	17	60	6	16	1	0	13.000
	5 h. após	0	0	23	62	4	11	0	0	13.800
6.a	Antes	0	0	2	52	7	27	10	2	13.500
	45 m. após	0	0	8	59	3	28	2	0	8.400
	4,30 h. após	0	0	5	61	6	25	2	1	14.100
7.a	Antes	0	0	9	65	2	22	2	0	12.900
	45 m. após	0	0	13	62	1	21	3	0	9.050
	4 h. após	0	0	18	59	2	21	0	0	12.500

simpática, em que havia variações constantes e sempre no mesmo sentido.

V — Variações sanguíneas qualitativas provocadas pela anestesia unilateral dos pneumogástricos

Obscr.	Colheitas	NEUTRÓFILOS				Monócitos	Linfócitos	Eosinófilos	Basófilos	N.º de gl. brancos por m.m. ³
		M.	J.	B.	S.					
1. ^a	Antes	0	0	11	57	12	16	3	1	11.750
	50 m. após	0	0	11	67	7	12	3	0	10.700
	4,45 h. após	0	0	9	71	8	10	2	0	15.500
2. ^a	Antes	0	0	1	54	13	27	5	0	7.300
	45 m. após	0	0	5	59	8	26	1	1	5.800
	4 h. após	0	0	11	68	7	13	1	0	10.200
3. ^a	Antes	0	0	7	57	3	30	3	0	9.500
	45 m. após	0	0	8	55	7	29	1	0	6.800
	4 h. após	0	0	9	64	5	21	1	0	7.800
4. ^a	Antes	0	0	19	54	4	21	1	1	7.000
	40 m. após	0	0	13	60	5	21	0	1	5.100
	3,50 h. após	0	0	17	60	6	15	1	1	8.000
5. ^a	Antes	0	0	9	71	8	10	2	0	15.500
	40 m. após	0	0	6	63	8	18	5	0	11.400
6. ^a	Antes	0	0	11	68	7	13	1	0	10.200
	35 m. após	0	0	14	66	6	14	0	0	7.500
7. ^a	Antes	0	0	17	60	6	15	1	1	8.000
	45 m. após	0	0	19	62	1	16	2	0	5.900
8. ^a	Antes	0	0	9	64	5	21	1	0	7.800
	40 m. após	0	0	6	60	5	24	0	0	6.200
9. ^a	Antes	0	0	19	38	7	34	2	0	10.400
	50 m. após	0	0	25	43	4	26	2	0	8.900
	5 h. após	0	0	22	52	3	23	0	0	10.800
10. ^a	Antes	0	0	18	49	3	24	2	0	8.100
	45 m. após	0	0	19	53	2	24	2	0	5.900
	4 h. após	0	0	24	51	4	20	1	0	11.800
11. ^a	Antes	0	0	22	52	3	23	0	0	10.800
	40 m. após	0	0	19	43	4	34	0	0	8.000
12. ^a	Antes	0	0	24	51	4	20	1	0	11.800
	45 m. após	0	0	23	51	2	23	1	0	8.700

Do que fica exposto podemos pois concluir que a anestesia dos vagos provoca modificações sanguíneas quantitativas de repercussão geral, e que certamente, tal como acontecia com a anestesia da cadeia simpática, serão devidas a modificações da permeabilidade capilar que permitem uma maior ou menor transudação e portanto um aumento ou uma diminuição da concentração sanguínea; e pequenas alterações da fórmula leucocitária que seriam devidas também a modificações da permeabilidade selectiva do endotélio capilar.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — LERICHE (R.) — La chirurgie de la douleur. Ed. 3, Paris, Masson et C, 1948.
- 2 — WHITE (J. C.) and SMITHWICK (R. H.) — The autonomic nervous system. New-York, Mac Millan, Co, 1944.
- 3 — LERICHE (R.) et STRICKER (P.) — Resultats éloignés des ligatures et des resections arterielles. Rapport au XXXIX Congrès Français de Chirurgie. Paris, 1922.
- 4 — DE SOUSA PEREIRA (A.), RODRIGUES (A.) et CARVALHO (R.) — Circulation collatérale des membres. La Presse Médicale, N.º 87, Nov. 24, 1939.
- 5 — LERICHE (R.) et JUNG (A.) — Recherches experimentales sur les oedèmes chirurgicaux des membres d'origine phlebitique. J. de Chirurgie, 37:481, 1931.
- 6 — FOUNTAINE (R.) et DE SOUSA PEREIRA (A.) — Obliterations et resections veineuses experimentales; contribution à l'étude de la circulation collatérale veineuse. Revue de Chirurgie, Paris, 75:161, 1937.
- 7 — DE SOUSA PEREIRA (A.) — The innervation of the veins. Its role in pain, venospasm and collateral circulation, Surgery, 19:731, 1946.
- 8 — HERNÂNI MONTEIRO, RODRIGUES (A.), CARVALHO (R.) et DE SOUSA PEREIRA (A.) — Acção das simpaticectomias e das infiltrações novocainicas do simpático sobre o sistema linfático. Imprensa Médica, Lisboa, VII, N.º 11, 1941.
- 9 — DE SOUSA PEREIRA (A.) — L'innervation sympathique dans le développement de la circulation collatéral. Commun. au XII Congrès de la Société Internationale de Chirurgie. Londres, Sept., 1947.
- 10 — HERNÂNI MONTEIRO, RODRIGUES (A.), PEREIRA (S.) et MORAIS (E.) — Variations du taux leucocytaire après section du vague et du sympathique chez le chien. Comptes Rend. Soc. Biol. 106:1186, 1931.
- 11 — HERNÂNI MONTEIRO, RODRIGUES (A.), PEREIRA (S.) et MORAIS (E.) — Les variations leucocytaires après section et excitation du vague et du sympathique. Comptes Rend. Soc. Biol., 113:760, 1933. Medicina Contemporânea, Lisboa, 1934.
- 12 — HERNÂNI MONTEIRO, RODRIGUES (A.), PEREIRA (S.) et MORAIS (E.) — As variações leucocitárias consecutivas ao corte e excitação do vago e do simpático. Lisboa Médica, IX, N.º 11, 1932.
- 13 — RUBENS C. MAYALI e AGUIAR NOGUEIRA (J.) — Modificações sanguíneas provocadas pela interrupção fisiológica ou anatómica do nervo ciático. Arquivo de Clínica, Rio de Janeiro, v, N.º 2, 1947; Portugal Médico, Porto, XXXI, N.º 12, 1947.
- 14 — AGUIAR NOGUEIRA (J.) — Modificações sanguíneas provocadas pela secção fisiológica ou anatómica da cadeia simpática lombar. Portugal Médico, Porto, XXXIII, n.º 9-10, 1949.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

ARQUIVO DE PATOLOGIA, XXI, N.º 1 (Abril de 1949): *O tratamento cirúrgico radical do cancro do colo uterino consecutivo a recidiva ou insucesso da prévia radioterapia ou cirurgia conservadora*, por Alexander Brunschwig; *Mielose eritrémica*, por F. Fonseca e Carlos Trincão; *Lesões provocadas pelas hormonas estrogêneas no «Mus decumanus»*, por M. Th. Furtado Dias.

TRATAMENTO CIRÚRGICO RADICAL DO CANCRO DO COLÓ UTERINO. —

As doentes portadoras de carcinoma do colo do útero, localizado ou invadindo já vísceras vizinhas, submetidas anteriormente ao tratamento padrão — curieterapia e roentgenerapia — ou mesmo cirurgia conservadora, constituem um difícil problema terapêutico, em virtude do seu grave prognóstico. O autor, nestes últimos tempos, tem procurado salvar o maior número possível de estas doentes, por meio de extensas operações. A orientação seguida depende das lesões anátomo-patológicas; assim:

Quando o cancro é localizado, apesar de constituir recidiva ou insucesso de tratamento — faz histerectomia total com extirpação de todo o tecido linfático da pelve.

Quando o cancro invade a bexiga tornam-se necessários: histerectomia total, cistectomia total e vaginectomia com implantação dos ureteres no cólon. Esta operação é feita num só tempo.

Quando o tumor invade o cólon pélvico é necessário fazer histerectomia total e vaginectomia, seguidas de ressecção abdómino-perineal do cólon. Esta operação é feita numa só sessão mas em dois tempos. Finalmente impõe-se uma extensa operação quando o cancro do colo invade a bexiga e o cólon; operação que é realizada em dois tempos: um abdominal e outro perineal.

Na fase abdominal, após uma larga laparotomia, o autor faz um cuidadoso esvaziamento de todo o tecido linfático da pelve, liberta as vísceras pélvicas dos seus vasos, mobilizando completamente a bexiga, útero e anexos assim como a porção do cólon pélvico que fica abaixo do nível a que este foi seccionado; implanta os ureteres no cólon e finalmente encerra a laparotomia deixando exteriorizado o topo proximal do cólon. No tempo perineal, depois duma incisão elíptica abrangendo ânus e vulva, faz a dissecação no sentido ascendente até ser possível extirpar todos os órgãos pélvicos que tenham sido mobilizados na fase abdominal.

A experiência do autor, no que se refere a esta nova orientação terapêutica, é baseada em 84 casos. No conjunto de todos estes tipos de intervenção há 39 % dos doentes que vivem sem sinais de

CRISES ANGINOSAS, PERTURBAÇÕES
VASOMOTORAS DE TIPO ESPÁSTICO,
HIPERTENSÃO ARTERIAL, CLIMATÉRIO
MASCULINO E FEMININO, ETC.



ASSOCIA A ACÇÃO ANTIESPAS-
MÓDICA DA PAPAVERINA À ACÇÃO
SEDATIVA DO FENOBARBITAL
E DIURÉTICA DA TEOBROMINA.



HIPERTENAL "SCIENTIA"

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

Cada comprimido contém: Papaverina, 0,03 grs.; Fenobarbital, 0,03 grs.; Teobromina 0,30 grs.

MEMORANDUM

TEOBROMINA

Acções fisiológicas: Absorvida lentamente por via digestiva, a Teobromina exerce a sua acção fundamental: diurese, sem se tornarem efectivos os seus efeitos secundários.

A acção diurética da Teobromina é qualitativamente análoga à da Cafeína, isto é, ao mesmo tempo é celular, vascular, tissular e central, se bem que quantitativamente seja muito mais intensa porque ou passa muito mais facilmente ao estado de monometilxantina activa, ou porque, o que é mais verosímil, pode ser administrada em maiores doses por ser menos solúvel e, consequentemente, afastar-nos dos perigos de efeitos secundários nocivos.

A diurese é tanto mais forte quanto maior for a retenção aquosa.

A Teobromina opõe-se à retenção do Cl (Ssaki - 1925) provocando, nos casos patológicos, uma diurese muito marcada quando haja retenção cloretada.

FENILETILMALONILUREIA OU FENOBARBITAL

Em fracas doses, o Fenobarbital tem sido aplicado como sedativo nervoso e nas crises de angor pectoris.

As suas contra-indicações são: todos os casos de insuficiência cardíaca e renal.

PAPAVERINA

Pode dizer-se que a Papaverina é fundamentalmente um antiespasmódico, por fazer baixar o tonus das fibras lisas contraídas espasmódicamente ou mesmo em contractura quer sejam elementos dos vasos sanguíneos do tubo digestivo, bexiga, uretères, vesícula, brônquios, etc (S. Pal - 1913).

Sobre os vasos coronários, a sua acção vaso-dilatadora é clara. Acessoriamente mostra-se fracamente analgésica e anestésica local.

POSOLOGIA: Salvo prescrição médica especial: 1 comprimido dissolvido em água 2 a 3 vezes por dia.

canço, em períodos que vão de alguns meses até 2 anos; tendo em consideração que todos os doentes incluídos nesta série estão fatalmente condenados, os resultados obtidos, embora estejam longe de serem definitivos, permitem pelo menos certos períodos de sobrevivência.

De notar a mortalidade operatória, que no conjunto de todos os tipos de intervenção cirúrgica é de 20 %.

CLÍNICA, HIGIENE E HIDROLOGIA, XVI, 1950.—N.º 6 (Junho): *Normas gerais que fundamentam a terapêutica actual das insuficiências cardíacas congestivas à luz da fisiopatologia*, por Aníbal de Castro. N.º 7 (Julho): *O ensino da hidrologia e a assistência termal em Lisboa*, por Amaro de Almeida; *As águas de Caldela no tratamento das neuroses do cólon*, por Júlio Formigal e F. de Castro Amaro; *A fórmula agocítica das águas*, por Amaro de Almeida.

TERAPÊUTICA DAS INSUFICIÊNCIAS CARDÍACAS CONGESTIVAS.— Em esquema, o tratamento da insuficiência aguda de predomínio esquerdo consiste no seguinte: repouso no leito, em posição de Fowler; medicação inicial de sulfato de morfina (0,015) com sulfato de atropina, endovenosa; se o doente não usava digitalina ou deixou de a usar há mais de duas semanas, 5 decimiligramas de ouabaina intravenosa, preferindo outros a digitoxina (0,0012, em duas tomadas); para atenuar os efeitos depressivos da morfina sobre os espasmos brônquicos ou para aliviar um Cheyne-Stokes, aminofilina intravenosa a 5 por cento; tenda de oxigénio intermitente, 6 litros por minuto; torniquete que mantenha a pressão sistólica; se o doente não responder ao tratamento que acaba de se indicar, sangria de 300 a 600 cc.: dieta de Karrel modificada, nos 2 ou 3 primeiros dias. Na insuficiência bilateral, o esquema é o mesmo, somente com as seguintes diferenças, provenientes da preponderância do edema sobre a dispneia: em vez da sangria, injeção intramuscular de salirgan com teofilina, associando-se ou não os amoniacais: a dieta mencionada, ou sumo de frutos, institui-se apenas durante 24 horas, passando-se em seguida para dieta mista descloretada (máximo de 3 gr. de sal por dia).

O repouso é sem dúvida útil, convindo a posição erecta, que facilita a respiração e diminui a carga cardíaca; mas não deve ser muito prolongado, tornando-se então prejudicial. O cardiologista deve visar manter os seus doentes em repouso suficiente, mas mobilizá-los o mais depressa possível.

Para as insuficiências congestivas crónicas, há vários esquemas, todos semelhantes. O A. apresenta os de Graham e de Wassermann. O primeiro de estes indica: dieta não excedendo 1 gr. de proteínas por quilo de peso do doente, nem 3 gr. de sal, e com 2 centigr. por dia de tiamina; 3 litros de líquido na ração diária; digitalização total em 3 tomadas nas 24 horas, seguida por dose diária de manutenção, de um décimo da dose digita-

lizante; 1 a 3 vezes por semana, injeção intramuscular de 1 a 2 cc. de teofilina; sempre que o doente a tolere, a dieta será de cinzas ácidas; administrar 6 gr. diários de cloreto de amónio, para auxiliar a acção diurética. O segundo esquema difere em não indicar restrição de sal, em fazer a digitalização lentamente, com 2 decigramas de pó de dedaleira, por dia. O A. é de opinião que a digitalização total só é aconselhável excepcionalmente, e feita com a duração de 48 horas; quanto ao digitálico a empregar, o melhor é o que cada clínico melhor conhece. A associação dos diuréticos mercuriais ao digitálico é geralmente útil, para a resolução dos edemas, sendo aconselhável não provocar bruscamente depressões rápidas, dando-se de começo uma dose pequena, por via intramuscular, e 12 horas depois a dose total; a via endovenosa deve ser excepcional, empregada só depois de avaliada a susceptibilidade para o Hg, e então convém que o mercurial vá dissolvido em soro glucosado hipertónico, que diminui a acção irritante da droga e reforça a diurética.

Na alimentação dos insuficientes cardíacos é aconselhável, depois do jejum ou hipoalimentação que foi indicado como regime de início nos casos agudos, graves, fazer a transição para as dietas completas por meio de pequenas refeições de farinhas, açúcar, manteiga e pão sem sal. Enquanto a compensação não estabilizou, de duas em duas semanas convém fazer um dia de dieta de Karrel melhorada, com sumos de frutos. Sempre é melhor multiplicar as refeições que fazê-las abundantes, e de preferência beber nos intervalos. Na dieta completa só devem usar-se com ponderação: cacau, chocolate, canela, pimenta, cravinho, vinagre, coconote, chá e café. Devem proibir-se: carnes secas ou com «pickles», sobremesas ricas em condimentos, azeitonas, fava, feijão, amêndoas salgadas, couves-brócolo e flor, nabo, cenoura, cebola, melão, banana, figo; por provocarem fermentações intestinais.

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, XIII, 1950. — N.º 5 (Set.): *O tratamento dos vômitos dos lactentes por meio de refeições espessas*, por Cordeiro Ferreira; *Linfadeno-patia gigante-celular*, por Jorge da Silva Horta; *Sobre tumores de Wilms na infância*, por Armando Tavares e E. Alegria Ferreira.

TRATAMENTO DOS VÔMITOS DOS LACTENTES. — A maior parte dos lactentes que vomitam não o fazem por uma causa específica; vomitam, sem qualquer outra manifestação patológica do tubo digestivo, frequentemente, pequenas quantidades, durante o tempo que medeia entre as mamadas. Estes vômitos são devidos geralmente a aerofagia, e esta é favorecida pela deglutição de alimentos líquidos, como a prática mostrou e Marcel Lelong provou com a análise radiológica. De aí a prescrição de espessar o leite, reduzindo o volume de cada refeição ou juntando-lhe uma substância apropriada. Lelong propôs o albume dos grãos de alfaroba, cuja polpa é usada no tratamento da diarreia. O A. tendo ensaiado

a substância, preparada pela Nestlé com o nome de Nestargel, na proporção de 1 a 2 por cento, colheu bons resultados, sendo de parecer que a junção a 1 por cento, mais facilmente aceitável, é suficiente. O sucesso foi constante em todos os casos (18) de vômitos habituais por aerofagia; noutras circunstâncias o procedimento não dá plena satisfação, por os vômitos dependerem de outras causas (v. de origem central, dispepsia aguda, infecção parenteral).

LINFADENOPATIA GIGANTO-FOLICULAR. — Com esta designação individualizou-se uma afecção caracterizada clinicamente pela tumefacção dos gânglios linfáticos e, em metade dos casos, do baço, podendo a hiperplasia do tecido linfático estender-se a todo o organismo; o prognóstico é relativamente benigno, pois as hipertrofias cedem à radioterapia. O A., fazendo o estudo histológico em casos de esta índole, e comparando-o com o de outras afecções semelhantes, é de parecer que não se trata de uma entidade nosológica, mas apenas de um aspecto da maneira como o tecido linfático reage a qualquer acção irritante, aspecto que pode considerar-se como quadro inicial ou benigno de qualquer das afecções malignas de esse tecido (linfosarcoma, linfogranuloma, etc.).

TUMORES DE WILMS NA INFÂNCIA. — Os disembríomas renais não são raros nas crianças, e pelo silêncio sintomatológico, que é a regra no seu desenvolvimento, passam facilmente despercebidos, enquanto não tomam grande volume. Isto leva a ponderar a necessidade de um exame cuidadoso de todas as crianças que se apresentam ao médico por qualquer motivo. para precocidade do diagnóstico; todos os casos suspeitos deverão sujeitar-se aos exames complementares (laboratoriais, radiológicos, urológicos) esclarecedores da natureza da tumefacção do ventre; esclarecido o diagnóstico impõe-se a intervenção cirúrgica seguida por radioterapia profunda, em rápida decisão, pois só a cirurgia pode salvar a criança.

ACÇÃO MÉDICA, XIV, N.º 56 (Junho de 1950): *A eutanásia*, por V. M. Sant'Ana Carlos; *A doutrina de Freud sobre a psicanálise*, por Abel Pacheco; *Origem do homem*, por P. Boigelot.

A EUTANÁSIA. — No sentido que habitualmente se lhe dá, e mesmo com o rótulo de compaixão, é pura e simplesmente um acto criminoso. O médico tem de aliviar a dor, empregando para isso todos os meios de a combater, velando a verdade aos incuráveis, nunca lhe matando as esperanças e procurando suavizar os sofrimentos que desesperam os pacientes.

ARQUIVOS DO INSTITUTO DE PATOLOGIA GERAL DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. — V (1947-49): *Pesquisas recentes e conceitos franceses actuais sobre a melanose de Riehl*, por J. Pellerat;

O cálcio e o fósforo na alimentação humana, por A. Meliço Silvestre; *Introdução ao estudo da tuberculose cutânea*, por Mário Trincão; *Contribuição para o estudo da dispersão das aglutininas anti-brucélicas humanas em Portugal*, por Henrique de Oliveira; *O meio de Klodnizky modificado na bacteriostase selectiva no género brucella*, por Henrique de Oliveira; *Os ácidos aminados essenciais dos peixes de maior consumo em Portugal*, por F. A. Gonçalves Ferreira; *Alterações hematológicas no rato em avitaminose B₁₂*, por J. Pais Ribeiro; *Contribuição para o estudo da alimentação do indígena da Ilha de S. Tomé*, por Meliço Silvestre e J. Pais Ribeiro; *Estudo da acção das dicloraminas nas águas de Coimbra e em águas previamente poluídas*, por J. Pais Ribeiro.

DISPERSÃO EM PORTUGAL DAS AGLUTININAS ANTI-BRUCÉLICAS. —

A presença de aglutininas anti-brucélicas em soros de indivíduos aparentemente normais tem sido interpretada de várias maneiras, mas a hipótese mais aceitável é a de que representam rastos de infecções passadas ou latentes; de aí a importância da sua determinação para avaliar a difusão das bruceloses humanas, cuja casuística está em discordância, pela sua pequenez, com a larga difusão da zoonose brucélica. Em 1.000 soros de indivíduos residentes no centro do país, o A. apurou uma proporção de 3 por cento de aglutinação de antigénio brucélico, na diluição de 1:20 ou título superior; o que concorda com a taxa de 3,5 por cento, encontrada por Cândido de Oliveira no sul do país.

ÁCIDOS AMINADOS EM PEIXES PORTUGUESES. — Doseando seis ácidos animados (fenilalanina, histidina, metionina, triptofano, cistina e tirosina) em 4 espécies de peixe de mar de grande consumo (sardinha, carapau, pescada e bacalhau), reconheceu que a composição nos referidos ácidos aminados das proteínas de esses peixes é sensivelmente a mesma, e que não se apreciaram variações sensíveis com as épocas do ano, nem com o estado do peixe, fresco ou seco.

TUBERCULOSE. — III, N.º 6 (Maio de 1949): *A Assistência Nacional aos Tuberculosos (1899-1949)*, por Albano Castelo Branco; *A obra da Assistência Nacional aos Tuberculosos e a Rainha Senhora D. Amélia*, por Costa-Sacadura; *O primeiro sanatório de tuberculose pulmonar da A. N. T.*, por Ladislau Patrício. IV, N.º 1 (Julho de 1950): *Os centros de profilaxia e diagnóstico do I. A. N. T.*, por Casanova Alves; *Relatório dos serviços cirúrgicos do I. A. N. T.*, por J. Nunes de Almeida.

CENTROS DE PROFILAXIA E DIAGNÓSTICO. — Em Lisboa, Porto e Coimbra começaram a funcionar estes centros, nos quais se faz o exame microrradiográfico de todos os indivíduos que se lhes apresentem, a vacinação pela B. C. G. de crianças e adolescentes e dos adultos que

CYREN B

(dipropionato de dietildioxiestilbeno)

com todas as propriedades biológicas da
hormona folicular

comprovado em todas as indicações da terapêutica
de hormona folicular

aplicável com ótimos resultados na

ginecologia, clínica médica e dermatologia
por via oral e parenteral

Embalagens originais:

Cyren B e Cyren B forte em comprimidos de 0,1 e 0,5 mg

Cyren B e Cyren B forte em ampôlas de 0,5 e 2,5 mg



» *Bayer* « **Leverkusen, Alemanha**

PARA A VASO-CONSTRIÇÃO E
DESCONGESTÃO DAS MUCOSAS

PRIVAMIDA

A Z E V E D O S

SOLUÇÃO ISOTÓNICA E ISOIÓNICA A 1%₀₀
DE CLORIDRATO DE NAFTIL-METIL-IMIDAZOLINA

PARA O TRATAMENTO SINTOMÁTICO DAS CON-
GESTÕES NASAIS DE ORIGEM INFLAMATÓRIA
OU ALÉRGICA, RINITES AGUDAS E CRÓNICAS,
RINITE VASO-MOTORA, RINO-SINUSITES, etc.

COMO COLÍRIO, NAS CONJUNTIVITES

Frasco com pipeta conta-gotas. . . 13\$00

S O C I E D A D E
I N D U S T R I A L
F A R M A C Ê U T I C A

LABORATÓRIOS AZEVEDOS

organismos oficiais ou particulares indiquem para prevenção sanitária nos aglomerados respectivos; revêem os indivíduos, radiolôgicamente, cada ano, e verificam a alergia vacinal para os fins de possíveis revacinações. Brigadas móveis, em organização, estenderão as funções dos centros, actuais e a fundar. O A. destaca o importante papel dos centros, tanto para a profilaxia como para o diagnóstico.

JORNAL DO MÉDICO. — N.º 397 (2-IX-1950): *A silicose, doença profissional, em face da legislação portuguesa do trabalho*, por Luís Guerreiro; *Estudos psico-terapêuticos da escola de E. Krestschmer*, por Gerhard Koch; *Aspectos sanitários da Itália em 1949*, por António Paúl. N.º 398 (9-IX): *Terapêutica ocupacional em psiquiatria*, por J. Seabra Diniz. N.º 399 (16-IX): *Os primeiros passos do B. C. G. em Moçambique*, por José de Carvalho Campos; *Esboço de topografia médica do concelho de Mafra*, por Mário Gomes Marques (conclusão do n.º anterior). N.º 400 (23-IX): *Contribuição para a luta anti-tuberculosa em Portugal*, por A. J. Moura Monteiro. N.º 401 (30-IX): *Oncocercose em Angola*, por Walter e Alice Strangway; *A população portuguesa através da História*, por J. T. Montalvão Machado.

A POPULAÇÃO PORTUGUESA ATRAVÉS DA HISTÓRIA. — Portugal deve ter surgido com cerca de 500.000 mil habitantes; segundo os cálculos de povoamento, operado durante a primeira dinastia, essa população deve ter duplicado e ascendido a um milhão de almas. Depois, forças antagónicas agiam em sentidos contrários, e a população, ora aumentando ora diminuindo, foi crescendo por forma a que, no começo do século XVIII era de uns 2 milhões, e no início do XIX de perto de 3 milhões e à entrada do actual século XX era de 5.500.000 indivíduos. Na hora presente deve aproximar-se de 8.700.000, pois o censo de 1940 apurou 7.722.152 habitantes.

CLÍNICA CONTEMPORÂNEA, IV, 1950. — N.º 1 (Jan.): *Da fantasia na terapêutica do cancro e as consequências de ignorar a anatomia patológica*, por F. Gentil; *A dieta dos hepáticos*, por J. Gouveia Monteiro; *Sobre o valor da biopsia*, por E. Lima Bastos e J. Conde; *O tratamento urgente na retenção do aparelho urinário superior*, por Fontoura Madureira; *Problemas da patologia do sistema biliar*, por Gerardo S. de Paula e Silva. N.º 2 (Fev.): *Evolução das técnicas de roentgenterapia*, por Bénard Guedes; *O tratamento da meningite pneumocócica*, por J. Oliveira Machado e E. Oliveira Machado; *Sobre um caso de granúlia com diatese hemorrágica*, por Arsénio Cordeiro e F. Laginha Apolónia; *O tratamento do kala-azar mediterrânico pela pentamidina e glucantime*, por J. Fraga de Azevedo e Álvaro Amado; *O tratamento do carcinoma do lábio pelo rádio*, por Mário Andrade.

A DIETA DOS HEPÁTICOS. — A moderna dietética abre horizontes de esperanças a doentes de futuro tão negro como os cirróticos descompensados. Os seus resultados serão cada vez maiores à medida que se for aperfeiçoando a técnica do diagnóstico, permitindo actuação mais rápida, e os seus benefícios atingirão o máximo quando se passar à profilaxia, pelo uso de uma alimentação correcta, meio preventivo de tantas lesões hepáticas.

Até há uma trintena de anos pode dizer-se que não havia critério bem definido na dietética dos hepáticos. Depois, a partir dos trabalhos de Roger, assentou-se em que o regime devia ser: hiperglicídico, hipoproteico e hipolipídico. A prescrição assentava em bases teóricas, experimentais e clínicas. Nos últimos anos, porém, o assunto foi inteiramente revisto. A noção de sinergia das funções hepáticas, em dependência da presença do glicogénio, foi substituída pela de assinergia, de independência de cada uma delas, que as provas de exploração funcional demonstraram; verificou-se que nem sempre há depleção das reservas glicogénicas nas doenças do fígado e que as proteínas são indispensáveis para o bom funcionamento da víscera, podendo experimentalmente provocar-se lesões cirróticas com dietas hipoproteicas. As observações clínicas condizem com estas noções. O mecanismo pelo qual a carência proteica leva às alterações hepáticas é o da falta de certos ácidos aminados, e especialmente da metionina; acessoriamente, intervém o compromisso de certos sistemas enzimáticos que a falta de proteínas priva de um dos elementos constitutivos, o que prejudica a síntese do glicogénio. Por outro lado, o papel das vitaminas foi estudado, verificando-se a acção prejudicial da hipervitaminose D, a acção protectora contra a necrose da vitamina E, e a importância do complexo B, e sobretudo da colina, para a mobilização da gordura. A redução de esta na ração alimentar não deve ser excessiva, como se pensava.

São muito numerosos os trabalhos publicados em que se patenteiam os superiores resultados obtidos com esta orientação dietética, principalmente nos casos de cirrose. Ela pode resumir-se no seguinte conceito: alimentação rica em proteínas e hidratos de carbono, moderada em gorduras, com abundante fornecimento de vitaminas, sobretudo do complexo B. Sobre os géneros apropriados para confecção de este regime, há a notar: as proteínas devem ser principalmente de origem animal, carnes frescas e magras, peixes magros, leite desnatado, ovos; como gorduras, manteiga e azeite, frescos, não requentados; cereais, legumes e frutos. Como condimentos, limão e sal. Alimentos a proibir: conservas, salchicharias, porco, pato, peru, caça, peixes gordos, queijos gordos e fermentados, margarina. São poucos recomendáveis: couves, ervilhas, azeitonas, castanhas, nozes avelãs e amêndoas. Evitar os pratos de complicada culinária, com especiarias e molhos, os guisados; os fritos devem proibir-se. Está interdito o uso de bebidas alcoólicas, de café, cacau e chocolate. Nos ascíticos deve fazer-se alguma restrição de líquidos. Final-

mente, é recomendável substituir os repastos copiosos por refeições pouco abundantes e mais numerosas.

TRATAMENTO URGENTE DA RETENÇÃO DO APARELHO URINÁRIO SUPERIOR. — A retenção pode ter causa anatómica ou, mecânica, ou ser de origem dinâmica, funcional; as duas juntam-se frequentemente. Se há retenção que se manifestam por aspecto agudo, de cólica nefrética ou de infecção, outras evoluem surdamente e os doentes chegam já com volumosa hidronefrose; o diagnóstico é por vezes difícil, exigindo a intervenção do urologista. Sendo variadas as causas da retenção e diversos os seus aspectos, o tratamento terá de subordinar-se às condições de cada caso. Pode ser: médico, urológico, e cirúrgico.

O tratamento médico consiste em medicação anti-espasmódica, medicação sedativa da dor, e no tratamento das complicações, especialmente a infecção, a anúria e a insuficiência renal. Como anti-espasmódicos empregam-se: papaverina, octinum, trasentina, neuro-trasentina, prostigmina, eupaco, e ultimamente tem-se preconizado o depropanex (extracto de pâncreas desproteinizado) e uma substância de origem americana conhecida pelo nome de AP43. Como sedativos de dor, o pantopon e os derivados do ópio. A infiltração novocaínica dos esplâncnicos tem acção anestésica e vaso-dilatadora do parênquima renal, e anti-espasmódica, devendo empregar-se em todos os casos de anúria; autores franceses empregam a novocaína endovenosa, 10 cc. a 1 por cento, e com ela tem resolvido situações de inúria que não cederam a outra terapêutica. A infecção combate-se com desinfectantes intestinais, acidificantes do tipo ácido mandélico, sulfamidas, e antibióticos; de estes, principalmente a estreptomycina, pela sua acção sobre o colibacilo.

Os casos que tem de relegar-se ao urologista são tratáveis por procedimentos baseados na endoscopia e no cateterismo ureteral, para remoção dos obstáculos encontrados. Estes podem conduzir a intervenção cirúrgica, quer de ordem conservadora, como na hidronefrose, quer radical, como nas lesões irreparáveis ou que destruíram o rim, na hidronefrose por obstáculo junto à porção intramural do uretere, na fístula lombar persistente depois de operação conservadora.

TRATAMENTO DA MENINGITE PNEUMOCÓCICA. — As sucessivas modalidades de tratamento, com crescentes percentagens de curas, levaram ao estabelecimento de uma norma, que se afigura ser, no momento actual, a melhor: emprego simultâneo de grandes doses (1 gr. cada 2 ou 3 horas, no princípio, reduzindo-se progressivamente, por aumento dos intervalos) de sulfamida, e de penicilina (à roda de 1 milhão diário de unidades); a penicilina por via intranaquidiana é dispensável e pode produzir acidentes vários.

GAZETA MÉDICA PORTUGUESA, III, 1950. — N.º 2 (2.º trimestre): *Fisiopatologia da coagulação sanguínea*, por J. Celestino da

Costa; *Um caso de rotura e hematoma espontâneo do grande oblíquo do abdómen*, por A. G. de Sousa Dias; *Cancro do esófago torácico*, por Arlindo Mendes; *Esofagotomia com ressecção total do estômago por via transpleuro-diafragmática*, por L. Canto Moniz; *Considerações acerca do tratamento das rickettoioses exantemáticas pela aureomicina*, por José Cutileiro; *Derivados da hidantoina no tratamento do tétano*, por Mário Gomes Marques; *Aureomicina, revisão bibliográfica*, por José Alberto Candeias; *Princípios e prática da quimioterapia local*, por Lawrence P. Garrod; *Princípios da administração em quimioterapia*, por J. H. Gaddum; *Novos medicamentos*, por Marques Leal; *Um caso da aortite vegetante devida a salmonella typhi*, por Armando de Mendonça; *Tinha tonsurante por infecção dupla*, por Arnaldo Tanissa; *Molluscum contagiosum do couro cabeludo*, por Arnaldo Tanissa; *Contribuição para o estudo do líquido cefalorraquidiano na tripanosomíase humana*, por F. S. da Cruz Ferreira; *A osteossíntese metálica com prótese amovível*, por Américo Durão; *Tratamento das fracturas da perna pelo método de Roger Anderson*; *O pneumotórax terapêutico*, por Fernando Leal; *Algumas considerações sobre anestesia*, por R. R. Mac Intosh; *Tuberculose genital na mulher*, por Kírio Gomes; *Estado actual da rinoplastia*, por J. Ferreira dos Santos; *Electronia em medicina*, por E. O. J. Mayer; *Acerca de um processo bioquímico que provoca a avitaminose B₁*, por Kurt Jacolsohn e M. Deodata Azevedo; *Aortografia torácica*, por Ayres de Sousa; *Enfermagem de oxigenoterapia*, por M. Helena Pita Negrão.

O PNEUMOTÓRAX TERAPÊUTICO. — O A. faz o balanço dos resultados obtidos em 100 doentes de Sanatório, em Davos-Platz, para definir as dificuldades e as vantagens da colapsoterapia médica. Tomou em consideração os factores idade, sexo, aspecto radiológico das lesões e localização cavitária antes do início do colapso, dados clínicos e laboratoriais à entrada, tempo expresso em meses de cura natural, tratamento aplicado, número de entradas e tempo total de internamento, condições clínicas e laboratoriais à data da última saída do doente, resultados passados anos. Quadros estatísticos mostram a situação de cada doente e os agrupamentos dos casos para avaliação dos resultados. As conclusões a que chegou foram as seguintes: Na tuberculose, doença que necessita de tratamento no período da vida que vai dos 20 aos 40, quadra de grande actividade social, a idade não condiciona o prognóstico imediato ou tardio da colapsoterapia médica; o sexo feminino parece adoecer mais facilmente que o masculino, e a gravidez parece ser a causa da reactivação ou agravamento das lesões, que impõe adequada terapêutica.

Nos casos estudados a lesão radiológica era, na maioria dos casos, cavitária, unilateral, com disseminação bilateral, e com predomínio da cavidade lobar superior esquerdo; a localização basal ou para-hilar não condiciona menor eficácia do colapso.

A baciloscopia positiva é quase obrigatória para o início do trata-

mento. O diagnóstico de tuberculose pulmonar não implica o início urgente do pneumotórax, porque pode dar-se regressão espontânea de muitas lesões; a indicação ficará em suspenso.

Muitos dos colapsos são parciais, de começo. A precocidade do corte das aderências (antes dos 6 meses) não é factor indispensável para que se obtenha um colapso total.

O exsudado serofibrinoso complica o pneumotórax em cerca de um terço dos casos, podendo ser precoce ou tardio. O empiema, também precoce ou tardio, aparece em 9 por cento dos casos. Houve necessidade de bilateralizar o tratamento em 31 casos; em 19 antes dos 3 anos e em 11 depois deste período.

A evolução da doença obrigou ao reinternamento por duas ou mais vezes, num tempo total de sanatorização próximo de dois anos.

Os resultados imediatos do tratamento são óptimos; os tardios são menos brilhantes. De entre os doentes falecidos a maioria morreu 6 anos depois do início do colapso. Apenas 30 por cento dos casos mostrou curas clínicas passados 7 anos sobre o começo do tratamento; as 20 recidivas cavitárias apareceram, em média, também passados uns 7 anos.

Finalmente, como conclusão geral: O pneumotórax não é processo radical de tratamento da tuberculose pulmonar, mas aumenta a sobrevivência dos doentes; pelo que está justificada a tendência para ampliar o período médio de sanatorização e de duração do colapso, a fim de evitar, na medida do possível, o aparecimento das complicações tardias que comprometem a sua eficácia.

REVISTA CLÍNICA DO INSTITUTO MATERNAL — N.º 7 (vol. III-1950): *Hemangioma capilar do útero*, por J. de Oliveira Campos; *Síndrome de Meigs*, por Otero Soto; *A exploração da permeabilidade tubária pela prova da fonolsulfonofaleína*, por Gonçalves de Azevedo Filho; *Deslocação da bexiga e uretra durante o parto*, por Machado Macedo; *Uretrite feminina*, por Machado Macedo.

HEMANGIOMA CAPILAR DO ÚTERO. — Uma mulher de 60 anos de idade, em menopausa desde os 56, sofrendo desde então de sensação incômoda no baixo ventre, e dores que irradiavam para a região renal; as dores foram num dia muito intensas, provocando polaquiúria de urina clara. Repentinamente, grandes hemorragias, durante dois dias, moderando-se nos dias seguintes. Mais tarde, dor violenta e, de novo, fortes hemorragias; isto repetiu-se depois de dias de calma, o que levou ao internamento e a intervenção cirúrgica de histerectomia total.

A peça operatória mostrou tratar-se de um caso sem equivalente na literatura médica: hemangioma capilar do útero, que abrangia toda a mucosa, substituindo-a completamente. O exame histológico não revelou caracteres de malignidade, provando-se assim a existência da forma benigna da lesão, ao lado da forma maligna.

HOSPITAIS PORTUGUESES — N.º 4 (Abril-Junho de 1949): *Essenciais à organização e gerência*, por M. Sarafana; *Farmácia hospitalar*, por M. J. Braga da Cruz. N.º 5 (Jan.-Março de 1950): *Das dificuldades com que lutam as Misericórdias*, por F. Calixto Moreira; *A Ordem Hospitaleira de S. João de Deus*, por J. Gameiro Alexandre. N.º 6 (Abril-Junho de 1950): *Falando de hospitais* (continuação), por A. Lobo da Costa; *Normas do inquérito assistencial* (continuação), por J. Machado de Araújo; *Planias do Hospital da Praça*, por A. da Rocha Brito.

LIVROS E OPÚSCULOS

RELATÓRIOS DOS TEMAS OFICIAIS DO II CONGRESSO LUSO-ESPANHOL DE DERMATOLOGIA. — Contém: *Eritema nodoso*, por Carrilho Casaux, *Eritema nodoso*, por Juvenal Esteves e Norton Brandão; *Etiopatogenia de la úlcera de la pierna*, por Noguer-Moré; *Patogenia, etiologia e terapêutica da úlcera da perna*, por Menéres Sampaio e Ayres de Sousa.

Sobre ERITEMA NODOSO, o primeiro relatório considera-o como reacção alérgica, com aparição e intensidade mais frequentes na infância e em certas estações do ano, principalmente primavera e outono; infecções e intoxicações serão as causas que podem encontrar-se em muitos casos, e entre aquelas predominantemente a tuberculose, embora muita vez não seja possível descortinar qualquer etiologia. O segundo relatório baseia-se no estudo de 25 casos, de crianças e adultos, e chega a semelhantes conclusões, no ponto de vista etio-patogénico; a tuberculose foi incriminada em 12 casos, a infecção estreptocócica em 7 (sendo apenas provável em 2), o linfogranuloma inguinal em 3, e em 3 não se apurou qualquer infecção.

Os relatórios sobre ÚLCERA DA PERNA acentuam a multiplicidade de causas da falta de nutrição do tecido que ulcera, salientando as relações da lesão com as varizes e as flebites, por serem dos casos mais frequentes; o segundo relatório insere uma valiosa contribuição angiográfica ao estudo perturbações circulatórias do membro inferior, e fecha com um capítulo sobre o tratamento, que vamos resumir.

O tratamento profiláctico da úlcera consiste em combater a deficiência circulatória da perna; o varicoso deve ser tratado logo que comece a sentir perturbações, e esse tratamento das varizes deve instituir-se de acordo com o grau e extensão das dilatações venosas, apuradas cuidadosamente; o arterítico logo que mostra os primeiros sinais de diminuição da circulação arterial do membro.

O tratamento curativo implica o conhecimento do estado geral do doente (sífilis, diabetes). Nos varicosos o processo esclerosante das veias dilatadas dá, geralmente, bons resultados; a cirurgia impõe-se quando as varizes são extensas, com a crona da rafena e as comunicantes insuficientes. Na infecção da úlcera, a penicilinoterapia (2 a 3 milhões) tem acção notável. Nas úlceras varicosas propriamente ditas, a compressão do mem-

bro com aplicação sobre a úlcera de uma esponja anti-séptica, incluída no penso com pó de aristol ou viofórmio, dá bons resultados. As celulites à volta das úlceras melhoram com a diatermia. Quando existe esclerose dos tecidos que circundam a úlcera, favorece-se a cicatrização fazendo injecções locais de novocaína a 1 por cento, sobretudo associadas à penicilinoterapia local. Melhora-se a circulação local e a movimentação das articulações, injectando nicotinato de sódio na artéria femoral; a pomada da mesma substância (a 5 por cento) tem efeito cicatrizante. Os enxertos dermo-epidérmicos podem aplicar-se com êxito se a superfície ulcerada melhorou com aquele procedimento. Também opera igualmente a inclusão de 2 cc. de placenta nas proximidades da úlcera.

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

As simpatoses arteriais

P.-N. DESCHAMPS apresenta 4 observações, escolhidas como exemplos entre 17, de afecção arterial dos membros que não pode filiar-se nos tipos clássicos; são síndromas de espasmos das artérias, cuja caracterização não anda bem definida, prestando-se a confusões. Por isso, a propósito das suas observações, expõe o que pode conduzir a correcto diagnóstico. (*Bruxelles Médical*, 6-VIII-1950).

Três ordens de sintomas resumem o quadro clínico. Um é constante, a dor, ou, pelo menos, certa sensação de prisão do membro afectado. Outro é quase constante, mas fruste, a perturbação oscilométrica. O último é acessório e consiste na modificação do aspecto do tegumento no membro ou nos membros inferiores atacados.

A dor tem o carácter comum às dores arteriais, predomínio com a marcha e provocação pelo frio, mas não tem o aspecto da claudicação intermitente, pois aparece também no repouso e até de noite, no leito, caprichosamente; é tanto uma dor simpática, de causalgia, como uma dor arterial. Aproxima-se mais das dores de trombo-angeíte, mas não tem a intensidade, tantas vez insuportável, que estas apresentam. Não se parece com as dores da doença de Reynaud, distais e simétricas; a dor da simpatose reside em plena perna ou em pleno braço, e é quase sempre unilateral.

As modificações oscilométricas diferem das apresentadas pelas doenças orgânicas arteriais: leve diminuição das oscilações do lado doente, em toda a altura do membro e não limitada às extremidades, e persistente, subsistindo geralmente depois de cessar o padecimento.

A alteração dos tegumentos é rara e consiste em transitória cianose do pé; não há perturbações tróficas.

Aparece mais no sexo masculino que no feminino, é mais vulgar nos membros inferiores que nos superiores, e a sua aparição é favorecida pela existência de varizes e pelo terreno alérgico; o papel das emoções é inegável, como demonstra a história clínica de vários doentes.

A evolução é caprichosa, por vezes cíclica, com carácter regressivo; é uma afecção benigna, que tende para a cura, dentro de semanas ou meses. Esta particularidade é essencial para o diagnóstico, sendo indispensável distinguir esta afecção das lesões vasculares cuja evolução ensombra o prognóstico.

A solidariedade bronco-alveolar na tuberculose

Sobre este interessante assunto, na *Revista Médica Municipal*, Rio de Janeiro (N.º 2 de 1949), FLÁVIO POPPE DE FIGUEIREDO revê os conceitos actuais, e, de acordo com a sua experiência pessoal, chegou às seguintes conclusões:

1.º — A configuração anátomo-clínica das doenças pulmonares está intimamente ligada às condições de circulação aérea nos canais brônquicos.

2.º — A progressão de um processo patológico qualquer, situado, de início, num grupo de alvéolos, ou em canalículos aéreos, significa, necessariamente, o bloqueio parcial ou total de um território alveolar cada vez mais amplo, muito maior que o primeiramente atingido. Nesse sentido, o enfisema obstrutivo e a atelectasia, intra ou inter-focais, são, por assim dizer, fenómenos subjacentes a todo processo patológico pulmonar evolutivo. Contudo, o enfisema obstrutivo e a atelectasia só adquirem individualidade clínico-radiológica quando interessam volumes suficientemente grandes de tecido.

3.º — A cura ideal de uma doença pulmonar (*restitutio ad integrum*) significa que a «reacção de eliminação» do agente nocivo se processou integralmente. Esse tipo de cura só ocorre quando a drenagem brônquica é perfeita. Caso contrário, apenas é possível a «cura com defeito», isto é a cura com formação de cicatrizes e granulomas («reacção de fixação»). A doença pulmonar aguda e letal pode, portanto, ser entendida como uma reacção de eliminação que falhou de maneira espectacular, impossibilitando qualquer «reacção de fixação» eficaz.

4.º — Na inflamação pulmonar, qualquer que seja a sua causa, o bloqueio aéreo poderá gerar, na área tributária, ora uma pneumonia aguda predominante exsudativa, reversível, isto é, que admite cura com *restitutio*; ora uma pneumonia aguda necrosante, isto é, que destrói o parênquima acometido, dando origem a cavidades; ora, enfim, a uma pneumonia crónica produtiva (fibrose, carnificação), donde deformação e dilatação dos brônquios alterados da área atingida. Esses vários resultados dependem, naturalmente, das características de virulência do germe, e da maior ou menor gravidade da infecção em cada caso concreto.

5.º — Na tuberculose pulmonar, o efeito do pneumotórax artificial se explica, entre outros motivos, pela sua acção desobstrutiva. Assim, o pneumotórax será tanto mais eficaz quanto mais completa a drenagem garantida pelos canais aéreos.

6.º — O pneumotórax, entretanto, é, entre todos os métodos de colapso, o que mais coarcta a luz dos canais aéreos. Por isso, em presença de acentuada inflamação das paredes brônquicas, o pneumotórax poderá contribuir para «fechá-los», gerando a atelectasia do território tributário (coto negro).

7.º — A caverna é uma brecha aberta no parênquima, que se insufla em virtude do bloqueio aéreo (reacção de eliminação frustra). A cura espontânea da caverna recente, envolvida de tecido são, depende, por esse motivo, do restabelecimento da circulação aérea e da drenagem brônquica. Quando submetida a colapso gasoso, uma caverna recente poderá curar rapidamente, se, em presença de circunstâncias imuno-alérgicas favoráveis, a drenagem brônquica se restabelecer plenamente, permitindo exercer-se a retracção elástica, bem como a acção desobstrutiva do colapso. No caso de cavernas rígidas, envolvidas de tecido alterado (fibrose, carnificação), a caverna só poderá cicatrizar com a oclusão hermética e definitiva do brônquio de drenagem.

8.º — A tuberculose brônquica interfere seriamente com a eficácia da «reacção de eliminação» do material necrótico resultante da doença pulmonar. A gravidade da tuberculose brônquica se faz sentir, particularmente, no tratamento da caverna tuberculosa. Em presença de lesões brônquicas avançadas, o pneumotórax artificial, em vez de exercer acção desobstrutiva benéfica, contribui quase sempre para estabelecer o bloqueio aéreo e gerar um coto negro.

9.º — A experiência demonstra que, em presença de tuberculose brônquica avançada, os efeitos do pneumotórax terapêutico são quase sempre maus. A toracoplastia, nesses casos, dá resultados bem melhores.

10.º — De 205 doentes que entraram para o Hospital-Sanatório Santa Maria com colapsos gasosos já constituídos, durante o período 1945-1948, 77 (37,5 %) foram imediatamente abandonados por ineficazes e prejudiciais. O maior factor de ineficácia era, sem dúvida, a tuberculose brônquica (colapsos negros, cavernas insufladas e com nível líquido, etc.). Esse facto mostra, com bastante clareza, que a estratégia colapsoterápica deve sofrer profunda revisão no espírito dos especialistas. A importância da circulação aérea e da «reação de eliminação» para a cura do processo pulmonar constituem as noções fundamentais, que justificam essa revisão.

11.º — Os métodos de exploração brônquica (broncoscopia, broncografia) são, por isso, indispensáveis à boa conduta da colapsoterapia. Entretanto, a maior parte das lesões brônquicas, justamente as que mais interferem com a drenagem das zonas lesadas, estão fora de seu alcance. Daí o grande valor clínico dos sinais radiológicos de suspeição.

12.º — Ao estabelecer-se um plano colapsoterápico, a presença de indícios clínico-radiológicos de tuberculose brônquica justifica a broncoscopia e, em certos casos, a broncografia. Havendo lesões reversíveis ao alcance do broncoscópico, associar ao tratamento higieno-dietético o tratamento local e o uso de estreptomina, antes da colapsoterapia, que deverá ser iniciada nas melhores condições possíveis de drenagem brônquica. Se não existem lesões ao alcance do broncoscópico, associar, como regra geral, a estreptomina ao repouso no leito, antes da eventual instalação de pneumotórax explorador, no sentido de RAFFERTY. Contra-indicar formalmente o pneumotórax no caso de estenose brônquica acentuada e irreversível (fibro-estenose), ou de graves lesões activas, indiferentes ao tratamento local e geral.

13.º — O advento dos antibióticos parece, com efeito, ter aumentado de muito a capacidade de manobra do tisiologista, permitindo-lhe evitar, muitas vezes, as consequências fatais que não raro advêm de uma intervenção colapsoterápica extemporânea.

Associação de salicilato e vitaminas na doença reumatisal

O salicilato produz várias perturbações: digestivas, nervosas, hepáticas, hemorragíparas e acidósicas. Para as evitar tem-se aventado diversos procedimentos. Comentando-os, R. LECOCQ apresenta (*Thérapie*, N.º 1 de 1949) um que diz ser superior, e consiste na associação ao salicilato de um conjunto de vitaminas: A, B₁, C e K, e de glucose. Apoia a sua opinião em experiências em coelhos e em observações clínicas. Sem diminuir a actividade do salicilato, antes parecendo reforçá-la, com a referida associação verificou as esperadas melhoras sintomatológicas e sanguíneas (normalização da velocidade de sedimentação), não tendo registado as perturbações causadas pelo salicilato.

Lipo-atrofia Insulínica

Embora os inconvenientes sejam quase exclusivamente de ordem estética, estes não são para desprezar nas crianças e mulheres, em que, aliás, são mais frequentes. Trata-se de uma deformidade caracterizada por depressão da pele, conseqüente a atrofia do tecido celular subcutâneo, no local das injecções de insulina, quando muito repetidas. Quando formada, as injecções tem menor efeito hipoglicémico que dadas em tecido são.

Para evitar a lipo-distrofia, é indispensável variar, o mais possível, o local das injecções.

Apresentando 4 casos pessoais, e notando que não é raro observar a lesão,

FRANCISCO ANDRUINO passa em revista as teorias que procuram explicar a sua produção, e nota não haver qualquer meio eficaz de tratamento. No entanto, COLLENS diz que se pode curar, voltando a superfície da pele ao nível anterior, por meio de injeccão de insulina em plena zona lesada. O método é revolucionário, pois contraria o que está estabelecido quanto à patogenia. (*Arquivos de Clínica*, N.º 4 de 1950).

Sinusite maxilar crónica nas crianças

Segundo G. M. H. VEENEKLAAS, não é rara a infecção uni ou bilateral dos seios maxilares, pois em 1327 crianças que vieram à consulta hospitalar, em 1948, foi verificada em 6 por cento. Provoca mau aspecto e fadiga, irritabilidade e má aplicação na escola, temperatura sub-febril; por vezes há sinais de outras afecções oto-rino-laringológicas (vegetações adenóides, otite, etc.). Nalguns casos uma tosse persistente, frequentemente nocturna, com roncos, distrai a atenção do médico para os pulmões. O diagnóstico seguro só pode fazer-se pela radiografia. O tratamento consiste em vida ao ar livre, penicilina intramuscular, lavagens do antro. (*Helvetica Paediatrica Acta*, Março de 1950).

Tratamento dos pés botos varo-equinos

J. PIÑOL PEIRATÓ elogia (*Rev. Esp. de Pediatría*, N.º 3 de 1950) o método de Denis Brawne, cujos pontos fundamentais são os seguintes: 1.º Começar o mais cedo possível; 2.º Fazer a correcção lenta e progressivamente, sem qualquer manobra violenta; 3.º Prescindir em absoluto da clássica imobilização em gesso, que contribui para a atrofia de músculos possivelmente lesionados por um factor genético, e por terem estado submetidos durante a vida fatal a pressões anormais. Estes princípios aliás (N. da Red.) não são novidade, pois há longos anos são seguidos por muitos pediatras; mas é útil recordá-los e citar o processo de redução e contenção usado pelo referido autor, que diverge do das manobras diárias de correcção, geralmente empregado.

Começar cedo quer dizer começar logo nos primeiros dias do recém-nascido; quanto mais cedo se principiar, melhor. Isto é verdade, seja qual for o método que se empregar.

Pelo citado método de Browne, utiliza-se um estribo de alumínio, com uma tala perpendicular, do lado externo. Procura-se dobrar o pé pela articulação tíbio-astragaliana, sem força excessiva, tendo cuidado em que não ceda pela zona menos resistente, que é a articulação mediotársica, pois cedendo dará um pé em «cadeira de balanço». Preenche-se com chumaços de feltro adesivo o espaço que medeia entre a planta do pé e o estribo posto em posição horizontal, e fixar-se este com uma comprida tira de adesivo, enrolada no pé e parte inferior da perna, nela contendo a tala vertical. Quer a deformidade seja unilateral, quer seja bilateral, ambos os pés levam o estribo com tala, aplicado de esta maneira, porque depois os dois pés são ligados um ao outro por uma tala de alumínio; assim se solidarizam os dois pés, controlando-se facilmente a sua posição, com a vantagem de os movimentos da criança contribuírem para a correcção desejada.

Cada duas semanas refaz-se a aplicação do aparelho, pela mesma forma, reajustando-o, aumentando o enchimento do feltro adesivo e a abertura do ângulo formado pela peça do pé com a barra transversal. Faz-se isto durante meses, até que a correcção seja completa, com o movimento normal do pé do lactente; isto é, na posição calcâneoalvalgo, deve-se conseguir facilmente que o dedo pequeno chegue ao contacto com a face externa da perna. Não tem importância as lesões da pele provocadas pelo adesivo, pois curam muito bem desde que se suspenda o tratamento; não devem pois ser pretexto para o interromper.

Conseguida a redução, é absolutamente indispensável manter a correcção, pelo menos até aos cinco anos de idade da criança, para se evitar a recidiva. A manutenção da posição correcta faz-se por meio do uso de um aparelho ortopédico, com correia que liga a bota ao aro do joelho, de modo a puxar o pé para a posição a manter. O aparelho só se usa de noite, quando a criança já anda; na cama é preciso pô-lo sempre, para assim se evitarem os efeitos do predomínio muscular do tricipede e dos flexores internos e o do peso da roupa. Antes da criança andar, apenas se tira durante umas horas por dia, para limpeza da pele e para permitir o livre jogo das articulações.

Linfocitose infecciosa aguda nas crianças

J. BERNARD pôde estudar, num curto período de tempo, nove casos de esta doença, de que padecem, sobretudo, crianças da segunda infância, entre os dois e os sete anos de idade. Os casos podem aparecer em pequenos grupos, como epidemias familiares ou escolares. Tem uma forma latente ou fruste, com escassa sintomatologia, atenuado quadro infeccioso, por vezes com rino-faringite; mas há formas meníngeas, abdominais, eruptivas, asténicas.

As modificações sanguíneas consistem em forte leucocitose, com linfocitose relativa intensa (70 a 80 por cento). Não há geralmente nem alterações dos glóbulos nem anemia; no entanto foram encontradas nalguns casos.

Tem o maior interesse o diagnóstico diferencial com a leucemia aguda, sobretudo nos casos invulgares, em que há anemia e formas jovens e alteradas dos leucócitos. O mielograma, por intermédio da punção esternal resolve o problema nestes casos, pois na linfocitose infecciosa as formas leucocitárias são normais. Semelhantes alterações hemáticas, de linfocitose, podem observar-se na coqueluche e em diversas infecções banais, principalmente nas otites; mas são muito menos pronunciadas e os outros sinais conduzem ao diagnóstico.

O prognóstico da doença, que deve ser devida a um vírus, é bom, pois os doentes curam espontaneamente. (*Pediatric*, N.º 6 de 1949).

Outro artigo sobre o mesmo assunto vem em *The Journal of Pediatrics* (Jan. de 1950) e é subscrito por B. K. LEMEN & D. H. KAUMP. Refere dados semelhantes, a propósito de um surto epidémico. Apenas acrescenta que é frequente encontrar-se eosinofilia na fase de restabelecimento. E nota que a sulfadiazina ou a penicilina não tem qualquer efeito benéfico sobre a marcha da doença, que prossegue durante quatro a doze semanas.

O gentisato de sódio na febre reumática

A. CAMELIN e col., na *Presse Médicale* (12-viii-50) expõe os serviços que esta droga pode prestar no tratamento da doença de Bouillaud, cuja terapêutica continua a ser dominada pelo salicilato.

Apresenta-se na forma de pó branco, amargo, que pode administrar-se por via oral (comprimidos, hóstias, granulado, poção), por via intramuscular (em soro fisiológico) ou por via endovenosa (em soro glucosado). Quimicamente é o ácido di-hidroxy-2-5-benzóico. Terapêuticamente tem acção similar ao salicilato, quanto às algias e derrames, mas não quanto à temperatura. Emprega-se nas mesmas doses que este.

É muito bem tolerado pelo estômago, não provoca acidentes devidos a desvio humoral para a acidose, não perturba o equilíbrio ácidos-bases do sangue. Por isso não exige correctivo para tolerância gástrica, nem regime alimentar especial. Permite fazer, sem incómodos nem perigos, períodos largos de tratamento, em continuação daqueles em que se usou o salicilato.

A introdução deste novo anti-reumatismal deve-se a K. MEYER e CH. RAGAN, que foram os primeiros a publicar observações clínicas demonstrativas da sua acção neste sentido (*Science*, 10-ix-1948).

ARTES E LETRAS

ADEMAR NOBRE

O MÉDICO E O HOSPITAL (*)

O bom médico tem dois lares queridos: o da família e o seu hospital. Lá, onde, cimentado pelo amor, vela solícito, esforçando-se, lutando até morrer, buscando vencer lutas cujos louros muita vez serão póstumos, para legar à sociedade sua família útil, filhos válidos de corpo e de espírito para bem de seu torrão; aqui, entre dores e gemidos, sustos e esperanças, esperanças e desilusões, desilusões e milagres, milagres de dedicação, e de ciência, de cura, para salvar vidas que periclitam indispensáveis a um lar, úteis à Pátria, filhos de Deus, credores das beneméritos do bom Samaritano.

Lá e aqui dá o médico o melhor de si — seu coração a vitalizar músculos que lhe dêem as energias necessárias para a labuta honesta do pão quotidiano; aqui seu coração em holocausto aos naufragos da saúde, — da alegria, do desânimo. Em holocausto, sem metáfora ou tropo apenas tolerável, porque é aquisição da ciência que os dramas da clínica num quarto de lágrimas em que a agonia vai roubando uma vítima a seres queridos, lamentosos, desesperados, ou nos lances emocionantes da cirurgia ousada, eleva-se por vezes severamente a pressão nas artérias do profissional consciente, sintonizado em espírito com o paciente; em riscos com a família ansiosa. Essa hiperpiese que por vezes perdura por horas, rouba-lhe algo em parcelas, muito no total de sua existência.

Salvador de vidas às expensas da vida própria. É porém dos heróis inebriar-se com o sangue das pugnas; haurir com delícia a poeira asfíxiante das arenas gloriosas. Nesse inebriamento vive o médico no hospital, na clínica, no tugúrio ou nos palacetes em que exerce. É o bom médico, de boa alma, ávido de saber útil, útil por ser ávido de mais saber.

Recompensas? Uma só, indiscutível, que só nós conhecemos porque só nós as podemos saborear; são esses antegozos paradisíacos de quem fez o bem pelo bem; o dever pela consciência do dever; a dedicação sem intenções, sem miras, sem cálculos. *Ars gratia ars.*

Supõem por aí, que o ouro, a almoeda do cliente é a remuneração

(*) Os «Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia» dedicaram o N.º de Outubro do ano passado à comemoração do 10.º aniversário do Sanatório São Lucas, magnífica casa hospitalar dirigida pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro, inserem esta bela conferência, proferida pelo Director Clínico da Beneficência Portuguesa de S. Paulo. Ao reproduzi-la aqui (o que há mais tempo não fez, por falta de espaço), «Portugal Médico» presta por esta forma sincera homenagem à medicina paulista, tão bem representada pelo director do Sanatório, e aos médicos de essa admirável obra que é a Beneficência Portuguesa, na pessoa do autor das páginas que vão ler-se.

suficiente e única; mesmo porque felizmente já não se nos promete mais gratidão eterna pois reconhecido está ser a gratidão moeda recolhida, sem curso. Oh, não! Com muito menos ciência; sem vinte anos de bancos escolares; sem duas economias, economia de moeda, de diversões, de conforto para a aquisição de biblioteca e mais necessários à prática profissional; sem sustos de exames e horas roubadas ao sono em cima de livros e livros, teríamos muito mais recheada a nossa caixa, mais, muito mais vultosa a coluna do «Haver» em nossos créditos, se, voltando as costas ao diploma, preferíssemos dirigir taberna onde o álcool tóxico e degradante é de venda permitida para riqueza do erário público, ou falsificar medicamentos que assassinam, certos da impunidade com que a sofística jurídica fecha as portas da cadeia a estes criminosos cobardes; ou ainda, nos mercados e empórios em que a enxúndia habitual dos traficantes de alimentos impuros, peso falso, e bebes de pau campeche salicilados, metilados e mais pragas, revela a fertilidade do crime que compensa nas sociedades em que a justiça é falha por demorada, bizantina, ridícula, mesmo flagrantemente ridícula no flagrante indispensável à constituição da culpa.

Não, senhores, há no médico um sopro de divindade. Um sopro divino fez o homem; um sopro de divindade faz o bom médico, dedicado, amigo, conselheiro, compadecido, que abandona o lar confortante em noites de intempérie, para mitigar dores no hospital, nas maternidades, nos palacetes mesmo.

Tendo sua alma revestida de paramentos sagrados, abrem-se-lhe os lares; os segredos mais recônditos das famílias, as misérias mais tristes lhe são confiadas em busca de um conselho, uma prescrição, um roteiro salvador.

Sublime arte que nós juramos sublimar e anátema seja o que, após-tata, se furta aos cânones de nossa ética.

O hospital. Que é hospital? Casa de beneficência, escola de tirocínio e de pesquisas dentro de confraternização profissional. Beneficência, altruísmo, caridade, solidariedade e tantas mais qualificações infelizmente mal qualificadas ou pelo menos desvirtuadas por vezes no seu significado.

O hospital casa de cura e de beneficência tem já nessa designação um programa definido, frequentemente não bem realizado. Que busca o enfermo ao penetrar por tais umbrais? Alegria; essa alegria de viver, esse pólo magnético de toda a existência; essa alegria que a dor expulsou, que a enfermidade roubou.

O hospital deve ser alegre, dessa alegria comedida, bem educada, que sorrí mas não gargalha. Uma mesinha bem posta, um leito bem arranjado; asseio, muito asseio, sem luxos irritantes ou invejáveis. Uma flor discretamente colocada em móvel de cabeceira; uma imagem de Cristo, o Salvador; e de Maria, a que mais sofreu, levam já a alma do que baixou ao hospital um clarão de esperança que já lhe enxugará algu-

mas lágrimas. E para tais cenários psicoterapêuticos nada como as mãos de fada, as mãos da mulher. Um hospital sem os cuidados femininos é um jardim sem rosas, sem flores, sem cores. A enfermeira dedicada, a religiosa vigilante são os anjos tutelares desse templo onde o médico deve pontificar.

Em nossos nosocômios há ainda muito de fúnebre. Foram esboçados talvez por doutores sem alma, cientistas frios. Cumpre alvejá-los. Deixar ao médico de coração clarear-lhe as tintas, iluminar-lhe as penumbras.

Bibliotecas anexas de acordo com a formação do paciente, com livros a êle apropriados, não pedidos, mas insinuados, oferecidos, apresentados, recomendados qual específico valioso. Revistas de bom humor, humor sadio que levam ao sorriso, gravuras encantadoras que lhe mostram continuar lá fora a vida atraente, feliz, ainda à sua espera. E, quiçá, revolucionário talvez, um pouco de música no estilo que lhe apraz, eu ousaria propor.

Ao refinado, temas das escolas clássicas; ao plebeu, sucessos populares; ao tabaréu os temas tão tennos do seu folclore tão singelo dos seus rincões remotos. Que de bem nos traz a música de nossa predilecção.

A medicina começa pelo espírito e aquele médico que só vê no enfermo o material o «cum matéria» e se esquece do «sine matéria», esse implacável que é tudo; que está sempre em toda a afecção por mais material e orgânica que seja; que se esquece desse psiquismo microscópico de ampliação variável mas sempre e sempre presente em cada indivíduo e que nos mostra seu sofrer em dimensões muito pessoais; tal médico terá mil decepções na clientela, porque se esquece de que mais actuam suas boas palavras, bem a propósito, que toda a química orgânica complicada de suas drogas e mesmo quando essas são indispensáveis ao êxito, a boa apresentação em palestra convincente e hábil lhe reforçará em 50 % no mínimo sua actividade, ou curativa ou minonativa ou paliativa. A psicoterapia é polivalente. Cumpre apreciá-la; apoderar-se do seu conceito íntimo; formar a escola própria e saber aplicá-la.

Eis aí o segredo, aparentemente inexplicável, dos êxitos brilhantes em velhos médicos de família, com menos ciência que hoje porém muito mais consonantes com a alma de seus queridos doentinhos. Ao penetrar num quarto já o doente se recostava mais animado e esboçava um sorriso de esperança. Contraste entristecedor lhe faz o doutor sapiente que surge qual espantinho; no qual o que sofre já antevê ou procura adivinhar que prescrições onerosas de dor ou de dispêndios se lhe imporão; quantas dietas difíceis, vários remédios custosos, várias injeções dolorosas. Ao despedir-se um seco: «tome isso», «faça aquilo». «Telefone-me depois» ou «mande por si ao consultório».

E no entretanto nós médicos bem já sentimos o bálsamo de uma palavra tranquilizadora de colega em que acreditamos. Às vezes basta a palavra; do seu remédio pouco tomamos e já volvemos a clinicar alegres.

Urge pois dar alma aos hospitais; dar-lhes quentura de aconchego e carinho ao invés desse frio de mármore das mesas de laboratório. «Não só de pão vive o homem, mas da palavra de Deus». É evangélico, é necessário.

Menos idolatria pelo remédio, pelo último sucesso terapêutico, sempre temporário. Mais amor, mais desvelo pela alma que nos implora. A alma é eterna.

Eis a verdadeira beneficência, rótulo aliás muita vez mal colocado em algumas casas de saúde que melhor se chamariam loja ou oficina de concerto humano ou companhia de seguros (seguro de saúde) em que se explora o enfermo, sua família, o médico e os enfermeiros.

A administração não pergunta se ele vai bem, quer apenas saber se o seu depósito ainda não se esgotou, ou se as contas semanais estão em dia. Se morreu há algumas lágrimas, talvez, não por ele que deixou órfãos à míngua, porém, pelo renome da oficina que se arrisca a contar má fama de azarenta, antecâmara da morte, caminho da falência.

Dos médicos exige-se tudo e se lhes dá honorário ridículo, em gesto de alta generosidade, porque dizem: «é aqui que eles vêm aprender; agradeçam-nos a escola que lhe concedemos».

Não, o médico não vai ali só para aprender, vai pelo contrário, quase sempre levar sua experiência própria e mais, muito mais, a experiência mundial, os ensinamentos de todo o mundo que seus livros e suas revistas diariamente lhe ministram e que aí vão salvar vidas preciosas. E a valer a transacção quem mais ganha em tal negócio, o paciente que se cura ou o médico não que por acaso ali aprendeu?

Não, negócios não são de médicos, negócios fazem certas cooperativas e sociedades que a troca de irrisória contribuição mensal admitem como associados somente ricos de altas influências comerciais ou bancárias e político de alto coturno, à custa do pobre médico mal remunerado. Lindas barretadas com chapéu alheio.

Escola, sim, o hospital será mas de dedicações de emulação, de observação serena, compassiva, sem experiências perigosas «em anima nobile». E escola de confraternização em que os médicos vão conjugar nos mesmos anseios de progresso, num mútuo auxílio de saber, num intercâmbio sincero de luzes e cooperação. E daí a necessidade de se proverem os hospitais de um pequeno cenáculo confortável, ameno, atraente, que convida a permanência, porque do bom convívio nasce a solidariedade dedicada, o apoio recíproco e não umas salinhas escusas em recanto menos útil, dotados de simples mesinhas para um café tradicional, por vezes com sabor bastante depreciativo como reclamo do famoso produto brasileiro.

Senhores, eis o nosso segundo lar. O que construímos para nossas famílias têm a magia de harmonizar com o nosso gosto, afinado com nossos sentimentos íntimos.

Infelizmente, porém, o lar hospitalar, no mais das vezes, é construído à nossa revelia, sem alma de médico, sem dedo de artista, amontoado de pedras mais ou menos dispostas, corredores bem alinhados, porém sem vida, como aqueles sepulcros de mureta, bem caiados por fora, alvos, bem alvos, porém por dentro putrefacção.

Vivifiquemos, pois, senhores, nossos hospitais. Demos-lhes vida; instilemos um pouco de alegria no seu interior e nossos doentes serão felizes e sua felicidade será a nossa felicidade.

INTERESSES PROFISSIONAIS

Sobre uma iniciativa de seguro social livre contra a doença

As páginas que com este título publiquei no passado número desta revista despertaram evidente interesse, manifestado pelos pedidos que alguns colegas me fizeram, de exposição de pormenores sobre a organização americana que nelas descrevi. Vou procurar satisfazê-los, na medida permitida pelo artigo de George Baehr, que é antes uma notícia do que um relatório.

Relativamente a direitos dos subscritores há que fazer a correcção de frases que, tal como saíram, podem induzir a errada interpretação. Vou procurar satisfazê-los, na medida um acordo com diversas entidades, mas principalmente com a Cruz Azul, com pequeno encargo para os filiados que ficam a aproveitar-se de ela; mas (nota o autor), apesar da propaganda feita pela Cruz Azul, é tão moderada (8,9 %) a percentagem dos serviços prestados em hospitais, que é aconselhável a inclusão das despesas com o internamento nos direitos gerais dos filiados no «Plan». Estes, para os doentes internados, compreendem aqueles serviços médicos, cirúrgicos e auxiliares da clínica, a que os subscritores tenham direito quando ingressarem no hospital.

A organização concede subsídios temporários aos doentes, os quais são pagos por aqueles oito por cento da receita geral que ficam na sede, e tem vários destinos, como citei; registre-se que metade (4 %) é cativa, para o fundo de reserva, em obediência a prescrição legal.

Quanto a escolha do médico pelo subscritor: este escolhe o grupo de que quer ficar cliente, entre aqueles que tem sede dentro da área de residência do filiado, e dentro do grupo preferido escolhe o médico de clínica geral, que passa a ser o seu médico assistente habitual. A este compete enviá-lo a especialista quando entender.

As relações entre os subscritores e os seus médicos estabelecem-se por intermédio de uma repartição central, reduzindo-se por esta forma a

parte burocrática dos grupos médicos, e fazendo-se, sem duplicações, os serviços de inquérito e de estatística. As ocorrências que ponham em conflito os subscritores com os médicos são levadas, para solução, a uma comissão formada por 4 delegados dos médicos dos grupos e 4 membros da Direcção do «Plan» (dois dos quais são médicos).

A importância dos grupos médicos é muito diferente, de uns para outros. Já havia mencionado essa diferença, escrevendo que uns eram grandes e outros pequenos. Acrescente-se agora, pormenorizando, que há 3 categorias de grupos: a dos que tem menos de 5.000 filiados, a dos que tem entre 5.000 e 10.000, e a dos que excedem 10.000. Nesta última há três que atendem mais de 20.000 subscritores, e há um que serve 26.000.

Não há, porém, correspondência certa entre essas cifras e a dos médicos dos grupos; cada grupo tem de ser formado por um mínimo de 25 médicos, seja qual for o número de subscritores que sirva. Isto tem por fim dar aos subscritores certo campo para escolha do médico de clínica geral e incluir no grupo os médicos das especialidades consideradas mais importantes, que são 12.

Depreende-se logicamente que, recebendo cada grupo tantas vezes 23,04 dólares (ou 34,56) quantos filiados servir, os componentes dos grupos pequenos terão de receber honorários muito inferiores àqueles 10.000 dólares que foram citados como vencimento anual mais corrente dos médicos em regime de «full time». Mas também, conseqüentemente, o tempo que gastam no serviço do «Plan» é muito menor que o dos que lhe dão todo o tempo, ou sejam 40 horas semanais de efectivo trabalho.

Agora, uma pequena correcção ao que ficou escrito sobre grandes vencimentos: aquele grupo em que os que começam (juniors) ganham 7.500 dólares, para passarem a 10.000 ao fim de um ano, não dá 17 ou 18.000 aos mais antigos no grupo, mas sim aos mais antigos na clínica, a médicos de muito longa prática, por serem os mais categorizados do grupo (seniors), os que trazem ao grupo um nome considerado.

Também, no respeitante a instalações há grupos grandes e pequenos. Há 8 grupos com um centro completo, onde se fazem todos os serviços de consultório e anexos; embora em 6 de estes alguns médicos recebam nos seus consultórios doentes que vivem na sua vizinhança. Há grupos em que no centro, rudimentar, poucos serviços se prestam; e há-os em que todos os serviços se fazem nos consultórios particulares dos médicos componentes, o que é devido às dificuldades actuais em encontrar casas ou em construí-las.

Naturalmente, a qualidade dos serviços prestados pelos grupos não é uniforme. A este propósito vêm as seguintes informações, relativas aos apuramentos feitos pela vigilância central, a que já me referi: dos 36 grupos presentemente em actividade, os serviços são muito bons, de elevado nível, em 4; ao invés em 9 os serviços não foram satisfatórios, estavam atrasados na realização plena dos seus fins; os restantes, ou seja metade do total, escalavam-se entre um e outro de esses extremos.

Não me sobra espaço para comentários. Hoje, vão estes aditamentos ao que saiu sobre este tema no número do mês passado. Com eles fica-se a fazer ideia mais completa da interessante organização de Nova Iorque; tiveram razão os que os pediram, porque o conhecimento de essa iniciativa constitui um subsídio de grande valor para o conceito das bases ideais de orgânica e funcionamento da medicina colectivizada.

A. GARRETT

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

AOS SRS. ASSINANTES. — Por se ter reconhecido que o *Formulário de Especialidades Farmacêuticas* levaria muitos meses a publicar-se, dedicando-lhe 4 a 6 páginas em cada número da revista (máximo espaço disponível, sem prejuizo das outras secções), resolveu-se publicá-lo de uma só vez, em volume, como suplemento ao N.º 1 do próximo ano; o que tem a vantagem de poder consultar-se mais facilmente.

A Administração participa, aos Srs. Assinantes que não enviaram a importância da assinatura (40\$00), que no dia 15 do corrente mês de Novembro enviará à cobrança o recibo de 45\$00, segundo as condições estabelecidas e por várias vezes registadas nas páginas da revista; pede o favor do pronto pagamento, dado o curto prazo concedido pelo Correio.

S. JOÃO DE DEUS. — Na sessão solene efectuada na Academia das Ciências, comemorativa do 4.º centenário da morte do grande apóstolo da caridade, o Prof. Almeida Lima dissertou sobre o tratamento dos doentes mentais antes e depois da acção do Santo. A Associação dos Médicos Católicos deu em Lisboa duas conferências: a do Dr. Castillo de Lucas e a do Prof. João Porto, nas quais foram exaltadas a vida e a obra de S. João de Deus. Na Faculdade de Medicina do Porto realiza-se no dia 4 do corrente uma sessão em que falarão os Profs. Hernâni Monteiro e Luís de Pina.

CONGRESSOS LUSO-ESPAANHÓIS EM LISBOA. — Nos dias 23 a 27 de Outubro realizaram-se, no Hospital de S. José, com larga representação de especialistas espanhóis e portugueses, as Jornadas de Estomatologia. Foi muito concorrida a secção de Medicina do Congresso das Associações para o Progresso das Ciências. Sob a presidência dos Profs. Carlos Gil y Gil e Benard Guedes, reúne o I Congresso Luso-Espanhol de Radiologia, nos dias 7 a 12 do corrente mês.

SOCIEDADE ANATÓMICA PORTUGUESA. — Reuniu em Lisboa, em 24-26 de Outubro, com apresentação de numerosos trabalhos.

INTERCÂMBIO CIENTÍFICO. — Na Sociedade das Ciências Médicas o Dr. Manuel de Abreu falou sobre «O exame radiológico em massa, factor decisivo na luta contra a tuberculose». No Hospital Miguel Bombarda, conferência do Prof. Carl Kleist: «Tronco cerebral e funções psíquicas». No Instituto de Oncologia, a do Dr. José Morador sobre cirurgia do cancro recto-sigmoideu.

SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS. — A nova direcção para o ano académico que ora começa, é presidida pelo Dr. Luís C. Simões Ferreira e dela fazem parte: Prof. Barahona Fernandes, J. Filipe da Costa e José Cutileiro.

NECROLOGIA. — No Porto, os nossos prezados leitores: Dr. Carlos A. Strecht Ribeiro, antigo assistente da Faculdade de Medicina e chefe do laboratório de análises do Centro de Higiene Social; Dr. Álvaro Martins, coronel-médico reformado; Dr. Eurico Ferreira Alves, distinto clínico. Em Lisboa, o médico da Armada reformado Dr. Raúl do Carmo Pacheco.





MARTINHO & C.ª L.ª

TUDO O QUE INTERESSA À MEDICINA E CIRURGIA

Rua de Avis, 13-2.º — PORTO — Telef. P. P. C. 27583 — Teleg. «MARTICA»

Quinarrhenina Vitaminada

Elixir e granulado

Alcalóides Integrals da quina, metilarsinato de sódio e — vitamina C

Soberano em anemias, anorexia, convalescenças difíceis. Muito útil no tratamento do paludismo. Reforça a energia muscular, pelo que é recomendável aos desportistas e aos enfraquecidos.

Fórmula segundo os trabalhos de Jusaty e as experiências do Prof. Pfannestiel

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO
NAS BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO

TRICALCOSE

SAIS CÁLCICOS ASSIMILÁVEIS
COM GLUCONATO DE CÁLCIO

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

CORTIGRADON

2 mg
5 ''
10 ''

O CORTIGRADON É O ACETATO DE DESOXI-CORTICOSTERONA, PRODUTO SINTÉTICO COM A ACÇÃO BIOLÓGICA DA HORMONA DO CÓRTEX SUPRARRENAL.

DOENÇA DE ADDISON. DOENÇAS INFECCIOSAS GRAVES: FEBRE TIFÓIDE, DIFTERIA, PNEUMONIA, GRIPE, ETC. CONVALESCENÇAS. ASTENIA. ADINAMIA. MIASTENIA. ÚLCERA GASTRODUODENAL. TOXICOSES GRAVÍDICAS. INTOXICAÇÕES CRÓNICAS

CAIXA DE 8 AMPOLAS DE 1 CC A 2 MG.	27\$00
> > > > > > 5 >	60\$50
> > > > > > 10 >	108\$00

Sala
Est.
Tab.
N.º