

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

F. DE ALMEIDA RIBEIRO — Responsabilidade médica.

ALMEIDA GARRETT — Dos erros de interpretação de sombras radiológicas de lesões fibrosas de tuberculose gânglio-pleuro-pulmonar.

J. GOUVEIA MONTEIRO — Novo caso de kala-azar no adulto.

MOVIMENTO NACIONAL — Revistas e boletins: *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas* (O Conde de Ficalho e a flora medicinal. Profilaxia do tétano. Tratamento do tétano. Rim em esponja). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (Fragmentos históricos da pediatria portuguesa. Farinhas torradas e dextrinadas na alimentação dos lactentes). *Jornal do Médico* (Medicação associada nas meningites bacterianas. Paralisias diftéricas. Fígado e diabetes). *Gazeta Médica Portuguesa* (A medicina no Brasil. Tireoidites agudas. Indicação operatória nas obstruções agudas do intestino delgado). *Revista Portuguesa de Obstetrícia, Ginecologia e Cirurgia* (A citologia vaginal como guia da terapêutica hormonal na ameaça de aborto). *Anais Portugueses de Psiquiatria* (Diagnóstico diferencial das neuroses. Conceito das neuroses e orientação terapêutica). *O Médico* (Alergia ao pó. Neoplasias malignas do aparelho urinário). *Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana* (Puberdade precoce e ginecomastia).

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — O síndrome geral maligno nas neoplasias. Nova droga anti-tuberculose: a isonicotil-hidrazona da glicuronolactona. Resultados da gastrectomia total por cancro. Resultados da gastrectomia na úlcera gástrica. As couves em dietética.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES — V Congresso Internacional de Neurologia. XV Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia. I Congresso Internacional de Angiologia. Necrologia.

Registo de livros novos (em face das págs. 523 e 531).

Aos Leitores (em face da pág. 523).

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

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

PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS AGUDAS

Lactentes — Crianças — Adultos

AROBON

a nova dieta à base de farinha de alfarroba devidamente tratada. Notável eficácia. Acção extremamente rápida e segura, mesmo para os mais pequeninos. Gosto agradável, sem relutância. Preparação simples.



INDICAÇÕES:

LACTENTES E CRIANÇAS: — Dispepsias agudas e crónicas. Enterites. Enterocolites. Colites. Disenteria bacilar. Dieta de fruta, notável na doença celíaca.

ADULTOS: — Gastro-enterites. Enterites. Perturbações diarreicas de origem infecciosa ou crónica. Sprue.



PEDIDOS DE AMOSTRAS E LITERATURA À

Sociedade de Produtos Lácteos

LISBOA



PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXVII — N.º 9

SETEMBRO DE 1953

Responsabilidade médica ⁽¹⁾

por F. DE ALMEIDA RIBEIRO

*Prof. de Medicina Legal
na Universidade de Coimbra*

Responsabilidade médica: eis uma expressão a que não se dá sempre a mesma latitude; e que poderá ser diferentemente compreendida pelo jurista, pelo moralista, pelo médico, pelo doente e pela família deste e pelo público em geral.

*

Em primeiro lugar, consideremos o sentido estritamente jurídico. E, então, «a responsabilidade médica» colocar-nos-á perante a obrigação de o médico *responder* penal e civilmente pelos danos e prejuízos causados por ele no exercício da sua profissão.

A matéria em consideração estará dentro da disciplina que é de uso chamar-se Jurisprudência Médica; e as disposições a ter em vista conter-se-ão dentro do Código Penal, do Código Civil e do decreto-lei n.º 32.171, Regulador da Profissão Médica e Repressivo do Exercício Ilegal da Medicina.

*

Como de aplicação geral, mas dando os naturais fundamentos para o que respeite especialmente à responsabilidade médica no campo jurídico, podemos, por comodidade, limitar a citação do Código Civil à dos dois artigos n.ºs 2.361.º e 2.364.º:

«Artigo 2.361.º — Todo aquele que viola ou ofende o direito de outrem constitue-se na obrigação de indemnizar o lesado por todos os prejuízos que lhe causa.»

«Artigo 2.364.º — A responsabilidade criminal consiste na obrigação em que se encontra o autor do facto ou da omissão de

(1) Conferência do XVI Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra, em 11 de Julho de 1953.



submeter-se a certas penas decretadas na lei, as quais são a reparação do dano causado à sociedade na ordem moral. A responsabilidade civil consiste na obrigação em que se constitue o autor do facto ou omissão de restituir o lesado ao estado anterior à lesão e de satisfazer as perdas e danos que lhe haja causado.»

O artigo 28.º do também citado decreto-lei n.º 32.171 refere-se já especialmente ao médico, dizendo:

«O médico que como tal causar, dolosa ou culposamente, um dano injusto a outrem constitue-se na obrigação de o reparar. Esta obrigação compreende o dano não patrimonial. A indemnização, não podendo apurar-se o preciso equivalente pecuniário do dano, será fixada de harmonia com o disposto no artigo 34.º, § 2.º do Código do Processo Penal.»

Este parágrafo diz-nos que «O quantitativo da indemnização será determinado segundo o prudente arbítrio do julgador, que atenderá à gravidade da infracção, ao dano moral e material por ela causado, à situação económica e à condição social do ofendido e do infractor».

Convém ter presente também que o artigo 29.º do decreto-lei n.º 32.171, de que falamos, determina que «tratando-se da responsabilidade civil a que se refere o artigo anterior (o 28.º já lido) o tribunal deverá pedir o parecer técnico do Conselho Geral da Ordem dos Médicos».

*

Considerando o campo penal, logo ocorre que o médico, independentemente da sua qualidade profissional, é susceptível, como qualquer pessoa, de cometer actos delituosos e de sofrer as respectivas sanções.

Não interessa esse aspecto no que respeita à responsabilidade médica. Mas já nos interessam as condições em que a pessoa do médico, considerado como tal, tem reprimidos certos actos seus pela lei, que se lhe não applicaria se ele o não fosse, ou lhe seria applicada em termos de relativa benignidade.

Quer dizer: não temos que nos ocupar, a propósito da responsabilidade médica, dos crimes de homicídio voluntário ou ofensas corporais voluntárias, ou de burla, roubo e fogo posto, por exemplo.

Mas já, sob este ponto de vista de responsabilidade médica, interessará no Código Penal a citação de vários artigos, ou suas partes, tais como:

O artigo 23.º — n.º 3 que considera encobridores «os que, sendo obrigados em razão da sua profissão, emprego, arte ou

ofício, a fazer qualquer exame a respeito de algum crime, alteram ou ocultam nesse exame a verdade do facto com o propósito de favorecer algum criminoso».

O artigo 224.º e o seu n.º 1, pelos quais será condenado a prisão correccional e multa «todo o facultativo ou pessoa competentemente autorizada pela lei para passar certificados de moléstia ou lesão, que, com intenção de que alguém seja isento ou dispensado de qualquer serviço público, certificar falsamente moléstia ou lesão que deva ter esse efeito».

O artigo 241.º, pelo qual aos peritos «que fizerem, com juramento, declarações falsas em juízo» são applicáveis, agravadas, as penas cominadas pelo artigo 238.º contra os que testemunham falso em juízo; penas que, na letra do Código, vão de dois a oito anos de prisão maior celular com alternativas de prisão maior temporária e de degredo temporário.

O artigo 246.º e seu § único, em virtude dos quais será imposta, «agravada com multa, a pena de prisão correccional, ao facultativo que, sem intenção criminosa, passar certidão de óbito de indivíduo que depois se reconheça que estava vivo».

O artigo 250.º e seu § único que determinam que «O Facultativo que em caso urgente recusar o auxílio da sua profissão, e bem assim aquele que competentemente convocado ou intimado para exercer a sua profissão, necessária, segundo a lei, para o desempenho das funções da autoridade pública, recusar exercê-lo será condenado a prisão correccional de dois meses a dois anos e multa correspondente. O não comparecimento sem legitima escusa, no lugar e hora para que for convocado ou intimado, será considerado como recusa para todos os efeitos de que dispõe este artigo».

O artigo 290.º e o seu § 1.º, que determinam que «Serão condenados a prisão correccional até seis meses e multa correspondente todos aqueles que, exercendo qualquer profissão, que requeira título, e sendo em razão dela depositários de segredos que lhes confiarem, revelarem os que ao seu conhecimento vierem no exercício do seu ministério».

O artigo 318.º e o seu § 8.º, os quais castigam o crime de peita, suborno e corrupção por recepção de dádiva ou presente para fazer ou não fazer acto de suas funções cometido por peritos que exercerem alguma profissão no desempenho de serviço público quando a lei os não autorizar a regular com as partes o seu salário. As penas são variáveis segundo o acto seja executado ou não, e justo ou injusto, mas podem atingir dois a oito anos de prisão maior celular e multa correspondente a um ano, e, mesmo em casos menos graves, dar lugar à suspensão do exercício da profissão.

O artigo 358.º e seu § 4.º, que agravam segundo as regras gerais a pena de prisão maior celular de 2 a 8 anos, se a pessoa que de propósito fizer criminosamente abortar uma mulher pejada for um médico ou cirurgião, que abuse da sua profissão.

E o artigo 367.º e seu § único que condenam na pena de três meses a um ano o médico ou cirurgião cúmplice de alguém que se mutilar voluntariamente para se tornar impróprio para o serviço militar.

Embora não se refira especialmente ao médico, mas pela aplicação eventual em casos de morte facilitada a doentes desejosos de fazerem cessar grandes sofrimentos de doenças incuráveis, convém ainda lembrar o artigo 356.º, que pune com «prisão correccional aquele que prestar ajuda a alguém para se suicidar». E, mais claramente aplicável aos casos de homicídio piedoso, em casos tais, o § único do dito artigo, segundo o qual «se, com o fim de prestar ajuda, chegar ele mesmo a executar a morte, será punido com a pena de prisão maior celular por quatro anos seguidos de degredo por oito, ou, em alternativa, com a pena fixa de degredo por quinze anos».

O decreto-lei citado n.º 32.171 renova e em certos pontos modifica as prescrições de vários regulamentos sanitários sobre participação de doenças infecciosas e outras providências relativas à propagação destas, verificação de óbitos, participação à autoridade competente do falecimento de indivíduos de que o médico tivesse feito essa verificação sem sua prévia assistência médica, repressão do abuso de estupefacientes, redacção de receitas, conivência no exercício ilegal da medicina, com encobrimento que, com o seu nome ou sua responsabilidade, o médico faça de actos que devam ser tidos como desse exercício ilegal, etc.

Mas o que mais interessa agora é lembrar que, entre as modificações trazidas por esse decreto-lei a disposições anteriores, há a que respeita ao Código Penal no que se refere ao segredo profissional. Com efeito, pelo artigo 7.º desse decreto-lei, introduz-se expressamente a noção de *justa causa* para não só dispensar o médico do segredo (havendo revelação imposta por lei, suspeita de qualquer crime público), como ainda mesmo para o obrigar a não o guardar não apenas quando da imposição legal anterior, mas também quando de depoimento em processo penal, se a pessoa assistida não poder incorrer em responsabilidade criminal. (Seja lembrado, de passagem, que um douto Parecer recente do venerando Conselho Consultivo da Procuradoria Geral da República veio trazer à luz as dificuldades que esta última disposição eventualmente ocasiona para o sossego de consciência do

médico, em casos de aborto provocado em mulheres que, por virtude de esse acto ou pelo menos após ele, tenham falecido).

O artigo 27.º deste decreto-lei tem também uma importância evidente desde que diz: «Quando algum médico ou auxiliar da medicina for condenado em pena maior, por algum crime cometido no exercício da sua profissão, o tribunal declará-lo-á incapacitado para o exercício da profissão pelo período de 5 a 10 anos, que começará a contar-se a partir do termo da pena de prisão».

*

Mas, em verdade, para a imensa maioria dos médicos não interessam os casos de foro criminal em que entra em consideração o *dolo*, o propósito, a intenção de fazer o mal, como tal reconhecido. Mas sim aqueles casos em que apenas haja *culpa* dependente da voluntariedade de um acto, de que se não previram nem desejavam quaisquer consequências nocivas por ele produzíveis. E aparecem-nos logo os artigos 368.º e 369.º do Código Penal a merecer a nossa atenção:

«Artigo 368.º — O homicídio involuntário, que algum cometer ou de que for causa por sua imperícia, inconsideração, negligência, falta de destreza ou falta de observância de algum regulamento, será punido com a prisão de um mês a dois anos e multa correspondente.»

Artigo 369.º — «Se pelos mesmos motivos, e nas mesmas circunstâncias alguém cometer ou involuntariamente for causa de algum ferimento ou de qualquer dos efeitos das ofensas corporais declaradas na secção antecedente» (doença, impossibilidade de trabalho, cortamento, privação, aleijão, inabilitação de algum membro ou órgão do corpo, privação da razão ou impossibilidade por toda a vida de trabalhar) «será punido com prisão de três dias a 6 meses ou somente ficará obrigado à reparação, conforme as circunstâncias, salva a pena da contravenção, se houver lugar».

Mas a que medida está sujeito o critério de culpa, ou melhor, o estão os conceitos de que ela se informa, de imperícia, inconsideração, negligência, falta de destreza, para não falar já na falta de observância de algum regulamento?

Quando é que se poderá dizer que está constituído um erro de ofício capaz de fazer desferir contra o médico as sanções legais?

A Medicina é Arte e é Ciência.

Como arte, requer destreza e perícia, mas é evidente que uma e outra exigíveis não podem ser superlativas, encontráveis em raros apenas; mas sim a destreza e a perícia correntes, normais,

ao razoável alcance de qualquer médico sem defeitos incorrigíveis dos sentidos e da sua possibilidade de movimentos.

Como Ciência, é ainda em grande parte conjectural. Se há caminhos assentes, há outros não definitivamente delineados. E, mesmo dos primeiros, alguns, por certo, virão no futuro a deixar de ser trilhados; e outros, novos, serão abertos para nós ou para nossos sucessores. É largo o campo em que é admissível que haja mais do que uma opinião.

A apreciação dos mesmos fenómenos, a consideração das circunstâncias referentes à doença e ao doente, o próprio estabelecimento do diagnóstico da primeira e das condições orgânicas e da capacidade de reacção do segundo, e, portanto, o estabelecimento do receituário com determinados medicamentos (a escolher entre tantos) e das suas doses, a opção por processos operatórios e, antes disso, a eventual rejeição da oportunidade de qualquer deles, facilmente poderão ser diferentes, dentro de limites extensos, entre dois médicos ou cirurgiões, ambos conscienciosos e sabedores, ambos de méritos consagrados.

Ora bastará que um dado procedimento seja defensável, não vá de encontro às noções fundamentais reconhecidas universalmente (entende-se, dentro da medicina hodierna dos povos civilizados) como devendo ser de obrigatória observância; bastará isso para que não haja razoável lugar para se falar em erro de ofício que se preste a chamada do médico à responsabilidade culposa pelo inêxito ou êxito menor do que o desejado, resultante do procedimento posto em prática.

Não há que transportar para os tribunais as discussões científicas, as discordâncias, nem sempre fleugmáticas, entre Hipócrates e Galeno, a comparação da insuficiência ou mesmo dos perigos ou, pelo contrário, da excelência das medicações, dos processos operatórios e dos seus pormenores técnicos. Nem esses são os locais em que caiba fazer a comparação entre as limitadas habilidades de um prático e as excepcionais possibilidades de um outro.

Mas a culpa é evidente perante certos erros crassos, certas negligências, imperícias ou inconsiderações que não são de aceitar que possam ser cometidas por um indivíduo consciente das responsabilidades que incumbem a quem tem o direito e o dever profissional de cuidar da saúde e da vida alheias.

A realização de uma operação intra-abdominal sem quaisquer cuidados de assepsia ou anti-sepsia, de entre os que estejam ao possível alcance do prático; a inconsiderada embriaguez do médico que, nesse estado, vem a encarregar-se duma operação grave ou de um receituário de medicamentos de delicado e perigoso manejo, com resultados provavelmente fatais para o doente; a amputação

sucessiva dos dois membros torácicos numa apresentação viciosa para que não foi feita qualquer tentativa de versão e com nascimento da criança viva, apesar de tudo; a ministração com intervalo de quinze horas a uma criança de dez meses de duas injeções de duzentas unidades de Insulina-Novo cada uma; a aplicação e conservação imperiosa, numa luxação da articulação inferior dum antebraço, e apesar das queixas instantes do paciente, de um aperto tal que origine a gangrena e a perda da mão da criatura, podem servir de exemplos de erros, imperícias, negligências ou inconsiderações de tanto peso e gravidade que não permitam dúvida sobre a legitimidade do procedimento contra o médico culpado.

Mas é claro que há-de haver uma zona limite a partir da qual não seja permitido encontrar desculpa para um mau êxito atribuível a um determinado procedimento. O estabelecimento desse limite é que fará nascer as dificuldades.

Em cada caso concreto, em que o erro imperdoável não seja evidente, poderão os julgadores ter à sua disposição o parecer de peritos reputados competentes e cujas opiniões serão lidas ou ouvidas.

É de notar que a verdadeira competência para a perícia não exige apenas a inteligência, a ciência e o conhecimento da arte por assim dizer em abstracto de quem haja de servir de perito em cada caso concreto; é essencial também que esse tenha toda a prudência na consideração das circunstâncias ocorrentes, prudência que está longe de ser sempre o acompanhamento daquelas qualidades. Tem o perito de não esquecer que erros todos nós, médicos, teremos cometido e poderemos cometer, erros que as circunstâncias explicam e desculpam; é preciso, pois, que não capitule de erro sem perdão, quando cometido por outrem, aquilo que ele próprio poderia talvez cometer em condições análogas.

Mas, mesmo quando o perito assim seja sabedor, consciencioso e prudente, convém ter presente que o tribunal não fica obrigado na sua decisão pelo laudo dos peritos. Este laudo apenas terá um valor informativo; e, no fim, será a convicção pessoal dos julgadores que arbitrará a sentença. Ora essa convicção pessoal poderá depender menos do que os peritos concluem do que da opinião prévia que os juizes já tenham acerca da competência e das qualidades dos incriminados.

*

Vem a propósito agora fazer uma nota acerca de certos hábitos da nossa profissão.

A nossa classe foi, desde sempre, reputada como tendo acentuadas tendências para a mordacidade e para a hiper-crítica, sem amenidade, da actuação dos colegas. Uma simples questão de doutrina dá facilmente lugar a intemperanças de linguagem e à apreciação pejorativa dos talentos e virtudes do colega discordante.

E, com facilidade também, aparece a afirmação de que o mau êxito observado é da culpa do colega, só porque este não tenha seguido o caminho que o crítico tem por melhor.

Já o dizia MONTAIGNE: «Quantas vezes vemos nós os médicos a imputarem uns aos outros a morte dos seus doentes?!».

O exercício da má língua nestas condições é antes a conservação de uma tradição do que a correspondência a um convencimento verdadeiro daquilo que azedamente algumas vezes se afirma.

Mas o pior é que esta desenvoltura de língua, veleira, com-prida e ponteira, não se apresenta apenas entre colegas, e em desenhoados momentos «*inter pocula*». É também apresentada perante leigos, em cujos ouvidos caem dizeres que não só os não deixam muito edificadas acerca do valor da fraternidade médica, mas também concorrem para diminuir a confiança que lhes pode merecer não apenas o visado de momento, mas a classe médica em geral, com reflexo natural nos próprios autores das críticas.

Se os antigos criaram a expressão da «*pessima invidia medicorum*», alguma razão tiveram para isso; porque ninguém lhes estava a explicar que afinal, no fundo, os que falam e os que ouvem, quando médicos, sabem muito bem que se trata de exageros vultuosos e não da expressão de sentimentos íntimos. E, se o alvejado, no entretanto, aparece, raro será talvez aquele que não se sinta à vontade para se lhe dirigir de mão aberta e de coração lavado! Não há hipocrisia no caso, ainda que o pareça. Foi tudo consequência do pécadilho, do *peché mignon* da profissão, que tão repetidamente se comete sem se lhe ligar importância de maior! Mas a verdade é que, sem ele, se engrandeceria a consideração que o público em geral, e eventualmente os tribunais, ligam e ligarão à classe médica!

Por essas e por outras, é que, há mais de meio século, disse o ilustre BROUARDEL: «A responsabilidade médica será o que a própria corporação médica quiser que seja!»

Com efeito, a opinião pública a respeito dos médicos e da medicina tem os ouvidos abertos ao que uns dos outros e da profissão aqueles dizem!

E não é, pois, de admirar que os eventuais julgadores, num caso concreto, lhe apliquem as noções assim anteriormente adqui-

ridas, mais do que se fundem nas opiniões que, de momento, os peritos nomeados lhes facultam.

Assim, embora estes, como tais, tendo presentes as suas responsabilidades, tenham apresentado honesta e discretamente um parecer que corresponda à boa visão e à boa apreciação dos factos, com ciência e consciência, poderá acontecer que o tribunal atribua uma bem cabida afirmação de não existência de erro, ou pelo menos de erro digno de punição, a uma solidariedade profissional inoportunamente manifestada, apesar de noutras circunstâncias tanta vez desmentida!

Felizmente, em Portugal são raros, por ora, os clientes com tendência reivindicativa, como os que aparecem em outros países, fáceis de se convencerem de que podem atribuir ao médico culpas quando o resultado de um tratamento médico ou, sobretudo, de uma operação cirúrgica não é o almejado, e que, a propósito ou a despropósito de tudo e de nada, apresentam em juízo as suas queixas e as suas exigências de indemnizações pecuniárias avultadas. E recordo que, há quatro dias, o «Primeiro de Janeiro» se referia a uma acção intentada na América por um paralítico e deformado contra o médico que assistira sua mãe quando o dera à luz, pedindo-lhe 175.000 dólares de indemnização; qualquer que possa ter sido o procedimento do clínico, ocorre-me que, dado o destempo, será provável que se tenha podido ou possa vir a dizer: «Tardou... mas não arrecadou!»

*

Neste aspecto, como em tantos outros, não será de admirar que as coisas se encaminhem cá dentro à semelhança daquilo que fora de Portugal se observa; e, então, cada vez importará mais, para o efeito do que os tribunais houverem de julgar, o grau de consideração pública de que gozem os profissionais da Medicina pátria.

Ora os novos caminhos que o exercício da Medicina vai seguindo não são os mais propícios para o aumento dessa consideração.

Cada vez mais se acentua a desapareição do tão benquistos tipo do antigo *medicus familiaris*: o médico único e constante da família, que via nascer os que chegavam e morrer os que partiam; o colaborador sempre presente na protecção da saúde e na salvação da vida, cuidadoso da conservação da prosperidade e da honra dos seus clientes; o médico que era reputado e um dos melhores amigos da família e um dos seus mais seguros confidentes; o participante nas grandes alegrias e nas grandes tristezas;

e mais dedicado na prestação dos seus abnegados serviços do que ganancioso na arrecadação de proveitos materiais!

Nas causas dessa desapareição, impiedosamente colaboram o Estado, os doentes e os próprios médicos!

As organizações oficiais ou agremiações particulares de assistência desenvolvem-se e hipertrofiam-se na sua acção. Os doentes deixam-se tentar pelo coleccionamento de opiniões dos médicos que a moda, o acaso, ou as recomendações mais ou menos interessadas lhes vão indicando. O médico vê aumentar o número dos seus colegas e diminuir o número dos doentes fiéis; e a luta pelo «triste vintém» torna-se-lhe cada vez mais árdua! À medida que isso acontece, o doente vai ficando entregue aos vagos cuidados de médicos que vagamente reconhece e por quem não chega a ter tempo de ser conhecido. Acresce a tendência para a peregrinação do paciente de especialista para especialista, de laboratório para laboratório, de Herodes para Pilatos, sem que haja já alguém, como outrora havia, encarregado do sentido unitário e centralizador, alguém abnegado e amigo como era, quando tal se tornava necessário, o antigo médico habitual e constante!

As relações carinhosas de intimidade de ambos, de dedicação de um lado e de reconhecimento do outro, entre médico e cliente, vão-se perdendo. Aquele, já não tem lugar de ver no segundo um ser humano de que partilha os receios e as esperanças, que lhe chega levado pela firme confiança que nele deposita; mas apenas um número a mais, dos muitos que tem de contar com rapidez quase instantânea, para, com retribuições tão parcas como numerosas, poder alinhar a vida. É esta, cada vez tornada mais precipitada, já não deixa tão nitidamente como dantes perceber o risco de ultrapassar limites além dos quais se entra em práticas dicotomizantes, na concessão e recebimento de percentagens de honorários normalmente de um só; ou no de se ficar colocado na dependência de auxiliares, propagandistas ou angariadores interessados!

*

Pode o médico escapar em tais casos às sanções da responsabilidade jurídica; e ficar só submetido às da responsabilidade perante a sua Ordem, conforme se vê do Regulamento disciplinar, aprovado pelo despacho do Subsecretariado das Corporações e Previdência Social de 29 de Dezembro de 1939, o qual determina, julga e pune as infracções ao disposto nos Estatutos, no Compromisso Deontológico e nos demais regulamentos da mesma Ordem.

Os aspectos reprováveis referentes a medicamentos perigosos pela qualidade ou pela quantidade, a procedimentos operatórios,

a segredo profissional, a recusa de cuidados, a transmissão de doenças, a internamento de alienados, a fixação de honorários e a outros pontos já referidos, como os de má camaradagem, mesmo quando não sejam susceptíveis de imputação jurídica e escapem até ao atingimento por sanções meramente disciplinares, bastará que sejam conhecidos ou meramente suspeitados para que concorram para o desmerecimento do crédito não só do médico visado, como também da própria Profissão.

Mas quando o médico infractor, dada a insuficiência das provas ou a excessiva benevolência dos julgadores, se livre inclusivamente das sanções simplesmente disciplinares teóricamente aplicáveis aos seus deslizes — expulsão ou suspensão do seu nome dos quadros profissionais, multa, censura, ou simples advertência — sempre ele ficará no seu foro íntimo com a noção de ter faltado aos preceitos da responsabilidade moral. E não escapará à sanção que lhe imponha a própria consciência. Será sempre em si mesmo que o médico consciente haverá de ter o mais rigoroso e clarividente tribunal, a que não poderá esconder a parcela de voluntariedade que nesses deslizes tenha existido!

Eventualmente tratar-se-á, inclusivamente, de casos e factos para os quais não seja dirigida a atenção pública, nem dos próprios doentes, porque fiquem pura e simplesmente no íntimo do médico que delas será ao mesmo tempo autor e juiz. E é perante esse tribunal interno da sua responsabilidade moral que o próprio médico sem culpas e ansioso por as não criar verá levantar-se os problemas mais árduos e de mais angustiosos cuidados na sua decisão!

É a esses problemas que agora pretendo fazer referência.

*

O médico conhecerá as leis dos Códigos e do decreto-lei que regula a actividade da sua profissão; as normas dos regulamentos sanitários, as prescrições disciplinares da sua Ordem, os preceitos do Compromisso Deontológico e os da moralidade corrente e ainda aqueles que a sua religião tenha por bons e lhe recomende ou os que lhes apontem pessoas que julgue de bom conselho e sã moral. Mas poderá acontecer que, num dado caso concreto, todos esses conhecimentos prévios não sejam suficientes; e que só ele, médico, em presença das condições muito particulares da espécie, intrínsecas ou extrínsecas ao doente, seja competente para decidir, por si mesmo, o melhor procedimento a haver!

Porque, nesses casos difíceis, duas condições são essencialíssimas para que a opinião formada e a actuação resultante tenham as máximas probabilidades de acerto: 1.^a que quem a forma seja médico e não apenas jurista, filósofo, moralista ou

teólogo; 2.^a que ele, médico, tenha *vivido* o caso, acompanhando não apenas com o discorrer da razão, mais ainda com sentimento de humana e piedosa compreensão, o drama do seu cliente, nos limites do que a ele, profissional honesto, discreto e bem intencionado, se afigure ser a verdadeira moralidade.

A angústia dessas decisões difíceis não terá, felizmente, ocasião de se apresentar na prática de todos os dias. Mas raro será o médico que viva alguns anos a sua clínica que não haja de experimentá-la, se não quiser cômodamente guiar-se por normas tidas como de aplicação universal de uma maneira sistemática, geral, para todos os casos do gênero, sem atender às espécies.

É particularmente arriscada a confiança cega em frases aliantes pela força que possuem, nascida do cabimento que se lhes deva reconhecer na grande maioria dos casos. Que preceito aparentemente tão perfeito e bastante para resolver instantaneamente qual deva ser o procedimento do médico em casos de interrupções ou não interrupções da gravidez: «Não matará!». E como ele é cômodo para a consciência do médico a quem não ocorra que a morte não é susceptível de ser dada apenas por comissão de actos; como também por omissão deles! Mas não poderá já gozar dessa comodidade e íntima paz quem se lembrar de que o cuidado em não cometer qualquer acto que comprometa a vida de um feto, eventualmente de muito pequenas probabilidades futuras de sobrevivência precária, pode implicar, seguramente ou quase, a condenação à morte da mãe, cuja vida sem aquela preocupação teria probabilidade grande de ser longa e próspera!

Exemplificando:

Averigua-se a existência de uma gravidez extra-uterina pouco adiantada; conhecem-se os prováveis e tremendos perigos para a vida da mãe resultantes da ruptura do quisto fetal; mas há também o conhecimento de que já tem acontecido, embora raramente, dar-se saída com vida e viabilidade a um produto da concepção que tenha atingido um desenvolvimento suficiente. E, então, a força do breve e terminante preceito há-de levar o médico a deixar prolongar a marcha da gravidez no propósito de se atingir a altura em que se possa aproveitar a criança, arrostando com os perigos que a mãe correrá e que com muita probabilidade a sacrificarão sem salvar a vida do feto?

Julgo ser essa a opinião de alguns respeitáveis moralistas, com a recomendação ao médico da *expectação armada* até haver o *perigo presente* da vida da mãe.

Eis o que é teoricamente perfeito, desde que se pressuponha a possibilidade dessa *expectação armada* para uma segura intervenção oportuna, eficaz e salvadora, e a concordância e a coope-

ração possível e plena da mulher e da família! E, assim, como tudo pode parecer simples a quem não seja médico e não conheça as condições da prática!

Mas o médico... O médico sabe que fora das grandes cidades não são fáceis de encontrar estabelecimentos bem apetrechados, pessoal e materialmente, onde a mulher haja de permanecer internada meses seguidos para vigilância constante e um socorro urgente; e que nem sempre a mulher e a família dela quereriam ou poderiam conformar-se com tal internamento, se as condições locais o permitissem.

E o médico também sabe que no meio rural em que exerce e onde a unidade de distância é o quilómetro, quando não a légua, a expectativa armada... está sempre desarmada em casos destes. A mulher está longe; e uma queda, um choque, um esforço, um contacto sexual, um simples movimento ou qualquer outra circunstância não previsível nem reconhecível pode ser causa ocasional da ruptura do quisto fetal, da hemorragia e da morte da criatura!

Dadas as circunstâncias ocorrentes e as possíveis e prováveis emergências, há-de o médico que não consiga internar a mulher alhear-se do assunto e lavar as mãos do que venha a acontecer?, ou limitar-se a prestar os cuidados futuros e naturalmente improficuos que se lhe peçam quando a fase dramática do desastre se produza? Ou deve antes o médico considerar a mulher em *perigo presente, actual e permanente* de vida e proceder, em consequência, de harmonia com as possibilidades reais e os desejos da mulher?

Duvido de que fique em paz de consciência o médico que possa julgar que teria evitado a morte da mãe se não fora a preocupação de, mesmo em casos tais, julgar o preceito de «não matarás» aplicável ao feto...

Eutanásia!...

Como é simples e cómodo dizer, e dizer com verdade, que todos ou quase todos nós, médicos, somos em oposição a um método que tenha a intenção de abreviar a existência embora com o propósito de acabar com as torturas duma doença muito dolorosa e fatal!

Os nossos diagnósticos e os nossos prognósticos não atingem, nem atingirão talvez nunca, um grau de certeza constante; e doenças hoje incuráveis amanhã poderão não o ser.

«Não matarás!»: preceito divino. E é matar o encurtar a sobrevivência embora tormentosa. Rejeitemos, pois, a Eutanásia e não haja, entre nós, mais discussões sobre o ponto!...

Mas... há uma frequente confusão que a etimologia do vocá-

bulo não justifica! Eutanásia — morte sem sofrimento, não significa necessariamente a extinção propositada da vida; mas apenas a morte que, ao produzir-se e antes de produzir-se, não seja fonte de tormentos ou o seja menos, ou lhes diminua a sua intensidade.

Na prática, o médico procurará intencionalmente não a abreviação da vida, mas sim a supressão, ou pelo menos a minoração das angústias finais. E, se é possível e provável que os meios empregados possam ser arguidos de acção tóxica ou depressora capaz de, considerada em tese, diminuir as potencialidades vitais, também parece não oferecer dúvida que, em certos casos de hipótese, essa acção negativa sobre a vida seja inferior à que, no mesmo sentido, pudessem ser atribuídos aos fenómenos dolorosos ou aflitivos. Mas são tão fluidas, tão imprecisas, as zonas limitantes em que a substância ou o meio empregado deixam de actuar com um saldo positivo para se saldarem negativamente com um real abreviamento da vida que não hão-de ser muito excepcionais as eventualidades em que o prático faça eutanásia sem o saber, mesmo no sentido primeiro e tido por agressivo do termo!

Depois, é muito fácil e cómodo a quem está longe do palco do drama, e nem mesmo como espectador dele participa, reconhecer o valor dos imperativos do preceito «Não matarás» e até levar em conta o não desprezível mérito do sofrimento para o aperfeiçoamento da elevação espiritual dos outros e a compensação que esse sofrimento da vida actual poderá encontrar na vida eterna do paciente.

Mais difícil, menos cómodo e seguramente mais meritório será, chegado o momento dramático em que se participe, ter a coragem, embora crua, de proceder sempre no sentido do cirurgião DESGENETTES que, convidado a pôr termo aos últimos dias de vida dos pestíferos de Jafa, acompanhou a sua recusa com a frase cortante «O nosso papel, de nós os médicos, é, senhor, o de conservar!» (Papel, realmente, bem diferente do pertencente a Bonaparte!...).

Mas nem sempre será justo, da parte de quem nunca se tenha visto em emergências semelhantes, votar a uma condenação moral irremissível os que tenham opinião e procedimentos diferentes, e que, provavelmente, nelas necessitarão de uma coragem não menor do que aquela que a nós teria sido precisa para proceder ao invés! Não menos sacrificados e sofredores seriam eles na luta de motivos passada no seu foro íntimo, do que nós o seríamos na mesma emergência com um procedimento oposto! Não deixemos, pois, de levar isso em boa conta!

Vejamos, a propósito, duas páginas de *O livro de São Miguel*, do médico sueco AXEL MUNTHE:

«Naquele tempo, foi que se deu o terrível episódio dos seis camponeses russos mordidos por uma matilha de lobos raivosos e enviados ao Instituto Pasteur, a expensas do Czar. Todos tinham mordeduras horríveis na cara e nas mãos, e imediatamente se viu que as probabilidades de cura eram quase nulas. Já então se sabia também que a hidrofobia dos lobos era muito mais perigosa que a dos cães e que com as mordeduras no rosto a morte era quase certa. PASTEUR sabia tudo isso melhor do que ninguém e, se não fosse a alma que era, certamente se teria negado a tratá-los. Passaram meses numa sala isolada do *Hôtel-Dieu* visitados pelo professor TILLAUX, o mais eminente cirurgião de Paris daquele tempo, ajudante e grande amigo de PASTEUR. O próprio PASTEUR acompanhava todos os dias TILLAUX e dava as injeções aos feridos, observando-os com ansiedade, dia após dia. Ninguém podia entender uma palavra do que diziam. Uma tarde, estava tentando meter umas gotas de leite na garganta dum dos camponeses, um gigante, que tinha a cara quase arrancada, quando de repente brilhou no olhar do enfermo algo de selvagem e sinistro, contrairam-se-lhe as maxilas, abriu as mandíbulas com um ruído seco, e da boca aberta e espumante, saiu um grito espantoso como jamais ouvira a homem nem a animal algum. Fez um esforço violento para saltar da cama e quase me derrubou quando tentei detê-lo. Os braços fortes como as garras de um urso, apertaram-me como um torno. Sentia o hálito fétido da sua boca espumante tão perto da minha que a saliva envenenada me salpicava o rosto. Agarrei-o pelo pescoço; caiu a venda da horrenda ferida e, quando retirei as mãos daquelas mandíbulas contraídas, tinha-as tintas de sangue. Agitou-me o corpo um tremor convulsivo enquanto os seus braços afrouxavam a pressão e caíam inertes ao longo do corpo. Corri para a porta em busca do mais enérgico desinfectante que pudesse encontrar. No corredor estava sentada *Soeur Marthe*, tomando o seu café da tarde. Apoderei-me da chávena, enquanto ela me olhava aterrorizada, vendo-me prestes a desmaiar. Graças a Deus não tinha a mais pequena arranhadura nem na cara nem nas mãos. *Soeur Marthe* era muito minha amiga. Manteve a palavra; e, que eu saiba, a ninguém revelou este segredo. Tinha boas razões para o esconder; haviam-nos dado ordens severas para não nos aproximarmos daqueles homens, a não ser quando absolutamente necessário, e nesse caso, com as mãos bem protegidas por grossas luvas. Conteei-o logo ao Professor, e ele zangou-se muito e com razão, mas, como tinha por mim uma oculta preferência, não tardou em perdoar-me, como já outras vezes o havia feito por diversas faltas.»

«Sueco endemoninhado, murmurou. — *Tu es si enragé que le moujik.*»

«À noite, o camponês, atado de mãos e pés à cama de ferro, foi traslado para um pavilhão separado, isolado de todos. Fui vê-lo na manhã seguinte com *Soeur Marthe*. O quarto estava quase às escuras. A venda tapava-lhe quase todo o rosto e não se lhe viam mais que os olhos. Nunca me esquecerá a expressão daqueles olhos, que, durante muitos anos, foram uma obsessão para mim. A respiração era curta e irregular com intervalos periódicos, como a respiração Cheyne-Stokes, o sintoma tão precursor da morte. Falava com espantosa rapidez e com voz rouca, interrompida de vez em quando por um grito de selvagem angústia ou um gemido quase apagado, que dava calafrios. Escutei um momento aquele fluxo de palavras incompreensíveis, meio afogadas pela saliva que corria, e de pronto, pareceu-me entender uma palavra repetida incessantemente com acento desesperado:

« — *Crestitsa! Crestitsa! Crestitsa!* »

« Olhei-o atentamente nos olhos, uns olhos bons, humildes, suplicantes. »

« — Está com todos os sentidos — disse *Soeur Marthe* — Quer alguma coisa. Gostaria tanto de saber que é! Ora oiça... »

« — *Crestitsa! Crestitsa! Crestitsa!* — exclamava sem cessar. »

« — Corra a buscar um crucifixo! disse eu à irmã. »

« Apoiámos o crucifixo contra o leito e a chuva de palavras cessou instantâneamente. Permanecia em completo silêncio com o olhar cravado no crucifixo. A respiração tornou-se cada vez mais débil. De repente, os músculos daquele corpo gigantesco, numa última e violenta contracção, adquiriram a rigidez da morte e o coração deixou de funcionar. »

« No dia seguinte, outro dos camponeses manifestou indiscutíveis sintomas de hidrofobia, depois outro, e passados três dias todos estavam loucos furiosos. Podiam-se ouvir os gritos em todo o *Hôtel Dieu*, até na praça de *Notre-Dame*, segundo diziam. Ninguém queria aproximar-se da sala; até as monjas, sempre tão valorosas, estavam horrorizadas. Parece-me estar vendo ainda o rosto pálido de PASTEUR, enquanto passava de cama em cama, olhando aqueles homens condenados com infinita compaixão. Torno a vê-lo sentado numa cadeira, com a cabeça entre as mãos. Costumado, como estava, a vê-lo todos os dias, não tinha ainda reparado no seu aspecto doente e consumido e, naquele momento, compreendi, por uma imperceptível hesitação nas suas palavras e o ligeiro embaraço ao estreitar-me a mão, que já recebera o primeiro aviso do destino que o esperava em breve. TILLAUX, que foi chamado quando estava operando, penetrou na sala com a bata manchada de sangue. Aproximou-se de PASTEUR e pôs-lhe a mão no ombro. Ambos se olharam em silên-

DURANTE E APÓS UM TRATAMENTO COM ANTIBIÓTICOS...

LACTOSAN

VITAMINADO

CALDO · COMPRIMIDOS

UMA VELHA TERAPÊUTICA
COM NOVA ACTUALIDADE!

F Ó R M U L A

CULTURA PURA DE BACILO BULGARO
ASSOCIADA ÀS VITAMINAS DO COMPLEXO B

I N D I C A Ç Õ E S

INFECÇÕES INTESTINAIS, ENTERITES, ENTEROCOLITES
E COMO NORMALIZADOR DA FLORA INTESTINAL
APÓS O USO DE ANTIBIÓTICOS

A P R E S E N T A Ç Ã O

Frascos com 150 cm ³ de caldo	16\$00
Tubos de 16 comprimidos	5\$00
Caixas de 3 tubos de 16 comprimidos	12\$50
Frascos de 100 comprimidos	20\$00

LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775



ADYSMENE

- ACTUA COM RAPIDEZ E SEGURANÇA CONTRA AS DORES NATURAIS, ENXAQUECAS, ESTADOS ESPÁSTICOS, EXCITABILIDADE, ABATIMENTO, PALPITAÇÕES, ETC.

Tomado profilácticamente
o **ADYSMENE** evita a dismenorrea



CILAG S. A. - SCHAFFHOUSE - SUÍÇA

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA - S. A. R. L.



cio. Os carinhosos olhos azuis do grande cirurgião, que tanto horror e tanto padecimento tinham visto, olharam em redor da sala os pobres raivosos e o rosto tornou-se-lhe branco como um lençol.

«— Não posso suportar este espectáculo! — exclamou com voz dorida — e saiu a correr da sala.»

«Naquela mesma noite esses dois homens reuniram-se e consultaram-se. Poucos sabem a decisão que tomaram, mas foi a única justa e honrosa para os dois. Na manhã seguinte tudo na sala era silêncio. Durante a noite, os camponeses russos, já condenados, foram ajudados a morrer docemente.»

«A impressão produzida em Paris foi enorme. Todos os jornais vinham cheios de descrições horrendas da morte dos camponeses russos, e, durante muitos dias, não se falou de outra coisa.»

Será inteiramente exacto o depoimento do autor? Terá a conferência desses dois grandes homens levado realmente ao abreviamento da vida daqueles desgraçados, atingidos dum horrível sofrimento, sem remissão e sem esperança?

Suponhamos que assim tenha sido. Se o foi, podemos bem compreensivelmente discordar desse proceder pelas razões legais, morais, religiosas que a cada um de nós possam acudir; e desejar que Deus, em casos tais e apesar de tudo, nos desse força de ânimo e dureza de coração, pelo menos aparente, suficiente para podermos manter na prática do momento trágico, os nossos princípios assentes em tempo anterior, de calma e repousada teoria! Mas lembremo-nos de que, para bem pesar o valor das nossas razões e das que as contrariam, seria preciso ter participado, como eles, no drama e, em presença do seu desenrolar emocionante, poder ter independência e clareza de pensar no que se teria por menos calamitoso se se fosse dos próprios pacientes, devidamente esclarecidos das circunstâncias emergentes!

Quanto a mim, não me sinto habilitado, nem tentado sequer, a, por tal procedimento (se existiu), julgar empanada a glória desse benemérito da Humanidade que foi PASTEUR, ou a memória ilustre de TILLAUX, o grande cirurgião, honrado e bondoso, cujos livros, ao fim de mais de cinquenta anos passados sobre a sua morte, ainda difficilmente encontrarão outros que os igualem na revelação das altas qualidades de anatomista, de clínico e de docente do seu claro e eminente autor!

Parece-me natural que, em casos semelhantes, os que não consigam resistir às solicitações do desgraçado doente ou às da sua própria piedade para com eles entendam que não é sábia nem justa a aplicação que se lhes faça da doutrina do artigo 354.º do Código, relativo ao crime de ajuda a suicida, ou de outra que

lhes estabeleça sanções penais; partirão de que não houve da sua parte propósito de fazer mal, como tal reconhecido, antes pelo contrário. Mas, decerto, mau seria que tal disposição ou outras equivalentes desaparecessem das leis; pois, mais ainda do que da sua inexistência, do próprio facto da sua supressão, poderia deprender-se um acatamento ou condescendência para com as práticas eutanásicas piedosas, que só serviriam para facilitar levianas precipitações (quando não mal intencionados propósitos disfarçados) que dessem lugar ao aumento dos casos, felizmente raros, em que se tem observado tais actos de abreviação voluntária da vida alheia.

A sabedoria e a prudência dos magistrados, guiando-os dentro do arbítrio que lhes seja permitido, e atendendo às circunstâncias das várias espécies, procurarão que a Justiça Humana, que deles dependa, corresponda, no melhor sentido, ao significado do substantivo e do adjectivo que formam esta expressão.

*

Outro exemplo mais das dúvidas que podem levantar-se na utilização cómoda de fórmulas estabelecidas com foros de garantido cabimento para todos os casos:

É provável que, à grande maioria dos médicos da nossa formação latina, repugne a aceitação das práticas de inseminação artificial transportada para mulheres, à imitação da que se leva a efeito em fêmeas de vários animais, com fins utilitários ou de investigação. Esperemos também que mulheres do nosso país, desejosas de maternidade, não se deixem tentar por modas estrangeiras a ponto de quererem engravidar dum desconhecido e deixem estiolar, à míngua de clientes, qualquer instituição que, com propósitos semelhantes, possa vir infelizmente a tentar-se se as leis o permitirem. Também creio que, mesmo para genitores casados, será raro o pedido e a acedência à realização de processos de fecundação artificial quando não tenha havido preparatóriamente o contacto das suas epidermes.

Mas, deste sentimento de repugnância que sintamos pelo recurso a práticas desse género, não convirá decerto concluir o estabelecimento inabalável de uma norma rígida para a condenação em todo e qualquer caso de quem eventualmente deseje a realização de uma fecundação artificial e do médico ou de seus auxiliares que se prestem a facilitar o propósito.

Figuremos a hipótese de um médico militar em iminência de voltar à pátria e a quem um ferido, em caminho de morrer por ferimentos de guerra, peça que, logo após a morte, recolha o conteúdo das suas vesículas seminais (adicionado, se tal for entendido, do seu líquido prostático) e o transporte consigo para

ser injectado na cavidade uterina da mulher, dado o convencimento de que isso corresponderá a um desejo dela. Poderá, julgo eu, acontecer que o médico, embora pouco inclinado a concorrer para a generalização do processo, mas preocupado em satisfazer o último desejo dum camarada e da que vai ser viúva dele, de a esta poder ficar uma lembrança viva do marido que perdeu, não se sinta com coragem de negar a cooperação que lhe pedem. E nem todos os outros terão coragem de condená-lo por isso!

*

Se não fosse não desejar abusar da paciência dos meus benévolos ouvintes (que aproveito o ensejo para agradecer), poderia eu multiplicar os exemplos para mostrar que, em matéria deontológica, frequentemente não convirá basear-se o médico apenas no prestígio e na força verbal de frases feitas, de rígidas e imutáveis normas gerais que outros tenham formulado, para assim conseguir o seguro norte da rota a seguir com comodidade e paz de consciência.

Será, sobretudo, para o médico ilustrado, impecavelmente honesto, que se esforce por manter, não digo «contra» mas «entre ventos e marés», com inteligência e saber, a limpidez da sua moral, em eventuais complicadas emergências, que se levantarão os dramáticos conflitos de consciência! Para ele, que procura conseguir o Bem para os outros embora à custa da inquietação do seu espírito e do choque emocionante, no seu íntimo, dos prós e dos contras do que deva fazer-se ou seja de recusar, vai o preito da minha simpatia e da minha admiração respeitosa!

Bem sabemos que a surgência dessas tempestades íntimas não são de todos os dias na vida do Clínico! Mas é de todos os momentos o íntimo sentimento de responsabilidade moral, independentemente mesmo de Códigos e de leis, que suscitam as actividades daqueles a quem estão confiados os interesses da saúde e da vida e algumas vezes também da honra de quem a ele recorre!

Eis uma das grandes virtudes da nossa profissão: O saber arcar corajosamente com essas responsabilidades, sem fuga ou rejeição, e com tanta naturalidade que o próprio médico já não repara que é essa uma faceta tão austera como grandiosa da nobreza da Medicina! É um aspecto pouco aparente dela para os profanos, porque o que lhe respeita fica quase inteiramente sepultado no foro íntimo do médico. Mas quero crer que se assim não acontecesse e se a opinião geral pudesse ser informada desse aspecto, o público teria uma consideração muito acrescida pela nossa profissão e, inclusivamente até, nos passaria a fazer a justiça de não mais acreditar no mal que nós, os médicos, dizemos, às vezes, uns dos outros!

Dos erros de interpretação de sombras radiológicas de lesões fibrosas de tuberculose gânglio-pleuro-pulmonar ⁽¹⁾

por ALMEIDA GARRETT

Prof. da Fac. de Med. do Porto

Quer sejam de infecção primária, quer de reactivação, os fenómenos exsudativos acompanham-se de fenómenos produtivos, que levam à formação de tecido fibroso, o qual da intimidade de parênquima, envolvendo vasos e brônquios, se estende às pleuras vizinhas; e o mesmo sucede com os gânglios tributários da região lesada. Quando o processo não segue caminho desfavorável por caseificação destruidora, predominam os fenómenos de endurecimento que deixam vestígios cicatriciais mais ou menos extensos, mais ou menos fortes. Lesões pequenas deixam sombras radiológicas lineares ou nodulares, circunscritas ou difusas, conforme as estruturas anatómicas mais interessadas e a espessura da fibrose, com grande variedade de aspectos. Das grandes lesões é tipo máximo o colapso maciço do pulmão com reacção pleural, dando a sombra dura do hemitórax opaco, o clássico fibro-tórax.

Há que recordar aqui estas noções elementares, de todos perfeitamente conhecidas, por ver que na prática clínica se esquece muitas vezes a possibilidade de confusão entre sombras de lesões evolutivas e sombras de lesões residuais. Principalmente na clínica de doentes ambulatorios acontece por vezes que o paciente se encontra já no período regressivo, cicatricial, das suas lesões bacilares, e por chegar ao médico com sintomas de catarro brônquico agudo, banal, este supõe estar em presença de um episódio evolutivo de tuberculose, quando não em face de uma primo-infecção se os antecedentes não referem nítida infecção anterior. O engano não é raro e tem importância por dar lugar a intempestivas intervenções terapêuticas.

Não falarei agora das sombras de curta duração, tais as de aspecto homogêneo, em véu, de variável interpretação, de infiltração ou de atelectasia; ou como sejam as confusas sombras pseudo-nodulares das atelectasias ao desaparecer ou dos espessamentos difusos das pleuras. Apenas quero referir-me às sombras

⁽¹⁾ Também publicado em espanhol na «Revista Española de Pediatría», N.º 50 (Extraordinário) que vem de ser distribuído.



Octinum D



5 ampolas de 1,1 c. c.

10 gr. de liquido

KNOLL A.-G.

Fábricas de Produtos Químicos · Ludwigshafen/Reno · Alemanha
Fábricas em Ludwigshafen/Reno e em Minden/Westfalia

Representantes: August Veith, Herdeiros · Rua da Palma, 146
Tel. 25 137, Lisboa

Lactil-Lab

Um medicamento de eleição na terapêutica das infecções intestinais que alargou o seu campo de acção com o aparecimento dos antibióticos.

PARA EVITAR E COMBATER AS PERTURBAÇÕES INTESTINAIS PROVOCADAS PELA ACÇÃO DOS ANTIBIÓTICOS sobre a flora intestinal necessária a uma boa digestão.

Sempre que usem antibióticos por largo tempo; durante e após o tratamento:

Lactil-Lab

CALDO — COMPRIMIDOS

LABORATÓRIOS LAB

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

Avenida do Brasil, 99 — Lisboa — Norte

estáveis, duradoiras, de fibrose perfeitamente constituída, que por isso não deviam motivar erros, mas que os podem provocar, como se deduz dos três exemplos seguintes, escolhidos entre vários constantes dos arquivos do «Dispensário Conde de Lumbrales», da «Assistência Nacional aos Tuberculosos», cada um com seu aspecto radiológico diferente.

*

José P. C. M., criança de 4 anos, veio ao Dispensário em 18-x-49. (N.º 8.549). Seus pais informaram que desde alguns meses tinha menos apetite, emagrecera, apresentava febrícula e

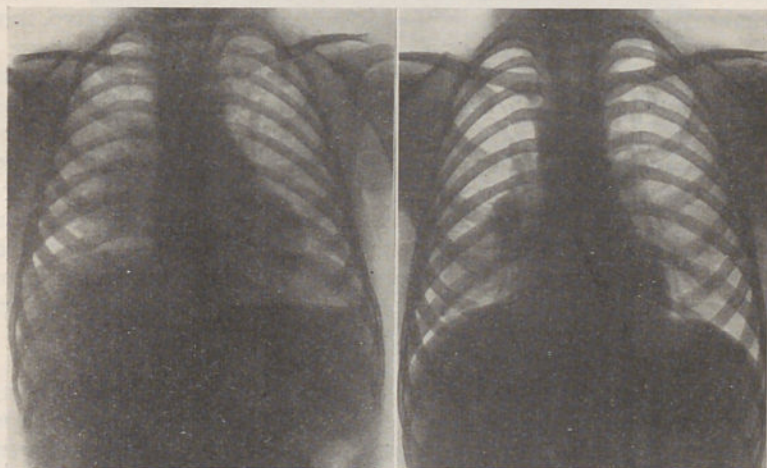


Fig. 1

Fig. 2

alguma tosse, pouco incomodativa. O estado geral da criança era regular. Do exame clínico só mereceu registo a existência de sintomas de tráqueo-bronquite. Levada à radioscopia, além de sombras difusas peri-hilares dos dois lados, vi uma grande mancha arredondada, espessa, de situação correspondente ao gânglio bronco-pulmonar direito. A cúti foi positiva. Fiz o diagnóstico provável de primo-infecção com predomínio ganglionar. A terapêutica aconselhada foi (como nos demais casos, por falta de outros meios): repouso, alimentação conveniente, sais de cálcio.

Evolução favorável: mais apetite, cessação da febre, diminuição da tosse. Para a minha colecção de radiografias mandei

tirar um filme em 1-III-50. O aspecto das sombras foi idêntico ao observado por radioscopia desde a primeira consulta (Fig. 1).

De tempos a tempos, a criança vinha ao Dispensário e era sempre igual a observação radiológica. O pequeno fazia a vida das crianças sãs. Desenvolvia-se bem. De 16 kg. que pesara em Outubro de 1949 passara para 22 em Março de 1953. De meses a meses a tosse voltava, em episódios de bronquite de curta duração.

Submeti-o agora a nova radiografia (24-III-1953), a qual mostra (Fig. 2) as sombras da radiografia anterior, apenas menos volumosas. Um radiologista, lendo o filme, sem informações sobre os antecedentes do caso, afirmou: pequena infiltração pulmonar do lobo inferior do P. D. com grande reacção ganglionar. Tomou por infiltração a ténue sombra que se nota um pouco abaixo da sombra ganglionar, a qual não pode ter carácter evolutivo, pois não há qualquer sinal de tal coisa. Se um clínico observasse a criança agora, pela primeira vez, sem conhecer a anterior evolução, é muito provável que pensasse como o radiólogo e actuasse em consequência.

Creio que o aspecto radiológico do tórax de esta criança persistirá indefinidamente, por corresponder a uma fibrose irreversível. Conheço um caso semelhante, de uma criança que observei na idade escolar e que é hoje um engenheiro pai de filhos; apresentava então, e continuou a apresentar, duas enormes sombras ganglionares, direita e esquerda, com estado geral completamente normal.

Outro caso: — Criança de 6 anos de idade, José F. M., inscrito em 5-IX-50 (N.º 9.276). Veio ao Dispensário por ter tosse e diminuição do apetite, nas últimas semanas. Criança de pequena estatura, um pouco magra, sem mais sinais clínicos que os de tráqueo-bronquite banal. Referiu o pai que o pequeno tossia frequentemente, mas com moderação, tosse que passava sem tratamento. A radioscopia mostrou: pequenos nódulos duros peri-hilares, com sombra mais difusa no hilo esquerdo; finas arborizações partindo do hilo; triângulo basal direito com bordo superior bem definido, inclinado desde a região hilar inferior até ao seio costo-diafragmático, dando sombra opaca e homogénea. Cuti positiva.

O meu diagnóstico oscilou entre pleurisia basal e atelectasia do lobo inferior. Deixei o caso em observação, mas a radioscopia dava sempre o mesmo aspecto e a criança continuava bem, apenas com as suas temporadas de tossiqueira.

O pai do rapazito, aproveitando ser beneficiário da Caixa de Previdência, em Janeiro de este ano levou a esta o filho.

O médico da consulta pediu uma radiografia que lhe foi enviada com a seguinte leitura: — «Hemitórax direito: forma reaccional do hilo com focos congestivos periféricos; existência de pleurisia mediastínica basal. Hemitórax esquerdo: marcado estado reaccional do hilo com propagação periférica, principalmente basal». Perante esta informação o colega da consulta prescreveu tratamento por antibióticos.

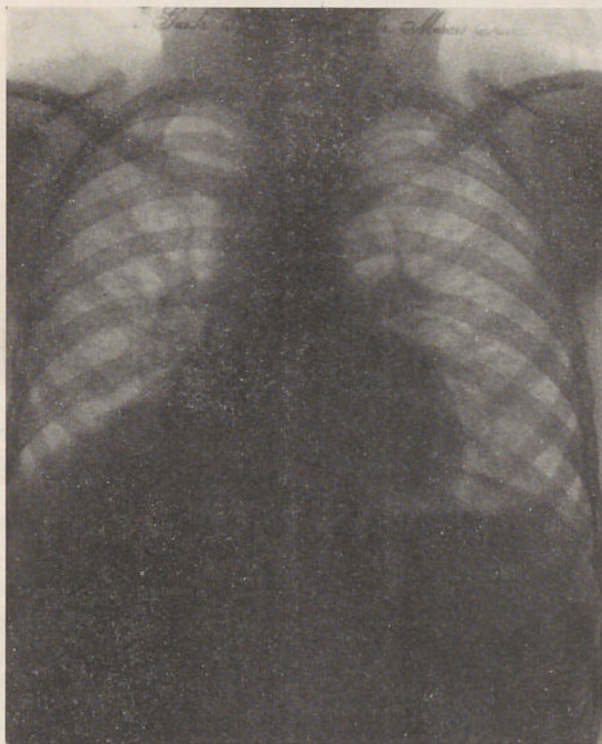


Fig. 3

Voltou ao Dispensário trazendo-me a radiografia (Fig. 3). O aspecto é precisamente igual ao que sempre havia visto à radioscopia. Confirmei a inalterabilidade das lesões, não evolutivas.

Sombras assim espessas, sempre iguais durante dois anos e meio, pelo menos, só podem ser de fibrose sòlidamente organizada, e neste caso com verosímil participação de pulmão e pleura.

Escolho para último exemplo o de um caso seguido, ao que me parece, desde a primo-infecção. É da pequena Teresa V. S., de 9 anos, inscrita em 29-vi-48 (N.º 7.489). Desde há uma semana que vinha a queixar-se de dores no peito, com tosse e febre. Criança longilínea, delgada e pálida. Macicez no hemitórax direito. Murmúrio diminuído em toda a altura de esse lado, ouvindo-se finos estertores, e tudo isso mais nitidamente na metade superior. Cúti negativa. Ao exame radioscópico, sombra homogênea nas duas terças partes superiores do hemitórax direito.

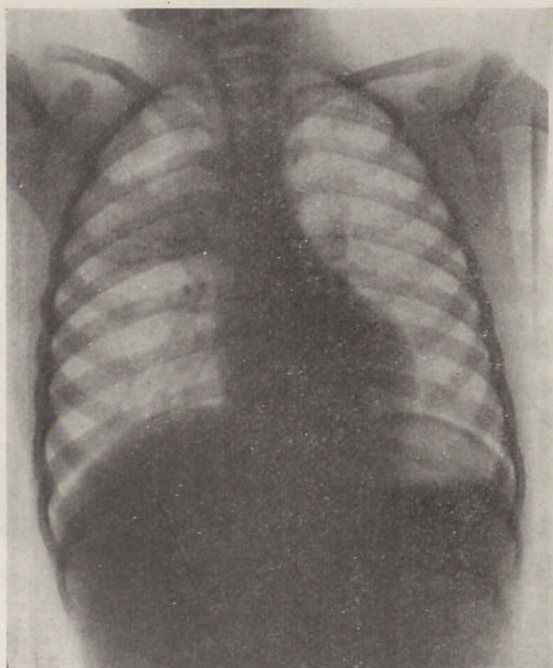


Fig. 4

Dois meses depois, estas sombras eram sensivelmente iguais, talvez um pouco menos acentuadas. Estado geral e local, idem.

A rapariguita, que vive fora da cidade, só voltou ao Dispensário em 11-iv-49, ou seja dez meses depois da sua inscrição. Voltou para saber se estava bem curada, pois melhorara progressivamente e de há um par de meses para cá se sentia muito bem,

Multibionta

com as vitaminas A, complexo B, C, D₃ e E
(11 factores juntamente) para a profilaxia ex-
tensa e a terapêutica de

Estados de carência de vitaminas em:

afecções do parênquima hepático
estados febris
disfunções tireoideias
gravidez, diabetes, etc.

Multibionta

Frascos com 20 e 100 cápsulas

Amostras e literatura:

Eduardo de Almeida & Cia.
Rua do Cativo, 22-24
Porto

Químico-Farmacêutica Ld^o.
Rua de Santa Marta, 64
Lisboa



DARMSTADT · ALEMANHA



Syphilis:

Bismogenol

Fama Mundial

Laboratório E. Tösse & Co., Hamburgo

Dep. geral S. Lencart — Farmácia Central — Porto.

AOS LEITORES

Por se terem colocado depois da secção «Movimento Nacional» os artigos originais relativos a Deontologia e História da Medicina, tem deixado de ser incluídos nas transcrições dos sumários do «Portugal Médico», registados em diversas publicações. Para que esta falta se não repita, passam a colocar-se na primeira parte de cada número, a par dos artigos sobre assuntos científicos. Para depois da citada secção irão apenas os que tratem de interesses profissionais.

REGISTO DE LIVROS NOVOS

I. S. WRIGHT — **Vascular Diseases in Clinical Practice**. 1 vol. encad., de 552 págs., com 116 figs., (Year Book Publishers, Chicago, 1952 — 8,5 dolares).

Segunda edição, inteiramente actualizada. Começa por um capítulo sobre classificação das doenças e malformação dos vasos sanguíneos e linfáticos das extremidades, que subentende o programa da obra. Vem depois os métodos a empregar para o estudo do paciente: história, exame físico, exames especiais e testes sobre o estado da circulação. E, a seguir, em 15 capítulos, são percorridos todos os estados patológicos a estudar. Finalmente, o assunto é encerrado nos pontos de vista industrial e

médico-legal, e no da psicologia dos amputados. Por este sumário se avalia o âmbito de este livro, caracterizado pela feição prática, clínica.

JEAN DAYRAS — **Problèmes quotidiens em puériculture**. 1 vol. de 126 págs., (Masson, Edit., Paris, 1953 — 350 fr.).

Neste pequeno livro, prefaciado pelo Prof. Cathala, focam-se alguns aspectos da prática da puéricultura, com objectividade, tanto no que respeita a higiene e prevenção de doenças, como à clínica de afecções comuns nos lactentes. Complemento útil dos manuais de puéricultura, por objectivar as várias situações que surgem a cada passo.

e só tinha um pouco de tosse, às vezes. Examinei-a e sòmente notei: leve macicez na região supraclavicular direita, na qual o murmúrio estava ligeiramente diminuído. À radioscopia: linha cisural superior por cima da qual se estende uma sombra em véu, difusa, sulcada por finas arborizações; sombras hilares um pouco carregadas. A cúti, então, foi já positiva.

Pedi-lhe para voltar a ver-me de vez em quando, o que fez. De uma das vezes, há um ano, continuando a sentir-se bem, o aspecto das lesões à radioscopia continuava igual; fixou-se em radiografia (Fig. 4). Agora, há dias, passados quase quatro anos sobre a primeira observação, a radioscopia mostrou-me um aspecto em tudo semelhante ao do filme, mas com as sombras menos duras, denunciando tendência para progressiva desapareição. Os sinais dados pela percussão e auscultação persistiam, mas atenuados.

Se um clínico, sem informação da marcha anterior das sombras, conformasse a sua actuação pela opinião do radiólogo (infiltração do lobo superior com forte reacção da pleura interlobar) trataria do caso como se fosse evolutivo, para o que contava também com os mencionados sinais colhidos pela percussão e pela auscultação.

Em virtude da tendência, últimamente verificada, para apagamento de essas sombras, creio que neste caso acabarão por desaparecer. Penso assim por ter visto sombras duras de cisurite, mantidas durante anos, pouco a pouco irem tornando-se menos visíveis, até que de elas nada ficou.

*

Muita vez, se o médico não é prudente, se não pensa na possibilidade de má interpretação radiológica de sombras consideradas como de processo tuberculoso evolutivo, quando na realidade não são mais que resíduos cicatriciais, arrisca-se a proceder inconvenientemente, prejudicando o doente. Cometerá esse erro tanto mais facilmente quanto menor importância concedeu à sintomatologia geral, que mais que a local indica estar o processo anatómico em fase evolutiva, e também por deixar de interpretar o resultado do exame radiológico, confiando em absoluto no relatório do radiologista, que ignora os dados clínicos, indispensáveis para a correcta leitura das radiografias.

CADEIRA DE PROPEDEÚTICA MÉDICA DA F. M. C.

(Director: Prof. EGYDIO AYRES)

Novo caso de kala-azar no adulto

por J. GOUVEIA MONTEIRO

1.º Assistente

na Faculdade de Medicina de Coimbra

Passou em tempos pelos Serviços de Propedêutica Médica uma doente cuja história merece publicidade. Em primeiro lugar, porque se trata de um caso de kala-azar no adulto, depois porque exhibe algumas feições clínicas invulgares.

*

R. I. — H. M. P., de 38 anos, casada, doméstica, natural de Coimbra e residente nos Casais (Coimbra).

A. H. e A. C. — Sem interesse.

A. P. — Pneumonia à direita quando tinha 8 anos e pleurisia do mesmo lado aos 10 anos. Paludismo há 7 anos. Febres terçãs que duraram 11 meses, tratadas com quinino e outras drogas. Não voltaram a repetir-se.

H. P. — Havia cerca de meio ano que se achava cansada, sem a sua disposição habitual para o trabalho. Há um mês sentiu bruscamente dores lombares bilaterais, sem irradiação, seguindo-se a eliminação de urinas cor de barro e depois o aparecimento de icterícia, com fezes normais e sem prurido. As dores nunca foram muito intensas, mas duraram uns quinze dias. Sentia arrepios e crê que teria febre, embora não fizesse uso do termómetro.

Quando veio para os H. U. C., um mês depois de iniciada a crise, a icterícia tinha-se atenuado e a doente queixava-se de astenia, sede intensa, tonturas, vertigens e dores discretas no hipocôndrio esquerdo.

E. A. — Doente normalmente desenvolvida mas um pouco emagrecida. Não tem edemas. Cor pálida a que se mistura um levíssimo tom ictérico. Temperatura normal. Anorexia marcada. Obstipação. Urina bem.

Coração normal à exploração clínica e ao exame radioscópico. T. A.: Mx 13 — Mn 5.

Diminuição do murmúrio vesicular, das vibrações vocais e da sonoridade à percussão na base direita. O exame radiológico revela pulmões normais e aderências no seio costo-diafragmático direito.

O bordo superior do fígado fica no 5.º espaço intercostal, enquanto o bordo inferior desce dois dedos abaixo do rebordo costal, na linha mamilar. O órgão é de consistência normal, de bordo rombo, liso e indolor.

O baço está muito hipertrofiado, ocupando praticamente toda a metade esquerda do ventre. De consistência um pouco aumentada, o órgão é liso e indolor à palpação.

A restante exploração clínica é negativa.

Análises — Pesquisa radiológica de varizes esofágicas negativa. Wasserman negativa. Análise sumária de urinas sem alterações. Bilirrubinemia: 25 mgr. $\frac{\circ}{\circ\circ}$, indirecta. Colesterolémia: 0,72 gr. $\frac{\circ}{\circ\circ}$. Protombinemia: 91 %. T. coag. 7 mn.. T. sangria 1 mn.. S. laço neg.. Plaquetas 102.400/mm³.

Provas de turvação e floculação (1): Hanger positiva (++) ; Maclagan 7,65 U; Neefe positiva (++) ; Wunderly-Wuhrmann positiva (+ + +) ; Kunkel 14,6 U; Hejda-Dreyfuss 4 U; Mawson 19,8 U.

Citologia sanguínea: G. V. 2.020.000/mm³ (grande anisocitose). Hemogl. 70 %. G. B. 1.800 (Neutr. 76 %; Linf. 24 %).

Mielograma: Mieloblastos 4 %; Mielócitos neutrófilos 15 %; Metamielócitos neutrófilos 12 %; Polin. neutr. 6 %; Polin. eosin. 1 %; Megaloblastos 1 %; Eritroblastos basófilos 39 %; Eritroblastos ortocromáticos 19 %; Linfócitos 3 %.

Resistência globular: Início da hemólise 0,45 %. Hemólise total 0,35 %.

Pesquisa do hematozoário no sangue negativa. Pesquisa de parasitas na polpa esplênica: abundantíssimas leishmânias.

Evolução — Após 15 dias de apirexia, durante os quais se pensou em icterícia hemolítica e em síndrome de Banti, a doente começou a ter febre intermitente, por vezes com mais que um acesso diário, ao mesmo tempo que o seu estado geral se agravava muito. Feitas as pesquisas de hematozoários e leishmânias, veio a positividade desta última esclarecer o diagnóstico. Um novo estudo da citologia sanguínea realizado nessa altura revelou 1.168.000 G. V. (com anisocitose e poiquilocitose), 17 % de hemoglobina. 600 G. B. (43,8 % de neutrófilos, 2,5 % de monócitos e 53,7 % de linfócitos).

Iniciou-se o tratamento antimonial (Nibilos, três séries de 3 gr.), coadjuvado com ferro, extractos hepáticos, transfusões de sangue e lipotrópicos. O resultado foi brilhante, obtendo-se rapidamente a cura. A doente saiu ao cabo de seis meses de internamento, curada e com óptimo estado geral, conservando apenas uma discreta hepatosplenomegália. Voltámos a vê-la cerca de meio ano mais tarde. Tinha passado esse tempo em bom estado de saúde e o seu aspecto era excelente, mas persistia a hepatosplenomegália.

As provas de turvação e floculação foram repetidas à saída, cerca de três meses após a cura clínica, com os seguintes resultados: Hanger positiva (+ +) — Maclagan 11,5 U — Neefe positiva (+ +) — Wunderly-Wuhrmann negativa — Kunkel 22,6 U — Hejda-Dreyfuss 4,6 U e Mawson 9,8 U.

*

O caso que acabamos de relatar constitui mais uma observação de kala-azar no adulto em Portugal. Como é bem sabido, a forma mediterrânica da doença tem uma nítida predilecção pela criança, a tal ponto que apenas encontrámos descritos, na literatura médica nacional, oito casos de kala-azar no adulto (2, 3, 4, 5). Embora semelhante número não represente provavelmente a verdadeira incidência da eventualidade em causa, nem por isso a sua raridade deixa de ser grande. Convém, pois, dar publicidade aos casos que surgem, já para se avaliar com maior exactidão a incidência do mal, já para chamar a atenção da classe médica para uma hipótese em que muitas vezes se não pensa.

O nosso caso, porém, ilustra-se ainda por certas características na verdade insólitas. Em primeiro lugar, é notável o modo de início da doença, que fez a sua aparição sob a forma de uma crise hemolítica. Em segundo lugar, registe-se a apirexia da primeira quinzena de internamento, facto igualmente raro e que nos ia afastando do verdadeiro diagnóstico.

No campo laboratorial, queremos chamar a atenção para a intensidade da anemia, para a primeira fórmula leucocitária, leucopênica sim, mas com 76 % de neutrófilos, e para a segunda fórmula, feita no pior período da doença, em que a cifra de glóbulos brancos era excepcionalmente baixa, não indo além de 600.

Finalmente, parece-nos digna de registo a persistência da hepatomegália uns 9 meses depois da cura clínica, particularmente se a relacionarmos com a clara positividade das provas de turvação e floculação no momento da alta, 3 meses depois da cura. São factos que demonstram a importância da lesão hepática no kala-azar, que nos levam a recear pelo futuro do fígado nestes

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EM SUSPENSÃO OLEOSA COM MONOESTEARATO DE ALUMÍNIO

EQUIVALENTE A

PENICILINA	300.000 U. I.
BISMUTO	0,09 gr.

Por ampola de 3 c. c.

SÍFILIS (em todas as formas e períodos)
AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA	300.000 U. I.
BISMUTO	0,09 gr.

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

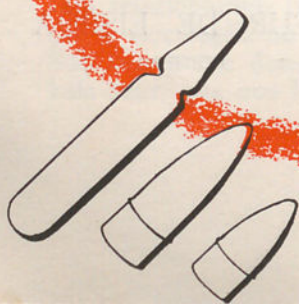
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA	300.000 U. I.
BISMUTO	0,045 gr.

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



doentes e que devem incitar-nos a não descurar esse órgão no esquema terapêutico imediato e tardio. Sobre o assunto faremos mais alguns comentários noutro artigo em via de publicação (6).

BIBLIOGRAFIA

- (1) — MONTEIRO, J. GOUVEIA — Provas de turvação e floculação em semiologia hepática — Edição do autor, Coimbra, 1951.
- (2) — ESTRADA, ADELAIDE e J. M. VAZ — *Lisboa Médica*, 12: 106, 1935.
- (3) — CUNHA, M. B. — *Coimbra Médica*, 4: 680, 1937.
- (4) — FIGUEIREDO, L. — *Clínica Contemporânea*, 16: 925, 1947.
- (5) — SOARES, A. DUCLA — *Amatus Lusitanus*, 7: 99, 1948.
- (6) — MONTEIRO, J. GOUVEIA — Sugestões a propósito do kala-azar — No prelo da *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura*.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

JORNAL DA SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS, CXVII, 1953 — N.º 3 (Março): *Algumas notas sobre a personalidade do Dr. A. Mac Bride*, por F. Martins; *Inactivação da adrenalina*, por J. Andresen Leitão; *Algumas estirpes de vírus da gripe isoladas no Instituto Bacteriológico Câmara Pestana*, por Mário C. S. Patuleia. N.º 4 (Abril): *Alocução na sessão de homenagem à memória do Conde de Ficalho*, por Xavier Morato; *O Conde de Ficalho e a Flora Medicinal*, por Américo Pires de Lima. N.º 5 (Maio): *A memória do Prof. A. Narciso*, por Cid de Oliveira; *Dr. Armando Narciso*, por António Emílio de Magalhães; *Os enzimas dos estreptococos e sua importância na terapêutica*, por A. Zink. N.º 6 (Junho): *Sobre a profilaxia do tétano*, por E. Mac Bride; *Tétano, tratamento e profilaxia*, por Cristiano Nina; *Doença quística dos rins (Rim em esponja)*, por H. Fontoura Madureira; *Para a história de uma rara espécie bibliográfica, o Zodíaco Lusitano*, por Costa Sacadura.

O CONDE DE FICALHO E A FLORA MEDICINAL. — Evocando a notável figura de uma personalidade cujos múltiplos e altos dotes levaram ao desempenho dos mais variados cargos de responsabilidade, destaca o valor como botânico, que foi um dos promotores do renascimento da botânica portuguesa, após a longa decadência que se seguiu à morte de Brotero. Devem-se-lhe: a reimpressão, com valiosas notas, dos «Colóquios dos Simples e Drogas da Índia» de Garcia de Orta; a publicação das notáveis obras «Garcia de Orta e o seu tempo», «Viagens de Pero da Covilhã», «Plantas úteis da África Portuguesa» e «Flora dos Lusíadas»; além de

estudos sobre plantas e notas da história. Organizou o Jardim Botânico da antiga Academia Politécnica, de que foi o primeiro director. Nos seus trabalhos sobre botânica deu especial atenção às plantas medicinais, e neste artigo o A. lembra, mais uma vez, a necessidade de estudar a flora medicinal portuguesa, na qual devem encontrar-se espécies de grande utilidade terapêutica, que a medicina popular emprega com proveito.

PROFILAXIA DO TÉTANO. — Tem importância capital a limpeza da lesão local, em casos de grandes traumatismos e o tratamento antisséptico em todos eles. Quanto à seroprofilaxia, por meio de injeção de soro antitetânico a seguir à inoculação traumática, põe-se em dúvida a eficácia das doses de 300.000 unidades, para adultos, e doses maiores têm o risco de produzir accidentes anafilácticos às vezes graves; por isso, o A. do 2.º artigo entende que se deve prescindir da seroprofilaxia e substituí-la pelo emprego, tão precoce quanto possível, da anatoxina vacinante (2 c. c., mais 4 c. c. ao 4.º dia, mais 6 c. c. ao 8.º dia). Empregando-se o soro, deve dar-se só uma injeção, pois a imunidade passiva, que dura 5 a 10 dias, é diminuta pela repetição de injeções.

A vacinação preventiva pela anatoxina confere imunidade durante 2 a 5 anos, podendo esta quase dilatar-se até 10 anos. Não pode pretender-se a imunização total da população, mas devia ser obrigatória para as profissões mais ameaçadas, como o é já nalguns países para o exército. A vacinação faz-se por meio de 3 injeções, respectivamente de 1, 2 e 3 c. c., com 20 a 30 dias de intervalo entre a 1.ª e a 2.ª, e algumas semanas mais tarde a 3.ª injeção.

TRATAMENTO DO TÉTANO. — Os casos em que o tétano cura espontaneamente são aqueles em que a quantidade de toxina absorvida está em relação com a duração do período de incubação; assim se mostra nas estatísticas de Richter e de Rose, em que a curabilidade, apenas de cerca de 4 por cento quando aquele período é inferior a 10 dias, sobe muitíssimo à medida que o período se dilata, alcançando 45 e mais por cento quando ele é de cerca de 3 semanas. Por isso se admite que o foco infeccioso tem uma actividade produtora de toxina limitada ao período inicial da incubação, sendo a toxina dominada pelas defesas naturais do organismo, mais ou menos fortemente: quando estas falham, a doença manifesta-se cedo e com forma grave.

As bases da terapêutica são classicamente: 1 — O tratamento da porta de entrada; 2 — Seroterapia neutralizadora da toxina ainda não fixada; 3 — Terapêutica anticonvulsivante; 4 — Impedir as complicações e corrigir as deficiências metabólicas e nutritivas.

Uma vez instalados os sinais da doença é inútil qualquer tratamento da porta de entrada do bacilo, porque, geralmente de ela não vem já intoxicação; as intervenções cirúrgicas extirpadoras não têm mostrado vantagens.

A seroterapia não pode pretender acção sobre a toxina fixada no sistema nervoso, mesmo feita com altas doses; só poderá actuar por neutralização da toxina circulante. Há quem use ainda as grandes doses de soro, mas o A., considerando os trabalhos experimentais que mostraram que à medida que se repetem as injecções vai diminuindo a actividade do soro injectado, adoptou o emprego de uma dose inicial alta, de 100 a 150 mil unidades, por via endovenosa, pois não verificou qualquer vantagem nas vias intra-arterial e intra-raquídea. Ultimamente, porém, tendo em conta os trabalhos sobre a possível utilidade do uso da anatoxina a preceder a seroterapia, adopta a seguinte norma: se a incubação é inferior a uma semana, só seroterapia em alta dose; se a incubação é de 7 a 10 dias e o doente só apresenta trismo, injecção de 2 c. c. de anatoxina e horas depois, com mínimo de 3, a injecção de soro, voltando a injectar-se a anatoxina com intervalos de quatro dias, em doses crescentes, de 4, 6 e 6 c. c.; se a incubação é superior a 10 dias e a evolução superior a 3 dias sem convulsões clónicas, injecta apenas anatoxina. Tem isto por objectivo impedir a revivescência intoxicante do foco infeccioso onde bacilos estejam em latência da sua capacidade de produção de toxina. Mas, no fundo, não crê que a seroterapia tenha utilidade, pois com ela os casos de curto período de incubação continuam a mostrar alta mortalidade, como se vê na estatística do Hospital Curry Cabral, adiante referida.

A terapêutica anticonvulsivante, se não prolonga a vida nas formas muito agudas, nas formas de média gravidade contribue largamente para melhorar os resultados, diminuindo o sofrimento e poupando as forças do organismo. Durante os primeiros cinco dias, pelo menos, emprega um depressor de acção central (avertina, evipan, etc.), reservando os curarísantes para os casos graves com convulsões clónicas, e sempre com a grande vigilância exigida no seu emprego; outros fármacos têm utilizado, em casos especiais, como sejam a dextro-tubo-curarine e a Myanesin, activas mas de efeitos fugazes.

Evitam-se as complicações brônco-pneumónicas, vulgares antes do advento da penicilina, pelo emprego desta, que deve manter-se até fase adiantada da convalescência. A desidratação dos doentes combate-se com soro glucosado e soro fisiológico. A alimentação constitue um problema difícil nos casos graves, devendo ter-se cuidado com a alimentação por sonda nasal, pois não raras vezes é responsável pela broncopneumonia de aspiração.

A estatística acima mencionada compreende 298 casos tratados desde 1949 a 1952, dos 326 em que foi possível saber a duração do período de incubação; são 186 de doentes do sexo masculino e 112 do sexo feminino. As percentagens de mortalidade foram, respectivamente para cada sexo: incubação de 1 a 5 dias — 92,8 e 100; inc. de 6 a 10 dias — 48,2 e 67; inc. de 11 a 15 dias — 10,7 e 33,8; inc. de 16 a 20 dias — 0 e 3,1; inc. de 21 ou mais dias — 0 e 0. Estes resultados levam à suspeita

da subordinação das taxas de mortalidade à evolução espontânea da doença e à conclusão de que o tétano agudo, de curto período de incubação, é inacessível ao tratamento. E o A., pensando assim, diz que afinal está de acordo com a afirmação de Hipócrates, quando escreveu: «os tetânicos morrem em 4 dias, mas se sobreviverem este prazo têm muitas possibilidades de se restabelecer».

RIM EM ESPONJA. — Com esta designação tem-se nos últimos anos descrito casos de uma afecção rara, a doença quística das pirâmides renais, de que o A. publica uma observação, a primeira a ser registada entre nós.

A doença é muitas vezes revelada casualmente no decurso do estudo radiológico feito por motivo de qualquer padecimento urinário; a hematuria, a dor ou sensação de peso na região lombar, e a piúria por infecção secundária, com ou sem febre, são os sintomas mais habituais. A radiografia simples não dá indicações, salvo havendo calcose secundária, mas a urografia mostra o desenho de uma série de cavidades que, a partir da cúpula dos cálices penetram no perênquima renal sem interessar a zona cortical, e correspondem aos pequenos quistos que o meio de contraste ocupa. Na pielografia ascendente a imagem pode ser mais nítida, mas pode ser incompleta, por só parte das cavidades se encher.

De entre as afecções com as quais se pode confundir, radiologicamente, avulta a tuberculose, sendo por vezes difícil o diagnóstico diferencial; e pois que a clínica só descortina a doença através de complicações, é a radiologia que tem de decidir.

Pelo facto de a afecção ser em regra bilateral não há possibilidade de terapêutica curativa; só é possível tratar as complicações; nos poucos casos em que há unilateralidade, pode pensar-se na nefrectomia, quando em face de complicações graves, irreduzíveis à terapêutica médica.

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, XVI, 1953. — N.º 4 (Maio): *Fragmentos históricos da pediatria portuguesa*, por Luís de Pina; *Anomalia congénita das vias biliares*, por Silva Nunes, Rosado Pinto e Amílcar Gonçalves; *Ensaio com farinhas torradas e dextrinadas*, por Moreira Braga.

FRAGMENTOS HISTÓRICOS DA PEDIATRIA PORTUGUESA. — Como um estrangeiro, a pediatria, como ciência e arte especializada, nasceu em Portugal no século XIX. Mas nas obras de medicina, de todos os tempos, se encontram passagens respeitantes a higiene e clínica de crianças. E entre os médicos portugueses que trataram de tais assuntos, destaca-se proeminentemente o setecentista Dr. Mirandela, Francisco da Fonseca Henriques, na sua obra denominada «Medicina Lusitana, Socorro Défico, dos clamores da natureza humana, para total profligação de seus males». Tem como subtítulo esta informação: «Na primeira parte se trata da

UM PROGRESSO
DA PENICILINOTERAPIA BUCAL, GRAÇAS À

ELKOCILINA[★]

Elkosina[★] + penicilina

ASSOCIAÇÃO QUIMIOTERÁPICA
DE ACTIVIDADE ANTIBACTERICIDA
POTENCIALIZADA

1 comprimido contém 0,5 g. de Elkosina e 100.000 U. I. de penicilina

TUBO DE 12 COMPRIMIDOS

* Marcas registadas

PRODUTOS CIBA, LIMITADA — LISBOA

REGISTO DE LIVROS NOVOS

R. DEMANCHE — **Précis de technique du séro-diagnostic de la syphilis** — 1 vol. de 344 págs. com 21 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1952 — 1.000 fr.).

O mérito deste livro levou a sucessivas edições; esta é a 5.^a, e vem acrescentada com novos dados. A par das reacções já tidas por clássicas, todos os aspectos laboratoriais da sífilis, de moderna aquisição, são descritos. Citaremos entre outros: utilização dos antígenos cardiolípidicos nas reacções de hemólise e de floculação, e de estas as micro-reacção de Rein-Bossak e do V.D.R.L., reacções quantitativas; teste de verificação de Neurath, evidenciação da imunolisina anti-treponémica pelo teste de Nelson. Numa segunda parte trata das técnicas laboratoriais aplicadas ao estudo da blenorragia, da tuberculose, do sezonismo e da mononucleose infecciosa; e ainda um capítulo sobre a reacção das aglutininas frias

F. BERTRAND & J. CREYSEL — **Traité de Thérapeutique Chirurgicale**. 2 tomos formando 3.410 págs., ilust. (G. Doin, Edit., Paris, 1952 — Encad. 23.000 fr.).

Esta obra não é um tratado de técnica cirúrgica, pois neste aspecto limita-se a indicar quais as intervenções a realizar, e quando estão indicadas. Do que fundamentalmente trata é de expor os procedimentos, médicos ou cirúrgicos, a utilizar em cada afecção. E para isso, apresenta cada doença ou síndrome nos seus vários aspectos anatómo-fisiológicos, e, ao descrever as terapêuticas aplicáveis a cada caso, cita os resultados que tem dado em confronto com a evolução espontânea.

Esta obra de dois professores de cirurgia de Lyon está pois concebida em plano de real utilidade clínica, pois ensina a resolver, da melhor maneira, os problemas que na prática se apresentam. É tratado a consultar a cada passo, por todo o médico.

WILLIAM STERN & F. STERN VEYRIN — **Traité de Diagnostic Chirurgical**. 1 vol. de 1.228 págs. com 870 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1952 — 5.200 fr.).

O velho livro de diagnóstico cirúrgico, de Duplay, que através de 30 anos teve

muitas edições em várias línguas, aparece agora, em 10.^a edição francesa, subscrito por novos autores; mas a obra continua com o mesmo plano, que a celebrou, sendo apenas actualizada, completada com novos capítulos, posta em dia com os progressos da semiótica e da patologia. Desnecessário é encarecer o seu valor, que fez deste tratado um manual a estudar pelos alunos, a consultar frequentemente pelos clínicos feitos, em esclarecimento de técnicas de diagnose ou de discriminação de estados patológicos, em todo o âmbito da medicina externa.

LOEPER & BERNIER — **Journées thérapeutiques de Paris, 1951**. 1 vol. de 354 págs. com quadros e figuras. (G. Doin, Edit., Paris, 1952 — 2.000 fr.).

Reprodução das conferências que sob este título se efectuaram na capital francesa, dirigidas pelo Prof. Loeper. Nesta série, os assuntos tratados foram: *A resistência aos antibióticos provenientes de fungos ou de bactérias, e os novos tratamentos das nefrites*. Cada um de eles foi versado por competentes colaboradores, que, repartindo entre si os vários aspectos de esses problemas, minuciosamente os estudaram. Por esta forma, este livro corresponde a dois verdadeiros tratados, ambos sobre assuntos cuja actualidade e importância clínica é desnecessário salientar.

P. GALY & L. PÉROL — **Séquelles et complications tardives locales de la primo-infection tuberculeuse**. 1 vol. de 120 págs. com 31 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1952 — 850 fr.).

O subtítulo de esta monografia — *A doença do hilo de origem tuberculosa* — indica a sua razão de ser. Com efeito, é das adenopatias caseosas hilares que partem geralmente as manifestações tuberculosas, não apenas as que se manifestam pouco tempo depois da primo-infeccção, mas as que sobrevêm tardiamente, em consequência de processo ganglionar praticamente inactivo. Lesões latentes, são o factor de muitos estados patológicos que parecem primitivos: bronquectasias, abcessos, bronquites localizadas, divertículos e fistulas esofágicas, etc.

Vida do Homem antes de Nascer. Na segunda a Arte de criar e curar meninos, desde que nascem até serem adultos...». Pode pois considerar-se Fonseca Henriques pioneiro da Pediatria em Portugal.

Da quase totalidade das doenças de que trata nesse livro dedica particular referência aos «lactantes». Ocupa-se, quanto a patologia, de muitas e diversas afecções: tinha, hidrocefalia, sonos mórbidos, epilepsia, convulsões, dentição e seus acidentes, farfalho, garrotilho, corpos estranhos, sufocação, catarros, diarreia, tosse e asma, fastio, inflamação do umbigo, lombriças, icterícia, hidropisia, incontinência de urina, bexigas e sarampo, etc.

Antes e depois de Fonseca Henriques, encontram-se notas pediátricas em diversos autores portugueses. Assim em Zacuto Lusitano, Rodrigo de Castro, etc.

Depois, no campo da higiene infantil e da pedagogia, evocam-se, entre outros, os nomes de Manuel Henriques de Paiva, Francisco de Melo Franco, Augusto Simões, Assis Vaz, etc.

Outras notas interessantes sobre assistência à infância, educação e protecção de menores completam o artigo, que reproduz uma conferência feita na secção do Porto da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

FARINHAS TORRADAS E DEXTRINADAS NA ALIMENTAÇÃO DOS LACTENTES. — Os lactentes suportam bem os hidratos de carbono, passadas poucas semanas do nascimento, com lucro para a nutrição, se forem administrados pré-digeridos. O presente ensaio foi realizado com a farinha Sinlac (Nestlé) em 24 lactentes frequentadores do Centro de Enfermagem. Os efeitos foram muito bons em 10 casos, bons em 7, regulares em 5, e apenas maus em 2; mas para estes não houve colaboração do ambiente e ambos manifestaram primo-infecção tuberculosa grave, que num deles terminou por meningite mortal.

JORNAL DO MÉDICO. — N.º 549 (1-VIII-53): *Medicação associada nas meningites bacterianas*, por Carlos Ramalhão. N.º 550 (8-VIII): *Paralisia diftérica*, por Diogo Furtado; *Outra técnica de queiloplastia*, por J. Conde; *Os problemas da radiologia*, por René Sudre. N.º 551 (15-VIII): *A medicina militar*, por L. Macias Teixeira; *A propósito de uma gastrectomia e hepatectomia parcelar*, por Carlos Larroudé; *Meningo-labirintite de etiologia invulgar*, por J. Campos Henriques. N.º 552 (22-VIII): *Breve conversa sobre curandeirismo*, por F. Namora; *Profilaxia das perturbações neuro-psíquicas da criança*, por João dos Santos; *Apoplexia em tumor hipofisário*, por Afonso de Vasconcelos; *Fígado e diabetes*, por J. Gouveia Monteiro. N.º 553 (29-VIII): *Perigos das piscinas de natação*, por L. Macias Teixeira; *Tratamento cirúrgico do melanoma da face*, por J. Conde; *A hipotensão controlada em anestesia*, por Eduardo Beltrão.

MEDICAÇÃO ASSOCIADA NAS MENINGITES BACTERIANAS.—Nas meningites puruléntas (por meningococo, pneumococo, *H. influenzae* e estafilococo), a combinação das sulfamidas com um antibiótico resolve hoje o problema terapêutico. Não podem estabelecer-se regras imutáveis a essa combinação, a que deve presidir, sempre que possível seja, o estudo laboratorial da sensibilidade do agente às drogas indicadas como preferíveis por cada um deles. Geralmente serve bem a associação da sulfamida à penicilina para as infecções pelo meningococo ou pneumococo, a da sulfamida à estreptomina para a estafilocócica; para a meningite por *Hemophilus influenzae*, a da penicilina à aureomicina. Os medicamentos devem empregar-se pelas duas vias: intrarraquidiana e intramuscular.

Quanto à meningite tuberculosa a associação à estreptomina de isoniazida, esta como agente potencializador da acção daquela. O esquema terapêutico que o A. agora adopta compreende a dihidroestreptomina (intramuscular nas doses de 0,5 a 1 gr., diàriamente) e o cloreto de estreptomina e a hidrazida do ácido isonicotínico por via intrarraquidea (na dose de 0,025 e 0,05, diàriamente durante 15 a 21 dias e depois em dias alternados). Isto até à apirexia e modificação do liquor; depois, duas vezes por semana e finalmente de oito em oito dias. E durante todo o período de tratamento, 5 a 10 miligramas, por quilo de peso, de isoniazida, por via oral; esse período regula por três a quatro meses.

O número de doentes curados, com o aperfeiçoamento da terapêutica, cresceu e o tempo que vai passando sem aparecimento de recaídas permite afirmar que a meningite tuberculosa é curável. Para os insucessos intervêm vários factores: interrupção precoce da medicação, estreptomina-resistência, predomínio encefálico das lesões, tendência à caseificação, bloqueio espinal impedidor da circulação do liquor e consequentemente do agente terapêutico.

PARALISIAS DIFÉRICAS.—A paralisia precoce, da segunda ou terceira semana, é própria das crianças e jovens, localiza-se quase sempre no véu do paladar, algumas vezes na acomodação, e raramente nos motores oculares e na faringe; é geralmente benigna. A paralisia tardia, que aparece dois ou três meses depois, é própria dos adultos, tem um aspecto de polinevrite, atacando mais frequentemente os membros; é afecção grave, por vezes mortal. Esta diferença levanta problemas sobre a explicação a dar-lhe; neste artigo citam-se as hipóteses aventadas com tal finalidade.

FÍGADO E DIABETES.—Uma série de diabéticos para os quais o A. fez provas de exploração das funções hepáticas mostrou-lhe que as relações do fígado com a viciação do metabolismo hidrocarbonado não são muito íntimas, e assim o tratamento da doença não exige, por via de regra, medidas especiais dirigidas ao fígado.

GAZETA MÉDICA PORTUGUESA, VI, 1953. — N.º 2: *A Medicina no Brasil*, por A. Celestino da Costa; *Retrospecto evolutivo da clínica médica no Brasil*, por A. de Almeida Prado; *Tireoidites agudas*, por J. A. de Mesquita Sampaio, S. Krynsky, H. Weber e L. Raimo; *Aplicações da psicanálise*, por A. C. Pacheco e Silva; *Behaviorismo*, por Fernando O. Bastos; *Fundamentos psicológicos do jornalismo*, por J. Carvalho Ribas; *Da indicação operatória nas obstruções agudas do intestino delgado*, por Sílvio Levy; *A acção tenifuga do ácido diodofenilpropiónico*, por Manuel F. Garcia, Aníbal de Matos e Hermann Burger; *Metabolismo do trabalho positivo e negativo pelo método de Kofrany-Michelis*, por R. Passmore e D. Orsini; *Valor nutritivo do bredo, caiota e toucá*, por F. A. de Moura Campos; *Pancreatite aguda e gestação*, por Raul Briquet; *O emprego da cortisona em oftalmologia no Brasil*, por Moacyr E. Álvaro; *Semiologia radiológica da discinesia funcional do duodeno*, por Luís Carlos Fonseca; *Xantinoxidase*, por A. Fajer, R. Fried e C. Mattos; *Bradicinina*, por W. T. Beraldo.

A MEDICINA NO BRASIL. — Os dois artigos que abrem este número da revista, dedicada à medicina brasileira e contendo artigos de médicos brasileiros, dão ideia da evolução e estado actual do ensino, ciência e prática da medicina no Brasil. Deles respigamos a série de notas que a seguir se inserem.

Nos primeiros tempos da colonização, alguns factos notáveis assinalam a história médica no Brasil: em 1537, Gabriel Soares de Sousa descreveu as miasas cutâneas e cavitárias e o Mal do Bicho. José de Anchieta e Fernão Cardim descobriram a sede do veneno das cobras, e ao primeiro se deve a mais antiga descrição clara da imunidade adquirida pela primeira mordedura de cobra venenosa.

Foi a fuga da corte de D. João VI perante a invasão napoleónica que veio transformar completamente a vida cultural brasileira. Com ela veio, como cirurgião-mor do Reino, o mestre de anatomia em Coimbra, José Correia Picanço, natural de Pernambuco. Devido aos seus conselhos em 1808 criou-se na Baía a Escola de Anatomia, Cirurgia e Obstetrícia, e no Rio de Janeiro a Escola de Anatomia, Cirurgia e Medicina. Estas Escolas desenvolveram-se rapidamente e, já muito ampliadas, passaram a Faculdades com a criação das Universidades em 1832. Pouco a pouco, pelo Brasil fora outras se fundaram, alcançando agora o número de 18, sendo 3 na capital federal (a Faculdade Nacional da Universidade do Brasil, a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Distrito Federal e a Escola de Medicina e Cirurgia), 2 em S. Paulo (a Faculdade Universitária e a Escola de Medicina Paulista), 2 no Recife, e uma em cada uma das cidades da Baía, Belém do Pará, Belo Horizonte, Curitiba, Fortaleza, João Pessoa e Porto Alegre; e em frente do Rio de Janeiro, em Niteroy, a Escola Fluminense de Medicina.

Na última metade do século passado, a patologia tropical ofereceu

brilho notável com a chamada escola baiana; estudos profundos se fizeram sobre o ainhum, as filariostes, a aucilostomiase, o béríberi e a febre amarela; destaquem-se os nomes de Wucherer, de Silva Lima, de Lutz e dos irmãos Paterson. Depois, em todos os campos da medicina houve notáveis cultores, podendo citar-se muitos: Torres Homem, Francisco de Castro, Miguel Couto, Almeida Magalhães, Miguel Pereira, Alfredo de Brito, Prado Valadares, João Froes, Rubião Meira, Eduardo Monteiro, etc., cuja obra escrita documenta a sua erudição e, em muitos pontos, contribuições originais.

A medicina experimental nasceu com a criação do Instituto Manginhos, no Rio de Janeiro, e do Instituto Butantã, em S. Paulo; ambos apareceram quase simultaneamente, pelo movimento despertado pela ameaça da epidemia de peste, em 1899. O primeiro dedicava-se à preparação de soros e vacinas e foi ampliado, em 1908, sob a direcção de Oswaldo Cruz, com o nome de Instituto de Patologia Experimental, ao depois denominado, em homenagem ao grande homem de ciência e dominador (com Emílio Ribas e Luís Pereira Barreto) da endemo-epidémica febre amarela. As Memórias do Instituto estão cheias de trabalhos do mais alto valor, de entre os quais se destacaram, pela completa originalidade, os de Carlos Chagas (descobridor e estudioso da Tripanozomiase Cruzi) e os de Fontes (sobre o ultra-vírus da tuberculose).

O Instituto de Butantã, sob a direcção de Vital Brasil, dedicou-se quase exclusivamente ao estudo do ofidismo, e à preparação de soros curativos contra os venenos das cobras.

Com a introdução do regime universitário das Faculdades federais em 1931, e em S. Paulo em 1934, inaugurou-se nova era de progresso, porque se abriram as escolas ao serviço de docentes livres, e se incrementou o trabalho do pessoal docente. A pleiade de investigadores, clínicos e professores, é hoje de primeira plana, em todos os campos de actividade científica da medicina, como se mostra pela extensa relação que Almeida Prado regista no seu artigo.

TIREOIDITES AGUDAS. — Os processos inflamatórios da glândula tiróide, embora não sejam frequentes, merecem ser conhecidos, não só porque de eles podem resultar deficiências funcionais de consideração, mas porque podem ter complicações graves, tais como mediastinite, compressão da traqueia, edema da laringe.

As tireoidites agudas ou subagudas sucedem-se a infecções agudas das amígdalas ou do trato superior do aparelho respiratório, à influenza, e mais raramente a qualquer outra doença infecciosa, principalmente ao reumatismo articular agudo. Qualquer microorganismo patogénico pode ser o agente do processo, mas o estreptococo hemolítico figura em primeiro lugar. O diagnóstico é fácil, porque a sintomatologia própria da inflamação não deixa dúvidas; o estado infeccioso geral é mais ou menos accentuado. O tratamento compreende principalmente medicação anti-

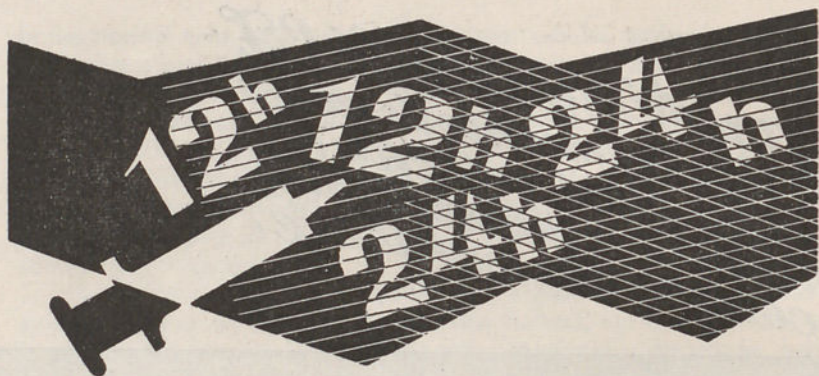
*Os antibióticos do J.L.F.
são rigorosamente doseados
em câmaras assépticas
especiais e submetidos
a constante controle.*



**PROCILINA
PROMICINA**



*...dois antibióticos
de grande eficácia e
reconhecida confiança*



LONGACILINA

N,N'-dibenziletlenodiamina-dipenicilina G

Composto de absorção muito lenta

LONGACILINA A (suspensão aquosa estável para injeção)

600.000 U — actividade: 14 dias

300.000 U — actividade: 7 dias

LONGACILINA (comprimidos para administração oral)

150.000 U por comprimido

Actividade por cada 2 comp.: 6 a 8 horas



LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

-infecciosa, por antibióticos, salicílicos e sulfanilamida; como terapêutica local a diatermia é o melhor agente. Vigilância aturada deve exercer-se, na pesquisa precoce de qualquer complicação. Para casos complicados, a cirurgia pode ser necessária.

INDICAÇÃO OPERATÓRIA NAS OBSTRUÇÕES AGUDAS DO INTSTINO DELGADO. — Capítulo de clínica de urgência, metódicamente exposto, que, com a devida vênia, transcrevemos integralmente.

« — A avaliação precisa da oportunidade de uma intervenção cirúrgica num paciente com obstrução intestinal aguda ainda é, nos nossos dias, uma tarefa ingrata e difícil. Entretanto, os cirurgiões vão-se tornando cada vez mais seguros nas indicações e os clínicos têm sido colaboradores preciosos neste sentido, remetendo tais pacientes o mais cedo possível aos centros cirúrgicos. A intervenção cirúrgica, no entanto, é apenas uma das armas utilizáveis para o tratamento das obstruções do intestino delgado. Seu emprego exige a associação de outras medidas terapêuticas que também desempenham papel preponderante. Isto porque, o simples restabelecimento da permeabilidade intestinal, pela remoção cirúrgica do obstáculo, não é sempre seguido do desaparecimento da distensão e de seus efeitos gerais, o que equivale a dizer que operar doentes com «ileus» em fase adiantada de distensão, nem sempre é o bastante para curá-los.

Realmente, a remoção do obstáculo por meios cirúrgicos e a remoção da distensão intestinal, por intubação descompressiva, sempre associadas à correção dos distúrbios fisiopatológicos presentes, são actos terapêuticos distintos, igualmente importantes, e que não devem ser confundidos.

O sucesso do tratamento depende da precocidade do diagnóstico. Inúmeras estatísticas o têm provado. Citaremos, apenas, como exemplo, a do Hospital das Clínicas de São Paulo, publicada por BOVE: 163 casos tratados nas primeiras 24 horas apresentaram 7,87 % de mortalidade, enquanto que 117 casos tratados após 24 horas de evolução apresentaram 47 % de mortes. Aqui, queremos chamar a atenção para um facto importante: é que a série de baixa mortalidade era constituída, predominantemente, por hérnias externas estranguladas, de fácil diagnóstico, enquanto que a série com mortalidade elevada era devida a obstruções chamadas «internas», e, portanto, de difícil diagnóstico.

O mesmo verificámos após uma pesquisa estatística realizada em 5 serviços cirúrgicos de urgência do Hospital de Pronto Socorro do Distrito Federal. No período de Janeiro de 1946 a Outubro de 1950, encontramos 224 casos de obstrução intestinal por hérnia inguinal oblíqua estrangulada, tendo a mortalidade atingido apenas a 3,12 %. No mesmo período, ocorreram 108 obstruções intestinais mecânicas internas (incluindo obstruções do colo), por lesões intra-abdominais diversas, tendo a mortalidade atingido a cifra de 43,51 %.

É evidente, diante destes factos, que o verdadeiro problema dos

«íleus», diagnóstico e terapêutico, prende-se às obstruções intestinais internas, mais que às causadas por estrangulamento de hérnia externa. É, pois, para as primeiras que devem convergir todos esforços diagnósticos e terapêuticos, visando a diminuição das altas taxas de mortalidade ainda verificadas.

Os factores que influem sobre a indicação operatória com finalidade terapêutica, nos casos de obstrução aguda do intestino delgado, são numerosos, parecendo-nos terem importância maior, os seguintes: a *patologia da obstrução* (localização, causa e natureza do obstáculo, assim como as complicações presentes); a *precisão do diagnóstico*; a *fase evolutiva da doença*, e o *ambiente hospitalar disponível*.

Patologia da obstrução. — Importa lembrar que a sede da obstrução comanda, em geral, a gravidade do quadro clínico. Quanto mais proximal estiver situado o obstáculo (duodeno, jejuno), mais grave será o estado geral do doente e mais rápida a evolução para a morte, se não se intervir. Contrariamente, a tolerância às obstruções simples do íleo terminal já é muito maior e, muitos pacientes podem apresentar-se em condições relativamente favoráveis, mesmo após vários dias de doença.

Em síntese, admitem-se quatro *variedades clínico-patológicas* fundamentais de «íleus» as quais, nas fases iniciais, apresentam síndromas clínicos mais ou menos individualizados (Smith): *Obstrução mecânica simples* (sem comprometimento da circulação do intestino); *Obstrução mecânica com estrangulamento da alça, do mesentério ou dos vasos*; *Obstrução adinâmica sem peritonite*; *Obstrução adinâmica com peritonite*.

Tal sistematização, ainda que grosseira, tem, contudo, a vantagem de facilitar as indicações terapêuticas, que são bastante diversas e precisas para cada uma destas variedades. Em fases mais adiantadas, estas entidades clínico-patológicas perdem sua individualidade clínica e podem confundir-se, devido ao aparecimento de uma série de fenómenos locais e gerais, a saber: — A parada do trânsito, causando hipermotilidade das alças (cólicas intestinais); A distensão intestinal, seguida de paralisia; O bloqueio da circulação venosa e arterial da parede intestinal, com possível esfacelo; O comprometimento do peritoneu, e, por fim: Distúrbios do quimismo sanguíneo e da dinâmica circulatória.

Estes fenómenos podem associar-se e geralmente surgem na ordem assinalada.

Os mecanismos etiológicos que originam as diversas variedades de obstruções não precisam ser lembrados, pois são do conhecimento da maioria dos cirurgiões e vêm mencionados em todos os tratados. Lembremos, como muito adequada, a sistematização realizada por Wangesteen, completada pela classificação das causas de «íleus» adinâmicos, de Ochsner e Gage.

Precisão do diagnóstico. — Os elementos de que se pode lançar mão para a realização do diagnóstico de uma obstrução intestinal, são numerosos. Importa, antes de tudo, que a anamnese e o exame clínico sejam

completos e rigorosos. A seguir, realizar-se-á a radiografia simples do abdome, em diversas posições, conforme o caso e, se necessário, o clister opaco. Com isto, já se vence, pelo menos, uma etapa: a do diagnóstico topográfico da obstrução, isto é, sua provável localização e, muitas vezes chega-se mesmo a precisar a causa e o mecanismo do «ileus». Por fim, os exames de laboratório (hemograma, quimismo sanguíneo, etc.) esclarecerão o quadro clínico, mais precisamente.

O diagnóstico exacto facilita imensamente a indicação operatória e permite que se planeje operações electivas e adequadas a cada situação.

A falta de meios complementares de diagnóstico justificava, no passado, a realização de laparotomias exploradoras à menor suspeita de obstrução intestinal. Hoje, tal precipitação é injustificável, a não ser perante casos de provável estrangulamento. O preferível é examinar o doente com todo o cuidado, de modo a fazer-se o diagnóstico topográfico e etiológico da obstrução em causa, realizando-se neste interim um preparo pré-operatório adequado.

Fase evolutiva da doença. — Perante um caso de «ileus», é primordial reconhecer se o paciente é portador apenas de uma *doença local* do intestino ou de uma *doença geral* (Howet).

Quando o doente é visto na fase inicial, com o estado geral bom e na ausência de distúrbios humorais, o problema terapêutico centraliza-se na remoção imediata da obstrução por meio cirúrgico, se for indicado. É, pois, um *problema local*. Se, porém, a obstrução já evoluiu durante horas ou dias, a distensão tornou-se evidente e o estado geral ressentiu-se, a *doença geral*, exigindo terapêutica adequada anterior ao acto cirúrgico, visando aumentar as suas probabilidades de sucesso.

Dentro deste critério, e, com o fim de se avaliar o risco cirúrgico nos pacientes com «ileus», podemos classificá-los em três grupos:

Grupo I — Pacientes sem distensão; ausência de «shock»; *doença local*.

Grupo II — Pacientes com distensão, em pré «shock»; *doença geral*.

Grupo III — Pacientes com distensão + comprometimento vascular do intestino; «shock»: *doença geral*.

Os riscos cirúrgicos aumentam notavelmente nos grupos II e III, quando a *doença é geral*. A avaliação destes riscos é imperativa e faz-se por meio de exames pré-operatórios, com o fim de se corrigir os distúrbios humorais e circulatórios secundários à distensão. Mencionaremos, apenas, estes exames, cujo valor não precisa ser discutido: determinação da volemia, para precisar a quantidade de sangue a administrar-se; determinação da azotemia, cloremia, potassemia, reserva alcalina e proteinemia, para precisar a quantidade de água e electrólitos que deverão ser ministrados ao paciente.

Ambiente hospitalar disponível. — Parece-nos útil assinalar a importância que assume o ambiente hospitalar, sob o ponto de vista da maior ou menor fartura de elementos materiais disponíveis. É evidente que fal-

tando os elementos básicos necessários para uma perfeita assistência ao doente, como seja: enfermagem técnica, sangue, medicamentos, gazoterapia, anestesia de eleição, radiodiagnóstico, laboratório de análises, anatomia patológica e outros, os resultados tendem a piorar, por melhor que seja o padrão técnico do cirurgião. Se é verdade que um portador de obstrução intestinal deve ser bem tratado e operado, é imprescindível que o seja num hospital completamente equipado, onde se possa dispor dos recursos necessários para estes fins.

Temos observado que os cirurgiões desamparados de alguns destes recursos preferem indicar e realizar intervenções rápidas e paliativas, muitas vezes incompletas, como simples derivações externas, e que trazem graves sequelas. Contrariamente, os cirurgiões melhor amparados, optam por soluções cirúrgicas mais amplas e radicais, com a vantagem de um menor período de hospitalização.

Ao conjunto de medidas terapêuticas utilizáveis para o tratamento dos pacientes com obstrução intestinal, dá-se, com razão o nome de «*planos terapêuticos*» (Tumen). Os seus principais elementos são: a *intubação gastro-duodenal*, a *cirurgia*, a *correção dos distúrbios fisiopatológicos* e a *terapia anti-infecciosa*. Esta última é sempre obrigatória e seu emprego sistemático não comporta mais dúvidas na actualidade.

A sequência do emprego da *intubação intestinal* e da *cirurgia* tem importância decisiva nos resultados finais e está sujeita a variações, dependentes dos factores que condicionam a indicação operatória e que mencionamos acima. A intubação curativa, tornando desnecessária a intervenção cirúrgica, caracteriza o plano 1. Já no plano 2, a intubação intestinal é completada pela intervenção cirúrgica, protelada e, se possível electiva. Por fim, estão os planos 3 e 4, em que a cirurgia imediata é o principal acto terapêutico.

Planos terapêuticos

Cirurgia desnecessária ou protelada (tratamento conservador)

Plano 1 — Intubação intestinal + correção dos distúrbios fisiopatológicos.

Plano 2 — Intubação intestinal + correção dos distúrbios fisiopatológicos + remoção cirúrgica do obstáculo.

Cirurgia imediata

Plano 3 — Remoção cirúrgica do obstáculo + intubação intestinal + correção dos distúrbios fisiopatológicos.

Plano 4 — Remoção cirúrgica do obstáculo + correção dos distúrbios fisiopatológicos + profilaxia da distensão (por intubação gástrica).

Plano 1 — Este plano terapêutico só é aplicável às *obstruções simples*, mecânicas, ou adinâmicas. Certas causas de «ileus» mecânicos podem ceder por meio da intubação descompressiva do intestino a montante do

obstáculo. As angulações e os acotovelamentos por aderências inflamatórias (que muitas vezes surgem no pós-operatório da cirurgia abdominal); certas estenoses inflamatórias ou granulomatosas, alguns tumores endometrióticos; algumas obturações da luz intestinal por corpo estranho (cálculo biliar, por exemplo), agravadas pelo espasmo da alça; certas compressões, são condições que admitem a terapêutica conservadora, desde que surjam melhoras evidentes ao exame clínico e radiológico do abdome, repetido de 12 em 12 horas. Em caso contrário, deve-se operar, executando-se o Plano 2. É indispensável lembrar que o tratamento conservador das obstruções intestinais é muito trabalhoso, exige completo conhecimento dos problemas ligados à intubação do intestino delgado (pela sonda de Miller-Abbott ou outra) e deve ser supervisionado, ou de preferência, executado por cirurgião experiente que observará o paciente rigorosamente, em ambiente hospitalar completamente equipado. Os «ileus» adinâmicos, com ou sem peritonite, são, geralmente, complicações ou epifenômenos acompanhantes de graves lesões intraperitoniais. A intervenção cirúrgica, dirigida sobre a causa desencadeante do «ileus», impõe-se na maioria das vezes, principalmente se se trata de traumatismo abdominal, perfuração de víscera ou obliteração de vasos mesentéricos, hemorragias intraperitoniais ou outras lesões locais ou à distância que exijam por si mesmas, intervenções de urgência. Ao afirmar-se que o «ileus» adinâmico é passível de ceder somente com a intubação, entende-se que, desde que a causa primária cesse e desapareça espontaneamente ou por meios operatórios o «ileus» é passível de regredir sem intervenção cirúrgica que vise o intestino, o trânsito ou o obstáculo, o qual, sendo funcional e não mecânico, está fora do alcance dos meios cirúrgicos.

Plano 2 — Uma das indicações de intervenção cirúrgica em casos de «ileus» surge da falência do plano 1, no sentido da remoção do obstáculo e do restabelecimento do trânsito intestinal. Mas a indicação principal deste plano é nas obstruções mecânicas em fase avançada (pacientes do grupo II e eventualmente do grupo III), quando as condições gerais são tão más que o cirurgião é obrigado a abster-se de qualquer manobra cirúrgica por menor que seja. Um preparo cuidadoso poderá permitir a recuperação do paciente e a execução de uma intervenção protelada. Certos autores (Smith, McKittrick) acreditam que mesmo em casos com estrangulamento, desde que o risco cirúrgico seja muito grande, é preferível a protelação da intervenção algumas horas.

Plano 3 — Indicado em todos os «ileus» com estrangulamento e nas oclusões vasculares mesentéricas com infarto intestinal em que se é obrigado a praticar ressecções de alça.

Plano 4 — A intervenção cirúrgica imediata também está indicada em todos os «ileus» mecânicos recentes, de diagnóstico positivado e em que não há ainda distensão acentuada do intestino. Neste caso a intubação descompressiva do intestino é desnecessária mas impõe-se a sucção gástrica, profilática da distensão pós-operatória.

Intervenções para as obstruções do intestino delgado. — Podem ser sistematizadas do seguinte modo: 1 — Remoção do agente da obstrução; 2 — Ressecção intestinal com anastomose imediata; 3 — Anastomose látero-lateral sem ressecção (derivação interna); 4 — Exteriorização da alça com fistulização. (derivação externa); 5 — Enterostomia à Witzel (derivação externa).

1 — A simples *remoção* do agente da obstrução é a manobra de escolha nos casos em que ela é possível e a vitalidade da alça não está comprometida. Em caso de dúvida, após remover o obstáculo, deve-se atentar às condições circulatórias da alça. Há vários testes para este fim: a irrigação com soro fisiológico quente, a observação dos capilares anti-mesentéricos, a «Prostigmine» injectada no meso, despertando o peristaltismo à vista do cirurgião, o uso de antispasmódicos no local (novocaína, papaverina, acetilcolina) ou inalação de O_2 a 100 % durante uns minutos, que, segundo Lichtenstein, é o meio mais seguro e rápido para observar se a cor da alça volta ao normal e o espasmo cede. Dentro do critério de apenas remover o agente de obstrução, a tática variará conforme a natureza deste agente. A *secção de uma brida*, de um anel constritor ou de uma aderência é a mais rápida e simples das manobras cirúrgicas. Relembrar o conselho já clássico de ligar toda brida antes de cortá-la, não é superfluo, pois um lapso destes pode ser causa de grave hemorragia imediata ou tardia, havendo ainda que lembrar a possibilidade de tratar-se de um divertículo de Meckel, que cortado e deixado aberto, originaria uma fístula intestinal intra-abdominal; outras manobras que podem ser necessárias, são a *destruição de alças* e a *desinvaginação*, suficientes quando ainda não há infarto do intestino. Às vezes a *enterostomia* é necessária quando o obstáculo está na luz da alça, cálculo, corpo estranho, conglomerado de ascaris, pólipos benignos, etc.).

2 — A *ressecção intestinal com anastomose imediata* é a intervenção radical da oclusão mecânica. É porém uma intervenção longa que submete os pacientes a um traumatismo que nem sempre estão aptos a suportar. Está portanto contra-indicada nos pacientes em mau estado geral, desde que se tenha certeza de não haver estrangulamento da alça. Em caso contrário não há outro recurso e qualquer que seja o estado do doente, ela deve ser executada. É nestes casos que os resultados pioram, atingindo a mortalidade operatória cerca de 50 % nas estatísticas mais recentes.

3 — O *curto circuito* consiste na anastomose de uma alça obstruída com outra além da obstrução. Suas indicações são difíceis de precisar e só será feito se não for possível solução melhor. Há porém condições em que o curto circuito é admitido pela maioria dos cirurgiões: é no caso das oclusões do íleo terminal e do ceco. A ileotransversostomia nestes casos dá resultados bons: exclui a lesão, o trânsito se restabelece e o doente melhora rapidamente, permitindo a intervenção radical mais tarde. Nos casos de alças delgadas conglomeradas por aderências, um curto circuito é preferível a desfazer as aderências. A dissecação e separa-

ção de alças acoladas por aderências já constituídas, não se realiza sem grandes perigos para a parede do intestino: se a alça fica desperitonizada poderá criar novas aderências, causadoras de nova oclusão. Muitas vezes, ela é perfurada involuntariamente com um «pique» de tesoura, e a contaminação fecal do campo é maciça e quase obrigatória, seja pela tensão dos líquidos em estase e na alça, seja pela grande friabilidade de suas paredes, impedindo uma sutura adequada da mesma. De qualquer modo, a dissecação é demorada, difícil, exaustiva, e o paciente, já em mau estado, não a tolera e vem a falecer após a intervenção, geralmente de choque ou nos dias subsequentes, de peritonite.

4 — *Exteriorização de alça gangrenada* ou de vitalidade duvidosa. Preconizada antigamente, hoje está praticamente abandonada, por causa da elevada mortalidade que acarreta. Apenas nos casos de vólculo da sigmóide é que ainda se usa a exteriorização da alça, para reintegrá-la no abdomen, se sobreviver.

5 — *A enterostomia* é a intervenção mais simples realizável para descomprimir o intestino. Sua utilização, antes do advento da intubação intestinal era necessária em certos casos. Para os «ileus» adinâmicos sua utilidade é nula pois que apenas drena o segmento de alça fistulizado, ficando os líquidos colectados para cima devido à falta de propulsão intestinal. Actualmente a maioria dos autores admite que a intubação intestinal é um processo muito mais eficiente, seguro e racional, de que a enterostomia, para drenar o delgado distendido, seja por obstáculos mecânicos simples, seja por paresia peritonítica. A intubação ainda tem a vantagem da descompressão de cima para baixo, já que é sabido ser a distensão das alças superiores muito mais grave que a distensão com estase das alças distais. Ademais, uma simples enterostomia traz consigo um certo grau de «ileus» paralítico pós-operatório, que retardará de 2 a 3 dias o início da drenagem livre, de modo que a distensão alta continuará persistindo mais esse tempo, com evidente prejuízo para o doente.

REVISTA PORTUGUESA DE OBSTETRÍCIA, GINECOLOGIA E CIRURGIA, V, 1952. — N.º 6 (Nov.-Dez.): *A plástica mamária pelo método obliquo* (em francês), por Hélène Marc; *Um decénio de experiência sobre a colpocitologia*, por Clarisse do Amaral; *A colpomicroscopia* (em espanhol), por Tassilio Antoine; *A citologia vaginal como guia da terapêutica hormonal na ameaça de aborto* (em espanhol), por Bernardo Schaffer; *O emprego da colpocitologia em clínica psiquiátrica*, por J. Alves Garcia; *Apontamentos sobre a flora patológica vaginal*, por Álvaro de Atayde; *Os problemas que apresentam os tumores prévios em obstetrícia*, por Manoel Rodriguez Lopez.

A CITOLOGIA VAGINAL COMO GUIA DA TERAPÊUTICA HORMONAL NA AMEAÇA DE ABORTO. — A terapêutica da ameaça de aborto está quase estandardizada: repouso, sedativos, vitaminas e hormonas. O repouso e

os sedativos (em doses convenientes) não oferecem dúvidas; também as vitaminas C, K e sobretudo a E tem obtido consenso geral. Mas com as hormonas, já o mesmo não sucede, havendo opiniões divergentes, principalmente quanto às mais usadas: a progesterona e os estrogénios, aos quais se atribuíram, contraditòriamente a acções experimentais, papel protector da gestação. O A., para elucidar a questão, estudou os esfregaços vaginais de mulheres ameaçadas de aborto e encontrou aspectos diferentes: nalgumas de tipo estrogénico, com abundância de células das camadas superficiais e ausência das pertencentes às camadas basais, ao passo que noutras estas apareciam dando a impressão do tipo hipoestrogénio de esfregaço. Lógico é pensar que durante a gravidez pode estabelecer-se insuficiência de progesterona ou de estrogénios, quebrando-se o equilíbrio hormonal que garante a normalidade da gestação. De acordo com isto, o A. passou a tratar as ameaçadas de aborto com o seguinte critério: se o esfregaço vaginal mostra células profundas, dá estrogénios, na dose de 5 miligr. por ampola, 2 a 4 por dia; se o esfregaço é francamente estrogénio dá progesterona, nas doses habituais. Os resultados tem correspondido ao conceito.

ANAIAS PORTUGUESES DE PSIQUIATRIA. — N.º 1 (Out. de 1949): *O Hospital Júlio de Matos*, por António Flores e Barahona Fernandes; *A reacção do colargol clorídrico de Riebling*, por G. Egrejas e Victor Fontes; *Estudos clínicos e psicológicos sobre a leucotomia*, por Pedro Polónio; *Estado actual da terapêutica psiquiátrica infantil*, por Barahona Fernandes, Pedro Polónio e Sousa Gomes. — N.º 2 (Agosto de 1950): *Alguns aspectos da personalidade de Egas Moniz*, por J. Seabra Dinis; *An important ancillary of psychosurgery*, por Charles Burlingame; *Esquisse d'une théorie «organo-dynamiste» de la psychiatrie*, por Henri Ey; *Estrutura das psicoses e tratamento insulínico*, por Pedro Polónio; *La evolución postraumática de la personalidad en los heridos cerebrales*, por Vallejo Nágera; *O ensino de psiquiatria na Universidade do Brasil*, por Maurício de Medeiros; *Applications neuro-chirurgicales en psychiatrie infantile*, por G. Heuyer e M. Feld; *O espiritismo e as doenças mentais no Brasil*, por A. C. Pacheco e Silva; *Sobre la génesis y situación clínica de las acroparestesias*, por J. Lopez Ibor; *Nótulas sobre a leucotomia*, por Fernando Ilharco; *Nota prévia sobre a morfologia do córtex do lobo orbitário*, por Victor Fontes; *Relatório médico-legal de um exame psiquiátrico*, por Bahia Júnior; *Técnica operatória da leucotomia cerebral*, por Almeida Lima; *A psiquiatria em Portugal*, por Barahona Fernandes; *Reacções psicogéneas*, por Nunes da Costa; *Eidetismo e alucinações, correlações dinâmicas*, por Azevedo Mota; *Contribuição para o estudo da hereditariedade dos tumores cerebrais*, por Gerhard Koch. N.º 3 (Maio de 1951): *O 1.º Congresso Mundial de Psiquiatria*, por António Flores; e os trabalhos apresentados a este Congresso e redigidos em francês: *Psicopatologia dos delírios*, por Barahona Fernandes; *Apli-*

cação dos testes mentais em psiquiatria clínica, por Almeida Amaral; *Anátomo-fisiologia à luz das lobectomias e topectomias*, por António Flores; *Indicações respectivas dos métodos de choque em psiquiatria*, por Diogo Furtado; *Estado actual e tendências da psicanálise em Portugal*, por Gregório Pereira; *Evolução e tendências actuais da psicanálise*, por J. Seabra Dinis; *Genética e Eugénica*, por Fernando Illharco; *Algumas considerações sobre o mecanismo patológico dos delírios*, por Correia de Oliveira; *Tratamento do alcoolismo pelas drogas do tipo Antabuse*, por Diogo Furtado, Vasco Chichorro e Almeida Amaral; *Reacção psicótica pelo Antabuse*, por Pompeu de Oliveira e Silva; *Sobre a importância dos testes mentais em psiquiatria*, por Correia de Oliveira; *Sobre o estudo da psicopatologia da despersonalização*, por J. Seabra Dinis; *Anátomo-fisiologia cerebral e funções psíquicas na leucotomia préfrontal*, por Barahona Fernandes; *Anátomo-fisiologia à luz das lobotomias e topectomias*, por António Flores; *Relações das terapêuticas endócrinas e vasomotoras em psiquiatria*, por Diogo Furtado; *Aspectos terapêuticos da leucotomia*, por Barahona Fernandes, Pedro Polónio e Sousa Gomes; *O teste mioquinético nos doentes leucotomizados*, por Frágoso Mendes; *O tempo de reacção psicomotora e seu significado clínico nos doentes leucotomizados*, por Almeida Amaral; *A insulina e a insulina-cardiazol nas doenças mentais*, por Pedro Polónio; *A úlcera gastro-duodenal na medicina psicossomática*, por L. Navarro Soeiro; *Tipologia constitucional das psicoses*, por Pedro Polónio; *Tratamento das depressões pelo dinitrilo succínico*, por Diogo Furtado; *As noções de evolução e de dissociação das funções em psicopatologia*, por Barahona Fernandes; *Influência da guerra sobre a juventude de um país que não fez a guerra*, por Victor Fontes, José Schneeberger de Ataíde e João dos Santos. E ainda os seguintes trabalhos: *Le cerveau et la vie psychique*, por Karl Kleist; *Métodos de trabalho e resultados das investigações da escola de Ernst Kretschmer*, por Gerhard Koch; *Apreciações sobre o modo de acção da leucotomia cerebral*, por Mário Yahn; *Les tests psychologiques et la clinique mentale*, por Henri Wallon. N.º 4 (Dez. de 1952): *Prof. António Flores*, por Barahona Fernandes; *Saudade e gratidão ao Prof. A. Flores*, por J. J. de Paiva Corrêa; *Problemas gerais das neuroses*, por Barahona Fernandes; *Generalidades sobre a anátomo-fisiologia do diencéfalo*, por Almeida Lima; *Afecto e desejo*, por Pedro Polónio; *Neuroses e estados ansiosos*, por Pedro Polónio; *Neuroses da infância*, por João dos Santos; *Alguns aspectos das neuroses da adolescência*, por Victor Fontes; *La ansiedad vital y el círculo timopático*, por J. Lopez Ibor; *A psiconeurose obsessiva*, por L. Navarro Soeiro; *Psicologia médica y medicina psicossomática*, por Eduardo Krapf; *Diagnóstico diferencial das neuroses*, por Nunes da Costa; *Sentido existencial da angústia*, por Delfim Santos; *O mecanismo da conversão*, por William Sargant; *A neurose do ponto de vista social*, por J. Seabra Dinis; *O conceito das neuroses — orientação terapêutica*, por Barahona Fernandes; *La psychothérapie institutionnelle*

française contemporaine, por G. Danmézon e P. H. Koechlin; *Étude d'un symptôme rorschachien nouveau*, por M. Schachter.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS NEUROSES.—Quase todo o número 4 dos Anais é preenchido pela série de conferências que constituiu um simpósio sobre neuroses, no qual se trataram todos os aspectos da questão. A que tem o título aqui registado publicou-se logo a seguir e foi reproduzida no «Portugal Médico», no N.º 8 de 1951, pág. 449 e seguintes. Para ela chamamos a atenção dos leitores, que ali encontram uma completa exposição, de interesse teórico e prático.

A que a seguir se resume representa o ponto de vista do director do simpósio, embora atendendo a algumas das opiniões manifestadas pelos outros conferentes, que cita e comenta. Na parte relativa à terapêutica o resumo é quase transcrição, com o fim de completar, com o tratamento, o citado trabalho sobre diagnóstico.

CONCEITO DAS NEUROSES E ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA. — Neurótico é o homem que sofre porque se inibe, incapaz de agir por si, com medo dos próprios actos, não se adaptando à vida nem à sociedade. A angústia do neurótico é pois negativa, inibidora da própria personalidade, e é regressiva, retomando às formas de existir e de reagir menos livres, mais elementares.

Na apreciação científica das neuroses e da sua terapêutica, há que considerar as diferentes categorias dos fenómenos que o médico observa, os diferentes níveis estruturais de desintegração de funções e a muito diversa qualidade dos agentes terapêuticos.

Uma série de factos leva à perspectiva do problema: os conhecimentos da anatomia cerebral, os da fisiologia encefálica (de sensibilidade interna e exteroceptiva), a psicologia fenomenológica descrevendo as vivências vitais e as atitudes de interiorização autista e de contacto com os outros indivíduos e sintonização, a apreciação valorativa das ideias ou normas, os dados dos estudos sociais sobre a integração do indivíduo na família e no grupo humano a que pertence, suas simpatias e aversões.

Tem-se procurado tentar uma unificação de todos estes dados, unidade que tem de se realizar adentro de estratos heterogeneamente estruturados, hierarquizados em múltiplas camadas, solidárias e interdependentes. Na realidade e em suma o que há é uma distonia do Eu, isto é: uma tensão alterada entre as forças múltiplas que entram na sua constituição, desde o extracto anátomo-patológico e biológico até ao anímico e espiritual, e no conjunto das inter-relações sociais. Em todos os níveis, desde o anatómico, passando pelo fisiológico encefálico, pelo vegetativo, pelo psicológico elementar e diferenciado e pelo espiritual, até ao das relações inter-individuais, se percebe a participação do Eu. A sua alteração distónica exprime-se de formas diversas, mas correlativas, ao nível vital, no do inconsciente psicológico, no extracto das reacções compreensivas e das

reações da personalidade, e até no plano das valorizações normativas e no ambiente das relações sociais.

Como em todas as distonias biológicas, dão-se no neurótico vários mecanismos de contra-regulação espontânea; um desvio em determinado sentido arrasta um desvio compensador, em sentido oposto. Quer dizer: à tendência regressiva de desintegração das funções, da distonia do Eu, opõe-se uma tendência espontânea de nova integração, a qual por vezes, por excesso de desarmonia, conduz a nova regressão. Nos neuróticos compensados estes mecanismos estabelecem um certo equilíbrio (fases de remissão e até de cura); mas nova agressão volta a descompensar o Eu e reaparece a sintomatologia da neurose.

Esta maneira de compreender o problema faz compreender melhor a diversidade dos efeitos terapêuticos dos métodos de tratamento, que na maior parte das vezes apenas reforçam as tendências espontâneas para a compensação.

Toda a terapêutica deve focar o sofrimento, a distonia do Eu, pelo que é essencial a psicoterapia, de compreensão, esclarecimento e ajuda prestada pelo médico, não só como técnico mas como homem, pela sua personalidade. As próprias terapêuticas orgânicas devem fazer-se com intenção psicoterápica.

Há que ter em conta os factores etiológicos apurados em cada caso: hereditariedade, constituição, factores psicopáticos precocemente manifestados. O apuramento de factores causais raramente será muito fecundo; mas podem tomar relevo certas situações (isolamento, miséria, etc.) e certos factores orgânicos, (doenças carenciais, alergias, infecções, intoxicações, etc.). As terapêuticas contra tais factores nem sempre são etiológicas, mas patogénicas, actuando sobre os mecanismos da distonia. Neste capítulo, além da psicoterapia, empregam-se diversos procedimentos, de entre os quais se salienta a terapêutica convulsivante, pelo electro-choque, que aliás poucas vezes está indicado para os neuróticos.

Como neurose não é equivalente a psicogenia, a terapêutica não pode limitar-se à psicoterapia. O que leva alguns psiquiatras a essa limitação é a ignorância em que ainda se está da patogenia e os meios de actuar sobre os seus mecanismos.

A primacial atitude, psicoterápica, deve exercer-se com consciência da orientação a tomar, segundo a valorização real da situação do paciente; sem o que pode ser errada, prejudicial em vez de benéfica; erros são cometidos muita vez pelos clínicos gerais, e até por psiquiatras imbuídos de doutrinas fixas, sobretudo de psicanalismo, ou de paixão pelas terapêuticas físicas, principalmente pelo electro-choque.

Além da psicoterapia, eis alguns procedimentos que são recomendáveis:

A codeína nos estados de ansiedade predominantemente vital. Pequenas doses de barbitúricos nas crises de ansiedade aguda. Estimulantes do tipo da coramina nas astenias. Compostos de arsénico, de fósforo, etc.,

e vitaminas, nos emocionados fatigados. Aminoácidos excitantes (com toda a cautela) em certos inibidos. Desoxicorticosterona e vitamina C nos deprimidos asténicos. Choque acetilcolínico (em pequenas doses progressivas, treinando o doente na reacção ansiosa prolongada) nos ansiosos periódicos não inibidos (timopatias) com sintomas obsessivos, algias e outros sinais somáticos. Anoxia pelo CO₂ em manifestações de somatização e conversão histérica. Narco-ab-reacção, pelos barbitúricos ou pelo éter, em neuroses traumáticas e reacções agudas e psicogéneas, com ou sem sinais histéricos. Narco-psicoterapia, como introdução de psicoterapia em doentes inibidos e resistentes. Insulina modificada (hipoglicémica até à ligeira sonolência, em regime de hospitalização, nos estados ansiosos arrastados com mau estado geral. Electro-choque em narcose barbitúrica em fases agudas depressivas com forte inibição (distímias, estados crepusculares) nalguns casos de equivalentes somáticos de depressões (algias). Formas modificadas de leucotomia em depressivos crónicos, despersonalizados e obsessivos, de evolução crónica longamente estabilizada e inacessíveis a outras terapêuticas.

O MÉDICO. — N.º 101 (6-VIII-1953): *Concepção médica do hospital*, por Barahona Fernandes; *Toxinfeções alimentares bacterianas*, por Cristiano Nina; *Crónicas*, por J. Andresen Leitão, Alexandre Sarmento e Augusto Travassos. N.º 12 (13-VIII): *As alterações electrocardiográficas na acidose diabética*, por J. Silva Maltez; *Alergia ao pó*, por João Correia Guimarães; *Crónicas*, por Ventura Pereira e Barros e Silva. N.º 103 (20-VIII): *A estatística oficial denuncia os resultados obtidos pelos serviços antituberculosos da saúde escolar desde o ano de 1948?*, por Luís Guerreiro; *Considerações sobre as neoplasias malignas do aparelho génito-urinário*, por A. Carneiro de Moura; *Crónicas*, por J. Pacheco Neves e J. Castelo Branco e Castro. N.º 104 (27-VIII): *A saúde é prosperidade*, por Arnaldo Sampaio; *Normas de inquérito epidemiológico nas salmoneloses*, por F. de Melo Caeiro; *O exercício da farmácia em Goa*, por A. da Piedade Noronha.

ALERGIA AO PÓ. — Os síndromes alérgicos respiratórios devidos ao pó das casas de habitação são relativamente frequentes. Apresentam-se umas vezes por forma brusca e inesperada, outras insidiosamente. A presunção clínica tem de ser confirmada pelas provas de sensibilidade, com extractos do pó da casa do doente, e às vezes do recheio dos móveis, em separado; provas por cuti-reacção, e em seguida por intradermo-reacção. Obtido assim o diagnóstico, o A., à maneira de Jimenez Diaz, manda fazer o antigénio em 3 concentrações crescentes, que vai injectando sub-cutâneamente, com intervalo de três dias, em doses cada vez maiores, de 0,2 c.c., de 0,4, de 0,6, de 0,8, e de 1 c.c.; depois passa à 2.ª concentração, sucessivamente nas mesmas doses e com intervalos de três a cinco dias; finalmente, com o mesmo doseamento progressivo, a concen-

tração mais forte, com intervalos de cinco e sete dias entre cada injeção. O resultado do tratamento é excelente, passando o doente a poder viver bem, sem recidiva dos padecimentos, nos mesmos locais para cujo pó estava sensibilizado.

NEOPLASIAS MALIGNAS DO APARELHO URINÁRIO. — Os tumores do rim podem distribuir-se por dois grupos: o do hipernefroma (que engloba o carcinoma) e o embrioma; o primeiro é o tumor de Gravit, o segundo o tumor de Willms. O despiste do hipernefroma pode fazer-se pelos sintomas gerais de febre, emagrecimento e anorexia, e por hematúria total, caprichosa e espontânea; a dor e o tumor palpável são já de período avançado do processo. O sarcoma embrionário, ao contrário do hipernefroma do adulto, é próprio da primeira infância e o diagnóstico só pode fazer-se pela percepção da massa tumoral, com sintomas gerais de febre, palidez e perturbações digestivas ou pulmonares. Não é, pois, possível diagnosticá-lo com precocidade.

Os tumores do bacinete e do uretero provocam hematúria e muita vez tumefacção devida a hidronefrose, ou melhor hematonefrose; é isto o que o clínico geral pode observar, para o urologista fazer a exploração que fixa o diagnóstico, a pielografia.

Os tumores da bexiga representam, em toda a cancerologia o exemplo mais nítido de relação entre a irritação crónica e a neoplasia. Não dão sintomatologia diversa da verificada na maioria das afecções vesicais. É a hematúria brusca, espontânea, caprichosa na repetição, que deve dar o alarme ao clínico geral. A averiguação da existência de um tumor é do foro do especialista.

Os tumores do testículo são ou seminomas ou embriomas. Quase todos são malignos e o são de modo extraordinário, rapidamente invasores, os cório-epiteliomas. Começam insidiosamente, por leve tumefacção, dando sensação de peso e moderada dor; às vezes sobrepõe-se hidrocelo sintomático.

O cancro da próstata tanto dá sintomatologia escassa, que torna difícil o diagnóstico, como este pode ser muito fácil pela evidência dos sinais que o caracterizam. Dá invasão muito precoce dos glânglios pélvicos e lombares e metástases múltiplas nos ossos, principalmente na coluna, bacia, fémur e costelas. O toque rectal de uma massa dura, imóvel e de superfície irregular e a radiografia dos ossos confirmam o diagnóstico, para o qual também pode dar achega a presença de uma elevada fosfatase ácida. Mas um diagnóstico precoce só é possível por um toque rectal que revele o tumor antes da sua extensão.

Em resumo, desta lição para clínicos gerais colhe-se a impressão de que estes podem em muitos casos suspeitar da existência de uma neoplasia com grande probabilidade de esta ser um facto, ou até mesmo, em certos casos, fazer um diagnóstico relativamente precoce, que implique uma possibilidade de cura pela cirurgia, único processo a pôr em prática.

Devem ter em conta que em 70 por cento dos casos a hematúria é um sinal precoce das neoplasias do rim, do uretero e da bexiga. Devem lembrar-se de que um testículo que aumenta de volume pode ser um testículo neoplásico, mesmo na idade que leva a pensar em afecções inflamatórias. E a respeito do cancro da próstata, para o diagnosticar precocemente seria preciso que os indivíduos de mais de 50 anos se sujeitassem a um toque rectal de tempos a tempos.

ACTA GYNÆCOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA, II, 1952. — N.º 6: *Puberdade precoce e ginecomastia*, por Amândio Tavares; *Tratamento cirúrgico da incontinência urinária na mulher* (em espanhol), por E. Gil Vernet e J. Esteba Caballeria; *Quadro convulsivo não eclâmptico numa grávida* (em espanhol), por J. A. Uzan-dizaga e José M. Mateu.

PUBERDADE PRECOCE E GINECOMASTIA. — Os pais de um rapazinho de 7 anos notaram, meses antes da observação clínica, que havia um volume anormal dos seios, e dias antes repararam que o pequeno tinha o testículo direito como que inchado e que haviam aparecido pêlos no púbis. O exame clínico só mostrou de anormal: testículo direito de tamanho de um pequeno ovo, de superfície um pouco irregular, muito duro e indolor; seios volumosos, com mais de 6 cm. de diâmetro, palpando-se bem a glândula mamária; pêlos compridos, alourados, na região púbica; pênis bastante desenvolvido. As reacções efectuadas (Von Pirquet, Chediak, Ascheim-Zondek-Friedmann) foram negativas. Exame de sangue: normal.

O exame citológico dos esfregaços obtidos por punção do testículo mostrou numerosas células cujo tipo tornava provável a sua natureza neoplástica; pelo que foi resolvida a castração unilateral. A peça extraída, confirmou tratar-se de um tumor duro, de cor amarelada, parecendo incrustado de grãos de areia, que comprime contra a albugínea pequena porção de tecido glandular. O exame histológico mostrou tratar-se de um blastoma, com mitoses pouco numerosas, frequentes divisões directas que conduziam por vezes à formação de elementos bi ou multinucleados, algumas células de núcleos irregulares e hiper cromáticos, — o que, aliado à imperfeita delimitação dos cordões celulares, conferindo ao tumor um aspecto infiltrante, orientava o diagnóstico no sentido da malignidade. Contra esta falavam a ausência de metástases, a lenta evolução do tumor, o não ter invadido a cápsula, respeitando o epidimo, o cordão espermático, a cavidade vaginal e o próprio tecido testicular adjacente.

Mas o citado aspecto histológico levava a suspeitar duma possível generalização tardia, sabido haver casos em que esta se manifesta muito tardiamente, por metástases que aparecem anos depois. Por isso se fez radioterapia pos-operatória.

Durante dois anos não apareceram metástases ou sinais de recidiva;

os seios diminuíram muito de volume, mal se palpando as glândulas, e sustou-se o crescimento do pénis e os pêlos tornaram-se mais raros, mais curtos e mais claros. Perdido de vista, veio mais tarde a saber-se que falecera, cinco anos e meio depois da intervenção, por insuficiência cárdio-renal consecutiva a endocardite reumatismal.

Discute-se, neste trabalho, a dificuldade de assentar, pelo exame histológico de estes tumores, o diagnóstico de malignidade. Nota-se a presença das pequenas concreções calcáreas, muito rara. Ventila-se o interesse particular de estes tumores para o esclarecimento dos problemas relativos à natureza e papel das células intersticiais. A este respeito, o caso presente, tal como outros citados, parece confirmar o conceito da glândula intersticial e a importância da sua função hormonal no desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Há, porém, o facto, desconcertante, da ginecomastia, a aproximar da acção, descrita há muito pelo A., exercida pela hiperplasia intersticial na produção de estados de hermafroditismo ou de pseudo-hermafroditismo, problema que suscita hipóteses que ainda não foram esclarecidas. Há ainda muita incerteza neste domínio endocrinológico.

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

O síndrome geral maligno nas neoplasias

A este trabalho põe C. JIMÉNEZ DIAZ o subtítulo «Os sintomas do tumor que não se encontra». E diz que não se encontra, ou porque não dá ainda sinais locais da sua existência, ou porque o quadro mórbido geral traduz um estado humoral propício ao aparecimento posterior da neoplasia.

Correntemente, descrevem-se como sintomas gerais dos tumores malignos a anorexia com emagrecimento e astenia. Ora estes sintomas podem ter outra origem, como a uremia lenta, que pode desenvolver-se sem dar sinal do lado do aparelho urinário, geralmente em prostáticos com disúria pouco importante ou a que se não ligou importância; nestes casos é a polidipsia que deve levar a explorar a próstata e diagnosticar a retenção urinária.

O mesmo síndrome aparece também muitas vezes em pielonefrite ou nefrite intersticial que se desenvolve através de anos e que de começo não dá sinais nem urinários nem vasculares. Trata-se de base constitucional, familiar.

O hipertiroidismo tóxico produz um quadro de emagrecimento, febrícula, depressão e anemia, sem volume anormal da tiróide; pode levar a pensar em cancro.

Várias doenças do sangue dão quadro semelhante, tal a anemia perniciosa monossintomática, por exemplo com diarreia persistente; mas o erro mais frequente neste capítulo é o que se dá com os estados subleucémicos.

Podem evocar cancros viscerais as sepsis atenuadas de qualquer natureza; assim as bronquectasias para o cancro broncopulmonar, a colangite lenta para o cancro das vias biliares, etc.

Em indivíduos idosos surgem por vezes estados de caquexia sem causa apreciável, que se tem descrito como «caquexia artéριοesclerosa»; o factor

psíquico intervém para isso em relação com a involução senil, como reacção ao abono de trabalho por apresentação, e à perda de ilusões que a idade traz consigo.

Certo é que um cancro visceral pode dar toda essa sintomatologia geral, mas isso só sucede com algumas neoplasias e não com todas. Compare-se o estado de um enfermo com cancro de pâncreas com outro com cancro do recto ou do útero; o primeiro com forte depressão e insónias, que são sinal precoce, ao passo que o segundo mantém bom estado geral até fase avançada do processo tumoral.

Sinais locais em ponto do organismo diferente daquele onde o ignorado tumor tem a sua sede podem orientar o diagnóstico, e esses sinais são muita vez de metástases ganglionares, sendo a mais frequente a da fossa supraclavicular, por trás da extremidade esternal da clavícula, o que se reconhece, quando não cresceu a ponto de fazer saliência sobre o osso, introduzindo os dedos, abraçando o feixe do esternocleidomastoideu e movendo-os lateralmente; esta adenopatia não se encontra apenas no cancro do estômago, mas também no do útero, do pâncreas, do rim e do pulmão. Outra adenopatia é a da virilha, situada por cima do ligamento de Poupard, dura, conseqüente a tumor ósseo, do recto ou do cólone, do aparelho genital, sendo muita vez difficilimo o diagnóstico do tumor, mesmo com biopsia; ou então esse gânglio suscita a possível existência de doença sistematizada do aparelho linfático, principalmente linfosarcoma ou reticulossarcoma.

Esta questão do significado neoplásico das adenopatias envolve o problema dos tumores silentes, que não dão qualquer sintoma e só são revelados na autópsia. Isto sucede mais vezes com cancros do pâncreas, mas pode acontecer no carcinoma gástrico, como viu em vários casos. Mas oferece ainda outro aspecto interessante e é o de não se encontrar na autópsia qualquer tumor, o que tem motivado discussão entre os anatómopatologistas, parecendo que se trata de tumores malignos primários, linfaendoteliomas.

Outra metástase relativamente frequente é a cerebral, cujos sintomas precedem os do tumor primitivo, que tem sede, por ordem decrescente de frequência, no pulmão, no pâncreas e no cólone.

Um quadro de flebotrombose recorrente ou emigrante já havia sido descrito por Trousseau, como precedendo de muito tempo os sinais de tumor visceral, a qual pode começar bruscamente ou ter pródomos de parestesia e depois de dores com sensação de peso nas pernas; são os tumores do pâncreas os que mais vezes o provocam. Não serve para explicar o edema uma compressão pelo tumor, antes deve atribuir-se a flebotrombose a transtorno humoral, com alteração sanguínea; não de metástase com acção sobre as veias afectadas.

Este ponto, da flebotrombose, dá exemplo de sintoma dependente de neoplasia e produzido pela especial situação que ela cria no organismo. Essa situação merece se descreva como «síndrome geral de malignidade», o qual, segundo a sua gravidade, provocará alterações citológicas e plasmáticas, reacções do mesenquina, dos vasos e do tecido ósseo. Segue-se a menção dos sintomas que o integram.

O que oferece maior relevo é o das dores gerais. São dores geralmente profundas, queixando-se os doentes que lhe doem os ossos; são as dores próprias das hemopatias, principalmente da leucemia aguda e do mieloma, mas podem aparecer, muito antes dos sinais de cancro primitivo, situado em qualquer víscera. Por vezes as dores tem carácter de polinevrite ou situam-se nas articulações, correspondendo às poliartrites neoplásicas, ou de ciática como viu num doente de cancro da próstata.

A febre é sintoma frequente no estado neoplásico, sobretudo nos cancros do estômago e da próstata, conduzindo a investigações laboratoriais e a diagnósticos errados. Assim aconteceu em casos que cita, como por exemplo

o de uma doente operada por falsa colecistite, reconhecendo-se na intervenção existir um pequeno carcinoma gástrico do outro.

Muito sabido é que as pneumopatias podem provocar uma osteoartropatia às vezes com acromegalias parciais, mas é menos conhecida a produção de um síndrome reumático poliarticular. Este pode surgir bruscamente, como num doente em que, guiado por esse facto, diagnosticou um cancro do pulmão. Quando o síndrome aparece em indivíduo com bronquite crónica, há tendência a pensar no conceito, de que tanto se abusa, do reumatismo de origem focal; assim se fez diagnóstico errado num doente que o era de cancro brônquico.

O reumatismo do cancro do pulmão põe importantes problemas patogénicos. Há quem pense que se trata de mecanismo hipofisário posto em marcha por substâncias partidas do cancro. Que em muitos casos de cancro do pulmão existe um estado de desarmonia hormonal não é duvidoso; em três mulheres com essa neoplasia e que tinham o quadro de reumatismo poliarticular febril apareceu amenorreia e virilização.

O mesmo quadro pluriarticular se apresenta em casos de cancro da próstata, do estômago e da glândula mamária; numa observação de este género, que descreve, indicou a presença de um pequeno nódulo carcinomatoso, e noutra o achado deu-se em doente com quadro asmático maligno.

No cancro do pulmão são bastante frequentes as polinevrites; em variável proporção associadas ao síndrome maligno, de febre, poliartrite e dores ósseas, sobretudo nas localizações pulmonar, prostática ou suprarenal do cancro.

São pois muito variados os sintomas que podem induzir a errados diagnósticos. Perante eles deve procurar-se a confirmação da origem neoplásica do quadro oferecido pelo doente, pesquisando outros sinais clínicos e fazendo exames laboratoriais.

Entre os primeiros figura a taquicardia, que por vezes se conjuga com trémulo das extremidades e mãos quentes e suadas, como no hipertiroidismo, e como neste com baixa de metabolismo basal; assim numa doente, diagnosticada de hipertiroidismo tóxico, na qual a radiografia mostrou existir melanossarcomatoso, com nódulos cutâneos mal perceptíveis. Uma prova clínica que deve efectuar-se para tirar dúvidas sobre a inexistência de um processo infeccioso é o tratamento pelos antibióticos.

O exame do sangue pode dar indicações muito aproveitáveis. A velocidade de sedimentação está muitas vezes aumentada, e não só no mieloma, em que é sinal orientador do diagnóstico. A eosinofilia é facto para o qual muitos autores tem chamado a atenção. Vários aspectos de anemia se tem observado: de crises hemolíticas, com leucocitose e normoblastos no sangue periférico, mormente no cancro da próstata; hipocrómica, sobretudo no cancro do cego; hiperocrómica, principalmente no do estômago. A série branca pode oferecer leucopenia e neutropenia em contraste com o quadro pseudo-infeccioso, mas também às vezes manifesta leucocitose intensa e isto dá-se nos cancros do aparelho digestivo, principalmente. A aparência de um surto leucémico pode ser provocada pelo tumor; por isso tem grande importância o mielograma obtido por punção esternal, que pode mostrar micrometástases ou aquelas modificações do retículo que Passiagua estudou minuciosamente. No plasma às vezes aparecem alterações, tais como: aumento das globulinas e descida do quociente, espectro electroforético semelhante ao das doenças reumatismais; são sobretudo importantes os doseamentos das fosfatases, que se mostram muita vez aumentadas, sendo vulgar o aumento da fosfatase ácida no cancro da próstata.

O interesse do conhecimento do quadro geral maligno das neoplasias não está só no problema do diagnóstico precoce, por efeito de poder tratar um cancro que não deu sinais directos; isto é alguma coisa, mas não é tudo. Com efeito, se os sintomas de tal quadro indicam generalização, desapareceu o objectivo do diagnóstico precoce e com ele de tratamento curativo. Mas

felizmente nem sempre é assim, porque essas metástases podem permanecer larvadas durante muito tempo e só se desenvolverem quando certas circunstâncias criam um clima favorável ao seu progredimento.

Há a falsa ideia de que os tumores malignos são incuráveis espontaneamente, derivada de que os médicos só os vêem quando chegaram a tal grau de desenvolvimento que já não podem retroceder. Mas não há dúvida de que podem curar, o que já se pôde observar nos da pele, porque são visíveis. Quem viu como desaparecem febre, dores, etc., no cancro da próstata depois da castração ou da aplicação de estrogénios sintéticos, tem de pensar que se mais cedo se tivesse feito isso talvez o cancro não se desenvolvesse.

Porter demonstrou a existência no fígado de uma proteína inibidora do cancro e uma substância, o dimetilamidoazobenzol, tem para ela afinidade e ao combinarem-se inactiva-a, sendo este o mecanismo da produção experimental do cancro do fígado. Também no soro do individuo normal há substâncias inibidoras dos tumores, que von Euler estudou. As melhoras rápidas, às vezes espantosas, que sucedem na leucemia aguda à exanguíneo-transusão ou ao emprego da ACTH, e a ineficácia de subseqüentes idénticas aplicações, leva à convicção que foram reforçadas as defesas naturais. As observações de Dobriner sobre os esteróides na urina dos cancerosos estendem-se aos casos em que o cancro não é ainda verificável, parecendo que correspondem ao «clima neoplásico», às perturbações que constituem o síndrome geral maligno.

O cancro da tiróide ensina muito. Uma hiperplasia da tiróide que dura anos pode transformar-se em neoplasia maligna, sem adquirir os caracteres histológicos respectivos, e esta pode dar metástases larvadas durante anos, até que um dia tomam corpo e evoluem como tumor maligno. Isto de uma metástase poder ficar latente durante anos, prova ser necessário um clima humoral para que o cancro se desenvolva e existirem forças anti-cancro naturais.

Coisa semelhante se tem observado a respeito da próstata e do pulmão. Andrews notou enorme frequência de pequenos nódulos cancerosos em próstatas obtidas por autópsia de individuos de todas as idades. Estudos recentes revelaram o mesmo facto relativamente ao pulmão.

Um factor de decisiva importância para criar ou evitar o clima pro-cancro é sem dúvida o espectro endócrino, como se deduz da acção provocadora ou contrariadora do processo canceroso, exercida por certas glândulas. As hormonas do testículo e das cápsulas suprarrenais em relação com o desenvolvimento do cancro da próstata; a hormona de crescimento ovárico em relação com o cancro da mama, do útero, etc. Influências endócrinas sobre as leucemias estão a ser estudadas.

Em suma: o quadro do síndrome geral maligno deriva essencialmente de uma situação humoral, que não é a consequência de cancros de órgãos, mas uma coexistência; os cancros podem aparecer muito depois de esse quadro, que denuncia a situação orgânica que permite a instalação da neoplasia. Tenha-se a esperança de que o estudo dos aspectos bioquímicos de tal quadro permitam um dia combatê-lo, e assim poder instituir-se um tratamento médico, precoce e eficaz, das neoplasias malignas.

(*Rev. Clínica Española*, 15-VI-1953).

Nova droga anti-tuberculose: a isonicotil-hidrazona da glicuronolactona

A síntese de este composto foi incitada pela importância do ácido glicurónico nos processos nutritivos e pela reconhecida actividade do hidrazida do ácido nicotínico. A droga está sendo estudada em muitos laboratórios da América do Norte e da Europa. G. BRONET, B. HALPERN, J. MARCHE e J. MALLET

dão conta dos seus trabalhos sobre as propriedades fisiológicas, e ensaios experimentais e clínicos da actividade sobre a tuberculose. (*La Presse Médicale*, 17-VI-1953). Eis as conclusões a que chegaram:

1 — A toxicidade estudada nos animais de laboratório mostra que a «toxicidade aguda» da INHG é umas cinco a seis vezes menor que a da isoniazida. Os ensaios, em ratos jovens, da «toxicidade crónica» não mostraram alteração da curva do crescimento durante as seis semanas em que receberam o medicamento com os alimentos. A absorção da droga faz-se depressa e é rápida a eliminação pela urina.

2 — O estudo da acção bacteriostática «in vitro» sobre 28 cepas diferentes de *M. tuberculosis* mostrou ser sensivelmente igual à da isoniazida, em igual quantidade, apesar da INHG ter apenas 40 por cento de hidrazida na sua molécula.

3 — Sobre a infecção tuberculosa experimental na cobaia e no coelho, mostrou acção pelo menos igual à da isoniazida.

4 — Os ensaios clínicos em 36 doentes observados durante três a seis meses, dos quais 25 com formas nodulares e úlcero-nodulares recentes, confirmaram a fraca toxicidade do medicamento, que pode dar-se na alta dose de 20 a 25 miligramas por quilo de peso, no adulto. Os efeitos clínicos sobre a evolução dos sintomas foram evidentes nas formas recentes; as melhoras radiológicas foram nitidas, mesmo nas formas cavitárias; obteve-se a negatificação da expectoração na maioria dos casos.

Resultados da gastrectomia total por cancro

No N.º 7 (pág. 438) inserimos uma pequena nota estatística sobre 20 casos. Outra nota semelhante se colhe do artigo de J. P. WEST e J. R. FEUGER publicado nos *Annals of Surgery* (Abril de 1952), e esta relativa a 60 cancerosos. A mortalidade operatória foi de 5,7 por cento nos operados de 1930 a 1946, de 5,1 nos operados de 1947 a 1951, e no total de 5,3 o que corresponde a 3 falecidos na intervenção. Depois foram morrendo, de modo a só estarem vivos 16, dos quais 8 operados recentemente e 8 com sobrevida entre um e cinco anos; mas dos que morreram houve 5 que viveram mais de três anos. Durante o tempo em que viveram aqueles que duraram mais de um ano, não se notou anemia perturbadora e o estado de nutrição era satisfatório, embora inferior ao normal; e seis de entre eles haviam podido retomar as suas ocupações profissionais.

Esta estatística confirma a impressão de que da gastrectomia não pode esperar-se grande percentagem de longa sobrevida, e menos de curas estáveis, para muitos anos, salvo em casos excepcionais.

Resultados da gastrectomia na úlcera gástrica

Nos *Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et des Maladies de la Nutrition* (N.º 7-8 de 1952) dois artigos ocupam-se de este assunto.

Um, de J. CHARRIER, J. LOYGUE e POLONY refere-se a 347 casos, dos quais 13 operados de urgência, com 2 mortes imediatas; a mortalidade operatória, nos restantes, foi de 3,3 por cento. Um inquérito obteve 275 respostas, das quais se extraíram as seguintes notas: 207 de esses doentes disseram ter melhorado, 30 que continuavam como antes da operação, 11 que se sentiam piorados; 13 não puderam retomar o trabalho habitual. Em 2 casos manifestou-se úlcera péptica.

O outro, de P. HILLEMAND, L. MAFFEI e HILLEMAND refere-se a 169 gastrectomizados, dos quais 66 ficaram satisfeitos com a intervenção, sentindo-se bem. Os restantes 103, não. Complicações inflamatórias locais apareceram em 16 de eles. O síndrome «dumping» em 18. Os outros operados mostraram

padecimentos de ordem geral: anemia, descalcificação, perturbações de metabolismo e diminuição das glândulas sexuais e volitivas; a tuberculose pulmonar manifestou-se em 23 dos gastrectomizados.

As couves em dietética

H. LECLERC recorda os trabalhos experimentais de L. Binet e M. Tanret (que mostraram o aumento de resistência capilar nas cobaias alimentadas com couves e aplicaram esta noção no tratamento de doentes com ascite por cirrose hepática) e os de J. Cowell e G. Eisner (demonstrativos da acção protectora do rim exercida no coelho perante a intoxicação pelo nitrato de urânio). Os primeiros, tentando averiguar a causa de estas acções, viram que não eram devidas à vitamina C; os segundos mostraram estar numa substância cuja existência verificaram no extracto aquoso dialisado das couves, mas que não conseguiram definir quimicamente. (*La Presse Médicale*, 20-VI-53).

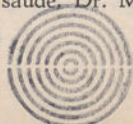
NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

V CONGRESSO INTERNACIONAL DE NEUROLOGIA. — Com extraordinária concorrência efectuou-se este Congresso, iniciado por sessão solene, sob a presidência do chefe do Estado, na qual falaram os Profs. António Flores, Almeida Lima e Correia de Oliveira, respectivamente presidente, secretário geral e vice-presidente; em nome dos congressistas estrangeiros falou o Prof. Monrad-Krohn, e a sessão encerrou-se com um notável discurso do Prof. Egas Moniz, no qual, historiando a descoberta da angiografia cerebral, focou o problema do trabalho de investigação científica. Nas sessões de estudo foram apresentadas muitas dezenas de comunicações, e o Congresso encerrou-se com a designação de Bruxelas para sede da próxima reunião, em 1957. Ao mesmo tempo realizou-se o anunciado Curso Superior de Neurologia, e reuniu a Liga contra a Epilepsia.

XV CONGRESSO DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CIRURGIA. — Com representação de 36 países efectuou-se este Congresso, cujas sessões se realizaram, tal como as do Congresso de Neurologia no novo Hospital Escolar de Lisboa. Foram oradores na sessão inaugural os Profs. R. Danis, L. Dejardini e C. Llado, e o presidente e secretário geral do comité organizador, Prof. Reynaldo dos Santos e Dr. Armando Luzes. As sessões de trabalhos foram muito concorridas tendo sido nelas discutido principalmente o tema da regeneração de tecidos. O próximo Congresso, em 1955, será em Copenhague.

I CONGRESSO INTERNACIONAL DE ANGIOLOGIA. — Em parte em conjugação com o Congresso de Cirurgia, decorreram muito animados os trabalhos de este Congresso. Na sessão inaugural falaram os Profs. E. Holman e Cid dos Santos, presidentes, respectivamente da Sociedade de Angiologia e da Comissão Portuguesa. A sessão final presidiu o Prof. R. Leriche.

NECROLOGIA. — Em Lisboa, o capitão-médico Dr. José da Costa Madeira e Dr. Alfredo de Sousa Santos, médico da Assistência Nacional aos tuberculosos. Em Almada, a Dr.^a D. Blanche de Almeida Freitas, médica do Hospital dos Capuchos. Em Mafra, o antigo clínico, de grande prestígio, Dr. Carlos de Lima Galvão, nosso assinante desde o 1.º número. Em Oliveira do Bairro o capitão-médico Dr. António de Vasconcelos Dias. Na Moita o nosso prezado leitor, subdelegado de saúde, Dr. Manuel L. Falcão Sobrinho.





MARTINO & C.ª Lda

TUDO O QUE INTERESSA À MEDICINA E CIRURGIA

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

Quinarrhenina Vitaminada

Elixir e granulado

Alcalóides 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

GLUTAVICAL

Por comprimido:

Ácido glutâmico	0,5	gr
Fosfato bicálcico	0,05	gr
Cloridrato de tiamina	0,001	gr

Frasco de 50 comprimidos

Atrasos mentais das crianças e adolescentes.
Pequeno mal.



LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

Sala
Est.
Tab.
N.º