



PORTUGAL MÉDICO

DIRECTOR: ALMEIDA GARRETT, Prof. na Faculdade de Medicina do Porto.
ADMINISTRADOR e EDITOR: António Garrett.

SUMÁRIO

ARMANDO TAVARES — Revisão de alguns pontos de diagnose nos síndromos oclusivos e emetizantes do recém-nascido e do lactente,

F. PRATA DE LIMA — Estado actual da terapêutica da tuberculose ósteo-articular.

MOVIMENTO NACIONAL — **Revistas e boletins:** *Clinica, Higiene e Hidrologia* (Vitaminas e avitaminoses). *Boletim Clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa* (Doença de Basedow e síndromes afins. A sensibilidade gustativa para a F.T.C. Resultado dos primeiros vinte casos de aperto mitral operados de commissurotomy. Terapêutica das anúrias). *Jornal do Médico* (Tratamento pelos antibióticos). *Clinica Contemporânea* (Precordialgias de origem cêrvico-dorsal. Sobre tratamento da diabetes mellitus). *Revista Clínica do Instituto Maternal* (Prof. Moreira Júnior). *Arquivos Portugueses de Oftalmologia* (A iluminação eléctrica. A vitamina D₃ no síndrome escrofuloso ocular). *O Médico* (Estados patológicos pulmonares em lesões do sistema nervoso central).

SÍNTESES E EXCERTOS — Diagnóstico radiológico diferencial entre mastite crónica e cancro da mama. Osteopatia neuralgiforme lombo-ciatálgica de localização vertebral e para-vertebral. Antibióticos nas adenites tuberculosas periféricas.

NOTAS E NOTÍCIAS — A Índia Portuguesa e a Medicina. Trabalhos apresentados em reuniões médicas. Intercâmbio. Conferências. Ciclo de estudos clínicos. Hospital Escolar do Porto. Profilaxia da tuberculose. Congressos. Necrologia.

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

Syphilis:

Bismogenol

Fama Mundial

Laboratório E. Tasse & Co., Hamburgo

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

MILO *alimento moderno*

base duma "bela" saúde

AO PEQUENO ALMOÇO
AO LANCHE
AO DEITAR
UM COPO DE
MILO TÓNICO



COMPLETA EFICAZMENTE
A ALIMENTAÇÃO
DAS CRIANÇAS
DOS ADOLESCENTES
DOS ADULTOS

MILO contém sob
uma forma concentra-
da e perfeitamente assimilável os elemen-
tos essenciais de que o organismo necessita
para se desenvolver harmoniosamente:
leite completo, açúcar, cereais malteados,
cacau, vitaminas (A, B1 e D), fosfatos orgânicos
e sais minerais (cálcio, magnésio,
sódio, potássio, iodo e ferro).

MILO é um alimento pre-
parado pela Nestlé. Es-
ta é a vossa melhor
garantia.



UM NOVO PRODUTO





PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXVIII — N.º 5

MAIO DE 1954

SERVIÇOS DE CLÍNICA PEDIÁTRICA DA FACULDADE DE
MEDICINA DO PORTO, DO HOSPITAL GERAL DE SANTO
ANTÓNIO E DO HOSPITAL DE CRIANÇAS MARIA PIA

(Directores: Profs. ALMEIDA GARRETT & FONSECA E CASTRO)

Revisão de alguns pontos de diagnose nos síndromos oclusivos e emetizantes do recém-nascido e do lactente ⁽¹⁾

por ARMANDO TAVARES

*Assistente da F. Med. e do H. G. de St.º Ant.º
Director do Serviço de Cirurgia
do Hospital de Crianças «Maria Pia»*

No vastíssimo domínio da clínica pediátrica, é forçoso, dada a evolução cada vez mais acelerada e complexa dos conhecimentos condicionados pela constante renovação de conceitos dimanados dos estudos da fisiopatologia infantil, subdividir as matérias, mesmo que seja sòmente, e por enquanto, como instrumento de trabalho, nas clínicas escolares e hospitalares. Consequentemente, dever-se-ão tratar em particular os assuntos de cada sector, observando e respeitando a norma de que, em qualquer dos campos especiais, o cultor de cada um deles deverá possuir a educação teórica e prática do pediatra geral, e ainda, para a operatória, a formação e a técnica cirúrgicas privativas, precedidas dos conhecimentos de cirurgia geral.

Nesta conformidade, é natural que venhamos estudando com mais pormenor os assuntos da pediatria cirúrgica.

Nas clínicas hospitalares em que trabalho, formou-se uma *equipe* que vem actuando já com certo ritmo, para a qual concorrem MANUEL DE CASTRO HENRIQUES, ARMANDO HENRIQUE TAVARES, PEDRO RUELLA TORRES e RAÚL NASCIMENTO DA FON-

(¹) Comunicação apresentada às Reuniões Científicas da Faculdade de Medicina do Porto, em 27-3-1954.



SECA. Assim, em face da posição que nos foi dado adquirir, podemos, feito o balanço do movimento cirúrgico relativo ao recém-nascido e ao lactente, quer nos nossos Serviços, quer em outros centros, emitir considerações sobre determinados problemas relacionados com novas directrizes na observação clínica e nas técnicas de exame no âmbito daquelas idades.

São 4 os pontos a que aludimos hoje.

1. — *Síndromos oclusivos no recém-nascido*

No quadro oclusivo congénito intestinal ou das vias biliares, a exoneração do mecónio não exclui a possibilidade do diagnóstico de uma obstrução intestinal como a coloração das fezes não afasta o diagnóstico de oclusão das vias biliares, pois é sabido que recém-nascidos que apresentam uma oclusão intestinal congénita aguda podem exonerar mecónio de aspecto normal e que os que são atingidos por atresia das vias biliares podem expulsar mecónio com as semelhanças costumadas, alternando, em cor, em dias ou semanas sucessivos, o que leva o médico não avisado a abster-se de fazer o diagnóstico da situação anómala.

Estas circunstâncias podem dar-se, por um lado, pela razão que advém do conhecimento de que, no feto, não é só pela via digestiva que se faz a eliminação da secreção biliar, mas por via sanguínea, excreção que existe desde o terceiro mês, aumentando depois do sexto. É de notar que esta interpretação foi confirmada por ROGER e BINET, em 1921, em experiências no cão, no qual se excluiu uma ansa intestinal que se anastomosou à pele e que, nesta situação, dava saída a um líquido com as características da bilis. É refere DUHAMEL que RIKER e POTTS observaram que um fragmento do intestino, que fazia parte de um teratoma sacro-coccígeo, continha mecónio de aspecto e cor normais. É necessário pois contar com esta particularidade.

Deve portanto ter-se presente que a coloração do mecónio e a presença na sua textura de pigmentos biliares não permitem afastar a possibilidade de um obstáculo orgânico das vias biliares ou do intestino.

Por outro lado, desejamos recordar também que a presença de mecónio abaixo da região atresiada do intestino é explicável pelo facto de aquele aparecer, de início, em todo o intestino e não por descida.

Como poderemos distinguir então o mecónio de uma criança normal daquele que apresenta uma outra atingida de oclusão intestinal congénita? Pela prova de FARBER a que já nos refe-

rimos num anterior trabalho. Sabe-se que o mecónio de um recém-nascido, com tubo digestivo perfeito, contém células epiteliais córneas das camadas da pele do feto que penetram por ingestão com a deglutição de líquido amniótico, e que FARBER, em 1933, identificou, laboratorialmente: feito o esfregaço de mecónio numa lâmina, submete-se aquele a uma lavagem de um minuto pelo éter; em seguida, cora-se pelo violeta de *Sterling*; lava-se depois com água corrente e descora-se com álcool ácido. Só as células córneas mantêm a coloração. Como se vê, nada mais simples. Para que o processo entre na rotina dos exames subsidiários do recém-nascido, com sintomatologia suspeita de perturbações do trânsito intestinal, aqui fica a lembrança.

2. — O diagnóstico da invaginação intestinal aguda do lactente

Em trabalho anterior, cujo resumo foi apresentado à Sociedade de Pediatria, analisamos 13 observações arquivadas nos Serviços da Faculdade e do Hospital de Santo António; referindo-nos, então, à rigidez clínica da equação de OMBRÉDANNE: oclusão intestinal + emissão do sangue pelo ânus = invaginação intestinal, emitimos a opinião de que a expressão devia «ser lida sòmente num sentido, pois que nem sempre se verifica quando lida em sentido contrário». Com efeito, posto que, na generalidade dos casos, haja ausência de exoneração de fezes e de gases, como sinal dominante, o certo é que há descrições nas quais aquele é substituído por dejeções diarreicas como, aliás, aconteceu em um dos nossos casos, às quais sucedeu, depois, emissão de sangue e muco.

A equação de OMBRÉDANNE se bem que verdadeira e respeitável não é exclusiva; a invaginação pode traduzir-se clinicamente antes de se estabelecerem os sinais de oclusão. Então outros sinais devemos ter presentes como aqueles que são formulados por FÈVRE e nos quais o sintoma principal de alarme é a dor:

Dores paroxísticas + vômitos + rolo = invaginação.

Dores paroxísticas + vômitos + sangue = invaginação.

Dores abdominais + imagem radiológica = invaginação.

E lembremos que:

a) a emissão de sangue pode ser tardia ou faltar.

b) que nem sempre se palpa o rolo abdominal, à semelhança do que se passa em relação à oliva pilórica.

- c) que, no início do quadro, pode haver diarreia.
- d) que determinados tipos de invaginação no cólon podem mesmo não dar a imagem radiológica clássica que se espera encontrar, pois pode dar-se o caso de se observar uma imagem residual intracecal resultante da invaginação ileo-cólica ou ileo-cecal parcialmente reduzida por clister opaco; então pode uma invaginação ileo-cecal dar uma imagem tão discreta que nos despiste. À parte desta subtileza de observação, devemos acentuar que a imagem radiológica, para as invaginações no segmento cólico, tem preponderante importância. Ela é clara, peremptória e decisiva.

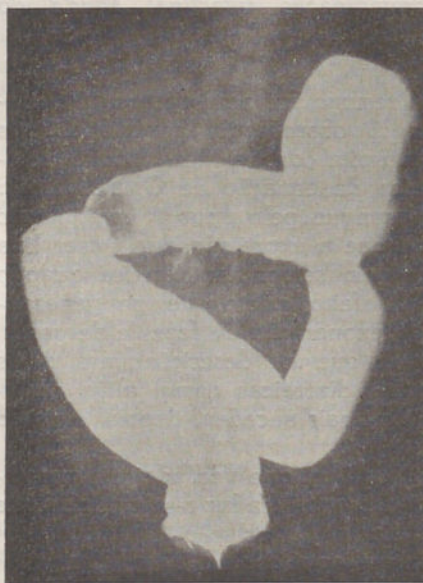


Fig. 1

Invaginação intestinal: imagem de aspecto lacunar.

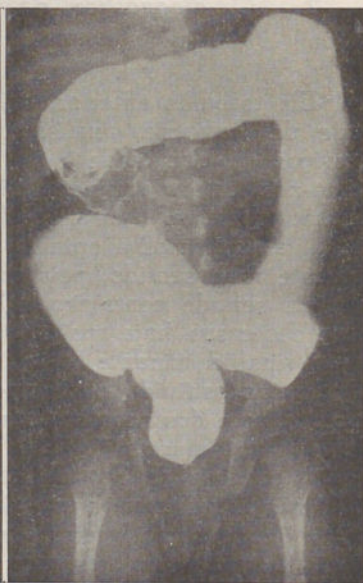


Fig. 2

Invaginação intestinal: imagem em cúpula.

Já depois de publicada a nota a que fizemos referência, tivemos ocasião de operar dois lactentes (G. F. B. e A. F. C.) por invaginação, atitude tomada, em última análise, pela imagem radiológica, pois na altura em que os observamos o estado geral

era esplêndido, não se palpava rolo, não havia emissão de sangue quer espontâneamente quer verificável por toque rectal.

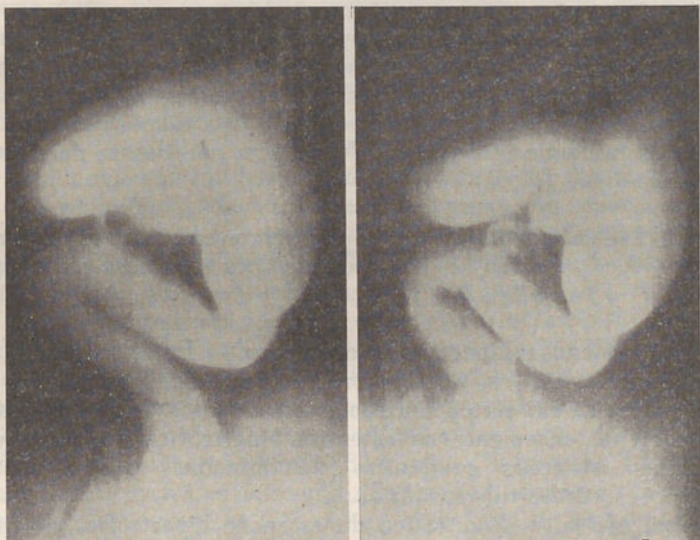


Fig. 3

Fig. 4

Imagens não características de invaginação intestinal.

A história contada pelos seus médicos assistentes era clássica, mas resumia-se, no tempo, à primeira metade do dia; ao fim da tarde, altura em que nos é dado proceder ao exame, não havia traço da sintomatologia clínica descrita e que tinha sido, de facto, bem equacionada. Por isto mesmo, procedeu-se a exame radiológico, verificando-se a existência das imagens típicas (Figs. 1 e 2) em face das quais não hesitamos, procedendo-se à intervenção que confirmou afoitamente o diagnóstico radiológico.

Um terceiro caso (M. A. H. P.), com sintomatologia clínica observada por experimentado pediatra não nos deu a imagem típica, mas a radioscopia dizia-nos que o trânsito se achava impedido na metade direita do ascendente (Figs. 3 e 4). Esta circunstância, aliada ao diagnóstico do médico assistente, pediatra habituado e conhecedor, levou-nos a corroborar e também a aconselhar a intervenção, apesar do óptimo aspecto da criança, tal como acontecia nos dois casos anteriores, intervenção que se não chegou a executar por discordância da mãe. A situação, feliz-

mente, resolveu-se no dia seguinte, depois de vários clisteres de papa, como recurso. Neste caso, seria de aguardar, na expectativa, como nos aconselhava até certo ponto a imagem radiológica que não era típica. Tratava-se de um fecaloma.

Desde que um lactente aparente qualquer das equações sugeridas para o diagnóstico da invaginação intestinal numa determinada fracção do dia, mesmo que depois, por largo tempo se apresente com óptimo estado geral e boa disposição, não dispensemos o exame radiológico. A imagem persistente da situação é deliberativa.

3 e 4. — *Diagnose de certos síndromos emetizantes do recém-nascido e do lactente por exames radiológicos especiais*

A) Estenose hipertrófica do piloro. — Estão a ser de singular importância os exames radiológicos conduzidos de particular maneira em certos síndromos emetizantes do recém-nascido e do lactente, mormente na estenose hipertrófica do piloro e no de certas situações congénitas denominadas, por DUHAMEL, malposições cárdio-tuberositárias.

Com efeito, o diagnóstico da estenose hipertrófica do piloro pelos meios habituais, é sempre difícil, ou, melhor, não é preciso. É feito, digamos, por exclusão de partes. Os sinais funcionais verificados pelo exame radiológico (existência, no estômago, de grande quantidade de liquido, em jejum, e evacuação nula ou muito incompleta passadas seis horas da ingestão) estão a ceder o lugar, com vantagem, aos sinais orgânicos ou lesionais que definem a existência de oliva pilórica.

Este exame consiste na verificação, por radioscopia, em primeiro lugar, «de um desfiladeiro antro-pilórico, muito estreito, bastantes vezes filiforme, definido por duas linhas paralelas, de 2 a 3 cm., rectilíneo ou curvado para dentro e que liga o antro à imagem bulbar; nas duas extremidades do canal, uma imagem bicôncava denota a marca da oliva sobre o antro e sobre o bolbo; o desfiladeiro antro-pilórico tem uma espessura constante sobre o comprimento, e é rígido e imutável».

Para se obter esta imagem, é necessário executar várias radiografias precedidas, por vezes, de ligeira excitação por sonda. DUHAMEL adopta intervalos de 10 minutos entre os exames radioscópicos que devem, como aconselha, ser muito curtos. Quando se verifica a imagem, escolhe-se, em radioscopia, a incidência óptima, diz-nos ainda DUHAMEL: em consequência da obliquidade do canal pilórico, o lactente deverá ser colocado em

procúbito oblíquo anterior, orientando-se a incidência de diante para trás e da cabeça para os pés, a fim de se conseguir uma projecção em verdadeira grandeza, do desfiladeiro antro-pilórico.

Deve notar-se que pode haver um quadro de estenose total e, neste caso, ou se verifica somente e após longa paciência a origem antral do desfiladeiro, ou uma fina linha antro-pilórica, não sendo visível o bolbo; ou então pode haver uma hipertrofia do piloro não ou pouco estenosante, o que se verifica por um desfiladeiro relativamente largo, e que constitui a forma favorável ao tratamento médico.

Esta nova técnica radiológica subsidiária do estudo do quadro sintomatológico da estenose hipertrófica do piloro, contribuirá, por certo, para a antecipação do diagnóstico, evitando assim delongas, incertezas e ilusões. É que, mercê de uma acentuada atonia gástrica que se estabelece pela luta incessante de muitos dias e que imprime ao pequeno estômago o aspecto de um saco distendido e inerte onde as refeições são continuamente armazenadas, o prognóstico pode ser falsamente modificado. Exemplos destas circunstâncias nos são dados, por mais dois casos, ultimamente por nós operados, no Hospital «Maria Pia», pertencentes às clínicas dos Drs. ANTÔNIO BARTOLO e FERREIRA LEITE com diagnósticos exactos, mas, como sempre nos acontece, de decisão demorada, justamente, a nosso ver, por falta de imagem radiológica precoce da situação. Contudo, mercê da boa orientação que tiveram de seus pediatras assistentes, foram operados com êxito.

A primeira criança, A. F. G. M., lactente de três meses e oito dias, pesando 3 kg. após o nascimento, do sexo masculino, alimentada a seio da mãe, depois a seio + leite condensado (*Nestlé*) e ultimamente a leite condensado, esboçou os primeiros sinais que não eram positivamente decisivos, pois apresentou sintomas de otite bilateral, sendo sujeita a paracentese positiva, pelos dois meses. Em face, porém, da continuidade dos vômitos que passaram a ter características espasmódicas, foi submetido à terapêutica habitual bem conduzida: alimentos espessantes e medicação sedativa de acção local e central, além de vitamina E, plasma e ácidos aminados.

O exame radioscópico, feito 10 dias depois do início dos vômitos, revelou um estômago atônico, sem contracções, ainda cheio quatro horas depois da ingestão do alimento, e muito alongado, pois descia abaixo das cristas ilíacas. Peso, 4.300. Dois dias depois, porém, pareceu melhorar, pois não vomitou durante 24 horas. Peso, 4.150. Foi-se aguardando durante mais uma semana entre melhoras aparentes mais ou menos tranquilizadoras até ao início de nítido agravamento do seu estado, o que impeliu o seu médico assistente a indicar a operação.

A segunda criança, J. M. V. M., lactente operado com 2 m. $\frac{1}{2}$, do sexo masculino, manifesta vômitos em jacto e obstipação a partir de 1 m. $\frac{1}{2}$ de idade, estando até essa altura alimentado a seio da mãe. Depois de diversa actuação dietética e medicamentosa, procuraram, pelos 2 meses, o Dr. FERREIRA LEITE que depois de aconselhar o exame otológico que foi negativo (Dr. D. DE CARVALHO) e já dentro da suspeita de se tratar de estenose hipertrófica do piloro, a medicou dentro dos moldes da primeira.

Quatro dias depois, como não se verificassem melhoras, foi submetida a exame radiológico que revelou: manifesta dilatação do estômago, ausência de peristole e estase total às 4 horas (Dr. CAMPOS COSTA). Oito dias passados, o peso de 4.150 passou para 4.000. Durante cinco dias a criança vomita menos, ficando-se na expectativa. Decorridos mais oito dias, porém, isto é aos 2 m. $\frac{1}{2}$, volta a ter vômitos em jacto e o peso passou para 3.950. É aconselhado, nesta fase, pelo seu médico assistente, o internamento. Após um dia de observação, durante o qual se verificou, por exames radioscópicos sucessivos, estase permanente, atonia e distensão do estômago, foi operada.

Teremos, pois, para a diagnose precisa da estenose hipertrófica do piloro: *a existência do intervalo livre, a ausência de bilis nos vômitos e a radiografia*, que depois de ter eliminado as malposições cárdio-tuberositárias ou estenose duodenal, afirma a situação.

B) *Malposições cárdio-tuberositárias.*

O Prof. ALMEIDA GARRETT publicou em 1943, na «Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura» uma série de «reflexões sobre nosografia e terapêutica dos vômitos habituais dos lactentes» que constitui, no final de contas, uma magistral revisão do problema dos vômitos na criança de tenra idade. Nota, de entrada, que «há muita coisa inexplicada ou imperfeitamente explicada, tanto no mecanismo da sua produção como na lógica de vários meios empregados com sucesso no seu tratamento».

Depois de um resumo da história do estudo dos vômitos a partir dos meados do século passado, e de apreciar algumas classificações de diversos autores, fez uma exposição da fisiopatologia do fenómeno dos vômitos habituais e apresentou-nos «seguindo os diversos caminhos de acesso dos excitantes do centro bulbar» uma bem architectada classificação étio-patogénica acrescida de outra, da mesma índole, mas baseada em anormali-

dades do tubo digestivo, separando assim os vômitos habituais em duas categorias fundamentais: os funcionais e os orgânicos:

- | | | |
|--|---|---|
| 1 — V. por excitação directa do centro bulbar | } | Por alteração do sangue (acetonemia, uremia, intoxicações exógenas, toxi-infecções).
Por afecções dos centros nervosos (meningites, tuberculose).
Por influência psíquica (pittiatismo). |
| 2 — V. por reflexo com ponto de partida distante do centro | } | Distensão excessiva do estômago (aerofagia, super-alimentação).
Substâncias irritantes da mucosa gástrica (leite gordo, aleitamento artificial mal conduzido).
Gastrites, erosões e úlceras gástricas.
Enterites.
Irritação peritoneal. |
| 3 — V. por anomalia do tubo digestivo | } | Impermeabilidade do esófago.
Atonia gástrica.
Aplasia do piloro.
Estenose hipertrófica do piloro.
Estenose duodenal. |

Acentuando que este quadro é esquemático, pois na prática frequentemente se conjugam diversos factores, é à primeira destas categorias que o Autor dedicou o trabalho, com o intuito de mostrar, com interessantes observações e interpretação fisiológica, a influência do sistema nervoso central no quadro dos vômitos sem causa visível.

Ao retermos esta lição assaltou-nos ao espírito a ideia de propormos a introdução, naquele quadro de classificação, na parte respeitante aos vômitos por obstáculos orgânicos, de determinadas situações com as quais ultimamente se vem contando como factores de grande valor neste capítulo da semiologia das primeiras idades. Além da estenose e da atresia ileo-cólicas que versamos em outro trabalho, queremos-nos referir, em especial, ao que DUHAMEL chama malposições cárdio-tuberositárias, cujo diagnóstico radiológico exige subtilezas de exame e de interpretação que não serão despertadas se não houver talvez a suspeita de que tais alterações de situação possam estar em causa.

Não só pelo conhecimento que temos de um embaraçoso caso de hérnia diafragmática direita, pelo hiato esofágico, que deu lugar a vários erros de diagnóstico descritos e analisados em trabalho publicado por FONSECA E CASTRO e ALBANO RAMOS, mas também porque tivemos o ensejo de observar, em Paris, no «Hôpital des Enfants-Malades» a documentação de dois casos de hérnias do hiato esofágico e de assistir às respectivas intervenções cirúrgicas, proficientemente conduzidas por DUHAMEL, no Serviço

do Prof. FÈVRE, sentimos a necessidade de agitar entre nós a lembrança da sintomatologia clínica e o estudo radiológico especial daquelas ectopias.

Estas modalidades constituem o que DUHAMEL chama as formas maiores das anomalias *esófago-cárdio-tuberositárias* e costumam manifestar-se mais tardiamente.

As formas menores, «anomalias discretas de posição do segmento inferior do esófago e do cárdia» e as formas habituais — malposições cárdio-tuberositárias pròpriamente ditas — dão sinais muito precocemente, e manifestam-se com a sintomatologia que LELONG aponta na descrição do quadro do *braquiesófago*: «o lactente apresenta-se como um vomitador habitual. Os vômitos são alimentares e começam nos primeiros dias de vida; são agravados pelo decúbito e calmados pela posição ortostática, coincidindo com apetite e fezes normais posto que em dejecções menos frequentes.

Um sintoma insólito, porém, chama a atenção: muitíssimas vezes aos vômitos alimentares juntam-se vômitos ou regurgitações sanguíneas. O sangue rejeitado é, em geral, em fraca quantidade; outras vezes, constitui verdadeira hematemese. Pensa-se numa estenose do piloro, mas os respectivos sinais não são encontrados». Estes vômitos são fortemente ácidos, chegando a corroer os lábios da criança. Esta acidez provoca esofagite que dá lugar às hemorragias.

As malposições cárdio-tuberositárias (formas habituais) são anomalias congénitas provenientes da falta de fixação da região cárdio-tuberositária, à semelhança do que sucede na situação de cego móvel ou na de duodeno móvel por vícios de coalescência peritoneal e dão lugar como as outras variedades, à excepção da grande hérnia diafragmática direita, a quadro clínico sobreponível e precoce. São caracterizadas pela presença, acima do diafragma, no mediastino posterior, de uma bolsa gástrica, facilmente identificável pelas pregas gástricas que se continuam com as do estômago pròpriamente dito do orifício diafragmático. Sendo assim, o cárdia está sempre situado acima do diafragma, bem como uma bolsa gástrica, e o estômago ocupa uma situação alta no abdome.

Ora, o estudo radiológico feito por radiologistas e pediatras avisados e experimentados, contribuirá para a exacta diagnose, e, conseqüentemente traçará o caminho da respectiva terapêutica.

É necessário, para isto, conhecer bem a imagem do esófago abdominal e do cárdia, e as suas características anatómicas normais, e notar que o cárdia é sempre infra-diafragmático e reconhecível pela existência de uma pequena estrela que assinala o orifício a partir do qual divergem as pregas gástricas.

As radiografias do lactente com a suspeita de malposições cárdio-tuberositárias, devem ser feitas com a criança «deitada em procúbito e decúbito, às vezes mesmo em *Trendelenbourg*», recolhendo chapas em série no decorrer da deglutição da papa.

*

Em conclusão, à margem destas resumidas considerações, afigura-se-nos de grande interesse clínico:

a) proceder à prova de FARBER que é rápida, muito útil e prática, perante um recém-nascido que apresente sintomatologia de obstrução intestinal com expulsão de mecónio.

b) no caso de forte suspeita clínica de invaginação no segmento cólico, aconselhar o tratamento cirúrgico em face da clássica imagem radiográfica, depois de verificada a ineficácia da redução completa por clister opaco.

c) insistir no aperfeiçoamento das técnicas radiológicas especiais nos síndromos emetizantes do recém-nascido e do lactente.

RESUMO

O A., depois de fazer algumas considerações sobre a vastidão das matérias que constituem a Clínica Pediátrica e de focar a necessidade da subdivisão daquelas como instrumento de trabalho, nas clínicas escolares e hospitalares, faz a revisão de quatro pontos relacionados com novas directrizes na observação clínica e nas técnicas de exame, no âmbito pediátrico. Realça a prova de FARBER no diagnóstico da oclusão intestinal do recém-nascido, valoriza a imagem radiológica no diagnóstico da invaginação intestinal aguda do lactente, aprecia o exame radiológico do desfiladeiro antro-pilórico, para o diagnóstico da estenose hipertrófica do piloro, e exalta as novas técnicas radiológicas a executar no recém-nascido e no lactente no caso de suspeita de malposições cárdio-tuberositárias (DUHAMEL).

RÉSUMÉ

L'auteur, après avoir fait quelques considérations sur le grand nombre des matières qui constituent la Clinique Pédiatrique et d'avoir remarqué la nécessité de la subdivision de celles-ci comme un instrument de travail, dans les cliniques scolaires et dans les hôpitaux, fait la révision de quatre points en rapport avec des nouvelles directions dans l'observation clinique et dans les techniques de l'examen, dans le milieu pédiatrique. Il met en évidence l'essai de FARBER dans le diagnostic de l'occlusion intestinale du nouveau-né, il valorise l'image radiologique dans le diagnostic de l'invagination intestinale

aiguë du nourrisson, il apprécie l'examen radiologique du passage antro-pylorique pour le diagnostic de la sténose hypertrophique du pylore et exalte les nouvelles techniques radiologiques à mettre en pratique chez le nouveau-né et chez le nourrisson dans le cas de soupçon de malpositions cardio-tuberositaires (DUHAMEL).

SUMMARY

After making some remarks about the vastness of the field of the Pediatric Clinic, the Author emphasises the need of the subdivision of the work in the clinical schools and in the hospitals, and he revises the four subjects thus: intestinal obstruction in the new-born, raising the FARBER's test; intussusception, increasing the value of the radiographic picture; congenital hypertrophic pyloric stenosis, appreciating the picture of this pyloric narrow pass, and the cardio-tuberositary malpositions (DUHAMEL), showing the advantages of the new radiological techniques.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ALMEIDA GARRETT — «Reflexões sobre nosografia e terapêutica dos vômitos habituais dos lactentes». *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura*, vol. VI, n.º 2, 1943.
- 2 — ARMANDO TAVARES e ARMANDO HENRIQUE TAVARES — «Sobre invaginação intestinal nas crianças». *Portugal Médico*, vol. XXXVI, n.º 9, Set.º, 1952.
- 3 — ARMANDO TAVARES — «Notas sobre dois recém-nascidos vomitadores por malformações do tubo digestivo». *Portugal Médico*, vol. XXXVII, n.º 5, Maio, 1953.
- 4 — DUHAMEL (Bernard) — «Chirurgie du nouveau-né et du nourrisson». *Masson & C.º*, Paris, 1953.
- 5 — FÈVRE (M.) — «Invagination intestinal du nourrisson, diagnostic et indications thérapeutiques». *Presse Médicale*, 56, 64, 776 A, 3 Novembro, 1948, cit. por DUHAMEL (4).
- 6 — FONSECA e CASTRO & ALBANO RAMOS — «À propósito de um erro de diagnóstico». *Revista Port. de Ped. e Pueric.*, vol. VI, n.º 5, 1943.
- 7 — LELONG (M.) — «5.º Congrès International de Pédiatrie» (New York), 1947; cit. por DUHAMEL (4).
- 8 — OMBRÉDANNE (L.) — «Précis clinique et opératoire de Chirurgie Infantile». *Masson & C.º*, Paris, 1944.
- 9 — ROVIRALTA (E.) — «El lactente vomitador». Barcelona, 1950.
- 10 — ROVIRALTA (E.), PEIRATÓ (J. P.) e BLANCHARD (J. S.) — «La ectopia gastrica parcial en el niño». Barcelona, 1953.

Estado actual da terapêutica da tuberculose ósteo-articular ⁽¹⁾

por F. PRATA DE LIMA

*Ass. Vol. de Clínica Cirúrgica
da Fac. de Med. do Porto*

Após a descoberta da estreptomocina, podemos afirmar que a terapêutica da tuberculose ósteo-articular sofreu completa remodelação no que se refere a tratamento médico e possibilidades cirúrgicas pela preparação do meio óptimo para a intervenção e pela possibilidade de obtermos a cura em determinados casos com integral restituição da função.

A própria natureza da doença explica que só últimamente os bons resultados comecem a aparecer, e a justificar até certo ponto o entusiasmo inicial.

Antes porém de entrar própria e na moderna fase terapêutica da tuberculose ósteo-articular, convém dar uma ideia da evolução da quimioterapia da tuberculose.

Até há poucos anos, não havia nenhum antibiótico nem quimioterápico que se mostrasse eficaz para o tratamento da tuberculose.

Inicialmente foram utilizados os sais de cobre por LUTON e LINDEN, sem que tivessem merecido especial consideração.

Vieram a seguir os sais de ouro que «in vitro» tinham forte acção inibidora sobre o bacilo de Koch. Mas a impossibilidade, pela sua toxicidade, de os usar em doses maciças, tornou o seu uso pouco recomendado, com a agravante de ultimamente se ter provado que um dos produtos mais usados, a «Sanocrisina», tinha um poder bacteriostático bastante reduzido.

O óleo de chaulmougra, que desde a antiguidade se usou muito no tratamento da lepra, também foi tentado na tuberculose, com escasso resultado. Todavia (e como veremos mais adiante a propósito de associações medicamentosas) tem, como mostrou o trabalho de GERARD-MARCHAND e SALMON, uma acção reforçadora da estreptomocina, por demorar a sua eliminação ao mesmo tempo que reforça as defesas orgânicas locais.

Em 1935 com a descoberta das sulfamidias por DOMAGK, abrindo novas perspectivas para o tratamento das doenças infecciosas, procurou-se encontrar uma substância que igualmente

(1) Exposição feita na Sociedade Portuguesa de Pediatria, na reunião de Porto, de Março de 1953.

atacasse a tuberculose. Dos estudos então efectuados surgiu a p-p-diaminofenilsulfona, chamada pelos franceses «sulfona-mãe», e cuja acção foi demonstrada por RIST e confirmada por FEINSTONE, BLISS, etc.... Como porém este preparado é bastante tóxico, outros se buscaram e assim apareceram a promina, a diazona, o promizol, etc. Porém WEISS e BOGEN provaram a sua alta toxicidade para o homem e o seu pequeno efeito terapêutico.

Muitos outros autores se dedicaram a este estudo sempre com resultados pouco animadores, pois se as sulfonas podem ser eficazes para os animais de laboratório, o são pouco para a clínica humana; e assim o seu uso passou a segundo plano no tratamento da tuberculose, guardando contudo o seu prestígio no tratamento da lepra, em que parece serem os agentes de eleição.

Em Janeiro de 1944, nos *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*, WAKESMAN, SCHATZ e BUGIE dão a conhecer um novo agente antibacteriano, ou melhor um novo antibiótico (palavra proposta pelos autores) a que chamaram «estreptomina», *substância dotada de poder antibiótico em face dos bacilos de Gram-positivo e negativo*.

A descoberta foi o resultado de bem orientadas pesquisas, que levaram ao seu isolamento a partir das estirpes D₁ 18-16 das culturas de *Streptomyces Griseus*.

Os seus derivados, são a di-hidroestreptomina, menos tóxica, e o maltol. A primeira cada vez mais usada, tem exactamente as mesmas propriedades «in vitro» que a estreptomina, sendo menos neurotóxica, mas não apresentando vantagens no que se refere à resistência bacteriana.

A acção «in vitro» da estreptomina contra o B. K. é nítida; e o facto de alguns autores a terem negado foi devido às baixas concentrações utilizadas e ao pouco tempo de contacto até à completa desvitalização da cultura. De resto o poder antibiótico da estreptomina está ligado a determinadas condições do meio em que actua. Os seus descobridores demonstraram a eficácia do pH do meio, que alcança o seu máximo a um pH de 9, enquanto a 5 não atinge mais do que $\frac{1}{6}$ daquele. Daqui se deduzem como veremos importantes conclusões terapêuticas para o tratamento local com a estreptomina.

«In vivo», porém, o bacilo de Koch é muito menos sensível à estreptomina. As condições anatómicas do meio em que vive o bacilo, protegido pela sua carapaça cerosa, tornam difícil a concentração em taxa elevada da estreptomina, sobretudo nas lesões antigas.

Sabemos que a estreptomina injectada aparece rapidamente em dose elevada no sangue, e sabemos também que rapidamente

se elimina. A estreptomycina penetra nas partes moles, atravessa as barreiras serosas e passa através das sinoviais nas mesmas proporções que o sangue. A permeabilidade da sinovial tanto se faz de dentro para fora como de fora para dentro, conforme demonstraram GERARD-MARCHAND e SALMON.

No esqueleto, porém, penetra com dificuldade, facto ligado possivelmente às condições particulares da sua rede circulatória e às precárias anastomoses entre o sistema circulatório central e o osso, artéria nutritiva e rede perióstica apifisária, assim como pelo carácter terminal do sistema circulatório medular e dos vasos dos canais de Havers.

O aparecimento de estirpes de B. K. resistentes à estreptomycina, levou ao estudo de novas substâncias das quais a primeira e mais usada é o chamado P.A.S. — o ácido para-amino-salicílico — que tem como principal acção inibidora a que exerce sobre as funções respiratórias do B. K. Difundindo-se rapidamente e rapidamente se eliminando, parece ter, além da sua actividade sobre o micróbio, uma acção indirecta sobre o organismo humano. São a este respeito muito interessantes os trabalhos de DESBORDE, assinalando modificações metabólicas e humorais opostas às obtidas pela A.C.T.H.; o que sugere a hipótese de uma acção anti-hipofisária do P. A. S.

Vem depois em 1946, e por virtude dos estudos de DOMAGK, as chamadas «tio-semicarbazonas», das quais se revelaram mais activas em clínica humana o T B₁-698 e o TBV₁ ou derivado solúvel. Estes preparados têm uma acção específica, isto é, actuam sómente sobre o B. K.; mas ao lado desta acção específica possuem uma acção anti-inflamatória inespecífica parecida à da cortisona de KENDALL, fazendo baixar rapidamente os números da V.S. e modificando as proteínas plasmáticas. O seu aparecimento foi objecto de grande entusiasmo na Alemanha, onde o problema da tuberculose pulmonar no após guerra se tornara alarmante. E os resultados benéficos obtidos foram tais que a missão americana enviada às clínicas alemãs em 1949, recomendava o seu uso na América.

Além disso, facto curioso, demonstrou-se que a concentração no sangue em taxa inferior à necessária para obter efeito bacteriostático «in vitro» tinha um poder igual ao de essa concentração bacteriostática, o que mostra produzir no organismo humano um efeito secundário muito importante.

Vem finalmente e ainda recentemente os derivados do ácido isonicotínico. Destes, o que se revelou mais activo foi a hidrazida do ácido isonicotínico, patenteado pela casa Hoffmann-La-Roche com o nome de «Rimifon» e que conjuntamente com o seu derivado isopropílico — o «Marsalid» — foram pela primeira vez

ensaiados nos hospitais «Sea Wiew» e «Cornell». Além do seu notável poder bacteriostático, esta droga tem a propriedade de provocar uma sensível melhoria do estado geral, bem assim como do apetite. A sua actividade bacteriostática é mesmo superior à do P.A.S. e da estreptomycin. Segundo DOMAGK é cem vezes mais activa que a estreptomycin e dez vezes mais que as tio-semicarbazonas.

Veamos agora num rápido bosquejo quais as formas de administração da estreptomycin e dos outros agentes quimioterápicos.

Inicialmente a estreptomycin foi preconizada nas doses diárias de 4 a 8 e mesmo 10 gramas, o que deu origem a graves fenómenos tóxicos.

Em 1948 o J.A.M.A. publicou um relatório do «Council of Pharmacy and Chemistry» indicando que a melhor dose terapêutica é de 1 grama diário, com a probabilidade de 0,5 grama dar o mesmo resultado terapêutico. Para os lactentes, a dose é de 2 a 3 centigramas por quilo de peso, de 25 a 40 ctg. até aos 5 anos, de 50 ctg. dos 5 aos 10 anos, e de 75 ctg. dos 10 aos 14. O número de injeções inicialmente de 3 em 3 horas também baixou para 2 picadas por dia. As doses totais foram fixadas na média de 120 gr. dependendo naturalmente do aparecimento de formas de resistência, idade e peso.

De uma maneira geral, foram estas regras adoptadas por todos os centros de tratamento da tuberculose ósteo-articular.

Inúmeras têm sido daí para cá as publicações sobre o assunto, e fastidioso seria estar a mencioná-las todas. Porém, de toda essa literatura se pode tirar a conclusão do benefício da estreptomycin sobre a tuberculose ósteo-articular, melhorando o estado geral e as condições locais, abscessos e fistulas. Mostra a possibilidade de cura de certas formas sinoviais, a melhoria do quadro radiológico em alguns casos, o encurtamento da evolução do processo e a melhoria do prognóstico. Dela se deduz também que em certos casos se pode prescindir da cirurgia e que, quando dela há necessidade, as intervenções estabilizadoras se podem fazer muito mais precocemente.

Uma menção à parte se deve fazer aos trabalhos de GERARD-MARCHAND e SALMON, que na reunião do vigésimo quinto aniversário da Sociedade Francesa de Ortopedia e Traumatologia (1950), encarregados de um estudo sobre a acção dos antibióticos na tuberculose ósteo-articular, mostraram com notável clareza que o tratamento contínuo com doses médias de 1 gr. é o melhor, e demonstraram que o problema da resistência dos bacilos nas tuberculosas cirúrgicas é difícil de provar, devido à ausência de gérmenes no pus e nos produtos patológicos.

Com o P.A.S. aconteceu o mesmo que inicialmente com a estreptomina. E das doses de 30 gr. diárias baixou-se para 12 gr., em cápsulas gelatinizadas ou tabletes de 30 ctg. O ritmo de administração do P.A.S., também difere conforme os autores; todavia parece dominar o critério de empregar a medicação contínua, com doses uniformes de 4 a 6 gr.

As tiosemicarbazonas igualmente começaram a utilizar-se, como as anteriores substâncias, em doses elevadas (a partir de 1947 por ULLMANN), mas em breve se passou para doses de 0,1 gr. diários, começando por doses mais pequenas. Foram obtidas curas nas percentagens de 46,15 para as formas fistulizadas e 43,48 para as formas fechadas; estes resultados foram publicados por aquele autor e por DOMAGK.

Quanto à hidrazida do ácido isonicotínico, dado o seu relativamente recente aparecimento, não estão ainda fixadas as doses óptimas. Publicações americanas sobre o «Rimifon» e o «Marsalid» indicaram para o primeiro a dose de 4 milig. por quilo de peso e para o segundo 10 miligr. Últimamente, porém, no N.º de Julho de 1953 do *Journal of Bone and Joint Surgery*, BOSWORTH publicou uma série de casos tratados pelo «Marsalid», droga pela qual revela um extraordinário entusiasmo, apresentando casos de cura verdadeiramente interessantes e fixando como óptima a dose de 3.8 miligr. por quilo de peso. O produto apresenta porém uma margem de manejo bastante estreita entre a dose terapêutica e a dose tóxica, pelo que deve ser empregado em regime de internamento, pois os fenómenos tóxicos podem aparecer rapidamente; no entanto, a suspensão da administração da droga fá-los desaparecer e ao que parece sem consequências para o reatamento de essa administração em doses inferiores às que se mostraram perigosas.

Para a hidrazida do ácido isonicotínico DOMAGK aconselha dividir a dose em 4 partes e para obter boa concentração sanguínea, tomar 1/4 de dose após o pequeno almoço, outro quarto após o almoço, e o resto após o jantar.

O problema da duração do tratamento não está ainda devidamente esclarecido.

Hoje, estas considerações foram ultrapassadas, pois se reconheceu que ao limitado valor terapêutico de uma só droga, devido principalmente ao aparecimento de estirpes de bacilos resistentes, se opunha, como de muito maior proveito, a associação de duas ou mais das mencionadas substâncias.

De tudo quanto na literatura esparsa, e bem numerosa ela é, se lê, colhe-se o ensinamento de que as melhores associações medicamentosas são as da estreptomina com o P.A.S. ou com

o H.A.I.. Recorrendo-se à administração intermitente de estreptomina com a aplicação simultânea de qualquer destas 2 drogas, não foi possível encontrar formas de resistência, na tuberculose pulmonar.

*

Postas assim esquematicamente as regras do tratamento geral pela quimioterapia, vejamos quais as que se seguem no tratamento local.

Se bem que os autores americanos se mostrem cépticos com esta via, a verdade é que são inúmeras as publicações favoráveis sobre o assunto.

O tratamento local tem por fim como é óbvio, obter localmente altas concentrações de medicamento e assegurar o seu contacto com o bacilo quando as barreiras anatómicas a isso se opõem.

A aplicação local da estreptomina é dolorosa; por isso houve que recorrer à junção da novocaína, sendo este o procedimento geralmente usado para evitar esse inconveniente. Outros autores, dado o conhecimento da acção de estreptomina, alcalinizam previamente as cavidades articulares e os abscessos, e só depois injectam o produto.

A regra geral, quanto a doses e intervalos entre as aplicações, é a de injectar ou instilar, três vezes por semana, 0,5 gr. a 1 gr. do antibiótico.

Todavia, seja qual for o método utilizado, através de toda a literatura se colhe que o tratamento local deve ser sempre combinado com o tratamento geral, pois empregado isoladamente não dá resultados tão bons como os que se observam com a terapêutica combinada, local e geral.

Vejamos agora qual é a acção exercida sobre as lesões ósteo-articulares. Começemos pelos abscessos.

O *abscesso frio*, como é bem sabido, é uma lesão que acompanha frequentemente a tuberculose ósteo-articular. E até há poucos anos estava acreditada a frase de CALOT: — Abrir um foco tuberculoso fechado ou deixá-lo abrir-se espontaneamente é franquear o caminho para a morte. Pois actualmente com os antibióticos a situação modificou-se totalmente.

É de sobra conhecida na clínica a conduta diferente dos abscessos primitivos, que provém de lesões iniciais exsudativas caseosas, dos secundários, originados por lesões produtivas caseosas ou fibro-caseosas, e dos que acompanham as lesões terciárias muito esfriadas.

Os dois primeiros crescem com a agudeza que caracteriza

os abscessos quentes e em proporção directa com o foco de origem. Nos restantes a sua repleção está em relação directa com os fenómenos de necrose e de desintegração tecidular provenientes do foco; crescem progressivamente se não se esvaziam periódicamente.

Esta situação, hoje, mercê da terapêutica antibiótica, pode modificar-se.

É de sobejo conhecido que, embora o caseum tuberculoso seja de natureza ácida, não acontece o mesmo com o pus tuberculoso dos abscessos. Ora, carecendo-se de um pH de 9, há necessidade de alcalinizar o conteúdo, lavando a cavidade ou injectando oxigénio, etc., para a droga actuar em cavidade purulenta.

Entre outros, os trabalhos de GONZALEZ DE AGUILAR mostraram o benéfico resultado que se obtém quando se abrem os abscessos chamados primitivos, libertando assim o organismo de grande quantidade de bacilos.

Já não é o mesmo o critério a adoptar para os abscessos das lesões mais tórpidas, sobretudo das terciárias, em que a regra é obter a cura pela punção e injeção de antibióticos, com imobilização perfeita e sem esquecer o tratamento geral.

No entanto, porque o antigo temor da infecção após a abertura dos focos está hoje completamente vencido, na generalidade os autores estão de acordo em que os abscessos devem ser drenados e os focos, se possível, curetados.

Na coluna vertebral, os autores escandinavos são partidários do tratamento cirúrgico de todos os abscessos, acompanhados quando situados na coluna dorsal, de costo-transversectomia.

Após o esvaziamento a parede do abscesso deve ser excisada e polvilhada a cavidade com estreptomomicina e penicilina em pó.

O sueco OSTMAN deu a conhecer um certo número de casos em que após a drenagem e curetagem dos focos procedeu com sucesso à imediata fusão pela colocação de enxertos ósseos. Outros autores seguiram com sucesso a mesma prática, quer actuando sobre a coluna vertebral, quer sobre outras regiões como o grande trocater, articulação sacro-iliaca, etc.... É evidente que todas estas intervenções se fazem sempre sob um tecto protector, de estreptomomicina e hidrazida do ácido isonicotínico. Estas intervenções sobre os abscessos seguidas de enxerto são realmente sedutoras pelo tempo que poupam no tratamento do doente, mas não podem ou melhor não devem entrar ainda na prática corrente sem que o tempo lhes tenha feito dar as suas provas definitivas, de cura estável.

No que se refere às *fistulas*, desde o primeiro momento em

que se começou a usar a estreptomycina, um facto se tornou saliente: enquanto se punham reticências à acção sobre a tuberculose do esqueleto, sobre as fistulas a acção era brilhante, ninguém a contestava. De todos os trabalhos publicados sobre o assunto na América, França, Itália e Espanha se conclui que os casos que não curam com o tratamento geral pela estreptomycina são aqueles em que há sequestros ou cavidades, e que também haviam de ser resolvidos, mas com o auxílio da cirurgia.

Compreende-se bem que o contacto do antibiótico com os bacilos, nas fistulas antigas, é difícil de conseguir, em virtude da existência de focos de necrose; e portanto há o risco de aparecerem recidivas, como se tem verificado. Isto leva à necessidade do desbridamento, que sendo muito simples, nem por isso deixa de ser um método óptimo para a cicatrização rápida da fistula e para evitar o perigo das recidivas.

A acção brilhante da estreptomycina nas fistulas pode explicar-se por duas razões: primeiro porque ela trava rapidamente as reacções hiperérgicas; depois porque a estreptomycina, com o seu amplo espectro microbiano, actua não só sobre o B.K. mas também sobre os agentes infecciosos associados, e nisto está a sua grande vantagem sobre os outros quimioterápicos que só são activos para o B.K.

Combatidos assim todos os factores essenciais que contribuem para a formação das fistulas, fica o organismo em óptimas condições para reparar as suas lesões, transformando o tecido tuberculoso em tecido de granulação cicatricial, que acaba por obliterar as fistulas.

Posto isto vejamos quais as modificações trazidas à *cirurgia da tuberculose ósteo-articular* pela estreptomycina.

Passados os primeiros entusiasmos, verificou-se para a generalidade dos casos, a impossibilidade de conseguir a cura só pelos antibióticos, pois esta só excepcionalmente se observava.

Mas verificou-se que com o novo tratamento se podia obter um encurtamento notável na evolução da doença, com acentuada melhoria do prognóstico. Em breve se concluiu que estávamos muitíssimo melhor armados, agora, para o tratamento da tuberculose óssea, mas que este tratamento tinha de ser conjugado com os métodos cirúrgicos correntes.

A orientação terapêutica sofreu profunda transformação. As indicações cirúrgicas iam variar por completo, bem como as técnicas até aí seguidas dentro de normas rigorosas.

Antes da quimioterapia a ideia cirúrgica baseava-se inicialmente na extirpação da lesão como se fora um tumor. Mais tarde, as operações tornaram-se mais conservadoras com a técnica

*Estimulante da respiração
e da circulação*

Cardiazol



Paralisia respiratória

Perturbações circulatórias

Estados de colapso

Asfixia intra-uterina

Doenças infecciosas

Intoxicações

Revivificação dos afogados



KNOLL A.-G.
Fábricas de Produtos Químicos
Ludwigshafen/Reno

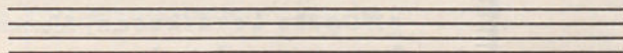
Representante:

August Veith, Herdeiros
Av. da Liberdade, 42 Tel. 25137
LISBOA

Caixas com 5 ampolas de 1,1 c.c., 2 ampolas de 3 c.c., 2 ampolas de 5 c.c.

Frasco com 10 gr. de líquido (10%)

Tubo com 10 comprimidos de 0,1 gr.



Melhora do estado de saúde
físico e psíquico,
Aceleração da vivacidade
espiritual

pelo

OPTARSON

Indicado nos estados de esgotamento da convalescência, nas anemias secundárias, nas perturbações e fraqueza circulatórias e nervosas, também naquelas que se baseiam nas enfermidades ginecológicas.

Administração:

de 2 em 2 ou de 3 em 3 dias,
1 ampola subcutâneamente

Embalagem original:

Caixa com 12 ampolas de 1 cm³



» *Bayer* « Leverkusen, Alemanha

Representante para Portugal:

» *Bayer* «, Limitada, L. do Barão de Quintela, 11, 2^o Lisboa

da artródese extra-articular; nos adultos o princípio era esse. Durante muitos anos foi seguida por muitos autores o conceito de **SORREL**: tratamento conservador na criança, ressecção no adulto, amputação no velho.

Em verdade, não é a idade, como bem diz **SANCHIS OLMOS**, que condiciona o acto cirúrgico, mas sim o estado alérgico de hipersensibilidade. De facto, durante o período secundário, conforme acentua **GONZALEZ DE AGUILAR**, o tratamento deve ser conservador, pois encontrando-se o indivíduo em estado hiperérgico, corre-se o risco da disseminação.

Outro tanto não acontece no período terciário com as lesões esfriadas e estabilizadas, em que o tratamento é, sempre que possível, a ablação do foco tuberculoso, para evitar a recidiva, as possíveis disseminações e as fáceis propagações às articulações vizinhas.

Ora nas crianças acontece realmente que as lesões ósteo-articulares costumam estar por via de regra relacionadas com o período secundário, o que não significa que uma criança com uma primo-infecção recente não possa ter lesões próprias do período terciário.

O perigo de operar nesta fase foi provado por **DUNCAN** e **SANCHIS OLMOS**, que no seu livro *Skeletal Tuberculosis* (1948), para intervenções cirúrgicas realizadas no período activo da doença, citam 31 % de falecimentos. Nos casos em que não havia lesões pulmonares activas encontraram 10 % de mortes, isto possivelmente por serem operadas lesões activas em fase hiperérgica, e daqui deduzem a necessidade de um estudo completo e muito cuidadoso, para se precisar a fase de alergia em que se encontra o doente antes da intervenção cirúrgica.

Ora a estreptomina tem a propriedade de mudar rapidamente o sinal alérgico e assim não só permitir que se opere mais cedo como também evitar as complicações secundárias post-operatórias locais e gerais. Em resumo maior rapidez e maior segurança.

São inúmeras as publicações sobre as alterações trazidas às indicações cirúrgicas pelo advento da estreptomina e dos quimioterápicos; tais as de **MARGAN**, **BOSWORTH**, **WINTHEROFF**, **EBER**, **SHITH** e **I-SEN-YOU**, **GERARD-MARCHAND**, etc. Resumiremos algumas opiniões.

ORREL, da escola sueca, opera debaixo da protecção de um tecto de estreptomina e P.A.S. que ministra alguns dias antes da operação; depois faz a extirpação dos focos justa-articulares mesmo que tenham perfurado as articulações, completando-a por vezes, se necessário, com sinovectomias.

KASTERT apresenta uma estatística de 120 casos de tratamento operatório de espondilite tuberculosa mediante o acesso directo aos corpos vertebrais com incisão póstero-lateral e secção das apófises transversas, completando-a se se trata da região dorsal com uma costo-transversectomia. Em seguida limpa radicalmente o foco e coloca um cateter de borracha através do qual faz durante 4 a 5 semanas a instilação de estreptomycina, conseguindo concentrações da droga muito superiores à necessária «in vitro» para esterilizar as culturas. As indicações que põe são as seguintes: — tratamento de casos precoces ou de focos primariamente pouco extensos, cavernas, abscessos vertebrais e extensos abscessos ossifluentes; evacuação combinada dos focos vertebrais e dos abscessos; evacuação simultânea de dois focos em zonas diferentes da coluna e tratamento de um foco vertebral que coincida com um foco orgânico.

Original e muito interessante também o método proposto por EVANS e DERoy, de tratamento de tuberculose óssea por excisão e drenagem, como se fora uma osteomielite piogénica.

Estes autores, e FISHER colocam como indicação cirúrgica o avanço progressivo da lesão, a formação de abscessos e a existência de sequestros, mas não fazem a curetagem dos focos para não prejudicar nem demorar a regeneração óssea. O foco é em seguida tamponado com gaze iodoformada que mantém durante 14 dias. Ao fim deste tempo retiram a gaze. A hemorragia domina-se facilmente e deixam cicatrizar a ferida como qualquer ferida vulgar.

Iniciam a aplicação da estreptomycina na véspera da operação e mantém a sua aplicação durante cerca de metade do tempo necessário para a cicatrização da ferida. Nas tuberculosas vertebrais, desde que não haja abscessos, são decididos partidários do tratamento conservador.

De uma maneira geral pode-se afirmar que na actualidade, sob a protecção da quimioterapia, as indicações da cirurgia são muito mais vastas que antes do seu aparecimento.

Todos os focos extra-articulares podem sem receio ser drenados, e aqueles que tenham perfurado a articulação excisados e completados por sinovectomias na zona que se puder alcançar sendo o resto da sinovial articular favoravelmente influenciado pelo tratamento médico combinado; assim obter-se-á a reconstrução funcional. Se porém as lesões assentam sobre um ponto de apoio articular e a cartilagem está destruída, então é preferível praticar a artródese, pois de outro modo restaria uma articulação dolorosa com irreversibilidade das lesões.

As ressecções económicas e as artródese intra-articulares ou

mistas são largamente usadas. As primeiras têm a sua máxima indicação no joelho, na tíbio-társica, no punho, etc. As duas primeiras articulações são ainda justificativas do tratamento artroplástico para criar articulações hipermóveis, o que no cotovelo dá evidentemente inestimáveis vantagens.

As artródeses extra-articulares, que no passado tanto êxito obtiveram, estão agora perdendo bastante do seu interesse, à excepção da articulação coxo-femural onde continuam sendo, com o método de BRITAIN, o tratamento de eleição, mormente depois das modificações introduzidas à técnica por TRUMBLE.

As lesões vertebrais, à parte os casos com compressão, continuam beneficiando com o tratamento da fusão vertebral pelos processos habituais.

*

O tratamento da tuberculose ósteo-articular pode ser, em vários aspectos da doença, da competência do médico de clínica geral; noutros terá de ser do foro do cirurgião ortopedista. Vamos indicar rapidamente, qual deve ser a conduta daquele médico, nos casos mais vulgares da prática clínica quais as situações que pode tratar e quais as que estão fora das suas possibilidades de actuação útil para os enfermos confiados aos seus cuidados.

Osteítes sem interesse articular — De fácil acesso, as osteítes de costelas, esterno, clavícula, etc., devem ser sempre extirpadas; à cuidadosa curetagem deve seguir-se a aplicação de pó de estreptomina e penicilina; implicitamente, as fístulas serão desbridadas. Quimioterapia geral, auxiliando o tratamento local.

Tuberculose do joelho — É uma das formas que mais lucra com o tratamento da estreptomina. Se o caso se apresenta na sua primeira fase de sinovite tuberculosa, sem apresentar ainda focos ósseos, o tratamento deve consistir na imobilização durante alguns meses e de um tratamento misto de estreptomina e hidrazida do ácido isonicotínico ou do P.A.S.. Localmente pode durante as primeiras semanas fazer-se a injeção intra-articular de 0,5 a 1 gr. de estreptomina, mas estas injeções não devem ser continuadas, pois as picadas sucessivas são prejudiciais por provocarem derrame intra-articular.

No adulto, alguns autores não fazem a imobilização, limitando-se ao descanso absoluto na cama com permissão de movimentos da articulação. Todavia na criança a imobilização é sempre de regra.

Nos casos mais adiantados com grande proliferação da

sinovial, deve o doente ser entregue ao cirurgião, pois a ressecção parcial da sinovial é um grande adjuvante na recuperação rápida da função articular. Todos os casos nestas condições conseguem de uma maneira geral alcançar a cura com uma boa flexão e extensão, que em certos casos chegam a ser completas.

Os casos mais graves necessitam de tratamentos mais radicais desde as curetagens às artródeses com ressecção, e só devem ser tratados com internamento do doente em centros especializados e bem apetrechados.

Tuberculose da coxo-femural — Tudo quanto ficou dito a propósito da tuberculose do joelho se aplica à tuberculose desta articulação, podendo afirmar-se que com a combinação da estreptomomicina e da hidrazida do ácido isonicotínico, dada seguidamente durante 3 meses e mais, se consegue alterar substancialmente a evolução e o resultado final dos casos clínicos.

Tuberculose vertebral — Os casos de tuberculose vertebral apresentam ainda hoje certos problemas sobre os quais ainda se estabelece controvérsia.

Se de facto o caso se apresenta com produção prejudicial para o osso de pus sob a pressão, o único caminho seguro que possuímos, dado o conhecimento da acção da estreptomomicina, é esvaziar o pus e curetar as vértebras atingidas. Se porém isto é fácil e tem indicação formal em crianças crescidas e no adulto, já não se pode encarar a mesma facilidade em crianças pequenas dada a sua pouca resistência. Pessoalmente seguimos o seguinte critério: se o caso se apresenta grave com perturbações respiratórias deve ser operado; se porém o estado geral da criança é bom e o abscesso relativamente pequeno, temos seguido o critério de puncionar e esvaziar, introduzindo estreptomomicina. Desta forma, ao fim de 4 a 6 punções, o pus apresenta-se muito mais fluido e acaba por desaparecer, fazendo-se a consolidação de maneira normal.

É ainda muito cedo para se poder fazer afirmações categóricas. Para já poderemos dizer que parece começar a antever-se aquilo que devemos fazer sem hesitações, dentro de normas que por todos sejam aceites.

*

De tudo quanto atrás se disse poderemos concluir:

- 1.º — Que hoje, devido aos antibióticos, nos encontramos poderosamente armados para tratarmos a tuberculose ósteo-articular.

IODARSOLO

iodo + arsênio



ELIXIR

EMPOLAS DO 1.º E 2.º GRAUS

DUAS DAS CARACTERÍSTICAS SIGNIFICATIVAS DOS NOSSOS PRODUTOS

TRADIÇÃO QUE NÃO MORRE E EVOLUÇÃO INCESSANTE

AMINOIODARSOLO
 Caixa de 5 ampolas de 5 c.c.

AMINOIODARSOLO
 Caixa de 5 ampolas de 5 c.c.

LABOR. QUÍMICO-FARM. V. BALDACCI - PISA

EMPOLAS DE 2 E 5 C.C.

44

AMINOIODARSOLO

iodo + arsênio + cobalto + ácido glutâmico + histidina

M. RODRIGUES LOUREIRO
RUA DUARTE GALVÃO, 44 - LISBOA
CONCESSIONÁRIO EXCLUSIVO DO



LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO
V. BALDACCI-PISA

NEUROPLÉGICO

4560 R.P.

LARGACTIL

Cloridrato de cloro-3 (dimetilamino-3' propil) - 10 fenotiazina

POTENCIALIZADOR

dos

ANESTÉSICOS GERAIS, HIPNÓTICOS, ANALGÉSICOS

CIRURGIA

Preparação para a anestesia
 Anestesia potencializada
 Hibernação artificial
 Hipertermia post-operatória
 Prevenção e tratamento do choque
 Hipotensão controlada

PSIQUIATRIA

Excitação maníaca
 Estados de confusão
 Estados de ansiedade
 Psicoses de obsessão
 Curas de sono

OBSTETRÍCIA

Eclampsia
 Vômitos da gravidez
 Analgesia obstétrica

SIMPATICOLÍTICO
 ESPASMOLÍTICO
 VAGOLÍTICO

ANTI-EMÉTICO
 HIPNÓTICO
 SEDATIVO

COMPRIMIDOS

doseados a 25 mg.
 (FRASCOS DE 50)
 3 a 6 comprimidos nas 24 horas

AMPOLAS doseadas a 50 mg.
 (CAIXAS DE 10)

1/2 a 1 ampola 3 a 4 vezes nas 24 horas
 (VIA INTRAMUSCULAR
 OU INTRAVENOSA
 EM PERFUSÃO)

SOCIÉTÉ PARISIENNE
 D'EXPANSION CHIMIQUE

PARIS
 RHÔNE
 POULENC

PARIS
 SOCIEDADE COMERCIAL
 CARLOS FARINHA, LDA.
 RUA DOS SAPATEIROS, 30 3º ANDAR

AMOSTRAS E LITERATURAS SOB PEDIDO

- 2.º — Que o tratamento geral medicamentoso, em virtude do aparecimento de formas de resistência, deve ser misto: estreptomicina mais P.A.S. ou ácido isonicotínico.
- 3.º — Que a melhor forma de aplicar a estreptomicina deve ser a intermitente, com a aplicação da droga de 3 em 3 dias.
- 4.º — Que com o auxílio da estreptomicina se pode rapidamente mudar o sinal alérgico e passar do período de alergia 2 ou alergia focal para forma de alergia 3 ou de imunidade.
- 5.º — Que o tratamento geral e local pela estreptomicina em focos facilmente acessíveis tem dado ótimos resultados.
- 6.º — Que se pode esperar, com a quimioterapia, a cura de certas formas simples de sinovite exsudativa e produtiva no início.
- 7.º — Que na ausência de sequestros as fistulas curam sempre com o auxílio da quimioterapia.
- 8.º — Que nas fistulas com sequestros a cura se dá sempre, desde que estes sejam retirados.
- 9.º — Que os abscessos, a não ser em lesões nitidamente esfriadas, devem ser abertos e drenados.
- 10.º — Que os focos justa-articulares e para-articulares devem ser abertos e limpos, para evitar que invadam a articulação.
- 11.º — Que os focos intra-articulares podem ser limpos e completados com sinovectomias, desde que não estejam em pontos de apoio.
- 12.º — Que desde que as lesões se encontrem em pontos de apoio, com destruição da cartilagem, o melhor processo operatório é a ressecção com artródese.
- 13.º — Que as técnicas de artródese preferidas são as intra-articulares com excepção da articulação coxo-femural.
- 14.º — Que a evolução da doença está muito encurtada, mercê da nova orientação terapêutica.
- 15.º — Que o prognóstico funcional é muito mais favorável, agora.
- 16.º — Que as cifras de mortalidade são nitidamente inferiores ao que eram com os procedimentos anteriormente seguidos.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

CLÍNICA, HIGIENE E HIDROLOGIA, XIX, 1953 — N.º 11 (Nov.): *Para a história das Caldas da Felgueira*, por Costa Sacadura; *Indicações das Águas da Felgueira*, por Aurélio Gonçalves; *O lugar da Curia na crenoterapia portuguesa*, por Rocha Brito. N.º 12 (Dez.): *Vitaminas e avitaminoses*, por L. Dias Amado; *Estudo do metabolismo da água na prática clínica*, por Fausto Cruz de Campos.

VITAMINAS E AVITAMINOSAS. — Compendiando as principais noções sobre as funções biológicas, os resultados das carências e as necessidades habituais do organismo, a riqueza dos alimentos, a forma de administração e os processos laboratoriais utilizados para o diagnóstico clínico, o A. remata essa exposição com quadros sinópticos dos pontos expostos. De este trabalho extraímos a sinonímia, que facilita o reconhecimento da vitamina de que se trata quando tem várias designações.

Vitamina A — Caroteno (Pró-vitamina).

B₁ — Tiamina, Aneurina.

B₂ — Riboflavina, Lactoflavina, Ovocitina, Heptoflavina, Vitamina G.

Ácido nicotínico — Niacina, Niacinamida, Factor PP.

B₆ — Piridoxina, Factor I, Factor Y, Vitamina H.

Ácido-d-pantoténico — Vitamina Bx, Factor 2 do fígado.

Ácido fólico — Ácido pteroglútmico, Vitamina M, Factor U, Factor R e S, Factor SLR, Vitamina Rc, Vitamina B₁₀, Vitamina B₁₁, Factor L casei.

B₁₂ — B₁₂b, Factor LLD, Cobalamina, Ciano-cobalamina.

d-Biotina — Vitamina H, Cenzima R.

Ácido para-amino-benzóico — PABA.

C — Ácido ascórbico.

D₁ — Ergosterol (Pró-vitamina).

D₂ — Calciferol, Viosterol.

D₃ — Dehidrocalciferol.

E — Vitamina X, Tocoferol.

K — Menadiona.

P — Citrina, Rutina.

BOLETIM CLÍNICO DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA, XIII, 1953 — N.º 4: *Alocação presidencial (sobre Pediatria)*, por M. Cordeiro Ferreira; *Doença de Basedow e síndromes afins*, por Iriarte Peixoto, Rosário Dias e Manuel Fernandez; *A sensibilidade gustativa para a F.T.C.*, por Almerindo Lessa, Mortó-Dessai e Vasconcelos Frazão; *Resultados dos*

primeiros vinte casos de aperto mitral operados de comissurotomia, por J. Filipe da Costa e E. Coelho; *Algumas formas de tratamento das distrofias*, por N. Cordeiro Ferreira; *O critério conservador em cirurgia pulmonar*, por J. Filipe da Costa; *Terapêutica das anúrias*, por J. Pulido Valente; *Sobre um caso de quisto hidático primitivo do fígado*, por Fernando Pais; *O síndrome da costela cervical será um síndrome de compressão?*, por Fernando Pais; *Curiosidades dos arquivos hospitalares*, por J. Leone; *Relatório dos Serviços de Radioactividade*, por R. M. V. Preto.

DOENÇA DE BASEDOW E SÍNDROMES AFINS. — Extenso trabalho, baseado numa casuística de 452 observações de doentes com bócio e em abundante bibliografia, de que faremos largo resumo.

Depois de considerações sobre os progressos dos conhecimentos do assunto, começa por inventariar as recentes aquisições sobre fisiopatologia do eixo hipófiso-tiroideu, por descrever a histo-fisiologia do folículo tiroideu e as propriedades fisiológicas da hormona tiroideia, por referir os vários factores que influenciam o ciclo tiroideu com definição das propriedades da hormona tirotrófica e da influência do iodo e dos tioderivados, descrevendo, os aspectos histológicos cuja extrema diversidade resulta da variada receptividade da glândula, e finalmente por apreciar o factor hipotalâmico, e valorizar na justa medida o papel do eixo hipófiso-tiroideu no conjunto da homeostase.

Depois de essa introdução fisiopatológica, trata da definição e conceito da doença de Basedow, adoptando esta designação para não presupor uma determinada patogenia. Cingindo-se ao critério cronológico, alguns autores preferem o nome de Doença de Graves, mas aquele é o mais usado, e justamente, pois foi Basedow quem, em 1840, fez da afecção uma descrição magistral, à qual apenas escapou o sintoma do tremor, para o qual chamaram a atenção Pierre Marie e Charcot.

Despertado o interesse para a estranha doença, começaram a notar-se as formas incompletas ou atípicas, e Plummer, em 1913, separou uma forma distinta do Basedow clássico, por caracteres clínicos diferentes, distinção que se estendeu à patogenia; estava criado um novo quadro patológico, que se tornou mais conhecido pela designação de «adenoma tóxico da tiróide». Eis as diferenças que se assinalaram:

Aspecto da tiroideia — difusamente aumentada no Basedow; com nódulos no Plummer.

Génese primária — extratiroideia no 1.º, tiroideia no 2.º.

Idade de aparecimento — mais cedo no 1.º que no 2.º.

Fenómenos nervosos — predominantes no 1.º, raros no 2.º.

Exoftalmo — Frequente no 1.º, raro no 2.º.

Crises intestinais — Aparecem no 1.º, e são raras no 2.º.

Metabolismo basal — Pode exceder a 100 por cento no 1.º, raramente vai além de mais 50 por cento no 2.º.

Reacção ao iodo — remissão no 1.º e ausência de remissão no 2.º.

Estas diferenças, porém, obedecem a um esquema que na prática está longe de se encontrar geralmente, pois a frequência dos tipos intermediários é enorme. Ela conduz à ideia de que não se trata de duas doenças distintas, mas de uma só doença com diversas formas de resposta da glândula a uma estimulação tirotrópica, que deve ser tida como origem de todos os bócios, qualquer que seja a sua génese primária; e anatómicamente não existe a suposta oposição entre o carácter hiperplásico da tiroideia no Basedow e o carácter tumoral no Plummer, pois a maior parte dos nódulos tiroideus resultam de alternativas de hiperplasia e involução. Não se pode negar a existência do nódulo solitário, mas esta forma é rara (2,7 % na estatística dos autores).

Também é frequente, na prática clínica, encontrar as formas incompletas, nas quais faltam um ou mais sintomas próprios da doença. Tais carências de sinais, com predomínio de um de eles, pode tornar difícil o diagnóstico, como nos casos traduzidos apenas por taquicardia rebelde, diarreia crónica, etc.; e é fácil a confusão com as neuroses, quando a sintomatologia psíquica é predominante.

A este último respeito, há que considerar o aspecto peculiar, não só da sintomatologia, mas também da evolução, que leva a admitir uma individualização clínica bem definida. Nesses doentes há geralmente antecedentes de personalidade neurótica, nervosismo e ansiedade, tremor, labilidade circulatória com taquicardias transitórias; pode existir bócio e exoftalmo. Mas tudo é discreto, os antitiroideus e a tiroidectomia não melhoram a doença, que tem evolução arrastada, na qual a transformação em tirotoxicose franca é excepcional. A sintomatologia deve depender da hipersimpaticotonia de esses doentes, e de activação hipofisária de origem hipotalâmica.

Há formas híbridas, com manifestação, simultânea ou alternante, de mixedema.

O exoftalmo maligno é uma entidade rara, que aparece em indivíduos com tirotoxicose discreta ou sem sinais de esta; a relação com o Basedow pode afirmar-se, pois no simples exoftalmo de esta doença se encontram típicas lesões histológicas da gordura retro-bulbar.

Tem-se descrito formas agudas, rapidamente mortais mesmo, do hipertiroidismo; para alguns autores, mais do que uma forma especial, trata-se de crises de extremo agravamento das perturbações metabólicas próprias de hipertiroidismo.

Tem-se proposto diversas classificações, distinguindo as várias formas da doença. A que adoptam é como segue:

1 — Forma completa da D. de Basedow (com bócio difuso; com bócio nodular).

2 — Formas incompletas (com bócio difuso; com bócio nodular; sem bócio).

3 — Neurose basedowóide.

4 — Formas híbridas com sinais de mixedema.

Nova!

EM NEUROLOGIA, PEDIATRIA,
CLÍNICA GERAL, GERIATRIA, etc.

COBENAL

AZEVEDOS

FOSFATO DE ADENINA + VITAMINA B₁ *
+ VITAMINA B₁₂

* Aneurina activada pelo ião-pirofosfórico, em
meio adenosino fosfórico glicosado

APRESENTAÇÃO

Injectável:

- NORMAL
5 × 2,2 cm³.
- FORTE
3 × 3,3 cm³.
- FORTÍSSIMO
3 × 3,3 cm³.

Oral:

- XAROPE — Frascos com 100 cm³ para uso oral.

INDICAÇÕES

Adinamia neuro-muscular e cardíaca * Convalescenças * Astenia consecutiva ao uso de antibióticos * Neurastenia, nervosidade, instabilidade psíquica * Estados de desnutrição * Deficiências de crescimento e desenvolvimento das crianças e lactentes * Anorexia e astenia dos velhos e crianças * Dermatoses seborreicas * Neurodermites e certos eczemas * Dermatites de contacto * Urticária crónica * Lupus * Zona * Esclerose em placas * Nevrites * Nevralgias do trigémio * Polinevrites diversas * Osteoartrite e osteoporose * Hemibrânquia * Hepatopatias * Perturbações da gravidez: vómitos, hiperestésias, etc.

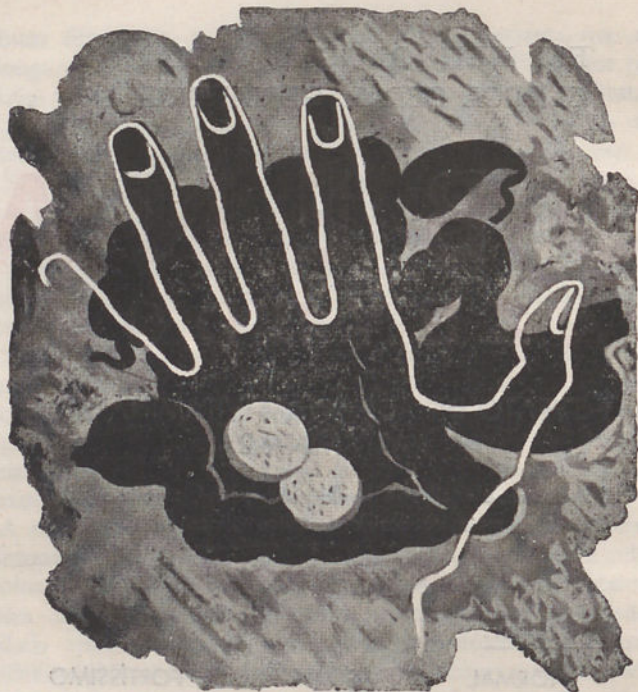
LITERATURA DETALHADA E AMOSTRAS PARA ENSAIO À DISPOSIÇÃO DOS EX.^{mos} CLIENTES



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

NAS DORES ANGIOCOLÍTICAS



BILAMIDE

Suprime: As causas da inflamação, pelos seus princípios anti-infecciosos.

O estado espasmódico, pelas suas propriedades espasmolíticas.

Contra: Hepato-colepatias,
inflamações intestinais,
fistulas de infecção mista.



CILAG, S. A.

SCHAFFHOUSE - SUÍÇA

Representante exclusivo em Portugal:

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA, S. A. R. L. — LISBOA

5 — Doença de Basedow hiperoftalmopática.

6 — Crise do Basedow.

Terminado assim o capítulo da definição da doença, passa-se aos problemas etiopatogénicos.

Quanto à etiologia invocam-se factores constitucionais; sexo feminino e neste sobretudo nas épocas de crise genital, incidência familiar, astenia neuro-circulatória. Depois os factores determinantes, as noxas: traumatismo psíquico, neuropatias orgânicas, certas endocrinopatias, infecções e intoxicações, alterações dietéticas.

A primeira doutrina patogénica foi a da escola francesa, que considerou a doença como uma neurose aparentada com a histeria. Logo, porém, surgiu a doutrina tirogénica, que a considerou como doença com sede na glândula. Contemporaneamente, a doutrina mais aceite é a da intervenção de um mecanismo hipotálamo-hipofisário, com base em argumentos legítimos, experimentais e clínicos. Aceite esse mecanismo, formulou-se uma hipótese de relação da doença com uma perversão dos mecanismos adaptativos. Também, mas sem fundamento clínico suficiente, se invocou a interferência de uma hipofunção córtico-suprarrenal.

Nas formas clássicas do Basedow, a doença deriva de um «stress» que incide sobre um organismo com grande actividade hipofisária e tiroideia. Para o aparecimento das outras formas intervém a modalidade dos factores determinantes e dos constitucionais, como os AA. expõe.

Revêem os aspectos mais interessantes da doença, e mencionam as diferentes percentagens das várias formas na sua casuística, que conta 184 observações de tiroxicose verdadeira. E resumem, como documentação, algumas histórias clínicas.

Mais largamente se referem aos problemas do diagnóstico, que continua a basear-se na tríade fundamental: bócio, taquicardia, sinais oculares. Como já foi mencionado, a diagnose pode ser difícil, por motivo da ausência ou do pequeno vulto de esses dados principais.

A verificação do bócio exige cuidadosa palpação da região, pois as pequenas tumefacções difusas da tiroideia podem passar facilmente despercebidas a mãos inábeis. É preciso não cair no erro contrário de confundir com bócio um depósito de gordura pré-tiroideu, tão frequente em senhoras com certo grau de adiposidade. Não deve esquecer-se, ainda, que pode não se palpar a tiroideia na região normal e haver tecido ectópico. Se nas formas de verdadeiro Basedow a tiroideia mantém contornos normais e superfície regular, pode haver um exagero da lobulação, e é evidente a enorme dificuldade de distinguir estas formas das de bócio nodular. Nos casos típicos, a consistência é dura, dando a sensação de turgescência e a mão que palpa pode por vezes apreciar um «thrill», devido ao aumento da vascularização. Nas formas menos típicas palpa-se nítida tumefacção irregular com formação de um ou mais nódulos. É raro que a palpação de um só nódulo signifique a existência

do chamado nódulo tóxico solitário; em geral, trata-se de nódulos múltiplos, dos quais só um é acessível à palpação.

O exame da região tiroideia deve ser sempre completado por um estudo minucioso dos gânglios do pescoço. Quando se exclui o diagnóstico de tirotoxicose e se verifica haver um nódulo solitário eutiroideu, deve pensar-se na possibilidade de neoplasia maligna da região, seja qual for a idade do doente.

Distingue-se a taquicardia tirotóxica das taquicardias nervosas, porque não desaparece com o repouso. A ausência de taquicardia permanente deve levar a pôr em dúvida o diagnóstico de tirotoxicose verdadeira, ainda que os outros sinais estejam presentes.

Os sinais oculares são de três ordens. A retracção da pálpebra superior, devida a um espasmo do levantador estriado da pálpebra, dá muitas vezes um aspecto de espanto ao enfermo e é descrita com frequência erradamente como exoftalmo. O exoftalmo propriamente dito é devido a um aumento de volume dos tecidos retro-orbitários e só se pode caracterizar seguramente por intermédio da exoftalmometria. Finalmente, as paralisias, devidas à degenerescência gorda e infiltração de células redondas dos músculos oculares, constituem um sinal raro, pelo menos nas formas comuns da doença de Basedow. Apesar de reconhecer o valor diagnóstico dos sinais oculares de espasticidade (sinal de Graefe, de Kocher, etc.), o A. não tende a valorizá-los excessivamente; a sua presença fala, sobretudo, a favor de uma desregulação neurovegetativa, mas não dá qualquer garantia da existência de uma verdadeira tirotoxicose. Ainda quanto ao exoftalmo, não confundir um exoftalmo bilateral com o exoftalmo familiar congénito, ou com o que aparece em certas miopias; quando é unilateral, há que distingui-lo cuidadosamente dos produzidos pela fistula carótico-cavernosa, pela variz retro-orbitária ou pelo tumor orbitário. E recordam que, tanto a retracção palpebral, como o verdadeiro exoftalmo, se podem observar na «neurose basedowóide», em que não existe hipertiroidismo, no seu conceito.

Analísado o valor dos sinais cardeais da doença de Basedow, pas-sam em rápida revista alguns outros sinais complementares para o diagnóstico clínico. O tremor dos hipertiroideus é, quase sempre, fino, fibrillar, em oposição ao tremor grosseiro dos doentes com neurose basedowóide. Os verdadeiros hipertiroideus tendem a apresentar as mãos quentes; não sucede assim aos doentes de neurose que, pela sua astenia neurocirculatória, se queixam muitas vezes de mãos frias e cianóticas. Os hipertiroideus são, geralmente, sóbrios nas suas queixas, enquanto que os neuróticos descrevem os padecimentos com grande cópia de por-menores. Em ambos os grupos de doentes há aumento da excitabilidade geral e taquipsiquia, mas a labilidade afectiva é mais pronunciada na neurose basedowóide. A ansiedade e as queixas parestésicas são muito mais acentuadas e têm uma exteriorização muito mais rica na neurose basedowóide, do que na tirotoxicose, mesmo grave.

Está provado que uma boa pesquisa dos sinais clínicos e o seu manejo inteligente permitem ao médico fazer um diagnóstico seguro na maioria dos casos. Somente numa pequena parte ficarão dependentes das provas laboratoriais. Porém estas são geralmente bastante falíveis; os seus resultados tem de ser sempre interpretados à luz de um judicioso raciocínio clínico.

O metabolismo basal é determinação valiosa, mas está sujeita a erros, pois há muitos estados, sem hipertiroidismo, que podem aumentá-lo: febre, doenças cardíacas com dispnéia, alcoolismo crónico, tabagismo, etc., etc.; mas, sobretudo, é a emoção o estado ocasional que pode mais facilmente levar a erros. Também pode haver hipertiroidismo com metabolismo normal ou mesmo baixo. Para evitar os erros, num ou noutro sentido, propuseram-se procedimentos diversos, cujo valor é duvidoso, para definição do funcionamento da glândula.

A pesquisa da iodemia é de técnica difícil. Particularmente quando se utilize o iodo proteínico, pode ser apoio valioso de um diagnóstico hesitante.

Os métodos do iodo radioactivo, esses trouxeram excelente contribuição, mas há que reconhecer que, apesar do seu rigor, nalguns casos a interpretação é muito difícil.

Para a distinção entre hipertiroidismo e neurose basedowóide a «prova dos tioderivados» é simples e de grande valor. Consiste em administrar, durante um mês, 300 mg. diários de propiltiouracilo, ou 30 mg. de mercaptoimidazol. Nas tirototoxicoses verdadeiras assiste-se a franca remissão da taquicardia, a aumento de peso, baixa do metabolismo basal; caso contrário, não há qualquer modificação, que quando muito se limita a leves melhoras subjectivas.

De toda a maneira, usados todos os recursos, ainda ficam alguns raros casos em que não é possível emitir seguro diagnóstico.

Finalmente, os problemas terapêuticos. A conduta a adoptar tem sido, e continua a ser, diversamente encarada. Primeiro, as opiniões eram geralmente pela cirurgia; com o aparecimento dos anti-tiroideos e do iodo radioactivo o prestígio daquela decaiu, embora em certos meios continue vivo. Em Portugal os cirurgiões, como Adelino Costa, são pela cirurgia; muitos médicos, porém, entendem que só deve recorrer-se à cirurgia quando falharem outros procedimentos, e Cerqueira Gomes é-lhe quase absolutamente contrário, entendendo que o hipertiroidismo é uma alteração secundária, nem sempre exclusiva, que tiroidectomias não sangrentas nem permanentes podem ser bastantes para corrigir o mal, e que mutilar invariavelmente as tiroideias em simples hiperplasia funcional é um erro de princípio. Em face de esta divergência de opiniões, os AA. passam em revista os resultados dos vários métodos.

A instituição de um bom repouso físico e mental, acompanhada da administração de sedativos do tipo barbitúrico ou bromado, constitui um primeiro tempo muito útil no tratamento dos doentes que apresen-

tam suspeita ou evidência de um mal de Basedow. A origem central do morbo e as repercussões no metabolismo muscular justificam amplamente esta prescrição. Não esqueçamos que o escopo essencial é provocar uma remissão numa doença sujeita a períodos de melhoria espontânea.

Durante o tempo de repouso e sedação, ao qual se associa quase sempre uma terapêutica polivitamínica destinada a reparar o hipermetabolismo dos biocatalisadores, há tempo de conhecer bem as particularidades do caso a tratar. Com esta tática de esperar um a dois meses conforme a gravidade dos casos antes de agir mais especificamente colhem-se vantagens de vária ordem, das quais as principais são: 1.º — Ter a certeza que o diagnóstico é correcto; 2.º — Avaliar o carácter e gravidade da afecção; 3.º — Estudar a importância de factores psíquicos, infecciosos e endocrinopáticos extratiroideos.

Durante o tempo de expectativa não costumam os AA. dar iodo nem tio-derivados. Apenas administram sedativos do grupo barbitúrico ou dos brometos, e vitaminas, sobretudo do complexo B. Aproveitam esse tempo para estudar a curva dos metabolismos basais, para exercer a necessária influência psicoterápica e para investigar a existência de afecções concomitantes ou de complicações. Detém-se particularmente na pesquisa dos possíveis focos infecciosos, sobretudo os amigdalinos, dentários e anxiais. Dedicam também especial atenção às endocrinopatias coexistentes ou consecutivas; assim, pesquisam sistematicamente o hipogonadismo, o hiperpituitarismo, a diabetes mellitus, a insuficiência córtico-supra-renal, etc. Nos casos com hipogonadismo instituem um tratamento com esteróides gonadais e, em casos de hipocorticalismo, aplicam a desoxicorticosterona ou os extractos totais de supra-renal.

Esta regra nos dois meses de expectativa não envolve qualquer prejuízo a não ser nos casos graves em que é necessário actuar mais enérgicamente, estando então indicados desde o início os anti-tiroideos.

Na sua experiência cerca de 20 % dos casos tratados com sedativos e repouso obtêm francas melhoras.

O uso do iodo no tratamento do bócio tóxico já recomendado por Basedow, abandonado depois pela verificação de sérios prejuízos em muitos casos, foi retomado por Plummer e com ele se promoveu notável diminuição da mortalidade na tiroidectomia.

Sob a acção do iodo, após de 10 dias a 3 semanas de administração assiste-se realmente quase sempre a uma remissão dos sintomas, com baixa taquicardia, aumento de peso e diminuição do nervosismo. As cifras do metabolismo basal descem também, geralmente, de modo apreciável. E é sabido que, histologicamente, se verifica uma transformação involucional, com achatamento do epitélio e aumento da substância colóide.

Durante alguns anos os AA. usaram o tratamento iódico em muito pequenas doses, tal como preconizou Zondek. Obtiveram ocasionalmente boas remissões com este método. Todavia, a certa altura mesmo conti-

TRATAMENTO DIGITÁLICO EFICAZ

CRISTAFOLINA

glucosidos cristalizados da Digitalis purpúrea
(digitoxina e gitoxina)

Proporção da mistura tal como se encontra na folha
da planta

PROPRIEDADES CONSTANTES

EFICÁCIA POR VIA BUCAL

BOA TOLERÂNCIA

Apresentação:

Drageias a 0,1 mg: Tubo de 20 drageias

Gotas (0,25 mg/ cc): Frasco com 15 cc

Ampolas de 1 cc a 0,25 mg: Caixa de 5 ampolas

Supositórios a 0,5 mg: Caixa de 5 supositórios

* Marca registada

Produtos CIBA, Limitada — Lisboa

UM NOVO PRODUTO BARRAL

PAVOSAL

CLORIDRATO DE PAPAVERINA BARRAL

PAVOSAL, INJECTÁVEL — CLORIDRATO DE PAPAVERINA POTENCIALIZADO PELO IÃO Mg, PARA INJECCÕES INTRAMUSCULARES, A 3 0/0 E 5 0/0, E PARA INJECCÕES ENDOVENOSAS A 3 0/0.

MEDICAÇÃO MAIS EFICIENTE NA ACÇÃO VASOMOTORA E ANALGÉSICA DA PAPAVERINA, NOS ESPASMOS VASCULARES E NOS SINTOMAS DOLOROSOS HIPERTÓNICOS.

PAVOSAL, Gotas a 5 0/0

PAVOSAL, Comprimidos de 0,05 gr.

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, L.^{DA}

'DETTOL' na obstetricia

EFICIENCIA

O Dettol contém um derivado halogenado de xilenol. Possui elevada acção bactericida e conserva um alto grau de eficiência mesmo na presença de matéria orgânica (sangue, sôro, etc.)

TOLERANCIA

O Dettol em concentrações derivadas, é bem tolerado pela pele e mucosas. Além disso, a ausência de toxicidade dá uma grande segurança ao médico, enfermeira e doente.

TRATAMENTO

O Dettol é especialmente aconselhável em obstetricia e pode ser empregado com qualquer técnica da especialidade recomendada pelo médico assistente.

COMPATIBILIDADE

O Dettol não é incompatível com o sabão; não é necessário remover os vestígios daquele, antes da sua aplicação.

CESARIANAS

Na preparação pré-operatória, recomenda-se o Dettol Cirúrgico. Especialmente para este fim fabrica-se com as cores laranja e azul. Pronto a ser aplicado, seca rapidamente e não deixa a pele escorregadia.

A PEDIDO FORNECEM-SE
MAIS PORMENORES
ELUCIDATIVOS

DETTOL

ANTISEPTICO

* * *

RECKITT & COLMAN LTD.
HULL E LONDRES, INGLATERRA



M.34(P)

quando a dar o iodo observaram, na maior parte dos casos, uma exacerbação dos sintomas, quer pelo facto de a tiroideia escapar em determinado momento à acção do medicamento, quer por haver uma exacerbação espontânea tão intensa da afecção que o iodo, apesar de exercer acção benéfica, não é capaz de fazer que a remissão seja tão perfeita como anteriormente.

Actuam como anti-tiroideus em sentido lato numerosas substâncias, entre as quais se incluem as contidas em certos alimentos, o iodo e a própria tiroxina. A designação subentende, porém, os medicamentos de síntese com a acção requerida: tiocianatos, derivados da anilina, tio-derivados e mercaptoderivados.

Os investigadores estabelecem distinção fundamental entre o modo de actuar do grupo dos tiocianatos, das sulfamidas e do tiouracilo. O primeiro impede a captação do iodo inorgânico pela tiroideia, o segundo interfere com a iodização da tirosina e a síntese da tiroxina, e o terceiro evita a conversão do iodeto em iodo nascente.

Os derivados de que tem experiência são: o aminotiazol, o tiouracilo, o metiltiouracilo, o propiltiouracilo e o 1-metil-2-mercaptoimidazol.

Com a aplicação destes compostos obtém-se um bloqueio da síntese da hormona, com baixa, ao cabo de um certo tempo de latência, da concentração do iodo orgânico circulante. Tal baixa vai estimular a hipófise, produzindo-se uma hiperplasia tiroideia com esvaziamento da colóide. Independentemente disso os tio-derivados potenciam a acção da tiro-trofina sobre a tiroideia. Além da acção a distância os tio-derivados têm uma acção imediata que resulta umas vezes numa baixa e outras numa elevação do metabolismo basal. A administração de iodo após os tio-derivados é capaz de produzir na glândula fenómenos involutivos, com depósito de colóide pobre em hormona.

Os anti-tiroideus referidos têm sido utilizados com dois objectivos: preparação pré-operatória e tratamento prolongado.

Para a preparação pré-operatória os tio-derivados constituem, no consenso quase unânime, um progresso indubitável. A única objecção aceitável é a produção de maior hiperemia e friabilidade da glândula, mas tais inconvenientes são suprimidos desde que se administre iodo nas duas semanas que precedem a operação.

Ultimamente regista-se em muitas clínicas a tendência para preferir de entre os anti-tiroideus o 1-metil-2-mercaptoimidazol (metimazol) cuja toxicidade parece menor que a dos outros membros do grupo e cuja actividade é muito superior: 40 vezes a do tiouracilo e da tioureia, e 20 vezes a do metil-tiouracilo e do propil-tiouracilo. Em certas circunstâncias, como, por exemplo, nas formas que reagem aos tio-derivados com aumento de dimensões do bócio ou com exoftalmopatia, podem associar-se aos antitiroideus sintéticos o iodo, a diiodotirosina, ou mesmo a tiroidina.

Quanto ao tratamento prolongado, adoptado por vários clínicos, os AA. recorrem a ele sempre que o tratamento sedativo não deu resultado. O método que usam habitualmente consiste em começar com uma dose de ataque elevada (30 mgr. diários para o metimazol) e depois, obtida a remissão, prolongar o tratamento em doses menores (entre 15 e 10 mgr.) durante um prazo de ano e meio a dois anos.

A incidência das reacções tóxicas (agranulocitose, leucopenia, febre, hepatite, «rash» cutâneo) varia de droga para droga, parecendo ser maior com o tiouracilo e menor com o propiltiouracilo e com o metimazol. Na sua experiência, as reacções tóxicas com o metil-tiouracilo, propiltiouracilo e mercaptoimidazol incidem numa percentagem que não excede 7 %. Chamam a atenção para o facto de que as reacções tóxicas se registam sobretudo, nas primeiras semanas de tratamento e não obrigam a maior parte das vezes a suspender definitivamente a droga. Para as evitar parece-lhes ser útil a administração concomitante de vitaminas do complexo B e a vigilância mensal da fórmula leucocitária; o doente deve ser avisado do perigo e das manifestações prodómicas da agranulocitose a fim de suspender a droga ao mínimo sinal de alarme. De um modo geral, leucopenias abaixo de 3.000 e neutropenias abaixo de 40 % devem pôr de sobreaviso, sobretudo se o doente não tinha anteriormente tendência para leucopenia.

No grupo de 184 casos que constitui objecto do seu estudo houve 91 tratamentos pelos anti-tiroideus e apenas tiveram um caso de agranulocitose grave com o tiouracilo, curado com os antibióticos.

Segundo Astwood, o tratamento pelos tio-derivados está indicado, também, na gravidez. Sabe-se que a indicação clássica do tratamento com iodo e cirurgia pouco baixou os abortos e os partos prematuros da gravidez complicada com tirotoxicose. O mixedema consecutivo à intervenção pode dar bócios fetais. Esse A. ensaiou os tio-derivados em 25 estados gravídicos de 19 doentes; dos 22 casos que tiveram parto à data da comunicação, obtiveram-se 22 crianças completamente normais.

Na experiência dos AA. é possível com os anti-tiroideus obter uma remissão clínica estável em cerca de 70 % de todos os casos de tirotoxicose.

Sobre tratamento cirúrgico, notam que a possibilidade de uma boa preparação pré-operatória e os sucessivos aperfeiçoamentos da técnica cirúrgica permitiram reduzir a mortalidade da tiroidectomia a limites muito satisfatórios; certas estatísticas dão uma mortalidade que não excede 0,24 % o que na realidade representa um progresso extraordinário em relação às estatísticas bem sombrias dos precursores. Mas isto não basta; é preciso ver se com a cirurgia se obtém uma morbilidade pouco importante qualitativa e quantitativamente e se assegura uma remissão satisfatória num grande número de casos. Ora, somando incidências dos hipotiroidismos, tetanias, lesões do recorrente e lesões traqueais, obtém-se números que mesmo nas melhores estatísticas atingem 10 a 15 %. Quanto

às recaídas post-operatórias as estatísticas dão números muito díspares que oscilam entre 3 e 18 %.

Dado que a doença de Basedow tem tendência espontânea para a remissão parece critério pouco defensável, no estado actual dos nossos recursos terapêuticos, procurar apoiar o doente na sua fase crítica com um método cruento que cria situações irreversíveis.

O campo de aplicação da cirurgia vai-se restringindo à medida que surgem outros tratamentos eficazes. O clínico que raciocina sobre dados fisiopatológicos não pode deixar de preferir actuação mais prudente sobre o factor tiroideu ao recordar que cada vez mais se prova que este constitui um elo importante mas não o fulcro da doença.

Há contra-indicações formais à intervenção cirúrgica, que na opinião dos AA. são as seguintes: Neurose basedowóide, Formas hiperoftalmopáticas, Doentes muito jovens (da infância ao acme da vida genital), Doentes idosos, a partir dos cinquenta anos, Formas muito leves, Formas muito graves.

A justificação destas contra-indicações é sobremaneira fácil. A neurose basedowóide não deve ser submetida à cirurgia, porque nestes casos a tiroideia não é sede como já vimos de um processo hiperfuncional. O mesmo critério se aplica a muitas das formas hiperoftalmopáticas. Os doentes muito jovens reagem mal à tiroidectomia; na infância, tem-se verificado atrasos de crescimento rebeldes à administração da tiroidina e na nubilidadade são de temer as perturbações da esfera genital com alterações do ciclo e esterilidade. Os doentes muito idosos oferecem sempre como é sabido maior risco operatório e reagem geralmente bem aos tio-derivados ou ao iodo radioactivo. As formas muito leves têm contra-indicações óbvias, universalmente aceites. As formas muito graves têm contra-indicação, pelo menos temporária.

De um modo geral, a natureza do bócio tem papel decisivo no recurso à cirurgia. O facto de o bócio ser nodular, sobretudo multinodular, não nos parece indicação decisiva, pois a cancerização, nestes casos, é na experiência da maioria dos autores, pouco frequente. O mesmo não se pode dizer do nódulo solitário ou dum bócio que mude rapidamente de tamanho e consistência fazendo pensar em processo maligno. Nestes casos evidentemente a indicação é formal. Vêm, finalmente, como indicação a considerar os doentes não idosos que mostraram a susceptibilidade grave aos tio-derivados. Nestes casos, o tratamento cirúrgico parece ser a melhor solução, para o tratamento do hipertiroidismo. Porém alguns autores usam, mesmo nestes doentes jovens, o iodo radioactivo.

Na série de 184 casos que os AA. estudaram para o seu trabalho só indicaram a cirurgia em 5 casos: 3 por adenoma tóxico solitário, um por intolerância aos anti-tiroideus e outro por motivos de ordem económica.

O tratamento roentgenterápico que conheceu certa voga está hoje na maior parte das clínicas abandonado. Contudo há comunicações recen-

tes com boas percentagens de remissões; entre nós Cerqueira Gomes, usando a técnica de Roberto de Carvalho refere resultados excelentes. Uma técnica adequada é condição indispensável para o êxito deste método. Os AA., pela observação de alguns casos tratados pela roentgenterapia opinam que ela pode prestar serviços, sobretudo nos doentes que mostram intolerância para os tio-derivados.

Em terapêutica pelo iodo radioactivo utiliza-se exclusivamente o I^{131} que tem um período de 8 dias. Este período é suficientemente longo para que a dose de radiação se reparta durante o tempo necessário e suficientemente breve para que não haja riscos de irradiação prolongada.

A tiroideia concentra extraordinariamente o iodo de forma que sua concentração nas células da glândula é cerca de 10.000 vezes maior do que no sangue. Deste modo doses suficientes para actuar sobre a tiroideia não têm qualquer acção nociva sobre o resto do organismo. O I^{131} emite raios beta com uma energia máxima de 0,50 Mev portanto eficazes e raios gama de 0,3 e 0,08 Mev que, tendo escassa acção terapêutica, servem todavia para a detecção externa.

A dose terapêutica a empregar é geralmente calculada pela relação entre o peso calculado da glândula multiplicado pelo número de microcuries, e a percentagem do I^{131} captado pela tiroideia. A média obtida anda por 100 microcuries por grama de peso da glândula, as doses totais oscilam entre 3 e 10 milicuries, conforme o número de semanas de duração do tratamento.

Os resultados referidos por vários autores são, na maioria, satisfatórios; os melhores são os relativos a casos de bócio difuso, os menos brilhantes os relativos a casos de bócio nodular, que exigem maiores doses e aplicação mais demorada. Há casos resistentes a este método terapêutico.

Discute-se se o iodo radioactivo pode ter um efeito carcinogénico a distância na espécie humana. Temendo isso, alguns autores só autorizam a aplicação deste agente acima dos quarenta anos.

Por fim, o trabalho que estamos resumindo, termina com indicações de tratamento das formas especiais.

No tratamento da forma basedowóide, na qual, como se disse, não há tirotoxicose, está indicada a psicoterapia, a sedação e a tonificação geral com desoxicorticosterona e extractos corticais totais. Os tio-derivados só devem administrar-se a título diagnóstico (distinção das formas atenuadas de tirotoxicose). O iodo radioactivo e a tiroidectomia estão formalmente contra-indicados.

A frequência, aliás pequena, das formas exoftalmopáticas tenderá, certamente, a diminuir quando se evitarem as tiroidectomias intempestivas e se fugir às doses excessivas de tio-derivados. No entanto mesmo com todas as precauções, alguns doentes caminham para a forma maligna; nestes casos é necessário pensar, acima de tudo, em salvar a visão. Para isso tem-se preconizado várias terapêuticas: tiroidina, diuréticos mer-

Terapêutica omnivalente
das infecções bacterianas com

O produto
original!

OMNADINA-PENICILINA »HOECHST«

Combinação de Penicilina-Procaína reforçada
e Omnadina* para suspensão aquosa

- Aumento de fagocitose
- Aumento de poder bactericida do soro
- Aumento da gênese dos anti-corpos
- Efeito prolongado da Penicilina-Procaína
- Elevado nível inicial de Penicilina no sangue pela Penicilina G sódica
- Acção bactericida directa

Acção imunobiológica
e antibiótica

*Marca registada



Frasco-ampolas com
200 000 U.I.

Frasco-ampolas com
400 000 U.I.

Vómitos da gravidez • Vertigens (Ménière)
Toxémias pelos raios X e outras intoxicações
por irradiação • Corea menor • Parkinsonismo
postencefalítico • Agranulocitose, etc.

Hexabion

 Marca reg.

Vitamina B₆ pura (adermina, cloreto de piridoxina)

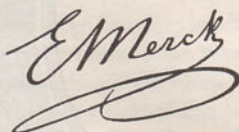
Apresentação:

Hexabion, ampolas a 50 mgrs. : 2 ccs.

Caixa com 3 ampolas

Hexabion, comprimidos a 20 mgrs.

Tubo com 20 comprimidos



DARMSTADT • ALEMANHA

Amostras e literatura

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

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

curiais, estrogéneos, irradiação das órbitas; com alguns efeitos favoráveis por vezes. Quando falhem, e o caso se agrava, só a cirurgia descompressiva poderá aliviar o doente.

Dado o desconhecimento acerca da verdadeira significação da crise tireoideia, não há tratamento específico para esta grave emergência. É, de resto, possível que não se trate de um estado com patogénese específica. Há alguns anos, numa revisão publicada sobre estados endocrinopáticos de urgência, os AA. advogaram as seguintes medidas: Rehidratação com soros e oxigenoterapia, para combater a anoxia; Administração de Lugol, por via oral (30 a 50 gotas de 4 em 4 horas) e intravenosa (1 gr. de iodeto sódio de 6 em 6 horas); Extractos totais de córtex supra-renal, na dose de 20 c. c. de hora a hora. A isto só acrescentam agora a cortisona e a ACTH, de que não tem experiência. De toda a forma, o prognóstico da crise tiorotóxica continua ainda hoje a ser reservado.

Em suma, o esquema da conduta no tratamento da doença de Basedow que actualmente empregam no seu Serviço consiste no seguinte:

1. Repouso físico e mental; sedativos; vitaminas; tratamento das endocrinopatias associadas; extirpação dos focos.

Se estas medidas não resultam:

2. Tratamento pelos tio-derivados, com tentativa de manter a remissão administrando-os durante um a dois anos.

Se há intolerância importante:

3. Intervenção cirúrgica, se o doente é um adulto jovem; iodo radioactivo acima dos 40 anos.

A SENSIBILIDADE GUSTATIVA PARA A F.T.C. — Trabalho de investigação da sensibilidade gustativa para a fenil-tio-carbamida, com comentários sobre o interesse patogénico, semiológico e terapêutico de esta substância, que começando pela exposição da anátomo-fisiologia da sensibilidade gustativa e da composição química e propriedades da fenil-tio-carbamida, estuda o fenómeno da cegueira gustativa com sua interpretação hormonal, e relata a série de experiências pessoais em portuguesas, rematando num último capítulo pela consideração da importância do estudo em questão.

O sentido do gosto desempenha papel fisiológico da maior importância porque regulando selectivamente a ingestão dos alimentos contribui para manter a constância do meio interior. Experimentalmente, permite aos animais seleccionar as dietas mais adequadas — menos tóxicas, ou com as vitaminas ou os minerais requeridos. A composição do sangue é também um factor que condiciona a sensibilidade dos receptores gustativos, pois a cloremia, por exemplo, influi no grau de preferência pelo sal e a calcemia na apetência para o cálcio. No homem é um factor de discriminação alimentar e um dos meios auto-reguladores do equilíbrio vital. O significado biológico, filogénico e ontogénico do gosto, transcendente, portanto, de um simples apontamento fisiológico. De resto, o seu

significado psicológico está sòlidamente documentado no folclore e nas sentenças de todos os povos. Talvez um dia se descubra que cada homem tem uma fórmula gustativa própria ou adaptada às suas necessidades e que tal fórmula contribui para a selecção da espécie. É um facto demonstrado haver grandes diferenças físico-químicas entre as salivas dos diferentes animais, sobretudo se os separarmos pelo tipo carnívoro, herbívoro ou omnívoro da sua alimentação, ou pela capacidade excito-secretora que neles podem desencadear estímulos psíquicos, conhecimento em que se baseiam alguns dos trabalhos experimentais de Paulov. E uma das mais interessantes especulações fisiológicas é, sem dúvida, aquela que procura colocar, no mesmo campo de defesa das espécies, a sensibilidade gustativa e os antigénios grupais hidrosolúveis.

Descreve-se o órgão principal do gosto, a língua, peça muscular coberta por uma mucosa com especiais pormenores de arquitectura, onde se destacam numerosas papilas de formas e dimensões variadas: filiformes, fungiformes, calicícolas e foliadas. É no epitélio de revestimento destas papilas, sobretudo nas paredes laterais, logo por cima da membrana vítrea que separa o epitélio do córion da mucosa, que se encontram os receptores do gosto — pequenos gomos ovóides, mais claros, constituídos por células altas, que vão desde a membrana basilar à superfície do epitélio, onde se terminam por cílios ou pelos gustativos. Nos sulcos das papilas segregam as pequenas glândulas salivares serosas que desempenham um duplo e importante papel nesta sensibilidade, solubilizar as substâncias e limpar os receptores, por modo a poderem receber novos estímulos químicos.

Os centros da secreção salivar encontram-se na região bulbo-protuberancial (pavimento do IV ventrículo) e são os núcleos salivar superior e salivar inferior, anexos respectivamente aos nervos facial e glosso-faríngeo e vizinhos dos centros respiratórios e do vômito.

Os corpúsculos do gosto encontram-se distribuídos pelo dorso da língua, faces anterior e posterior da epiglote, parede posterior da faringe, e por todo o véu do paladar e seu pilar anterior, com excepção da úvula. Aparecem pelo terceiro mês de vida intra-uterina e vão diminuindo com a idade (desaparecendo primeiro no dorso e depois na ponta da língua) e tanto podem ser excitados de fora para dentro, como de dentro para fora, isto é, por via sanguínea. A injeção de uma substância sávida na circulação pode provocar o gosto quando chegue com o sangue às papilas gustativas — e o conhecimento deste facto é até utilizado para medir o «tempo de circulação».

A inervação dos receptores é feita por fibras finas, de menos de 4 μ de diâmetro, que pertencem aos seguintes nervos do território craniano: o lingual, o glosso-faríngeo e o pneumogástrico. Destes centros emanam depois cilindros eixos, constituindo a via sensitiva central, que faz parte da fita de Reil e vai terminar no núcleo ventral posteromediano do tálamo óptico (núcleo *arcuatus*). Das células do tálamo partem axónios

que vão acabar no lobo parietal. Os autores clássicos ensinavam que o centro cortical do gosto se encontrava na parte média da circunvolução do hipocampo, em plena área olfactiva; chegara-se a essa conclusão por ambos serem sentidos químicos, aparecerem frequentemente associados ou complementados, e as duas sensações provocarem reflexos digestivos. Mas apesar desta associação funcional, o gosto e o olfacto não tem uma representação cortical comum, nem sequer vizinha, como pôde ser demonstrado experimentalmente e pela patologia. Contudo, os centros do gosto estão em relação com os centros das sensações somáticas da língua, cujos impulsos são conduzidos pelo trigémio; isto é, encontram-se intimamente associados à zona de representação cortical dos movimentos de mastigação e deglutição: pé da circunvolução parietal ascendente.

Admite-se que cada corpúsculo gustativo seja sensível exclusivamente a um certo tipo químico de substâncias, mas que cada papila contenha corpúsculos correspondentes a um ou mais gostos, embora não possa identificar grupos químicos precisos. À semelhança do que sucede com algumas drogas que têm valor antagónico, consoante a via parentérica por onde são introduzidas no organismo, certas substâncias têm o poder de excitar gostos diferentes consoante a área de contacto; assim $Mg SO_4$ sabe a salgado na ponta e a amargo na base da língua e a urotropina, a doce na ponta e a amargo na base.

Experimentalmente, os impulsos nervosos têm as mesmas características, qualquer que seja o excitante (isto é: a qualidade de sensação não depende de variações nos impulsos nervosos) e são provavelmente conduzidos por fibras finas, pois os seus potenciais de acção são mais pequenos que os das fibras condutoras originadas nos receptores da pressão ou do tacto. Como os diferentes receptores são morfológicamente iguais, as variações de sensibilidade devem resultar, provavelmente, de estruturas químicas diversas.

Dada a importância desta sensibilidade, a pobreza gustativa pode ser compensada pelo trabalho acessório do epitélio olfactivo, pelos receptores tácteis, térmicos ou dolorosos da língua, estes últimos localizados nas papilas fungosas, o que torna o processo num complicado fenómeno sensorial, onde parecem intervir ainda modificações reflexas na composição da saliva.

A língua não é igualmente sensível nos mesmos pontos a cada uma das sensações gustativas, admitindo-se que a variabilidade e a percepção valorativa dos diferentes sabores dependa da inter-relação entre os diversos receptores: gustativos, térmicos, tácteis e dolorosos. Na base, sensibilidade aos solutos amargos; na ponta a sensibilidade aos doces e salgados; na parte anterior dos bordos, sensibilidade aos salgados, e na parte posterior a sensibilidade aos solutos ácidos.

Também não é uniforme a distribuição das papilas; por isso a capacidade gustativa está aumentada na ponta, nos bordos e na base, (sendo o dorso relativamente pouco sensível) e depende, ainda, da con-

centração em papilas, pelo que é superior na língua infantil, que apresenta uma maior acumulação. Como os diferentes receptores possuem fibras distintas e diferentes vias de condução, pode estabelecer-se patologicamente uma paralisia gustativa dissociada, com desaparecimento dum tipo de sensação e conservação de outro (p. e. — deixando de sentir apenas o amargo ou o doce), como sucedeu em certos casos de paralisia do facial.

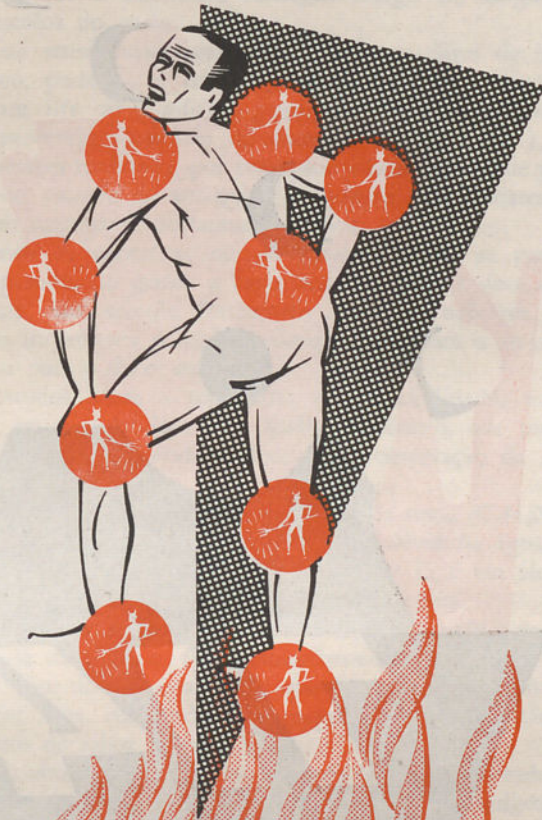
A saliva dispõe de uma variável capacidade amortizadora, que depende dos reflexos desencadeados através do simpático cervical, as fibras parassimpáticas dos nervos cranianos (corda do tímpano e glosso-faríngeo), que vem do núcleo salivar do rombencéfalo. As fibras gustativas e os reflexos regulam não só a duração e a intensidade da secreção, mas também, e sobretudo, a sua composição.

Considera-se o gosto como um sentido químico, porque requer a solubilidade prévia das substâncias a classificar. As sensações gustativas são de quatro espécies: 1) doce, 2) amarga, 3) salgada e 4) ácida. Alguns autores admitem ainda mais dois grupos: 5) metálica e 6) alcalina. O estímulo eléctrico (provocando efeitos electrolíticos sobre a saliva) e os aniões ou catiões, excitando as células do gosto, originam as diferentes sensações. O sabor das substâncias depende da sua constituição química e apresenta limiares muito variáveis. Mas, para haver gosto, é preciso que a matéria provocadora seja solúvel e difusível na água para que atinja na saliva uma concentração limiar, isto é: superior ao nível máximo negativo. Por exemplo: o limiar salgado para as soluções de NaCl é 0,07 %: só se consegue «gosto» com concentrações inferiores, até mesmo de 0,01 %, por provas de comparação, por exemplo, com água destilada, com as quais se chega a ampliar o limiar. A concentração pode ainda influir na classificação da própria percepção.

O sabor ácido está em relação com a concentração em iões H^+ . O sabor alcalino liga-se à presença de iões OH^- .

O sabor doce é produzido, principalmente, por álcoois e seus derivados cetónicos e aldeídicos, em particular as hexoses e os seus polímeros (açúcares), embora sejam amargos os seus derivados metálicos; principalmente, porque outras substâncias de estrutura química completamente diferente, como a sacarina, o clorofórmio, a glicocola ou o acetato de chumbo, também tem sabor doce, e podem ser doces os aminoácidos e os alcalóides. O gosto amargo é próprio destes últimos, das peptonas e polipéptidos, dos glucosidos, dos catiões pesados (Mg, Ca), do ácido pírico, do éter etílico, etc.

O gosto salgado é determinado pelo catião sal: os sais de sódio são salgados, mas a capacidade excitante dos halogéneos diminui à medida que aumenta o seu peso atómico: para produzir o gosto salgado provocado por uma solução 0,04 M de cloreto é necessário uma de 0,16 M de iodeto. A elevação da cloremia faz subir, e a insuficiência suprarrenal faz descer, o limiar para o gosto salgado. Parece que os limiares depen-



REUMATISMOS

PARTICULARMENTE O ARTICULAR AGUDO

sali-lab

DRAGEAS · SUPOSITÓRIOS · INJECCOES

UM PRODUTO ORIGINAL DOS LABORATÓRIOS **Lab**



TRIPENICILINATO G DE ALUMÍNIO + SULFADIAZINA | a a
 65.000 U. | SULFAMERAZINA | 0,11 g
 | SULFAMETAZINA

ADMINISTRAÇÃO ORAL

Frasco de 20 comprimidos

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA
 LISBOA PORTO COIMBRA

dem da concentração que o electrólito consegue atingir no sangue e, portanto, nos corpúsculos do gosto.

A capacidade ou sensibilidade gustativa é muito variável de indivíduo para indivíduo, podendo ir da incapacidade total (agueusia) ou parcial (agueusia para *isto* ou *aquilo*) à percepção em grau deficiente (hipo-agueusia), à perversão (confusão de doce com salgado, etc.), ou a indiferenciação selectiva traduzida, por exemplo, pela incapacidade para distinguir a acidez do vinagre da amargura do quinino. Os limiares de percepção apresentam também importantes variações.

Vários fenómenos de contraste, ou de potencialização, se podem ainda apreciar no aparelho do gosto: a água destilada sabe a doce imediatamente depois de uma solução fortemente ácida; os açúcares e a sacarina aumentam o limiar para o ácido e diminuem-no para o amargo; este diminui o limiar para o doce; etc.

Têm-se feito estudos sobre a topografia das sensibilidades novocainizando o órgão, ou pincelando-o com ácido gimnémico, que tem a propriedade de eliminar a sensibilidade doce com conservação da sensibilidade amarga.

A fenil-tio-carbamida, ou fenil-tiureia, é um sal de ureia ($C_7H_8N_{25}$) que cristaliza sob a forma de agulhas amargas e é solúvel na água na proporção de 0,26 % a 18° C e na de 5,93 % a 100° C, e em álcool a 95° na de 5,6 % a 16° C e na de 68 % em álcool a ferver.

Introduzindo grupos etiloxis na fenil-carbamida, em posição *para* em relação ao N, obtém-se um produto (p-fenetolcarbamida: $C_9H_{12}N_2O_2$) trezentas vezes mais doce do que o açúcar e que é conhecido pelo nome comercial de *Dulcin*; mas colocando um grupo *tio* nesta substância obtém-se um composto de sabor amargo.

À diminuição ou abolição do sentido do gosto em face da fenil-tio-carbamida chamaram os americanos «Cegueira gustativa». A designação é imprópria, pois trata-se de uma perturbação do sentido do gosto e não do sentido visual, não de uma cegueira mas de uma hipoagueusia ou agueusia para a F.T.C. Contudo, o termo tornou-se tão corrente que até fisiologistas da categoria de B. Houssay (1952), lhe deram acolhimento.

Em 1931, verificado acidentalmente que os cristais de fenil-tio-carbamida, insípidos como se fossem de cal para muitos indivíduos, eram amargos para outros, passou-se a estudar a sensibilidade gustativa desta substância em numerosas pessoas. Desde logo se verificou que o carácter era fixo mas não se encontrava em conexão com a idade, a raça, o sexo e a acidez ou alcalinidade da boca, e era positivo para a maior parte dos indivíduos. Um novo dado bimodal veio enriquecer os nossos conhecimentos sobre os genes humanos.

O primeiro estudo sobre a sua hereditariedade foi o de Blakeslee (1937) que chegou às seguintes conclusões: uma criança do tipo gustativo, há-de ter, pelo menos, um dos progenitores gustativos; todos os filhos de pais não-gustativos são também não-gustativos. A trans-

missão do carácter gustativo seria regulada pelas leis de Mendel, havendo um par de genes. Embora milhares de exames já feitos tenham revelado que, na maioria dos casos, o factor é herdado como um carácter de «tudo ou nada», tem-se encontrado indivíduos positivos num grau intermédio (Boyd, 1941), que ou mal identificam o gosto ou não sabem dizer precisamente se ele é amargo ou não (perversão). Isso faz admitir a existência de outro gene, ou de um gene modificador agindo sobre o par mendeliano acima referido.

Restaria explicar o fenómeno. A hipótese de existir na saliva dos «cegos» uma proteína ou um colóide que precipite a F.T.C. sob uma forma tão insolúvel que a torne não estimulante para as papilas gustativas, foi Cohen e Ogdson (1951) que concluíram que a saliva individual contém numerosos activadores específicos do gosto, dedução que tem um considerável interesse genético e clínico, e continua em investigação.

As experiências pessoais em portugueses estudaram a repartição do carácter num total de 750 indivíduos de ambos os sexos; em 220 indivíduos de ambos os sexos, dessa mesma série, foi estudado o grau de sensibilidade; apenas 2 indivíduos manifestaram perversão do carácter (0,25 %). Na série completa, de 750 indivíduos, a F.T.C. + foi encontrada em 90,4 % e a F.T.C. — em 9,6 %; com relativa baixa para o sexo feminino (5,3 %). Não deu resultado a procura de possíveis relações entre o carácter em estudo e os grupos sanguíneos, pois não houve preferências para qualquer de eles; os desvios encontrados foram insignificantes.

No último Capítulo, os AA. abordaram a importância clínica do carácter e a sua incidência com a diabetes, o bócio, a epilepsia uniforme, o mal asmático e a lepra, chamando a atenção para o possível valor da fenil-tio-carbamida para os estudos da circulação arterial e para a terapêutica dos estados leucémicos. Depois expõe os trabalhos experimentais feitos para encontrar o seu grau de tolerância, que nos animais de laboratório parece ser de 2 mg. K/P.

Anexa a este artigo vem a indicação da bibliografia principal.

RESULTADO DOS PRIMEIROS VINTE CASOS DE APERTO MITRAL OPERADOS DE COMISSUROTOMIA. — «Resumimos nesta nota prévia os resultados obtidos, apenas, nos nossos primeiros 20 doentes operados, os únicos que já nos permitem tirar algumas conclusões, com experiência pessoal, para apreciar o valor do tratamento cirúrgico do aperto mitral, a sua influência no equilíbrio hemodinâmico e estabelecer com mais rigor a indicação cirúrgica desta cardiopatia. O primeiro doente foi operado há dois anos e meio. Excluímos deste grupo dois casos, do início, em que acidentes extra-operatórios não permitiriam iniciar a operação ou ir além da simples toracotomia. Este conjunto de 20 doentes compreende 12 mulheres e 8 homens. As idades oscilavam entre 17 e 58 anos.

Os doentes foram submetidos aos seguintes exames: radiografia, tomografia das válvulas, electrocardiograma e fonocardiograma. Em alguns casos ainda se fez o electroquimograma e o balistocardiograma; também a angiocardiografia para se determinarem e apreciarem as dimensões da aurícula esquerda. Determinámos ainda o AP e AQRS antes e depois da operação.

Sintomas clínicos dominantes: cansaço, asma cardíaca descompensação circulatória frequente em 16 doentes, crises de edema pulmonar em 4, hemoptises em 5, e embolia cerebral em 1 (seis meses antes da operação). Em 14 o ritmo era sinusal; 6 apresentavam flutter auricular ou fibrilho-flutter. Esta arritmia nem sempre acompanhou as formas mais graves. Pelo contrário, o caso de maior compromisso do leito vascular pulmonar tinha o ritmo sinusal.

Todos os doentes apresentavam frémito e rodado diastólico no foco mitral. Havia sopro sistólico suave no foco mitral em 6, ruído de abertura da válvula mitral em 3, e sopro sistólico predominando na base em 1 caso.

As radiografias de 12 doentes mostravam aumento da aurícula esquerda e dilatação da artéria pulmonar, em 7 dilatação da aurícula esquerda e em 1 dilatação da artéria pulmonar. Nenhum doente apresentou sinais radiográficos ou electrocardiográficos de hipertrofia do ventrículo esquerdo ou de hipertrofia biventricular. Apenas a radiografia de um doente revelava o ventrículo esquerdo ligeiramente aumentado.

Apreciados os sinais electrocardiográficos sob o ponto de vista da hipertrofia ventricular direita, eles revelavam em 3 hipertrofia ventricular com sobrecarga; em 6 hipertrofia ventricular marcada sem sobrecarga; em 1 hipertrofia ventricular ligeira; em 1 hipertrofia ventricular com bloqueio de ramo direito. Em 9 doentes não havia o menor sinal electrocardiográfico de hipertrofia do ventrículo direito. O desvio do eixo eléctrico para a direita que apresentavam 5 destes doentes nada tem que ver com a hipertrofia do ventrículo direito. Nos casos com flutter ventricular nem sempre existia desvio para a direita. Quer dizer que a hipertrofia do ventrículo direito pode não apresentar sinais electrocardiográficos de hipertrofia. Na nossa casuística só 55 % os apresentavam. As causas anátomo-eléctricas desse fenómeno são bem conhecidas. Abste-mo-nos por isso de as expender.

Fizemos as provas hemodinâmicas em 19 desses doentes, determinando-as em 18 antes e depois do esforço. Num doente não conseguimos que o cateter passasse do ventrículo, e noutra não ultrapassou a artéria pulmonar. Apenas numa doente não foi feito o exame hemodinâmico. Uma crise de edema pulmonar quase fatal que apresentou no *Laboratório de Hemodinâmica*, antes de se iniciar o cateterismo, levou-nos a abandonar a execução das provas neste caso. As pressões eram muito elevadas na maioria dos casos, bem como a resistência arteriolar pulmonar e pulmonar

total. Débito cardíaco baixo, aumentando pouco, depois do esforço e diminuindo em dois doentes.

Em 15 casos de aperto mitral puro calculámos as superfícies mitraes, que oscilavam entre 0,6 e 1,6.

A indicação operatória resultou da comparação da sintomatologia clínica com os sinais hemodinâmicos, de acordo com as investigações realizadas e publicadas por um de nós, e em que o diagnóstico era de aperto mitral puro, ou de aperto e insuficiência, com predomínio do primeiro (1,2). Doentes que não ultrapassavam os 60 anos, sem insuficiência do coração direito, ou que a insuficiência se reduzira completamente, sem febre reumática, endocardite recorrente ou endocardite subaguda. A situação fisiopatológica do leito vascular pulmonar, posta em evidência pelo exame hemodinâmico, tornava evidente um agravamento da situação se a barreira mitral não fosse vencida.

Destes 20 doentes, só 1 apresentou trombose no apêndice auricular e tão extensa que não se conseguiu entrar na aurícula. Limitámos a intervenção à extirpação do apêndice auricular.

Dos 19 doentes comissurotomizados verificou-se na operação que 15 apresentavam um aperto mitral puro; em 3 havia regurgitação sistólica com predomínio do aperto. Em 1 apenas havia o predomínio da insuficiência. Neste a intervenção foi, portanto, inútil; houve contudo boa evolução pós-operatória.

O exame das curvas de pressão capilar pulmonar (c. p. v.) dos doentes que apresentavam regurgitação ou naquele em que predominava a insuficiência não nos deu quaisquer esclarecimentos para se poder fixar o diagnóstico antes da operação. Dos elementos clínicos, nem a radiografia nem o electrocardiograma nos esclareceram, e o sopro sistólico mitral — além do rodado diastólico — era mais suave do que o que existia noutros casos de estenose pura.

O valor das curvas de pressão capilar pulmonar — repetimos — foi nulo nesta nossa série de doentes. É num caso (12.º), em que a elevação e a precocidade da onda sistólica nos sugeriu o diagnóstico do aperto mitral com regurgitação, a intervenção cirúrgica mostrou que havia só estenose mitral pura.

Apesar da insistência de alguns autores e do que nós próprios pensávamos, a aceitação de determinadas características de insuficiência mitral apresentadas pelos traçados capilares pulmonares pode conduzir-nos a erro. Estudamos, presentemente, com os nossos colaboradores, o aspecto das curvas de p. c. p. na insuficiência mitral experimental.

Um fenómeno digno de nota foi verificado nos casos em que havia insuficiência mitral: o hidropericárdio pareceu-nos ser sempre mais abundante. Em três casos observámos pericardite adesiva intensa que não dera sinais para o diagnóstico antes da operação.

No decurso da operação observámos extra-sístoles em 3 casos e bradicardia em 2. Em 3 doentes que apresentavam ritmo sinusal desen-

*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*



rápida ... persistente ... constante

**Penicilina
Potássica**

**Penicilina
DBED**

**Penicilina
Procainica**

PRONAPEN PLUS

Uma Preparação Tripla de Penicilina...

Combinando — numa única injeção intramuscular de 600.000 Unidades — as vantagens dos seus três componentes

Penicilina G Potássica Cristalina — 100.000 Unidades
 Penicilina G Procainica Cristalina — 300.000 Unidades
 Dibenziletlenadamina Dipenicilina G — 200.000 Unidades

Unicos Distribuidores.

NÉO-FARMACÊUTICA, LIMITADA

AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 21, R/C. — TEL. 51830

LISBOA

Representantes de

Pfizer

FUNDADA EM 1849

O maior Produtor de Antibióticos do Mundo

cadeou-se fibrilhação auricular 12 e 24 horas depois da operação, que se manteve num.

Os cálculos da área mitral correspondiam aos valores encontrados, a não ser nos casos que tinham regurgitação: as dimensões encontradas na operação eram maiores.

Um dos doentes apresentou ao 6.º dia de operado atritos de pericardite de breve duração. Em dois outros encontramos sinais electrocardiográficos de pericardite pós-operatória. O electrocardiograma normalizou-se ao fim de oito dias.

Em 11 doentes desta série fez-se o exame histológico do pulmão. Dez apresentavam hemossiderose com diferente intensidade. Em 3 encontramos aterosclerose das arteríolas, além da hemossiderose. No caso 12.º, a punção do pulmão, antes da operação, não revelava hemossiderose; a radiografia também não mostrava o aspecto granitado ou nodular da hemossiderose.

A biopsia feita no decurso da intervenção cirúrgica evidenciou hemossiderose intensa e aterosclerose das arteríolas. Apesar dessas alterações anatómicas do leito vascular pulmonar, os valores da hemodinâmica normalizaram-se depois da operação.

O exame histológico do apêndice auricular só num caso apresentou nódulos de Aschoff.

Desta série de casos, 3 morreram. Um, meia hora depois da operação; tratava-se duma forma bastante grave e embora a intervenção decorresse normalmente, sem qualquer acidente, a doente manteve-se sempre cianosada. O 2.º faleceu 48 horas depois de operado, súbitamente. A autópsia não revelou embolia. O 3.º que morreu um mês depois da operação, era um dos doentes que também tinha um componente apreciável de insuficiência. A autópsia também não revelou embolia.

Dos restantes 17: melhoraram 13, sem modificação 4.

Depois da operação observámos algumas alterações do electrocardiograma; nuns, o eixo que tinha desvio direito passou à posição intermédia ou desviou-se para a esquerda; noutros, com hipertrofia ventricular direita, diminuíram os sinais de sobrecarga ventricular ou os da hipertrofia. A onda P também apresentou modificações. Em raros casos, apesar das melhoras, não observámos modificações do electrocardiograma.

A Fig. 1 mostra-nos as alterações de \overline{AP} e \overline{QRS} depois da operação. O eixo eléctrico do coração chegou a desviar-se de 78º para a esquerda.

Nos doentes em que o electrocardiograma apresentava flutter ou fibrilhação auricular, esta arritmia não se modificou. Um doente que tinha crises paroxísticas de flutter auricular nunca mais as apresentou depois da operação.

Quanto aos fenómenos estetoscópicos: se nunca encontramos à auscultação o desaparecimento completo do rodado diastólico, ele apresenta-se tão modificado na maioria dos casos de consideráveis melhoras,

que chegámos a ouvi-lo só depois da prova de esforço, e mais apagado do que antes da operação.

A Fig. 2 mostra-nos além do electrocardiograma (1.^a derivação), em que o eixo do coração se desviou para a esquerda, o fonocardiograma antes e depois da operação, em que o rodado, que era holodiastólico, desapareceu completamente.

Procedemos ao exame hemodinâmico pós-operatório, em 6 doentes. Nem sempre fácil, porque os doentes, em geral, recusam-se à repetição do cateterismo: num, os valores são idênticos; trata-se do doente em que apenas se fez a extirpação do apêndice auricular.

Como alguns exames hemodinâmicos foram feitos pouco tempo depois da operação, nem sempre encontrámos uma grande redução dos seus valores. Nos três doentes em que as provas hemodinâmicas foram realizadas passados 2 meses depois da operação, os valores das pressões baixaram consideravelmente, normalizando-se em dois casos. E a área mitral, que era de 1 — 1,2 — 1,1, passou respectivamente para 2,5 — 3,3 — 2,7.

As conclusões a tirar decorrem implicitamente das premissas apresentadas. —»

TERAPÊUTICA DAS ANÚRIAS. — Um doente que deixa de urinar, não por retenção, mas por anúria, esta pode ser pré-renal, renal ou post-renal. Em qualquer de estas situações o doente cai em uremia, o que, como há muito é sabido, não quer dizer intoxicação pela ureia, nem mesmo apenas inundação de todo o organismo por completo grupo de compostos tóxicos retidos, mas profundas alterações por parte de diversos electrólitos, reserva alcalina, etc. Assim se compreende que se observem anúrias graves em que não há lesões orgânicas suficientemente explícitas, mas só diminuição do fluxo sanguíneo dos glomérulos renais; como nas grandes desidratações e hemorragias, no colapso circulatório e choque traumático, cirúrgico, dos queimados.

As anúrias obstrutivas podem ter factor extrínseco (afecções pélvicas, como os fibromiomas, o carcinoma uterino, os abscessos rectais e pélvicos, etc.), ou intrínseco (estenoses ureterais, bridas, acotovelamentos, litíase, etc.).

Há normas terapêuticas comuns a todas as categorias de anúria. Há outras que só beneficiam certas formas etiopatogénicas, havendo inclusivamente procedimentos que são inúteis ou prejudiciais para dadas de essas formas.

Podem os meios terapêuticos ser empregados com uma das duas finalidades: ou pretendem actuar sobre a causa que gera a anúria ou querem anular as consequências desastrosas que esta acarreta para o organismo e, por meios de diálise (rim artificial, diálise peritoneal, irrigação intestinal) ou por exsanguino-transfusão, substituir de algum modo



a função renal, depurando o sangue de todos os produtos retidos que, em grande parte, são os responsáveis do quadro de uremia.

Na terapêutica das anúrias pré-renais tem que se ter em conta o seu particular mecanismo patogénico, sabendo-se que o rim cessa de formar urina, não por ser em si insuficiente, mas por o fluxo de sangue que passou a chegar aos glomérulos ter sofrido uma redução considerável.

Num numeroso grupo de situações (hemorragias, colapso circulatório, etc.), a norma primordial é combater a hipovolemia e hipotensão, por transfusão de sangue, plasma ou similares, que vão aumentar a massa de sangue, tendo em conta em cada caso se há hemoconcentração ou hemodiluição, não sendo o emprego de soros salinos ou glucosados senão um recurso paliativo de eficácia transitória.

A oligúria extrema ou anúria por causa circulatória, central ou periférica, não sendo senão um dos aspectos sintomáticos da insuficiência cardíaca ou do colapso circulatório, combate-se eficazmente ao instituir a terapêutica adequada para cada um dessas situações, fundamentalmente com digitálicos e diuréticos no primeiro caso, com transfusão de sangue, plasma ou similares e analépticos no segundo.

A anúria que ocorre nos doentes com vômitos ou diarreia profusas, assim como nos comas metabólicos — addisoniano, hepático e diabético — é devida não só à desidratação como às diversas alterações electrolíticas. As anúrias pré-renais por espoliação de cloro, sódio e água necessitam de administração de líquidos e de sódio, sob a forma de soros cloretados em quantidade que compense as perdas havidas. Nas anúrias pré-renais em que há, além da desidratação, perda de bicarbonato e acidose, devemos não só repor os líquidos perdidos administrando soros cloretados, como também soluções bicarbonatadas ou de lactato de sódio.

Vejamos agora as normas do tratamento das anúrias de causa renal, secretória. É completamente contra-indicado o emprego de diuréticos e antes de mais dos mercuriais nas anúrias secretórias, os quais só encontram justificação nas formas de anúria devidas a insuficiência cardíaca.

Partindo-se do conceito da provável natureza alérgica da nefrite aguda têm-se ensaiado os diversos anti-histamínicos, embora sem resultados apreciáveis. Encontra, por outro lado, o B.A.L. uma indicação preciosa nas anúrias por nefropatia necrosante (rim sublimado, etc.), tendo melhorado o prognóstico desta entidade desde a introdução deste anti-tóxico na terapêutica.

Nas anúrias secretórias que evoluem com hipertensão há toda a conveniência em prevenir a insuficiência cardíaca pelo emprego de digitálicos, contribuindo igualmente para este desígnio a prescrição de dieta descloretada. Quando, apesar de tudo, surjam sinais de assistolia aguda, além dos mais cuidados, pode tornar-se imprescindível a prática, por flebotomia, de uma sangria, que se encontra então inteiramente justificada, sendo porém absurda, inútil e prejudicial como meio terapêutico.

estritamente da situação de uremia do doente em anúria, na vã pretensão de remover parte da ureia e demais compostos retidos.

Desde que se começou a invocar a existência de um factor angiospástico na génese de certas nefropatias médicas, vem-se aconselhando, com o intuito de o remover a fim de melhorar as condições de circulação renal, a aplicação de calor nas regiões lombares ou, o que é o mesmo, de diatermia de ondas curtas, acreditando-se por outro lado, vir parte do benefício que o doente tira ao acamar da temperatura constante a que se encontra sujeito quando no leito.

Ainda na mesma ordem de ideias, de métodos que têm por finalidade remover o angiospasma existente, há que referir o emprego de vaso-dilatadores, da novocaína endovenosa, da infiltração do pedículo renal e dos esplâncnicos.

Têm-se usado, entre outros, vaso-dilatadores como a acetil-colina e a papaverina em doses elevadas, mas o principal entusiasmo tem sido com a administração endovenosa de novocaína em venoclise gota-a-gota ou em doses repetidas e espaçadas, durante todo o dia, pois o seu efeito não persiste mais que três horas, sendo o seu ponto de acção a fibra muscular lisa dos vasos renais, determinando ao nível destes uma vaso-dilatação que nos glomérulos se irá opor ao angiospasma existente nas anúrias nefríticas e reflexas.

Com resultados análogos emprega-se a infiltração dos esplâncnicos ou do pedículo renal com novocaína, a qual determina uma paralisia anestésica dos filetes vasomotores vasculares e da musculatura pielo-calicial e, ainda que muitos duvidem da eficácia destas técnicas, outros aceitam-nas com a condição de serem empregadas precocemente.

Desde que, no começo deste século, Edebohls, realizando nefropexias em doentes com rim flutuante em que concomitantemente havia uma nefrite crónica, verificou evolucinar a nefropatia favoravelmente, apresentando sinais de melhoria, após a intervenção cirúrgica, tem sido a descapsulação renal recurso terapêutico quase que obrigatório, nas anúrias das nefropatias hematogéneas bilaterais. Para alguns autores a descapsulação seria útil como meio de descompressão do parênquima renal, anulando o efeito nefasto do edema intra-renal das anúrias nefríticas, sendo nula a sua acção nos demais tipos de anúrias. Volhard, porém, estava de tal modo convicto da inutilidade da intervenção, operação fingida que não ia além da simples incisão dos planos cutâneos, sendo o resultado, segundo este autor, o mesmo se tivesse ou não feito a descapsulação. Hoje em dia é por vezes preconizada, embora já não tão calorosamente como há anos atrás, aceitando-se que poderá ser útil nas anúrias nefríticas, mas sem interesse nos outros tipos de anúrias, ainda que se possa recorrer a ela na anúria da intoxicação sulfamídica pela alteração constante que há do parênquima renal, tanto mais que se poderá fazer simultaneamente a lavagem com solutos salinos ou alcalinos das vias excretoras obstruídas.

As anúrias por obstrução caem dentro do campo de acção especializado do urologista, pelos recursos semióticos e terapêuticos a que se tem de recorrer (cateterismos uretrais, intervenções cirúrgicas), quando procedimentos médicos sejam ineficazes: administração de grandes doses de alcalinos para combater precipitações de sulfamidas, e de antiespasmódicos na caleulose.

Na terapêutica das anúrias de causa étio-patogénica mista há necessidade de atender aos vários factores responsáveis (circulatórios, secretórios e obstrutivos) tornando-se as medidas terapêuticas mais numerosas, mas sendo essencialmente as mesmas que nas anúrias pré-renais, renais ou post-renais.

No tratamento das anúrias, todos os autores têm reconhecido a conveniência em manter um estado de repouso renal, para o que contribui a prescrição de normas dietéticas adequadas, tendo o problema da alimentação e ingestão de líquidos grande importância e, muito particularmente, nas anúrias do tipo secretório.

Todos conhecem o plano proposto por Volhard de fome e sede, nas nefritas agudas, que se deve manter até se vencer a anúria ou oligúria extrema, o que ocorre, em regra, em três ou quatro dias e com o qual se obtém um completo repouso da função renal, dieta que apesar de tudo os doentes toleram razoavelmente bem e, quanto muito, podendo ser infringida pela ingestão de uns 800 c.c. de sumos de frutas açucarados. Este regímen alimentar representou franco progresso em relação ao que se seguia anteriormente da dieta láctea, por se desconhecer o contra-indicado da ingestão de cloreto de sódio e proteínas.

Mais recentemente tem-se chamado a atenção para as consequências prejudiciais da dieta da fome, pois a insuficiente ingestão calórica leva a um acréscimo do catabolismo proteico, com aumento do azoto não proteico do sangue. Deste modo, têm-se recomendado diversas dietas pobres em proteínas, como a de Borst e a de Kempner, a primeira composta por manteiga e açúcar em partes iguais de 200 gr., adicionada de um pouco de farinha e confeccionada sob a forma de pundins gelados, a segunda constituída por arroz, fruta e açúcar.

Na dieta da fome e sede deu-se realce pela primeira vez à importância da restrição de líquidos no doente em oligúria ou anúria, sabendo-se que a larga ingestão de líquidos leva a sobrecarga circulatória com todas as suas consequências, que ainda se agravam mais fácil e precocemente quando simultaneamente houver uma ingestão livre de cloreto de sódio. Num doente em anúria a ingestão de líquidos deve unicamente compensar a perda normal de água feita pelo aparelho respiratório e pele, no máximo um total de 800 c.c., aumentando-se o volume de líquidos ingeridos quando haja vômitos ou diarreia. Dar, como antigamente, líquidos «ad libitum» a um doente em anúria, é grave erro, tendo-se provado ser a mortalidade maior, quando a ingestão de líquidos é excessiva.

Os métodos de depuração podem empregar-se em qualquer tipo de anúria, mas tem particular importância naqueles casos em que esta se deva a uma lesão renal aguda que, pela sua própria natureza, possa retroceder, mas para o que necessita algum tempo, durante o qual os métodos de diálise ou a exsanguino-transfusão combatendo a uremia aguda vão permitir a manutenção da vida. É imprescindível ter-se a noção da finalidade dos métodos de depuração, que é exclusivamente um meio paliativo de eliminação extra-renal, não actuando sobre a causa da anúria.

Com o «rim artificial» como com os demais processos de depuração, pretende-se com este método de diálise, extrair do sangue os produtos tóxicos retidos em virtude da situação de anúria, baseando-se o rim artificial no princípio da diálise através de uma membrana semi-permeável, em que de um dos lados está o sangue que pretendemos depurar e do outro um soluto previamente estudado, de composição semelhante à do plasma sanguíneo, para onde passam em parte, através da membrana semi-permeável, aqueles compostos que faltando no líquido de diálise são exactamente os que queremos remover do sangue do doente. Diversos modelos de aparelhos são empregados para esta modalidade de depuração.

No método da «diálise peritoneal» utilizam-se as propriedades de filtração da serosa peritoneal como autêntica membrana dialisadora, por onde passam da cavidade peritoneal para o sangue todas as substâncias, com excepção dos colóides. Para a sua execução tem-se empregado muitos solutos: de cloreto de sódio, cloreto de potássio, bicarbonato de sódio, etc. A técnica é de execução relativamente fácil, consistindo nas suas linhas gerais na introdução de um trocáter numa das fossas ilíacas ou num dos quadrantes superiores do abdómen, após anestesia local, depois do que se introduz pelo seu lume uma fina sonda de plástico, até uma distância de dez ou quinze centímetros no interior da cavidade peritoneal, podendo-se nessa altura retirar o trocáter; e faz-se penetrar pela sonda o líquido escolhido para a realização da diálise, à velocidade de 1,5 a 2 litros por hora, o que equivale a cerca de 150 gotas por minuto, convindo que seja previamente aquecido a temperatura apropriada. Quando já penetraram cerca de três ou quatro litros, faz-se sair o líquido acumulado na cavidade peritoneal ou pela mesma sonda ou por outra, de saída, colocada numa das fossas ilíacas no lado oposto ao de entrada.

É variável segundo os casos e os autores, o procedimento adoptado quanto à frequência das sessões de diálise, seu ritmo e tempo de permanência do líquido na cavidade peritoneal. Nas análises peritoneais prolongadas é aconselhável adicionar heparina ou, ainda melhor, estreptoquinase, para obstar ou destruir os coágulos de fibrina que se vão formando, por irritação da serosa, que podem obstruir as sondas e, mais tardiamente, motivar complicações. Convém igualmente adicionar ao líquido de diálise uma dose elevada de antibióticos (penicilina, estrepto-

micina), prevenindo a infecção peritoneal, sempre possível, continuando depois a sua administração por via perentérica.

Além da infecção contam-se entre os perigos e complicações mais importantes a que a diálise peritoneal expõe o doente, o íleon paralítico, o edema pulmonar e cerebral e a acidose. Porém, usando líquidos de diálise um pouco hipertônicos, pela junção de glucose, podem-se reduzir os perigos devidos à absorção aquosa excessiva, sendo todavia necessário ir controlando as modificações plasmáticas que ocorram, principalmente fazendo determinações da reserva alcalina e dos cloretos.

Os autores que queriam utilizar o tubo digestivo como meio de depuração sanguínea foram forçados a recorrer à irrigação do intestino delgado, ao reconhecer a quase inutilidade da lavagem gástrica repetida e da irrigação do cólon, pois só obtinham então uma depuração ureica insignificante, assim como a impraticabilidade de métodos de irrigação intestinal de natureza cirúrgica, como a irrigação do cólon através de uma cecostomia ou apendicostomia. As técnicas podem variar: uso simultâneo de duas sondas, uso do tubo de Maluf, etc. Pode causar os prejuízos da grande absorção de água, diarreia, alterações electrolíticas.

A exsanguíneo-transusão, substituição do sangue do paciente, em parte ou totalmente, se bem que racionalmente o melhor, é método de difícil execução na prática, não pela técnica, mas pela quantidade de sangue que exige. E os resultados são transitórios, como para os outros procedimentos de depuração sanguínea.

JORNAL DO MÉDICO — N.º 580 (6-III-1954): *O diagnóstico ginecológico e seus problemas na clínica rural*, por Gonçalves de Azevedo Filho; *Directrizes gerais do tratamento da diabetes*, por Santos Silva Filho. N.º 581 (13-III): *Uma das grandes causas da mortalidade infantil: a prematuridade e debilidade congénita*, por Carlos Areias; *Algumas ideias actuais sobre o tratamento pelos antibióticos*, por F. Pereira Viana; *Impressões de uma viagem à Alemanha*, por J. Almeida Campos. N.º 582 (20-III): *O diagnóstico diferencial da tuberculose pulmonar*, por José Cabral; *Perturbações da contractilidade do músculo uterino durante o trabalho de parto*, por Rolando Van Zeller. N.º 583 (27-III): *O ensino escolar sobre a tuberculose como doença médico-social*, por Fonseca e Casto; *Traumatismos do aparelho génito-urinário*, por Silva Júnior; *Dr. Domingos de Araújo*, por Joaquim Bastos.

TRATAMENTO PELOS ANTIBIÓTICOS. — A multidão de medicamentos anti-infecciosos que ultimamente apareceram não dá tempo ao clínico para conhecer os seus efeitos e obter consequente aplicação benéfica; ela dá lugar a problemas cada vez mais complexos, que o A. expõe.

Em primeiro lugar a escolha do antibiótico. Não se transpõe para aqui o quadro dos principais antibióticos e dos agentes microbianos sobre que actuam, por ser matéria muito divulgada. Apenas referimos as doen-

ças para as quais a penicilina e a estreptomocina, ou a associação das duas, é inoperante, havendo antibióticos activos. São: o cloronfenicol para as Salmonelas (B. tífico e para-tífico), as Shigella (B. disentérico), e o Vírus da linfogranulomatose inguinal; a polimixina para o B. pio-ciânico; as tetraciclina (aureomicina, terramicina) para as Rickettsias, a Coxiella Burnetii (Febre Q), o Vírus da linfogranulomatose inguinal, a Ameba disentérica, as Tricomonas. Em todas as outras doenças, o ensaio do emprego da penicilina e da estreptomocina é de fazer-se, por razões de preço do medicamento e da possibilidade de acções accessórias.

A determinação da sensibilidade do agente em causa aos antibióticos, para escolha do mais activo, não tem a importância que se supôs, porque a susceptibilidade «in vitro» nem sempre corresponde à que a clínica verifica. O melhor é tratar de conhecer o factor microbiano da doença e empregar a medicação que a prática tem mostrado dar melhores resultados, pronto a mudar se estes não aparecerem. Os doentes querem muita vez que ao mais pequeno sinal de presunção de começo de doença infecciosa, se administrem antibióticos; há que adoptar um critério de procedimento, e o A. indica-o nos seguintes termos:

«—1.º Doença infecciosa bem caracterizada e de quimioterapia eficaz, como por exemplo, a pneumonia, estreptococias, meningite purulenta, febre tifóide. Não se pode, evidentemente, hesitar na aplicação imediata da medicação antibiótica adequada.

2.º Doença também bem caracterizada mas para a qual não existe antibiótico eficaz. Não há indicação para o emprego de antibióticos, mas podem ainda ser usados profilacticamente, se complicações frequentes podem assim ser prevenidas. Parece, contudo, preferível a vigilância estrita do doente para iniciar o tratamento antibiótico apenas se a complicação se der e, então, logo que apareçam os primeiros sintomas. É o caso, por exemplo, da gripe e suas complicações respiratórias.

3.º Doença infecciosa mal caracterizada etiologicamente. Aqui devem ser feitos todos os esforços para esclarecer o diagnóstico e, esclarecido este, estamos num dos casos anteriores. No caso de infecções agudas de aspecto grave é, sem dúvida, aconselhável não perder tempo e começar imediatamente a medicação antibiótica com o medicamento cuja eficácia pareça mais provável, ao mesmo tempo que se procura com auxílio do laboratório esclarecer a etiologia. É o que sucede nomeadamente com as infecções urinárias agudas, em que parece boa prática iniciar o tratamento com um dos antibióticos de largo espectro de actividade ou, se as circunstâncias económicas o impõem, com uma sulfamida ou associação de sulfamidas pouco tóxicas, logo que se verifica a existência da infecção. Quando se colhem produtos para investigação bacteriológica em indivíduos que estão em uso de antibióticos ou sulfamidas, é indispensável informar deste facto o laboratório, porque estes produtos podem alterar caracteres morfológicos, tinturiais e culturais dos micróbios. Fora destes casos especiais, se as dúvidas persistirem, teremos

de nos guiar unicamente pelo senso clínico. Esquemáticamente, orientar-nos-emos pela gravidade do caso: Se a evolução não se mostra grave e podemos admitir como provável a cura espontânea, a boa regra será a abstenção de tratamento antibiótico, mas se a evolução decorre desfavoravelmente e ainda que as suspeitas se orientem para afecção inacessível à antibioterapia, o recurso aos antibióticos de largo espectro de actividade é perfeitamente admissível e recomendável. Assim se conseguirá, por vezes, salvar inesperadamente uma vida e isto basta para compensar o insucesso na grande maioria dos casos. —»

A abstenção fora dos casos apontados justifica-se pelos inconvenientes riscos inerentes ao emprego da medicação antibiótica, os quais podem distribuir-se, quanto à natureza das acções, em efeitos tóxicos, accidentes alérgicos, criação de resistência dos agentes, e aparecimento de nova infecção por motivo de ter ficado o campo livre para o desenvolvimento de uma bactéria resistente, que pode não ser patogénica mas pode tornar-se virulenta.

Por todas estas razões deve-se evitar o abuso da medicação antibiótica, a que se tem assistido. As regras de procedimento a adoptar serão:

«— 1.^a Infecções pouco graves pelo seu carácter e pelas boas condições de resistência do doente não serão tratadas com medicação antibiótica. Do mesmo modo as infecções mal definidas e aquelas em que, como na gripe, os antibióticos só podem ter acção nas complicações. Exceptuam-se, é claro, os casos muito graves em que as tentativas com algum vislumbre de justificação ou esperança são admissíveis.

2.^a Não se cometerá o erro de administrar pequenas doses, doses subterapêuticas, ainda quando se trate de doença ou forma clínica aparentemente pouco grave. Essas doses são as que com maior probabilidade produzem formas resistentes e podem, talvez, conduzir a estimulação microbiana; por outro lado, sensibilizam tanto como as doses fortes e mais ainda quando empregadas em aplicações locais na pele ou nas mucosas. Para este efeito deverão preferir-se os antibióticos que se empregam pouco ou nada para acção geral.

3.^a Os antibióticos ou associações de antibióticos de largo espectro de acção não serão empregados senão durante poucos dias consecutivamente — a não ser, claro está, quando a doença indiscutivelmente o exija (endocardite bacteriana, por exemplo).

4.^a Ter-se-á nestes casos em especial atenção a alimentação dos doentes, evitando carências vitamínicas com a administração terapêutica destas substâncias. —»

Os antibióticos podem associar-se com vantagem, ou não podem associar-se por terem acções antagónicas, dizem os estudos «in vitro»; mas a clínica mostra que se há associações sinérgicas nalguns casos (como as da estreptomocina com penicilina, aureomicina, terramicina, ou as da penicilina com aureomicina ou bacitracina), não se tem verificado nítidos antagonismos.

De antibióticos recentemente introduzidos na terapêutica, como a eritromicina, é lícito esperar certos progressos.

No tratamento das doenças infecciosas os antibióticos constituem poderosas armas. Mas é preciso não esquecer que são um auxílio de urgência, e que a defesa contra a infecção tende ser organizada pelo próprio organismo, no estabelecimento de processos de imunidade. Por se esquecer isto pode prejudicar-se o processo da verdadeira cura, e por esta consideração o uso profiláctico dos antibióticos é muito discutível.

CLÍNICA CONTEMPORÂNEA, VII, 1953 — N.º 4 (Dez.): *Precordialgias de origem cérvico-dorsal*, por Arsénio Cordeiro; *Porquê soros artificiais*, por M.^a Rosa Cid Ornelas; *Algumas considerações sobre o tratamento da diabetes mellitus*, Luís Botelho; *Tumor misto do estômago*, por G. S. Mooij; *A tala universal de Mason e Allen*, por E. Damião Pires; *Influências hormonais no metabolismo dos hidratos de carbono*, por Magalhães Colaço; *Ostentação médico-cirúrgica e estatística de 1952 do Hospital Conde de Sucena*, por Mateus B. Anjos.

PRECARDIALGIAS DE ORIGEM CÉRVICO-DORSAL. — Se bem que toda a lesão capaz de comprimir ou irritar uma ou mais raízes raquidianas possa determinar este síndrome, as suas causas mais vulgares são: lesões degenerativas do disco intervertebral ou da articulações (determinando hérnia do núcleo polposo ou formação de osteófitos), lesões inflamatórias (espondilite reumatóide), lesões estáticas de curvaturas exageradas nos jovens, lesões tumorais com destruições ou neoformações compressoras.

O síndrome é mais frequente na idade em que também aparece a enfermidade coronária, o que aumenta a importância do diagnóstico diferencial; de resto, as duas causas das dores anginosas podem coexistir.

A sintomatologia consiste em crises agudas, por vezes dramáticas, afectando um território oligo ou uni-radicular, com marcada sintomatologia sensorial e repercussão motora, nos casos de hérnia do disco; ou de afecção crónica, com dores menos intensas e mais erráticas, interessando várias raízes, no caso de lesões osteofitárias. Quando o doente se queixa de dores precordiais, com ou sem tipo anginoso, a anamnese é elemento importante para o diagnóstico, pois tais dores, sendo de origem cérvico-dorsal, não estão relacionadas com o esforço, mas com certos movimentos ou posições. A reprodução da dor por manipulação da coluna vertebral confirma a presunção do diagnóstico; a tracção da coluna geralmente alivia a dor. Depois, a radiologia informará sobre a lesão em causa.

O tratamento das crises agudas consiste em tracção da coluna, aplicação de calor e postura em posição favorável; sendo preciso, infiltração local de novocaína ou drogas que provoquem a resolução muscular. Nos casos crónicos, a terapêutica depende da lesão; se for hérnia discal só a cirurgia curará o doente e é de empregar quando as dores são insu-

portáveis ou provocam repercussões notáveis neuro-musculares; se forem osteófitos deve ensaiar-se a radioterapia, que dá bons resultados por vezes, e, falhando, haverá que ir para a cirurgia.

Este artigo foi baseado em 32 observações do A.

SOBRE TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS. — O A., apontando as normas terapêuticas geralmente usadas, que por muito conhecidas não reproduzimos aqui, recomenda uma rotina que, por económica, merece referir-se, pois é sabido que para muitos diabéticos a despesa com a insulina tem de ser considerada; tem ainda o propósito de tornar o tratamento o menos incómodo possível, para que o doente não seja levado, por desânimo, ao seu abandono.

Inicialmente, submete-o a regime alimentar regulado e controlado, com três ou quatro alimentos, pesados, geralmente pão integral, batatas, leite e frutas. Se a glicosúria continua elevada, se há sinais de acidose, emagrecimento, perigo de infecções ou necessidade de intervenção cirúrgica, começa pela insulina-protamina-zinco; no caso de acidose franca, injecta a insulina simples, de acção rápida. Se a *IPZ* se mostra insuficiente, usa a mistura de esta com a insulina simples, ou a *NPH* (Neutral-protamine-Hagedorn) que tem acção semelhante à de aquela mistura. A dieta, depois da fase inicial, acima referida, é alargada, com alimentação variada, contendo hidratos de carbono em quantidade necessária para a nutrição do doente, que deve emagrecer se é obeso ou engordar se está emagrecido. E por vezes é preciso empregar vários medicamentos, quer do tipo vitamínico, quer de protecção vascular ou hepática.

O controle do diabético faz-se para que o peso se mantenha no nível normal, não haja vestígios de acidose, e o açúcar na urina não exceda 5 por cento do peso dos hidratos de carbono ingeridos. O doente, se toma insulina, deve ser esclarecido sobre a necessidade de se cingir às doses receitadas e ao horário prescrito.

REVISTA CLÍNICA DO INSTITUTO MATERNAL, V, 1953 — N.º 14 (Set.): *Rim, endocrinismo, metabolismo e tonia vascular na gestação*, por Francisco Félix Machado; *Inclusões vestigiárias do sistema embrio-genital*, por Alberto Costa. N.º 15 (Dez.): *Bibliografia sobre eclampsismo*, por Félix Machado; *Homenagem à memória do Prof. M. A. Moreira Júnior*, por Pedro da Cunha, Freitas Simões e Arnaldo de Moraes.

PROF. MOREIRA JÚNIOR. — No dia 30-v-1953 realizou-se, no Instituto de Gerontologia uma homenagem à sua memória; nos discursos então proferidos destacaram-se as suas altas qualidades intelectuais, o seu labor docente, as suas faculdades de expositor e orador, e sobretudo a sua extraordinária vocação de clínico,

ARQUIVOS PORTUGUESES DE OFTALMOLOGIA, V, 1953 — N.º 1: No 1.º centenário do nascimento de Gama Pinto, por Lopes de Andrade; *O estado actual do emprego de substâncias plásticas em cirurgia ocular* (em italiano), por G. B. Bietti; *Sobre as lesões corio-retinianas na hipertensão arterial*, por Cavaleiro de Ferreira; *Da influência do biotipo na terapêutica antiglaucomatosa*, por Paiva Gonçalves; *Alguns casos de exoftalmia oftalmoplégica*, por Manuel Seródio; *A iluminação eléctrica das novas Escolas Industriais*, por Cavaleiro de Ferreira. N.º 2: *Sobre o estado actual da patologia disfuncional dos folhetos epitelial e endotelial da córnea* (em italiano), por G. Favalaro; *Acerca da anátomo-fisiologia da membrana de Descemet*, por Silva Pinto; *A mancha cega de Mariotte*, por Silva Pinto; *Lesões oculares no cor pulmonale crónico*, por J. C. Sant'Ana Leite; *Buracos da mácula*, por J. Ribeiro Breda; *Aspectos oculares da coloração vital pelo azul de metileno*, por A. Simões de Sá; *Avitamina D₂ no síndrome escrofuloso ocular*, por Santos Rebordão.

A ILUMINAÇÃO ELÉCTRICA. — Em parecer sobre a iluminação eléctrica de escolas industriais, o A. estuda as condições a que deve obedecer a iluminação por lâmpadas de incandescência e por focos fluorescentes. As fadigas visual e ocular são escalões do mesmo processo, resultante de uma das duas causas: deficiência ocular ou iluminação defeituosa. Quanto a esta, reconhece-se que a acuidade visual aumenta, dentro de certos limites, com o valor da iluminação; adoptam-se geralmente os seguintes níveis de intensidade luminosa: para trabalhos grosseiros — 40 lux., para trabalhos semi-finos e finos — 80 a 150 lux., para trabalhos muito finos — 300 lux. Problemas conexos com a intensidade luminosa são o deslumbramento (que obriga à protecção contra a fonte luminosa quando esta ficar a menos de 30º por cima do plano horizontal) e o condicionamento corado (para evitar os contrastes excessivos, pintando de branco o tecto, de cor clara as paredes e de escuro o mobiliário).

A riqueza da luz em radiações ultra-violeta tem sido dos factores mais discutidos, como responsável de fadiga ocular por iluminação fluorescente, pois que na incandescente essas radiações quase não existem. A sensibilidade dos olhos normais aos diversos comprimentos de onda está sujeita a grandes variações individuais, mas pode dizer-se que o olho normal só é emetropo para as radiações do espectro entre 5.490 e 5.700 Å (amarelo-verde). Como as diferentes cores não atingem simultaneamente a retina, o olho torna-se hipermetropo para as radiações de maior comprimento de onda (vermelho) e míope para as de menor comprimento (azul). Por isso, os hipermetropes sofrem quando recebem grandes comprimentos de onda, e os míopes perante as de curto comprimento. Ora a luz fluorescente emite predominantemente radiações de curto comprimento, procando queixas de muitos indivíduos que tra-

balham em ambientes assim iluminados, queixas mais pronunciadas nos portadores de alguma ametropia.

A emissão das radiações azuis é também psicologicamente deprimente, pelo aspecto lívido e triste que dá a pessoas e objectos; é preferível adoptar tubos fluorescentes de tipo «branco» «branco-dourado», cuja luz se aproxima mais da cor «quente» das lâmpadas de incandescência. Para evitar a acção forte das radiações ultra-violetas, é obrigatório evitar que os olhos estejam na proximidade dos tubos. Note-se ainda que a emissão da luz fluorescente apresenta descontinuidades no tempo consideravelmente superiores às da luz incandescente, e as intermitências do fluxo luminoso são factor de fadiga dos centros cerebrais da visão, como se provou pelo estudo electroencefalográfico; por dispositivos na alimentação dos tubos podem evitar-se as descontinuidades do fluxo luminoso e consequentemente o seu efeito estroboscópico.

Em conclusão: Nada justifica a afirmação de que a luz fluorescente é superior à luz incandescente, no ponto de vista oftalmológico; para não ser prejudicial é indispensável uma correcta instalação. A maior parte dos médicos prefere a luz incandescente, e em França o regulamento da iluminação nas escolas proíbe a luz fluorescente.

A VITAMINA D₃ NO SÍNDROMA ESCROFULOSO OCULAR. — Depois de citar os aspectos do síndrome e as terapêuticas que é de uso empregar, o A. refere os bons resultados que obteve, numa série de casos, com a administração da vitamina D₃, injectável, na dose de 500.000 U por ampola, 2 a 4 ampolas em cada caso. Acessoriamente: aplicações quentes, pomada de dionina a 3 %, e um tónico geral, em regra o cálcio. Em 16 doentes assim tratados, obteve 10 curas em curto prazo; os restantes obtiveram melhoras e é natural que tenham curado, pois não voltaram a aparecer-lhe. Considera esta maneira de actuar como superior às até agora adoptadas, pela rapidez dos efeitos benéficos.

O MÉDICO — N.º 131 (4-III-1954): *Medicina psico-somática, a orientação da escola do Prof. Harold Wolff*, por Amílcar Moura; *O problema da tuberculose em Portugal* (Continuação), por Teixeira Ruela; *Relatório do V Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário*, por J. Andresen Leitão; *O Centro Internacional da Infância*, por L. Cayolla da Motta; *Sobre a responsabilidade dos encargos com a assistência hospitalar*, por M. da Silva Leal; *Estomatologistas e protésicos*, por L. Horta e Costa. N.º 132 (11-III): *Estados patológicos pulmonares em lesões do sistema nervoso central*, por L. A. Duarte Santos; *A propósito de um curso de aperfeiçoamento*, por J. de Melo Rego; *Estomatologistas e protésicos*, por A. de Oliveira Amorim. N.º 133 (18-III): *Imunizações activas contra as principais doenças infecto-contagiosas*, por L. A. Cayolla da Motta; *O Congresso da Sociedade Europeia de Hematologia*, por M. Márques da Gama; *As receitas de estupefacientes*, por J. Andresen

Leitão; *Sobre a responsabilidade de encargos na assistência hospitalar*, por M. da Silva Leal. N.º 134 (25-III): *Dois orifícios cutâneos produzidos pela entrada de um único projectil simulando duplo disparo*, por L. A. Duarte Santos e Raúl Tavares; *Tratamento das fistulas post-operatórias do duodeno e do segmento superior do intestino delgado*, por A. E. Mendes Ferreira; *Um mau livro*, por J. Pacheco Neves; *Há cinquenta anos*, por Barros e Silva.

ESTADOS PATOLÓGICOS PULMONARES EM LESÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL. — Desde há muito que se reconhece a íntima ligação entre as lesões encefálicas e medulares e as perturbações pulmonares, circulatórias e infecciosas que nesses casos surgem, a ponto de, já no século passado, se dizer, correntemente, que o perigo dos traumatizados crânio-encefálicos está nos pulmões. Pelo mecanismo de contra-choque podem produzir-se lacerações pulmonares nos casos de traumatismos no crânio. Mas a causa habitual está nas perturbações neuro-vegetativas, derivadas da presença no encéfalo de centros e vias nervosas que vão influir sobre a circulação pulmonar. Podem ser apenas fenómenos congestivos, mas podem dar lugar à instalação de processos infecciosos.

Ao lado dos traumatismos que interessem o sistema nervoso central, diversos estados mórbidos desse mesmo sistema ocasionam alterações pulmonares, que têm merecido a atenção de alguns autores. Na hemorragia cerebral e outros estados encefálicos de origem vascular, como a embolia e a trombose, têm-se descrito perturbações pulmonares circulatórias, atenuadas ou graves, e infecciosas que levam a fazer-se até a sua profilaxia com antibióticos, administrados imediatamente após o estabelecimento do processo.

Com o propósito de indagação médico-legal, os AA. recolheram 27 observações necrópsicas e apuraram a existência, no Arquivo do Instituto de Medicina Legal do Porto, de 439 relatórios nos quais se encontram as relações em estudo. Essas relações, embora analisadas pelo seu aspecto médico-legal, tem interesse para a clínica, pelo que reproduzimos aqui as respectivas conclusões:

«— 1.º Encontram-se 100 % de perturbações circulatórias pulmonares (congestão, edema e em 90 % congestão e edemas associados).

2.º Em 30 % dos casos há congestão e edema abundantes ou muito abundantes e em 23,5 % bronco-pneumonia (um só caso de pneumonia lobar franca).

3.º Nas hemorragias encefálicas é menor a incidência de bronco-pneumonia e máxima nos traumatismos só ráqui-medulares, o que se atribui a diferenças de sobrevida.

4.º Há certa independência quanto ao sexo, tempo de inverno ou verão e nas idades acima dos 20 anos, pois abaixo é menor a frequência de perturbações.

5.º Parece que o vigor físico (sexo masculino e pleno estado adulto)

e o tempo frio conferem predisposição para a congestão e edema abundantes e que a broncopneumonia é mais frequente no grupo dos traumatizados acima dos 60 anos de idade.

6.º A congestão e edema abundantes podem surgir instantaneamente e a bronco-pneumonia em algumas horas.

7.º É grande o valor clínico e médico-legal dos estados patológicos pulmonares em lesões do sistema nervoso central, não devendo ser esquecido, nem minorizado. —»

SÍNTESES E EXCERTOS

Diagnóstico radiológico diferencial entre mastite crônica e cancro da mama

Segundo CH. GROS & R. SIGRIST, a imagem radiográfica da mama, quando bem interpretada, pode esclarecer um diagnóstico clínico hesitante. Os quistos da mamite crônica dão imagens múltiplas, nas duas mamas, com opacidade homogênea e contornos nítidos. O epiteloma cirroso dá uma sombra leve, irregular, sem contornos precisos, com uma parte central mais igual de onde partem tênues imagens radiadas. O epiteloma encefalóide dá uma imagem em véu, sem homogeneidade. Por vezes vêem-se pequenos nódulos duros, como grãos de areia, que correspondem a necroses epiteliomatosas calcificadas. (*Fortsch. a. d. Gebiete der Roentgenstrahlen*, Jan, de 1954).

Osteopatia nevrálgiforme lombo-ciatálgica de localização vertebral e para-vertebral

Em 1951, na Reunião Médico-cirúrgica de Turim, Ugo-Camera descreveu um síndrome nevrálgico com sede variável (extremidade superior do fêmur, joelho, pé, extremidade inferior do húmero, apófise estilóideia do cúbito), sobretudo na região lombo-sagrada (apófise espinhosa ou apófise transversa, ou lâmina vertebral, e asa do sacro na vizinhança da articulação sacro-iliaca). O interesse de esta afecção está menos na sintomatologia, que, embora característica, pode por vezes confundir-se com a de outros estados semelhantes, principalmente os de hérnia discal, do que na etiologia, muito diferente das descritas classicamente; está na natureza do processo, que é inflamatório e consiste numa transformação fibrosa de parte da medula óssea, com aumento do número dos osteócitos. Esta lesão, porém, não dá imagem radiológica, pelo que os doentes são tratados, sem sucesso, por variadíssimos meios médicos, físicos ou ortopédicos, pelo desconhecimento da apontada causa.

A sintomatologia começa por dor superficial, muito localizada numa área reduzidíssima, no máximo de um centímetro quadrado; depois, as dores irradiam, com aspecto nevrálgico e exacerbação nocturna, e os músculos vizinhos apresentam contracturas. O diagnóstico, perante síndrome lombo-ciatática rebelde a tratamentos não cirúrgicos deve procurar-se pela pesquisa cuidadosa de essa pequena zona dolorosa.

O tratamento é operatório, consistindo na excisão da zona óssea doente.

L. BERTOLA & A. PEDROCCA relatam (*Minerva Ortopédica*, Julho-Ag. de 1953) 39 casos, sendo 14 em homens e 25 em mulheres. As localizações eram: 17 nas apófises espinhosas, 13 na asa do sacro, 6 na apófise trans-

versa e 3 na apófise articular. Puderam rever os resultados em 37 dos operados, e verificaram ser excelentes em 11, bons em 20, mediocres em 3 e nulos em 3. A seguir à operação a dor local e a contractura muscular cessam rapidamente. As nevralgias, nos casos bons, vão atenuando-se e praticamente desaparecem num prazo variável entre duas semanas e dois meses.

Antibióticos nas adenites tuberculosas periféricas

Se os antibióticos, e para o caso a estreptomina, trouxeram poderoso meio de ataque da infecção tuberculosa, P. IMBERT e colab. notam que as adenites superficiais, a infecção dos gânglios periféricos, escapam à sua acção na maioria das vezes. Em 105 casos, com tratamento geral pela estreptomina, pela isoniazida, ou pelos dois fármacos em conjunto, só obtiveram a cura em 24, e melhoras em 20; em 21 observaram agravamento, por recidiva do processo, ou por aparecimento de sintomas infecciosos gerais. Não admira, aliás, que assim suceda por o gânglio conter matéria caseosa em cujo interior os bacilos escapam à acção dos bacteriostáticos. Estes estão perfeitamente indicados nas formas com nítidos sinais inflamatórios locais e nas que apresentam sintomatologia geral infecciosa ou mau estado geral de amagrecimento, etc. Nas formas tórpidas, não. (*J. de Méd. de Lyon*, 5-III-1954).

NOTAS E NOTÍCIAS

A Índia Portuguesa e a Medicina

Despertaram manifestações de ardente patriotismo as pretensões da União Indiana para anexação dos pequenos territórios que nos ficaram de era dos quinhentos, em que Portugal expandiu pelo mundo a sua gente e a civilização europeia. Cinco séculos de ocupação, de penetração, de entrelaçamento, criaram um povo de particulares caracteres, muito distintos dos da população do resto da Península Indistânica, onde o domínio inglês não teve influência que de longe se compare à que os portugueses exerceram nos torrões de Goa, Damão e Diu. A Índia Portuguesa é, apesar das diferenças raciais, um pedaço de Portugal, unido à Metrópole por fortes laços históricos, criadores de outros ainda mais apertados, de normas de civilização, de instituições moldadas no nosso tipo de vida colectiva.

Entre estas, as de medicina ocupam lugar de realce, que aqui deve ser salientado, em evocação do que fizemos nessas longínquas paragens, com o fim de contribuir para a elevação cultural do povo e para a expansão da assistência médica. Evocação breve, mas suficiente para trazer um elemento mais à série de factos que exuberantemente provam a acção civilizadora e assimiladora, ali exercida pelos portugueses.

Culminando a instituição de escolas primárias, de ensino secundário e técnico, a fundação da Escola Médico-Cirúrgica de Nova Goa é marco notabilíssimo. Antecedeu a criação de estabelecimentos similares nas colónias francesas e inglesas. Veio em 1842, como realização de tentativas anteriores, que denunciavam propósitos assinaláveis.

No N.º 7 de 1943 do «Portugal Médico», pela pena de Froilano de Melo, traçou-se a história de essa Escola, sua evolução, seu desenvolvimento, seu labor científico, sua actividade docente, a propósito da comemoração do 1.º centenário da sua criação. No decurso de um século, de ela saíram muitos médicos (perto de 700), três centos de farmacêuticos, dois de enfermeiros, e um de parteiras; a contribuição dada às possibilidades da assistência médica e da defesa da saúde pública, tanto na Índia como nas outras Colónias, para onde iam parte dos seus diplomados, foi notável. E continua a sê-lo.

Ali, nessa modesta Escola, nasceram estudos valiosos, em vários ramos: anatomia e antropologia, epidemiologia e parasitologia. Merecem especial referência, como de maior tomo, os relativos ao sezonismo, à lepra, à cólera e às febres tifóides, definindo a sua incidência, os caracteres particulares das suas manifestações, os processos terapêuticos a aplicar. A eles estão ligados nomes que ficam na história da ciência médica: Froilano de Melo, como fundador de uma escola de parasitologia mundialmente conhecida, e Germano Correia com os seus notáveis trabalhos de antropologia. Isto para não citar senão os dois maiores obreiros do prestígio científico da Escola.

Muitos dos alunos ou formados pela Escola-Médico-Cirúrgica de Goa vieram diplomar-se nas Escolas e Faculdades do Continente. Alguns médicos indo-portugueses ocuparam lugares proeminentes. Bastará também citar apenas dois, aos quais ultimamente se prestou a devida homenagem à sua memória: Gama Pinto, o eminente oftalmologista, e Roberto Frias, o erudito e grande clínico, saudoso professor da antiga Escola Médico-Cirúrgica do Porto e depois da Faculdade em que se transformou.

Como aqui se noticiou, procura o Governo estimular o engrandecimento do exercício e do ensino médicos na Índia. Foi lá Almerindo Lessa organizar um serviço de transfusão de sangue; foram lá Álvaro Rodrigues, A. Vaz Serra, Cândido de Oliveira e Fraga de Azevedo, fazer lições de clínica cirúrgica, clínica médica, bacteriologia e patologia tropical. Todos reconheceram a valia das instituições médicas da Índia Portuguesa, e a necessidade de as ampliar e melhorar, porque bem o merecem.

Nos variados feitos que tem marcado a lusitanização da Índia Portuguesa, não ficam em situação de menor realce os que à medicina respeitam.

TRABALHOS APRESENTADOS EM REUNIÕES MÉDICAS. — Na *Sociedade das Ciências Médicas*: A Sociedade das Ciências Médicas e os cursos de aperfeiçoamento para médicos, por Costa Sacadura; Sobre um caso de fistula biliar externa, por Joaquim Martins. Na *Sociedade P. de Medicina Interna*: Alguns problemas das neuro-lipoidoses, por Diogo Furtado; Experiências de um novo medicamento anti-parkinsonico, por Pedro Luzes. Na *Sociedade P. de Pediatria*: Considerações sobre um novo caso de eritrofalcemia, por C. Salazar de Sousa; Um caso de Sturge-Webers, por M.^h Helena de Freitas;

Sobre a doença de Hand-Schuller-Christian, por Adriano Pires; O rádio no tratamento dos angiomas, por J. Macedo Pinto. Na *Sociedade P. de Esterilidade*: A esterilidade feminina no princípio do século XVIII, por Freitas Simões. Na *Sociedade P. de Oto-neuro-oftalmologia*: Hemorragia meníngea por coarctação da aorta, por Diogo Furtado e Domingos Machado; Coexistência de menigioma medular e do ângulo ponto-cerebeloso, por Miranda Rodrigues; Tromboflebite sinusal com septicemia e abscessos pulmonares múltiplos, por Santana Leite e Sá Nogueira.

INTERCÂMBIO. — Na Academia das Ciências, o Prof. Lopez Ibor falou sobre «O problema corpo-alma na medicina actual». No Instituto de Medicina Tropical, conferências dos Drs.: A. Gabaldon sobre combate à malária na Venezuela, L. Van Den Bergh sobre o Krvasshiorkor do Congo Belga, e Marc Marchiami sobre doenças tropicais da pele no Próximo Oriente. Na Sociedade das Ciências Médicas, conferência do Prof. Gaetano Boschi sobre tratamento diencéfalo-raquidiano do reumatismo e das artrites crónicas. No Instituto de Oftalmologia Doutor Gama Pinto: «Visão das cores», pelo Prof. L. Maggiore.

CONFERÊNCIAS. — Na Universidade de Coimbra: Impressões da viagem à Índia Portuguesa, pelo Prof. A. Vaz Serra. No Centro Universitário do Porto: Impressões de uma missão à Índia Portuguesa, pelo Prof. Álvaro Rodrigues. No Instituto Rocha Cabral: Hibernação artificial, pelo Dr. Belo Pereira, e Secreção interna e hormonas, pelo Prof. Celestino da Costa. Na Sociedade de Geografia: Crise actual, personalidade e endocrinologia, por Eurico Pais. Na Liga P. de Profilaxia Social: Assistência materno-infantil, males, remédios e males que ainda não foram remediados, pelo Prof. Costa Sacadura. No Hospital do Ultramar, um «Simpósio sobre fígado» reuniu conferências dos Profs. Jorge Horta e Ayres de Sousa, e dos Drs. Mendes Ferreira, Ludgero Pinto Basto, Domingos Filipe, Lopes Soares e Mortó Dessai. No Centro de Profilaxia da Velhice, do Prof. Henrique de Vilhena sobre José António Serrano. Na Associação Académica de Coimbra, do Prof. Rocha Brito sobre costumes em doutoramentos universitários de outros tempos. No Hospital da Marinha, uma série de conferências sobre assuntos de medicina naval pelos Drs. Gualter Marques, Custódio Fernandes, Telmo Correia, Mendes Belo e Galvão Rocha.

CICLO DE ESTUDOS CLÍNICOS. — Iniciou-se no Hospital dos Capuchos, em Lisboa, para atribuição do «Prémio Dr. Aníbal de Castro», instituído pelo «Jornal do Médico». Daremos nota dos trabalhos apresentados, no próximo número, ao registar a outorga do prémio.

HOSPITAL ESCOLAR DO PORTO. — Foi nomeada a Comissão Instaladora e Administrativa, composta pelos Profs. Drs. Hernâni Monteiro e Ernesto Morais, e Dr. Coriolano Ferreira, sob a presidência do primeiro.

PROFILAXIA DA TUBERCULOSE. — A Mocidade Portuguesa e o Instituto da Assistência Nacional aos Tuberculosos estão a proceder a uma campanha sistemática de rastreio e vacinação, nos escolares dos estabelecimentos superiores de ensino da capital.

CONGRESSOS. — De 26 de Setembro a 3 de Outubro, em Madrid, a 13.ª Conferência da União Internacional contra a tuberculose. De 14 a 21 de Agosto, em Toronto, Canadá, o 5.º Congresso Internacional de Saúde Mental. De 13 a 17 de Setembro, em Santander, o 3.º Congresso Hispano-Português de Dermatologia. De 21 a 24 de Outubro, em Bordéus, as Jornadas Médicas.

NECROLOGIA. — No Porto, o nosso estimado assinante, distinto clínico, médico da assistência municipal, Dr. Mário Teixeira da Costa. Em Lisboa, os antigos clínicos Drs. Joaquim A. Duarte Vaz Gomes, coronel médico reformado, e José Maria Aragão Lacerda, que exerceu largos anos no Ultramar,





MARTINO & C.ª L.ª

TUDO O QUE INTERESSA À MEDICINA E CIRURGIA

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

Quinarrhenina Vitaminada

Elixir e granulado

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

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

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

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO
NAS BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO

TRICALCOSE

SAIS CÁLCICOS ASSIMILÁVEIS
COM GLUCONATO DE CÁLCIO

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

3

FORMAS DE APRESENTAÇÃO

MIOCILINA

SUSPENSÃO
OLEOSA



MIOCILINA R

PARA SUSPENSÃO
AQUOSA

MIOCILINA A

Frascos siliconados
de
300.000, 500.000 e
1.500.000 U

UMA SUSPENSÃO
AQUOSA DE
PENICILINA
PRONTA A SER
INJECTADA



LABORATÓRIOS
DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Sala
Est.
Tab.
N.º