



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 Cívis de Lisboa. — ADMINISTRADOR e EDITOR: António Garrett.

SUMÁRIO

ANTÓNIO CARNEIRO MOURA — Indicações cirúrgicas no rim poliúístico.

JOÃO COSTA — Comentários a 100 adenomectomias prostáticas.

MOVIMENTO NACIONAL — Revistas e boletins: *A Medicina Contemporânea* (Acção da histamina nas lesões herpéticas cutâneas. Sulfonoterapia da lepra. O sistema hipotálamo-hipofisário em psiquiatria). *Imprensa Médica* (Instituto de higiene Ricardo Jorge). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (Favismo A higiene infantil e a pediatria. Tratamento da meningite tuberculosa. Síndrome disfágico cárdio-esofágico). *Jornal do Médico* (Urologia em pediatria. ACTH em injeção subcutânea). *Boletim Clínico e de Estatística do Hospital Colonial de Lisboa* (Calcinosis). *Gazeta Médica Portuguesa* (Divertículos do duodeno. Fisiopatologia da glândula genital masculina. Doença cardíaca iatrogénea). *O Médico* (Indicações e contra-indicações da hemoterapia). **Livros e opúsculos** (Provas de turvação e floculação em semiologia hepática. Dispensário de Higiene Social de Lisboa. O Serviço de Inspeção de Toleradas, em 1950).

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — Poliomielite e água potável. Relações entre a arteriosclerose e a diabetes. Eficácia da vacinação contra a coqueluche. Nódulos pulmonares de natureza indeterminada em indivíduos sãos. As pequenas doses de álcool etílico no diabetes açucarada. Cloranfenicol nas bronquectasias. Sobre fadiga intelectual.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES — Segredo profissional. Sociedades Médicas. Curso internacional de malariologia. Intercâmbio. Delegado de Saúde de Braga. Necrologia.

Registo de livros novos (em face das págs. 439, 442 e 443).

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

Perturbações digestivas do lactente e da criança na segunda infância

BIBIDON

Babeurre em pó Nestlé

- 2 fórmulas: sem hidratos de carbono
(rótulo amarelo)
com hidratos de carbono
(rótulo azul)

latas de 250 grs. vendidas nas farmácias.

Literatura científica à disposição da Ex.^{ma} Classe Médica



SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS
LISBOA COIMBRA PORTO AVANCA

PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXVI — N.º 8

AGOSTO DE 1952



Indicações cirúrgicas no rim poliquístico ⁽¹⁾

por ANTÓNIO CARNEIRO MOURA

*Professor de Urologia da F. de M. de Lisboa
Cirurgião dos Hospitais*

Tendo observado bastantes casos de rim poliquístico, penso que se trata duma lesão que raras vezes requiere tratamento cirúrgico, pois só me vi obrigado a operar um número muito limitado de doentes portadores desta afecção; esta comunicação refere-se precisamente a 3 casos de nefrectomia, em rim poliquístico.

Uma estreita ligação com os serviços de Clínica Médica do Hospital Escolar de Lisboa, permitiu-me estabelecer contacto e seguir numerosos casos que não necessitaram de qualquer tratamento cirúrgico. No entanto, considero que certas situações não de todo excepcionais podem pôr indicações cirúrgicas no rim poliquístico. Não que a cirurgia possa oferecer muito a este género de doentes, cuja forma habitual e clássica, é a doença bilateral, simétrica e de evolução muito lenta. De facto, quer a ignipunctura de PAYR, quer a incisão dos quistos de ROVSING, com ou sem descapsulação, quer ainda a operação de GOLDSTEIN, nunca me tentaram, e não as considero capazes de atenuar a gravidade da doença e nem sequer retardar a sua evolução.

Tenho a opinião que o nefrão quístico possui durante muito tempo as diferentes propriedades do nefrão normal, continuando por tal facto a participar na elaboração da urina, ideia que defendo, aceitando as conclusões dos trabalhos da escola belga de GOVAERTS-LEMBERT, por isso essas operações não me parecem de facto indicadas, senão como um recurso verdadeiramente

(1) Comunicação ao VIII Congresso Internacional de Cirurgia — Madrid, Maio 1952.



excepcional. Outro tanto talvez não se deva pensar da nefrectomia, porque a frequência com o rim quístico se pode apresentar como lesão unilateral,—ou até unilateral e parcial (PAPIN, BUSSER)—levanta outro problema: não o das operações conservadoras, mas sim o da nefrectomia. Esta operação é defensável sempre que a lesão seja unilateral (embora só clinicamente) se apresente como muito dolorosa, infectada, ou de forma nitidamente tumoral, isto é, constituindo uma massa única palpável que incomoda o doente, pelo seu volume e peso ou pela compressão de órgãos vizinhos. É aquilo que se pode chamar a variedade cirúrgica do rim poliúístico.

PREITZ no Instituto Patológico de Kiel em 10.000 autópsias, encontrou 16 casos de rim poliúístico unilateral e SIEBER diz-nos que 8 dos 150 casos que colecionou eram unilaterais. BELL dá uma percentagem de 8 % de rim poliúístico unilateral. E de facto, podemos falar clinicamente num tipo cirúrgico da doença que se opõe a um tipo médico. O primeiro é que nos interessa neste momento.

Este tipo cirúrgico é representado por uma doença unilateral logo quando se iniciam os sintomas, pois chega por vezes a apresentar a tríade sintomática dos tumores renais (dor, tumor e hematúria), além de febre e leucocitose. A hematúria seguida de cólica renal verdadeira, não é rara, e é devida à passagem de coágulos sanguíneos.

Quando os dois rins são palpáveis, o diagnóstico é facilmente feito, mas tratando-se de uma forma nitidamente unilateral, o diagnóstico só é feito pela pielografia.

Nestas formas, não é rara a infecção dos quistos, com piúria e outros sinais de pielonefrite. A função renal global está intacta ou moderadamente tocada, pois o rim são (ainda que não o seja realmente na totalidade) suprime perfeitamente a falta de função do rim tumoral. Este, não dá sombra na urografia e a sua função apreciada pelo indigo carmin ou pelo cateterismo é deplorável.

São estas as circunstâncias que permitem encharcar perfeitamente a nefrectomia dum enorme rim, sem função, muito embora a pielografia ou subtileza dos nossos diagnósticos, leve a pensar que possam existir quistos no outro rim. A doença então, não poderá rigorosamente ser considerada como verdadeiramente unilateral, mas a verdade é que não se apresenta como de evolução paralela, estando muito longe do tipo médico em que o clínico é procurado pelos sinais de insuficiência renal, encontrando depois os dois grandes rins nodulares palpáveis (Fig. 1).

Quanto à hematúria ela não é para mim uma indicação de nefrectomia; tenho-a visto ceder ao tratamento médico. Algumas

observações da literatura referentes a hematúrias extraordinariamente graves que levaram à nefrectomia, nunca me convenceram. Mesmo até não aceito, que possa ser necessário nestas situações a descapsulação como foi proposto por MARION.



Fig. 1 — Rins poliquísticos bilaterais. Forma médica da doença, a habitual. Mulher de 40 anos.
Enormes rins palpáveis.
Hipertensão. Sinais de nefrite crônica grave.

Desejava acentuar um pouco mais a minha opinião em face do problema da nefrectomia do rim poliquístico; ela não pode nem deve apresentar-se como um processo de rotina ou mesmo de até de execução corrente; a questão posta com esta simplicidade, levaria certamente alguns operadores, mal informados sobre o valor funcional do rim dos seus doentes, ou até sem qualquer

exame, a serem tentados a extirpar um rim poliquístico, revelado fortuitamente numa operação exploradora, ou feita com um outro diagnóstico de localização e tipo de tumor. Este acto deve ser sempre severamente criticado, pois a mortalidade para a operação realizada nestas circunstâncias, atinge 50 0/0. Este número, traduz bem a deficiência do rim oposto. Pelo contrário a nefrectomia nas formas unilaterais, suficientemente estudadas, não tem mortalidade alguma.

*

Eis as minhas 3 observações resumidas ao essencial:

1.^a *Observação.*—Clínica Particular.

Homem de 46 anos. Enviado pelo Prof. ARSÊNIO CORDEIRO por grande tumor do hipocôndrio esquerdo, de início tomado como um baço, mas que este meu colega afirmou ser o rim e enviou para exame complementar.

Refere nos seus antecedentes pequenas cólicas renais bilaterais, com eliminação de areias, mas desde há 15 anos que toda a sintomatologia passou. Só agora, de há 3 meses para cá tem dor permanente no lado esquerdo e notou o aparecimento da massa tumoral que muito o incomoda.

Pela palpação renal, o grande tumor é duro bocelado e tem nítido contacto lombar. A urografia revela uma nítida calcificação sobre a zona renal esquerda, e ausência completa de eliminação desse lado. O rim direito apresenta-se em hipertrofia compensadora e sem qualquer alteração morfológica notável. As provas de função renal global estavam normais.

O doente não desejava mais exames e pediu para ser rapidamente liberto do seu grande tumor. Foi operado por via lombar, pensando-se num GRAWITZ apesar da ausência de hematúria. Nefrectomia dum grande rim poliquístico, que continha no seu interior uma zona de calcificação. Post-operatório sem qualquer acidente.

Revisto: perfeitamente bem. Ureia no sangue normal. Diurese: 1.750. Densidade da urina 1.010. Tensão arterial Mx. 15.

2.^a *Observação.*—Clínica Particular.

Homem de 38 anos, enviado pelo Prof. MÁRIO MOREIRA, por grande tumor de rim esquerdo.

Na história, hematúrias há uns anos atrás (7 anos).

A pielografia ascendente bilateral revelou um grande rim poliquístico unilateral (Fig. 2). Do lado direito só se encontra como suspeito um estiramento do cálice superior; na urina desse



Fig. 2 — Pielografia ascendente bilateral.
Rim poliquístico unilateral esquerdo.

(O clichê está ao contrário).

rim obtida por cateterismo, a concentração da ureia atinge 19 gramas por litro.

Pareceu perfeitamente legítimo libertar o doente do enorme rim poliquístico sem função apreciável.

Nefrectomia por via lombar. Numerosos quistos; ausência de parênquima funcional (Fig. 3).



Fig. 3 — Rim poliúístico unilateral. Peça de nefrectomia.

3.^a Observação.

N.º 3.010 do meu serviço do Hospital Curry Cabral.

Mulher de 30 anos de idade. Um irmão com doença poliúística dos rins. Pôde averiguar que foi internada há um ano noutra serviço hospitalar devido a ser portadora de um tumor do hipocôndrio esquerdo, muito doloroso, acompanhado de calafrios e acentuada piroxia. Foi submetida a numerosos exames radiológicos e laboratoriais, e ao fim de algum tempo foi operada por laparotomia, tendo-se encontrado um grande rim poliúístico que foi extirpado. A operação foi realizada por um cirurgião dos mais notáveis dos hospitais civis de Lisboa. O post-operatório foi bom; retoma rapidamente a sua vida de trabalho, mas passado algum tempo começa a queixar-se do rim direito, acompanhado de vagas queixas de cistite pelo que nos foi enviada.

Não desejando descrever com todo o pormenor o exame urológico de rotina a que submetemos a doente, referirei só o essencial: o rim direito encontra-se aumentado de volume, aumento muito superior ao que seria possível encontrar por hipertrofia compensadora, a sua função apreciada na urografia é satisfatória, mas a pielografia ascendente mostra pelo seu estiramento de alguns cálices que existem quistos no rim (Fig. 4).



Fig. 4 — Rim poliquístico restante post-nefrectomia. À nefrectomia do adelfo foi imposta por grave infecção.



Fig. 5 — Rim poliquístico. Quistos da medular.

Trata-se portanto dum caso em que as lesões eram bilaterais sem dúvida alguma, mas de grau muito diverso. O rim esquerdo infectado e sem função tornava a existência do doente muito penosa.

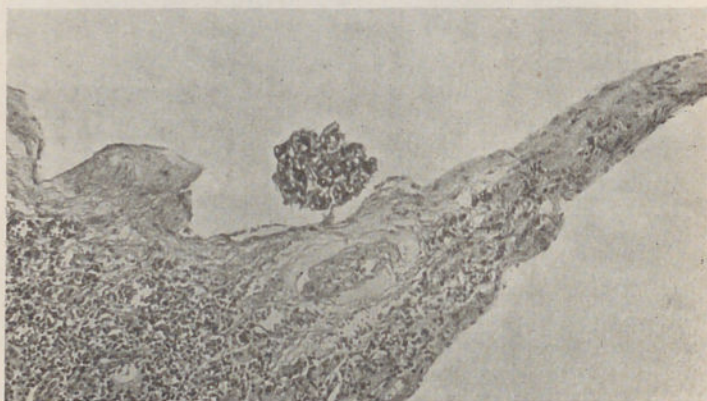


Fig. 6 — Rim poliquístico. Quisto do glomérulo.
Vê-se um glomérulo não revestido por cápsula de Bowman.

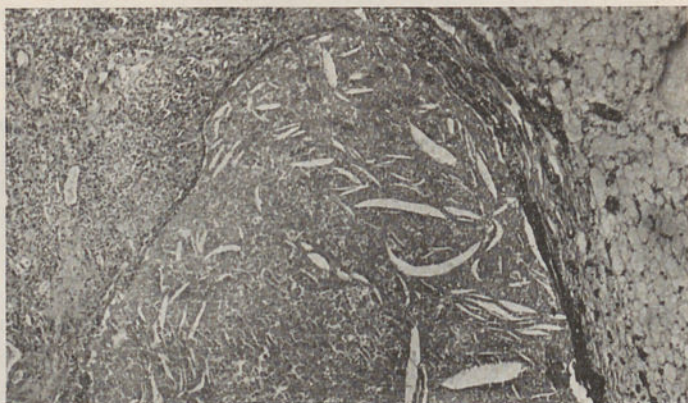


Fig. 7 — Rim poliquístico. Quistos com cristais de colessterina.

Esta última observação não é tão brilhante como as anteriores, mas a nefrectomia foi perfeitamente justificada, pois a doente

um ano passado sobre a operação encontra-se bem, sem hipertensão, com uma taxa de ureia no sangue de 0,50. Só a urina mantém uma densidade baixa, 1.008.

RESUMÉ

L'A. ayant observé inombrables cas de rein polyquistique considère qu'il s'agit d'une lésion sur qui les indications chirurgicales sont rares, puisqu'il a opéré seulement un numero très restreint de cas et cette communication se rapporte précisément à 3 operations dans lesquelles a été faite la nephrectomie.

La chirurgie ne se montre pas capable d'offrir beaucoup à la forme classique de la maladie que est la forme bilaterale d'évolution parallèle, mais assez lente.

L'A. se range du côté de ceux qui considèrent que le nephron quistique maintient longtemps les différentes propriétés du nephron normal continuant pour cela à participer dans l'elaboration de l'urine, pourquoi il ne considère pas utiles les opérations conservatrices. Cependant la fréquence avec qui le rein quistique peut se presenter comme une lésion unilaterale n'est pas a negligier (8 0/0). Il s'agit alors d'une forme vraiment chirurgicale de la maladie, avec tumeur unilaterale, douloureuse e parfois infectée, qui gêne beaucoup le malade.

L'A. resume en suite trois cas de rein polyquistique dans sa forme chirurgicale dans lesquels il a réalisé la nephrectomie avec succès.

RESUMEN

El A. habiendo observado numerosos casos de riñon poliquistico, considera que se trata de una lesión en que las indicaciones quirurgicas son raras, pues solo ha operado un numero muy limitado de casos y esta comunicación se refiere precisamente a 3 operaciones en que há sido hecha la nefrectomia. La quirurgia no se muestra capaz de oferecer mucho a la forma clasica de la enfermedad que es la forma bilateral de evolución paralela, pero bastante lenta. En realidad ni la ignipuntura de PAYR, ni la incision de los quistes de ROVSING, ni aún la operación de GOLDSTEIN han tentado nunca el. A. que no las considera capaces de atenuar la evolución de la enfermedad y de ni siquiera retardar su marcha.

Sin embargo la frecuencia con que el riñon quistico puede presentarse como lesion unilateral no es para despreciar.

Se trata entonces de una forma de riñon poliquistico quirurgico constituyendo un tumor unilateral doloroso hematurico o infectado, que puede molestar mucho su portador por su volumen y compression de los organos vecinos.

El A. describe en seguida 3 casos de riñon poliquistico clinicamente de forma unilateral, en los cuales se ha realizado la nefrectomia, con grande ventaja.

Comentários a 100 adenomectomias prostáticas

por JOÃO COSTA

1.º assistente na Faculdade de Medicina do Porto
Urologista

Nas observações que se seguem vamos focar alguns aspectos técnicos e clínicos dos diversos métodos de adenomectomia prostática. Os nossos comentários incidem sobre uma série de 100 prostatectomias, escolhidas, na sua grande maioria, da nossa clínica particular. As técnicas usadas foram a ressecção transuretral, a adenomectomia transvesical e a adenomectomia retro-púbica.

Mortalidade — A mortalidade operatória foi de dois casos (2%), um operado pela via transuretral, outro pela via retro-púbica. O falecimento deste último é anterior ao emprego da hipotensão controlada a que já nos referimos nesta mesma revista, em artigo publicado com o Dr. PEDRO RUELA (1). O primeiro apresentou perturbações encefálicas graves e foi operado antes de usarmos o soluto isotónico de glicose como líquido de lavagem durante a ressecção transuretral da próstata.

Cuidados e exames pré-operatórios — Além dos exames laboratoriais habituais do sangue e da urina, requisitamos para a maioria dos prostáticos o exame electro-cardiográfico. Realizamos, igualmente, urografias descendentes. Os ensinamentos dados por estas são muito úteis (estudo da repercussão do adenoma prostático sobre a dinâmica pielo-ureteral e sobre a função renal, alterações morfológicas vesicais, procidência intravesical do adenoma, elevação da sombra vesical, despiste de cálculos).

Habitualmente, só mantemos com drenagem vesical permanente os prostáticos em retenção completa cujo estado geral não permite a intervenção imediata. A colocação de sonda uretral num prostático infectado é, muitas vezes, seguida de elevações térmicas do tipo septicémico. Nestes doentes encontramos com frequência «cavernas» prostáticas, cheias de pus, que esvaziamos progressivamente, quando usamos a diatermo-coagulação; depois desta, verifica-se o retorno da curva térmica ao normal.

Há quem desaconselhe o exame endoscópico antes de qualquer intervenção prostática. Não concordamos com tal atitude.

(1) *Hipotensão controlada e prostatectomia retro-púbica.* (PORTUGAL MÉDICO, 36, 1952, N.º 3, pág. 125).

Os pequenos inconvenientes duma cisto-uretroscopia são, de longe, ultrapassados pelos ensinamentos que a mesma nos dá: estudo das dimensões da próstata e despiste de lesões vesicais bastantes vezes associadas ao prostatismo, como cálculos, tumores e divertículos vesicais; e mesmo o diagnóstico diferencial do carcinoma prostático, pois em dois casos que ao toque rectal nos pareceram adenomas, pusemos o diagnóstico de neoplasia maligna, confirmado pelo exame histológico, apenas baseados no aspecto da uretra prostática. O toque rectal não basta para nos elucidar acerca das dimensões verticais e ântero-posteriores dos adenomas, pois, como se sabe, muitos lobos adenomatosos são proclidentes para a bexiga, tornando a uretra prostática muito longa. Por outro lado, a irritação causada pela endoscopia, feita com suavidade, não é superior à deixada pela cisto-uretrografia — à qual recorreremos com frequência —, quando esta se faz com geleia viscosa opaca. Apenas em três prostáticos observamos pequena reacção febril, de curta duração, atribuível à endoscopia.

Procedemos ao estudo cistométrico dos prostáticos quando suspeitamos da existência de alterações motoras vesicais neurógenas e nas retenções completas de longa data, para avaliação da capacidade de recuperação da contractilidade do músculo vesical.

Aconselhamos a intervenção cirúrgica — ressecção ou outras — aos prostáticos, antes de se estabelecer a insuficiência do *detrusor*.

Faremos a seguir algumas considerações acerca das diferentes técnicas operatórias usadas.

1) — RESSECÇÃO TRANSURETRAL (DIATERMO-COAGULAÇÃO) — É, sem dúvida, a intervenção prostática tecnicamente mais difícil e a que maior treino exige.

Líquido de irrigação — Desde a publicação do trabalho de CREEVY, acerca das reacções hemolíticas provocadas pela água de irrigação que penetra no sistema vascular, temos usado o soluto de glicose a 4 %, com os mais satisfatórios resultados. O soluto de glicose tem o inconveniente de tornar as luvas e o ressectoscópio um pouco pegajosos; e como não se dá a hemólise do sangue que sai dos vasos prostáticos, a visibilidade é menor. Contudo, todos estes pequenos inconvenientes se vencem com um pouco de hábito, e são largamente compensados pela evitação de alguns acidentes graves.

Indicações da ressecção — Todos os adenomas podem ressecar-se pela via transuretral. Habitualmente reservamos este tipo de intervenção aos tumores pequenos e médios (grau 1 e 2 da classificação de BARNES) ou usamo-la nos «maus riscos» cirúr-

gicos, por razões circulatórias ou outras, intervindô nestas condições mais que uma vez, se necessário.

Técnica da ressecção — A ressecção do adenoma prostático deve ser o mais completa possível nas três dimensões, isto é, no sentido transversal e ântero-posterior até à cápsula, e no sentido vertical, ou melhor, ao longo da uretra, desde o colo vesical até ao *verumontanum* e mesmo, em certos casos, um pouco abaixo deste. Usamos o ressectoscópio de NESBIT, o qual permite maior penetração da ansa no início de cada corte e deixa uma das mãos livres para a simultânea exploração rectal das porções laterais e posterior do adenoma. Esta faz-se com o auxílio da dedeira de O'CONNOR.

No respeitante à técnica da ressecção pròpriamente dita, usamos aquela a que nos habituamos. É diferente da descrita por NESBIT e por BARNES. Deve proceder-se metòdicamente. Iniciamos a ressecção num dos lobos laterais, perto do colo, e excisamos o tecido adenomatoso, entre as duas e as seis, ou entre as dez e as seis horas, até atingirmos as fibras musculares do esfíncter interno, sempre de fácil identificação. Por vezes, é necessário entrar na espessura do esfíncter, ao nível da comissura posterior, e mesmo ressecar o vértice do trigono, quando há hipertrofia destas duas formações, tal como nas retro-púbicas ressecamos um fragmento da porção posterior do colo. A seguir, completamos a excisão, ao nível do colo, na porção anterior. Passamos depois a ressecar as porções mais distais do adenoma, pela mesma ordem, até ao vértice da próstata.

Em regra, retiramos os fragmentos do adenoma que não saem espontâneamente, por meio do evacuador de ELLIK, apenas uma ou duas vezes, durante toda a intervenção, a fim de evitarmos inúteis perdas de tempo.

Tem-se descrito minuciosamente os diferentes aspectos das várias secções de corte, durante a ressecção prostática, como o das fibras musculares do colo vesical, transversais, um pouco mais escuras que o tecido conjuntivo de suporte; a «porosidade» ou «aspereza» do tecido adenomatoso, fazendo lembrar a neve fofa; o entrecruzamento das fibras capsulares. Estas diferentes imagens permitem-nos orientar o corte, levá-lo mais ou menos longe. Acontece com frequência atingir-se a cápsula prostática ou mesmo perfurá-la ligeiramente, o que habitualmente não tem consequências de maior, se não se insistir em ressecar nessas regiões e se não se aumentar a pressão do liquido de irrigação. Vários resseccionistas têm também chamado a atenção para as zonas nas quais a ressecção deve ser mais cuidadosa, quer pela possibilidade de perfuração da cápsula (logo abaixo do colo vesical), quer pelo perigo de secção do esfíncter membranoso.

Onde experimentamos maiores dificuldades é na ressecção das porções anteriores, principalmente junto do vértice da próstata, onde nos faltam os pontos de referência. Parece-nos que não tem sido chamada a devida atenção para esta zona do adenoma, onde também a hemóstase é mais difícil, apesar de não se encontrarem aí os vasos de maior calibre. É aí também, e pela mesma razão, que muitas vezes ficam por ressecar porções do adenoma relativamente volumosas.

Deve ressecar-se 70 a 80 % do adenoma nos primeiros vinte ou vinte e cinco minutos. Cortamos três a cinco fragmentos do adenoma entre cada esvaziamento do líquido vesical. Não pode haver a preocupação da hemóstase na primeira fase da operação, não só pelo tempo que se perde, mas ainda porque os vasos electrocoagulados voltarão a ser seccionados logo a seguir. Convém, contudo, não passar de um dos sectores de ressecção para outro, sem completar a hemóstase do primeiro, não apenas por causa da perda de sangue, mas ainda para evitar a simultaneidade de muitos vasos abertos, o que dá uma imagem bastante confusa, por vezes, principalmente, quando se usa líquido de irrigação isotónico.

A ressecção transuretral da próstata não deve ir além de uma hora, o máximo setenta minutos. A maioria dos operados, ao fim deste tempo começa a mostrar sinais de colapso periférico, a que se segue, em regra, se se persiste na intervenção, uma queda brusca da tensão arterial. Nos adenomas muito volumosos, quando há contra-indicações do lado circulatório, para a intervenção por via abdominal ou perineal, é preferível a ressecção em dois ou mais tempos, o que permite retirar praticamente todo o adenoma.

Cuidados durante a operação — Consistem por rotina na medida da tensão arterial e inscrição da frequência do pulso cada três a cinco minutos além da vigilância do aspecto do operando, principalmente no respeitante a sinais de colapso periférico.

A não ser na ressecção dos pequenos adenomas e na das fibroses do colo vesical, também usamos sistematicamente a transfusão de sangue durante a intervenção.

No final do acto operatório colocamos uma sonda de FOLEY N.º 24, com balão de 30 ou de 75 cc., consoante o volume do adenoma ressecado e lavamos a bexiga, até que o líquido de retorno saia limpo ou quase.

Complicações e cuidados post-operatórios — Além da vigilância do pulso e das tensões arteriais e do uso de antibióticos, mantemos nas primeiras vinte e quatro horas um sistema de irrigação intermitente com soro fisiológico, por meio de irrigador ligado à sonda de FOLEY com um tubo em Y.

Depois de retirada a sonda por volta do 4.º ou 5.º dia, mantemos o operando sob a acção quer de antibióticos quer de sulfonamidas. Não recorremos, senão excepcionalmente, a tratamentos locais, tais como lavagens, instilações vesicais, etc., que julgamos desnecessários, senão prejudiciais. Desde o momento que a ressecção tenha sido feita de forma eficiente, e que não haja, do lado vesical, qualquer anomalia, como atonia, divertículos, etc., a disúria e a polaquiúria desaparecem espontâneamente em alguns dias e a urina torna-se límpida dentro de três a oito semanas.

Sempre que possível submetemos os operados a exame cisto-uretroscópico, um a dois meses após a ressecção, para verificação do estado da bexiga, e principalmente do colo e da loca prostática, e não hesitamos em propor ao doente novo internamento, sempre que encontramos alguma porção do adenoma que não tenha sido devidamente ressecada. Nesta nossa série reoperamos quatro doentes.

Não temos a registar nenhum caso de incontinência post-operatória ou de fistula recto-uretral.

Duração da hospitalização — Os operados residentes no Porto tiveram alta no 7.º ou 8.º dia, excepcionalmente no 4.º. Quando se trata de pessoas não residentes na cidade não as deixamos regressar a casa antes do 12.º ou 13.º dia após a operação, como medida de precaução contra as hemorragias tardias, de que, aliás, não há nenhum caso a registar nesta série.

Afecções associadas — Calculose vesical: 3; litotricia após a ressecção. Papilomas vesicais: 3; um, fulgurado na ocasião da ressecção, dos restantes, um antes, outro depois. Divertículos vesicais: 5. Calculose prostática: 1. Hidronefrose: 4. Doentes previamente cistostomizados: 4.

Resultados clínicos — Consideramos satisfatórios os resultados da ressecção da próstata, quando dois ou três meses após a operação a urina é transparente, o resíduo é nulo e o operado não tem polaquiúria. Nos indivíduos com divertículos vesicais infectados ou com atonia vesical, é-nos bastante difícil atingir bons resultados. Os casos de contractura do colo vesical são, dum modo geral, os de pior prognóstico, porque a fibrose do colo tende a reconstituir-se. Uma das causas mais frequentes da persistência dos sintomas de prostatismo é a ressecção incompleta do adenoma. As regiões onde mais fàcilmente se pode deixar tecido adenomatoso são o vértice da próstata, à volta do *verumontanum* e o lobo anterior; este é de difícil ressecção, não só pela sua posição, como pela ausência de pontos de referência, no respeitante ao seu limite inferior, como dissemos.

2) — ADENOMECTOMIA TRANSVESICAL — Usamos a via transvesical, nesta pequena série, quase só em indivíduos previamente cistotomizados por nós ou por outros. Apesar de tudo quanto se tem dito e feito ultimamente, não há sombra de dúvida que a cistostomia é, por vezes, uma intervenção salvadora, em retencionistas fortemente intoxicados, com más condições circulatórias. Quantas vezes alguns destes indivíduos nos voltam a procurar, meses mais tarde, extraordinariamente melhorados, permitindo-nos uma intervenção que teria sido fatal, se realizada anteriormente.

Nos cistotomizados, não recorremos à via retro-púbica. Depois de aberta a bexiga, durante um período mais ou menos longo, não sabemos que vantagem possa haver em não aproveitar a abertura já feita.

Para tamponamento da loca prostática, temos usado, além das tiras de gaze, materiais absorvíveis, como a celulose oxidada, a esponja de gelatina, sós ou envolvendo o balão de 30 cc. ou de 75 cc. da sonda de FOLEY. Qualquer dos processos dá bons resultados.

Temos a registar nesta série, apesar de pequena, dois casos de incontinência post-operatória, ambos em portadores de adenomas muito volumosos e, principalmente, muito aderentes à cápsula, junto do vértice. Estes indivíduos estão agora perfeitamente continentes, depois de os termos submetido à operação, por via perineal, aconselhada por MILLIN.

3) — ADENOMECTOMIA RETRO-PÚBICA — Esta via de acesso à próstata, hoje largamente usada, é, incontestavelmente, a melhor, porque é a mais simples e a mais «cirúrgica». Permite a visão próxima e directa da loca prostática, incluindo o colo vesical; vemos assim os pedículos vasculares do adenoma que se tornam facilmente laqueáveis.

Inicialmente (1948), usámos a técnica de TERENCE MILLIN, com o auxílio dos instrumentos imaginados por este cirurgião, incluindo a traumatizante agulha «boomerang». Mais tarde adoptámos a técnica descrita por ROGER COUVELAIRE, sem dúvida a mais notável de todas as modificações da operação de MILLIN. A fixação do afastador de COUVELAIRE aos lábios da incisão, transforma esta em triângulo de base inferior, como se fosse uma valva de DOYEN. Por outro lado, a elevação da próstata pelos dois dedos de um ajudante introduzidos no recto, produz tão boa exposição que se dispensa a iluminação especial, com lâmpada montada em haste flexível, imaginada por MILLIN.

A princípio, tal como fazem MILLIN e COUVELAIRE, praticávamos a incisão transversal na cápsula da próstata, um pouco abaixo

do colo. Últimamente, passámos a colocar a incisão em plena bexiga, no colo ou logo acima. Isto é extremamente vantajoso nos pequenos adenomas, porque assim teremos um «lábio» inferior da incisão facilmente suturável. A exposição do colo vesical é tão boa ou melhor que na incisão capsular, além de que esta é feita numa região com melhor irrigação sanguínea. Teremos, talvez, de mudar o nome da operação para *transvesical baixa*.

O post-operatório dos adenomectomizados por esta via é extremamente simples, sem dores, e muito curto. Na grande maioria, estes operados podem ter alta ao 8.º ou 9.º dia, isto é, dentro do tempo necessário à cicatrização dos planos superficiais, excepto do local do dreno abdominal. Convém não retirar este dreno muito precocemente, por ser necessário um período relativamente longo para a completa cicatrização de todo o espaço retro-púbico. Este espaço é de difícil drenagem porque a mesma não se faz pelo ponto de maior declive. A nossa experiência tem-nos aconselhado a manter a drenagem do espaço prevesical durante 12 ou 15 dias, isto é, até que se complete a cicatrização dos planos profundos. Durante este período podem os operados deslocar-se à vontade e mesmo retomar os seus trabalhos profissionais.

Temos a registar nesta série um caso de osteíte do púbis com os sintomas habituais (dores espontâneas e à pressão em toda a pelve, impossibilidade quase total da marcha). De toda a medicação usada, foram as infiltrações novocaínicas da cadeia do simpático lombar, a que melhor resultado nos deu.

4) — ANESTESIA — Começaremos por encarar o importante problema da anestesia nas ressecções transuretrais do adenoma da próstata. Não basta suprimir a dor. É necessário, não diremos abolir, mas «cortar» o mais possível os reflexos com ponto de partida vesical e da zona de ressecção. Na verdade, distinguiremos dois grupos de reflexos, com repercussão sobre a curva da tensão arterial: os resultantes do enchimento e do esvaziamento da bexiga, e os devidos à acção da ansa diatérmica.

Temos duas séries de operados (R. T. U.), no respeitante à anestesia: com *anestesia geral* (ciclopropana e éter, *pentothal* e éter, e só *pentothal*) e com *anestesia raquidiana*. Os gráficos da tensão arterial e da frequência do pulso, feitos durante as intervenções, mostram maior variabilidade das mesmas quando a anestesia é geral. A raqui, actuando directamente na medula, e nos nervos da cauda equina «corta» provavelmente melhor os reflexos sagrados.

Habitualmente, usámos tetracaína (pantocaína Winthrop),

N A S

INFECCÕES INTESTINAIS

Um produto

DE GRANDE PODER ADSORVENTE
E ANTI-SÉPTICO

SEPTICARBONE

CARVÃO, OXIQUINOLEÍNATO DE
BISMUTO, ÓXIDO DE MAGNÉSIO, ETC.



LABORATÓRIOS
DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

NOVOS PREÇOS

PENICILINA G (Potássica)

500.000 U

Caixa de 1 frasco . . . 22\$00

PENICILINA G (Potássica)

1.000.000 U

Caixa de 1 frasco . . . 37\$00

MIOCILINA 1.800.000 U (Oleosa)

(c/ monoestearato de alumínio)

Caixa de 1 frasco . . . 61\$00

Caixa de 3 frascos . . . 180\$00

MIOCILINA R 200.000 U (Infantil)

Caixa de 1 frasco . . . 12\$00

Caixa de 3 frascos . . . 30\$00

MIOCILINA R 400.000 U

Caixa de 1 frasco . . . 19\$00

Caixa de 3 frascos . . . 52\$00

Caixa de 5 frascos . . . 80\$00

Caixa de 10 frascos . . . 150\$00

MIOCILINA R 600.000 U

Caixa de 1 frasco . . . 25\$00

MIOMICINA

Caixa de 1 frasco . . . 32\$50

Caixa de 3 frascos . . . 96\$00

Caixa de 10 frascos . . . 300\$00

MIOMICINA FORTE

Caixa de 1 frasco . . . 46\$00

Caixa de 3 frascos . . . 135\$00

EM FRASCOS SILICONADOS



LABORATÓRIOS
DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

na dose de 10 mgs., e mantemos o operando sentado cerca de três minutos, depois da sua introdução no espaço subaracnoideu.

A anestesia geral na ressecção transuretral do adenoma prostático tem ainda o inconveniente de mascarar um dos sinais de perfuração da cápsula prostática, a dor hipogástrica.

Nas adenomectomias transvesicais e retro-púbicas temos usado a anestesia geral pelo ciclopropano e éter, em circuito fechado, após indução com um barbitúrico (pentothal); excepcionalmente a raqui-anestesia.

A hemorragia que, geralmente, acompanha as manobras de descapsular a próstata e as quedas da tensão arterial provocadas por aquela fizeram-nos olhar com particular atenção para este tempo operatório e tomar medidas várias, no sentido de prevenir quanto possível, a baixa tensional quase sempre mal suportada pelos nossos operandos, na grande maioria idosos e hipertensos. Vinhamos utilizando a transfusão de sangue durante o acto operatório, e ensaiámos também as injeções intracapsulares de pituitrina e novocaína, preconizadas por MILLIN.

Nos últimos dez meses temos usado as técnicas hipotensoras durante a anestesia geral (Dr. PEDRO RUELA), com os mais satisfatórios resultados. A hemorragia é mínima, mesmo nos indivíduos habitualmente hipertensos, o acto cirúrgico ganha em rapidez, e o post-operatório é extraordinariamente suave. Temos usado a hipotensão controlada apenas na prostatectomia retro-púbica. Não nos parece aconselhável nas ressecções transuretrais da próstata, não só porque deixaríamos de electrocoagular os vasos seccionados, mas ainda porque facilmente entraria liquido de irrigação para o sistema circulatório.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

A MEDICINA CONTEMPORÂNEA, LXX, 1952 — N.º 6 (Junho): *Estudos sobre psitacose*, por João Tendeiro; *Transmissão da «Coxiella burnetii» pelo «Rhipicephalus senegalensis», estudo da estirpe em cultura e nalguns animais de experiência*, por João Tendeiro; *Modificação experimental pela acção da histamina das lesões herpéticas cutâneas*, por C. Plácido de Sousa; *A sulfonoterapia no tratamento ambulatório dos doentes de lepra*, por Lemos Salta. N.º 7 (Julho): *Considerações sobre divertículos da uretra-feminina*, por L. Ravara Alves; *O sistema hipotalamo-hipofisário em psiquiatria*, por L. Navarro Soeiro; *As bases científicas da medicina social*, por Fernando da Silva Correia; *Escola Médico-*

-Cirurgia de Goa, por Pacheco de Figueiredo; *Os progressos da cirurgia*, por Renato Fernandes.

ACÇÃO DA HISTAMINA NAS LESÕES HERPÉTICAS CUTÂNEAS. — Várias características do comportamento do vírus da herpes indicam que o estudo dos factores que condicionam a sua acção contribuirão para o progresso dos conhecimentos sobre o mecanismo das afecções devidas a vírus, ainda incompletamente esclarecido.

Uma de essas características é que levou Burnet a estabelecer o conceito de que a herpes simples, tão vulgar na infância e que geralmente começa por estomatite, é doença que se repete com a forma de erupções herpéticas nos lábios, na boca, nos órgãos genitais, etc.; e que isto se deve a que depois do primeiro episódio os indivíduos ficam portadores inaparentes do vírus, que neles vive em estado de latência, provocando a formação de anticorpos, que explicam a menor gravidade das recorrências.

Outra característica é a do vírus dar habitualmente apenas lesões na pele e nas mucosas, geralmente benignas, mas poder tornar-se neurotrópo, produzindo encefalite, ou, conservando a afinidade dermatrópica, originar o quadro da erupção variceliforme de Kaposi, mais grave que o das localizações vulgares.

Não é possível o estudo experimental dos factores que condicionam tais características, por nos animais a infecção pelo vírus dar lugar a sólida imunidade. O A. procurou estudar o problema da reactivação das infecções latentes, indagando dos factores determinantes da exaltação do vírus responsável pelo aparecimento da erupção variceliforme de Kaposi, que surge sobre lesões eczematosas preexistentes, na forma de elementos vesículo-pustulosos, com tendência a confluir; e como o eczema é considerado no quadro das alergias, e porque nos fenómenos alérgicos há libertação de histamina, tratou de verificar se esta exercia sobre as lesões herpéticas comuns uma acção excitante do vírus, que explicasse o aparecimento da referida erupção de Kaposi, nas placas de eczema.

Produzindo as lesões da herpes em cobaios inoculados com vírus herpético, ou com este e histamina, viu que nestes últimos as lesões eram muito mais intensas. Assim, a histamina deve ser um dos factores que determinam a exaltação de virulência que conduz à erupção variceliforme. O mecanismo de essa acção talvez seja o de aumento da permeabilidade capilar e de reacção inflamatória que facilite o acesso do vírus a novos grupos celulares, talvez intervindo no sistema hialuronidase-ácido hialurónico que por sua vez influiria sobre o vírus, tal como neste aspecto se verificou com o vírus da varíola.

Por semelhança, pode talvez supor-se que a histamina facilitará o aparecimento de lesões produzidas pelo vírus em estado latente, que vive na boca e no saco conjuntival, lesões herpéticas de recorrência; ou mesmo

existindo no local em que a herpes aparece, como succede na infecção cutânea que surge depois de um traumatismo, a herpes traumática.

SULFONOTERAPIA DA LEPROSA. — A importância das sulfonas no tratamento da lepra tem sido muito estudada. O A. utilizou três produtos; por via oral, a diaminodifenilsulfona, a sulphetrone e a diasone; e ainda por via endovenosa o promin. Aplicação diária, durante pelo menos seis semanas, renovando-se a série depois de duas semanas de descanso. A tolerância varia em cada indivíduo para cada medicamento, pelo que é vantajoso dispor de vários produtos. Em tratamento ambulatorio (é este o visado), a via oral é preferível, embora haja o inconveniente de não se poder garantir que o doente tomou a droga com regularidade. Os resultados obtidos foram animadores, e podem resumir-se assim:

Lepra de tipo lepromatoso (15 casos): desaparecimento total das lesões — 2, quase total — 2, melhoras — 10, mesmo estado — 1; em 11 fez-se exame histológico que mostrou modificações favoráveis em 5, sendo em 2 de cicatrização total; nesses cortes histológicos, não se viam bacilos em 5.

Lepra de tipo tuberculóide (5 casos): desaparecimento total das lesões — 1, quase total — 3, melhorado — 1; só num doente se fez exame histológico que mostrou quase total cicatrização.

Lepra de tipo indiferenciado (12 casos): desaparecimento total das lesões — 4, quase total — 3, melhorados — 5; em 4 o exame histológico mostrou cicatrização completa num e mutação de estrutura noutro; fez 2 exames bacteriológicos que mostraram desapareção dos bacilos.

O SISTEMA HIPOTÁLAMO-HIPOFISÁRIO EM PSIQUIATRIA. — Começa o A. por recordar a história do problema da localização orgânica das funções psíquicas, desde a intuição de Hierofilo que localizava a vida espiritual no 3.º ventrículo, até à fase actual em que a conjugação de dados clínicos e experimentais permitiram desvendar parte das incógnitas de tão complexo problema.

Lembra a anatomia do hipotálamo, com seus quatro grupos de núcleos (anteriores, médios, área lateral e porção posterior), enlaçados por numerosas vias aferentes e eferentes com a parte restante do diencefalo e por seu intermédio com o córtex, ou directamente com este e por outro lado com a hipófise, múltiplas conexões nervosas que são secundadas por conexões químicas relativas à secreção hipofisária e por conexões vasculares ricas; tão íntimas entre o hipotálamo e a hipófise, que estes sectores formam um todo funcional indivisível, o bloco hipotálamo-hipofisário.

O bloco intervéem em toda a vida vegetativa. Os resultados do estudo clínico de doentes portadores de lesões com sede diencefálica, conjugados com os provenientes da experimentação, têm esclarecido muitos aspectos de essa actividade funcional, que o A. expõe: com influência

sobre o sistema endócrino, o metabolismo, as funções sexuais, os ritmos orgânicos, a regulação térmica, os mecanismos do sono; enfim, sobre toda a vida vegetativa, com as respectivas ligações com a vida psíquica. Relativamente a esta, desenvolve o assunto, tratando sucessivamente do papel nas emoções, e nas perturbações mentais e na epilepsia, e do problema da localização cerebral da consciência; nos termos que vamos reproduzir.

«*Mecanismos somáticos das emoções*: As experiências em animais, de Baird e doutros, sobretudo de Hess, provocando no animal descerebrado, ou estimulando electivamente pontos vários subcorticais, a cólera aparente, *sham rage*, que talvez devessemos chamar falsa ou aparente emoção, e a experiência clínica confirmam claramente que no diencéfalo existem estruturas nervosas encarregadas não só de regular as funções vegetativas mas também os affectos — o estado de humor — ligadas a essas funções e aos mecanismos motores que lhe servem de base.

As primeiras experiências foram as de Goetz, cujas observações em animais se tornaram clássicas no estudo das localizações das reacções emotivas. O cão descorticado de Goetz sobreviveu 18 meses após a operação. Exibia sinais de cólera em tudo semelhantes e despertados pelos mesmos estímulos aos do cão normal — imediatamente acompanhados por manifestações de actividade simpática. Este tipo de reacção de cólera produzida no animal descorticado é denominado por Cannon e Britton — *sham rage* — cólera fingida ou aparente ante um estímulo adequado. O gato ficava assanhado — pelo erigido, garras protaídas, dentes arreganhados, corpo em arco, pronto ao ataque ou à defesa, apresentando, além disto, sinais de actividade simpática — taquicardia, dilatação pupilar, aumento da adrenalinaemia e da tensão arterial. Chamaram-lhe *sham rage* — para a distinguir da reacção de cólera do animal normal cuja modulação emotiva é evidentemente mais fina e complexa.

Fulton e Ingraham procederam a estudos semelhantes mas fazendo incisões em várias zonas — autênticas leucotomias experimentais — no cérebro anterior, no quiasma, porção olfactiva, etc.

Por outro lado as observações no decurso de intervenções intracranianas, principalmente a de Cairns provocando ao operar um quisto epidurmóide do 3.º ventrículo, pela repleção ou esvaziamento deste, um síndrome de mutismo acinético; ou a da comunicação de Foerster que, operando um craniofaringeoma supra-selar penetrando no pavimento do 3.º ventrículo, observou, ao manipular o tumor, o despertar imediato no doente dum quadro maniforme com a típica loquacidade ideo-fugitiva e euforia, ou ainda a chamada mania quadrigémea dum caso de tumor que destruíra os tubérculos quadrigémicos — e num outro aspecto mais geral o caso extraordinário (relatado por Almeida Lima dum rapazito de 15 anos que era portador dum craniofaringeoma que não chegou a ser operado e que lhe aparece 20 anos depois como se o tempo não tivesse passado, com o mesmo aspecto físico infantil e com as características psíquicas dos 15 anos, parada a evolução da sua personalidade «como

se a acção inexorável do tempo se tivesse suspenso durante estes 20 anos» — todas estas observações chegariam realmente para nos confirmar patentemente as experiências laboratoriais e a importância do diencefalo na expressão somática da vida emotiva e no desenvolvimento da personalidade, na regulação do humor, do afecto, das emoções.

Para nós psiquiatras o vocábulo «humor» significa essencialmente o estado, a situação afectiva fundamental, de euforia ou disforia, de simpatia ou de acrimónia, quer como manifestação transitória, quer como fundo constitucional do temperamento.

De Hipócrates a Paracelso até aos nossos dias sempre se identificaram os dois significados — carácter afectivo e líquido orgânico. De facto todas estas novas investigações nos demonstram que o círculo das correlações neurovegetativas se fecha nos seus extremos — como diz Roff-Carballo — na periferia, nos órgãos e nos centros diencefálicos, por cadeias humorais. A correlação humoral periférica faz-se pelas hormonas e pelos electrólitos com a participação do metabolismo da acetilcolina na condução nervosa e na função das sinapses. A cadeia central está constituída pela complexa estrutura funcional que analisámos — o sistema diencefalo-hipofisário, pelo qual ou no qual os impulsos nervosos se convertem em estímulos hormonais e vice-versa, agindo sobre as estruturas e seus mecanismos nervosos, comutadores ou reguladores do hipotálamo e pela acção dinamogénica deste sobre o córtex.

Esta conversação no bloco hipotálamo-hipofisário dum estímulo nervoso em hormonal fica documentada, de certo modo, pela discutida noção de neurocrinia do hipotálamo e pela mútua indução das increções hipofisárias — gonadotrofas, corticotrofas, tirotrofas, etc., e das glândulas endocrínicas subsidiárias que por sua vez podem moderar, frenar a actividade hipofisária. Todavia também se sabe que a integridade deste sistema não é absolutamente indispensável ao funcionamento da hipófise, mas é claro que a integridade destas conexões assegura o perfeito ritmo funcional da hipófise, só assim possível.

A influência dos estímulos luminosos ou olfactivos e auditivos no comportamento sexual dos animais põe em marcha, na primavera ou nas fases do cio, a actividade da hipófise e de todas as outras indreções responsáveis pela conduta sexual, através das vias do sistema óptico-vegetativo, vias acústicas e olfactivas hipotalâmicas — se aceitarmos a existência destes feixes descritos por Roussy e Mosinger — *exigem a integridade destas vias.*

Por sua vez os estímulos hormonais têm incontestável influência sobre o sistema nervoso e sobre toda a conduta animal e com mais evidência ante todo o «Stress». Os trabalhos de Selye deram a estas proposições toda uma revolucionária actualidade, rica de consequências.

É claro que também intervêm nestes mecanismos a regulação vegetativa periférica, o tónus e a circulação cerebral, não o esqueçamos. São bem conhecidas as influências das emoções sobre a circulação periférica,

esplâncnica e cerebral. O trabalho cerebral desloca o sangue dos membros para o encéfalo e região esplâncnica (os membros esfriam mais facilmente) — no sono aumenta o volume dos membros, pois o sangue desloca-se da área esplâncnica para a periferia e para o cérebro. Em certas emoções — medo, terror — o sangue foge da cabeça e dos membros para as vísceras abdominais, como sucede o contrário nas emoções aprazíveis.

De todos estes factos se pode pois concluir que a emoção e o affecto se repercutem sobre tais sectores, que modulam a sua expressão somática e as suas manifestações clínicas produzindo: 1) Modificações do tónus vascular e do sentido da irrigação sanguínea; 2) Alterações bioquímicas e endocrínicas; 3) Alterações neurológicas do tónus vegetativo.

Deste modo a emoção é vivida como algo de fluido que inunda, que impregna todo o organismo, — a cólera, a tristeza, o entusiasmo são percebidos como tal. Daqui, no límpido axioma de Roff-Carballo, o duplo significado da palavra «humor» — meio interno banhando o sistema nervoso mas também sistema de correlação ao serviço da unidade da pessoa humana que completa o ciclo vital formado pelo diencéfalo, nervos vegetativos e órgãos incretores.

Hipotálamo e perturbações psíquicas: A intervenção dum factor diencefálico na génese das perturbações psico-affectivas seria demonstrada, como salientámos anteriormente, pela sua associação manifesta com as perturbações da regulação do sono e da vigília e dos instintos vitais — nutrição, sexualidade, calor — e da regulação vagossimpática e ainda através de certas manifestações motoras extrapiramidais.

As lesões ou afecções diencefalo-hipofisárias geram alterações affectivas, graves desvios do humor fundamental. É o caso dos encefalíticos basais — da região hipotalâmica — com perturbações evidentes do humor, perversões dos instintos que chegam a uma profunda modificação dos sentimentos éticos — o caso dos psicopatas pós-encefalíticos.

No que respeita à relação do hipotálamo com outras desordens mentais e emocionais teremos de considerar as funções destas estruturas como que intercaladas numa cadeia de acontecimentos dinâmicos que tendem a mover-se num círculo. Assim, diz Morgan no esplêndido «Tratado sobre o Hipotálamo», uma reacção emotiva como a cólera normalmente incita os centros vegetativos do hipotálamo da mesma forma que os mecanismos somáticos de ordem motora conduzem a expressão, digamos física, característica da cólera. Desencadeadas estas alterações somáticas, por seu turno excitam e reforçam as reacções emocionais e assim se fecha um círculo de acontecimentos sucessivos. Todavia as mais diferenciadas funções psíquicas não influem as reacções difusas viscerais e musculares que caracterizam a conduta emocional.

O processo do pensamento — juízo, associação lógica, etc. — implica a intervenção do complexo instrumento funcional do hipotálamo, para regular a circulação sanguínea, o metabolismo, a excitabilidade das

células, das sinapses do córtex cerebral, numa acção dinamogénea que favoreça a sua eficiente actividade.

É concebível que as doenças ou traumatismos que destruam ou alterem de qualquer forma a função de cada elemento desta cadeia de correlações criem uma anormal sucessão de acontecimentos biológicos, que tenderá a mover-se então num «círculo vicioso». Admitindo este ponto de vista de L. Morgan, poderemos encarar três tipos de perturbações afectando a função psíquica propriamente dita:

1.^a — Doença ou agressão atingindo o *córtex cerebral* ou *áreas subcorticais* fora do hipotálamo — causando desordens funcionais frequentemente limitadas, específicas, dependentes da extensão e localização da lesão. Estas alterações podem ou não originar alterações funcionais secundárias ou estruturais no hipotálamo.

2.^a — Doença ou agressão noutras zonas do organismo mas que influem secundariamente o hipotálamo ou outros centros cerebrais. É o caso dos efeitos das toxinas, libertadas por um processo patológico, ou a reacção digamos fisiológica de *todo o organismo* a uma alteração em qualquer das suas partes. É a rotura do equilíbrio fisiológico do organismo considerado como um todo, atingindo os centros hipotalâmicos coordenadores das funções instinto-vegetativas que intervêm na economia a partir duma alteração visceral — é o caso da úlcera gastroduodenal de origem central — afeição psicossomática por excelência, tão bem estudada por Vondeahé.

3.^a — O terceiro tipo de perturbações é aquele em que o compromisso patológico do hipotálamo desempenha o primeiro papel — seria para Morgan a lesão dos núcleos laterais e da substância cinzenta do hipotálamo que determina a mais extensa e variada descoordenação das funções vegetativas e instintivas e que deste modo atingiram a actividade mental. Deste «desequilíbrio», quando suficientemente intenso, resultaria uma psicose, um «deficit» mental ou mesmo a deterioração irreversível. Em muitos casos todavia as perturbações hipotalâmicas só predisporiam para a anormalidade psíquica, mobilizando, em condições psicológicas desfavoráveis, estes e outros factores endógenos cerebrais e bio-hereditários. O jogo da hiperexcitação ou a destruição e hipo-excitabilidade dos núcleos hipotalâmicos por tais factores, determinaria, em áreas psíquicas do cérebro, quadros de excitação ou de apatia mais ou menos complicados.

É claro que ficam ainda muitas situações psicopatológicas provocadas por outras causas extrínsecas e intrínsecas e não por alterações patológicas do hipotálamo ou do sistema hipotálamo-hipofisário que continuaram a ser para nós uma grande incógnita.

A epilepsia hipotalâmica ou autónoma de Penfield: Assim imprópriamente chamada — e antes se deveria dizer — crises hipotalâmicas agudas. O síndrome acessual devido, segundo Penfield, a uma súbita excitação dos centros simpáticos do hipotálamo — consiste essencialmente:

laura sensitiva ansiosa seguida de baforadas de calor, taquicardia, brusca hipertensão arterial, suor e salivação profusa, lacrimejo, perturbações papilares com exoftalmia, perda de consciência, respiração difícil, lenta. Outras vezes os ataques são parassimpáticos; Cushing produziu crises deste tipo injectando, no ventrículo médio, pituitrina ou acetilcolina.

O problema da localização cerebral da consciência: Claude Bernard, no seu relatório sobre Fisiologia geral, já punha claramente a questão, mas realmente quem poderia hoje subscrever esta sua interessante opinião?

«Ce qui à première vue paraît impossible, c'est de comprendre comment la sensibilité d'abord inconsciente, peut devenir ensuite consciente..... Je pense que c'est là une question qui la *philosophie parviendra à résoudre*; mais il faut pour cela considérer le problème en physiologiste et débarrasser son esprit de certains préjugés philosophiques que nous font illusion». Dois anos mais tarde, em 1867, no seu discurso de recepção na Academia declara: «la physiologie établit d'abord clairement que la conscience a son siège exclusivement dans les lobes cérébraux.....»; e mais adiante: «.....que les phénomènes de l'intelligence et de la conscience, quelque inconnus qu'ils soient dans leur essence, quelque extraordinaires qu'ils nous apparaissent, exigent pour se manifester des conditions organiques ou anatomiques, des conditions physiques et chimiques qui sont accessibles aux investigations du physiologiste et c'est dans ces limites qu'il circonscrit son domaine.....»

Foram realmente as investigações dos fisiologistas e dos anatómopatologistas e dos grandes factores do progresso da fisiologia, não é demais realçá-lo, provindo da neurocirurgia, que conduziram a alguns resultados, senão concludentes, fecundos de hipóteses neste problema. Pelo menos poderemos já concluir, como dizia um discípulo de Claude Bernard — o falecido fisiologista Henri Roger — que não há, nem podia ser doutro modo, um centro da consciência, exactamente como não existe um centro da inteligência, da memória ou da vontade.

As localizações exclusivas e precisas opõe-se a concepção, que tudo nos diz ser mais aceitável; de vastas e complexas colaborações funcionais. Todas as múltiplas excitações, antes de atingirem a sua fase terminal e portanto a elaboração consciente, são registadas por uma série de centros, desencadeando complicados reflexos que vão desde a simples acomodação aos reflexos de defesa, às actividades, às mais finas e diferenciadas impressões afectivas.

No homem e nos primates é o córtex cerebral que tem a função integradora, discriminadora destas actividades, e por isso precisamente só ao córtex se atribuiu esta função superior. Ora a intervenção de mecanismos reguladores diencefálicos nos vertebrados inferiores é quase exclusiva e certamente persiste, ainda que reduzida, nos primates superiores e no homem.

O diencefalo é na série animal muito mais antigo que o córtex e

TÍSIO PAS Bial



INJETÁVEL

PARA-AMINO-SALICILATO
DE SÓDIO 2 gr.

Por ampola de 10 c. c.

DRÁGEAS

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

Por drágea

GRANULADO

PARA-AMINO-SALICILATO
DE CÁLCIO 3,4 gr.

Por medida = 4 gr.

ANTIBACILAR DE NOTÁVEL INOCUIDADE E GRANDE PODER INIBITIVO

representa aqui o mais alto grau de integração somato-psíquica. Através das suas estruturas, e por um constante fluir de pulsações, de excitações humorais e hormonais, de influxos interoceptivos, proprioceptivos e exteroceptivos, o animal pode lidar pelas suas necessidades pondo em jogo os instintos de defesa e as emoções e tomando conhecimento da unidade do seu ser, que é sua forma rudimentar de consciência (Dellay).

A medida que subimos na escala animal até ao homem as reacções se organizam e se adaptam à experiência passada e a conduta complica-se, diferencia-se, o sistema nervoso torna-se cada vez mais centralizado. Desenvolvem-se os lobos frontais, o córtex cerebral multiplica as suas circunvoluções e as áreas citoarquitectónicas maior importância diferencial vão adquirindo até chegarmos ao homem, no qual o diencéfalo não é apenas uma estação de vias dirigidas ao córtex mas também uma central de pulsações instintivas e de mecanismos de expressão emotiva, o cérebro neurovegetativo e endocrínico capaz de assegurar talvez uma espécie de consciência vegetativa, uma consciência rudimentar.

Numa definição funcional poderia dizer que a consciência é a capacidade de reconhecer e integrar num momento dado todas as percepções, recordações que se apresentam ao cérebro, o que nos permite a vivência da unidade do ser, das relações normais do Eu com o meio exterior. Jackson propunha o córtex prefrontal para esta última e suprema integração de nível funcional.

Mas os dados da neurocirurgia indicam que se podem extirpar grandes áreas do córtex cerebral, mesmo metade (hemidescortização), sem que apareçam alterações da consciência, e que por outro lado uma lesão cirúrgica da região basal, do hipotálamo ao bulbo, região diencéfalo-mesencéfalo-pontina, se acompanha de perda de consciência. Isto não quer dizer que devamos aceitar a concepção de Koppers e Hascovex, tão unilateral como esta, atribuindo essa função exclusivamente ao hipotálamo.

As alterações da região hipotalâmica produzidas por compressão de tumores — caracterizam-se por perturbações psíquicas — da consciência, desinserção do mundo real, confusão mental, dissolução afinal da consciência mais ou menos extensa e profunda, mais ou menos temporária ou reversível, muito próxima do sono fisiológico, estado que é complicado por alucinações, sobretudo visuais, de carácter onírico. Como as formações tumorais levam muitas vezes a perturbações mais gerais, atingindo múltiplas funções, talvez seja a observação clínica de focos vasculares a que nos ofereça uma sintomatologia mais localizada, mais precisa.

Muitas observações anátomo-clínicas de Van Bogaert e outros confirmam que realmente lesões estritamente localizadas à região hipotalâmica ou à porção vizinha — a parte dorsal do mesencéfalo — provocam profundas perturbações psíquicas que lembram de facto o aspecto digamos mais positivo do estado hipnótico — o sonho. Onirismo geralmente visual de tipo confusional é pois geralmente o quadro psicopatológico das lesões ou doenças hipotalâmicas.

Quando a lesão atinge o bolbo — onde se albergam centros organovegetativos necessários à manutenção da vida — o quadro é outro. Exemplifica-se o caso de Reichardt — uma doente que no decurso duma punção suboccipital grita de súbito: — «Ai! as minhas pernas!» Depois, recuperando a consciência e como que libertada dum pesadelo terrível, pergunta: — «Que aconteceu? Fiquei sem uma perna?...» Tudo parece ter-se reconstituído, mas 30 segundos depois a doente entra num estado especial de consciência no qual parece experimentar uma sensação singular de dissolução psíquica geral, digamos — «preferia estar completamente morta». Narra ainda a doente que no momento em que a agulha penetrou no bolbo se desentrolou ante o seu Eu consciente uma visão panorâmica de toda a sua vida, vendo-se a ela própria como a um espelho (alucinação heautoscópica). O mesmo se observa em certos casos de asfixia por submersão ou electrocussão e de enforcamento, como verifiquei em casos por mim observados.

Portanto, enquanto que uma lesão aguda da região hipotalâmica produzia muitas vezes uma dissolução das funções psíquicas muito aparentada ao sono, com todo um cortejo de imagens oníricas que se podem projectar alucinatòriamente, na lesão bolbar há como que um abalo mais profundo do ser, caracterizado por um sentimento de aniquilamento total com um cortejo de alucinações, de sensações que podem atingir a angústia paroxística e um sentimento profundamente desgarrador de morte iminente.

De todos estes factos podemos concluir que a consciência está funcionalmente repartida num vasto território, estendendo-se do córtex às zonas filogeneticamente mais antigas, do diencéfalo e do bolbo. O fenómeno da consciência resultaria pois da confluência funcional deste mecanismo córtico-basal, cujo tónus tão variável poderia ser influenciado pelas glândulas endocrínicas.

Continua todavia a ser um mistério — paz e satisfação aos filósofos espiritualistas! — saber qual a essência, quais as finas modalidades desta forma de integração córtico-subcortical.»

Finalmente, o A. ocupa-se do quadro clínico das lesões do hipotálamo, descrevendo as duas modalidades, psicopatológica e neuropatológica, admitidas por muitos como expressão de lesões exclusivas do diencéfalo, dando as chamadas diencefaloses.

IMPRESA MÉDICA, XVI, 1952 — N.º 5 (Maio): *Os médicos judeus da Bélgica* (em francês), por Jacques Pines; *Uma carta de Manuel Teles da Silva, Marquês do Alegrete, a Jacob de Castro Sarmiento*, por Augusto d'Esaguy; *Cinquentenário do Instituto de Higiene Ricardo Jorge*, por Fernando da Silva Correia; *A história da medicina como disciplina escolar* (em espanhol), por Luís S. Granjel.

INSTITUTO DE HIGIENE RICARDO JORGE. — Evoca-se a criação do

Instituto, em 1912, com excelente programa de organização e funcionamento, a que Ricardo Jorge não pôde dar o rendimento projectado, perante a indiferença dos poderes públicos, que desampararam a instituição. Esta, nos últimos tempos, desenvolveu-se consideravelmente, com dotação actual de 1.600 contos, mais as receitas dos cursos e das análises, a contrapor à escassa verba de 300 contos, de que dispunha há sete anos.

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, XV, 1952 — N.º 4 (Maio): *Breves considerações sobre o favismo*, por Lúcio de Almeida e J. Antunes de Azevedo; *A higiene infantil e a pediatria*, por L. Castro Freire; *O tratamento da meningite tuberculosa*, por Cordeiro Ferreira, Silva Nunes e Álvaro Amado; *A propósito de um caso de síndrome disfágico cárdio-esofágico*, por Armando Estrela.

FAVISMO. — Esta entidade mórbida, nas suas formas típicas de média intensidade, apresenta-se com um quadro de astenia, cefaleias, náuseas, vômitos, dores lombares e abdominais, febre, palidez acentuada, icterícia e hemoglobinúria; quadro que aparece 5 a 48 horas depois da ingestão de favas (preferentemente frescas) ou da inalação do pólen das respectivas flores. A evolução faz-se durante 8 a 15 dias, terminando habitualmente pela cura. Mas há casos graves, mortais, devidos à brusca e acentuada anemia, às complicações cárdio-renais que conduzem ao colapso e à azotemia; esta evolução grave dá-se geralmente nas crianças. O tratamento consiste principalmente em hemo-transfusões; nas formas graves tem-se feito a exangüíneo-transusão e ensaiado a ACTH.

Se o diagnóstico é fácil, a explicação patogénica é difícil, pois a crise de destruição dos glóbulos rubros, que constitui o substrato da doença, não se compreende bem a que é devida. A ingestão das favas ou a inalação do pólen, não bastam por si só para explicar, embora alguns autores, apoiados no facto de aparecimento simultâneo de vários casos, defendam a teoria tóxica, relacionando-a com variedades da planta. Outros consideram mais importante a susceptibilidade alérgica, comprovada por prova cutânea ao extracto das favas. De toda a maneira, é preciso que haja no indivíduo a predisposição para manifestar a doença, uma constituição hemática particular, e isto observa-se em certas regiões, como sucede nos povos da bacia do Mediterrâneo (em que as hemopatias são frequentes) e em certas famílias (pelo que há um favismo familiar).

Em Portugal a doença parece ser rara, dado que só dois casos foram publicados antes do que motiva o presente artigo. A propósito do relato da observação que apresentam, referem o diagnóstico diferencial com os estados anémicos, ictericos ou duplos, que podem ter sintomatologia clínica parecida, sobretudo com o síndrome hemolítico agudo de anemia, icterícia e hemoglobinúria, de etiologia infecciosa ou tóxica, com a anemia hemolítica aguda de Loderer-Brill, com a febre biliosa hemoglobinúria, com a hemoglobinúria paroxística a frigore, com a anemia hemolítica

do tipo Minkowski-Chauffard; a distinção com as anemias hemolíticas de origem medicamentosa, é evidentemente simples.

A HIGIENE INFANTIL E A PEDIATRIA. — Os problemas da higiene infantil são em grande parte de natureza médica. O A. expõe o que, em pediatria, mais interessa à higiene; da sua exposição extractamos a maioria dos trechos, em que se vulgarizam preceitos da maior utilidade prática.

«Ao encararmos as relações da pediatria com a higiene infantil quatro questões tomam vulto especial e merecem que nelas nos detenhamos um pouco: os cuidados com os débeis e prematuros, a dietética englobando todos os problemas de alimentação e nutrição, a profilaxia anti-infecciosa e a higiene mental. É claro que não nos podemos desinteressar de mil e uma outras questões da higiene (cuidados corporais, tratamento do cordão, primeiro banho, vestuário, funcionamento intestinal, etc., etc.), que têm toda a importância e têm recebido também a influência dos progressos da pediatria, mas não têm evidentemente a importância basilar dos assuntos que indicámos e que vamos analisar.

Nas várias estatísticas de mortalidade fetal e neonatal avulta como causa de morte a prematuridade e debilidade congénita, em grande parte ligadas à lues congénita, doença hoje eminentemente evitável. Esses pequeninos seres, imaturos e dotados de labilidade de toda a espécie, continuam nos nossos dias a merecer preocupações e cuidados dos serviços de obstetrícia e de pediatria.

Embora a noção de prematuridade esteja ligada ao facto de se não ter completado o período normal da gestação, a academia de pediatria americana desde 1935 considerou para fins de estatística e comparação de resultados, como prematura toda a criança que ao nascer pese 2.500 grs., ou menos, confundindo assim, sem grande vantagem a nosso ver, a prematuridade com debilidade. É evidente que as condições são diferentes se, com a mesma inferioridade de peso, se trata dum débil, de um gémeo ou de um prematuro.

De uma maneira geral a gravidade depende de várias circunstâncias como sejam: o peso, o tempo de gestação, a existência de condições patológicas (lues, anomalias fetais e da gravidez, traumatismo do parto, etc.), e ainda da resposta funcional da criança em face do grau da imaturidade dos seus vários órgãos.

A organização das unidades clínicas para prematuros, quer estejam anexas aos serviços de pediatria ou de obstetrícia, é, hoje em dia, de uma grande complexidade e mede na realidade o grau de aperfeiçoamento hospitalar e de enfermagem de um povo, tal como nos foi dado observar em certos serviços que visitámos na América do Norte, por ocasião do 6.º Congresso Internacional de Pediatria. Actualmente existem nos E. U. A. 28 estados com organizações hospitalares especializadas para tratamento de prematuros. Essa organização, além do tratamento

antilúético, deve obedecer aos seguintes pontos enunciados por Hess de Chicago, hoje ainda uma verdadeira autoridade no assunto:

1.º — Disposições especiais para cuidar do prematuro logo após o nascimento, protegendo-o contra a exposição ou prejuízo no transporte se a criança segue para um serviço de pediatria;

2.º — Manutenção do calor pelo sistema de ar condicionado e regulado automaticamente no que respeita à temperatura, ventilação e humidade ou por meio de camas aquecidas ou incubadoras de que se conhecem variados modelos;

3.º — Oxigénioterapia sempre a postos, medidas terapêuticas para evitar e combater o mal hemorrágico e organização para se conseguir em todos os casos leite humano como alimento base, embora se pense hoje e com razão, que há vantagem em suplementar, pelo menos nos primeiros tempos, o leite humano com alimento artificial adequado, suprimindo assim as deficiências em substâncias plásticas do alimento natural;

4.º — Possuir corpo de enfermagem, com vigilância constante e especialmente treinado nos cuidados a haver com os prematuros, com isolamento e assepsia perfeitos;

5.º — Instituição precoce das medidas profiláticas tendentes a evitar o escorbuto, raquitismo e tetania e a anemia.»

«É inegável que os mais notáveis progressos da pediatria nos últimos 50 anos, o que lhe assinalou um lugar verdadeiramente de destaque entre as outras disciplinas médicas, se fizeram no domínio da dietética, da alimentação e nutrição do lactente, permitindo à higiene infantil reduzir consideravelmente a taxa da mortalidade pela diminuição dos transtornos de nutrição e aumento da imunidade e resistência anti-infecciosas. Foi o grande desenvolvimento da vida industrial na 2.ª metade do século XIX, com os seus grandes aglomerados industriais e citadinos, que acarretou pela difusão e necessidade da alimentação artificial, a grande mortalidade infantil no 1.º e mesmo no 2.º anos de vida.

Foi o notável labor e das primeiras décadas do actual que permitiram e a experiência está feita em muitos países, a redução dessa pesada mortalidade, a melhoria da alimentação artificial a ponto a que chegou nos nossos dias em que vemos os seus resultados ficarem já não muito aquém dos da alimentação natural. Heubner em colaboração com o fisiologista Rubner, Czerny, Finkelstein, Langstein, Bessau, Feer, V. Pirquet, Abt, Hess, Mariott, para só citar os maiores, foram os principais dirigentes desse movimento. A frase, tantas vezes citada, de Czerny «Ohne Künstliche Ernährung giebt's keine Pädiatrie» sintetiza a essência desse movimento, visto que a resolução do problema não podia estar na volta ao passado, na defesa única e exclusiva da alimentação ao peito e no uso da alimentação mercenária quando aquela falhava. O dogma da excelência da alimentação natural, o único alimento específico para a criança, continuou e continua intangível, mas foi preciso, ao lado dessa noção basilar, corrigir, melhorar, adaptar o leite animal à criança, para

conseguirmos na alimentação artificial, que cada vez tende para maior difusão, os resultados que hoje obtemos e que constituem um dos nossos legítimos orgulhos. Naturalmente, toda esta evolução se fez com sobresaltos, com sucessos e insucessos, passando-se mesmo por períodos algo tanto caóticos.

A ideia de se conseguir, partindo de um leite animal — é ao leite de vaca que continuamos, por motivos óbvios, a dar a preferência — um alimento absolutamente sobreponível ao leite humano, tanto na estrutura físico-química, como na noção fisiológica, é ainda nos nossos dias uma verdadeira utopia. Não nos devemos esquecer das variadíssimas substâncias contidas no leite de mulher e bem diferentes das dos outros leites, com cerca de 30 amino-ácidos, entre os quais os mais importantes para o crescimento específico e muitos não sintetizáveis, da percentagem e constituição diferente dos ácidos gordos, dos minerais, da situação das vitaminas, fermentos, etc., da maneira fácil como se comporta o leite humano na digestão, absorção, equilíbrios de balanço, eliminação residual, da ausência de agentes microbianos que o permitem administrar como alimento vivo, sem esterilização.

Falharam todas as tentativas de maternização mais ou menos grosseira do leite de vaca (leite de Friedenthal, de Schloss) e mesmo a tentativa de Bessau no desejo interessante de conseguir restabelecer na alimentação artificial a flora pura, acidófila, do *B. Bifidus*, não correspondeu às esperanças do seu autor. O mesmo (diremos de tentativas similares que mais recentemente nos vieram de além-Atlântico (Olex, Recolax). Os resultados de todas estas tentativas podem ser aceitáveis, mas, inferiores aos da alimentação natural e estão em desarmonia, pelo custo e dificuldades de preparação, com os resultados das fórmulas e modificações, hoje correntes na alimentação artificial, dos quais se não afastam sensivelmente.

PREFERÍVEL é para os casos relativamente raros em que o leite humano é absolutamente indispensável (prematuros, débeis, hipersensíveis com má tolerância para o alimento artificial, lactentes com doenças graves ou na cura de um transtorno de nutrição grave) recorrer ao leite humano, recolhido e assépticamente conservado na geleira, que hoje se pode obter nas maternidades e centros de puéricultura e que felizmente já conseguimos entre nós.

Cedo se reconheceu também que as grandes diluições a 1/3 e mesmo o prolongamento exagerado da diluição a 1/2, largamente usadas nas primeiras fases desta campanha, eram prejudiciais e expunham mormente aos perigos da distrofia por falta de substâncias plásticas e energéticas, acrescidas da carência de vitaminas.

A pouco e pouco e mercê de algumas importantes modificações que foram sendo introduzidas, se chegou aos métodos práticos de que actualmente dispomos para a adaptação do leite de vaca à alimentação do lactente e que podemos condensar numa série de enunciados que cons-

tituem as directrices basilares da alimentação racional da criança, da higiene infantil portanto, métodos que procuramos difundir o mais possível pelos nossos discípulos e colaboradores e que, esperamos, constituam o paradigma dos postos de puericultura:

1.º — A alimentação natural, exclusivamente durante os primeiros meses, é ainda hoje o método ideal de criação, o único verdadeiramente específico, condicionando o desenvolvimento normal e harmónico da criança e uma resistência anti-infecciosa segura;

2.º — A partir do 5.º mês devemos iniciar o regime misto fornecendo à criança além de mais variedades de proteínas animais e vegetais, sais, bases, lipóides e vitaminas;

3.º — O aleitamento misto não acarreta vantagem se a proporção de leite materno ficar aquém de 50 % das necessidades calóricas do lactente; o aleitamento mercenário tende a ser substituído, para os casos especiais e mediante indicação médica, pelo leite de mulher comercializado;

4.º — Na alimentação artificial devemos manter-nos sensivelmente nas mesmas quantidades da alimentação natural e divididas pelo mesmo número de refeições, isto é seis ou cinco de início, cinco após os dois ou três primeiros meses. O quociente de energia pode com vantagem ser aumentado em 10 a 20 % no primeiro trimestre; a quantidade de água nas 24 horas e por quilo de peso a mesma, isto é, à volta de 150 c. c.;

5.º — Quando somos obrigados a fazer a alimentação artificial logo desde o período de recém-nascido, tanto nos primeiros oito dias, em que nos servimos da fórmula de Finkelstein ($N = 1 \times 70$ ou 80, sendo N o número de dias) para o cálculo das quantidades a administrar à criança, como depois, em que já intervém o quociente de energia, e até ao fim do 1.º mês, devemos dar a preferência a alimento com escassa quantidade de gordura (diluição a 1/2, babeurre, leite meio gordo acidificado) para não exercer a tolerância gastro-intestinal do lactente;

6.º — São as seguintes as modificações mais importantes a fazer sofrer ao leite de vaca para o adaptarmos à alimentação da criança:

a) diluição que actualmente não precisamos de levar além de 2/3 (apenas no início a 1/2 e só temporariamente); o líquido de diluição pode ser simplesmente a água fervida, mas com vantagem podemos empregar cozimentos de aveia, cevadinha, arroz, que além de conferirem ao leite um meio coloidal favorável para a digestão e absorção, contém ainda apreciáveis quantidades de substâncias extractivas, albuminas vegetais e vitaminas;

b) enriquecimento do leite diluído para restabelecemos o valor calórico; este é feito sobretudo com hidratos de carbono e de preferência com vários tipos, à excepção da lactose, sendo da maior vantagem a dextri-maltose. Pode-se também fazer o enriquecimento post-diluição associando hidratos de carbono e gordura adaptada como no método de Czerny e Kleinschmidt e Moro ou ainda por meio de nata, de preferência azeda;

c) pulverização, homogenização, evaporação e acidificação pelos ácidos láctico e cítrico, hoje os únicos empregados para tal fim, ou isoladamente ou em combinação, constituem modificações fundamentais da puericultura hodierna; actualmente a grande maioria das crianças criadas artificialmente na América do Norte, são-no por via dos dois métodos: «evaporated milk» e «lactic-acid-milk»; a acidificação, método absolutamente corrente, reduz consideravelmente o valor tampão do leite de vaca, aproximando-o sob o aspecto físico-químico do leite humano durante a digestão gástrica, facilita extraordinariamente a acção dos vários enzimas que aí actuam e permite-nos empregar o leite a 2/3 logo após o período de recém-nascido e o leite puro depois dos três ou quatro meses;

7.º — O leite condensado, açucarado a 40 %, de que se tem feito largo uso na América e sobretudo na Suíça e embora apresentando certas vantagens sobre a facilidade da digestão dos proteicos e conferindo mesmo aumentos de peso substanciais, é um alimento desequilibrado, nem sempre bem tolerado na alimentação artificial exclusiva; é no entanto de emprego cómodo e útil no aleitamento misto, como suplemento das várias mamadas. Os outros alimentos (Dubo, Leitelho, Alimento de Czenny e Kleinschmidt, Caldos de Moro, leite albuminóide, alimento sem leite, etc...), que importa conhecer, têm hoje em dia indicações especiais e não são usados na alimentação corrente;

8.º — O suplemento de vitaminas que é recomendável na alimentação natural, é absolutamente imprescindível na alimentação artificial do lactente na prevenção das hipo e avitaminoses. É feito pelo sumo de frutas, administrado logo no fim do primeiro mês, a que se adicionam preparados vitamínicos com representação das vitaminas A, B, C e D, devendo naturalmente a vitamina D ser aumentada durante o inverno;

9.º — Impõe-se a vigilância apertada do lactente em alimentação artificial por pessoal especializado (médicos, enfermeiras); só assim poderemos ter a garantia de um normal desenvolvimento da criança e o mais leve sinal de desvio, de alarme, de um transtorno de nutrição, deve ser encarado pelo mesmo pessoal como coisa séria e como tal tratado e vigiado;

10.º — Cuidado especial deve merecer também ao puericultor a possibilidade de anemia de origem nutritiva. Já a anemia fisiológica do lactente no primeiro semestre e que em certos casos se pode prolongar e acentuar, mercê de factores constitucionais (parto gemelar, debilidade congénita, prematuridade) ou ainda pela predisposição que a lues congénita pode acarretar mesmo quando bem tratada, obriga a especial vigilância por parte do puericultor, fornecendo-se à criança ferro assimilável além de todos os princípios que intervêm na normal hematopoiese, sempre que a suspeita clínica e a análise de sangue o indicam; com mais razão ainda esse cuidado deve ser intensificado nos casos de anemia secundária ferripriva.

A experiência de largos anos em que vivemos toda esta evolução

O PRIMEIRO ANTIBIÓTICO SINTÉTICO

Chloromycetin



As enormes possibilidades terapêuticas deste novo antibiótico estão-se tornando dia a dia mais evidentes.

O «Chloromycetin» está sendo usado com sucesso nas seguintes doenças:

INFECÇÕES DO TRACTUS RESPIRATÓRIO

INFECÇÕES DO TRACTUS ALIMENTAR

INFECÇÕES DO TRACTUS URINÁRIO

OUTRAS INFECÇÕES

Tosse convulsa
Pneumonia bacteriana
Pneumonia atípica primária (vírus)
Gastro-enterite infantil
Intoxicação alimentar (Salmonella)
Disenteria bacilar
De origem cócica ou bacilar
Uretrite não específica
Meningite por Haemophilus influenzae
Herpes zoster

O «Chloromycetin» está-se mostrando também promissor em oftalmologia, dermatologia e, ainda, em cirurgia. Já estabeleceu o seu valor no tratamento de muitas doenças tropicais, incluindo o tifo e a febre tifóide, úlceras tropicais e tracoma.

NOVO PREÇO

Em frascos de 12 cápsulas de 0,25 grs. **170\$00**



PARKE, DAVIS & COMPANY, LIMITED

HOUNSLOW — próximo de LONDRES

Representantes em Portugal:

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA S. A. R. L.

O ÚLTIMO PROGRESSO NO TRATAMENTO
DA ÚLCERA GASTRO-DUODENAL

ULCANTINA

BROMETO DE METANTELINA

AZEVEDOS

METIL-BROMETO DO ESTER β -DIETIL-
-AMINO-ETÍLICO DO ÁCIDO 9-
-XANTENO CARBOXILICO

N O V O P R E Ç O

Frascos de 40 comprimidos doseados a 50 mg. — **65\$00**

A ULCANTINA, ALÉM DA SUA COMPROVADA
ACÇÃO TERAPÊUTICA NA ÚLCERA GASTRO-
-DUODENAL, REVELOU-SE TAMBÉM EFICAZ EM:

HIPERIDROSES, GASTRITES, ESPASMOS
PILÓRICOS, DISQUINESIA BILIAR, PANCREATITES,
ILEOSTOMIAS, CÓLON ESPÁSTICO, ESPASMOS
DOS URETERES E VESÍCULA, ETC.

Bibliografia científica e amostras à disposição dos Ex.^{mos} Clínicos

LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

da moderna puericultura, mostra-nos que, com estes preceitos em vista, podemos conseguir na alimentação artificial uma percentagem elevadíssima de crianças com desenvolvimento e crescimento normais, sem distrofias específicas e com uma resistência anti-infecciosa que já não fica muito atrás da que lhe confere o leite materno.»

«Outra questão de medicina preventiva infantil de que nos queremos ocupar, onde tem havido também progressos consideráveis e constantes é a da imunidade e resistência anti-infecciosas. São fenómenos de uma grande complexidade, visto que em toda e qualquer infecção intervém os dois factores — o agente invasor e o hospede que o recebe; assim um grande número de factores constitucionais e adquiridos, do meio ambiente, desempenham papel de grande importância no condicionamento da infecção, por outro lado os agentes invasores muitas vezes abrem a porta a agentes secundários, alguns dos quais se encontram vivendo saprofiticamente no próprio hospede; a situação na criança de tenra idade é ainda complicada porque os factores constitucionais, a imunidade adquirida por via diaplacentária, sofrem variações importantes e mais ainda porque factores alimentares de nutrição e factores infecciosos se penetram tão intimamente como em nenhuma outra época da vida.

É ponto assente que a criança dos primeiros meses, quando em boas condições de nutrição, sobretudo quando amamentada, tem uma relativa imunidade anti-infecciosa; esse facto de observação tem várias origens: a profilaxia pré-natal, a falta de exposição, a higiene de isolamento e profilaxia geital do recém-nascido e da criança dos primeiros meses, a imunidade adquirida por via diaplacentária e mais raramente pelo leite e a reacção de inércia dos vários tecidos que não atingiram ainda a diferenciação, para então permitirem a agressão e desenvolvimento dos agentes infectantes. Assim se explicam: a raridade relativa da lues congénita, da sépsis, da erisipela, do tétano neonatorum, das amigdalites banais, bem como da difteria palatina e da escarlatina antes dos 5, 6 meses, do tra-sorelho antes do desenvolvimento das glândulas salivares, bem como orquite ourliana antes da puberdade, etc...

Estes vários elementos de defesa vão-se perdendo a pouco e pouco no decurso do primeiro ano; os contactos, a perda do isolamento, as possibilidades de infecção por aquilo a que podemos chamar — indução da porcaria — entram em cena; perde-se a imunidade conferida pelos anticorpos maternos; a partir do 5.º ou 6.º mês diferencia-se o anel linfóide peribuco-esofágico e entram em acção os fenómenos nervosos, o desequilíbrio neuro-vegetativo da dentição, facilitando a acção agressiva de bactérias e vírus, em todo o epitélio de revestimento interno; a reacção de inércia segue-se por vezes um período de maior susceptibilidade para dar lugar, mais tarde, lentamente à imunidade adquirida, duradoira, por via de doença manifesta ou por infecção mínima, insidiosa, latente. É pelo último quartel do 1.º ano que o lactente atinge a maior baixa de imunidade.

O conhecimento de todos estes factos condiciona a nossa atitude e as nossas possibilidades na organização da luta anti-infecciosa na criança.

Se a eugénica, a profilaxia ante-natal e de exposição, constituem os elementos essenciais na luta contra a morbidade e mortalidade infantis por infecção no período do recém-nascido, a higiene geral, a alimentação cuidada, a imunidade adquirida activa e passiva, o emprego profiláctico dos antibióticos que dia a dia vão engrossando o nosso arsenal terapêutico, são os elementos fundamentais da mesma luta no lactente e em crianças de maior idade.

Primordial é neste capítulo também a importância da alimentação e do estado de nutrição. Todos conhecemos a infecciosidade do raquítico, do escorbútico, dos carenciados em vitamina A, dos distróficos em geral, para só falar nos grupos mais frisantes, o que levou Czerny a dizer: a criança adoece «ex alimentatione» e morre «ex infectione». Hoje nos países de avançada puericultura, pode dizer-se, pelo contrário; que são relativamente raros os casos de doença «ex alimentatione» e são as infecções agudas que mais facilmente podem levar a transtornos de nutrição agudos e são esses que os actuais cientistas se esforçam por evitar.

O ponto culminante da influência da alimentação na infecção verifica-se nas chamadas diarreias estivais, catarros agudos das vias digestivas, onde vamos encontrar como etiologia bastante variegada além de infecções específicas, sobretudo do grupo das salmonelas de origem humana e animal e shigelas, das viroses do aparelho digestivo e urinário e das infecções parentéricas, as influências múltiplas de alterações do próprio alimento com estase e fermentações anormais, de uma certa preguiça dos enzimas, de pululação microbiana ascensional e descensional, de acção do próprio calor e securia da atmosfera e finalmente e sobretudo de erros alimentares anteriores, de distrofias inaparentes, de hipovitaminoses, etc.

Estas causas incidem por forma marcante nas crianças do 2.º semestre do 1.º ano de vida; perdida a imunidade natural com que vieram ao mundo, susceptíveis ainda de labilidade regressiva sofrem, além das gripes intestinais de localização primária e secundária a seguir a rino e orofaringites, os prejuízos de anorexia nervosa, de discretos transtornos nutritivos, de desequilíbrio neuro-vegetativo do início da dentição.

A experiência tem mostrado a importância da higiene alimentar, bem e precocemente conduzida, na inflexão das diarreias estivais. Mesmo nos países tropicais, onde elas se faziam sentir especialmente, uma boa organização de puericultura tem visto diminuir consideravelmente o fastígio do verão da mortalidade infantil.

Sem dúvida, grandes progressos realizámos na luta anti-infecciosa a favor da criança de tenra idade pela imunização activa e passiva. Há muitos anos Czerny, numa reunião em que se discutia a possibilidade de vacinações múltiplas, seriadas e associadas, manifestou-se cèpticamente sobre a questão. No momento actual não é ainda possível proteger a criança contra a maioria das doenças, mas muito se tem conseguido já.

Neste capítulo variações de atitude tiveram os clínicos que tomar acompanhando novas descobertas e experiências.

Em 1938, no curso de aperfeiçoamento da F. M. L. ocupámo-nos deste assunto; decorridos pouco mais de dez anos temos que renovar em alguns pontos a nossa atitude.

Como prevíamos então, o B. C. G. oral foi praticamente abandonado e as esperanças fundadas sobre o método parentérico, após triagem pelas reacções à tuberculina, tiveram confirmação, pelo menos até certo ponto, segundo os trabalhos de Wallgren na Suécia e de Aronson e outros, nos E. U. A.; de modo que a grande maioria dos países civilizados abraçou com entusiasmo tal procedimento, visto que os métodos antibióticos, embora constituindo uma verdadeira revolução, não resolveram o sempre vivo problema da tuberculose por forma radical, tanto no período primo-secundário como no terciarismo. Os métodos, hoje preferidos de vacinação pelo B. C. G. são o intracutâneo e percutâneo e estão já felizmente em via de organização no nosso país. É possível que o novo método oral, largamente estudado e executado pelos nossos colegas brasileiros venha a ter largo futuro. Como há 10 anos, diremos, no entanto que a vacinação pelo B. C. G., embora podendo constituir um importantíssimo progresso, não nos deve fazer relegar para segundo plano os métodos de isolamento e profilaxia geral que deram e continuam dando as suas provas.

Sobre a vacinação anti-variólica nada se modificou; continuamos a executá-la no fim do primeiro trimestre, época em que temos uma percentagem mínima de insucessos, devidos à persistência da imunidade transmitida por via diaplacentária, a não ser nos casos em que a mãe foi revacinada durante ou próximo da gestação, casos em que se pode adiar a vacinação por um ou dois meses; por outro lado a vacinação anti-variólica precoce põe-nos praticamente a descoberto da encéfalo-mielite, única complicação verdadeiramente grave com que temos que contar. A revacinação regular de 6 em 6 anos, com revacinações suplementares se a possibilidade de contágios assim o indicar e por conselho dos Serviços de Saúde, prática em geral seguida em Portugal, é perfeitamente razoável.

No decurso do primeiro ou dos dois ou três primeiros anos são ainda de aconselhar outras vacinas que se podem executar associadamente e são: a anti-diftérica, anti-pertussis, anti-escarlatina, anti-tetânica e anti-tífica.

As vacinações associadas foram postas em prática primeiramente pelos autores franceses que foram os primeiros a mostrar que as vacinas associadas longe de se contrariarem, exaltam e potencializam entre si a imunidade específica. As vacinas associadas estão hoje universalmente adoptadas e algumas encontram-se já preparadas no mercado (Perdipigen, Triimunol, vacinas associadas Lederle, de Berne, etc.).

O valor da vacina anti-diftérica com a sua escassa percentagem de insucessos que não vai além de 6 a 10 %, é geralmente reconhecido. Pode-se aplicar a partir de seis meses, preferivelmente sobre a forma de alumentoxóide e por via subcutânea ou intramuscular. A raridade da

difteria laringo-faríngea-palatina antes dessa idade, a imunidade passiva de origem diaplacentária que a grande maioria dos lactentes possui nos primeiros seis meses de vida, a relativa benignidade da difteria nasal, aquela que mais frequentemente se encontra nesse período da vida, não justificam o abaixamento da idade para início da vacinação anti-diftérica, crescendo ainda que o lactente de tenra idade nem sempre é bom fabricante de anticorpos; a aplicação por instilação nasal como topovacina, tem sido tentada em lactentes abaixo dos seis meses que vivem em perigo de contágio, sem grande segurança nos resultados, diga-se de passagem. Nos meios pouco contagiosos pode mesmo com vantagem protelar-se até aos dez meses ou até ao ano, a prática regular da vacina anti-diftérica; é o período em que se atinge o grau mínimo de imunidade natural, quase 0 %, o de maior utilidade portanto. A revacinação em períodos de dois ou mais anos é sempre recomendável, especialmente na entrada na escola e sendo possível sob o «controle» da reacção de Schick.

A vacinação profiláctica antiptertussis, porque a curativa é mais do que discutível, está ainda longe de nos dar a garantia para a imponmos como prática universal. Como porém é absolutamente inócua e em nada prejudica a criança quando a associamos à anti-diftérica, recomendamos-na nessa associação; é possível que aplicada por nebulização, como topovacina ao nível da árvore brônquica, associada ou não à vacina subcutânea, venha a ter futuro, se até lá não se encontrar um antibiótico de acção segura sobre o *hemophylus pertussis*.

Sobre a vacinação contra a escarlatina não há unanimidade de vistas. Em face da incerteza dos resultados, de reacções desagradáveis e perigosas mesmo por vezes, da muito menor contagiosidade da escarlatina relativamente à maioria das doenças exantemáticas, na lição já citada, pusemos em dúvida a sua vantagem como vacinação obrigatória em Portugal, onde, até então não dominava a forma grave, hipertóxica da escarlatina e onde a glomérulo-nefrite, a 3.^a doença, se apresentava também com relativa raridade. Mas o génio epidémico tem os seus direitos e de há alguns anos para cá temos assistido, no nosso país, a um nítido recrudescimento da escarlatina e se por um lado as formas de elevada toxemia continuam felizmente a ser raridade, a percentagem de glomérulo-nefrites tem aumentado consideravelmente. É possível portanto, se a situação se não modificar e com mais razão se se agnava, que tenhamos que rever a nossa posição relativamente à vacinação anti-escarlatínica.

Outra vacina de associação com que podemos entrar em linha de conta é a anti-tetânica, também sob a forma de anatoxina ou toxóide. Em 1938 manifestamo-nos com cepticismo relativamente a essa prática, porquanto, tal como acontece com a vacina anti-diftérica e outras, a vacina anti-tetânica não confere 100 % de imunidade e seria arriscado deixar correr um traumatismo suspeito sem administração de soro, só por se tratar de um indivíduo vacinado. Temos talvez que mudar a nossa orientação, pois a experiência de então para cá tem mostrado que, se o poder

EMULSÃO DE JACUTIN

para o tratamento da scabies e de outras
afecções cutâneas parasitárias.

Já após uma única aplicação, o preparado
exerce uma acção eficaz.

Não irrita a pele, modo de emprego limpo,
não tem cheiro desagradável.

APRESENTAÇÃO:

Frasco original com cerca de 100 grs.



DARMSTADT

FÁBRICA DE PRODUTOS QUÍMICOS

Amostras e Literatura:

Químico-Farmacêutica, Lda.

Eduardo de Almeida & Cia.

Lisboa

Porto

Rua de Santa Marta, 64

Rua do Cativo, 22/24



ACECODERME

POMADA DE ACETILCOLINA BARRAL

Anti-séptica

Anti-pruriginosa

Queratoplástica

Cloridrato de Acetilcolina associado ao Ictiolato de Titânio, Bálsamo do Perú e Óxido de Zinco

FERIDAS ÁTONAS, ÚLCERAS VARICOSAS, ECZEMAS, PIODERMITES, QUEIMADURAS, FRIEIRAS, FISSURAS, ETC.

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

Representantes no Porto: Químico-Sanitária, L.^{da}

REGISTO DE LIVROS NOVOS

PAUL BONNET — **Ophthalmologie clinique** — 1296 págs., com 410 figs. e 16 estampas a cores com 116 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1952 — Enc. 11.000 fr.).

Professor da especialidade na Faculdade de Lyon, o A. escreveu este livro com o fim de preparar para o seu exercício os médicos que desconhecem inteiramente o campo a que pretendem dedicar-se. Assim, começa pela descrição do aparelho visual e pela exposição da maneira de o examinar metódicamente (exame objectivo nos seus elementos anatómicos, exame do olho como aparelho dióptrico, exame do valor funcional como órgão da visão). Depois, vem a patologia da conjuntiva, da córnea, da esclerótica, do tracto uveal, da tensão ocular, do cristalino, da retina, das vias ópticas e dos centros visuais, das pálpebras, do aparelho lacrimal, da órbita. Seguidamente, vem capítulos sobre traumatismos dos olhos,

sobre motilidade ocular e suas perturbações, sobre as manifestações oculares das afecções do sistema nervoso e nas doenças gerais. Dois capítulos que tratam da pequena cirurgia ocular e da terapêutica das afecções do foro oftalmológico fecham o volume, cujo texto vem profusamente ilustrado, com esquemas e documentos iconográficos, a negro e a cores. Obra de real valor.

MÁRIO PELLOJA — **Le tétanos expérimental par la toxine tétanique** — 300 págs. com 26 figs. (Masson, Edit., Paris, 1951 — 1.000 fr.).

Monografia baseada em trabalho pessoal de investigação, apresenta todos os aspectos de estudo da toxina tetânica. Na 1.^a parte, o relativo ao bacilo e à toxina; na 2.^a, a fisiopatologia da intoxicação tetânica experimental; na 3.^a, os problemas da imunologia; na 4.^a, a terapêutica de tétano, experimental e clínico.

antitóxico do soro baixou ao fim de um certo tempo em alguns vacinados, uma nova injeção de anatoxina fá-lo aumentar rapidamente dentro de um ou dois dias. Assim é aceitável, para feridas não muito expostas, proceder, nos vacinados, simplesmente a uma nova injeção de anatoxina, reservando apenas a administração de soro nos vacinados, para os casos de maior gravidade; desta forma poderíamos evitar o desconforto e perigos bem conhecidos das repetidas injeções de soro anti-tetânico.

Num país e como tal se apresentam muitos dos países civilizados em que a higiene da água potável, dos esgotos, da alimentação, está longe de ser o que se supõe, em que pululam as moscas e outros insectos transmissores de doenças e onde abundam os portadores de agentes microbianos, a febre tifóide, os paratífos, com a sua gravidade marcante impuseram naturalmente a vacinação anti-tífica e anti-paratífica, cujo valor ficou bem assente pela experiência de guerra e de paz. Nos meios de maior contágio a vacina em questão pôde ser aplicada a partir dos dez meses ou do ano. Sabemos porém, que a reacção geral, febre, pode ser intensa e temos já assistido, embora raramente, a convulsões em crianças predispostas, o que pode prejudicar grandemente a posição do médico e da própria profilaxia anti-infecciosa. Por isso achamos preferível, fora de grande perigo de contágio, reservar a vacinação anti-tífica para as idades pré-escolar e escolar, épocas em que as salmoneloses começam de facto a apresentar aspectos de maior gravidade e em que as reacções se tornam mais inócuas, estudada cuidadosamente a criança, está bem de ver, sob o ponto de vista do seu estado de saúde, exclusão de infecções latentes, etc.

A vacinação contra a febre amarela coloca-se apenas para os que vão habitar os países tropicais de endemia.

Ao lado da imunização activa temos também possibilidades de profilaxia e protecção anti-infecciosa por métodos passivos (soros específicos, de convalescente, sangue placentário, globulina gama, imunotransfusões, heterosangue, etc.). Neste capítulo o maior interesse coube ao soro de convalescente contra o sarampo e a poliomielite.

O primeiro foi e ainda é empregado com sucesso, como impeditivo, injectando-se 5 c. c. até ao 4.º dia de incubação; diminuindo-se a dose ou injectando-se a mesma no 5.º dia de incubação, obtém-se muitas vezes sero-atenuação, embora menos seguramente do que o sero-impedimento. A dificuldade em se obter quantidades suficientes de soro, a acção muito menos eficaz dos derivados placentários (métodos derivados dos trabalhos de S. de Sousa) nunca permitiram uma imunização, geral, anti-morbilosa e o processo foi especialmente reservado para os casos de criança de tenra idade, além dos seis ou oito meses, época até onde perdura a imunidade diaplacentária, de crianças doentes e debilitadas e sobretudo para os casos de tuberculose evolutiva. Hoje porém, que estamos de posse de antibióticos (sulfamidas, penicilina) que nos permitem fazer com segurança a profilaxia das complicações secundárias do sarampo, a seromitigação e a sero-inibição perderam muito do seu interesse e raras são os casos em

que ainda hoje recorramos ao seu emprego. A título de curiosidade, quero referir-lhes que entre os nossos casos curados de meningite tuberculosa, com verificação bacteriológica, figura um que teve sarampo na evolução regressiva da meningite. Foi-lhe feita a profilaxia das complicações pela sulfamida; a cura deu-se sem o menor prejuízo na evolução da tuberculose.

Pelo que toca à poliomielite o soro de convalescente foi mais outro desengano nas tentativas terapêuticas contra a fase aguda da virose que, sob o ponto de vista preventivo e terapêutico continua precisamente como na altura em que Heine e Mehin a descreveram, registando-se apenas aquisições de interesse no auxílio a prestar à recuperação espontânea das lesões. Mesmo um antibiótico de acção eficaz chegará quase sempre tarde, fora dos períodos epidémicos em que é possível fazer o diagnóstico cedo, no período preparalítico; apenas uma vacina segura, que ainda não foi realizada, nos poderá livrar do terrível flagelo.

O emprego do soro de convalescente na pertussis também infelizmente não conduziu a resultados úteis, tanto como profilático como curativo; a varicela e a parotidite epidémica, doenças em geral benignas, não têm encorajado tentativas em larga escala.

Desnecessário se torna encarecer a importância dia a dia crescente dos antibióticos na profilaxia das doenças infecciosas, na inibição das complicações sépticas, na cura de um bom número de doenças que outrora atacavam gravemente a criança, numa palavra na diminuição da mortalidade infantil. Já atrás citámos o exemplo do sarampo, doença que pesava fortemente na mortalidade infantil e que hoje se transformou numa doença benigna se exceptuarmos os casos raríssimos de síndrome maligno inicial. No grupo das diarreias estivais, ao lado da dietética que nos deixa ainda sem solução um bom número de casos, onde imperam, sem dúvida, variados agentes bacterianos específicos e não específicos, é do maior alcance o uso dos antibióticos (sulfamidas, penicilina, estreptomina por via oral) como curativo e mesmo profilático. Assim temos obtido resultados apreciáveis em lactentes predispostos com o emprego de sulfamida em choques repetidos.»

«Capítulo que reputamos digno da maior atenção e estudo e o de mais recente aparecimento, é o da higiene mental da criança que está quase totalmente por organizar no nosso país, se exceptuarmos os esforços admiráveis do Director e Colaboradores do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, que souberam criar um verdadeiro laboratório de investigação e estudo, instituição essa que precisa de ser acarinhada, dotada de clínicas da especialidade e sobretudo de se estender e difundir por todos os agrupamentos cívicos de importância e de ter uma acção eficaz sobre todos os meios onde vive a criança, tal como o referido instituto tem preconizado em artigos e conferências.

Hoje é facto assente que a higiene mental só conduz a resultados úteis quando praticada logo a partir da 1.^a infância e só assim se poderá

evitar uma boa porção dos aleijões mentais dos adultos que afligem e pesam actualmente tanto na nossa sociedade.

Diz e com razão a conhecida autora americana Esther Richards que a higiene mental tem um largo passado e uma curta história; o mesmo se pode dizer no caso particular da criança. Encontramos, através dos tempos, na obra que nos deixaram os filósofos, pensadores, literatos, páginas aqui e acolá denotando interesse sentimental pela criança. Por exemplo, Platão fala-nos na educação das crianças; Comenius, sobre a educação dos pais, especialmente das mães. Mais tarde Voltaire, Lawrence Stern e outros referem-se ao mesmo assunto, mas é preciso chegarmos aos alvares do século XX para assistirmos a pouco e pouco à organização da higiene mental da criança com desenvolvimento e interesse sempre crescentes pela psicologia e psicopatologia infantis.

A descoberta e aplicação dos vários textos de psicologia infantil (Binet e Simon, Arnold Gsell, etc.), os trabalhos dos autores suíços, de Benjamin iniciados na Alemanha e continuados depois na América do Norte, onde já anteriormente tinham aparecido o célebre livro de Clifford Beers «A mind that found itself», os importantíssimos trabalhos de Adolf Meyer do instituto psiquiátrico dos Hospitais de Nova Iorque, «The Biography of a Baby» publicado por Treyer já em 1900 e tantos outros, tudo isto levantou interesse enorme sobre a profilaxia e educação mental da criança e originou a criação nos E. U. A. de numerosos centros de investigação e organização da higiene mental da criança, interesse este que culminou na «White House Conference ou Child health and protection» que durou cerca de dois anos e que, no dizer de Richard, foi um dos acontecimentos mais constitutivos da vigência do presidente Hoover.

A cruzada da higiene mental infantil vingou por completo neste país e, embora ainda não perfeitamente organizada segundo os seus orientadores, atingiu um desenvolvimento importantíssimo, desconhecido mesmo na maioria dos outros países do mundo, pela colaboração dos pais, pela criação de numerosos centros e institutos, clínicas especializadas e suas ligações com a família, a escola, com o pediatra e o clínico dos serviços sociais, tutorias, juizes dos tribunais de menores e jovens delinquentes, etc.. De facto aqui, mais do que em nenhum outro ramo da medicina, é necessário que todos estes elementos se auxiliem, trabalhem em conjunto e não uns contra os outros, como por vezes acontece.

Não é sem pareceres díspares que uma tal evolução se consegue; se para uns a higiene mental é um ramo de medicina preventiva e como tal requer conhecimentos especializados, mas sobretudo bom senso e interesse pela criança, para outros é apenas uma técnica em que o laboratório oscila entre a escola, a família e o meio ambiente; para outros ainda é pura filosofia ou mesmo loucura e um luxo sem vantagem de maior. Pensemos, no entanto que milhões de crianças conheceram as avitaminoses, a difteria, a febre tifóide, etc., sem profilaxia, sem imunização e quem

é que hoje pode considerar a profilaxia, a imunização contra essas doenças como um luxo e não como um dos legítimos orgulhos da ciência médica.

Na verdade fazer incidir o interesse pela criança exclusivamente, ou quase, no desenvolvimento somático e psíquico, deixando de lado o seu temperamento, a sua personalidade afectiva, o seu poder de adaptação ao meio ambiente, é um erro que a higiene mental procura resolver.

Estudar e separar na construção orgânica e temperamental da criança os elementos constitucionais dos elementos ambientes — família, escola, educação religiosa, meio exterior, mais tarde vida sexual, etc., procurar influir favoravelmente nesses vários conflitos do meio ambiente, com o fim de resolver os problemas afectivos da criança, conseguir por processos educativos, persuasão, pela criação de hábitos e disciplina, evitar que o meio onde a criança terá de se desenvolver actue perniciosamente, criando dificuldades de adaptação ao mundo exterior, sobretudo na criança constitucionalmente predisposta para manifestações psicopáticas as mais variadas e procurar fazê-lo assim que a criança sai do período puramente vegetativo para a vida de relação, eis em resumo o que pretende a higiene mental.

Só um futuro longínquo poderá dizer se os resultados estarão à altura da sua complexa e custosa organização.»

TRATAMENTO DA MENINGITE TUBERCULOSA. — «Nos últimos 3 anos (1948-1950), observámos 193 crianças portadoras de meningite tuberculosa. Excluímos, porém, 66 por terem estado hospitalizadas menos 12 dias, quer por falecimento, quer por alta solicitada e ainda 22 por terem um período de tratamento não superior a 2 meses, que reputamos insuficiente. É portanto sobre 105 casos que a nossa apreciação incide particularmente.

O número total de curas foi obtido em 44 doentes ou seja uma percentagem global de 42 %.

O critério terapêutico seguido em 1948 consistia na administração de 50.000 un. de Estreptomina por kg. de peso e por dia, por via muscular, em duas doses fraccionadas e de 50 a 100.000 un. por via raquídea, esta diariamente, durante um mês, mais espaçadas e em dosagem de cerca de metade nos meses seguintes. Por dificuldades na aquisição do antibiótico, o período de tratamento não excedia então, em regra, 3 meses. Desde 1949, porém, a facilidade de obtenção de Estreptomina tornou possível empregá-la durante todo o tempo julgado necessário, associando-se-lhe a administração concomitante de ácido para-amino salicílico e vitaminas A e D em doses maciças, de harmonia com o proposto por Cochi. Esta terapêutica era prosseguida até 2 meses decorridos após a normalização integral do liquor. Com este método verificou-se um notável aumento de resultados favoráveis pois em 79 doentes tratados em 1949 e 1950, obtivemos 38 curas, o que leva a respectiva percentagem a 48 %.

A técnica por nós seguida actualmente consiste na administração

Novamente no mercado!

TORANTIL

Preparado estandardizado para o tratamento dos estados
de intoxicação alérgicos e intestinais

Caixas de 5 ampolas de 2 cc (intramuscular) / Frascos com 20 drágeas



FARBWERKE HOECHST
vormals Meister Lucius & Brüning
Frankfurt (M) - Hoechst



Representantes para Portugal: *Mecius Ltda.*, Rua D. Pedro V, 7 - 1.º Lisboa

Ph 208 - p

REGISTO DE LIVROS NOVOS

R. M. DE RIBET — *Les nerfs crâniens* — 568 págs., com 271 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1952 — 3.500 fr.).

Escreveu o A. uma obra essencialmente didáctica, destinada a facilitar o encontro de qualquer noção, mesmo de grande pormenor, em matéria tão complexa, por forma a obter-se fiel e rapidamente. A descrição dos nervos é precedida por considerações gerais sobre organização, valor, categorias, classificação embriológica, etc. Finalmente, na terceira parte dá uma série de esquemas da topografia, periférica e radicular, não apenas da cabeça e do pescoço, mas também do tronco e dos membros. Trata-se, pois, de uma anatomia esquemática de parte do sistema nervoso, que prestará serviço não só a estudantes, mas a clínicos e sobretudo, de estes, aos de neurologia.

JEAN TRABAUD — *Le guide du médecin hors de France* — 2 vols., com 454 e 342 págs. (Vigot Frères, Edit., Paris, 1949).

Descrição de todas as doenças exó-

ticas, no 1.º tomo, e das respectivas terapêuticas no 2.º Constitui um repositório muito vasto de toda a patologia tropical, com indicação dos procedimentos clínicos a ela respeitantes.

LÉON VANNIEX — *Le diagnostic des maladies par les yeux* — 152 págs., com 42 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1951 — 580 fr.).

Esta pequena brochura trata da iriscopia, ou seja da observação da íris para dos seus aspectos deduzir a existência de taras, de predisposições mórbidas, de doenças. Que tal método de observação do estado de cada indivíduo desperta interesse prova-o o facto de ser esta já uma 3.ª edição.

MICHEL DEMOIE — *Diététique clinique de l'adulte*. — 372 págs., com 8 figs. (Masson, Edit., Paris, 1951 — 2.000 frs.).

Com razão, no prefácio de esta obra, o Prof. Gutmann diz que em muitos casos quase só com o regime alimentar se obtêm curas, e que em muitos outros, sem ele, a terapêutica é insufi-

INSULINA
"HOECHST"
DEPOT-INSULINA
"HOECHST"

Exactamente doseado e sob
controle clínico permanente

Pureza absoluta e estabilidade
garantida

em frascos de 10 cc com 400 U. I.



FARBWERKE HOECHST

vormals Meister Lucius & Brüning

Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal:

Mecius Ltda.

Rua D. Pedro V, 7-1º Lisboa

Ph 82 - p.

ciente. Nenhum clínico pode, na verdade, ignorar os princípios da dietética e as suas modalidades nos diversos capítulos da patologia. Ora, se os princípios estão de há muito estabelecidos, há pormenores novos da ciência da alimentação que modificaram os tipos de dietas em várias afecções, tal como as aplicações de regimen hiperproteico em casos em que de antes se fazia restrição de proteicos, tal como a quantidade de água a dar aos cardiopatas, etc.; e a administração parenteral de alimentos é capítulo que não consta dos livros clássicos. O presente dá essas noções, ordenadamente e com largueza, ensinando tudo o que o médico prático precisa de saber nesta importante matéria.

ANDRÉ LEMAIRE, F. DELBARRE
& J. P. MICHARD — **Les stimulines**

hypophysaires — 174 págs., com 12 figs.
(Masson, Edit., Paris, 1951 — 750 fr.).

A importância da hipófise no jogo das glândulas de secreção interna dá especial relevo aos progressos no conhecimento da fisiologia hipofisária. Nesta, o papel predominante é exercido pelas estimulinas, sobre as quais contribuições modernas, principalmente vindas dos laboratórios americanos de investigação, vieram trazer novas noções sobre a constituição química de essas substâncias e as suas acções. Além do interesse teórico, esses conhecimentos novos tem já aplicações práticas, pois a pesquisa das estimulinas nos humores pode dar indicações úteis para o diagnóstico. E o assunto ultrapassa o âmbito da endocrinologia, invadindo o da cancerologia. Foi bom que um livro, como este, expusesse tão interessantes problemas.

diária de 50.000 un. de Estreptomicina por kg. de peso e por dia, por via muscular, em duas doses fracionadas e 30 a 50.000 un. por via raquidea, diariamente, durante o 1.º mês, em dias alternados nos meses seguintes, diminuindo gradual e progressivamente até duas e uma vez por semana, paralelamente à tendência para a normalização verificada no liquor. Concomitantemente administramos 2 a 5 grs. de P. A. S. por dia consoante a idade e o peso dos doentes. Uma vez por semana administramos ainda 400.000 un. de vitamina A por via bucal ou parentérica se a primeira é impossível, e 500.000 un. de vitamina D, pelas mesmas vias. Esta terapêutica é suspensa só dois meses após a normalização do liquor. No entanto, excepcionalmente, em casos de intolerância (vômitos, exantemas ou surdez) interrompemos transitóriamente a administração do antibiótico antes de obtida a cura, retomando-a porém logo que tal se nos afigure aconselhável.

Nunca usámos a tio-semi-carbazona na meningite tuberculosa.

As sequelas verificadas são em 13 dos casos de surdez, em geral de lenta e difícil regressão. Mais raramente, hemiplegias.

O critério de apreciação prognóstica da doença baseamo-la exclusivamente na normalização total do liquor e não em qualquer dos seus elementos isoladamente.

O tempo de tratamento instituído nunca foi inferior a 6 meses. Geralmente entre 6 e 12.

Quando decorrido um ano se verificaram ainda alterações do liquor, geralmente pouco acentuadas, suspendemos o tratamento e repetimos seriamente, o exame daquele, sendo frequente a normalização prosseguir sem se notar prejuízo pela interrupção citada.

Os casos de cura são submetidos a exames de liquor, de início mensalmente, ulteriormente com intervalos de 2 e 3 meses.

Nos recrudescimentos e recaídas institui-se o tratamento como no início da doença. A normalização do liquor obtém-se, regra geral, mais depressa que na fase inicial e não prosseguimos o tratamento além dum mês, atingida aquela. Desde que prolongamos o tratamento 2 meses além do liquor normalizar tivemos uma recaída com 38 casos curados que estão em tratamento. No entanto, notámos 9 recrudescências em doentes que após um período longo de tratamento já faziam a sua vida normal. Com a continuação do tratamento 3 curaram e 6 acabaram por falecer.

O prognóstico é tanto mais grave, quanto menor a idade do doente, e mais tardiamente se institui o tratamento. A maioria dos nossos casos fatais incidiu em doentes em que o diagnóstico não foi precoce ou em caso afirmativo foram todavia submetidos a terapêuticas insuficientes quer por se não terem empregado todos os meios associados que atrás preconizamos, quer pela irregularidade da sua administração por muitos deles se tratarem em consultas externas, onde, verificado o seu agravamento, a hospitalização lhe era então aconselhada.

Nos casos em que se verificaram associadamente meningite e tuberculose pulmonar hematogénia, esta última cura geralmente, em cerca de

3 meses, prosseguindo, não obstante, a meningite a sua evolução mais arrastada, por vezes fatal. — »

SÍNDROMA DISFÁGICO CÁRDIO-ESOFÁGICO. — Caso observado numa criança de 10 anos de idade, que chegara a estado de extremo emagrecimento, em virtude das habituais regurgitações alimentares que haviam aparecido um ano antes, bruscamente, sem qualquer motivo apreciável, referindo a história da doença um intervalo de dois meses em que as regurgitações cessaram completamente. O exame feito mostrou não haver qualquer obstáculo à passagem dos alimentos para o estômago. A terapêutica dietética e farmacológica foi ineficaz, mas após a dilatação mecânica do segmento cárdio-esofágico a doente curou, ganhando oito quilos no peso. Durante o internamento no hospital melhorou da psicose que mostrara, de feição leptomaníaca; a doente tinha herança epiléptica.

A propósito de este caso, nota que a afecção, por motivo das variadas interpretações da patogenia, tem tido diversas designações: mega-esófago, cárdio-espasmo, freno-espasmo, acalásia, etc.; à luz das modernas aquisições sobre o comportamento dos dois reflexos que presidem ao trânsito esofágico normal, o peristáltico primário e o de abertura do esfíncter, nenhuma de elas é correcta. O síndrome assenta num complexo psicossomático, e em cada caso é necessário investigar qual o factor que intervém sobre os centros cerebrais, coordenadores da movimentação muscular em jogo, e sobre a inervação própria do esófago. A psicoterapia resolverá alguns casos; a dilatação mecânica electiva do segmento cárdio-esofágico terá indicação segura para a maioria de eles.

JORNAL DO MÉDICO. — N.º 493 (3-VII-1952): *Parasitoses intestinais*, por J. Fraga de Azevedo. N.º 494 (12-VII): *Métodos de exame e diagnóstico urológico em pediatria*, por A. Carneiro de Moura. N.º 495 (19-VII): *Aspectos da evolução demográfica da população branca de Angola*, por Alexandre Sarmiento; *A reversibilidade do sinal pupilar de Argyll Robertson na tabes*, por N. Pines; *Novo método de aplicação da ACTH: a injeção subcutânea gota-a-gota*, por Inácio de Salcedo; *A coramina-glucose na clínica e no desporto*, por J. Próspero dos Santos. N.º 496 (26-VII): *Personalidade psicopática e personalidade neurótica*, por L. Navarro Soeiro.

UROLOGIA EM PEDIATRIA. — As doenças do foro urológico mais frequentes nas crianças são as devidas a malformações congénitas, quer por si, quer por associação com fenómenos de estase ou de infecção; os tumores do rim têm a forma característica de sarcomas embrionários; não sendo muito frequentes, há que contar com a tuberculose, a litíase e os traumatismos. Os variados sintomas, gerais e locais, de essas situações, obrigarão muita vez o clínico a recorrer a exames especiais, laboratoriais e sobretudo radiológicos (urografia, pielografia ascendente, cisto-ureterografia).

ACTH EM INJEÇÃO SUBCUTÂNEA. — As doses a aplicar variam com a via utilizada na seguinte proporção: 100 intramuscular igual a 20 subcutânea, e a 10 endovenosa. As injeções endovenosas, mais económicas, têm o defeito de provocar esclerose. A via subcutânea tem sobre ela a vantagem de a absorção se fazer lentamente, embora a resposta terapêutica seja menos intensa, mas satisfatória. A via intramuscular é dispendiosa, pela grande quantidade de droga a empregar. O A. ideou o método da injeção subcutânea gota-gota, empregando soluto a 10 miligr. por 250 c.c. de soro glicosado isotónico, de que injecta o correspondente a 5 a 20 miligr. por dia. A injeção leva 3 a 4 horas, incómodo que os doentes suportam bem, compensados pela economia que fazem. Reacção local leve; num ou noutro caso, os conhecidos fenómenos gerais, que desaparecem suspendendo a aplicação da droga.

BOLETIM CLÍNICO E DE ESTATÍSTICA DO HOSPITAL COLONIAL DE LISBOA. — N.º 1 (1948): *Um caso de doença do sono de Bissau*, por Henrique Seixas; *Um caso de acesso pernicioso comatoso*, por João Pedro de Faria e Henrique Seixas; *Surtos epidémicos de cólera em Macau*, por João Pedro de Faria. N.º 2 (1949): *Febre biliosa hemoglobínica*, por Henrique Seixas; *Contribuição para o estudo das condições sanitárias das Colónias*, por João Pedro de Faria; *Notas sobre a alimentação artificial da criança em Lourenço Marques*, por Henrique Seixas. N.º 3 (1950): *Um caso de acanthosis nigricans*, por J. Bastos da Luz; *Calcificação da aorta torácica e aneurisma do tronco braquio-cefálico*, por P. Madeira Pinto; *Tratamento da paralisia do grande dentado (escápula alada) por transferência do tendão do pequeno peitoral*, por J. Paiva Chaves; *Um caso de localização rara de tuberculose das bainhas tendinosas*, por J. Paiva Chaves e J. Xavier de Faria; *Redução da fractura do colo do astrágalo com subluxação do corpo*, por J. Paiva Chaves; *Lesões traumáticas do plexo braquial*, por J. Paiva Chaves. N.º 4 (1951): *Fistula biliar externa espontânea (bipogástrica)*, por A. A. Mendes Ferreira, J. Paiva Chaves, A. Godinho Mónica, Abel de Almeida e Ayres de Sousa; *Uveíte bilateral por etmoidite latente*, por Henrique Moutinho; *Sinovialomas*, por J. Freitas de Sousa e J. Paiva Chaves; *Centros para cirurgia da mão*, por J. Paiva Chaves; *Calcinosis*, por J. Paiva Chaves e Ayres de Sousa.

CALCINOSIS. — Por esta designação entende-se o estado patológico em que múltiplos depósitos de cálcio se formam nos tecidos subcutâneos e nas estruturas conectivas de tecidos mais profundos, sem que os órgãos internos ou vísceras sejam atingidos. Distinguem-se duas formas: a circunscrita a uma ou outra região (própria dos adultos) e a universalis que dissemina os depósitos calcários por todo o corpo (própria dos jovens). Os A.A. descrevem um caso de este segundo tipo, numa criança de 3 anos, portadora de luxação congénita da anca. O diagnóstico, com a radiografia, é fácil. O prognóstico é bom, porque a afecção pode curar espontânea-

mente, e quando assim não acontece só pode trazer inconvenientes de ordem estética ou motora. A patogenia é ainda desconhecida.

GAZETA MÉDICA PORTUGUESA, V, 1952. — N.º 2 (2.º trimestre): *Pênfigo eritematoso (síndrome de Senear-Usher)*, por A. Morais David, Juvenal Esteves e Carlos Trincão; *Síndrome de Crouzon*, por Inácio de Salcedo; *Divertículos do duodeno*, por Estêvão Samagaio; *Conceitos usuais na clínica da artrite reumatóide* (em inglês), por H. R. Wainardi; *Um caso de carcinoma primitivo da vagina e sua etiologia provável*, por A. dos Santos Ferreira; *Centros maxilo-faciais*, por A. Meyrelles do Souto; *Fisiopatologia da glândula genital masculina* (em espanhol), por S. Gil Vernet, J. M. Cañadell e J. A. Rodriguez Soriano; *Doença cardíaca iatrogénea*, por Amílcar Moura; *Apresentação de um esfigmo-pletismógrafo para o estudo da circulação periférica*, por J. Mendes Fagundes; *Coarctação da aorta (tipo adulto) com provável aneurisma dissecante da crossa*, por Frederico Madeira e Amílcar Moura; *Notas sobre o hemograma normal*, por Alda Aguiar e Eugénio Côrte-Real; *Sobre o pigmento verde de cloroma*, por Sérgio de Carvalho; *Uma nova reacção para a exploração funcional do fígado — a reacção do cádmio de Wubermann e Wunderly (estudo comparativo com a reacção de Hanger)*, por A. Silva Xavier; *Úlceras de decúbito*, por B. Mello Correia.

DIVERTÍCULOS DO DUODENO. — Relatando 5 casos, no decurso de uma exposição de conjunto, o A. salienta a variedade de aspectos clínicos que a diverticulose pode apresentar, e a necessidade de confirmar pela radiologia a presunção diagnóstica, expondo as condições necessárias para se obter boa visualização dos divertículos. Com efeito, não há uma sintomatologia característica; as perturbações que os doentes sofrem são muito variáveis, levando a pensar numa simples dispepsia, numa úlcera gastro-duodenal, numa hepato-colecistopatia, ou mesmo numa afecção pancreática. Na prática geralmente acontece o seguinte: o doente apresenta-se com padecimentos digestivos que não permitem estabelecer o diagnóstico e o médico manda-o ao radiologista, que então verifica a existência de um ou mais divertículos. O problema, porém, não está resolvido, pois a responsabilidade das perturbações pode não lhes caber (visto os divertículos não darem, muito frequentemente, qualquer sinal patológico), ou caber-lhe somente em parte (contribuindo para agravar a situação); mas pode, também, tudo se dever à sua presença.

A associação da diverticulose a variadas afecções observa-se muita vez: com tumor maligno do estômago, com úlcera duodenal ou gástrica ou com litíase vesicular (casos muito frequentes), com apendicite crónica, etc. A diverticulite pode influir sobre órgãos vizinhos, quer por propagação do processo inflamatório, quer por compressão; hemorragias podem surgir repentinamente, sem causa aparente; a torção do pedículo pode arrastar a torção do duodeno.

Procilina

PENICILINA G PROCAÍNA

Nova apresentação

Caixa com 1 ampola de 150.000 U. I.	Esc. 12\$00
Caixa com 3 ampolas de 150.000 U. I.	Esc. 27\$00
Caixa com 1 ampola de 300.000 U. I.	Esc. 21\$00
Caixa com 1 ampola de 400.000 U. I.	Esc. 24\$00
Caixa com 3 ampolas de 400.000 U. I.	Esc. 52\$00
Caixa com 5 ampolas de 400.000 U. I.	Esc. 80\$00
Caixa com 10 ampolas de 400.000 U. I.	Esc. 150\$00
Caixa com 1 frasco de 600.000 U. I.	Esc. 30\$00

INSTITUTO LUSO-FARMACO

Únicos Depositários:

PAOLO COCCO, L.^{DA}

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

LACTIL-LAB

CALDO

Composição: CULTURA PURA DE
BACILO BÚLGARO
REACTIVADA COM O
COMPLEXO B.

COMPRIMIDOS

Composição: BACILO BÚLGARO —
BACILO ACIDÓFILO —
ESTREPTOCOCOS LÁC-
TICO — COMPLEXO B.

LABORATÓRIO LAB—Avenida do Brasil, 99—LISBOA (Norte)

DIRECÇÃO TÉCNICA DO PROF. COSTA SIMÕES

Estas e outras complicações, assim como a inflamação do divertículo, exigem terapêutica que se não faz quando a malformação não dá sinais de si. O tratamento médico segue as linhas de conduta adoptadas para as úlceras, para as gastrites antrais ou para as duodenites edematosas: dieta adequada, correctores do suco gástrico, anti-espasmódicos, etc. Deve prolongar-se para muito além da cessação das dores, pelo menos durante uns seis meses, findos os quais o doente será radiografado para controle da cura. Se o tratamento médico se mostrar ineficaz, ou se existirem complicações secundárias à diverticulite, então só o tratamento cirúrgico resolverá a situação, removendo a malformação; o que hoje, mercê dos progressos da operatória, se pode fazer sem risco para o doente.

FISIOPATOLOGIA DA GLÂNDULA GENITAL MASCULINA. — Assente em abundante material clínico e necrótico, este trabalho descreve as modificações estruturais do testículo em relação com a idade e o estado funcional, e a hormonologia nas suas várias interferências. Divide os hipogonadismos em dois grandes grupos: os secundários, por falta dos estímulos hipofisários, e os primitivos, por alterações histológicas, podendo nestes a eliminação de gonadotrofinas ser normal ou aumentada. Discute a possibilidade de tratamento nas diversas situações, procurando-se actuar sobre a causa (o que é muita vez difícil) e fazendo terapêutica substitutiva ou sintomática. Clinicamente, os quadros que aparecem são os de infantilismo, eunucoïdismo, criptorquidia, impotência, infertilidade, manifestações climatéricas. Nos dois primeiros, hormonoterapia, conjugada segundo cada aspecto. Na criptorquidia, gonadotrofina coriônica. Na impotência há que visar a causa; os excitantes quase nunca resolvem o problema e podem agravar, as hormonas só estão indicadas quando há insuficiência endócrina bem provada. Na esterilidade podem obter-se êxitos por meios gerais (repouso físico e mental, eliminação dos tóxicos, continência sexual, supressão de infecções, etc.), associados a terapêutica hormonal adequada e a radioterapia da hipófise. As perturbações do climatério masculino cedem à administração da testosterona; mas os sintomas psíquicos são por vezes rebeldes e impõe a intervenção do psiquiatra.

DOENÇA CARDÍACA IATROGÊNICA. — O problema de assegurar trabalho compatível a indivíduos portadores de doenças do coração foi resolvido em Nova Iorque, por meio do «New York Employment Service», que utiliza as indicações fornecidas por um centro de apuramento, o Work Classification Unit. De 1941 a 1950 foram-lhe enviados 705 indivíduos que se consideravam cardíacos, em resultado de exame médico, para se saber se podiam, sem prejuízo, continuar no género de trabalho que executavam; 631 foram minuciosamente examinados, e verificou-se que 175, ou seja cerca de 28 % não tinham doença alguma do coração. Sobre eles escreveu Goldwater e colab. um trabalho que o A. resume e que diz o seguinte.

Os diagnósticos eram variados, e assentavam em diversos sinais, tais como sopros, hipertensão com repercussão cardíaca, etc.; em 68 não se conseguiu saber o motivo do diagnóstico errado. De esses 175 indivíduos, 105 não estavam a trabalhar, e de entre eles 25 por lhes ter sido imposta inactividade em consequência do diagnóstico de doença cardíaca. Uma vez informados de que não eram cardíacos, certo número reagiu contra a negação da sua doença; em muitos de estes ficou demonstrada a existência de perturbações psíquicas, que vieram a dar típica neurose cardíaca. Outros, porém, aceitaram-na, satisfeitos por saberem que não eram cardíacos.

O A. comenta o referido trabalho, começando por notar que muitos dos doentes não cardíacos observados podiam ocupar-se em misteres úteis. A um grande número foi aconselhada restrição de actividades, com todas as consequências psicológicas, físicas, sociais e profissionais, resultantes do diagnóstico estabelecido. Praticamente, o factor iatrogéneo desempenhou em toda a série papel de importância decisiva. Nuns casos actuou em terreno psiquicamente normal; noutros desencadeou uma neurose latente, que de aí em diante passou a «somatizar-se» no aparelho cárdio-vascular, dando neurose cardíaca, difficilmente reparável.

Não é abundante a literatura sobre a importância dos factores iatrogéneos em cardiologia; o citado trabalho refere alguns, com notas interessantes. Assim, Ollie diz que 60 % dos doentes que consultam um especialista o fazem por motivo da ansiedade neles provocada por reflexões imprudentes. Em artigo recente, de Wheeler e P. White, sobre astenia neuro-circulatória, afirma-se que o papel do factor iatrogéneo interveio na maioria de 173 doentes, dos quais 53 % haviam restringido as suas actividades físicas, vivendo na persuasão de que tinham lesão cardíaca. Auerbach e Gliebe apresentam casos de neurose cardíaca que demonstram o importante papel do médico na provocação da doença; cita casos em que se estabeleceu um estado de ansiedade pelo mencionado motivo.

Por outro lado, na evolução de uma doença orgânica do coração, a situação pode complicar-se, criando-se uma sintomatologia neurótica que se emaranha com a própria da doença cardíaca. Refere Schnur que, na maioria dos casos de essa ordem, a causa está no exagero, pelo médico, da severidade do mal, alarmando o doente, aconselhando restrições desnecessárias na sua vida.

O exagero da importância dada aos progressos de técnica, de que justamente se orgulha a medicina, levou os clínicos a desprezar a psicologia do doente. Hoje estamos numa fase de viragem, e a chamada medicina psico-somática tem em cardiologia especial importância. As vivências surgidas nas relações entre o médico e o doente adquirem aqui particulares colorido e projecção. A reacção do indivíduo quando sabe ter uma doença do coração, ou quando supõe tê-la, depende, é certo, da sua estrutura psíquica. Se há indivíduos sem «paisagem interior», em que a plasticidade da doença pode ser elementar, outros há, de psiquismo mais elevado, em que

é fácil criar-se, por iatrogenia, induzida pelo médico e por vezes involuntariamente agravada pelo doente, ou pelas pessoas que o cercam.

O papel do médico, tanto em face dos verdadeiros cardíacos, como dos falsos cardíacos, é, pois, extremamente delicado, dependendo da maneira como actua, de modo muito sensível, o andamento da enfermidade. Precisa de ser muito prudente na citação de termos técnicos que impressionam os queixosos. Há termos vagos, como: falhas no coração, lesão cardíaca, arritmia, dilatação da aorta, angina de peito, etc., que em indivíduos emotivos tem maléfica ressonância.

Certo é que os transtornos observados nos doentes em questão podem ter base orgânica. Mas, quer no estabelecimento do diagnóstico, quer na delineação do plano terapêutico, não é possível descurar-se o lado emocional; é preciso não valorizar excessivamente as queixas do enfermo e os dados da observação. Haja ou não alterações estruturais na base da sintomatologia, se se submete o doente a uma série de testes laboratoriais, de exames radiológicos, de electrocardiogramas, e repetidas observações, pode iniciar-se uma neurose cardíaca, de desagradáveis repercussões.

De resto, é da experiência de todos os cardiologistas a existência de taquicardia paroxística, de extrassístoles, de fibrilação auricular, de graus maiores ou menores de bloqueio, etc., em que o exame mais rigoroso não descobre qualquer base orgânica que explique tais perturbações. Em muitos de esses doentes, as alterações são transitórias, e têm causa emocional, como sucedeu em casos que o A. aponta; como sucedeu com um doente de Rocha e Silva, no qual era possível, por estímulos puramente emocionais, produzir ou desfazer um bloqueio; ou num doente do A., que apresentava transitórios sinais de bloqueio aurículo-ventricular, precedidos habitualmente por taquicardia, provocado tudo por crise emocional, sem que o electrocardiograma fosse anormal, fora das crises.

São factos como estes que mostram claramente quanto importa considerar o factor iatrogéneo, qualquer que seja o tipo da enfermidade, orgânica ou inorgânica; e o médico, desde o interrogatório até à prescrição terapêutica, não deve esquecer-se que o agravamento dos padecimentos pode mesmo ser de sua exclusiva responsabilidade, por desprezo da importância de tal factor.

O MÉDICO. — N.º 52 (2-VII-52): *Reflexão na homenagem a Cajal no seu primeiro centenário*, por G. Marañon; *A cirurgia ortopédica e o progresso da África Portuguesa*, por J. Paiva Chaves; *Higiene mental e trabalho*, J. Ramón Martínez Díaz; *Mortalidade infantil da população branca de Angola*, por Alexandre Sarmiento; *Acção social sobre a juventude operária e filhos de operários, como melhor meio de medicina preventiva*, por F. Portela Gomes; *Mosaicos nortenhos* (continuação), por M. da Silva Leal. N.º 53 (15-VII): *A medicina do trabalho*, por Heitor da Fonseca; *A medicina social e o serviço social no Ultramar Português*, por F. da Silva Correia; *IV Congresso luso-espanhol de Obstetrícia e Gine-*

cológia, por Manuel Usandizaga, N.º 54 (25-VII): *Medicina rural e saúde pública*, por Augusto da Silva Travassos; *Indicações e contra-indicações das transfusões de sangue e de plasma*, por Herculano Coutinho; *A primeira reunião no Porto da Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica*, por Albano Ramos; *Dois épocas*, por Guilherme dos Anjos.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES DA HEMOTERAPIA. — Agrupa as indicações pela seguinte maneira: 1 — Afecções caracterizadas por uma diminuição brusca do volume de sangue circulante (choque hemorrágico, choque traumático e cirúrgico, choque por queimaduras, outros choques); 2 — Estados patológicos caracterizados por uma diminuição da capacidade de transporte de oxigénio (anemias); 3 — Afecções caracterizadas por perturbação do mecanismo da hemóstase (diáteses hemorrágicas); 5 — Estados infecciosos; 6 — Agranulocitoses e estados agranulocíticos.

No choque hemorrágico e no choque traumático ou cirúrgico (fisiopatologicamente comparável), impõe-se a transfusão de sangue total. No choque por queimaduras, faça-se a injeção de plasma. Nos outros choques (por oclusão intestinal mais correntemente), a plasmoterapia pode justificar-se.

As anemias macrocíticas medicam-se com extracto hepático, ácido fólico e vitamina B₁₂. As hipocrómicas microcíticas indicam tratamento causal e administração de ferro. Nas normocíticas e microcíticas simples, as transfusões de sangue cooperarão com o tratamento causal.

De um modo geral, a hemoterapia presta excelentes serviços nas diáteses hemorrágicas, quer se trate de trombocitopenias, de hemofilia, de hipoprotrombinemias, de hipofibrinogenemias (nestas sendo o único recurso), ou de hipoproteínemias (em que está indicado o plasma).

Actualmente, o emprego da hemoterapia nos estados infecciosos está muito secundarizado.

Nas agranulocitoses é duvidosa a influência; poderá empregar-se como adjuvante, apenas.

As contra-indicações absolutas da hemoterapia são: edema agudo do pulmão, insuficiência cardíaca aguda acentuada, embolias e enfartes maciços dos pulmões, policitemias. São contra-indicações relativas: cardiopatias que se acompanhem de insuficiência cardíaca latente.

LIVROS E OPÚSCULOS

PROVAS DE TURVAÇÃO E FLOCULAÇÃO EM SEMIOLOGIA HEPÁTICA. Revisão da literatura e contribuição pessoal; por J. Gouveia Monteiro. (Coimbra, 1951).

Dissertação de doutoramento, divide-se em 3 partes. Na 1.^a, de introdução, apresenta-se e justifica-se o assunto, expõe-se os sinais clínicos e os meios laboratoriais de exploração hepática. Na 2.^a faz-se a revisão da literatura sobre as provas de floculação e turvação. Na 3.^a, em que

se relata a contribuição pessoal, diz-se das técnicas das reacções empregadas, do material clínico que serviu para as provas, e dos resultados obtidos nos diversos casos estudados, e respectiva discussão, terminando por sumário e conclusões. De estas extraímos as de ordem clínica, que são do seguinte teor:

I — *Floculação com cefalina-colesterol* — (Hanger)

1.^a — Nos indivíduos normais a floculação é negativa às 6 e 12 horas, continua a sê-lo geralmente às 20 horas e não ultrapassa \pm às 24 horas e + às 48 horas.

2.^a — Na cirrose portal a prova de Hanger tem alto valor diagnóstico, pois mostra-se anormal em 97,9 % dos casos.

3.^a — Mesmo tomando apenas as formas compensadas da referida afecção, o interesse da prova continua a ser grande, pois a floculação revela-se excessiva em 90,91 % dos casos.

4.^a — Ainda na cirrose portal, quando se considera o aspecto prognóstico, a fidelidade da prova de Hanger é claramente menor. Embora a floculação mostre uma tendência geral para se tornar mais intensa e mais precoce à medida que aumenta a gravidade do processo, é forçoso reconhecer que existem muitas excepções individuais.

5.^a — A prova de Hanger é preciosa para o diagnóstico diferencial das icterícias, mostrando-se anormal em 95 % das formas parenquimatosas e apenas em 9,68 % das formas obstrutivas.

6.^a — A reacção tende a manter-se normal mesmo em casos de obstrução prolongada e até com rebate hepático demonstrado.

7.^a — O ensaio não parece capaz de nos esclarecer sobre o carácter benigno ou maligno de uma obstrução biliar.

8.^a — A floculação com cefalina-colesterol pode ter interesse como critério de cura nas icterícias parenquimatosas, porque frequentemente se mantém anormal depois de o enfermo parecer clinicamente normalizado.

9.^a — A prova é sistematicamente negativa nas discinesias biliares.

10.^a — É, pelo contrário, sistematicamente positiva no síndrome de Banti.

II — *Turvação com timol* — (Maclagan)

1.^a — Nos indivíduos normais os valores da turvação oscilam habitualmente à roda de 3 U, podendo chegar até 5 U.

2.^a — No diagnóstico da cirrose portal, a prova de Maclagan tem um certo interesse, sendo positiva em 70,59 % dos casos. É, porém, claramente inferior à prova de Hanger.

3.^a — Na cirrose portal compensada a percentagem de turvações excessivas foi de 80 %, mostrando que a prova é também útil nestes casos.

4.^a — Parece, em contrapartida, pouco valiosa para o prognóstico da cirrose portal, embora se esboce uma certa tendência para as turvações muito altas nas formas de evolução mais grave.

5.^a — No diagnóstico diferencial das icterícias, a prova de Maclagan, embora não seja destituída de interesse, revela-se também muito inferior à prova de Hanger. É verdade que se mostra positiva em 90 % das formas parenquimatosas, mas também dá resultados anormais em 45,16 % das formas obstrutivas.

6.^a — Nas icterícias obstrutivas não existe relação segura entre o resultado do ensaio e a duração da icterícia ou o estado do fígado.

7.^a — O comportamento da prova é semelhante nas obstruções benignas e malignas das vias biliares.

8.^a — A turvação com timol mantém-se positiva durante longo tempo em muitos casos de icterícia parenquimatosa aparentemente curados. Sob este aspecto, revela-se superior a todos os outros métodos ensaiados.

9.^a — A prova é sistematicamente negativa nas discinesias biliares.

10.^a — É, pelo contrário, geralmente positiva no síndrome de Banti.

III — *Floculação com timol* — (Neeffe)

1.^a — Em face dos resultados obtidos nos indivíduos normais, o A. pensa que as floculações de + e ++ são em geral patológicas às 20 ou 24 horas e são-no praticamente sempre quando observadas às 6 ou 12 horas; as floculações superiores a ++ são sempre patológicas.

2.^a — Na cirrose portal é grande o valor da reacção, pois mostra-se seguramente anormal em 83,87 % dos casos e muito suspeita em mais 9,68 %.

3.^a — Nas cirroses compensadas a sensibilidade da prova, ainda estimável, é contudo menor, sendo de 57,14 % a percentagem de resultados certamente patológicos e de 28,57 % a taxa suplementar de resultados suspeitos.

4.^a — Embora se note uma certa tendência para o aumento das floculações muito intensas nas formas de evolução mais grave, a prova de Neeffe não parece muito útil para o prognóstico da cirrose portal.

5.^a — A reacção é digna de apreço no diagnóstico diferencial das icterícias, dando 80 % de resultados anormais nas formas parenquimatosas contra 12,5 % de floculações patológicas e 8,33 % de valores suspeitos nas formas obstrutivas.

6.^a — Nas icterícias obstrutivas, existe uma certa ligação do resultado da prova com a duração da icterícia e o estado do fígado, embora essa relação não seja íntima, pois dão prova normal alguns casos prolongados com rebate hepático provado.

7.^a — O A. ficou com a suspeita de que a floculação com timol é mais frequentemente positiva nas obstruções malignas que nas obstruções benignas das vias biliares. Os dados eram, porém, insuficientes, pelo que o problema deve ser mais cuidadosamente investigado.

8.^a — A prova pode ter interesse como critério de cura das icterícias parenquimatosas.

- 9.^a — A reacção é sistematicamente negativa nas discinesias biliares.
 10.^a — Mostra-se, em contrapartida, sempre positiva no síndrome de Banti.

IV — *Turvação com sulfato de cádmio clássico*
 (*Wunderly-Wuhrmann clássica*)

- 1.^a — Nos indivíduos normais, a reacção é sempre negativa, só aparecendo turvação com V a VIII gotas (quase sempre VI ou VII).
 2.^a — Na cirrose portal a reacção mostra-se muito expressiva, dando resultado positivo máximo em 96,77 % dos casos.
 3.^a — Nas formas compensadas da mesma doença o ensaio é ainda muito valioso, mostrando-se positivo em 85,71 % dos casos.
 4.^a — Nenhum elo parece, contudo, ligar o resultado da prova à tendência evolutiva da cirrose portal.
 5.^a — Também no diagnóstico diferencial das icterícias a prova se mostra destituída de valor, sendo positiva em 66,67 % das formas parenquimatosas e em 75 % das formas obstrutivas.
 6.^a — Nas icterícias obstrutivas, o comportamento da prova revela-se independente da duração do processo e da presença ou ausência de rebato hepático.
 7.^a — Parece, em compensação, algo dependente da natureza da lesão obstrutora, afigurando-se mais frequentemente positiva nas oclusões malignas. A divergência não ficou, porém, devidamente provada, exigindo estudo mais minucioso.
 8.^a — Na vigilância das icterícias parenquimatosas os resultados são demasiado incertos para merecerem atenção.
 9.^a — Nas discinesias biliares a prova é geralmente negativa.
 10.^a — No síndrome de Banti é, pelo contrário, positiva.

V — *Turvação e floculação com sulfato de cádmio modificada*
 (*Wunderly-Wuhrmann modificada*)

- Turvação* — 1.^a — Nos indivíduos normais as cifras andam à roda de 6 U, podendo chegar até 10 U.
 2.^a — A prova tem grande valor para o diagnóstico da cirrose portal, mostrando-se positiva em 96,77 % dos casos.
 3.^a — Tomando em consideração apenas as formas compensadas, a percentagem é de 85,71 %.
 4.^a — Quanto ao prognóstico da cirrose portal, parece que as cifras muito altas, mormente as que excedem 20 U, indicam uma evolução má. Mas as excepções individuais a esta regra geral estão longe de ser raras.
 5.^a — Não é muito grande o valor da prova na diagnose diferencial das icterícias, pois se 80 % das formas parenquimatosas exibem uma turvação excessiva, tal facto também sucede em 37,5 % das formas obstrutivas.
 6.^a — Nas icterícias obstrutivas, verifica-se uma tendência nítida

para o aparecimento de turvações excessivas nas formas prolongadas com rebate hepático provável.

7.^a — Por outro lado, as reacções anormais parecem mais frequentes nas obstruções benignas que nas malignas, hipótese que entretanto se torna necessário verificar com dados mais numerosos.

8.^a — A reacção pode ter interesse como critério de cura nas icterícias parenquimatosas.

9.^a — Nas discinésias biliares a prova é geralmente negativa.

10.^a — É, pelo contrário, sistematicamente positiva no síndrome de Banti.

Floculação — 1.^a — Os soros normais floculam precoce, intensa e sistematicamente.

2.^a — Nenhum ensinamento se colheu do estudo da floculação nas situações mórbidas analisadas.

VI — *Turvação e floculação com sulfato de zinco* — (Kunkel)

Turvação — 1.^a — Nos indivíduos normais as cifras andam à roda de 7 U, podendo chegar até 11 U.

2.^a — Na cirrose portal é grande o valor da prova, pois mostra-se positiva em 93,55 % dos casos.

3.^a — Os resultados foram magníficos no pequeno lote das cirroses portais compensadas, atingindo 100 % de reacções patológicas.

4.^a — A prova mostra-se, pelo contrário, destituída de interesse quando se foca o prognóstico da cirrose portal.

5.^a — Na diagnose diferencial das icterícias a reacção, não sendo óptima, merece contudo alguma consideração, pois é anormal em 86,67 % das formas parenquimatosas e apenas em 20,83 % das formas obstrutivas.

6.^a — Dentro das icterícias obstrutivas, as turvações excessivas são geralmente observadas em casos com rebate hepático.

7.^a — O comportamento da prova é análogo nas obstruções benignas e malignas das vias biliares.

8.^a — O ensaio pode ter interesse como critério de cura nas icterícias parenquimatosas.

9.^a — A turvação é sempre normal nas discinésias biliares.

10.^a — É, pelo contrário, sempre excessiva no síndrome de Banti.

Floculação — 1.^a — Os soros normais floculam habitualmente de uma forma intensa e precoce.

2.^a — Exactamente por esse facto, não puderam colher-se indicações precisas nas situações mórbidas analisadas. No entanto, uma vez por outra notaram-se ligeiras diferenças relativamente ao padrão normal, a saber:

3.^a — Na cirrose portal, compensada ou descompensada, e no síndrome de Banti é muito raro encontrar uma floculação inferior a + + + , ao passo que nas pessoas sãs isso sucede em quase metade dos casos.

4.^a — Enquanto nas icterícias parenquimatosas o comportamento da floculação é análogo ao que se observa nos indivíduos normais, nas icterícias obstrutivas vêem-se com certa frequência reacções negativas ou débeis. Por isso, num icterico, a ausência de floculação ou mesmo a floculação discreta (\pm ou $+$) sugerem o carácter obstrutivo do processo.

VII — *Turvação e floculação com água destilada* — (Hejda-Dreyfuss)

Turvação — 1.^a — Nos indivíduos normais as cifras andam à roda de 1 U, podendo chegar até 2,2 U.

2.^a — A prova é razoável como método de diagnóstico da cirrose portal, pois mostra-se positiva em 80,65 % dos casos.

3.^a — Nas formas compensadas da mesma doença a taxa não vai além de 42,85 %.

4.^a — Quanto ao prognóstico da cirrose portal, parece que as cifras muito altas, mormente as que excedem 4 U, sugerem um prognóstico sombrio. Mas as excepções individuais não são raras.

5.^a — Sem ser muito fiel, a prova conserva entretanto um certo valor na diagnose diferencial das icterícias, mostrando-se positiva em 86,67 % das formas parenquimatosas e apenas em 25 % das formas obstrutivas.

6.^a — Nas icterícias obstrutivas, não existe relação segura entre o resultado da prova e a presença ou ausência de rebato hepático.

7.^a — Por outro lado, a reacção pareceu-nos mais frequentemente positiva nas obstruções benignas que nas malignas, mas é necessário rever o problema com maior número de casos.

8.^a — A reacção pode ter interesse como critério de cura nas icterícias parenquimatosas.

9.^a — A prova é sempre negativa nas discinesias biliares.

10.^a — É, pelo contrário, geralmente positiva no síndrome de Banti.

Floculação — 1.^a — Nos indivíduos normais, às 6 horas os resultados são quase sempre negativos e às 12 horas são geralmente negativos ou duvidosos (\pm).

2.^a — Na cirrose portal, a floculação com água destilada não goza de grande sensibilidade, apenas sendo anormal ou suspeita em 51,61 % dos casos.

3.^a — Nas formas compensadas a taxa é similar — 57,14 %.

4.^a — A prova não tem praticamente valor algum para o prognóstico das cirroses.

5.^a — Também não é muito meritória no diagnóstico diferencial das icterícias, pois mostra-se patológica em 53,33 % das formas parenquimatosas e em 4,17 % das formas obstrutivas.

6.^a — Nas icterícias obstrutivas, não existe relação entre o resultado da prova e a presença ou ausência de rebato hepático, pois muitos casos em que este se verificava deram floculações normais.

7.^a — Tão-pouco a floculação com água destilada pode ser valorizada na distinção entre obstruções benignas e malignas das vias biliares.

- 8.^a — Por ser negativa desde início em quase metade dos casos, é também pouco útil como critério de cura nas icterícias parenquimatosas.
 9.^a — A floculação é sempre negativa nas discinesias biliares.
 10.^a — É, pelo contrário, geralmente positiva no síndrome de Banti.

VIII — *Turvação e floculação com álcool* — (Mawson)

Turvação — 1.^a — Nos indivíduos normais as cifras andam à roda de 1,8 U, podendo chegar até 5 U.

2.^a — A prova é útil para o diagnóstico da cirrose portal, pois mostrava-se positiva em 83,87 % dos casos.

3.^a — Nas formas compensadas da referência afecção a percentagem atinge apenas 57,14 %.

4.^a — A turvação com álcool não permite orientar o prognóstico da cirrose portal.

5.^a — Tem, pelo contrário, certa utilidade no diagnóstico diferencial das icterícias, pois mostra-se positiva em 80 % das formas parenquimatosas e apenas em 25 % das formas obstrutivas.

6.^a — Nas icterícias obstrutivas, as provas anormais cabem geralmente aos casos prolongados, com rebete hepático provável.

7.^a — A turvação com álcool não permite distinguir se uma obstrução biliar é benigna ou maligna.

8.^a — Pode ser útil, porém, como critério de cura das icterícias parenquimatosas.

9.^a — Nas discinésias biliares os resultados da prova foram um tanto irregulares. Só uma investigação mais vasta permitirá adquirir noções válidas.

10.^a — No síndrome de Banti os resultados mostraram-se, em compensação, uniformemente positivos.

Floculação — 1.^a — Nos indivíduos normais a floculação é negativa em 70 % dos casos e positiva em 30 %.

2.^a — Na cirrose portal são muito mais raras as reacções negativas (9,67 %) e muito mais frequentes as floculações muito intensas (+++ ou ++++).

3.^a — Nas formas compensadas da referida doença verificam-se os mesmos factos.

4.^a — A floculação com álcool é praticamente destituída de valor para o prognóstico da cirrose portal.

5.^a — Uma reacção negativa tem certo interesse no diagnóstico diferencial das icterícias, pois aparece em 58,33 % das formas obstrutivas e somente em 6,67 % das formas parenquimatosas.

6.^a — Nas icterícias obstrutivas, as floculações positivas observam-se geralmente nos casos com rebete hepático.

7.^a — Nenhuma indicação se colhe da prova quando se pretende averiguar o carácter benigno ou maligno de uma obstrução biliar.

8.^a — A reacção também não possui grande valor como critério de cura das icterícias parenquimatosas.

9.^a — Nas discinesias biliares os resultados mostram-se muito irregulares, não autorizando dedução alguma.

10.^a — No síndrome de Banti a floculação foi sempre positiva.

DISPENSÁRIO DE HIGIENE SOCIAL DE LISBOA. Relatório de 1950, por Tovar de Lemos. (Lisboa, 1951). — Além de registo das actividades do Dispensário, insere uma lição do Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, sobre *A evolução da luta antivenérea*, que, em súpula, expõe o seguinte:

Consideradas como doenças venéreas, a sífilis, a blenorragia, o cancro mole e o linfagranuloma inguinal são especialmente as duas primeiras enfermidades que têm maior categoria e contra as quais importa intensificar a luta, a qual compreende dois pontos capitais: a terapêutica e a profilaxia. De ambos já se tratou neste Curso. A profilaxia assenta no tratamento dos contagiantes; os dois aspectos estão intimamente ligados.

Para efectuar a profilaxia é necessária a educação sanitária do público, referente às doenças venéreas.

A profilaxia das doenças venéreas não pode deixar de ser idêntica à adoptada para as outras doenças contagiosas, mas para as doenças venéreas o caso complica-se mais, não só pela forma íntima como quase sempre são adquiridas, mas ainda pela relutância que ainda se nota, em falar de tais enfermidades. Ainda é preciso vencer os preconceitos que têm permitido a extensão do mal, impedindo o seu tratamento conveniente. Hoje, felizmente, o público já vai acostumando-se um pouco a ouvir falar em venéreo, mas não chegou ainda a sua hora, a hora H. Fala-se muito do cancro, fez-se propaganda da necessidade do seu tratamento, fala-se da tuberculose, tudo são simpatias, facilidades, etc. Das doenças venéreas, ainda se procura encobrir o nome, em muitos dos nossos meios sociais. Há que desbravar o terreno para tornar possível e eficaz a campanha contra o perigo venéreo.

Podem fazer-se leis, decretos e portarias, determinando mil coisas interessantes e úteis. É necessário conhecer bem o meio em que essas leis terão de ser postas em vigor, para poder ter-se a certeza da sua exequibilidade em primeiro lugar, e da sua eficácia em segundo lugar. A lei não é o bastante. Há por isso que preparar o ambiente para a receber. Para as questões de higiene e profilaxia, e da profilaxia antivenérea muito em especial, é necessário que o público esteja preparado para as compreender, porque só depois de compreendidas são bem aceites, e só bem aceites, podem dar resultados. Torna-se pois necessário fazer a educação do público sob o aspecto sanitário, tendo sempre em vista, o grau de cultura das pessoas a quem nos dirigimos.

A educação sanitária referente às doenças venéreas compreende:

1.º — a educação dos grupos profissionais dos participantes nessa luta; 2.º — a dos doentes; 3.º — a do grande público.

É preciso interessar na luta os médicos, os enfermeiros, as assistentes sociais, as parteiras e os estudantes; a sua cooperação é indispensável. A educação dos doentes consiste em fazer-lhes conhecer o seu mal, como evitar as complicações e melhorar o seu estado. A educação do público deve fazer-se por larga propaganda, nas escolas e oficinas, durante a permanência no serviço militar ou na marinha, e utilizando a rádio, os artigos dos jornais, os prospectos, os cartazes; e não a limitando às cidades, estendendo-a até aos meios rurais. As assistentes sociais dos dispensários antivenéreos têm na educação do público uma função primacial da sua actividade.

Conseguida e melhorada a educação sanitária da população, pode-se então agir considerando as doenças venéreas como quaisquer outras contagiosas e procedendo conforme as regras de epidemiologia, procurando-se: a limitação do foco contagioso, a destruição do agente microbiano, as pesquisas de contactos possíveis, a vigilância sobre o aparecimento da doença nesses possíveis contagiados.

A obrigatoriedade do tratamento, para limitação do foco contagioso, exige prévia consciência do doente da necessidade de se tratar; de outro modo há que ir ao tratamento coercivo, até à hospitalização coerciva, o que só é fácil no papel, mas muito difícil na prática, principalmente numa terra onde a hospitalização seja deficiente. A destruição do agente microbiano compete à clínica. A despistagem dos contágios pode fazer-se por acção de conjunto e por acção individual; a primeira consiste no exame em série de todas as pessoas pertencentes a determinados sectores profissionais, económicos ou outros da população; a segunda é difícil, pois carece do auxílio interessado das pessoas que tenham por seu cargo de intervir no assunto, mas é a forma mais corrente e aquela a que temos geralmente de recorrer.

Este assunto doenças venéreas, é hoje um dos que mais preocupa a Organização Mundial de Saúde, cujos técnicos, os melhores das grandes nações, estabeleceram normas difíceis de pôr em prática em países pequenos, de condições económicas apertadas, de índoles diferentes, de tradições várias, de qualidades ráticas impeditivas de certas rotinas. Assim sucede com a disposição, correntemente aceite em todo o mundo, da declaração obrigatória dos casos agudos das doenças venéreas. Declarado o caso, e apanhado o que se lhe faz? Trata-se. Não pensemos só nos meios cidadãos. Mas se carecer de hospitalização? Não a temos suficientemente e todavia a obrigatoriedade por lei do tratamento dos casos agudos de doenças venéreas implica por parte do Estado a obrigação do seu internamento se o doente não tiver meios ou condições para poder tratar-se. Na sua aplicação as leis têm de ser um tanto elásticas para permitir a sua adaptação, consoante os casos, as regiões, as circunstâncias. As doenças venéreas em perigo de contágio foram incluídas na tabela das doenças

de declaração obrigatória pela Portaria n.º 13.031, de 5 de Agosto de 1950. Só gradualmente, com base na educação do público, poderá cumprir-se inteiramente.

A Lei n.º 2.036, de 9 de Agosto, determinou a proibição de novas inscrições de prostitutas, ficando sujeitas ao regime anterior as que já estavam matriculadas. As novas, clandestinas, são presas e inspeccionadas, para tratamento, caso de ele precisem; mas para que o sistema seja eficaz é preciso que existam os meios necessários para o isolamento das contagiosas. O problema da prostituição na luta venérea mereceu um inquérito que está a correr, o qual já indicou que só assume proporções em Lisboa e Porto e que nas províncias, mesmo nas cidades grandes, é fácil a solução sem necessidade de grandes medidas radicais ou violências, pois as prostitutas são poucas. Nas aldeias não há prostituição; o que há é como em toda a parte, excitadas sexuais e mulheres de baixa moral, mais numas regiões que noutras, facto esporádico, mas com o qual haverá que contar, por vezes, na campanha contra os males venéreos.

O SERVIÇO DE INSPECÇÃO DE TOLERADAS, EM 1950, por Tovar de Lemos. (Lisboa, 1951). — Quadros estatísticos de esta secção do Dispensário de Higiene Social.

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

Poliomielite e água potável

Dado o conhecimento da transmissão da paralisia infantil por via digestiva, sendo um dos vectores a água de alimentação, P. LÉPINE, J. BOYER & H. SAPIN-JALOUSTRE (*Presse Médicale*, 19-vii-52), estudaram a possibilidade de resistência do vírus em águas beneficiadas quimicamente, pelo que consideradas bacteriológicamente puras, comparando a morbidade na população de Paris, conforme abastecida por água de rio (Sena e Marne) ou por água de fonte. Verificaram que a beneficiação química é suficiente para eliminar o vírus, ou, pelo menos, para o reduzir a ínfimas proporções, inofensivas, pois na população alimentada com água de rio não aparecem mais casos da doença do que na que de ela se não serve.

No entanto, o vírus é muito resistente, e a cloragem da água, na medida em que se efectua, não o destrói. Mas a diluição das fezes que o contém numa grande massa de água torna mínimo o perigo, e antes é lógico pensar que as quantidades mínimas de vírus, que em certas épocas do ano podem existir na água, serão benéficas por provocarem infecções frustes ou inaparentes.

Com efeito, o vírus é eliminado em grande quantidade pelas fezes dos doentes e dos portadores que abundam, principalmente entre os indivíduos que vivem na vizinhança de doentes. A porta de entrada rino-faríngea, primeiramente estudada, há que juntar a porta de entrada intestinal, pelos alimentos crus e pela água de beber. E o vírus está largamente espalhado na natureza; é um agente patogénico com o qual nos encontramos a cada passo.

O contraste entre a abundância do agente e a raridade relativa da paralisia, está explicado pela enorme frequência das formas assintomáticas ou quase,

sem paralisias; é a «poliomielite-infecção», a contrapor à «poliomielite-doença». Calculam os A.A., por razões epidemiológicas e serológicas, que os casos da primeira modalidade são mil vezes mais frequentes que os da segunda; e que em enorme maioria são adquiridos por via digestiva.

Relações entre a arteriosclerose e a diabetes

E. MOSCHCOWITZ (*Annals of. Int. Med.*, N.º 5 de 1951), considera a arteriosclerose como afecção distinta da aterosclerose, pois esta, privativa das grandes artérias, aorta, pulmonar e coronárias, é tão frequente nos diabéticos como nos que o não são, ao passo que a arteriosclerose, caracterizada principalmente pela hiperplasia das três túnicas arteriais, desempenha importante papel na produção da diabetes.

Com efeito, os lesões dos ilhotas de Langerhans não são constantes nos diabéticos; nos velhos observam-se em metade dos casos, nas crianças é raro verificarem-se. É que essas lesões, que são de esclerose capilar (semelhante à que se observa nos alvéolos pulmonares, nos sinusóides do fígado e nos glomérulos renais, quando se esclerosam os vasos que irrigam esses órgãos), são a consequência ou extensão de lesões de arteriosclerose das arteríolas que irrigam os ilhotas. A falta de irrigação provoca hipofunção e glicemia, antes que se produzam as lesões capilares. Esta ideia, da precedência das lesões arteriais sobre as pancreáticas, condiz com o facto de que todas as vezes que os ilhotas estão lesados há esclerose das artérias que os irrigam. Nas crianças, a diabetes parece ter uma origem diferente, sendo de considerar a sua coincidência com a arteriosclerose.

A diabetes torna-se frequente à medida que a idade avança, porque a arteriosclerose vai sendo comum, e porque a hipertensão contribui para o seu aparecimento; os hipertensos essenciais são diabéticos em potência. Os velhos podem ser diabéticos sem hipertensão, mas os hipertensos são ou serão quase sempre diabéticos.

Eficácia da vacinação contra a coqueluche

No *British Medical Journal* (30-vi-1951) veio a notícia da investigação efectuada pelo «Medical Research Council» para avaliar da eficácia da vacinação, a qual incidiu sobre 7.558 crianças com idades de seis a dezoito meses. Foram vacinadas 3.801 e as restantes foram injectadas com vacina anticatarral que não continha o H. pertussis. Não houve reacções locais e gerais dignas de consideração. O número de casos de coqueluche foi de 149 nos vacinados (3,9%) e de 687 (18,3%) nos não vacinados. A incidência da doença nas crianças expostas a contágio familiar foi de 18,2% nas vacinadas e de 87,3% nas não vacinadas.

Nódulos pulmonares de natureza indeterminada em indivíduos sãos

CHAVES & ABELES estudaram 75 indivíduos que apresentavam ao exame radiológico sombras nodulares de diversos tamanhos, frequentemente associadas a aspecto reticulado da trama pulmonar; não tinham qualquer sinal de doença, a não ser nuns seis em que se notavam sarridos localizados e persistentes. Em 40 observou-se regressão completa das imagens, em períodos de tempo entre 7 e 12 meses. Em 16 a regressão foi incompleta, pelo menos ao fim de 25 a 36 meses, que durou a observação. Em 13 as imagens persistiram sem modificação. Em 6 as sombras nodulares aumentaram. Clinicamente, só 9 dos observados mostrou consequências das lesões pulmonares, 6 passaram a sofrer de insuficiência pulmonar, e 3 apresentaram sinais de insuficiência cardíaca direita. Não se empregou qualquer terapêutica. Em face de tais casos, perguntam os A.A. se não se tratará de qualquer doença não descrita, pois que todas as indagações

tendentes a esclarecer a possível etiologia (tuberculose, micose, sarcoidose, pneumoconiose) resultaram negativas. (*American Rev. of Tuberc..* Fev. de 1952).

As pequenas doses de álcool etílico na diabetes açucarada

R. PANSINI & A. CASAUOLA estudaram clínica e laboratorialmente os efeitos de pequenas doses de álcool etílico dadas por via oral (0,25 gr. de álcool em 100 c.c. de água, por kg. de peso do doente) em indivíduos sãos e em diabéticos. Do seu minucioso trabalho tiram-se as seguintes conclusões: — Nos diabéticos provocam descida da glicemia, inteiramente distinta da devida às oscilações espontâneas, e muito frequentemente observada; começa geralmente antes de uma hora e acentua-se progressivamente, até a segunda hora. Diferencia-se este efeito do observado em indivíduos sãos, em que a baixa só se observa raramente e em menor grau. Considerando o aumento no ponto de vista das modificações metabólicas observadas, concluem que a marcha da doença, quer no sentido de melhoras quer de agravamento, não depende da redução da glicemia, nem do tipo juvenil ou senil da forma de diabetes, nem da sensibilidade à insulina, nem do fundo vasculopático do doente, mas parece depender, embora nem sempre, das disfunções hepáticas, que inibem a acção hipoglicemiante das pequenas doses de álcool, visto ser nos doentes que as apresentavam que esses efeitos, em regra, se não verificaram. (*Omnia Medica*, N.º 1-2 de 1952).

Cloranfenicol nas bronquectasias

N. WYNN-WILLIAMS & E. N. MOYES ensaiaram o cloranfenicol em 3 doentes hospitalizados e em 12 ambulatorios, todos com formas graves de expectoração muito abundante. Utilizaram as doses habituais da droga. Os resultados foram bons nos doentes hospitalizados e nos ambulatorios as melhoras foram notáveis, e nalguns de eles comparáveis às de aqueles. Assim, a expectoração reduziu-se muitíssimo em todos eles, e em quatro doentes tornou-se mucosa. Comparando os resultados com os verificados com o emprego de outros meios, opinam tratar-se do medicamento a preferir. (*Edimburg Med. J.*, Out. de 1951).

Sobre fadiga intelectual

O conceito de que a paragem horária constitui a base da higiene do trabalho intelectual e da terapêutica dos estados de fadiga mental, está certo. Há, porém, factores acessórios do repouso intervalado com o trabalho, que tem importância, como refere G. ROSENTHAL (*Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. de Paris*, N.º 4 de 1952).

Uma defecação abundante deprime o trabalho cerebral, facto sensível nos indivíduos com ptose abdominal, que se corrige com o uso de um cinto apropriado. As variações da glicemia influem nitidamente. A luz artificial que incide sobre os olhos é prejudicial; a iluminação natural é higiénicamente superior à artificial. Os períodos de repouso durante o dia, destinados a evitar a fadiga, podem substituir-se pela variação da natureza do trabalho, inclusive mudando da leitura que começa a cansar por outra bastante diferente.

Apesar de observadas as normas de higiene, a fadiga pode surgir facilmente por motivo de afecções diversas: leve astigmatismo, insuficiência de púrpura na retina, hipertensão arterial, febrícula, perturbações endócrinas, etc. O exame médico é indispensável nesses casos, para a instituição de uma terapêutica que vise a causa em questão.

São sinais de alarme de uma fadiga patológica a dor nos olhos provocada por demorada leitura ou a apatia sonolenta que sobrevém ao ouvir-se falar durante bastantes minutos, como numa aula ou numa conferência.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

SEGREDO PROFISSIONAL. — O «Diário do Governo» (27 de Julho) publicou um parecer da Procuradoria Geral da República, que esclarece as disposições da lei do exercício da medicina sobre segredo médico, e termina com as seguintes conclusões:

I — O segredo profissional médico funda-se no interesse geral de sigilo, impondo-se, porém, o dever de revelação sempre que haja justa causa, isto é, quando a revelação se torne necessária para a salvaguarda de interesses sociais manifestamente superiores.

II — Verifica-se justa causa de revelação quando houver suspeitas de qualquer crime público, caso em que o médico não poderá recusar-se a depor em processo penal, salvo se a pessoa assistida puder incorrer em responsabilidade penal.

III — Não é condição daquele depoimento a autorização da Ordem dos Médicos.

IV — Assim, não é de invocar o segredo profissional por médicos assistentes de pessoa falecida, em relação à qual haja suspeita de ter provocado aborto criminoso, para se eximirem a depor em processo penal.

SOCIEDADES MÉDICAS. — Trabalhos ultimamente apresentados: — *Sociedade Médica dos Hospitais Civis*: Homenagem à memória do Dr. Anibal de Castro, por Xavier Morato; Tratamento da hipertensão arterial pelos compostos de metónio, por Alfredo Franco; A hidrazina do ácido nicotínico nas formas agudas da tuberculose, por Cristiano Nina e J. Jacinto Simões; Síndrome cardioesofágico, por Fernando Frazão. *Soc. P. de Endocrinologia*: Diabetes insípida e androgéneos, por Mário Fernandez; Carências alimentares e hormonas, por Muñoz Braga. *Soc. P. de Pediatría* (Secção do Porto): Considerações sobre casos clínicos, por Fonseca e Castro, Armando Tavares e Ayres Pereira. *Soc. de Estomatologia*: Osteíte do mandibular com fragmento radicular, por Baptista Fernandes. *Reuniões do Instituto de Med. Tropical*: Os organismos internacionais que actuem em África, por Fraga de Azevedo e F. Cambournac; Relatório da missão de estudo da ancilostomiase na Guiné, por Carlos Trincão, A. Franco, E. Gouveia e F. Parreira.

CURSO INTERNACIONAL DE MALARIOLOGIA. — De 16 de Julho a 6 de Agosto, no Instituto de Malariologia em Águas de Moura e no Instituto de Medicina Tropical, realizou-se este curso, sob a direcção do Prof. F. Cambournac, com a colaboração dos Profs. C. Trincão, Cruz Ferreira, J. Horta, C. Garnham, G. Raffaele, e dos Drs. Almeida Roque, A. Colaço, G. Janz, F. Parreira, A. Franco, H. Gouveia, J. Queiroz e E. Pampana. Frequentaram o curso 16 médicos, de 7 nacionalidades.

INTERCÂMBIO. — No Instituto de Medicina Tropical, conferência de A. Pantana sobre a acção da O. M. S. na luta contra o sezonismo. No Instituto de Oncologia, do Prof. J. Abbatt sobre aplicações terapêuticas do iodo e do fósforo radioactivos. Esteve em Portugal, tendo visitado diversas instituições médicas, uma missão composta por 80 professores e clínicos do Brasil.

DELEGADO DE SAÚDE DE BRAGA. — Tomou posse do cargo, que vinha exercendo provisoriamente, o Sr. Dr. António Pestana da Silva.

NECROLOGIA. — Dr. Francisco Peres, nosso considerado leitor, de Carriço (Ilha da Madeira). Dr. Custódio de Almeida Henriques, director do Arquivo de Identificação e dos Serviços Médicos das Caixas de Previdência, em Coimbra.





MARTINHO & C.ª Lda

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 em veículo estabilizador

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

DUAS PALAVRAS DE TERAPÊUTICA

BASEADOS nas descobertas da escola de Carpersson, Hyden e Hartélius puderam admitir que com a administração de dinitrilos se poderia provávelmente compensar o empobrecimento da célula nervosa em ribonucleínas que, com métodos muito delicados, os investigadores daquela escola haviam verificado em numerosas psicopatias.

Utilizando o dinitrilo malónico, cujas propriedades farmacodinâmicas eram há muito conhecidas, aqueles autores suecos julgaram ver confirmada a sua hipótese com o ruído êxito obtido no tratamento de um grande número de psicoses pelo fármaco apontado.

Fosse por se confirmar a suposição original ou por qualquer outro motivo, o que é certo é que o dinitrilo malónico, nas mãos de muitos outros experimentadores, resultou um verdadeiro êxito como tratamento de certos estados depressivos, hipochondria, psicastenia, « surménage », depressão constitucional, etc.

O facto, porém, do fármaco ser de certo modo tónico e do método do emprego ser de alguma maneira delicado e mesmo perigoso, impediram a nova terapêutica dos favores de internistas e psiquiatras fora da Suécia, muito embora os sintomas de intoxicação fossem, por neutralização de molécula por molécula, debelados rapidamente com a administração endovenosa de hipossulfito de sódio.

Entusiasmados com os êxitos dos médicos escandinavos, muitos outros autores

não abandonaram o problema e utilizando uma droga afim, muitíssimo menos tóxica e de manejo fácil e amplo (o dinitrilo succínico — Nergodon), conseguiram resultados paralelos aos anteriores e a confiança universal na nova terapêutica.

Conseguiu-se assim um novo medicamento muito activo, quer por via venosa quer por via rectal, perfeitamente tolerado e isento de acções acessórias nas doses terapêuticas, para o tratamento dos estados depressivos, angústia, melancolia, psicastenia, etc.

Investigações posteriores pareceram levar à conclusão que o Nergodon actua sobre o nucléolo da célula nervosa que comandará a degenerescência, por intermédio de um, e só um, dos radicais CN, embora o radical succínico seja também provávelmente activo.

A acção da droga manifesta-se com grande rapidez melhorando o doente logo depois das primeiras injeções para se sentir curado ao cabo da 12.^a.

É habitual fazer-se uma cura de 20-30 injeções de 0,10 gr. e, se a tolerância é boa e a actividade insuficiente, duas ampolas de 0,10 gr. em uma só injeção diária durante 20 a 30 dias.

Nos casos leves pode administrar-se 1 supositório diário por via rectal durante 20 dias, tratamento que se pode, aliás, prolongar por muito mais tempo dada a óptima tolerância da mucosa do recto para o produto.

NERGODON



INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Sala
Est.
Tab
N.º