

# PORTUGAL

# MÉDICO



(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

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

## SUMÁRIO

ALMEIDA GARRETT — Breves comentários ao tratamento da aterosclerose pela dieta hipolipídica.

ABEL SAMPAIO TAVARES — Plastia do escroto e da pele do pénis.

J. GOUVEIA MONTEIRO, A. FONSECA e A. COSTA MARTINS — Varizes esofágicas: seu valor para o diagnóstico, o prognóstico e a terapêutica.

MOVIMENTO NACIONAL — *Revistas e boletins*: *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas* (Francisco Sanches. A Sociedade das Ciências Médicas na medicina tropical. Terapêutica da calcúlose vesical pela associação «solutos dissolventes-litotricia»). *Clinica, Higiene e Hidrologia* (Panorama dos estudos da nutrição em Portugal e orientação dos estudos sobre alimentação. Dosagem dos ácidos aminados essenciais em peixes. Normas gerais da alimentação racional. Composição de alguns alimentos portugueses). *Ação Médica* (Deontologia médica em Portugal. Inseminação artificial. Narco-análise). *Jornal do Médico* (Síndrome de Behcet. Tratamento da tuberculose cutânea pela hidrazina do ácido isonicotínico). *Revista Portuguesa de Obstetria, Ginecologia e Cirurgia* (Tratamento da retenção do feto morto). *O Médico* (Hipótese e diabetes mellitus. Similares osmóticos do sangue). *Acta Endocrinológica Ibérica* (Tumores hipotálamo-hipofisários).

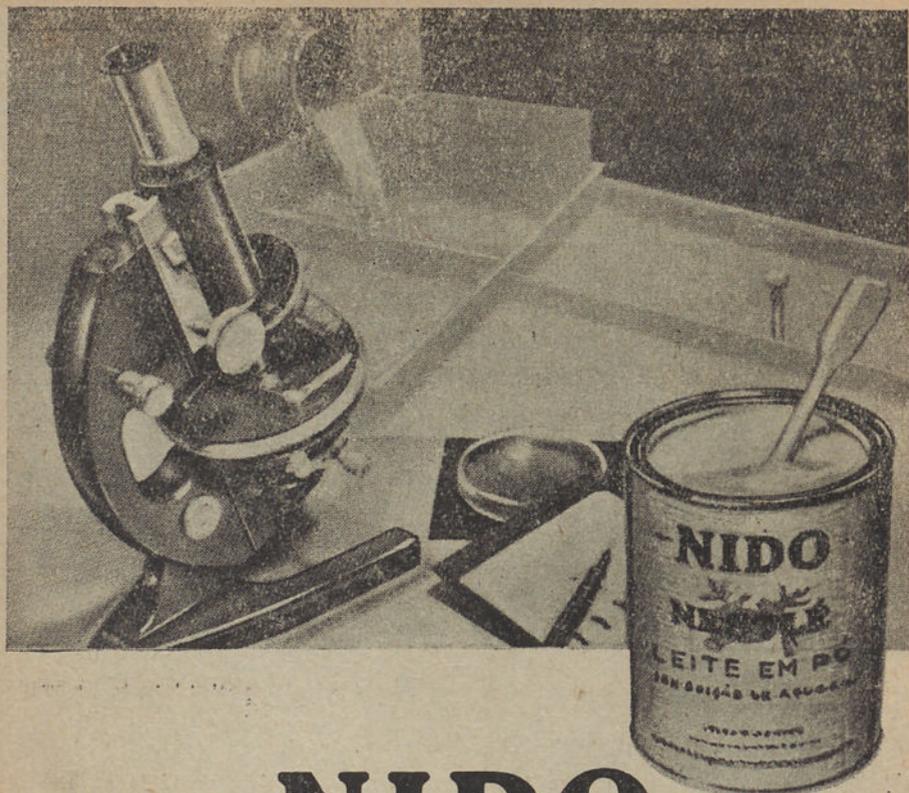
SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — Conclusões de um simpósio sobre asma. Tratamento médico da hipertensão arterial. Tratamento das doenças musculares primitivas. Tratamento hormono-salicílico da febre reumatisal. Insuficiência suprarrenal após o uso da cortisona.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES — Sociedades médicas. Sociedade das Ciências Médicas. Sociedade P. de Medicina Interna. Radioactividade em medicina. Intercâmbio. Curso de aperfeiçoamento médico em Coimbra. Conferências. Bodas de ouro de um curso. Faculdade de Medicina de Lisboa. Delegados de saúde. Necrologia.

Aos leitores.

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

Depositário em Lisboa — LIVRARIA PORTUGAL. Depositário em Coimbra — LIVRARIA DO CASTELO



# NIDO



Leite em pó completo não açucarado

Segurança do "leite controlado" — Valor biológico do leite fresco — Composição constante — Conservação excelente.

SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS



# PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXVI — N.º 7

JULHO DE 1952

## Breves comentários ao tratamento da aterosclerose pela dieta hipolipídica

por ALMEIDA GARRETT

*Prof. na Faculdade de Medicina do Porto*

No último número de esta revista (XXXVI, N.º 6, Junho de 1952) transcreveu-se a maior parte do artigo do colega Alfredo Franco — «A importância da alimentação na aterosclerose», publicado em «A Medicina Contemporânea» (LXX, N.º 3, Março de 1952). O evidente interesse do assunto suscita-me uns breves comentários, com o propósito de persistir na divulgação de normas racionais de alimentação, derivando da terapêutica para a prevenção de um estado patológico tão grave e vulgar, e a meu ver tão evitável.

Repousam os comentários em elementares noções de dietética, de sobejo conhecidas e estampadas nos livros de higiene. Se venho recordá-las aqui não é, evidentemente, para dar novidades aos leitores, mas sòmente para, omitindo pormenores de especialização e citações bibliográficas, tomando só noções correntes, chamar a atenção para a necessidade de corrigir erros de regime alimentar que são cometidos por uma parte importante da população, entre a qual se encontram (paradoxalmente) muitos dos que conhecem as normas de uma alimentação sã, mas descuidadamente as não praticam.

\*

Embora de ele não careçam os leitores de esta revista um resumo dos factos mais importantes para os meus comentários, nesse artigo referidos, torna-se indispensável como lógica introdução. São eles:

1 — A aterosclerose não é forçosamente uma consequência da idade, pois há velhos que a não apresentam, e pode aparecer em indivíduos relativamente novos.



2 — A aterosclerose é quase desconhecida nos povos orientais, em cuja alimentação as carnes, os ovos e o leite entram em quantidades diminutas.

3 — Na Europa, a redução do consumo alimentar de gorduras durante a última grande guerra, foi acompanhada por redução do número de casos de aterosclerose.

4 — A doença tem aumentado de frequência nos Estados Unidos da América do Norte, acompanhando o largo consumo alimentar de leite e ovos.

5 — A história dos doentes em cujos cadáveres se encontra o ateroma mostra estreita relação com os seus hábitos alimentares ricos em gorduras.

6 — Nos estados patológicos em que existe hipercolesterolemia persistente desenvolve-se prematura e acentuadamente a aterosclerose; assim sucede no mixedema, na nefrose, na xantomatose familiar, etc..

7 — A mortalidade dos doentes com aterosclerose coronária baixa quando submetidos a dieta pobre em gorduras.

8 — Experimentalmente, a provocação da hipercolesterolemia determina lesões semelhantes às do ateroma.

Estes factos constituem argumentos de peso para afirmar relações entre a alimentação e a aterosclerose, sem desprezar a possível influência de outros factores, particularmente de natureza tóxica.

Os trabalhos de GOFMAN e sua escola, citados no mencionado artigo, mostram que a concentração do colesterol no plasma não corresponde à eficiência das substâncias provocadoras da esclerose, por esta depender das classes de lipoproteínas, caracterizadas pelos seus coeficientes de sedimentação, expressos em unidades SVEDBERG (Sf). O que veio invalidar o argumento de que, aparecendo a esclerose em indivíduos com colesterolemia normal, o colesterol não seria por ela responsável.

Por outro lado, essas investigações mostraram que as gorduras da alimentação tem decisiva influência sobre a concentração do colesterol no plasma e particularmente sobre o nível das moléculas de lipoproteínas Sf 10-20, consideradas como de capital importância para a produção do ateroma. Em doentes alimentados com baixo teor de gorduras e de colesterol, reduz-se o nível dos complexos Sf 10-20, que sobe quando se fornecem maiores quantidades de aquelas substâncias, ou mesmo só de gordura, mostrando que esta intervém na colesterolemia.

Vê-se pois que estes estudos, interessantíssimos, estão a desvendar o mecanismo patogénico da doença, cuja etiologia principal evidenciavam os factos de observação acima relacionados, etiologia alimentar há muito aventada.

\*

Com o objectivo profiláctico, no ponto de vista prático, o que interessa é, portanto, estabelecer a ração diária de gorduras que deve considerar-se satisfatória para o equilíbrio nutritivo, ração que não favoreça um excesso prejudicial de colesterol, nem torne insuficiente aquela parte de esta substância que tem de vir ao organismo por via alimentar. Isto reduzindo o problema a este aspecto simplificado, pois em matéria de regime alimentar, como é bem sabido, há mútuas interferências das várias substâncias nutritivas no metabolismo de cada uma de elas. Mas, partindo do princípio de que a ração fica equilibrada, nos termos já clássicos da ciência da nutrição, a questão pode pôr-se por essa forma esquemática.

Essa condição de equilíbrio entre os vários componentes da ração alimentar tem para o caso sua importância, como depois veremos.

\*

Considere-se apenas a ração de adulto. O assunto pouco interessa à infância, conquanto os abusos alimentares, incluindo o respeitante a gorduras, possa ter consequências prejudiciais imediatas e mediatas; mas a persistência de um regime impróprio, no assunto aqui versado, observa-se geralmente nos adultos e vem, com a longa duração de esse erro, a dar a arteriosclerose e o atheroma, dobrada a quarentena e às vezes mesmo antes.

A quantidade de gorduras que deve entrar na alimentação habitual é diversamente fixada pelos autores; geralmente, os americanos indicam uma cifra um pouco superior à prescrita pelos europeus, que é de 50 a 60 gr. para indivíduo de 60-70 quilos de peso que tenha ração energética de 2.300-3.000 calorias. Mas a experiência que largamente proporcionou a última grande guerra mostrou que um equilíbrio nutritivo perfeitamente normal podia diminuir aquela quantidade para 35 a 40 gramas com ração energética de igual grau de calorias. Quando a taxa de lipídeos desce de estas cifras, por forma sensível, aparecem sinais de carência, devida à falta de suficiente ingresso dos ácidos gordos indispensáveis e das vitaminas lipo-solúveis. Maior ingresso de gorduras pode ser vantajoso quando há necessidade de grande dispêndio de energia, para o qual seria precisa desmedida quantidade de glúcidos, se apenas a estes se fosse buscar tal suprimento.

Assente-se, pois, em que as gorduras devem entrar na ração alimentar diária do adulto numa quantidade mínima de 35 gr., podendo esta elevar-se, de acordo com as necessidades energéticas dependentes da baixa temperatura ambiente e da dureza do

trabalho a mais do dobro de esse mínimo, indo até cerca de 100 gr., o que dará um suplemento energético de umas 580 calorias, que com a correspondente ração de hidrocarbonados elevará o número de estas, no total da ração própria de individuo com moderada actividade física, para perto de 4.000 calorias, cifra esta que só muito excepcionalmente, em regiões temperadas, como as do nosso país, precisa de ser excedida.

O caso, porém, que geralmente interessa, é o do individuo de vida sedentária, excessivamente alimentado, pois é entre individuos de esta ordem que se recrutam os aterosomatosos.

Ora veja-se como se alimentam muitos de eles, fazendo um rápido balanço ao valor de uma refeição do tipo de ementa de hotel, adoptando-se, para a composição dos géneros, quase sempre os números indicados pelo Serviço Técnico de Higiene da Alimentação e Bromatologia da Direcção Geral de Saúde, limitando as indicações ao conteúdo em protídeos, lipídeos e glúcídeos, visto serem desnecessárias as relativas a substâncias minerais e a vitaminas, por umas e outras, para adulto, existirem em quantidade suficiente num regime com variedade de géneros.

GÊNEROS	Peso bruto em gr.	Parte útil em gr	Glúcídeos	Lipídeos	Protídeos	Álcool
Pão . . .	60	60	32,4	0,6	4,8	—
Vinho . . .	250	250	1,0	1,2	0,8	25,0
Sopa—Massa . . .	8	8	6,0	—	0,9	—
Tempero . . .	8	8	—	7,5	—	—
1.º Prato—Pescada . . .	200	150	—	2,7	28,8	—
Ovo . . .	50	45	—	4,5	6,5	—
Batata . . .	125	90	18,0	0,1	1,8	—
Couve . . .	100	73	2,6	0,1	1,1	—
Azeite . . .	15	12	—	12,0	—	—
2.º Prato—Carne de vaca	150	122	0,1	18,5	24,4	—
Ervilha verde	60	24	4,3	0,1	1,5	—
Manteiga . . .	7	6	—	5,0	—	—
Sobremesa—Pudim . . .	75	75	18,2	2,4	3,4	—
1 pêra . . .	60	50	15,0	0,2	0,4	—
Café (com 15 gr. de açúcar)	—	—	14,0	—	—	—
Totais . . .			111,6	54,9	74,4	25,0

Salta à vista, antes de mais, o excessivo valor energético de uma refeição assim constituída. Representa 1.413 calorias.

Admita-se que a outra grande refeição, o jantar, seja um pouco menos volumoso, mas também com géneros chamados ricos, como succede no seguinte exemplo, cujo valor energético é de 1.262 calorias:

GÊNEROS	Peso bruto em gr.	Parte útil em gr.	Glúcidos	Lípideos	Protídeos	Álcool
Pão . . .	60	60	32,4	0,6	4,8	—
Vinho . . .	250	250	1,0	1,2	0,8	25,0
Sopa — Canja . . .	200	200	2,0	6,0	5,0	—
Arroz . . .	9	9	7,2	—	0,6	—
1.º Prato — Linguado . . .	180	135	—	2,4	25,9	—
Manteiga . . .	9	8	—	7,2	—	—
Batata . . .	100	72	14,4	—	1,4	—
Leite . . .	20	20	1,0	0,7	0,6	—
2.º Prato — Galinha . . .	170	100	—	6,1	22,8	—
Couve-flor . . .	140	80	3,8	—	1,5	—
Manteiga . . .	9	8	—	7,0	—	—
Farinha . . .	12	10	7,5	0,1	0,8	—
Sobremesa — Queijo . . .	50	50	0,6	14,0	12,0	—
Bolacha . . .	10	10	7,1	0,7	1,1	—
Café (com 15 gr. de açúcar)	—	—	14,0	—	—	—
Totais . . .			91,0	46,0	77,3	25,0

Dê-se à composição do pequeno almoço os seguintes valores:

GÊNEROS	GLUCÍDEOS	LIPÍDEOS	PROTÍDEOS
Leite (0,2 litros) . . . . .	10,2	7,2	6,6
Café e 20 gr. de açúcar . . . . .	20,0	—	—
Pão (100 gr.) . . . . .	54,0	1,0	8,0
Manteiga (8 gr.) . . . . .	—	6,5	—
Totais . . . . .	84,2	14,7	14,6

e teremos mais 527 calorias.

A soma das três refeições totalizará 3.203 calorias. Isto é: um excesso de quase mil calorias sobre a ração justa para a média dos indivíduos masculinos de vida sedentária e para a média das estações do ano.

Tal excesso constitui já um prejuízo a considerar, independentemente do desequilíbrio da composição, porque, quer arraste consigo a promoção de obesidade, quer não, trará, pela fadiga das vísceras, mais cedo ou mais tarde, os transtornos do metabolismo que traduzem o seu desgaste; e isto deve contribuir, por auto-intoxicação, para as lesões vasculares em questão.

Mas não está nisso o único defeito de um regime alimentar assim orientado. Está ainda no desequilíbrio da sua composição,

com desproporção manifesta dos protídeos e lípidos para com os glúcidos.

Sabido é que a utilização de cada um de estes três componentes depende de mútuas relações quantitativas, uma vez que cada um de eles contenha os elementos nutritivos de que o organismo necessita. A composição normal dos humores varia dentro de limites relativamente pequenos, como por exemplo, para o litro de sangue: 0,75 a 1,50 gr. de glucose, 0,2 a 0,5 gr. de ureia, 3 a 5 gr. de ácidos gordos, 1,0 a 2,5 gr. de colesterol. Quando o meio interior deixa de estar dentro dos limites fisiológicos, cai-se num estado patológico. Mecanismos vários, hormonais e nervosos, procuram manter a relativa constância do meio humoral que banha os tecidos. Quando cedem, porém, estes são lesados; as células sofrem as consequências de um meio nutritivo impróprio. Ora a composição dos humores depende, originalmente, das substâncias que, vindas com a alimentação, nele vão dar entrada, com ou sem modificações. Do meio humoral depende a vida celular, normal ou anormal, consoante as características de esse meio. De aqui a noção basilar, tão comezinha, da necessidade do equilíbrio das rações alimentares. As dependências, na utilização de cada princípio nutritivo, das relativas quantidades de cada um de eles, são um aspecto de essa necessidade de equilíbrio.

Tal equilíbrio tem de existir, também, para perfeita nutrição, entre as substâncias minerais entre si, assim como entre as vitaminas. São noções há muito adquiridas, tão vulgarizadas já que é inútil exemplificá-las. Elas levaram a fórmulas de composição da ração alimentar diária, sólidamente estabelecidas, como tipos esquemáticos susceptíveis das inevitáveis variações, mesmo para indivíduos com o mesmo modo de viver.

Cingindo o caso às três categorias de substâncias alimentares — protídeos, lípidos e glúcidos — toda a gente sabe que se considera geralmente suficiente a quantidade de 1 gr. de substância proteica por quilo de peso do indivíduo adulto, o qual, em média, precisa de 50 a 60 gr. de lípidos e de uma quantidade de glúcidos que seja, pelo menos, cerca de quatro vezes superior, e com lastro bastante de celuloze.

Ora o tipo de alimentação que acaba de citar-se é enormemente desequilibrado. Somando os valores registados para cada refeição, obtém-se os seguintes números: Protídeos — 166,3 gr., Lípidos — 115,6 gr., Glúcidos — 286,8 gr.. Tem perto de três vezes o peso indispensável de proteicos, o dobro do respeitante aos lípidos, e os glúcidos pouco vão além do dobro dos lípidos.

São os regimes de esta espécie que conduzem, pelo cansaço das vísceras que trabalham para o metabolismo e para a eliminação dos produtos do catabolismo, aos estados de uremia e de uri-

cemias, e formam o meio propício a calculoses, para citar só as consequências mais evidentes e vulgares.

No ponto de vista que agora interessa, dentro do conceito da etiologia colesterólica do ateroma, a superabundância de gorduras num regime alimentar de tal espécie justifica, só por si, a atribuição de factor da moléstia. Mas o desequilíbrio, a meu ver, vai contribuir poderosamente para a influência nociva da excessiva quantidade de gorduras.

Avulta, a este respeito, a exiguidade de glucídeos, a cuja acção sou levado a aludir nesta altura, para recordar a elementar noção de que é necessária a combustão de glucídeos, em devida escala, para regular metabolismo dos lipídeos, sem o que aparecem com persistência os ácidos intermediários, que normalmente são destruídos à medida que se vão formando. Constitui-se assim a acidose humoral, que esgota a reserva alcalina, estado de auto-intoxicação que tem necessariamente de influir sobre a nutrição celular; é pois de admitir que tal desequilíbrio alimentar favoreça o aparecimento das lesões necessárias para a deposição aterosomatosa.

Últimamente, admitem os fisiologistas que a clássica dependência da dose de gorduras para com a dos hidrocarbonados não é necessária para o metabolismo dos lipídeos. Seja, no ponto de vista da química fisiológica. No da prática da alimentação, o conceito conserva inteira validade, provada pelas relações entre os hábitos alimentares ricos em gorduras, com pobreza de hidrocarbonados, e a frequência de estados patológicos, como o aqui usado. É que o excesso de gorduras está geralmente associado a sobrecarga em protídeos e a restrito consumo dos géneros que levam os glucídeos; é praticado pelos que vivem em boas condições económicas, e sem vida física profissional.

Explica-se a inocuidade de altas doses de gorduras quando há necessidade de enorme consumo de energia, porque estas degradam-se com esse fim, inclusive dando glicose para o dispêndio muscular. Creio que deve ser o que se passa nos habitantes das regiões polares, em que o desequilíbrio entre lipídeos e glucídeos é enorme, sem acarretar perturbações. Mas o caso de indivíduos de vida sedentária em climas temperados é muito diverso: quando a lipofilia dos tecidos não consente mais acumulação de gordura, a observação clínica mostra que surgem sinais de anormal metabolismo, com retenção de substâncias nocivas.

Por outro lado, a semelhante auto-intoxicação conduz a sobrecarga de proteicos, em cuja degradação, por certos ácidos aminados (leucina, fenilalanina, tirosina, valina), se produzem corpos cetónicos.

Os requerimentos fisiológicos em azotados são diversamente avaliados pelos autores. Os mais exigentes vão até aos 100 gr. de lipídeos por dia, aproximando-se do arbitrado pelo velho VOIT. Certamente não é preciso ir tão longe, mas não parece que haja nisso grande prejuízo, porque o excedente sobre a dose hoje geralmente aceite, de 1 gr. por quilo de peso, ocasiona o consumo de luxo de toda a ração alimentar, por intensificação do metabolismo e portanto de utilização energética, mais considerável para o aproveitamento proteico que a porção azotada que pode ser retida como proteína de reserva.

Ingeridos em excesso, os proteicos algo contribuem para a formação de gordura, somando os seus efeitos nesse sentido aos do exagero em gorduras. Mas esta utilização, feita à custa do resíduo não azotado e dos ácidos cetónicos, não impede a acumulação de estes e o cansaço do rim, emunctório por excelência da excreção azotada.

Pelas razões já citadas de condicionamento do metabolismo a muito especiais requerimentos de energia, o caso dos habitantes das regiões polares não é argumento que valha para negar a nocividade do abuso dos proteicos. O estudo da maneira como se alimentavam os doentes da nutrição que são obrigados a submeter-se a dietas pobres mostra-o claramente, e se mais cedo não aparecem nos consultórios é porque, tendo sido para muitos de eles escassa a ração de hidratos de carbono, estes não exerceram a acção economizadora de protídeos, que tem em regime equilibrado. Mas essa acção é geralmente insuficiente para evitar as perturbações metabólicas que vão dar sinais clínicos quando se esgotam as capacidades de adaptação dos sistemas reguladores, e já se produziram as lesões irreversíveis das células nobres das vísceras que nelas intervêm.

O desequilíbrio estende-se aos minerais e às vitaminas, sobretudo pela escassa contribuição de hortaliças, e respectiva pobreza em cálcio e vitamina C; e ainda, pelo mesmo motivo, notória deficiência em celulose, necessária, pelo menos, para a estimulação do peristaltismo intestinal. O que também deve contribuir para desarmonia humoral e deficiência de vitalidade celular.

\*

A ideia de que o colesterol é factor de ateroma, não é recente; tem mais de dez anos, pelo menos. Os livros sobre alimentação, de esse tempo, como o de STEPP, já citam o ateroma entre as afecções provocadas por exagerada concentração de colesterol no soro. Explicam-na pela precipitação motivada pela presença de qualquer corpo que rompe o equilíbrio coloidal existente. Para o

caso do ateroma seriam minúsculas lesões da parede arterial, alterações dos epitélios, à semelhança do que pode ocorrer na formação dos cálculos biliares, fazendo-se a precipitação ao redor de células alteradas e soltas.

Embora, segundo DUFF, não sejam indispensáveis injúrias mecânicas ou tóxicas para que se produza a aterosclerose, elas devem ter importante papel; não se compreende facilmente a formação do complexo ateromatoso sem prévias lesões celulares, por mais que se queira avultar a importância do estado físico-químico do sangue. As próprias deposições de colesterol que aparecem na velhice, como as do cristalino e da córnea, subentendem uma alteração celular, pelo menos de braditrofia.

Dê-se maior ou menor valor às circunstâncias locais predisponentes, o facto é que a abundância do colesterol sanguíneo na aterosclerose se observa geralmente, o que levou à prescrição terapêutica de, com a redução de lipídeos, se fazer redução do colesterol alimentar.

Sabido é, de há muito, que a colesterolemia não depende só da alimentação, porque o organismo sintetiza esterinas, como função normal. Este conhecimento, porém, não tem impedido todos os autores de aconselhar a diminuição do consumo dos géneros ricos em colesterol. Eis, segundo COOK, as quantidades, expressas em miligramas, existentes em 100 gr. de cada género alimentício: Ovos — 313, Rim — 310, Manteiga — 240, Fígado — 140, Toucinho — 110, Carnes — 68, Queijos — 62, Peixes — 56, Leite — 12.

São os géneros de proveniência animal os que possuem maior riqueza em colesterol. As gorduras estão nelas associadas a proteicos, podendo dizer-se que não há género de essa origem que as não contenha em maior ou menor proporção. Os lipídeos animais são mais propícios que os vegetais à provocação da anormalidade metabólica em questão; é um facto de observação, que os estudos dos fisiologistas sobre o complexo metabolismo de gorduras e lipídeos tentam explicar.

Contudo, é preciso não esquecer que más consequências devem resultar da escassez de lipídeos na ração alimentar. O seu papel na economia é notabilíssimo, em múltiplos aspectos. Basta lembrar que são constituintes essenciais do protoplasma e substâncias de papel fisiológico importantíssimo, como reguladores da absorção pelas membranas celulares e como factores antitóxicos.

Por isso, e não só por os seus protídeos conterem maior variedade de ácidos aminados, se recomenda que metade da substância azotada que entre na alimentação deve vir de géneros animais.

Suficiência e equilíbrio são os dois grandes princípios da higiene alimentar. Violá-los expõe às lesões que tornam fixo um metabolismo perturbado.

A tal perturbação, creio-o bem, e não só a intoxicações exógenas incluindo as infecciosas, se deve atribuir a arterioesclerose. Como diz FIRSTBROOK este termo tem a imprecisão resultante de se usar em diversos sentidos. Anátomo-patologicamente, os processos vasculares geralmente englobados nessa designação fazem alguma diferença, conforme se trata de arteríolas, de artérias de médio calibre, ou de grande calibre, sendo nestas sobretudo as de ateroma. Mas em todas há processos degenerativos semelhantes, que levam à convicção de que as modalidades anatómicas são no fundo dependentes do calibre dos vasos, e reconhecem iguais causas. O que se diz aqui sobre aterosclerose deve estender-se à similar patologia das artérias menores.

\*

Suponho que aquilo a que MORRISON chama «dieta habitual» é o regime a que os doentes estavam habituados, porque nele a razão de gorduras é excessiva: 80-160 gr. E se assim é, não admira que entre os indivíduos assim alimentados haja muitos ateromatosos, e que morram em proporção dupla da verificada nos submetidos à dieta hipolipídica.

Agora, à guisa de complemento dos comentários, uma pergunta: o citado regime terapêutico será inócuo, ou acarretará prejuízos, por ser muito baixo o teor das gorduras, de 20 a 25 gramas por dia, correspondentes a 50-70 miligramas de colesterol?

Quando o doente é obeso, é claro que o regime provocará o gasto das gorduras de reserva, e portanto não é de crer que seja capaz de dar perturbações dignas de consideração. O tratamento clássico da obesidade inclui grande restrição de lipídeos, com razão teórica que a prática confirma.

Mas quando o obeso deixou de o ser, ou quando o aterosclerótico o não é, um regime assim carenciado não pode deixar de ter inconvenientes. Nos regimes de longa duração, o desequilíbrio é uma faca de dois gumes.

Parece que poderá elevar-se o teor das gorduras para o mínimo considerado como suficiente, para as 35 gramas, se o metabolismo das gorduras for activado. Entre as noções adquiridas a este respeito está a do papel lipotrófico da colina, utilizável em dietética; diz MORRISON que ela corrige a hipercolesterolemia melhor que a diminuição de gorduras. O que leva a crer que com a adição de um suplemento considerável de colina poderão conseguir-se os resultados desejados sem deixar de manter a dose mínima de lipídeos tida por suficiente para regular nutrição. Mas isto já não se inclui no meu propósito, e portanto fiquemos por aqui.

SERVIÇO DE PROPEDÊUTICA CIRÚRGICA DA FACULDADE  
DE MEDICINA DO PORTO

---

## Plastia do escroto e da pele do pênis

(Nota Clínica)

por ABEL SAMPAIO TAVARES

(1.º Assistente da F. de M. e Estagiário do Serviço)

Há algumas vezes necessidade de refazer total ou parcialmente o escroto e, em certos casos, também o invólucro cutâneo do pênis. O problema põe-se consecutivamente a determinados traumatismos (1), ou a seguir a operações de circuncisão mal conduzidas (2); actualiza-se após as largas ablações a que pode obrigar o tratamento da elefantíase genital, como ainda há pouco relatou entre nós um caso o Dr. JOSÉ MARIA DE CARVALHO (3); e surge, ainda, quando necessitamos de reparar os estragos determinados por uma infecção necrosante da pele dos órgãos genitais (4).

A solução do caso e as dificuldades com que se depara variam com as circunstâncias: necessidade de refazer o escroto, ou o invólucro cutâneo do pênis apenas, ou os dois ao mesmo tempo, plastia total ou parcial, existência, ou não, de contaminação bacteriana, integridade ou participação de outras estruturas além da pele, presença ou ausência duma causa geral que determine ou condicione a afecção de que se trata, etc..

A plastia da pele do pênis é uma intervenção particularmente delicada, dadas as qualidades de finura, plasticidade, mobilidade e sensibilidade que normalmente a caracterizam e que devem procurar reproduzir-se no invólucro cutâneo neo-formado. A pele das bolsas, pela sua vizinhança e pelas características próprias, é a mais indicada para a restauração do invólucro peniano e utiliza-se na forma de retalhos pediculados; porém, é habitualmente insuficiente para recobrir o órgão na totalidade e, além disso, encontra-se frequentíssimas vezes interessada no processo patológico ou traumático determinante da intervenção plástica reparadora. Daí o uso de retalhos pediculados da pele do abdómen, ou de enxertos cutâneos livres, ou de enxertos dermo-epidérmicos.

Em 1883, FOURNIER (5 e 6), baseando-se em 4 casos de observação pessoal e num outro que lhe fora comunicado por VERNEUIL, descreve um novo tipo de gangrena genital; para a afecção, que

ficou a partir dessa época a conhecer-se por *doença de Fournier*, não foi, de momento, encontrada causa, muito embora se julgasse independente do doente e de natureza séptica provável. Sabe-se hoje que resulta de infecção maciça por microorganismos de alta virulência (vid. MC-PHERSEN — 4), tais como o estreptococo hemolítico, o estafilococo, o colibacilo, a associação fuso-espirilar de VINCENT, o «*Clostridium Welchii*», etc., cuja porta de entrada é constituída por pequenas escoriações, às vezes imperceptíveis, da pele dos órgãos genitais. E a doença, tal como a descreveu FOURNIER, caracteriza-se, precisamente, pela falta de causas individuais predisponentes que facilitem ou expliquem a súbita agressão microbiana e pela extensão e rapidez dos fenómenos necróticos, que fez dar, com toda a propriedade, a esta entidade mórbida, a designação de *grangrena fulminante*.

A afecção surge bruscamente, praticamente sem pródromos, em homens novos e saudáveis, nos quais não é possível encontrar alterações circulatórias (arterioesclerose, doença de BUERGER, etc.), infecciosas (sífilis, febre tifóide anterior, etc.), tóxicas, diatésicas (diabetes) ou traumáticas (compressão por garrote ou parafimose), que expliquem o começo e marcha dos fenómenos patológicos. A instalação rápida da gangrena é acompanhada de sintomas, às vezes graves, de toxi-infecção geral e a necrose pode limitar-se à pele do prepúcio, ou ir mais profundamente, siderar a glândula, os corpos cavernosos, a uretra.

Mesmo que o doente se liberte do processo infeccioso, e isso é quase regra, fica sempre, uma vez eliminada a escara, um problema grave a resolver.

Na era das sulfamidias e dos antibióticos, continuamos a observar casos desta rara e temível afecção; encontramos, todavia, melhor preparados para reconstituir, em condições razoáveis, os estraços por ela determinados.

\*

A. G. é um homem robusto e saudável, de 43 anos, natural de Montalegre; os seus antecedentes pessoais e de família são totalmente destituídos de interesse.

Em 27 de Outubro de 1951, após uma noite passada na Serra — sem todavia ter estado submetido à acção do frio — começou a sentir uma dor, perfeitamente tolerável, na região supra-púbica; na tarde desse dia, os fenómenos dolorosos intensificaram-se e surgiram arrepios, febre e mal-estar. Na manhã seguinte, notou grande edema do escroto e, pela palpação, uma massa dura e dolorosa logo acima da raiz do pénis. O médico prescreveu-lhe penicilina (2.000.000) e mandou fazer aplicações

quentes no hipogastro. Apesar de iniciar imediatamente a terapêutica, o edema estendeu-se com rapidez até ao umbigo e logo se instalaram intensos fenómenos necróticos do escroto e da pele do pênis. Foi por isso internado no Hospital de Vieira do Minho, donde transitou (em 20 de Novembro) para o Serviço de Prope-dêutica Cirúrgica, no estado que a Fig. 1 documenta.

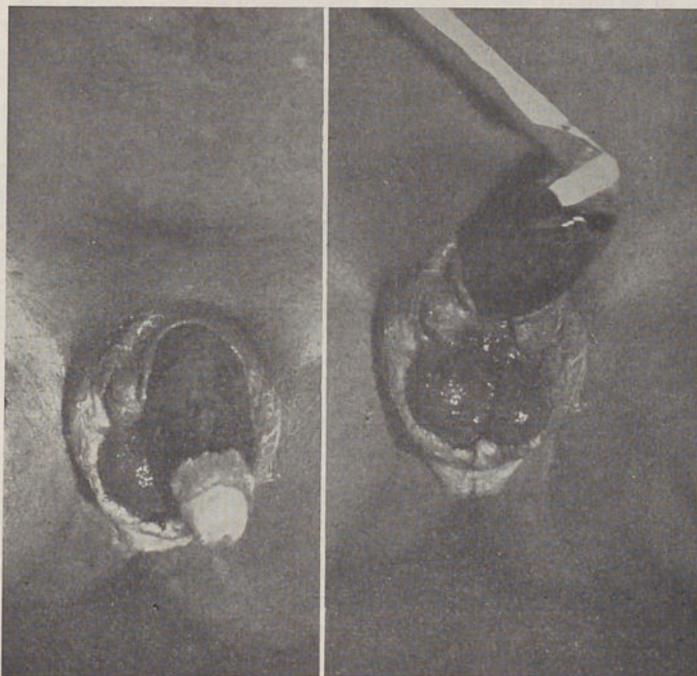


Fig. 1

A escara tinha caído e o pênis apresentava-se completamente desnudado, com excepção da glande e duma delgada fita cutânea, ao nível do sulco balano-prepucial; também, pela extensa mortificação da pele do escroto (do qual ficaram apenas uns retalhos laterais e posterior, despigmentados e pouco extensos), os testículos estavam despídos do seu invólucro cutâneo. Havia granulação franca das superfícies cruentadas, com grande exsudação.

Na região supra-púbica, palpava-se uma massa aderente à pele, do tamanho aproximado duma amêndoa, dura e dolorosa à pressão, sede de nitido processo inflamatório subagudo.

O exame dos diferentes aparelhos e sistemas, bem como o estudo das análises executadas (r. serológicas de sífilis, dosagem de ureia, glicose e proteínas do sangue, hemograma, análise sumária de urina) não forneceram quaisquer elementos dignos de interesse.

Havia que reconstituir o escroto e o invólucro cutâneo do pênis. A primeira parte não me preocupou em demasia. Pude verificar que, como muito bem diz D. FERRIS (7), é espantosa a maneira como pequenos fragmentos de escroto podem ser levados a crescer a ponto de se obter um novo saco escrotal de boas dimensões. Opina este autor que, na ausência de infecção, se deve tentar a sutura primária.

Assim se procedeu no nosso doente. Em 29 de Novembro de 1951 (*Op. n.º 799*), depois de, dentro da medida do possível, ter combatido a infecção — visando particularmente o nódulo inflamatório supra-púbico (penicilina, estreptomocina, gantrisinina, ondas curtas) — e depois de me ter assegurado da esterilidade das superfícies desnudadas, aproveitei os restos escrotais de que dispunha e avivei os seus bordos para realizar a sutura primária, com a qual consegui o bom resultado que a Fig. 2 nitidamente documenta.

Mais difícil se mostrava o problema da plastia peniana, tanto mais que não dispunha do dermatomo de PADGETT, com o qual se consegue um enxerto livre de pele de espessura média, com o tamanho adequado às circunstâncias. É esta a técnica mais recomendada para as plastias desta natureza, especialmente após os traumatismos da região com desnudamento completo do órgão (7 e 8). Muito embora em alguns dos casos citados por BANHAM (9) e no do Dr. JOSÉ MARIA DE CARVALHO (3), tivessem sido utilizados (com muito bom resultado neste último) os enxertos dermo-epidérmicos de THIERSCH, pareceu-me preferível, na falta do dermatomo e por o escroto não ser utilizável, preparar um retalho cutâneo pediculado do abdómen ou da região inguinal (1). Por conhecer casos de cicatrizes retrácteis com retalhos de pele inguinal (ASPINALL e ROBERTSON, cit. por BANHAM — 9),

---

(1) Houve, ainda, quem resolvesse situações deste tipo introduzindo o corpo desnudado do pênis num túnel subcutâneo do escroto ou da virilha, com a glândula exteriorizada, e, decorrido algum tempo, mobilizasse o órgão com o segmento de pele suprajacente, com o qual era, então, completamente envolvido. Receei a necrose da maior parte do retalho cutâneo, e, por isso, não usei esta técnica; também não dispunha do escroto e quis evitar a virilha pelos motivos apontados; a pele da região supra-púbica, além de muito espessa e pilosa, era sede de infecção latente e portanto em absoluto contra-indicada.

das quais resultavam consideráveis dificuldades na erecção, e por ser mais glabra e mais móvel, preferi a pele do abdómen.

Em 20 de Dezembro de 1951 (*Op. n.º 805*) (1) com anestesia local, preparei o retalho cutâneo destinado a cobrir o corpo

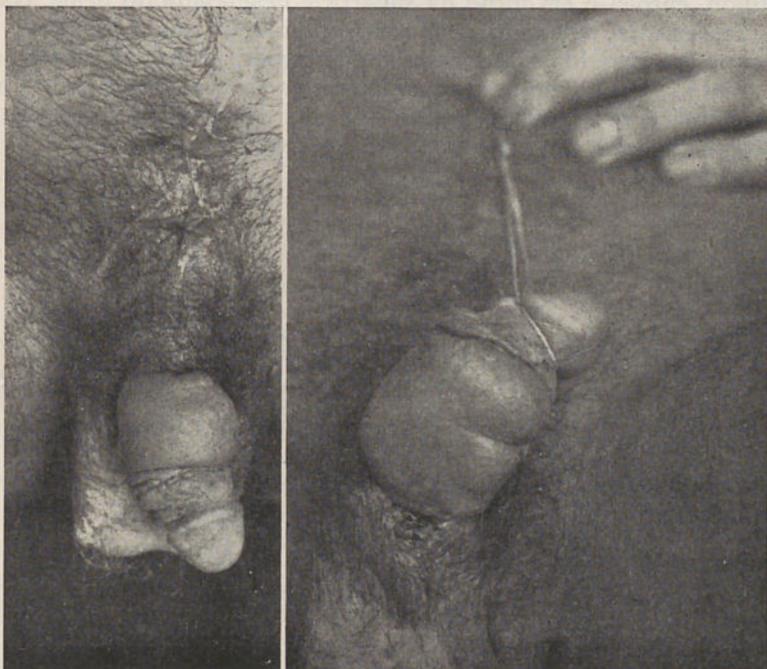


Fig. 2

do pênis desnudado. Para isso, isolei, na região inguino-abdominal e na parte inferior da região costó-iliaca do lado esquerdo, um

---

(1) Esta intervenção não foi realizada mais precocemente por causa duma infecção pelo piocianico — possivelmente, por si só, ou associado, foi este germe o causador dos fenómenos necrosantes — muito rebelde e que se manifestava de novo após cada operação. Temi, com fundadas razões, que ela viesse comprometer os resultados dos meus esforços e, para a combater, o doente recebeu 15 milhões de unidades de penicilina, 18 gramas de estreptomicina, 40 cápsulas de 250 mgr. de aureomicina, algumas ampolas de Propidion e sulfamidas (gantrisina e elkosina). O tratamento local consistiu na aplicação de pensos de água oxigenada, de sol. de rivanol e de tirotricina.

segmento de pele e de tecido celular subcutâneo, de cerca de  $20 \times 9$  cm., consoante mostram os esquemas da Fig. 3.

Em 15 de Janeiro de 1952, sob anestesia pelo pentotal + éter, (*Op. n.º 815*), destaquei o retalho cutâneo no seu pólo superior; aberto, após excisão do tecido de cicatriz que nele se tinha constituído, enrolei-o em torno da superfície desnudada do pênis, convenientemente limpa do tecido de granulação que a recobria; o mesmo enxerto foi cuidadosamente suturado, atrás, ao escroto e, à frente, ao pequeno retalho de pele que se conservara em torno da glândula. Fiz um penso moderadamente compressivo e mantive a bexiga sondada no pós-operatório imediato.

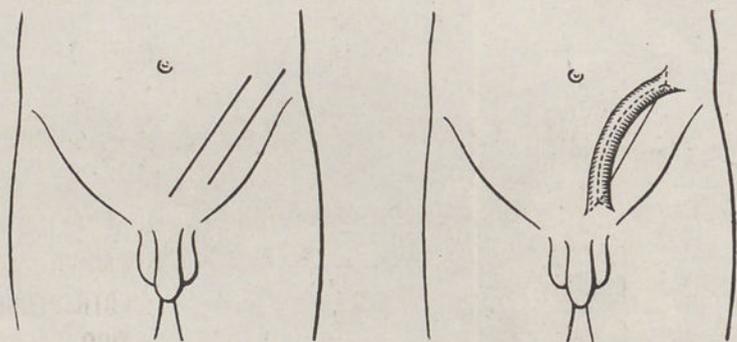


Fig. 3

O terço distal do retalho cutâneo enxertado, ou seja o correspondente ao pólo superior da primitiva incisão abdominal, necrosou, por insuficiência circulatória. Logo que a escara se eliminou e decorrido tempo suficiente para o enxerto ter criado com o próprio pênis relações vasculares suficientes para manter a sua vitalidade, executei o último tempo. Em 7 de Fevereiro de 1952 (*Op. n.º 825*), também sob anestesia geral pelo éter, o enxerto foi libertado da conexão que se mantinha com a pele abdominal; aproveitei este pedículo para recobrir a parte do corpo do pênis que a necrose parcial do retalho pusera de novo a descoberto. O pós-operatório foi excelente; apenas demorou algum tempo a cicatrizar o ponto de implantação inferior do retalho de pele abdominal, cuja sutura se infectou.

Em 6 de Março de 1952, A. G. pode ter alta no estado que a Fig. 2 perfeitamente documenta. O resultado estético não é, evidentemente, primoroso; todavia o pênis encontrava-se totalmente

# 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

ANTI-DIARRÉICO  
DE ACÇÃO RÁPIDA E SEGURA

# TANILEVE

COMBINAÇÃO ORGÂNICA DE  
ÁCIDO TÂNICO E LEVEDURA

Enterites agudas, diarreias estivais.  
Colites crónicas e sub-agudas das crianças.  
Diarreias sintomáticas: dos tuberculosos, da febre tifóide, etc.

ADULTOS: 1-2 comprimidos, 3-4 ao dia  
CRIANÇAS:  $\frac{1}{2}$ -1 comprimido, uma ou mais vezes ao dia

Tubos de 10 e 20 comprimidos de 0,50 gr.

**LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL**

Representantes no Porto: Químico-Sanitária, L. da

## AOS LEITORES

Por motivo de estarem fechados, de 15 a 30 de Agosto, os serviços de administração e redacção de esta revista, o N.º 8 será distribuído somente no dia 7 de Setembro, o que não implicará atraso na distribuição do N.º 9, que sairá no fim do mês, como habitualmente.

Pelo mesmo motivo roga-se o favor de não ser enviada correspondência durante o referido período. A que porventura for recebida nesse período só poderá ser respondida nos primeiros dias de Setembro.

Estão ainda por cobrar recibos da assinatura do corrente ano, uns por deverem ser cobrados por estações postais diferentes daquelas a que haviam sido enviados os respectivos títulos, outros por os recibos terem sido devolvidos por ausência temporária dos destinatários. Uns e outros só serão novamente expedidos nos primeiros dias de Outubro.

recoberto de pele elástica e flexível e o doente informava que a erecção se fazia sem dor e com toda a facilidade.

\*

Situações como esta interessam não tanto pela sua raridade como ainda pela dificuldade em conseguir-lhes solução satisfatória; o problema é tanto mais delicado quanto é certo que, quer em casos de necrose fulminante, como o descrito, quer nos de avulsão traumática do revestimento cutâneo genital se trata habitualmente de homens jovens e saudáveis, para os quais uma correcção defeituosa acarretaria quase sempre sérios problemas psicológicos, familiares e sociais. Pareceu-me, assim, de algum interesse publicar esta pequena nota a relatar a curiosa e rara afecção que observei e os resultados conseguidos com as medidas terapêuticas utilizadas.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1—BYARS, L. T.—Avulsion of scrotum and skin of penis; technique of delayed and immediate repair, *Surg., Gyn. and Obst.*, 77, 326, 1943.
- 2—BROWN, J. B.—Restoration of the entire skin of the penis, *Surg. Gyn. and Obst.*, 65, 362, 1937.
- 3—JOSÉ MARIA R. DE CARVALHO—Um caso de elefantíase dos órgãos genitais externos, de causa aparente, *Jornal do Médico*, 471, 241, 1952.
- 4—MC. PHERSEN—Fulminating gangrene of the penis; report of a case, *Brit. J. of Surg.*, 38, 118, 1950.
- 5—FOURNIER—Gangrène foudroyante de la verge, *Sem. Méd. Paris*, pg. 345, 1883.
- 6—FOURNIER—Étude clinique de la gangrène foudroyante de la verge, *Sem. Méd. Paris*, pg. 69, 1884.
- 7—DEWARD O. FERRIS—Traumatic avulsion of the skin of penis and scrotum, *Coll. papers of the Mayo Clinic and Mayo Fund.*, 41, 152, 1950.
- 8—JUDD E HAVENS—Traumatic avulsion of skin of penis and scrotum, *Coll. papers of the Mayo Clinic and Mayo Fund.*, 35, 245, 1943.
- 9—BANHAM—Total denudation of the penis, *Brit. J. of Surg.*, 36, 268, 1949.

SERVIÇOS CLÍNICOS DE PROPEDÊUTICA MÉDICA  
DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

(Director: Prof. EGYDIO AYRES)

## Varizes esofágicas <sup>(1)</sup>

Seu valor para o diagnóstico,  
o prognóstico e a terapêutica

por

J. GOUVEIA MONTEIRO    A. FONSECA e A. COSTA MARTINS

(1.º Assistente da F. de M. de Coimbra)

(Radiologistas dos HUC)

Ao apresentar esta comunicação nas Quinzenas Médicas, é nosso propósito chamar a atenção para um meio semiológico que se nos afigura pouco divulgado, crenças, à luz da nossa experiência pessoal, que ele é digno de apreço e susceptível de trazer ao clínico uma ajuda preciosa em múltiplas circunstâncias. Daremos à palestra uma feição breve e prática, começando por focar os problemas clínicos que podem beneficiar da pesquisa, expondo seguidamente uma resenha da técnica radiológica e apresentando por último os nossos resultados, que ilustraremos com algumas radiografias elucidativas.

### I—*Interesse clínico*

A compreensão do assunto exige uma prévia rememoração anatómica, por breve que seja. Ensina TESTUT que as veias esofágicas formam um rico plexo logo por baixo da mucosa, o plexo submucoso, particularmente luxuriante no terço inferior do canal. Os seus eferentes perfuram a túnica muscular, enriquecendo-se do respectivo sangue, e vão formar na superfície exterior do órgão o plexo peri-esofágico. Até aqui o plano é idêntico para todo o esófago. Os colectores do plexo peri-esofágico seguem, porém, destinos diferentes. Os das partes cervical e torácica desaguam no sistema da cava superior (respectivamente por intermédio das tiroideias inferiores e das veias diafragmáticas superiores, brônquicas, pericárdicas e ázigos). As veias eferentes do esófago abdo-

---

(1) Comunicação apresentada nas Quinzenas Médicas da Faculdade de Medicina de Coimbra em 23-IV-52.

minal lançam pelo contrário o seu sangue no sistema da veia porta, na maior parte por intermédio da coronária estomáquica (que abre directamente na porção inicial da veia porta, às vezes no segmento terminal da esplénica), enquanto uma certa quantidade é drenada por pequenos ramos chamados veias curtas e veias gástricas (que desembocam no tronco da esplénica ou se anastomosam com as veias do pólo superior do baço).

Ora esta duplicidade da circulação venosa esofágica, em parte tributária da cava superior e em parte da veia porta, tem consequências de grande interesse prático. Quando o sangue que percorre a circulação portal encontra um obstáculo que se opõe ao seu livre curso, procura escapar-se por outras vias que lhe ofereçam menor resistência. Uma das que utiliza é justamente a via esofágica, por intermédio da qual o sangue foge do sistema portal obstruído para o sistema da cava superior. A hipertensão portal vai pois repercutir-se sobre o plexo venoso do esôfago, mormente do seu terço inferior, determinando a formação de varizes (1).

A demonstração das varizes esofágicas constitui, pois, um sintoma capaz de concorrer para o diagnóstico da hipertensão portal. Sob este ponto de vista o seu valor depende, evidentemente, da frequência com que aparece e da sua precocidade.

Quer as leituras feitas, quer a nossa experiência pessoal demonstram que as varizes esofágicas surgem na maioria dos casos. Por outro lado, não se observam apenas na hipertensão portal generalizada, por obstáculo da própria veia porta, dentro ou fora do fígado. Também se encontram na hipertensão segmentar interessando a veia esplénica, ou porque a coronária estomáquica abra na esplénica a montante do obstáculo, ou por intervenção das veias curtas e veias gástricas.

Quanto à precocidade do sintoma e à sua relevância dentro do quadro clínico, convém considerar separadamente os bloqueios intra-hepáticos e extra-hepáticos.

Nos bloqueios intra-hepáticos o obstáculo portal situa-se dentro do próprio fígado. Pode tratar-se de anomalias congénitas (hipoplasia do fígado ou do sistema portal intra-hepático), de quistos, tumores, gomas sífilíticas, etc.. Mas na imensa maioria dos casos a constrição das ramificações portais deve-se a um processo de cirrose. Por consequência, nos bloqueios intra-hepáticos o síndrome de hipertensão portal filia-se quase sempre numa afecção

---

(1) As varizes esofágicas podem surgir na ausência de hipertensão portal, por fragilidade congénita dos vasos, tumor do mediastino, hérnia gástrica do hiato, etc.. São eventualidades rarrissimas.

com sintomatologia mais ou menos expressiva. Por isso muitas vezes a pesquisa das varizes esofágicas é feita quando o diagnóstico se afigura estabelecido ou fortemente suspeitado. Ainda então, porém, a sua valia pode ser grande, já que nem sempre é fácil firmar, mesmo em fase avançada, um diagnóstico de cirrose ou de cancro do fígado. Todos os clínicos com alguma experiência têm visto casos de ascite de difícil catalogação e não parece lícito desprezar um meio semiológico simples e muitas vezes decisivo. Por outro lado, nós não podemos contentar-nos com as circunstâncias em que habitualmente se faz o diagnóstico da cirrose, quase sempre reconhecida no período terminal, quando é já rebelde a todos os esforços terapêuticos. Tratando-se de um processo de larga evolução, que mina o fígado durante anos, é por via de regra descurado até aos últimos meses, quando o aparecimento de sintomas dramáticos o impõe como tremenda realidade, verdadeiro aviso prévio da fatalidade próxima. Essa demora trágica no reconhecimento do morbo deve-se em grande parte ao desleixo dos enfermos e à própria feição da doença, avara de sintomas nas fases iniciais. Cumpre ao clínico avisado evitar que a essas duas causas se junte uma terceira, qual seja a incapacidade do médico para descobrir a cirrose compensada naqueles doentes que se lhe apresentam em período útil. Claro que nessa altura o diagnóstico é difícil, mas torna-se indispensável tentá-lo por todos os meios ao nosso dispor, desde o inquérito etiológico e exame clínico minuciosos até à investigação laboratorial e radiológica, eventualmente mesmo à punção-biopsia. Ora a pesquisa das varizes esofágicas é capaz de resolver alguns casos, não podendo por isso ser esquecida.

Nos bloqueios extra-hepáticos, a obstrução do sistema portal resulta de estenose, trombose ou compressão extrínseca, em consequência de anomalias congénitas, traumatismos, infecções (sífilis, febre de Malta, infecções de origem digestiva — apendicite, colecistite, angiolite, pancreatite, úlcera gastroduodenal, febre tifóide), parasitoses (paludismo, kala-azar, esquistosomíase), intoxicações (alcoolismo, saturnismo), alterações circulatórias (policitemia, flebitis), factores compressivos (tumores, abscessos, adenopatias, aderências), etc.. Ora nestes casos o sintoma dominante ou mesmo o único é a produção de hemorragias digestivas, sobretudo hematemeses, relacionadas com as varizes esofágicas. A demonstração destas últimas dá portanto uma contribuição fundamental para o diagnóstico.

É do conhecimento de todos que o estudo radiológico gastroduodenal se mostra negativo num número apreciável de doentes com hematemeses ou melenas. Ora em muitos enfermos o sangue provém de varizes esofágicas, pelo que a pesquisa destas deve

fazer-se em todos os casos de hematemesa ou melena de causa obscura.

A par do seu interesse para o diagnóstico, distinguem-se ainda as varizes esofágicas pelo seu valor prognóstico e de orientação terapêutica. Com efeito, se as que se formam no plexo peri-esofágico e na espessura da muscular não mostram tendência para romper-se, já o mesmo não sucede com as outras, que ficam situadas logo por baixo da mucosa, têm uma parede finíssima e estão sujeitas a constantes movimentos, variações de pressão, traumatismos alimentares, acção péptica do suco gástrico regurgitado e esofagite por vezes consecutiva a infecções agudas respiratórias. A sua erosão é frequente e muitas vezes fatal a hemorragia resultante. Numa época em que ainda se não atribuía às varizes esofágicas a atenção que hoje se lhes concede já EPPINGER afirmava que 10 % dos cirróticos morriam por ruptura dessas telangiectasias. Em estatísticas mais recentes, RATNOFF e PATEK, numa análise de 386 casos, apontam essa causa de óbito em 26 % dos doentes, enquanto LINTON e col., passando em revista a casuística do Massachusetts General Hospital entre 1934 e 1945, incriminam a ruptura de varizes esofágicas como causa de morte em 38 % dos cirróticos e em 25 % dos casos de «BANTI». SNELL afirma por seu turno que, uma vez manifestada a tendência hemorrágica, pelo menos 80 % dos doentes falecem dentro de um ano, frisando LEARMONTH que a morte sobrevém muito antes de a insuficiência hepática se ter tornado ameaçadora. Além do perigo que as varizes esofágicas representam como fonte possível de hemorragias tantas vezes fatais—verdadeira espada de Dâmocles sempre suspensa sobre a cabeça do enfermo—nos casos de cirrose há que ponderar ainda o efeito nocivo que as perdas de sangue exercem sobre a própria evolução das lesões hepáticas, podendo descompensar um processo até então bem tolerado.

Todos estes argumentos concorrem a apoiar a afirmação de que as varizes esofágicas possuem alto significado prognóstico, podendo a sua presença alterar profundamente o juízo que fazíamos do doente e forçar-nos a adoptar determinadas medidas terapêuticas. Quem ler as revistas dos últimos anos capacita-se de que está criando corpo uma nova orientação terapêutica em face da hipertensão portal, ganhando terreno a atitude intervencionista, que procura, mediante operações adequadas, colocar o doente a coberto dos perigos que o ameaçam e que o tratamento médico se revela incapaz de remover. Já este mês defendemos oralmente semelhante critério em provas públicas e muito em breve a «Revista Portuguesa de Obstetrícia, Ginecologia e Cirur-

gia» publicará a apologia escrita. Sai do âmbito desta comunicação focar o assunto, mas queremos recordar que o factor capital na instituição do recurso operatório é justamente a produção de hemorragias por ruptura de varizes esofágicas e que nenhum cirurgião quererá tocar no doente sem prévia pesquisa dessas varizes.

*Em conclusão :*

A pesquisa das varizes esofágicas pode ajudar a estabelecer o diagnóstico, estando indicada sempre que se suspeite de hipertensão portal, quer na modalidade mais corrente da cirrose, quer no síndrome de BANTI, e deve fazer-se em todos os casos de hematemese ou melenas de causa obscura. Além disso, reveste-se de grande importância para a formulação do prognóstico e para a escolha da atitude terapêutica a adoptar. É manifesto, pois, o seu interesse clínico.

II—*Técnica radiológica*

Conhecida a anatomia da circulação de retorno das vísceras abdominais, primeira condição para a compreensão do mecanismo causal das varizes esofágicas, vamos agora fazer algumas considerações acerca do exame radiológico do esófago varicoso ou suspeito de tal.

As varizes do esófago foram estudadas radiologicamente pela primeira vez há cerca de 25 anos por WOLF. Depois disso, vários autores se têm dedicado ao seu estudo, enriquecendo o número de sinais radiológicos e aperfeiçoando a técnica a adoptar.

Num estado precoce, o primeiro sinal radiológico consiste num simples alargamento das pregas da mucosa como consequência de um engorgitamento venoso. À medida que o calibre das veias vai aumentando, e portanto se vai acentuando a formação de varicosidades, o aspecto é cada vez mais característico até à altura em que aparece nítida proeminência no lúmen esofágico. Nesta altura, que corresponde já a uma segunda fase, o aspecto radiológico não é o de simples alargamento, mas sim o aparecimento de áreas translúcidas, lenticulares, localizadas no  $\frac{1}{3}$  inferior do esófago. Numa fase mais avançada que podemos considerar a terceira, este aspecto estende-se a toda a altura do tracto digestivo torácico.

O estudo radiológico das varizes esofágicas requer, além de um perfeito conhecimento anatómico da rede vascular sujeita a tais alterações, uma série de conhecimentos técnicos e alguma prática do seu estudo.

Assim, escolhidas as posições consideradas como as melhores

e a que em breve faremos referência, importa dar a maior atenção à constituição do produto de contraste, ao regime de radiografia e ao tempo respiratório em que as imagens são colhidas.

Quanto à posição a dar ao doente, utilizamos a vertical com uma ligeira rotação anterior, em geral a direita, procurando localizar a maior extensão do esófago no espaço transparente que separa a coluna dorsal da sombra cardio-vascular. Algumas vezes é útil o estudo de perfil e ainda o decúbito dorsal, também com ligeira rotação anterior, especialmente nos casos em que o trânsito esofágico é muito rápido.

Pelo que respeita a substância de contraste, utilizamos a mistura indicada pela maioria dos autores (sulfato de bário e água em partes iguais). Porém, especialmente nos casos de hiperperistalse esofágica, vimo-nos na necessidade de espessar um pouco a refeição baritada sem lhe aumentar a opacidade, utilizando para esse fim uma pequena quantidade de farinha de sêmola. Uma papa muito densa pode mascarar imagens varicosas e até fazê-las desaparecer momentaneamente por uma acção mecânica, comprimindo-as.

O regime radiográfico deve visar a obtenção de imagens de bom contraste em tempos o mais curtos possível, única maneira de suprimirmos a influência das contracções cardíacas e em alguns casos pequenos movimentos da respiração.

Quanto ao tempo respiratório em que as imagens devem ser colhidas, quase todos escolhem o fim da inspiração forçada e em completa apneia. Neste momento, o engorgitamento venoso é máximo.

Quando o exame radiológico é negativo não obstante o emprego de boa técnica, não devemos por isso concluir a não existência de varizes. Sabemos que podem desaparecer imagens varicosas especialmente da porção inferior do esófago por uma acção mecânica exercida pela substância de contraste que fazendo estase mais ou menos acentuada a este nível como que espreme o sangue das dilatações venosas. Nos casos mais adiantados, verificámos quase sempre um retardo do trânsito na porção inferior do esófago. Nunca observámos porém que varizes esofágicas fossem por si só suficientes para condicionar a oclusão deste canal e a estase a montante.

Um exame negativo sobretudo quando não está de acordo com a clínica, deve ser sempre repetido. Uma série de imagens da mesma porção esofágica pode mostrar as maiores variações de aspecto resultantes de um maior ou menor engorgitamento vascular, e este facto é por si só um elemento a favor da existência de dilatações venosas. Pode suceder que o sangue afastado mecânicamente destas dilatações vá dilatar as veias longitudinais tor-

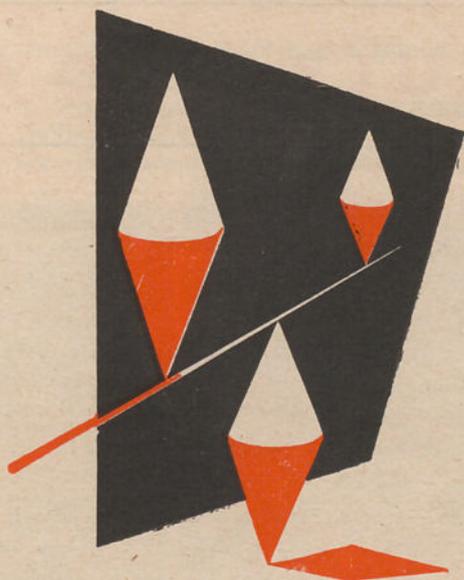
nando as pregas mais aparentes, contribuindo assim para o desaparecimento dos sinais mais característicos.

A peristalse esofágica directamente relacionada com a espessura da suspensão baritada, é um factor de variação de imagens, sobretudo em casos de pequenas varizes as quais se esvaziam sob a acção de uma peristalse forte e frequente quando a suspensão opaca faz um trânsito mais retardado. É nestes casos que está particularmente indicado o decúbito dorsal ou mesmo o Trendelenburg por facilitarem o refluxo sanguíneo gastro-esofágico sem prejuízo do tempo de trânsito, já inicialmente lento.



Fig. 1 — Caso I. J. — Peritonite tuberculosa.  
Esofagograma normal

Em alguns segundos, o aspecto radiológico de um esófago portador de varizes pode variar da maneira mais notável, pelo que—repetimos uma vez mais—convém multiplicar os exames negativos e, sempre que possível, obter séries de imagens.



UMA NOVA ESPECIALIDADE

# FRENANTOL

UMA NOVA SUBSTÂNCIA DE SÍNTESE, ORIGINAL

**para-oxi-propiofenona**  
**composto H-365**

UM CAPÍTULO NOVO NA QUIMIOTERAPIA

**frenador hipofisário**

Comprimidos de 0,05 e 0,25 g.



INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

---

# FÓRMULAS NOVAS

---

## Complexo B Forte

outra fórmula de comprimidos, em boiões plásticos de 50.

## Miomicina

novas doses: *fraca* — 400.000 U. de penicilina e 0,5 g. de dihidro-estreptomina — e *forte* — 600.000 U. de penicilina e 1 g. de dihidro-estreptomina — em embalagens de 1 e 3 frascos.

## Salibi

nova fórmula — suspensão oleosa de subsalicilato básico de bismuto em ampolas de 2 cc. equivalente a 0,15 g. de Bi metálico.

## Vitamina B<sub>1</sub> Forte

outra fórmula de comprimidos doseados a 50 mg., em tubos de 20.

## Vitamina C Forte

outra fórmula de comprimidos doseados 200 mg., em tubos de 20.

## Vitamina C Fortíssima

nova fórmula, em caixas de 3 ampolas de 5 cc., doseados a 1.000 mg.

## Vitamina D Superconcentrada

nova fórmula: 1.000.000 U. I. de calciferol em embalagens de 1 e 3 ampolas de 1 cc.



LABORATÓRIOS  
DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

No trabalho presente há casos em que o exame radiológico só foi positivo à 4.<sup>a</sup> observação.

Indicamos a seguir alguns dos principais sinais radiológicos de varizes do esôfago: no início dilatação do canal; numa fase mais adiantada estreitamento do lúmen; esôfago tortuoso; retardo

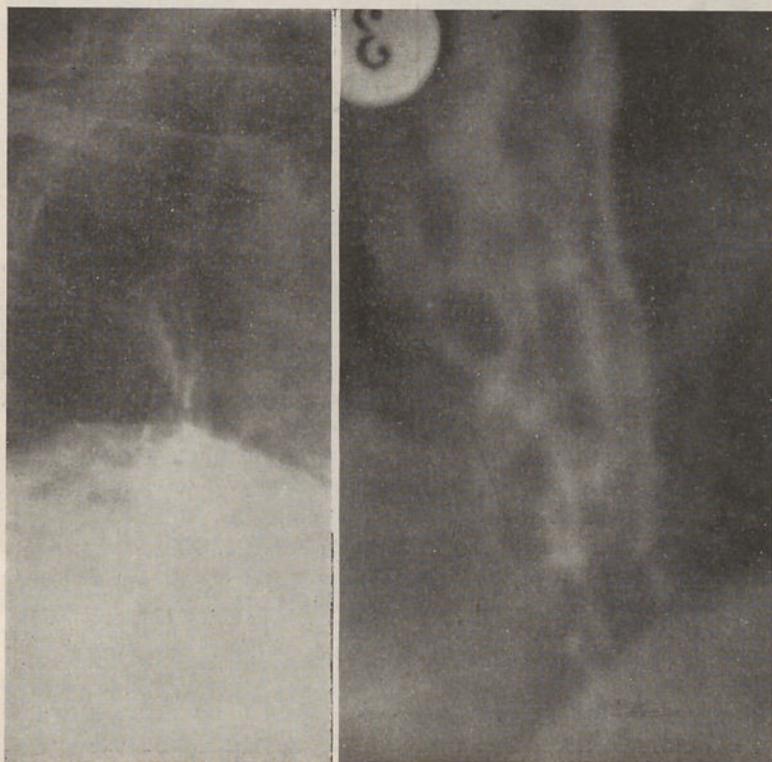


Fig. 2—Caso G. S.—Cirrose portal.—Pregas da mucosa irregulares e sinuosas na metade inferior. Pequenas áreas translúcidas. Contornos irregulares.

Fig. 3—Caso C. D. S.—S. BANTI.—Aumento de calibre e irregularidade dos contornos esofágicos. Espessamento das pregas da mucosa. Imagens de hipertransparência em rosário.

do trânsito esofágico independentemente da substância de contraste utilizada; pequenas imagens de maior transparência arredondadas e de tamanhos variáveis, com aspecto areolar quando vistas de face, e que nos bordos dão um recorte caprichoso típico. Estas imagens desenham por vezes o que alguns autores chamam o cordão de pérolas.

O diagnóstico diferencial radiológico das varizes esofágicas não tem habitualmente dificuldades de maior, sobretudo quando há que fazê-lo com imagens produzidas por bolhas gasosas, pequenas formações quísticas ou poliposas.



Fig. 4 — Caso A. S. — Cirrose portal — Aumento de calibre e irregularidade dos contornos esofágicos. Apagamento das pregas da mucosa na metade inferior. Imagens areolares de hipertransparência.



Fig. 5 — Caso E. R. O. — Cirrose portal — Contornos irregulares. Imagens areolares de maior transparência dispostas longitudinalmente em rosário. Integridade das pregas da mucosa na porção abdominal.

Em alguns casos, aparecem pequenas bolhas gasosas na coluna baritada com um aspecto que pode simular varizes. A simples observação radioscópica porém mostra a sua contínua mudança de posição e permite às vezes observar um movimento descendente e a entrada no estômago.

As formações quísticas ou poliposas não são alteradas pelas ondas de peristalse ou pela prova de MULLER (inspiração forçada com a glote fechada), são constantes ao contrário das imagens varicosas, factos que por si só bastam para as distinguir.

Já não encontramos idênticas facilidades quando o diagnóstico diferencial tem que ser posto com as neoplasias desta víscera. Sabemos que a rigidez caracteriza as neoplasias, muito particularmente as dos órgãos digestivos sujeitos a ondas de peristalse. Ora, uma infiltração neoplástica, sobretudo quando atinge determinado grau, é um obstáculo às ondas peristálticas, facto que não se observa nos casos de varizes em que o peristaltismo está conservado. As imagens tumorais são constantes, independentes do tempo respiratório e das ondas de peristalse. Nós dissemos já que estes elementos são suficientes para fazer desaparecer imagens de varizes esofágicas.

Na neoplasia, o aspecto deve repetir-se em imagens sobreponíveis, facto que é raríssimo nas varizes.

É frequente também que a uma infiltração neoplásica corresponda um estreitamento de calibre mais ou menos circunscrito, facto que também não se observa nas varizes.

Os elementos diferenciais que acabamos de citar conjugados com a observação de bastantes casos, tanto de uma como de outra entidade mórbida contribuem sensivelmente para diminuir as dificuldades de diagnóstico diferencial entre as varizes e as neoplasias.

### III—Contribuição pessoal

Pesquisámos as varizes esofágicas pelo exame radiológico em 42 doentes. Na nossa casuística incluem-se 26 cirroses portais descompensadas, 6 cirroses portais compensadas, 5 síndromas de BANTI, 1 síndrome de CRUVEILHIER-BAUMGARTEN e 4 peritonites tuberculosas, estas últimas sujeitas ao exame para lhe investigar a especificidade em caso de ascite.

No grupo da cirrose portal descompensada, 21 doentes foram examinados uma só vez, com 17 resultados positivos e 4 negativos. Nos restantes 5 a primeira pesquisa não revelou varizes, que no entanto vieram a aparecer em 4 deles nas repetições tentadas. Duas ilações se devem tirar dos nossos estudos: 1.<sup>a</sup> O exame radiológico mostra varizes esofágicas na grande maioria das cirroses portais descompensadas (81  $\frac{0}{0}$  de resultados positivos); 2.<sup>a</sup> Quando o primeiro exame for negativo, é necessário repeti-lo. Se o tivéssemos feito sistematicamente, é possível que as varizes viessem a ser reveladas em alguns dos cinco casos negativos, elevando a percentagem de acertos do método. Quere-

mos frisar ainda um outro ponto. Atendemos sempre ao estado clínico dos enfermos submetidos à pesquisa, prestando especial atenção aos sintomas usuais de hipertensão portal (ascite, circulação colateral parietabdômnica, esplenomegalia). O confronto com a pesquisa radiológica convenceu-nos de que esta não é uma simples redundância, de resultado previsível, pois não existe paralelismo seguro entre a exteriorização clínica da hipertensão portal e a presença ou ausência de varizes esofágicas. Vimos casos com nítidos sinais de hipertensão e com esofagograma normal, como encontramos doentes com sintomatologia clínica escassa ou nula exibindo varicosidades nítidas.

Na cirrose portal compensada os resultados foram, infelizmente, muito inferiores, pois as varizes esofágicas apenas surgiram em 1 de 6 casos. Destaque-se, entretanto, que em nenhum dos 5 restantes se tentaram repetições, que hoje vivamente recomendamos.

No síndrome de BANTI os resultados foram semelhantes aos da cirrose descompensada, mostrando-se a pesquisa positiva em 4 de 5 casos, isto é, em 80 %.

No exemplar raro de síndrome de CRUVEILHIER-BAUMGARTEN que tivemos ocasião de observar demonstrou-se também a presença de varizes no esôfago.

Nunca encontramos varizes esofágicas nas 4 peritonites tuberculosas com ascite que submetemos ao exame.

Os nossos resultados afiguram-se, pois, dignos de atenção. Esperamos que novas contribuições surjam, permitindo o aperfeiçoamento do método e uma mais sólida aferição do seu valor, que desde já nos parece indiscutível.

## MOVIMENTO NACIONAL

### REVISTAS E BOLETINS

JORNAL DA SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS, CXVI, 1952 — N.º 1-3 (Março): *O médico português Francisco Sanche e a sua época*, por Mário Monteiro Pereira; *Para a história das sociedades e revistas médicas portuguesas*, por Costa Sacadura; *Amputação do útero praticada em 1827 por José Cordeiro no Hospital de S. José*, por A. Mac Bride. N.º 4-5 (Maio): *A Sociedade das Ciências Médicas na medicina tropical*, por J. Fraga de Azevedo; *Exostrofia da bexiga*, por A. Carneiro de Moura; *Terapêutica da calculose vesical pela associação «solutos dissolventes-litotricia»*, por L. Ravara Alves.

FRANCISCO SANCHES. — Trata da figura do grande médico filósofo do Renascimento, que foi campeão do anti-dogmatismo, contribuindo para libertar a medicina da época de fantasias e superstições, assentando na observação o conhecimento dos fenómenos, pioneiro do método indutivo cuja formulação immortalizou Bacon.

A SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS NA MEDICINA TROPICAL. — Evocação das intervenções da Sociedade em assuntos de medicina tropical, seguida pelo índice bibliográfico dos trabalhos respectivos publicados no Jornal associativo, e pela relação de livros e manuscritos sobre o assunto existentes na Biblioteca da Sociedade. Acheva valiosa para a história das actividades médicas no Ultramar.

TERAPÊUTICA DA CALCULOSE VESICAL PELA ASSOCIAÇÃO «SOLUTOS DISSOLVENTES-LITOTRÍCIA». — Dado o seu grande interesse clínico, com a devida vénia se transcreve integralmente este artigo.

«Sendo o problema da calculose urinária, e dentro desta o de sede vesical, há tantos anos conhecido, pois já Hipocrates no seu célebre juramento a ele se referia, parece que o problema da sua terapêutica já deveria também estar resolvido em definitivo. Mas o caso é que ainda não o foi, tanto pela evolução constante e natural da medicina, como pela instabilidade da mente dos homens, que mal adquirem um conhecimento ou atingem um fim, logo buscam tentar encontrar outra solução diferente, na ânsia de ver se a seguinte será melhor do que a anterior.

A «extracção da pedra» é velha de mais de dois mil anos, mas porque a natureza humana é uma eterna insatisfeita, à ideia de «extracção», que implicava operação a céu aberto, veio substituir-se, há cerca de 100 anos, a do esmagamento dessa mesma pedra, por aparelhos introduzidos por vias naturais. A extracção continuou e continuará a fazer-se. Simplesmente ao passo que durante muito tempo, o único modo de o conseguir era por cirurgia aberta, desde Civiale, aperfeiçoador da litotrícia, se faz também por cirurgia fechada, isto é, sem ferida operatória visível, e em vez de se fazer a extracção do cálculo inteiro, provoca-se a expulsão dos seus fragmentos.

Mas ainda a mente humana não descansou com esta aquisição já apreciável; e pretendeu-se ir mais longe, já combatendo a causa da formação calculosa, e pretendendo evitar os cálculos isto é, fazendo a profilaxia da litíase, já tentando destruir os cálculos «in loco» e totalmente, a fim de os seus componentes poderem ser eliminados, não sob a forma de fragmentos, como na litotrícia, mas sob a forma física de pó calculoso, dissolvido na própria urina excretada; tentativa esta que se poderá resumir como tentativa de fazer a profilaxia calculosa, a dissolução do cálculo formado e a profilaxia da recidiva. Oceanos de tinta e quilos de substância cinzenta se têm gasto para conseguir este almejado fim, ainda longínquo,

sobretudo se nos lembrarmos que esta ideia também é velha, visto datar dos tempos de Galeno, que já se perdem na noite... da história médica.

A profilaxia da litíase calculosa está agora a ser estudada activamente, sobretudo pela administração prolongada de gels de magnésio e sais de alumínio, com resultados que o futuro mostrará. A dissolução, essa, continua em estudo; e é relacionada com ela, que aqui vimos trazer a nossa modesta contribuição pessoal, no combate a tão espalhado e inconfortável padecimento.

Quando em 1935, Ch. Higgins, de Cleveland, veio agitar mais uma vez o tão antigo como palpitante e sempre actual problema da calculose urinária, com experiências feitas em ratos albinos, o assunto interessou em alto grau todo o mundo médico e em especial o urologista, ao qual pertencemos. Tempos depois, em 1936, comunicávamos à Associação Portuguesa de Urologia, e publicávamos em «Imprensa Médica», casos clínicos de calculose uretero-vesical, em volta dos quais bordávamos determinadas considerações de ordem terapêutica, mais ou menos em conformidade com conhecimentos da época, sintetizados e desenvolvidos por Higgins. Batia-se então este autor pela ideia, que aliás se generalizou e ainda não foi posta de lado, que a calculose urinária experimental no rato surgia e se desenvolvia quando o animal era mantido em regime deficitário de vitamina A. Essa calculose, se bem que fosse sobretudo de assento vesical (85 % dos casos), também podia ter localização renal (42 % dos casos).

Afirmou-se também que a «desvitaminização A» acarretava uma queratinização do epitélio urinário, bem como do brônquico, traqueal e vaginal; e que nesses epitélios, assim queratinizados, a breve trecho se instalava uma infecção; e que ainda a infecção desses epitélios urinários promovia a instalação, ou a manutenção, duma alcalinúria orgânica. Esta alcalinúria era propícia ao desenvolvimento de cálculos, sobretudo constituídos por fosfato de cálcio, com vestígios de carbonatos e pequena quantidade de substância mucóide, e nunca ou só excepcionalmente coexistentes com cálculos de oxalatos ou de ácido úrico e uratos. O conhecimento do facto da queratinização era já antigo, pois que Wilson e Dubois a citavam já em 1923.

Ainda segundo Higgins, a precipitação de cristalóides duma solução supersaturada, onde também existam colóides (mucina e fibrina) poderia fazer-se sobre núcleos desta última natureza. A sedimentação motivada pela precipitação dos cristalóides, quando feita sobre esses núcleos colóides, seria potencializada pela estase e pela infecção e o cálculo de órgão teria assim origem.

Higgins, pouco depois Keyser e vários outros autores, preconizaram como terapêutica de combate a essa calculose, tanto para a existente, como para a que poderia ainda sobrevir, uma acidificação orgânica e uma activa vitaminização A, por se debelar assim, dentro de certos limites, a alcalinúria e a infecção, factores, como vimos, considerados predisponentes da litíase. Para efectuar essa acidificação recorria-se até aí à tão conhecida

e antiga fórmula do Joulie, de ácido fosfórico e fosfato de sódio, já preconizada também em 1932, por Randall, no tratamento preventivo da recidiva das calculoses incrustadas; depois foi aquela fórmula de Joulie quase abandonada, em virtude do aparecimento de mais poderosos e recentes acidificantes, como o cloreto de amónio, ácido mandélico e mandelatos de cálcio e amónio.

Em Dezembro de 1943 ressuscitou o problema da tentativa de dissolução dos cálculos urinários, agora feita «in loco», pela sua sujeição à acção dissolvente contínua de solutos ácidos, atacantes dos componentes cristalóides dos cálculos. Com efeito, nessa data Ch. Herger e outros, vieram dar conta dos seus esforços para dissolver cálculos, em especial os que tivessem sede vesical; isto é, os de mais fácil acesso terapêutico urológico. Lowsley também então reventilou o assunto, ainda que com menor latitude.

Herger, revendo o que sabia, fez o possível por pôr em equação todos os dados do problema. Assim começou por enamurar os agentes infectantes, que segundo ele se encontravam mais vulgarmente nas calculoses urinárias baixas, denunciando como mais comuns o coli-bacilo, o bacilo proteus e o bacilo piocianico, que mais facilmente dissociam a ureia, causando alcalinidade persistente, devido à formação de amónia. A seguir a estes, considerava Herger ainda frequentes o bacilo morgani, o estreptococo fecális, estafilococo dourado, estreptococo não hemolítico, estreptococo anaeróbio, bacilo fundiliformis.

Depois fez a revisão e crítica dos resultados dos solutos que no organismo poderiam actuar com o fim desejado, a saber: os solutos de Levine, Albright, Suby e Keyser, que dentro em pouco também passaremos em revista. Os resultados obtidos por Herger, para a dissolução calculosa, parece que eram razoáveis adotando a solução para esse fim proposta por Albright, depois modificada por Suby e muito mais tarde, em 1948, por Keyser, depois de ter abandonado a de Levine.

Inicialmente a base científica e razão terapêutica destas soluções com fim dissolvente, era a de modificar um meio alcalino, actuando nele com um soluto fortemente ácido.

Acadêmicamente, o resultado «in vivo», era relativamente satisfatório, porquanto se actuava sorbetudo em cistites calculosas infectadas pelo coli-bacilo e em que, muito naturalmente, os cálculos seriam talvez cálculos de órgão, isto é, directamente formados na bexiga. Esta formação dar-se-ia à custa da deposição de sais calcáreos alcalinos, sobretudo fosfatos, em volta de núcleos que aí teriam parado na progressão através das vias urinárias, ou mesmo aí tivessem tido a sua formação inicial, como fossem leucócitos, pequenos coágulos, etc.

No entanto, a prática veio demonstrar que, por vezes a irritação vesical ou pélica, provocada pelo líquido dissolvente, fortemente ácido, era tal que a mucosa inflamada não a conseguia suportar por mais de dois ou três dias, período de tempo insuficiente para se obter o fim em vista.

Essa intolerância era manifestada sob a forma subjectiva de dores uretro-vesicais ou reno-ureterais, de tal modo intensas, que o doente não se sujeitava à continuação do tratamento, senão com grande repugnância, e raras vezes o tempo necessário para que se pudesse verificar uma actuação eficiente desse mesmo tratamento.

Mas mesmo quando à custa de toda a gama de analgésicos mais ou menos poderosos, injeções, comprimidos, poções e supositórios de anti-dolorosos vários indo até à morfina, o doente consentia na continuação do tratamento, eram então a bexiga ou o bacinete que anatómica e fisiologicamente se recusavam a continuar a ser sujeitos à acção corrosiva do soluto, contraindo-se, congestionando-se, edemaciando-se, defendendo-se ainda com a formação de falsas membranas que revestindo a cavidade e envolvendo os cálculos, impediam a acção diluidora do soluto terapêutico sobre eles. E ainda além disso, estas falsas membranas, a breve trecho, obstruíam de modo tão repetido e constante os orifícios, por mais numerosos que fossem, da sonda da entrada e saída do líquido, que a acção terapêutica do solvente sobre o cálculo cessava mau grado o desejo do doente, e os esforços do pessoal clínico e de enfermagem que no caso estavam empenhados. Quais os solutos experimentados?

O primeiro soluto usado, o de Levine, solução a trinta por cento de citrato ácido de sódio, era insuportável pela enorme irritação mucosa que ocasionava, chegando até a provocar hemorragias vesicais profundas e maciças, isto segundo o dizer de quem o experimentou.

Albright juntou-lhe óxido de magnésio anhidro e carbonato de sódio, constituindo a fórmula seguinte: Ácido cítrico monohidratado 32,25 gr., Óxido de magnésio anhidro 3,84 grs., Carbonato de sódio anhidro 4,37 grs., Água destilada — q. b.; ferver duas horas, resfriar uma hora e juntar mais água destilada até obter 1 litro de soluto. Chamou-lhe «Líquido G», o qual tinha uma concentração hidrogeniônica ácida, de valor 4 (pH: 4). Como esta composição química, se bem que o soluto já se pudesse usar em certos doentes, mais tolerantes, até durante 4 semanas e nalguns casos 40 dias, ainda era pouco prática, visto ser incómoda, pela irritação uretro-vesical grande que provocava e ainda por edemaciarem a mucosa vesical, Suby resolveu dobrar a dose de carbonato de sódio nela existente, para 8,74 grs., o que tornou este soluto, agora conhecido por «soluto M», muito menos irritante do que o soluto G, e ainda que menos ácido, quase igualmente eficiente.

Os resultados práticos, quando a terapêutica era bem suportada, eram agora já notórios e por vezes bem patentes; e como o edema vesical provocado pela manutenção necessariamente longa do tratamento, já é de pequena escala, foi assim possível vir a conseguir a dissolução, pelo menos parcial de certos cálculos. Este soluto, actuando também por acção bactericida sobre o coli, proteus, morgani, fecalis, estafilococo dourado, estreptococo não hemolítico, estreptococo anaeróbio e infundibiliforme, se bem que não faça uma esterilização completa do meio, já consegue reduzir de



# HEPATRAT

INJECTÁVEL

Um produto ULZURRUN

**Indicações:** Anemia perniciosa. Anemias secundárias.  
Inapetência. Convalescenças, etc.

**Composição:** Cada c.c. equivale a 300 grs. de fígado fresco.

## Formas Farmacêuticas:

Caixa de 6 empolas 1 c.c.	27\$00
» de 6 » 3 c.c.	37\$00
» de 5 » 5 c.c. (Forte)	72\$00

ZONA INDUSTRIAL DOS OLIVAIS

TELEF. 39315

# 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.<sup>DA</sup>

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

tal modo a pululação bacteriana, que se pode considerar, só por si, um valioso elemento terapêutico.

Utiliza-se com um débito de 40 a 80 gotas por minuto em irrigação vesical ou piélica contínua, com entrada e saída, por algália ou cateter de duas vias, no volume de três a quatro litros por dia, durante o tempo possível e verificado necessário para obter o fim em vista.

É esta fórmula e esta técnica, ainda que não como elemento terapêutico, único, que vínhamos usando há cerca de oito anos, em vários casos, com resultados clínicos por vezes apreciáveis, até que nos surgiu a ideia de a ampliar, como adiante exporemos.

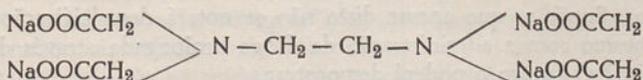
Lowsley veio dar mais um empurrão ao problema da dissolução dos cálculos urinários, quando propôs que se usasse uma solução de ácido levulínico, produto de decomposição do açúcar, que sendo menos irritante para as mucosas, ainda que menos eficiente na dissolução, permite um uso mais demorado por ser mais fácil de suportar. Este último soluto usou-se sobretudo nas tentativas de dissolução de cálculos piélicos residuais post-operatórios.

Keyser, por sua vez, preconizou o emprego de soluto de urease a 50 %, de resultados muito sujeitos a controvérsia, por alguns autores experimentados e por vários abandonado como pouco eficaz.

A título de curiosidade, por serem raros, não queremos deixar de citar, na tentativa de dissolução dos cálculos de cistina, os trabalhos de Cromwell, de 1948, citados por Keyser, que nestes casos utiliza a alcalinização da urina, visto os cálculos de cistina, se desenvolverem em meio ácido.

Tanto o soluto de Lowsley, como o de Keyser, se usam pouco, decerto pela maior dificuldade na sua obtenção, tanto mais que não são extremamente activos.

Ultimamente nova ofensiva anti-cálculos por solutos dissolventes foi feita nos E. U. A. do Norte por Abeshouse, Vermeulen e Barrett. Os trabalhos destes autores apresentados todos em 1951, tendem dum modo mais perfeito, comprovado «in vitro» e a comprovar «in vivo», a cortar o nó górdio do problema. Com efeito, Abeshous e Weinbeg, estudam o emprego dum soluto aquoso do sal treta-sódico do ácido etileno diâmimo tetra-acético, de fórmula:



que crismaram de «Versene», o qual, a 10 %, é um bom dissolvente, «in vitro», de cálculos de carbonato de cálcio puros ou combinados, bem como dos cálculos de cistina. Mas tem este soluto o inconveniente de não atacar os cálculos de ácido úrico nem os de uratos, além de também ser fortemente irritante para as mucosas pélvica, ureteral e vesical. Além disto

é tóxico, mesmo quando empregado apenas 4 a 6 horas em aplicação local. Estão actualmente aqueles autores tentando, com soluções mais fracas a 3,5 e 7 %, e menos irritantes, ver se conseguem resultados práticos úteis.

Gehres e Raymond, depois de terem abandonado o soluto de urease de Keyser, por o considerarem ineficaz, estudam o mesmo sal a que Abeshouse chamou Versene, chamando-lhe «Calsol», que dizem eles formar um complexo solúvel com o cálcio, usando-o na seguinte solução: Calsol 100 grs., Hidróxido de magnésio 40 grs., Água destilada q. b. para 1.000 grs. Parece que este soluto, pelo menos «in vitro», torna os cálculos que ataca mais moles e friáveis e mais facilmente fraccionáveis. Os produtos orgânicos destacar-se-iam e flutuariam no líquido, deixando de impedir a acção do diluente sobre o cálculo. O Calsol actua já numa solução de pH = 4 (fortemente ácida), sendo no entanto a sua acção sobretudo eficaz nas soluções de pH = 7 ou 8. Segundo estes autores a solução de Calsol actuaria sobre todos os cálculos, menos os oxaláticos e até, o que não concorda com a opinião de Abeshouse, sobre grande percentagem de cálculos de ácido úrico e de uratos. A solução óptima a 1,5 % com pH = 7,5 (alcalina) por ser insotónica, é menos irritante, mas será activa?

Vermeulen é que traz talvez contribuição mais valiosa, quando pretende prevenir a formação de cálculos de fosfato amónio-magnésiano, reduzindo o magnésio ingerido nas dietas e ampliando estas com a adição dum gel de alumínio. Segundo este autor, que usa os gels de alumínio na forma de hidróxido (hidrógel e carbonato básico Basalgel) e também segundo opinião de Barrett, na sua passagem através do trato intestinal, o alumínio combina-se com o ião fosfato, para formar um fosfato insolúvel de alumínio, que é inteiramente excretado como tal, nas fezes, diminuindo-se assim a totalidade absorvível de fosfatos, através do trato intestinal. Esta diminuição na reabsorção intestinal dos fosfatos, traz como consequência a possibilidade duma menor quantidade do fósforo inorgânico do soro sanguíneo, e favorece uma mais completa absorção tubular de ião fosfato, reduzindo assim a excreção urinária desses mesmos fosfatos. É claro que ao mesmo tempo que se administram estes gels de alumínio, convém simultaneamente restringir os fosfatos alimentares.

Estas manobras combinadas terão efeito preventivo na formação de cálculos fosfáticos, ou até no crescimento desses cálculos, fosfáticos, quando existentes. Supõe-se que apesar disto não se notará descalcificação esquelética, mesmo com a administração da droga prolongada através de anos. Será assim? O futuro o poderá demonstrar.

Convém ainda, segundo os mesmos autores, administrar simultaneamente «per os» 30 a 40 cc., 4 vezes por dia, de tri-silicato de magnésio, o que aumentará a excreção do cálcio urinário provavelmente como consequência do aumento de excreção do magnésio urinário. Diminuir-se-á assim a hipercalcúria provável e frequente no calculoso urinário. Por outro lado, e ainda como acção adjuvante, parece que a administração

contínua e prolongada do magnésio sob a forma de tri-silicato, reduzirá a excreção do ácido oxálico endógeno a um mínimo.

O óbice que em todos estes processos salta à vista é a dificuldade em obter paciência necessária e talvez também dinheiro suficiente para, durante anos e ininterruptamente, tomar tanto tri-silicato de magnésio e tanto gel de alumínio. Temos experimentado, a título preventivo, prescrever aos nossos doentes calculosos, a fim de evitar recidivas, esta combinação de alumínio e magnésio, que aliás existem em conjunto, por exemplo no Gelusil; mas confessamos que não tivemos ainda tempo de poder formar opinião concreta sobre este assunto, aliás tão delicado e susceptível, como é a prevenção das recidivas.

Mas até aqui apenas se tem focado intensamente o problema químico da calculose e seu combate. Mas o problema não é só químico como vamos passar a ver.

O facto de certos cálculos, para não dizer quase todos os cálculos, serem formados de aglomerados de substâncias cristalóides, umas vezes dispostas às camadas, e outras vezes aglutinadas, segundo nos parece, sem ordem nem método, e desses cristalóides serem frequentemente aglomerados por substâncias colóides insensíveis à acção diluente dos solutos empregados com essa finalidade, justifica perfeitamente a quantidade de insucessos terapêuticos observados.

Com efeito, teóricamente, digamo-lo desde já, o dissolvente ideal de cálculos urinários deve ser a solução orgânica ou inorgânica com propriedade de dissolver substâncias inorgânicas, hidrolisar ou dissolver proteínas e proteinatos metálicos *alcalinos*, inactivar iões metálicos, formar complexos solúveis indissociáveis com iões calculosos e que não possuam estrutura heterocíclica, e que além de todas estas qualidades ainda tenha a de conseguir actuar igualmente sobre todas as formações calculosas, seja qual for a sua constituição e, desiderato máximo, que possa ser aplicado por via bucal. Ora infelizmente ainda se está muito longe de atingir todas estas perfeições, e senão vejamos.

As variedades bem conhecidas dos cálculos, não têm todas a mesma sensibilidade à acção dos dissolventes. Essa sensibilidade dependerá de 4 factores, a saber:

- 1.º — a composição química respectivamente da porção cristalóide do cálculo e da sua porção colóide, se a houver.
- 2.º — a concentração hidrogeniônica do cálculo e a do meio em que ele se formou ou instalou.
- 3.º — o grau de septicidade desse meio de instalação.
- 4.º — a própria estrutura física do cálculo.

Estes quatro factores associam-se e interpenetram-se, tanto para o resultado já obtido, dissolução do cálculo existente, como para o resultado a obter, prevenção da recidiva calculosa.

Assim, Albright, Suby, Sulkowitch e outros, verificaram como já vimos, a desintegração de certos cálculos de fosfatos e carbonatos de cálcio,

sujeitando-os à acção das misturas acidificantes contendo ácido cítrico, não só por acidificação racional do meio, como pela formação dum complexo iónico, de citrato de cálcio, visto o anião citrato ter avidéz química para o catião cálcio.

Por outro lado, cálculos de oxalato ou urato e até fosfato ou carbonato de cálcio, amónio ou magnésio, ou de xantina, são por vezes resistentes à acção dissolvente dos solutos citados. Os primeiros cálculos de oxalatos e uratos, serão resistentes, porque sendo cálculos formados em meio ácido, já aqui a virtude terapêutica resultante da mudança de reacção do meio, de alcalino para ácido, não se verificará, por não se poder dar uma acidificação onde ela já existe, e portanto apesar do cálculo ser de cálcio ou de amónio ou magnésio, o acidificante não actuará, como poderia acontecer se o meio fosse alcalino. Sobre os segundos, cálculos de fosfato ou carbonato de cálcio, amónio magnésio ou xantina, será por vezes o soluto dissolvente impotente para sobre eles actuar se, apesar de quimicamente aptos a serem totalmente desagregados, existirem no seu interior factores aglutinantes de origem coloidal, que formem barreira à actuação do soluto, impedindo assim de se verificar a dissolução total. O próprio «Calsol» de Gehres, apesar de teoricamente desagregante nas condições apontadas, também ainda não resolveu este ponto satisfatoriamente.

Compreender-se-á facilmente que o soluto acidificante actue benêficamente em certos casos e noutros não, em função da concentração hidrogeniônica do meio, se nos lembrarmos que o ácido úrico se deposita numa solução com  $\text{pH} = 5$ ; que numa solução com  $\text{pH} = 6$  o ácido úrico ainda se deposita, mas já se acompanha de depósitos de oxalato de cálcio e de fosfato de cálcio; numa solução de  $\text{pH} = 7$ , já só se deposita o fosfato de cálcio; e que numa solução de  $\text{pH}$  superior a 7, já só se depositam, além de fosfato de cálcio, o fosfato amónio-magnésiano e o carbonato de cálcio.

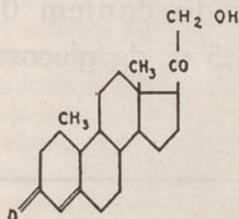
Daqui se infere que o poder solvente em grande parte resultante do facto da solução empregada ser ácida, se perderá em todos aqueles casos em que essa própria acidez, forte ou fraca, motive, ela mesma, precipitação cristalóide; e a inversa também poderá ser verdadeira.

Além disso os oxalatos de cálcio, por exemplo só se depositam em urina com  $\text{pH}$  baixo, mas que também seja asséptica, ao passo que os fosfatos de cálcio, amónio-magnésianos e outros, além de necessitarem uma urina de  $\text{pH}$  alto, portanto alcalina, a necessitam também infectada, para nela existirem os agentes patogénicos do desdobraimento da ureia. Portanto, no caso da fosfatúria alcalina séptica, a acção anti-séptica da acidificação urinária é favorável ao fim em vista, mas já será ineficaz, por não ter onde actuar, nas urinas já de si assépticas, óptimas para a formação da calculose oxalática.

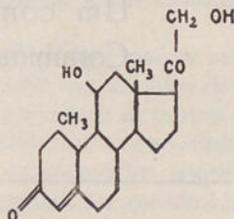
A estrutura do cálculo, bem como a ordem de agregação dos seus contribuintes, são importantíssimas neste problema terapêutico.

Em primeiro lugar os cálculos, na generalidade dos casos, têm um

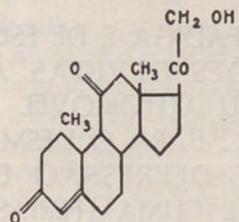
¿Que preparado contém íntegros e activos todos estes esteróides?



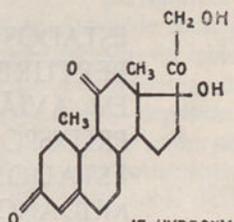
DESOXYCORTICOSTERONA



CORTICOSTERONA



11-DEHYDROCORTICOSTERONA



17 HYDROXY-11 DEHYDROCORTICOSTERONA

# BALCORTIL

Hormonas da cortical suprarrenal, naturais!



M. RODRIGUES LOUREIRO - R. Duarte Galvão, 44 - Lisboa

# CORAMINA-GLUCOSE

Um comprimido contém 0,125 g. de Coramina e 1,5 g. de glucose.

---

**Indicações:** ESTADOS DE FADIGA E DE ESGOTAMENTO  
PERTURBAÇÕES DEVIDAS À ALTITUDE,  
EM AVIÃO OU AUTOMÓVEL  
PREDISPOSIÇÃO PARA O DESMAIO  
ESTADOS DE DEPRESSÃO DEVIDOS À  
MUDANÇA DE CLIMA (FÉRIAS NA PRAIA  
E NO CAMPO)  
NA CONVALESCENÇA E COMO ADJUVANTE  
PODEROSO E INOFENSIVO NA PRÁTICA  
DE DESPORTOS

**Posologia:** Deixar derreter na boca 1 comprimido de 2 em 2 horas

**Apresentação:** Caixa com 10 comprimidos  
Caixa com 50 comprimidos

O preço da Coramina-Glucose teve uma notável redução

---

Produtos CIBA, Limitada—Lisboa

núcleo; dizemos na generalidade dos casos porque parece haver cálculos sem núcleo central reconhecível, verbi-gracia os de oxalato mono-hidratado de cálcio; e não só estes, mas também os cálculos formados por fosfato tri-cálcico, por vezes não tem núcleo distinto, a sua estrutura sendo uniforme desde o centro até à periferia.

Ora a composição química do núcleo, já de si poderá ser duma variedade extraordinária; assim se, por exemplo, nos cálculos de cistina, aliás raros, como já atrás referimos, o núcleo é formado de cristais dessa própria substância, cistina, já nos cálculos de ácido úrico, esse núcleo ainda que geralmente seja constituído por cristais de ácido úrico, o que parece natural, poderá outras vezes, ainda que raramente, ser constituído por cristais de fosfato ou carbonato de cálcio; quer dizer: começa por se dar uma deposição ou sedimentação em meio alcalino, o que aglutina o fosfato ou carbonato de cálcio, e a seguir, ou por mudança de local de instalação do cálculo, ou por fenómeno de que resulte viragem do meio para o lado da acidez, cessa a deposição daqueles sais que requerem meio alcalino, para, sobre a porção já formada, se continuarem a depositar cristais, mas agora de sais de ácido úrico, que requerem um meio ácido, constituindo-se assim um núcleo heterogéneo, tanto química como fisicamente.

Mas ainda dentro deste próprio núcleo cristalinoide definido, poderá o seu centro ser composto duma amálgama sem estrutura nítida ou orientação certa, e à qual se chamou apatite (Prién). Está esta amálgama por sua vez instalada sobre células epiteliaes, pequenos coágulos, fragmentos de muco, e até substâncias, orgânicas como pêlos, ou substâncias estranhas ao organismo, tais como pedacitos microscópicos de ferro, madeira, etc., que nele entraram com ou sem consciência do indivíduo, por acção voluntária ou involuntária dele.

Isto quanto ao núcleo, como vê duma possibilidade infinita de variação.

Quanto à estrutura íntima das camadas do próprio cálculo, já para aquém do núcleo, também as variações são grandes: ou o cálculo cresce à custa de camadas de estratificação, regulares, de sais variados e já mencionados atrás, camadas de estratificação estas que ao corte sagital se apercebem com uma nitidez perfeita, e todas de estrutura cristalóide, ou então o que também é frequente, a dadas alturas da sua espessura parietal, encontram-se camadas total ou parcialmente formadas de substância orgânica colóide, mucosa, muito menos consistente que as camadas cristalóides.

Como interpretar este fenómeno? Deve tratar-se duma rede aglutinadora, gelatinosa, de cristais que se unem para formar o todo ou parte do cálculo, e em pontos variados da espessura da parede. Nesta rede orgânica, mucosa, incrustam-se também os sais calcáreos vários, que na constituição do cálculo geralmente entram e que na urina abundam em dissolução ou em super-saturação.

Sobre esta substância orgânica, quando constitua camada total do

cálculo, não tem acção desintegradora os solutos dissolventes normalmente usados. Várias substâncias foram experimentadas com esse fim, e a dada altura assentou-se na ideia de que a melhor solução seria a de certas enzimas, nomeadamente a urease, a 5 % e a 38 graus centígrados, o já citado soluto de Keyser. Estas enzimas actuam por acção digestiva sobre o núcleo ou porção coloidal do cálculo; desgastariam essa porção coloidal a fim de estabelecer soluções de continuidade por onde pudesse penetrar então o dissolvente para actuar sobre os cristalóides interiores a ela, e obter-se-ia assim o resultado almejado: dissolução total.

Mas o futuro a breve trecho veio mostrar a impotência frequente da solução de Keyser e recorreu-se ao Versene, ao Calsol, etc., com o mesmo fim, com resultados ainda muito discutíveis e duvidosos.

De tudo o que atrás fica descrito se poderá inferir, resumindo e concluindo que a sensibilidade dos cálculos ao agente dissolvente, se é função essencial da própria natureza química do cálculo (os cálculos de fosfato de cálcio, de magnésio ou de amónio, são muito sensíveis, os de oxalato, pouco e os de urato ainda menos), é também função da sua etiopatogenia. Assim é natural que se consiga sobretudo actuar com as soluções ácidas e anti-sépticas, sobre os cálculos que se formaram em meios alcalinos e infectados, e eles mesmos em parte devidos a essa própria alcalinidade precipitante, e a essa infecção aglutinante, por virtude do muco exsudado pela mucosa irritada.

Por outro lado, como temos comprovado, muitas vezes a dissolução não se consegue plenamente e às vezes nem parcialmente, em cálculos de natureza química cristalóide igual à de outros que foram dissolvidos, em razão do meio hidrogeniônico ser diferente e de as condições da mucosa serem diferentes também, como no caso da não existência de infecção.

E por último, em certos cálculos renitentes à dissolução, ou só parcialmente dissolvidos, semanas passadas sobre a instituição da terapêutica dissolvente, temos verificado por experiência, que a acção do soluto dissolvente cessa em presença duma parede, que a análise revela ser colóide, mucosa ou fibrinosa, e não progride, sem que esse obstáculo seja removido por solução da sua continuidade ou esfacelo dos seus constituintes.

Sem deixar de ter em vista o tentar, em primeira instância, remover a dificuldade apresentada à dissolução, pelo estudo clínico cuidadoso do meio em que o cálculo se formou ou se desenvolveu e também a natureza da sua reacção, aspecto químico, aspecto orgânico, infecção mais ou menos virulenta e a sua causa agencial patogénica, pois que muitas vezes a correcção ou a inversão da reacção do organismo ou do meio e combate à infecção, tornam possível e eficiente a acção do meio terapêutico, que até aqui era nula, procuramos, por raciocínio, encontrar o modo de remover rapidamente o obstáculo à dissolução. Essa remoção é sobretudo necessária quando essa dissolução é travada a dada altura do seu prosseguimento, resultando dela o podermos apressar essa dissolução, que doutro

modo decorreria muito lentamente, ainda dado o caso que pudesse completar-se.

O meio que adoptamos, que aliás se filia em processo bem antigo, combate ao mesmo tempo diferentes causas de inibição de dissolução, tanto no seu início, como a dada altura da sua execução.

Quer essa causa seja o ficar o soluto dissolvente, a dado momento, em presença duma camada química sobre o qual não pode actuar, por impossibilidade reacional, quer seja o de se encontrar em frente dum revestimento mucoso ou fibrinoso sobre o qual também não tem acção, e se esse obstáculo não está no centro do cálculo, isto é, não é o seu núcleo, desde que o esfacelamos ou destruamos, poderá o soluto voltar a agir livremente sobre as camadas mais centrais a esse impedimento, na hipótese de, em virtude do tamanho dos fragmentos, se necessitar a continuação da sua acção. Esta hipótese última, de necessidade de tornar a recorrer ao dissolvente, verifica-se em vários casos, a saber: ou quando o volume do cálculo ou dos seus fragmentos, ainda não permitirem a sua expulsão fácil, por vias naturais, por micção espontânea; ou quando ainda não se puder fazer uma fácil aspiração desses fragmentos por meio de algália grossa; ou até quando ainda for impossível o retiro simultâneo do aparelho, através do qual tenha entrado a pinça de preensão e a própria pinça, prendendo, na sua extremidade operatória livre, a porção calcúlosa apreendida, o que também se poderá executar, ainda que seja processo violentamente contundente para os tecidos uretrais.

Dentro da ideia de reduzir ao mínimo a duração total da terapêutica empregada, se situa a nossa contribuição pessoal para a terapêutica do problema que agora nos ocupa, a de calculose vesical, contribuição essa que consiste num outro ovo de Colombo, mas cuja descrição ainda não vimos citada.

Resolvemos associar «in loco», na ordem que consoante os casos nos parecer mais conveniente, os dois processos: litotricia, mas rápida e sem preocupação de ser completa, sem aspiração de fragmentos e sem anestesia, e dissolução dos cálculos ou seus fragmentos com um dos solutos atrás citados, repetindo por vezes um ou os dois termos do processo, quando nos pareça que daí resulte benefício por encurtamento de tempo na duração total da cura e consequentemente menor duração da incapacidade funcional, mais rápido alívio donde menor tempo de sofrimento e o que também nos parece importantíssimo, economia geral apreciável.

Lançamos pois, muito pura e simplesmente, mão da velha operação de Civiale, a litotricia, a fim de fracturar os cálculos cuja dissolução completa ou continuação de dissolução e redução de volume fosse, pelas razões atrás apontadas, impossível pelos meios químicos citados ou nos parecesse muito demorada.

Conseguimos assim reduzir para 15 ou 18 dias, e tornar inócuos, tratamentos que, quando só se emprega a dissolução, tinham um mínimo

de 4 a 6 semanas de morosidade, ou quando só empregada a litotricia tinham, segundo as melhores estatísticas, 2 a 3 por cento de mortalidade.

A propósito de litotricia diremos que é claro que à primeira vista pareceria que muito mais simples do que a dissolução, seria essa própria litotricia como operação única e feita logo de entrada. Mas só quem nunca fez litotricias completas julgará ser ela uma operação muito fácil, simples, não contundente do meio calcioso e não agressiva do organismo que a suporta.

Em primeiro lugar, para uma litotricia se fazer, demanda-se uma anestesia geral ou regional com todos os seus perigos relativos e absolutos, e que, se bem que desde o advento da anestesiologia como especialidade bem regulada e sobretudo, entregue a anestesidores especializados, agora com maior eficiência e menor perigo, se anestesiem, com segurança, doentes que há anos o não eram com facilidade ou ligeireza de ânimo, mesmo assim, todos os urologistas e sobretudo todos os doentes urinários, frequentemente velhos, preferem ainda, se o puderem, obter o seu golo, aqueles sem ter que fazer anestesia e estes sem ter que ser anestesiados.

Por outro lado apesar da litotricia já há anos ter a possibilidade de ser uma operação teóricamente bem controlada pela vista, também só quem não fez nunca cisto-litotricia, poderá julgar que o cisto-litotritor, isto é, o aparelho que permite fazer a prensão e esmagamento do cálculo sob visão directa, é um aparelho fácil de manejar com perfeição de resultados. E a razão é simples: a turvação do meio líquido guarnecedor da bexiga, durante a litotricia, é feita tanto pelo enevoamento provocado pelo estilhaçamento do próprio cálculo, pelo levantar dos depósitos calcáreos e muco-membranosos tantas vezes existentes na bexiga calciosa, como ainda pela própria hemorragia que as manobras litotritoras provocam, e em especial as manobras de evacuação dos fragmentos.

Por esta razão, há ainda quem prefira a litotricia cega à litotricia sob visão, porque, como na segunda, a breve trecho, se vê mal, ou não se vê nada, escusar-se-á o estar-se a pender tempo tentando limpar o meio óptico, tentativa essa que poderia, quando não atingido o fim em vista, enfrenesiar os menos calmos e... fazer ainda perder mais tempo.

Apesar de preferirmos a cisto-litotricia à litotricia cega, devemos honestamente declarar que compreendemos que se adopte a segunda, quando se tenha dela uma prática de muitos anos e bastantes casos.

Resumindo, diremos que apesar da cisto-litotricia representar em princípio e pela interferência da visão, um notável avanço na operação do esmagamento do cálculo dentro da bexiga, nem por isso permite encurtar sensivelmente o tempo operativo, visto que se por um lado não se perde tanto tempo a procurar cegamente o cálculo ou seus fragmentos, se perde ainda bastante tempo a lavar constantemente o meio a fim de realmente a litotricia ser... cistoscópica. Portanto, a cisto-litotricia continua a ser uma operação demorada quando se pretende fazer com perfeição, isto é, quando se pretende reduzir os cálculos a fragmentos de

# PRELOBAN

Produto original

*com todas as partes componentes eficazes do lobo anterior da hipófise*  
 contra perturbações do desenvolvimento, infantilismo, caquexia  
 hipofisária, perturbações orgânicas e psíquicas do sexualismo.  
 Em combinação com ELITYRAN no tratamento da obesidade.

Caixa com 3 ampolas de 25 U. M. e  
 3 ampolas de soro fisiológico

*Medicamentos*  
**»HOECHST«**



*O medicamento altamente eficaz na oxiúriase:*

# LUBISAN

Produto original

É um preparado químico que já deu bem as suas provas  
 também em pediatria devido a ser bem suportado e a ser  
 cómodo o seu emprego.

Caixa com 40 gr de granulado

*Medicamentos*  
**»HOECHST«**



Para a moderna terapêutica  
de choque vitamínico A e D

# CRIPTOCAL AD FORTE

## Bial

B e b í v e l

Vitamina A . . . . 400.000 U. I.

Vitamina D<sub>2</sub> . . . . 600.000 U. I.

Por ampola de 2 c.c.



Caixa de 1 ampola

Perturbações do desenvolvimento.  
Raquitismo. Osteomalacia. Xerofthalmia.  
Queratomalacia. Hemeralopia.  
Afecções do aparelho respiratório e  
digestivo. Doenças infecciosas. Bacilose.

**TOLERÂNCIA E EFICIÊNCIA EXCEPCIONAIS**

tal modo pequenos que possam ser facilmente evacuados pelo tubo aspirador do litotritor, sem lá deixar nenhum de impossível saída.

Mas agora chegamos a outras das graves e contundentes fases da litotricia: a aspiração. Para essa aspiração ser eficaz, é necessário que o enchimento e esvaziamento da bexiga com o líquido de lavagem para este fim usado, classicamente o nitrato de prata a baixa percentagem, seja feito com pressão suficiente; e é necessária bastante pressão para levantar os fragmentos assentes no fundo e baixo fundo vesical.

Esse encher e esvaziar brusco e violento da bexiga, feitos com uma bomba aspiradora-premente é uma operação tão violenta que só com uma anestesia bem profunda deixa de se repercutir sobre os nervos sensitivos vesicais; e tanto assim, que é bem sabido dos urologistas que, se a anestesia é leve, as contracções automáticas de defesa da própria bexiga são bem transmitidas à mão do operador que está procedendo à intervenção. É essa fase da operação é por vezes tão brutal que a bexiga, sensível como é sempre e sobretudo quando albergou cálculos longo tempo, frequentemente sangra com grande abundância, de tal modo que a hemorragia poderá durar dias se não se intervier resolutamente por meios locais e gerais bem eficazes.

Como a bexiga calculosa geralmente é infectada e friável de parede e muitas vezes tem zonas esclerosadas, e inextensíveis, esta fase operatória, mesmo quando feita com os possíveis cuidados, chega a provocar rasgaduras vesicais, por vezes de todas as camadas parietais, com todos os bem conhecidos inconvenientes e perigos da rasgadura vesical intra ou extra-peritoneal.

Este rápido esboço dos inconvenientes da litotricia, levou os urologistas a encarar com esperança e entusiasmo a ideia de poderem libertar os seus doentes calculosos urinários vesicais, muitas vezes idosos, dos seus cálculos, sem intervenção sangrenta laparotômica ou transuretral cisto-litotritora. Mas pouco depois esse entusiasmo deu lugar a relativo desânimo quando verificaram que a dissolução dos cálculos vesicais exigia longo tempo, 4 a 6 semanas e nem sempre era eficaz. Foi então que nos ocorreu a ideia, que já expusemos, de amalgamar os dois processos, dissolução e litotricia, a fim de tentar resolver certos casos que se deparavam de difícil solução. E os resultados tendo sido animadores, levaram-nos a inscrever esta associação, que, repetimos, nunca encontramos nem descrita, nem deliberadamente comunicada a nenhuma associação científica, dentro dos processos urológico-cirúrgicos do tratamento da calculose vesical.

O nosso processo terapêutico tem consistido em instituir durante 4 a 6 dias um tratamento de dissolução do cálculo vesical, o que o amolece e por vezes já o diminuiu. Verificamos, uma ou outra vez, só pela dissolução, fácil de instituir até em casa do próprio doente, um êxito terapêutico satisfatório, se o cálculo ainda que sendo demasiadamente volumoso para sair por vias naturais não for gigante.

Outras vezes, verificamos apenas êxito parcial, por diminuição de

volume; e nestes casos, por vezes, verificamos ainda que mais alguns dias de tratamento solvente não faziam adiantar o processo de diminuição de volume do cálculo. E então nesta altura fazemos intervir a manobra litotritora suave, com uma, duas ou três prensões de cálculo e seu esmagamento, sem pretensões de esmagamento completo de todos os seus fragmentos e sobretudo sem lhe fazer suceder a brutal e chocante manobra de extracção rápida dos referidos fragmentos por aspirações bruscas. Conseguimos assim dispensar totalmente a anestesia geral ou regional, empregando quanto muito, em doentes mais emotivos, ou de bexiga mais sensível, uma analgesia intravesical com pantocaína a um por mil.

Uma vez feita esta suave e sempre bem suportada manobra litotritora, reinstalamos a terapêutica dissolvente por outros 6 ou 8 dias; e conseguimos assim êxitos totais, alguns dos quais apresentaremos.

Verificamos ainda que esta irrigação continua vesical, estabelecendo dentro da bexiga correntes circulares, trazia para o exterior, sem o menor esforço, múltiplos pequenos fragmentos calculosos e todas as pequenas areias desagregadas, tanto pela dissolução, como por ventura também pela manobra litotritora.

É claro que através deste tratamento misto, se impôs, sobretudo de princípio, o contróle radioscópico relativamente frequente, a fim de estarmos sempre a par do estado de eficiência do tratamento. Hoje, como este método já nos oferece segurança de êxito, já esse contróle radiológico nos é menos necessário, tendo-o substituído por exames cistoscópicos mais rápidos e menos dispendiosos.

Uma outra vantagem que este tratamento nos apresenta é, como já referimos o de se poder fazer em casa do próprio doente, desde que se lhe explique o modo, aliás facilmente perceptível, da mecânica e funcionamento da irrigação contínua, a fim de ele próprio, ou pessoa de sua família, a poderem controlar. Outra vantagem é ainda, segundo o nosso ver, o facto de a ou as manobras litotritoras necessárias em virtude da sua benignidade, se poderem fazer em consulta externa. Evitar-se-ão assim internamentos dispendiosos para as duas partes interessadas, internante e internado, ou moralmente depressoras para o doente que julga sempre ser menos grave e também menos incomoda, a doença que se pode tratar em casa.

Desejamos ainda antes de fechar estas considerações, com a apresentação de alguns casos, dizer quando nos parece estar indicada a terapêutica apontada.

A indicação número um, é a do cálculo vesical ser tão grande que não seja de expulsão espontânea possível, pelas vias normais, mesmo estando estas bem dilatadas. Também indicação ideal será a do cálculo estar em bexiga livre. No entanto, já mais duma vez verificamos a possibilidade de um cálculo em divertículo aberto, não ter possibilidades de sair desse divertículo, senão depois do seu volume ser um pouco reduzido pelo soluto dissolvente, ficando assim com diâmetro inferior ao do colo

do divertículo que o aprisionava, mas que agora já o deixará sair para a cavidade vesical. E neste caso, se o cálculo ainda é grande demais para a expulsão espontânea, fracturando-o, poderemos obter o êxito necessário, ou sem mais manobras, ou por nova sessão de dissolução.

Queremos desde já estabelecer a reserva de que sobre certos cálculos diverticulares, por estarem incrustados na própria parede diverticular, poderá o nosso método não ser aplicável, por não se poder obter êxito possível; mas nestes casos também já anteriormente só um processo havia de extracção, cisto-divertículo-litotomia, com ou sem diverticulectomia.

A própria calculose múltipla vesical, incrustada ou não, sobretudo de cálculos não muito volumosos, também é indicação do método; nestes casos dever-se-á primeiro fazer entrar em acção a manobra litotritora, que reduzirá os cálculos e sobretudo, se os puder arrancar da parede, os solta dos invólucros mucos-membranosos sobre os quais o líquido dissolvente agora actuará, o que dificilmente faria se eles ainda estivessem aderentes.

Uma indicação também importante, em que o êxito, se se obtém, representa grande vantagem, é na desapareição do cálculo vesical, no adenomatoso com indicação cirúrgica de ressecção transuretral; como se compreenderá, neste caso, a manutenção de cálculo ou cálculos na bexiga, poderá por circunstâncias várias, que para encurtar não descreverei, mas entre as quais está a própria obstrução do colo, cirurgicamente alargado por um desses cálculos, comprometer o êxito cirúrgico, obstruindo-o. Razão esta pela qual é de boa técnica resolver o problema calculoso antes de ir resolver o problema obstrutor.»

Dentre os vários casos que desde 1947 vêm tratando do modo descrito, os últimos quase sempre em regime domiciliário e ambulatorio, o A. expõe dois, interessantes por serem dos primeiros e dos mais antigos, o que atesta a duradoura eficiência do método, pois os resultados foram bons, e os tratados continuam a urinar bem, e sem sinais de calculose.

CLÍNICA, HIGIENE E HIDROLOGIA, XVIII, 1952 — N.º 2 (Fev.): *Panorama dos estudos da nutrição em Portugal, Orientação actual dos estudos sobre a alimentação, Dosagem microbiológica dos 10 ácidos aminados essenciais em quatro espécies de peixe, Avaliação das necessidades diárias do homem em vitamina B<sub>1</sub>* (em inglês), *Acido ascórbico livre e combinado nos vegetais* (em inglês), por F. A. Gonçalves Ferreira. N.º 3 (Março): *Normas gerais de alimentação racional nas diferentes idades e situações fisiológicas, Nota sobre a composição de alguns alimentos portugueses com interesse para o estabelecimento de alimentação equilibrada, Nota sobre um provável caso de avitaminose provocada por alimentação desequilibrada*, por F. A. Gonçalves Ferreira.

PANORAMA DOS ESTUDOS DA NUTRIÇÃO EM PORTUGAL E ORIENTAÇÃO DOS ESTUDOS SOBRE ALIMENTAÇÃO. — No primeiro trabalho, o A., depois de recordar a evolução dos estudos sobre nutrição realizados em

Portugal, sugere a criação de organismo nacional coordenador e planificador dos trabalhos a realizar, e de um Instituto de Nutrição, centro de investigação laboratorial, de inquirição e ensino, que reuna trabalhadores e recursos, que dispersos dão produção inferior à que resultaria da sua concentração. No segundo artigo dá notícia dos trabalhos do Simpósio de Nutrição efectuado em Madrid com os seguintes temas: inquéritos alimentares, diagnóstico da desnutrição humana, padrões dietéticos ou necessidades nutritivas, dieta em diferentes condições fisiológicas, necessidade alimentícia mínima e adaptada, enriquecimento dos alimentos.

**DOSAGEM DOS ÁCIDOS AMINADOS ESSENCIAIS EM PEIXES.** — Do trabalho laboratorial, cuja técnica é exposta e discutida, conclui que as proteínas dos quatro peixes estudados (sardinha, carapau, pescada e bacalhau) contém todos os ácidos aminados essenciais em proporções semelhantes e correspondendo a 45-46 por cento da totalidade dos ácidos aminados que as compõe, o que confere a esses alimentos elevado valor biológico; é de notar a sua riqueza em lisina e a sua relativa pobreza em triptofano.

**NORMAS GERAIS DA ALIMENTAÇÃO RACIONAL.** — Artigo de vulgarização, no qual o A., depois de lembrar as condições fundamentais das rações alimentares, de cobrir as necessidades energéticas com géneros que levem os princípios nutritivos indispensáveis e nas proporções convenientes, indica quais os constituintes dos alimentos que mais interessa considerar e que são: Constituintes energéticos (glúcideos, protídeos, lípideos), Vitagénios (ácidos aminados essenciais, ácidos gordos essenciais, colina), Vitaminas hidro-solúveis (B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, PP e C), Vitaminas liposolúveis (A, D, E e K), Minerais. Transcreve o quadro elaborado por Randoin, que menciona as quantidades de cada uma de essas substâncias a entrar na ração diária. De esse quadro extraímos os números relativos a calorias, protídeos, lípideos e glúcideos:

Categories	Calorias	Protídeos (gr.)	Lípideos (gr.)	Glúcideos (gr.)
<b>Crianças</b>				
2- 4 anos . . .	1.000-1.300	25-35	30-35	160-210
4- 6 anos . . .	1.300-1.600	35-40	30-35	210-280
6-10 anos . . .	1.600-2.000	40-60	35-45	280-340
<b>Adolescentes</b>				
10-15 anos . . .	2.000-3.400	60-100	45-75	340-580
15-20 anos . . .	3.200-3.400	95-100	70-75	540-580
<b>Adultos</b>				
Actividade média	2.400-2.800	60-75	50-60	430-490
Trabalhador de força média . . .	3.200-3.800	80-90	70-80	560-680
Mulher grávida.	2.800-3.200	75-80	60-70	430-490
Mulher em alei- tamento . . .	3.000-3.400	80-85	70-95	510-540

# NOVA TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE

Publicados os primeiros relatórios clínicos autorizados acerca da eficácia da isonicotínil-hidrazina no tratamento da tuberculose, os LABORATÓRIOS AZEVEDOS apresentam:

# ISONICOTIL

A Z E V E D O S

## ISONICOTINIL-HIDRAZINA

### NOVO PREÇO

Frascos de 50 comprimidos doseados a 50 mgs. **25\$00**  
Frascos de 100 comprimidos doseados a 50 mgs. **48\$00**  
Frascos de 250 comprimidos doseados a 50 mgs. **115\$00**  
Frascos de 500 comprimidos doseados a 50 mgs. **220\$00**

Bibliografia e literatura médica à disposição dos Ex.<sup>mos</sup> Clínicos

LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

# 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

Tosse convulsa  
Pneumonia bacteriana  
Pneumonia atípica primária (vírus)

### INFECÇÕES DO TRACTUS ALIMENTAR

Gastro-enterite infantil  
Intoxicação alimentar (Salmonella)  
Disenteria bacilar

### INFECÇÕES DO TRACTUS URINÁRIO

De origem cócica ou bacilar

### OUTRAS INFECÇÕES

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.

Em frascos de 12 cápsulas de 0,25 grs.



## PARKE DAVIS & COMPANY, LIMITED

HOUNSLOW — próximo de LONDRES

Representantes em Portugal:

### SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA

De Randoin também adopta a classificação dos géneros alimentícios em 6 grupos; constituído cada um de eles pelos que têm propriedades semelhantes: 1) Leite e queijo; 2) Creme, peixe e ovos; 3) Gorduras (azeite, manteiga, banha, margarina, óleos); 4) Feculentos (pão, farinha, massas, arroz, batata, legumes secos) e açucarados (açúcar, confeitos, mel, etc.); 5) Frutos e legumes verdes; 6) Bebidas (água, vinho, cerveja, etc.). Enumera as características de cada grupo, destacando: a importância do leite como óptimo fornecedor de proteínas de alto valor biológico, de cálcio e fósforo, de vitamina B<sub>2</sub> e de vitamina A; a semelhança das proteínas da carne, do peixe (com ligeira vantagem) e dos ovos (estas parecendo mais equilibradas); a maior facilidade de absorção das gorduras muito emulsionáveis, como a manteiga, o azeite e a margarina, e maior dificuldade de absorção quando as gorduras são aquecidas; o inconveniente de considerar o pão como principal alimento, o que desequilibra a ração e provoca perturbações digestivas, acrescentando que o pão branco é pobre em minerais, vitaminas e celulose, e que o pão escuro é descalcificante devido ao ácido fítico e prejudica a absorção dos constituintes alimentares por ter elevada quantidade de indigestível glucídico; a importância de legumes e frutos como contribuintes em vitamina C, minerais e celulose; o relativo valor energético do vinho, que parece poder consumir-se em tanto maior quantidade quanto melhor for a alimentação, devendo existir uma relação entre a quantidade de álcool e a quantidade de vitamina B<sub>1</sub> da ração alimentar aproximadamente igual à exigida para a perfeita metabolização dos hidratos de carbono.

Insistindo na necessidade de compor a ração com alimentos variados, o A. apresenta um quadro em que fixa rações equilibradas compostas por géneros de uso comum. De esse quadro extraímos, como exemplo, os números que exemplificam uma ração diária para adulto com actividade média: leite — 350 gr.; carne, peixe e ovos — 145 gr.; azeite — 30 gr.; manteiga — 15 gr.; pão — 400 gr.; arroz ou farináceos — 35 gr.; legumes secos — 25 gr.; batata — 300 gr.; legumes verdes — 300 gr.; frutos frescos — 150 gr.; açúcar ou doces — 60 gr.; vinho — 250 a 500 gr.

COMPOSIÇÃO DE ALGUNS ALIMENTOS PORTUGUESES. — Colectânea de algumas análises de géneros alimentícios, sobretudo respeitantes ao seu teor em vitaminas. Refere também o resultado do estudo do pão, da seguinte maneira, em percentagens:

	Pão de 1. <sup>a</sup>	Pão de 2. <sup>a</sup>	Broa
H. de carbono . . . . .	49,4	36,4	34,0
Gordura . . . . .	0,54	0,46	1,58
Proteínas . . . . .	7,6	7,7	6,0
Calorias . . . . .	233	180	174
Celulose . . . . .	0,30	0,85	1,24
Cinzas . . . . .	1,0	1,9	2,2

ACÇÃO MÉDICA, XVI, — N.ºs 63-64 (Janeiro-Junho de 1952): *Questões morais da vida matrimonial*, discurso às parteiras por S. S. Pio XII; *Deontologia médica em Portugal*, por Luís de Pina; *Inseminação artificial e deontologia médica*, por Abel S. Tavares; *Santa Isabel*, por Castillo de Lucas; *Narco-análise*, por F. S. Pimentel das Neves.

DEONTOLOGIA MÉDICA EM PORTUGAL. — Neste trabalho encontram-se numerosas citações de factos que evocam a história da escola portuguesa de deontologia e das respectivas instituições, tais como: o 1.º Congresso Nacional de Deontologia Médica e Interesses Profissionais (Porto, 1912), do qual saiu o Código Deontológico; a introdução no ensino médico da disciplina de Deontologia; as figuras de Jerónimo de Miranda, Henrique Jorge Henriques, Rodrigo de Castro e Zacuto Lusitano, em cujas obras fulgem preceitos de moral médica.

INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL. — Concluindo o estudo do assunto encarado relativamente às indicações, e aos aspectos biológicos, médicos familiares e sociais, morais e jurídicos, o A. entende que o método carece de bases científicas, jurídicas e morais para a sua utilização prática; e que o médico que o praticar não só ultrapassa os limites da sua competência, como se arrisca a comprometer o seu bom nome e a consideração em que é tido, pela eventual eclosão de qualquer das complicações de ordem biológica, familiar ou jurídica, que de ele podem resultar.

NARCO-ANÁLISE. — A narco-análise é um processo de investigação de fenomenologia psíquica e de terapêutica psiquiátrica, efectuado por meio da aplicação de substâncias narcóticas: barbitúricos, protóxido de azoto, somnifene, etc., e actualmente pelo pentotal sódico ou o amytol sódico. Mediante a narco-análise, o indivíduo perde a tensão psíquica normal ou anormalmente constituída, evidenciando o material subconsciente armazenado. Isto dá ao método um grande interesse em psiquiatria, tanto para o diagnóstico como para a terapêutica, e dentro das indicações clínicas apropriadas é universalmente aceite. Já o mesmo não pode dizer-se da sua utilização fora de essas indicações psiquiátricas, e sobretudo com fins médico-legais e judiciais, não só porque é interdito ao psiquiatra perito sair fora da sua função de formular o diagnóstico (e só com este fim lhe é lícito utilizar a narco-análise), como (se fosse seu papel indagar da verdade de factos imputados ao examinado) o método é ineficaz na obtenção da verdade «*expressis verbis*», e portanto ilegítimo.

JORNAL DO MÉDICO. — N.º 489 (7-VII-1952): *Três casos de neuroblastoma das fossas nasais*, por F. da Silva Alves; *A propósito de colesteatomas*, por Jeremias da Silva; *Síndrome de Behcet*, por Artur Pina, Fernando Fonseca e Artur Branco. N.º 490 (14-VII): *Cefaleias em relação com vacuum sinus e hipertensivum sinus*, por Manuel Pinto. N.º 491

(21-VII): *Alterações neurológicas desencadeadas durante o tratamento do alcoolismo pelo bissulfito de tetractiltiurano*, por Miller Guerra e Pompeu Silva; *Dois casos de abscessos retro-bulbares, entre dezenas de fleimões do saco lacrimal, operados por via endonasal*, por Belarmino de Almeida e Sertório Sena. N.º 492 (28-VII): *Os primeiros resultados no tratamento da tuberculose cutânea com a hidrazina do ácido isonicotínico*, por Juvenal Esteves; *Pequenas azotemias e tratamento gereziano*, por Celestino Maia; *Princípios e fundamento da cura dos cardíacos por meio de vacinas*, por Gonzalez Suarez.

SÍNDROME DE BEHCET. — Consiste na tríade sintomática de lesões bucais de tipo aftoso e do tipo de eritema nodoso na pele, ulcerações da mucosa das vias genitais, e irite recorrente. No caso apresentado ensaiou-se tratamento por cortisona, complexo B, penicilina, anti-histamínicos e aureomicina. Só foi eficaz a cortisona contra a irite, e por ser esta a que dá gravidade à doença, parece ter-se encontrado o medicamento desejável, visto as outras lesões, apesar de recorrentes, serem benignas.

TRATAMENTO DA TUBERCULOSE CUTÂNEA PELA HIDRAZINA DO ÁCIDO ISONICOTÍNICO. — Nota prévia sobre o ensaio do medicamento em 5 casos, snedo 2 da forma vulgar de lúpus, 1 de tuberculose verrucosa, 1 de escrofuloderma com conjuntivite específica e tuberculides pápulo-necróticas, 1 de eritema duro de Bazin. Verificou-se nítida acção, de rápidas melhoras, caminhando as lesões para a regressão; mas os resultados, dado o pouco tempo decorrido, são apenas clínicos, sendo necessário ver se se mantém e se é preciso persistir na terapêutica.

REVISTA PORTUGUESA DE OBSTETRÍCIA, GINECOLOGIA E CIRURGIA, V, 1952 — N.º 1 (Jan.-Fev.): *Lesões traumáticas dos meniscos articulares do joelho* (continua), por F. A. Serra de Oliveira; *Morte e retenção do feto na cavidade uterina durante a gravidez*, por M. B. Rodriguez Lopez.

TRATAMENTO DA RETENÇÃO DO FETO MORTO. — Depois de descrever o que sucede ao ovo quando morre, pelo que é só na segunda metade da gravidez que o problema terapêutico tem interesse clínico, aponta as causas da morte do feto, a sintomatologia respectiva, os erros de diagnóstico que podem cometer-se, quer porque a grávida tome por movimentos do feto sensações de movimentos intestinais ou de contracções uterinas, quer porque a mulher deixe de sentir movimentos e seja difícil perceber os ruídos cardíacos do feto, quer porque se trate de gravidez ectópica tomada por gravidez normal, quer ainda porque se confunda com um útero miomatoso; a esta revisão geral do assunto, segue-se a parte relativa ao tratamento, na qual começa por notar que a doutrina clássica, até aos últimos anos, era esperar a obra da natureza, expulsando-se espontaneamente o feto morto.

Hoje, há ainda abstencionistas, mas há os intervencionistas sistemáticos, e há os ecléticos.

Os abstencionistas alegam que a expulsão se faz tanto mais facilmente quanto mais tempo durar a retenção, e que não há perigo enquanto o ovo morto se não abrir, ao passo que a intervenção pode ser perigosa, e inclusivamente pode, como já tem sucedido, extrair-se um feto vivo. Os intervencionistas argumentam com o risco de manter dentro do útero um corpo estranho que, pela sua natureza, acarreta à mulher preocupações e até neuroses, exige vigilância médica frequente pois há sempre possibilidade de rotura e infecção, e priva a portadora da sua vida de trabalho. Os ecléticos são abstencionistas enquanto não houver repercussão geral ou local, intervindo quando surgem, ou quando a retenção se prolonga por muito tempo, ou ainda quando as condições sociais da mulher indicam a conveniência da extracção. O A. quase pertence aos de esta última opinião, entendendo que deve começar-se pelos procedimentos mais simples e menos perigosos, para só adoptar outros em casos especiais.

Nos ovos pequenos, o problema é fácil, pois basta uma curetagem que é simples, desde que haja prudência e as devidas garantias de inocuidade. Nos fetos mortos nos últimos meses, aconselha o seguinte procedimento:

«Começaremos pela indução do parto com os meios excitadores indirectos de Matthews, que consistem em:

1.º — Dar um purgante de óleo de rícino, de 60 gramas.

2.º — Sulfato de quinino: 0,60 gramas. Meia hora depois, quando esteja a fazer efeito, dar um clister sabonoso.

3.º — Meia hora depois se injectará extrato retro-hipofisário (Pituitrina, Pituosona) cujas ampolas têm 10 unidades I, em forma fraccionada, de modo que se dêem 2 e 1/2 unidades cada vinte minutos, até chegar a dar 16 injecções. No total são ampolas que têm 40 U. I. Nos casos de hipertensão ou de gestose será dado o ocitócico retro-hipofisário sem factor hipertensor (Pitocin).

Este método de Matthews foi modificado, e em vez da quinina alguns dão quinino-cálcio intravenoso.

Além disto favorece-se a resposta miometrial, sensibilizando primeiramente a fibra uterina com estrogénios em doses fortes, alguns dias antes de se provocar o parto.

Entre os métodos directos, excitadores da indução do parto, que empregamos, citaremos o método de Aburel, e o do Dr. Garcia Vallenzuela.

O de Aburel consiste em injectar soro hipertónico salino através da parede do abdómen e do útero, na cavidade ovular, de 80 a 100 cm<sup>3</sup>, técnica perfeitamente regulada. Em geral inicia-se o trabalho de parto nas primeiras 24 horas. Pode repetir-se, se assim não suceder. Às vezes, em vez do soro salino hipertónico, empregamos soro glicosado hipertónico, com o mesmo resultado.

Garcia Vallenzuela injecta dentro do ovo soro sanguíneo duma par-

turiente normal, na quantidade de 20 cm<sup>3</sup>, tratando de aproveitar os princípios ocitócicos circulantes na parturiente dadora. O método dá bons resultados em alguns casos.

Em geral, às 24 ou 48 horas, estes métodos mostram-se eficazes. São ainda mais seguros se sensibilizamos anteriormente o miométrio com estrogénios, e se, feita a punção, deixamos sair alguma quantidade de líquido (Boero).

Outras vezes recorre-se, como agente excitador directo para indução do parto, ao balão de Champetier de Ribes.

Nalgumas circunstâncias raras devemos recorrer à cesariana vaginal, e, em casos excepcionais, à cesariana abdominal, quando por características especiais, que se podem apresentar em nulíparas, há partes moles pouco elásticas, pelves apertadas, colos por apagar e duros. Nestes casos, outra via chegaria a ser desastrosa. Convém sempre actuar com sulfamida local e, imediatamente depois da operação, sulfamida injectável e penicilina, de acordo com a gravidade do caso.

Quando o caso de feto morto e retido está dentro da morte habitual, havendo o perigo de que o factor RH possa ser a causa por a mãe ser RH negativa, não fazemos transfusões. Se chegarem a ser necessárias, devido a choque ou anemia, substituiremos então o sangue por plasma e soros, até que se possa fazer o estudo do caso no que respeita ao RH.»

O MÉDICO — N.º 49 (5-VII-1952): *O I Congresso Nacional de Medicina Tropical*, por Alexandre Sarmento; *Tratamento dietético da diabetes*, por Ernesto Roma; *A psicoterápia na clínica hospitalar*, por Azevedo Fernandes e Serra de Lemos; *Sobre medicina socializada*, por Silva Leal. N.º 50 (15-VII): *Relação da Previdência com a assistência social*, por Joaquim de Paiva Correia; *Hipófise e diabetes mellitus*, por M. Bruno da Costa; *Medicina do trabalho*, por Luís Guenreiro; *Ricardo Jorge na vida íntima*, por Carlos Santos. N.º 51 (25-VII): *Alocação na sessão inaugural do IV Congresso Luso-espanhol de Obstetrícia e Ginecologia*, por Moreira Júnior; *Similares osmóticos do sangue*, por Almerindo Lessa; *Circulação pulmonar*, por Celso Horta e Vale.

HIPÓFISE E DIABETES MELLITUS. — A hiperglicemia resulta da disfunção dos elos da cadeia «pâncreas e sistema antagonista hipófise-suprarrenal e tireóide. A diabetes não é sempre e apenas de origem pancreática; a hiperfunção do lobo anterior da hipófise é diabetogénica. Tem-se ensaiado com alguns resultados o emprego de substâncias antagonistas das hormonas ante-hipofisárias, mas uma substância que frene a sua produção seria certamente mais útil para a terapêutica.

SIMILARES OSMÓTICOS DO SANGUE. — Os solutos de hemoglobina não tem apreciável valor. O plasma não goza hoje da fama que teve e, embora tenha indicações, é assunto que continua em estudo. A utilização do líquido

ascítico é perigosa e pouco eficiente. Dos solutos coloidais não humanos, as proteínas injectáveis, associadas a grandes quantidades de soluto electro-lítico, tem acção fugaz e não podem considerar-se substitutos do sangue; os plasmas de animal dessensibilizados não substituem o plasma humano, dão frequentemente acidentes, não devem empregar-se; são-lhe preferíveis os preparados de gomatina, goma arábica, ou pectinas, mas sobretudo os dois mais modernamente aparecidos, que lhes são muito superiores, o P. V. P. (Polivinil-pirrolidona) e o Dextran, este principalmente, pois tem grande semelhança física como o plasma humano, sendo, no sentido mais lato, o melhor substituto quantitativo do sangue.

ACTA ENDOCRINOLÓGICA IBÉRICA, II, 1952 — N.º 1 (Jan.-Fev.): *Exploração de algumas funções do córtex suprarrenal no mixedema* (em espanhol), por F. de la Balze, F. Arrilaga e R. Mancini; *Tumores hipotálamo-hipofisários*, por Diogo Furtado.

TUMORES HIPOTÁLAMO-HIPOFISÁRIOS. — Depois de descrever os principais tipos de neoplasias da hipófise (adenomas, craniofaringiomas) descreve os respectivos sintomas de compressão e endocrínicos, e os quadros clínicos que uns e outros produzem, notando que por vezes se lhes associam sinais de lesões do hipotálamo. Quanto aos tumores de esta região diagnosticam-se por sintomas de hipertensão, radiográficos, de compressão das estruturas vizinhas e sintomas hipo-talâmicos pròpriamente ditos. A propósito de estes occupa-se da patologia do hipotálamo, que hoje é considerado como centro integrativo de primeira ordem das funções vegetativas e das relações de estas com o córtex, a periferia e o sistema das glândulas de secreção interna.

Os sintomas hipotalâmicos têm aspectos muito variados. O sono pode ser alterado, no sentido da hipersónia ou da insónia. O mesmo sucede com a temperatura do corpo. As alterações do instinto sexual também podem fazer-se nos dois sentidos, mais vulgarmente no do infantilismo e insuficiência genital. A fórmula hemática pode aparecer modificada, sobretudo com leucocitose. Perturbações do metabolismo dos hidratos de carbono no sentido da diabetes glicosúrica e da água dando diabetes insípida, são eventualidades frequentes. Têm sido apontadas a extrema adinamia, a sialorreia exagerada, e, pelas relações com a hipófise, a obesidade. São frequentes as alterações vegetativas da pele, como rubor, sudação, modificações dos pêlos; e também hiper ou hipotensão.

Toda esta sintomatologia se congrega por formas diversas em quadros complexos.

Por último refere-se à epilepsia por excitação do diencefalo e aos síndromas psicóticos que tem a sua origem em lesão hipotalâmica, notando que o hipotálamo não é apenas o centro que preside às funções vegetativas, mas o regulador dos metabolismos, interessando todos os aspectos da vida, inclusive intervindo no psiquismo.

## SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

### Conclusões de um simpósio sobre asma

Pois que o problema da asma interessa todo o clínico geral, não é demais voltar aqui a tratar de ele; o que se segue representa as conclusões de um simpósio em que colaboraram vários internistas da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, e foram escritas pelo professor de Clínica Médica Luís CAPRIGLIONE, e publicadas na revista *O Hospital* (Junho de 1952), de onde as extraímos. Comentam as respostas dadas a várias perguntas que constituíram as bases do simpósio.

#### I — Usa sistematicamente vacinoterapia na asma?

Pelo que acabamos de ouvir dos 4 simposistas há um acordo unânime em não usar sistematicamente a vacinoterapia na asma, e quando a empregam as preferências são para as vacinas de estoque e não as autógenas.

No momento, escreve Cooke, não se pode negar a existência de asma infecciosa, considerada alérgica, do mesmo modo que a resultante do contacto com inalantes ou com alimentos; porém, a vacinoterapia como terapêutica parece-nos ser uma indicação empírica. Curry ainda recentemente, no entretanto, afirma que o papel da alergia nas infecções bacterianas associadas com a asma não parece racional.

Se fomos orientar nossa diagnose pelos testes cutâneos, teremos dificuldade em admitir asma infecciosa. É, aliás, o pensamento de Blamoutier quando afirma não agir a vacinoterapia por dessensibilização específica como pensam muitos autores americanos, e, entre nós, muitos alergistas.

Há uma nítida indicação da vacinoterapia, aliás, como dos antibióticos e das sulfas nas reacções bronquíticas, diminuindo a infecção, modificando os exsudatos brônquicos e a irritação das terminações nervosas do aparelho respiratório desencadeante do espasmo brônquico, que é a característica fundamental para Cooke da asma, factor primacial no desencadear e manter a crise da asma. Acentue-se, porém, que tanto as sulfamidas como a penicilina devem ser empregadas com cautela em indivíduos com terreno alérgico. São já consideradas clássicas as experiências de Rich, que com estas substâncias pôde provocar em animais acidentes de sensibilização de gravidade excepcional, tais como a periartrite nodosa, lesões lupus-simile, reumatóides. O estado de mal asmático pode ser entretido por uma vacinoterapia continuada.

Não resta dúvida que o emprego de medidas tendentes a impedir surtos infecciosos, especialmente gripes e corizas estacionais e a corrigir os focos tem aplicação, evitando as causas desencadeantes da síndrome asmática. É esta, a nosso ver, a maior aplicação da vacinoterapia.

Com a finalidade de curar a asma somos um tanto descrentes das vacinas. Quando ainda não havia a especialização entre nós, e os casos de asma iam ter às mãos do clínico geral, empreguei largamente a vacinoterapia sem, porém, resultados compensadores e mesmo muitos casos tratados por distintos alergistas, que tenho visto, não me convenceram da eficácia desse método terapêutico. A vacinoterapia exige a associação de outras medidas curativas, quanto a constituição individual e a condições fenotípicas, pois a asma continua ainda a ser um mistério e a sua terapêutica cheia de dúvidas. O grande número de métodos de cura mostra a nossa pobreza de recursos úteis. A mesma arma terapêutica pode não só melhorar como agravar ou desencadear a crise da asma, facto este já observado por vários autores com o choque eléctrico, a insulino-terapia e o emprego do ACTH. Na clinica devemos servir-nos de todos na dependência do terreno e das exteriorizações sintomatológicas.

Um dos simposistas refere-se à crisoterapia. Há seguramente três lustros

empreguei este recurso terapêutico de origem germânica com evidentes bons resultados. A estimulação por esta droga do S. R. E. modificando a capacidade reactiva pela sua acção fermentativa e produtora das reaginas seria a base do fenómeno.

Os estudos modernos sobre a aplicação da cortisona e ACTH na asma vem aproximar esta acção da do ouro. No genial conceito de Selye a asma representa essencialmente uma doença de adaptação, e a acção favorável das substâncias adrenérgicas e os glucocorticóides se explicaria por uma descarga de hormónios da suprarrenal como mecanismo de defesa contra a resposta alérgica. Rose e col. observaram quando do emprego do ACTH grande aumento da eliminação urinária de histamina e histidina nas remissões das crises de asma.

II — *Quais os factores etiológicos da asma brônquica mais importantes, em nosso meio?*

Os estudos feitos entre nós parecem acordar que os alérgenos mais frequentes e importantes são os inalantes (pó de habitação, emanação de origem animal e vegetal, etc.), os fungos e bactérias do ar, sendo menos importante o alimentar e medicamentoso. Na criança, de menos de dois anos de idade, parece que a alimentar e as bacterianas são as mais encontradas.

III — *Qual a sua conduta terapêutica no estado de mal asmático?*

No estado de mal asmático, além da hiperexcitabilidade neuropsíquica, factores locais brônquicos ou gerais interferem no manter prolongada a crise asmática, a qual engravece o prognóstico. As necropsias de 8 casos de morte em estado de mal asmático apontaram uma obstrução brônquica por uma secreção extraordinariamente viscosa e tumefacção acentuada da mucosa brônquica. O espasmo tem aqui papel de segunda importância.

Kallós e Pagel observaram em 2 cobaios com asma alérgica experimental, não só em broncogramas como na autópsia, oclusão dos bronquíolos e intenso enfisema agudo.

Dáí, a orientação a seguir será: 1.º) diminuir a excitabilidade neuropsíquica; 2.º) modificar e diminuir a consistência das secreções brônquicas; 3.º) facilitar a expulsão das secreções por meios medicamentosos ou pela broncoscopia aspiradora; 4.º) combater as alterações humorais, a infecção, a debilidade cardíaca e as demais condições capazes de manter o estado de mal asmático; 5.º) modificar a excitabilidade neurovegetativa, a tumefacção da mucosa brônquica, os distúrbios da circulação pulmonar e da hematose.

Para diminuir a excitabilidade neuropsíquica, os barbitúricos e uma psicoterapia bem orientada não só para o paciente como com a família, são os mais indicados. Contra-indicamos formalmente a morfina pela acção sobre o centro respiratório e diminuição da tosse. Vaughan e Graham relataram casos de morte, facto idêntico já tivemos oportunidade de assistir após o emprego do sedol. Cooke não a contra-indica e prefere o pantopon dada a sua acção emetizante, que viria aliviar a mucosa brônquica de secreção viscosa.

O grau de viscosidade excessiva da secreção brônquica se beneficiará pelo uso dos iodetos, sais de amónio, soros fisiológicos e glicosados isotónicos, estes destinados a hidratar os pacientes e assim fluidificar a secreção, por força do suor excessivo que apresentam. Se, porém, o paciente se apresentar bem hidratado, o soluto hipertónico glicosado a 25 ou 50% endovenoso pode trazer o descongestionamento da mucosa. O emprego dos expectorantes e especialmente do xarope de ipeca auxilia, ou, então, resultados surpreendentes e rápidos são obtidos com a bronco-aspiração.

O papel do sistema nervoso vegetativo na crise da asma ainda não está bem esclarecido. Sabe-se que constituem elementos integrantes da crise a broncoconstricção, a vasodilatação e edema da mucosa brônquica, a hipersecreção brônquica e a contractura dos músculos respiratórios. Qual dos elementos o primacial? Sob a influência da escola de Eppinger e Hess passaram os autores a considerá-la exemplo da vagotonia. A frequente eclosão nocturna (sub

galo canti) a ausência da febre índice de simpatectomia, a experimentação e benéficos resultados das drogas simpaticomiméticas falam a favor de uma estimulação vagal. O conceito de Eppinger e Hess, porém, não pôde ser mantido e as escolas modernas de Bergmann, Castellino e Pende, etc., tendem para uma concepção mais de acordo com a clínica, a experimentação e a própria inervação brônquica.

Deve-se mais falar em distúrbio neurovegetativo. Vejamos os factos demonstrando o que acabamos de dizer. Se de um lado a beladona e a atropina, em menos intensidade por força dos efeitos laterais, a ressecção das fibras vagais pulmonares e as drogas simpaticomiméticas aliviam a asma, com a interrupção cirúrgica das vias simpáticas pulmonares, a novocainização do gânglio estrelado (Leriche e Fontaine) atinge-se os mesmos resultados.

Verney relata curas com a pilocarpina — substância vagomimética. Goodman e col. com a dibenamina e tetraetilamónio e Curry e col. com a deidroergocornina.

Já Breimer atribuía a broncoconstrição como factor determinante da crise de asma e como a musculatura circular se contraía pela excitação do pneumogástrico e se dilatava pelo simpático logicamente a broncoconstrição era um fenómeno dependente de uma irritação do vago.

De facto a excitação experimental do pneumogástrico provoca broncoconstrição, a lesão deste nervo nos processos tumorais vizinhos, as experiências de Villaret e col., em 1934, com metilacetilcolina e as de Moll, em 1940, com mecolil, desencadeavam crises nítidas nos asmáticos, rapidamente curáveis pela atropina; porém os normais não as apresentavam, a não ser sinais gerais de estimulação parassimpática.

Tiffeneau empregando aerossóis de acetilcolina, substância vasodilatadora e broncoconstritora, e de priscol, mais vasodilatadora que a acetilcolina mas sem acção sobre o brônquio, e a observação broncoscópica dos espasmos em plena crise confirmaram o papel da broncoconstrição na asma. Porém, é necessário que a excitação seja ao nível das terminações sensitivas brônquicas ou pulmonares e desencadeadas pelo alérgeno ou espinha irritativa brônquica.

Não se pode, porém, superestimar o papel do espasmo brônquico produzido pelos reflexos vegetativos de curto ou longo circuito. A hipersecreção da mucosa brônquica constitui para certos autores o fenómeno principal, o que aliás estaria de acordo com a nova orientação de Ameuille e sua escola sobre o papel da hipersecreção neurovegetativa como 1.<sup>a</sup> fase das bronquites. A experimentação em cobaios mostra que a ela se deve a instalação do estado de mal asmático. Nas perturbações vasomotoras brônquicas responsáveis pela vasodilatação e edema da mucosa brônquica se filiariam para Leriche as desordens do sector simpático, tendo alguns autores encontrado lesões nos gânglios simpáticos.

Estes factos levam à suposição de que na asma há um distúrbio neurovegetativo em que os reflexos se podem originar na árvore brônquica ou mais raramente à distância, com hiper-secreção, edema mucoso e vasoconstrição. As terminações nervosas agiriam como órgãos efectores sob a acção da histamina aí produzida, isto é, no brônquio considerado órgão de choque. Os distúrbios da circulação pulmonar não parecem ter grande influência na crise de asma, já que a adrenalina aumenta a pressão na artéria pulmonar e alivia a crise, a metilcolina também eleva a pressão da artéria pulmonar e a desencadeia, e aminofilina faz cair a referida pressão melhorando a crise.

No estado de mal asmático a hematose se perturba, acentuadamente, havendo enfisemas agudos pela obstrução dos bronquíolos — daí a invocação da oxigenoterapia. Os estudos modernos vêm apontando o papel dos distúrbios endócrinos e metabólicos, embora ainda não se achem bem esclarecidos. As novas pesquisas com a cortisona, ACTH, o metabolismo do potássio, cálcio e água, ligadas sempre à reacção de alarme, merecem uma particular atenção.

A teoria histaminica da asma é sedutora, embora a terapêutica pelos agentes antihistamínicos, pela histaminase e o que é paradoxal pelas pequenas doses de histamina só tenha dado resultados favoráveis em alguns casos. Aliás é pensamento da escola francesa de P. Valery Radot que em apenas 10% dos casos a alergia seja um factor proeminente da asma.

O uso dos simpaticomiméticos no mal asmático nem sempre é aconselhado não só pela excitabilidade neuropsíquica que acarreta como porque instala-se um certo estado refractário a eles. A aminofilina endovenosa ou em supositório tem aqui sua grande indicação.

A piretoterapia e febre pela vacinoterapia são por vezes empregadas e com bons resultados, com o intuito de vencer o estado de mal.

IV — *Quais as indicações, contra-indicações e resultados terapêuticos com os aerosóis?*

Parece que os aerosóis têm indicação quando há infecção brônquica (antibióticos). Nos casos não infecciosos pode piorar em vez de melhorar, por agir como irritante.

V — *Quais os recursos que prefere quando não consegue realizar o tratamento específico e que resultados tem obtido?*

O Dr. Rinaldo De Lamare diz que a pergunta é essencialmente clínica. Estou em absoluto acordo com esse modo de pensar. Ao estudarmos alguns aspectos da patogenia da asma verificamos quão complexa ela é. Daí a terapêutica dever atender aos diversos mecanismos patogénicos, Modificar o meio humoral, o terreno endócrino, o psiquismo, as dessensibilizações específica e inespecífica, tratar as infecções dos seios nasais, das amígdalas (radioterapia), as espinhas irritativas a distância (apendicite, colecistite, etc.), a sífilis, e indicar uma dieta apropriada constituem a orientação a ser seguida.

A dessensibilização específica (vacinas, histaminoterapia, osmoterapia glicosada, etc.) e inespecífica, o bloqueio do S. R. E. (crisotropia, metaloterapia pesada, tuberculinoterapia), a acção sobre o sistema de defesa orgânica (cortisona, ACTH, insulino-terapia e provavelmente a auto-uroterapia, tireoidoterapia e auto-hemoterapia) e sobre a excitabilidade neuro-muscular (calcio-terapia) devem sempre estar na mente do clínico diante dos casos rebeldes.

Estou de acordo com o Dr. Clementino Fraga Filho quando se refere à necessidade de um maior número de investigações sobre as relações entre a insuficiência hepática e a alergia.

As escolas alemã e francesa foram as que propugnaram por uma relação de causa e efeito entre essas duas condições. Desde 1913, Pick e Rek procuraram mostrar na clínica o papel importante da insuficiência hepática na alergia de origem entérica. Os argumentos terapêuticos da drenagem sistemática vesicular porém não são bastantes para convencer-nos.

Atribuíram os autores franceses a alteração da função proteopéxica do fígado, que acarretaria a invasão por proteínas estranhas da circulação, o mecanismo desencadeante do fenómeno alérgico. Mauwaring chega a admitir a produção endógena ao nível do fígado lesado de substâncias com o carácter de alérgenos, e, aproximando-se desta interpretação com feição mais moderna Dragstedt admite no choque anafiláctico a liberação de substâncias histaminosimile pelo fígado, para a circulação. No choque anafiláctico os estudos mostram alterações hepáticas e perturbações rotuladas pela escola de Widal de hemoclasia.

Não há, porém, ainda um estudo estatístico sobre as possíveis relações entre insuficiência hepática e asma.

Será mera coincidência, ou aquela favorecerá a eclosão da asma? No momento é de resposta difícil, mesmo porque o próprio conceito de insuficiência hepática está em plena transformação. Não é só a função proteopéxica que deve ser pesquisada nem tão-pouco as recentes provas de floculação, mas deve-se voltar um pouco as vistas à função capital do fígado, glicogenese e

glicogenolise ou melhor o metabolismo dos glucídios: Há muito tempo que investigadores mostraram nítido efeito antialérgico da glicose quer por via oral quer endovenosa, e na experimentação em animais conforme citação de Urbach a mistura de glicose e antígeno não produzia o choque ou quando o produzia era atenuado. Barber e Oriel admitem que a perturbação da função péxica do fígado nas doenças alérgicas leva a aumentar o conteúdo do glicogénio hepático. Daí Urbach aconselhar, com o que obteve bons resultados, como norma de tratamento da asma, a insulina associada à glicose.

A dificuldade em avaliar a suficiência hepática, levou autores da escola francesa com Fiessinger à frente, a praticar a exploração das funções hepáticas com o chamado método dos instantâneos hepáticos, isto é, pesquisas na urina e sangue de vários metabólitos e a perturbação da coagulação sanguínea.

Infere-se do que acabamos de ver que torna-se necessário colocar o problema na ordem do dia para que em definitivo seja resolvido.

### Tratamento médico da hipertensão arterial

A hipertensão arterial não é uma entidade nosológica de etiologia única; é um processo final ao qual se pode chegar por diversos caminhos, e só em determinados casos se pode fazer terapêutica etiológica (como sejam os de origem renal), contentando-nos geralmente em procurar melhorar os doentes por meio das clássicas medidas de repouso físico e psíquico, de medicamentos vaso-dilatadores e sedativos, etc. Estas medidas são por todos conhecidas, e por isso na revista geral dedicada ao assunto, R. ALCALÁ NUÑEZ deixa-as de parte, para se ocupar apenas dos modernos progressos. (*Rev. Clínica Española*, 30 de Abril de 1952).

1 — *Novas drogas bloqueadoras da hipertensão.* — São várias. As mais importantes são os derivados da 1-hidrazinoftalazina, dos imidazóis, do tetraétilamónio, e os compostos de metónio e as benzodioxanas.

A primeira de estas substâncias mostrou-se activa e portanto útil. A sua acção exerce-se lentamente, pois às vezes só se observam bons resultados depois de dez ou mais dias de tratamento.

Os compostos de metónio (penta, hexa ou decametónio) tem acção enérgica e rápida, sendo preciso usá-los com muita cautela, pois a queda da pressão pode ser tão grande que ponha em risco a vida do doente; aconselhe-se o doente a contrair os músculos abdominais e a andar depois da aplicação da droga, pois assim se diminui tal risco. Dão-se estes compostos por via intramuscular (a via venosa exige vigilância da reacção do enfermo, à medida que se vai dando lentamente a injeção), ou por via oral, a intervalos que mantenham os efeitos obtidos com a primeira dose, ou seja de quatro em quatro ou de seis em seis horas.

O tetraétilamónio tem dado resultados muito inconstantes, e muitos autores negam a sua utilidade. O mesmo se pode dizer dos derivados dos imidazóis (Priscol, Regitina), e dos outros bloqueadores adrenérgicos, como a dibenamina, as benzodioxanas, os derivados da cravagem de centeio, etc..

2 — *Derivados do «veratrum viride».* — Não é terapêutica moderna o uso do extrato da planta, mas o isolamento das suas diversas fracções úteis é recente. Vários autores louvam o seu emprego, outros consideram mediocres os resultados obtidos. Do que se concluiu que a sua acção, benéfica nuns casos, resulta noutros ineficaz.

3 — *Extratos renais.* — Tem sido empregados com êxito na hipertensão maligna. Seja porque contém quaisquer substâncias que juntas à renina influem sobre o rim do doente e consequentemente sobre a hipertensão, seja, como querem outros, que actuem inespecificamente provocando reacções gerais semelhantes ao choque, a verdade é que a sua utilidade na hipertensão maligna parece ser real.

4 — *Vitamina A.* — Em grandes doses, foi preconizada, mas logo foram abandonados os ensaios clínicos, por falta de resultados dignos de nota.

5 — *Sulfocianetos e sulfocianatos.* — A acção dos nitratos e nitritos é sobejamente conhecida. Foram propostos, como sucedâneos de estas drogas clássicas, principalmente os sulfocianatos (os sulfocianetos são muito tóxicos); na maioria os autores afirmam conseguir com o seu uso bons resultados, mas tem de empregar-se com grande precaução na variável dose a estabelecer para cada doente, porque expõe a fenómenos tóxicos, frequentemente e por vezes muito graves.

6 — *Cortisona e ACTH.* — Depois de vários estudos chegou-se à conclusão da sua ineficácia.

7 — *Radioterapia.* — A que incide no seio carotídeo tem produzido remissões por vezes duradouras. A radioterapia da hipófise tentou-se sem qualquer resultado.

8 — *Dieta.* — Tem variado os conceitos sobre a alimentação dos hipertensos, primeiramente restringindo a ração sobretudo em gorduras, depois nestas e em proteicos, e mais tarde visando-se sobretudo o sal; chegou-se assim à dieta de redução global e sem sal, ou melhor sem sódio. De esse novo tipo dietético a pauta que logrou mais difusão foi a proposta por Kempner, a dieta de arroz. Mas viu-se que nesta dieta quase sem sal e com poucas proteínas, o que influa benéficamente era a ausência quase total de sódio, e por isso vários autores indicaram ementas organizadas por forma a excluir esse elemento: assim a de Page, formada com leite a que se retirou o sal, batatas, oleomargarina e açúcar. Observando-se, porém, que a privação de sódio dava lugar a alterações importantes nos líquidos orgânicos, inclusive ao aparecimento de uremia extrarrenal, hoje é-se menos rigoroso, e empregam-se dietas mais largas do que as acima referidas, e com pouco cloreto de sódio; Goldring, por exemplo, estabelece a ração diária com valor à roda de 2.500 calorias e leva até 6 gr. a quantidade de cloreto de sódio que o doente pode tomar.

Outros procedimentos terapêuticos, outras drogas além das mencionadas tem sido propostos; mas é inútil mencioná-los, pois ou não foram aceites como meios terapêuticos úteis, ou estão ainda em estudo, como sucede com as amino-quinalinas louvadas por Loofbourow.

### Tratamento das doenças musculares primitivas

Em *Revista Clínica Española* (31-v-1952), L. HERNANDO AVENDAÑO passa em revista o valor dos meios terapêuticos empregados nas distrofias próprias dos músculos: miatonía congénita, distrofia miatónica, distrofia muscular progressiva, miastenia grave.

A miatonía congénita (doença de Thompsen) caracteriza-se por dificuldade do relaxamento do músculo depois de enérgica contracção voluntária, dificuldade que vai atenuando com a repetição do mesmo movimento. Começa na infância e dura toda a vida. Nunca se observam atrofia musculares, antes se desenvolve hipertrofia. Os doentes, vendo que a repetição dos movimentos facilita a sua execução, defendem-se mantendo actividade muscular o mais possível constante, e só se medicando quando as manifestações são mais intensas. É que o tratamento consiste na administração de quinina, nas doses de 0,3 a 0,6 gr., três vezes por dia, cuja acção se reforça com grandes quantidades de cálcio; tratamento que produz habituação, além dos transtornos incómodos que provoca, pelo que deve dar-se por períodos curtos, de uns oito dias, intervalados por igual período de tempo.

A distrofia miatónica (doença de Steinert) é também afecção hereditária, caracterizada por atrofia muscular acentuada principalmente na face, nuca e antebraço, menos frequentemente incidindo nos braços e pernas e raramente no tronco; há reacção miatónica (dificuldade para o relaxamento depois de



excitação mecânica). As perturbações musculares quase sempre são acompanhadas por alterações tróficas de outros órgãos: catarata, atrofia testicular, calvície, queda de dentes, acrocianose, esclerodermia, perturbações cardíacas. A quinina e a cortisona reduzem transitóriamente a resposta miotónica, mas a sintomatologia persiste. Não há qualquer medicação útil para esta doença.

A distrofia muscular progressiva é igualmente enfermidade hereditária, de carácter recessivo, manifestada por emagrecimento e progressiva debilidade muscular. Há várias formas clínicas, que podem compendiar-se em três tipos: forma pseudo-hipertrofica, forma juvenil e forma de Landouzy-Dejerine. No ponto de vista etio-patogénico tem-se formulado várias hipóteses, e de acordo com elas tem-se proposto diversas terapêuticas. Assim, supondo-se que a doença era devida a lesão da via vegetativa do trofismo dos músculos ensaiou-se a adrenalina e a pilocarpina, com efeito imediato, pelo que respeita à facilitação dos movimentos, mas efeito inconstante e pouco duradouro, de horas. Ao verificar-se que em tais doentes há grande perturbação do metabolismo da creatina, eliminando-se esta em grande quantidade pela urina, passou a administrar-se glicocola, em doses altas, de 15 gr. por dia. Com este amino-ácido se conseguiram melhoras clínicas e metabólicas, pois a creatinúria desaparecia e reaparecia a creatinina na urina, melhoras que se prolongavam durante semanas depois de longo período de tratamento; mas os resultados não são constantes, e o medicamento continua a aplicar-se, à falta de melhor. Porque nos animais carenciados em vitamina E se produz um quadro semelhante ao da doença, experimentou-se, mas sem benefício. Por parecida razão se experimentou a vitamina B6, em dose de cerca de 100 miligramas por semana, continuamente, durante meses; os resultados tem sido incertos, inconstantes. Últimamente foi proposta a insulina; faltam dados suficientes para apreciar a sua possível utilidade. Em resumo, não há medicação eficaz, e geralmente tem de se recorrer a aparelhagem que facilite os movimentos aos enfermos que, ensaiados vários tratamentos, depois de algumas melhoras, vêm persistir as suas incapacidades.

A miastenia grave (doença de Erb-Goldflam) caracteriza-se por grande fadiga, com recuperação depois de algum descanso. Afecta principalmente os músculos voluntários, e entre estes sobretudo os extrínsecos do olho, os faciais, os masseteres, os músculos relacionados com a emissão da nárvica, os do pescoço, espádua e anca. Relativamente frequente nos países nórdicos, é rara nos meridionais. Não tem carácter hereditário e incide preferentemente na segunda e terceira décadas da vida. Parece dever-se a perturbação do metabolismo da colesterinase, nas sinapses musculares. A anatomia patológica mostra que há infiltrações de elementos leucocitários e por vezes semelhantes às células do timo, que em muitos doentes está alterado.

O tratamento tem variado com maior ou menor benefício. Foi utilizada a efedrina, hoje só empregada para reforçar a acção de prostigmina, que é o medicamento de eleição, pois com ele se obtém melhoras tão notáveis que pode em muitos casos falar-se em cura clínica; é tão grande a sua acção, que se emprega como prova diagnóstica, pois se uma injeccção da droga imediatamente faz desaparecer a miastenia, é porque se trata da doença de Erb, e não de falta de força muscular por outro motivo. Tem-se procurado explicar esta acção por várias maneiras, mas o que importa é saber-se a sua notória actividade. As doses dependem da gravidade de cada caso, de meio a um miligrama, bastando geralmente administrar-se por via oral. A sua toxicidade é pequena quando se não abusa da dose, mas tem os inconvenientes de ser muito transitória a sua acção, o que obriga a repetidas tomas, tornando incómodo e caro o tratamento. Alguns doentes não logram benefício tão grande que lhes permita fazer uma vida normal.

Isto levou a procurar outros medicamentos, visto haver-se reconhecido que a glicina tinha efeitos inconstantes, e com o potássio em altas doses só se

obterem melhoras sintomáticas, úteis como reforço das produzidas pela prostigmina. De entre as substâncias ensaiadas merece destaque a T. E. P. P. (tetra-etil-pirofosfato), que tem sobre a prostigmina o defeito de ser menos activa, mas que tem a vantagem de serem mais duradouros os seus efeitos. Combinada com a prostigmina, administrando-a uma hora antes pelo menos (nunca junta ou depois), parece que se conseguem acções mais úteis. As consequências tóxicas são pequenas e tal como sucede com a prostigmina são dominadas facilmente por meio da atropina.

Outra droga preconizada, como sucedâneo da prostigmina, também de acção mais duradoura, é a O. M. P. A. (octametil-piro-fosforamida), cujo benéfico efeito pode prolongar-se por vinte e quatro horas.

Sucessos notáveis, em doentes jovens, tem-se conseguido com a timectomia; há que contar, no entanto, com fracassos, e com a mortalidade operatória relativamente alta. O mesmo, quanto à variabilidade dos resultados, se pode dizer da radioterapia do timo.

Outros procedimentos tem dado alguns resultados na mão de vários autores, ao passo que na de outros nada tem dado: ACTH e cortisona, amino-ácidos, extracto de lobo posterior de hipófise, mostarda nitrogenada, etc.

Em resumo: — Das quatro doenças mencionadas, há duas para as quais pode dizer-se que não há terapêutica útil: a distrofia miotónica e a distrofia muscular progressiva. Há uma, a miatonia congénita, em que se obtém geralmente nítidas melhoras com a quinina e grandes quantidades de cálcio; finalmente, na miastenia grave, pode conseguir-se diminuição dos sintomas com a administração continuada de prostigmina ou de um anticolinesterésico de síntese (O. M. P. A. ou T. E. P. P.), sendo bons adjuvantes de estas drogas o citrato ou o cloreto de potássio, e a efedrina.

### **Tratamento hormono-salicílico da febre reumatismal**

M. JANBON, L. BERTRAND, J. SALVAING & R. LABAUGE dão conta do método que empregam nessa associação medicamentosa, e dos resultados que tem obtido, em *Presse Médicale* (22-IX-1951). Trataram 18 doentes (15 crianças e 3 adultos), com doses várias de cortisona, a que se seguiu a terapêutica salicilica.

Começam com forte dose de cortisona, de 300 a 400 miligr. no adulto, dadas em duas ou três doses, no primeiro dia; nos dias seguintes, a dose diária é reduzida para 100 miligr. Geralmente, ao 3.º ou 4.º dia a febre cai. Nalguns casos estas doses tem de ser aumentadas, por a febre persistir. Nas crianças as doses andam por metade das do adulto.

Uma vez apirético, o doente passa a ser tratado com a medicação pelo salicilato ou pelo gentisato, que é o tratamento fundamental, pois a cortisona o foi só de ataque.

O fundamento teórico do emprego da cortisona vai buscar-se aos estudos experimentais que mostraram que os preparados salicilados actuam estimulando a secreção hipofisária corticotrópica. E sendo assim, as duas espécies de substâncias terão acções da mesma ordem, que consistem numa inibição da hialuronidase. Aproveita-se a cortisona no começo por dar efeitos mais rápidos.

Com o procedimento que os AA. adoptam, os derrames reabsorvem-se depressa. Mas a principal vantagem que lhe encontram refere-se à endocardite, quando o método não é aplicado tardiamente.

Os casos que trataram dividem-se em três grupos: 5 tratados precocemente antes da doença ter 11 dias, sem manifestação endocárdica; 3 tratados com 13 a 18 dias de doença, todos com endocardite antes ou depois do tratamento, mas que em todos eles cedeu; 4 tratados com 20 ou mais dias de doença e com endocardite que persistiu. Vê-se por aqui a importância da terapêutica cedo instituída.

O método evita a intolerância para as altas doses de salicilato que tem de se dar inicialmente para jugular a infecção, e os resultados parecem sem dúvida superiores aos do procedimento clássico.

### Insuficiência suprarrenal após o uso da cortisona

A complicação é rara, mas pode surgir com pequenas quantidades da droga, como apontam J. HOULI & R. DA FONSECA, relatando um caso de reumatismo em que graves perturbações apareceram depois do doente, com reumatismo articular, ter tomado apenas 100 miligramas por dia durante cinco dias, e 50 miligramas durante vinte dias, isto é, um total de 1.500 miligramas em vinte e cinco dias. Melhorado muito dos padecimentos articulares, mas com sinais de intolerância, por recaída teve de tomar mais 500 miligramas de cortisona. Então surgiu profunda astenia, dores pelo corpo do tipo polinevrítico, violentas, profundas, anorexia com vontade exclusiva de comidas salgadas, escurecimento da pele da face e das mãos; emagrecimento acentuado, astenia psíquica, perda do libido e da potência.

O facto de atrofia das cápsulas suprarrenais provocada pela cortisona é bem conhecido, tendo sido assinalado por muitos: Thorn, Freiberg, Coste, etc. Casos graves tem sido citados, com confirmação necrótica, como o de Procter e Rawson. Mas geralmente isso dá-se com altas doses ou muito prolongada administração; o caso dos autores acima citados, publicado em *Arquivos Brasileiros de Medicina* (Março-Abril de 1952), mostra que a mesma consequência se pode dar com doses pequenas e dadas por limitado espaço de tempo.

---

## NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

---

SOCIEDADES MÉDICAS. — Trabalhos ultimamente apresentados: — *Sociedade das Ciências Médicas*: Vacinação contra a difteria na população escolar de Lisboa, por Daniel Monteiro; Tratamento pelo ACTH do lupus eritematoso disseminado, por Neiva Vieira; Tratamento cirúrgico da ozena, por Belmiro de Almeida; As bases científicas da medicina social, por Fernando Correia; Factores que contribuem para a cirurgia pulmonar, por Raúl Faria; Cirurgia reparadora da pele, por Carlos Elias da Costa; Fisiopatologia do estrabismo concomitante, por Rui Puga; Semiologia pre-operatória do estrabismo, por Fernando Lacerda; Tratamento do estrabismo concomitante, por Henrique Moutinho. *Sociedade P. de Neurologia e Psiquiatria*: O 25.º aniversário da primeira angiografia cerebral, por Almeida Lima; Um caso de megacarótida, por Diogo Furtado e Álvaro de Ataíde; Alguns casos de espasmo da carótida interna, por Vasconcelos Marques e Moradas Ferreira; Um caso de aneurisma da carótida interna no seio cavernoso, por Lelo Antunes; Prova da sensibilidade isquémica, por Barahona Fernandes. *Reuniões médicas do Hospital do Ultramar*: Isótopos radioactivos na investigação e na clínica, por Domingos Filipe; Anemias e gravidez, por Pedro Monjardino.

SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS. — A direcção eleita para o próximo ano académico será presidida pelo Dr. Alberto Mac Bride, tendo como vogais os Drs. Xavier Morato, Rafael Coelho e Joaquim Martins. Foi eleito secretário geral perpétuo o Prof. Costa Sacadura, tendo como adjunto o Prof. Adelino Padesca.

SOCIEDADE P. DE MEDICINA INTERNA. — Foi eleita a direcção desta nova agremiação científica, a qual ficou assim constituída. presidente, Prof. Mário

Moreira; vice-presidente, Profs. Rocha Pereira e Vaz Serra; secretário geral, Prof. Xavier Morato; secretários adjuntos, Prof. Arsénio Cordeiro e Dr. Gomes de Oliveira; tesoureiro, Dr. Alfredo Franco.

**RADIOACTIVIDADE EM MEDICINA.** — Na Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos realizou-se um simpósio sobre este tema. Depois de uma apresentação da importância do assunto pelo Prof. Diogo Furtado, os cientistas ingleses Drs. N. Veall e J. D. Abatt falaram sobre «Isótopos radioactivos na investigação e no diagnóstico clínico» e «Funções e doenças da tiróide estudadas pelo iodo radioactivo». O último abordou ainda o tratamento da policitemia pelo fósforo radioactivo.

**INTERCÂMBIO.** — Na Sociedade P. de Oftalmologia, o Prof. Moura Brasil, do Rio de Janeiro, falou sobre cirurgia ocular. No Instituto Câmara Pestana, sobre os seus trabalhos da bacteriologia, falou o Prof. H. Cox, de Londres. Na Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos, o Prof. H. Young tratou da hérnia do disco intervertebral. No Hospital Escolar de Lisboa, conferência do Dr. L. Mark sobre a tripsina no tratamento dos empiemas tuberculosos. No Serviço do Prof. Marañón, em Madrid, o Prof. Cerqueira Gomes falou sobre doença mitral.

**CURSO DE APERFEIÇOAMENTO MÉDICO EM COIMBRA.** — Na forma do ano anterior, realizou-se o antigo Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra, transformado em curso de aperfeiçoamento, em colaboração com a Ordem dos Médicos e a Direcção Geral de Saúde. Constatou-se de lições e sessões práticas; de aquelas algumas serão publicadas nesta revista.

**CONFERÊNCIAS.** — No Instituto de Oncologia, de Brito Rodrigues, sobre aproveitamento dos glóbulos vermelhos do sangue total depois da extracção do plasma. No Instituto Maternal, de Carvalho Andrea, sobre a recuperação dos deficientes. Na Sociedade de Propaganda de Portugal, de Munhoz Braga, sobre alimentação incorrecta na origem da obesidade e da diabetes. Na Junta de Província da Estremadura, de Álvaro Negrão, sobre a tuberculose em Portugal. No Serviço de Estomatologia do Hospital de S. José: Jacto abrasivo, por Coelho dos Santos; Dentaduras magnéticas, por Ferreira da Costa; Novos conceitos da anatomia microscópica do dente, por Ferreira da Costa Filho.

**BODAS DE OURO DE UM CURSO.** — Reunindo-se todos os anos, os sobreviventes do curso de 1902 da antiga Escola Médico-Cirúrgica do Porto juntaram-se agora para celebrar as bodas de ouro da formatura, tendo ido apresentar cumprimentos ao corpo docente da Faculdade.

**FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA.** — Doutoraram-se os Srs. Henrique Paula Nogueira e Miller Guerra; as dissertações intitularam-se, respectivamente: «Endocardite bacteriana subaguda» e «O síndrome cerebeloso e o síndrome vestibular».

**DELEGADOS DE SAÚDE.** — Tomaram posse do cargo de delegado de saúde, respectivamente dos Distritos de Castelo Branco e Bragança, os Drs. José Lopes Dias e António Emílio Sendas.

**NECROLOGIA.** — Adolfo César Cid, tenente-coronel médico; sepultou-se em Mirandela, sua terra natal. Em Ponte do Lima e S. Martinho do Conde (Guimarães), respectivamente, os nossos leitores e considerados clínicos Drs. Amândio Vieira Lisboa e Manuel Francisco de Araújo. No Porto o Dr. Arnaldo Fernandes de Andrade, que foi distinto oto-rino-laringologista.





MARTINO & C.ª L.ª

TUDO O QUE INTERESSA À MEDICINA E CIRURGIA

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

# Quinarrhenina Vitaminada

## Elixir e granulado

Alcalóides integrais 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

# RECTOVICAL

Supositórios  
de  
Ascorbato de cálcio  
Gluconato de cálcio  
e  
Vitamina D  
para  
CRIANÇAS E ADULTOS

MAIOR EFICÁCIA  
TOLERÂNCIA ABSOLUTA  
MELHOR VIA DE ADMINISTRAÇÃO

RECTOVICAL INFANTIL  
Caixa de 12 supositórios 23\$00  
RECTOVICAL ADULTOS  
Caixa de 12 supositórios 30\$00



LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Sala  
Est.  
Tab  
N.º