

# PORTUGAL

# MÉDICO

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

## SUMÁRIO

- LUÍS DE PINA — Um capítulo portuense da História da Higiene em Portugal.  
FONSECA e CASTRO & CIDRAIS RODRIGUES — A propósito de duas meningites tuberculosas em crianças vacinadas pelo B. C. G.  
J. A. VEIGA PIRES — Bomba de Cobalto em Telecurieterapia.  
BERNARDO BAPTISTA FERREIRA — Extracção de feto vivo em mulher morta.
- MOVIMENTO NACIONAL** — *Revistas e boletins: Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa* (Substância inibidora da penicilina elaboradora pelo B. C. G. Colecistites. Ressecção pulmonar no tratamento da tuberculose). *A Medicina Contemporânea* (As psicoses da gravidez, puerpério e lactação. Reografia hepática nas hepatites. Resultados a distância da valvulotomia mitral. Psicoses provocadas pela isoniazida). *Imprensa Médica* (O curandeirismo). *Clinica, Higiene e Hidrologia* (Métodos especiais de alimentação). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (Cortisona no tratamento da coreia). *Jornal do Médico* (Um estranho caso de histeria). *Boletim da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*.
- REVISTA GERAL** — Síndrome do climatério masculino. Valor das provas diagnósticas, por RENATO BORGES DA FONSECA.
- SÍNTESES E EXCERTOS** — *Prevenção das durezas, edemas e rarefações ósseas consecutivas às fracturas. Nefrite edematosa subaguda tratada pela malária. Etiologia das infecções mamárias pós-parto. Tratamento dos ósteo-sarcomas. Lipotrópicos na angina do peito. Efeito do ACTH na colite ulcerosa crónica. Tratamento do enfarte agudo do miocárdio. Púrpura trombocitopénica idiopática. Componente psíquica na patogenia do estrabismo. Esplenoportografia. Cortisona e corticotropina na asma e no enfisema. Nutrição e gravidez.*
- NOTAS E NOTÍCIAS** — Número duplo. Trabalhos apresentados a reuniões médicas. Conferências. Faculdades de Medicina. Necrologia.  
Registo de livros novos (em face da pág. 497).

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

Syphilis:

**Bismogenol**

Fama Mundial





Assegura ao lactente privado do leite materno um crescimento normal e regular e uma eficaz protecção contra as infecções.

# Pelargon

LEITE EM PÓ COMPLETO ACIDIFICADO  
TIPO MARRIOTT  
PARA A ALIMENTAÇÃO REGULAR DO LACTENTE

NESTLÉ





# PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXIX — N.º 8-9

AGOSTO-SETEMBRO DE 1955

## Um capítulo portuense da História da Higiene em Portugal <sup>(1)</sup>

por LUÍS DE PINA

*Professor de História da Medicina  
Porto*

À memória do Doutor ANTÓNIO NUNES RIBEIRO SANCHES, fundador da Higiene Político-Social em Portugal, pioneiro do ensino universitário da História da Medicina e mentor da reforma pedagógica médica no seu *Método* de 1763,

O.D.C.

o Autor.

Ao falar, pela primeira vez, numa sala do Instituto Superior de Higiene, que ostenta o nome glorioso do Prof. RICARDO JORGE, eu não posso, sem comoção viva, recordar esta insigníssima figura da Medicina Nacional, endereçando para o Além, em que já vive eternamente na companhia de Deus, a minha lembrança comovida e o meu comovido apreço de grato português.

Um dia, há já 22 anos, pouco depois de dar a minha primeira aula como Professor Extraordinário da Faculdade de Medicina do Porto, escrevi ao ilustre Mestre e investigador desta disciplina, que o foi da Língua Portuguesa, lavrante dela da estirpe de Bernardes e de Camilo; escrevi a RICARDO JORGE uma carta de cumprimentos cordiais e respeitosos, eu nóvel rebuscador na História e aprendiz obscuro de Professor da da Medicina. Respondeu-me

---

(<sup>1</sup>) Ligeiramente alterada e ampliada apresento esta lição que proferi no «Instituto Superior de Higiene Ricardo Jorge. Delegação do Porto», por convite do seu ilustre Director, aos alunos do *Curso de Medicina Sanitária*. O texto agora impresso serviu de base à lição oral sobre a matéria, visto não ter lido — para a não alongar — alguns dos passos escritos e certas indicações bibliográficas.



logo com outra que guardo na gaveta da escrivaninha e na do coração. Dizia-me ele:

«Comoveu-me a sua carta. Ainda há quem no Porto se lembre de mim e nestes termos. E quem se lembra é um novo que nunca me viu. Tomo as suas palavras como hipérbolos de amizade para quem muito trabalhou, muito sofreu e não tardará a sumir-se da má vida.

...No dia 4 parto no Sudexpresso para Paris, onde vou à sessão habitual do Office — já não tenho outra casa.»

Aqui o evoco hoje, como há 14 anos, quando, a propósito da sua morte, eu o liquei e entrelacei, na biografia sumida em pouquidade de jeito e poder, a RIBEIRO SANCHES, o primeiro e invulgar gigante da Higiene Nacional no século XVIII, o do *Tratado da Conservação da saúde dos Povos* (1), que foi a relha fina e forte do arado que rasgou novo sulco de modernização nos agros rudes e bravios da *salus populi* portuguesa.

Enlacei eu, há 14 anos, RICARDO JORGE e RIBEIRO SANCHES (2), tão análogos na vida, no sentir e no fazer, em primores de genialidade, florescências de cultura e heroísmo de apostolado sanitário. Fiquei assás contente em meu coração; como hoje, nesta sala onde paira e preside o seu fino e prestimoso espírito, novamente os junto e evoco ao abrir duma pobre lição de História da Higiene em Portugal.

Junto-os e evoco, para responder ao primeiro (esse o dirá ao segundo), que sim, que ainda há no Porto quem se lembre dele.

«Já não tenho outra casa», escrevia-me RICARDO JORGE em 1933, referindo-se à casa suíça da Sociedade das Nações em que estava instalado o *Office International* de Higiene, aonde acorria frequentemente, como Delegado do nosso país.

«Já não tenho outra casa», dizia ele, com amargura, há 22 anos.

A justiça dos homens premiou-lhe, ao fim e ao menos, tanta

(1) RIBEIRO SANCHES — *Tratado da conservação da saúde dos povos: obra útil, e igualmente necessaria aos Magistrados, Capitaens Generais, Capitaens de Mar e Guerra, Prelados, Abbadessas, Medicos e pays de Familias: com hum appendix considerações sobre os Terremotos, com a noticia dos mais consideraveis, de que faz menção a História, e os ultimos que se sentirão na Europa desde o 1 de Novembro 1755.* Paris, 1756. Há várias edições nas Bibliotecas das Faculdades de Medicina de Lisboa e Porto.

(2) RICARDO JORGE e RIBEIRO SANCHES — *Dois homens, duas épocas.* «Clínica, Higiene e Hidrologia», Agosto de 1941.



canseira, tanta pregação, tanto serviço, tanta letra dita e escrita em defesa da sua dama, a Higiene, e do seu Senhor, que era Portugal: a Nação, pelos seus Governos novos, pôs o seu nome brilhante na tabuleta do Instituto Superior de Higiene, que ele mesmo fundara em 1903.

Dessa feita e por esse feito, o Instituto é a Casa de RICARDO JORGE, é a sua casa, a sua casa de hoje, póstumo lar, grande lar que ele além da vida, da mansão sagrada dos mortos olhará e vigiará contente, feliz no prêmio recebido de mãos humanas, frequentemente avara de prêmios aos vivos e não muitas vezes aos mortos.

O Instituto Superior de Higiene é a Casa de RICARDO JORGE, essa que ele procurava e não tinha, entre os lares que se buscam na Sociedade, pois que o de Família o teve ele bondosíssimo e digníssimo.

RICARDO JORGE abriu-me hoje a porta de sua casa, para numa das suas aulas eu ler a alunos médicos sanitários uma lição de História da Higiene.

A honra de estar no seu lar é tamanha como a de falar-vos, junta à comoção com que o farei.

E assim agasalhado sob o seu tecto, cerrada aquela porta e no silêncio destas suas paredes, eu vou começar, não sem apresentar-lhe, Senhor Director, as minhas saudações e votos de muito longas e brilhantes prosperidades do Instituto a que pertence e que estendo cordialmente ao seu devotado Director e prezado Amigo Dr. FERNANDO CORREIA.

\*

O grande fisósofo espanhol, crítico e historiador EUGÉNIO D'ORS, como LAIN ENTRALGO, meu camarada na Cátedra da História Médica, Reitor da sua Universidade Central e distinto pensador, chama *entreguerras* ao período de tempo que vai de 1918 a 1939, isto é, entre as duas grandes guerras mundiais. Esse período, diz ENTRALGO, é o em que se patenteiam todos os motivos, ruinosos ou prometedores, da crise do mundo moderno (1).

Esse *entreguerras* foi um pedaço de tempo ou da vida da terra em que se alteram doutrinas e sistemas e derruem sistemas e doutrinas, que só por si daria também ensanchas para larga dissertação histórico-sanitária.

É, na verdade, fascinantemente criadora e descriadora essa época da história do Homem, na política como na Ciência, na

(1) PEDRO LAIN ENTRALGO — *História de la Medicina. Medicina moderna y contemporânea*. Barcelona, 1954, pág. 689.



Religião como na Arte, nas Letras como na Filosofia, e como na Medicina.

Não nos ocuparemos hoje dessa época. Iremos um pouco mais longe, a outro período a que também poderemos chamar *entreguerras*, mais longo mas não menos captivante, esse o do tempo distendido entre a guerra de 1870 e a de 1914.

Havia surgido PASTEUR; DAVAINÉ descobrira a bacterídea carbunculosa (1850); luzira a alvorada da Bacteriologia.

Soavam as doutrinas recentes de WIRCHOW com a sua *Patologia celular* (1858), as de DARWIN com a sua *Origem das espécies* (1819), as de PARKERS com o seu *Manual de Higiene Prática* (1864), os de LISTER com a sua *antisepsia cirúrgica* (1867); reunira-se em Paris o 1.º Congresso Médico (1867); abria-se o 1.º Laboratório de Higiene do Mundo (1866) e saíram à luz os celebrados anais de saúde pública de Massachusetts (1850), por SHATTUCK (¹). O anseio da saúde, individual e colectiva, é escopo de filósofos e filantropos. JEREMIAS BENTHAM, que morreu em 1832, é chamado o *Pai da Medicina preventiva moderna*, como lembra GUTHRIE, que evoca a sua doutrina básica: *a maior felicidade para o maior número*.

Prosseguem no seu caminho TOMÁS SMITH, que desaparece em 1861, autor do valioso livro *The philosophy of Health*; e EDWIN CHADWICK, que consegue a fundação da «Comissão Sanitária» inglesa em 1839, de onde surgiria a «Câmara Geral da Saúde», de curta vida.

De 1816 a 1904 vivera o grande JOSÉ SIMON, excelente reformador sanitário, chefe dos serviços de saúde na Inglaterra, que de todo o seu labor meritório havia de dar notícia e prova nas magníficas *English Sanitary Institutions*, de 1855.

Até que aparece, no campo europeu médico, a extraordinária figura de higienista que foi MAX DE PETTENKOFFER, nascido em 1818 e falecido há 54 anos.

Voltaremos já a esta personagem.

Entretanto deflagra a guerra franco-prussiana no ano de 1870, para reacender-se 44 anos depois, quase meio século de vida do globo, em que hão-de passar-se alguns dos factos e fenómenos que mais interessam a esta palestra.

Será neste período que nasce a *Higiene experimental*, como anota GARRISON (²) e a *Higiene Científica moderna*, como quer

(¹) DOUGLAS GUTHRIE — *História de la Medicina*. Barcelona, 1947, pág. 476.

(²) FIELDING GARRISON — *Introducción a la Historia de la Medicina*. Madrid, 1921, pág. 296.



DIEPGEN <sup>(1)</sup>, com o labor sagaz do mencionado PETTENKOFFER, a cujo Instituto o Povo incrédulo chamava «Palácio das Hipóteses».

O século XVIII tenteara soluções, práticas e eficazes, para a felicidade do género humano. Não só BENTHAM e outros pioneiros higienistas, para o foro físico, mas os filósofos, todos esses filósofos que se emaranham na História Natural do Homem, como BUFFON, até aos colaboradores da Enciclopédia, tantos deles economistas, literatos, políticos, cientistas, de SOUVILLAC a MARMONTEE, de DIDEROT a D'ALEMBERT e ao nosso RIBEIRO SANCHES, que nela escreve o seu valioso estudo sobre as *Paixões da alma* <sup>(2)</sup>, todos eles buscam e rebuscam a suprema ventura material e social. A *Revolução francesa* prega a felicidade humana. Os médicos, tão íntimos da dor, da miséria e do sofrimento dos homens, aceitam farta e numerosamente as promessas e os tentames da grande revolução social que alvorecia. Daí que à Higiene dos políticos, à Higiene dos costumes sociais e à Higiene da Moral se enlçasse fortemente — e logicamente — a Higiene física da Humanidade e a Higiene do perimundo dos seus componentes.

O pão e a casa e o trabalho serão os pilares mestres da pregação política e da pregação médica: daí que nasceria, então, a Higiene político-social, de que nos dá cabal e esclarecido exemplo tanto do que escreveu o nosso RIBEIRO SANCHES.

VOLTAIRE e ROUSSEAU haviam remexido certas feridas sociais, embora desgovernadamente abrissem outras por muito sítios ou reactivassem latências patológicas, por vezes bem piores.

Os Cientistas assumem, do meio do século XVIII ao do século XIX, invulgar importância e influência. Pormenorizemos um pouco. Como já o fiz em outro lugar, podemos apontar, entre os principais, os seguintes factos que bem iluminam este aspecto, por vezes de intenso poder no progresso social.

Considera-se *Romantismo Médico*, imitando o que se faz em Literatura, o período complexo de ideias e factos que decorre entre 1800 e 1848: praticamente a primeira metade do século XIX, essa em que germina com inesperada, mas necessária violência, a Higiene pública.

<sup>(1)</sup> PAUL DIEPGEN — *História de la Medicina*. Barcelona, 1932, pág. 371.

<sup>(2)</sup> RIBEIRO SANCHES — O manuscrito desta memória intitula-se *Dissertação sobre as paixões da alma* e data de 11 de Dezembro de 1753. Existe na Biblioteca da Faculdade de Medicina de Paris. A tradução francesa é de ANDRY, na referida *Encyclopédie méthodique*, que refundiu a de DIDEROT e D'ALEMBERT. Vide LUÍS DE PINA — *Verney, Ribeiro Sanches e Diderot na História da Universidade do século XVIII*. Em publ. no «*Studium Generale*», do «Centro de Estudos Humanísticos» (Porto).



Borbulham no fundo filosófico médico das doutrinas e teorias o fervor do *Iluminismo* do século anterior, embora em muitos pontos se revele a sua antítese, como lembra ENTRALGO (1). Trata-se, agora, dum dinamismo evolutivo, racionalista e materialista, farto de Filosofia natural — a potente e solerte *naturphilosophie* germânica. Um Neo-Homem-máquina há-de ser o sentido das lucubrações de sábios, socialistas e economistas, em oposição à evangélica doutrinação de Cristo.

Aí assenta a mor fadiga e o anseio maior dos filantropos, dos sábios socialistas, dos médicos fraternos. Acodem sempre à liça os 3 conceitos kantianos da *Antropologia fisiológica*, da *Antropologia pessoal ou moral* e da *Antropologia pragmática*, esta do Homem nas suas relações com os Homens.

A Caridade veste as roupas da Filantropia; a Piedade mascara-se de Dever; o forte da Medicina tende para a Medicina-razão.

O laboratório escancara as portas e as janelas à curiosidade humana e a curiosidade humana descobre coisas inauditas: PASTEUR, CLAUDE BERNARD e VIRCHOW são três Colombos da Biologia. Micróbio, função orgânica e célula — serão, surtos dos seus trabalhos geniais, as traves mestras que hão-de aguentar a evolução médica de todo o século XIX e do que se lhe segue.

A Filosofia da Natureza é a literatura médica da moda. O mundo é só Natureza e o Homem, seu fragmento, é seu próprio sacerdote apaixonado, numa auto-devoção estranha e deslumbrada.

A clínica dessedenta-se no experimentalismo. A infecção e o contágio são duas obsessões laboratoriais e terapêuticas. A velha e poeirenta Medicina hipocrática, como acontecera nos séculos XVI a XVIII — mercê de um PARACELSO, de SYDENHAM ou dum BOERHAAVE — estremece, encolhe-se receosa, oscila no mármoreo pedestal multissecular.

A Química e a Física alagam bastante e fructuosamente o campo médico. A Engenharia e a Architectura enamoram-se da luta da Medicina contra o micróbio, o contágio e a insalubridade. Os sociólogos, com os filósofos, procuram a felicidade terrena e julgam topá-la na fórmula

*Homo oeconomicus + homo sapiens = homo felix.*

Já o nosso EÇA DE QUEIRÓS fazia bolsar dos lábios lamurientos e desconsoladíssimos do Príncipe da Grã-Ventura (2), no

(1) *Ob. cit.*, pág. 258 e seg.

(2) In «A cidade e as serras».



seu falso e intolerável paraíso dos Campos Eliseos, os elementos falsamente consoladores da equação redentora:

$$\textit{suma ciência} \times \textit{suma potência} = \textit{suma felicidade}.$$

Há, nesta fórmula, como se vê, laivos da Filosofia do tempo e do que a preparara. Os panteístas JORGE HEGEL e SCHELLING, aquele com seu idealismo absoluto—o Estado suprema autoridade, como Deus presente e real na Terra; e o segundo, SCHELLING, com seu idealismo objectivo, contemporâneo daquele, em que tanto prevalece a Natureza, una e coerente, como se fosse um organismo animado, obra de arte e poema vivo, no comentário de KLIMKE <sup>(1)</sup>, ambos, dizia, SCHELLING e HEGEL contribuem para a nova organização político-social da Humanidade. FRANK, com os seus 4 volumes do *Sistema completo de Medicina política* funda a Higiene pública moderna <sup>(2)</sup>.

HEGEL, sobretudo, alumiu bem o liberalismo e o socialismo, cujo Pai espiritual seria CARLOS MARX, que provem da esquerda hegeliana.

Por toda a parte alvorejam tentativas para encontrar outro elixir de longa vida e outra pedra filosofal: a felicidade humana pela Ciência e pela Filosofia.

Haviam-se fantasiado cidades e mundos ideais: Moro, no século XVI, e a sua *insula Utopia, optimo republicae*; ou a *Civitas Solis*, do platónico e ultrasocialista CAMPANELLA, no século XVII; ou a muito mais velha ainda *Republica* de Platão, no século IV antes de Cristo, com algumas providências e sugestões de intolerante aberração!

HOBBER, seiscentista, político autor de insuportáveis doutrinas sociais, dera a do «mais forte» ser o mais poderoso, a do cruel *homo hominis lupus*, a do Estado Leviathan, soberano e absorvente, a exigir submissão da Igreja.

LOCKE († 1704), do mesmo tempo, médico, liberal e tolerante, é um filósofo natural e experimental, sensualista. O também médico e físico materialista LAMETTRIE († 1751) é o conceitualista do «neo-homem» máquina, do prazer como a única fonte da ventura, filósofo louco, no dizer de DIDEROT. Para LAMETTRIE os homens criminosos eram enfermos, a solicitarem médicos, não teólogos, numa previsão lombrosiana, negação do livre arbítrio.

ROUSSEAU, que fora enjeitado, enjeita também os filhos, mas prega aos outros o contrato social e funda o comunismo moderno.

(1) F. KLIMKE — *História de la Filosofía*, Barcelona, 1947.

(2) F. GARRISON — *Ob. cit.*, pág. 335.



De par com estes sermonistas da falsa felicidade terrena, surgiram antes ou a par os sinceros filantropos, espedados na moralidade e no amor do Próximo e de Deus: assim o optimista LEIBNIZ das mónadas e da harmonia pré-estabelecida; e pulavam os materialistas económicos, a forjarem socialismo de vário matiz, um SAINT-SIMON ou um ROBERTO OWEN, industrial têxtil.

No século XIX enxameiam, entrecruzam-se, debatem-se, amalgamam-se amostras de todas aquelas teorias. Todavia, culminará já em nossos dias a doutrina do Homem forte dominador, tal a do alienado NIETZCHE, criador do Super-homem sem coração, gelado ante qualquer generosidade por débeis e doentes, inspirador da esterelização eugénica e da eutanásia.

A teoria da felicidade física da Humanidade determinaria o *Contrato social* de ROUSSEAU, a *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão*, como também as *Encíclicas* pontificias, noutro campo e sentido, de Leão XIII e Pio XI, *Rerum novarum* e *Quadragesimo anno*.

COMTE, frenópate e falho suicida, inunda o resto do século XIX com a religião do Positivismo, em que se entrelaçam três meadas: *amor, como princípio; ordem, como base; progresso, como fim*. O Grão-Ser (Grand-être) desta Sociologia ou *Filosofia positiva* é a Humanidade.

A esta escola pertencem, com RENAN e TAINE, JANET, RIBOT e BINET, psicólogos de nomeada; e, entre nós, JÚLIO DE MATOS e TEÓFILO BRAGA, RAMALHO ORTIGÃO e TEIXEIRA BASTOS (1).

De toda esta ebulição filosófica, científica e religiosa brotaria novo rumo na Medicina, o da Profilaxia, o da prevenção, condicionando o Homem a uma larga e mais feliz existência, menos dolorosa, menos incómoda e mais humana.

Assim nasceu a Medicina político-social. E se os médicos higienistas não lograram, nem lograrão, jamais, estabelecer nova ordem biológica que permita planear e realizar um país ou sociedade ideal a que poderiam chamar *Saluslândia* — sem doenças, sem dores e sem morte, a verdade é que a Medicina conseguiu saltar a pés juntos para terra mais firme, mais soalheira e mais fértil!

\*

Não é separável da maré política e científico-filosófica do século XIX, nos seus primeiros 40 anos, a celebrada questão social.

---

(1) Vide *O Positivismo*. *Revista de Philosophia*, dirigida por TEÓFILO BRAGA e JÚLIO DE MATOS, 1878-1879 e seg. Porto.



De um lado, o Socialismo, do outro a Igreja, ambos tentam solucionar o grave problema operário, que levantou então outros não menos graves e inéditos problemas da Higiene do Trabalho, com vistas à boa administração da justiça e à humanização laboral.

O pauperismo, a miséria dos homens trabalhadores revestia intensidade inaudita. Congraçando a doutrina mística de Cristo com as regras da justiça social, no que fossem coadunáveis, alguns moços estudantes da Universidade de Paris criam as famosas e benemerentes, sob vários pontos de vista, Conferências de S. Vicente de Paulo. O seu criador e sua alma, de então e de sempre, o que havia de ser ilustre Professor de Letras na Sorbona, jurista eminente também, FREDERICO OZANAM, prega a boa doutrina filosófica e social.

Filho de médico e parente de médicos, o insigne apóstolo da 1.<sup>a</sup> metade do século XIX, cujo processo de canonização está em curso, tais as virtudes e tal o efeito dos seus heróicos esforços, FREDERICO OZANAM <sup>(1)</sup> sabe o que quer. As suas doutrinas sociais são pioneiras legítimas das mencionadas encíclicas dos Papas Leão XIII e Pio XI, *Rerum novarum* e *Quadragesimo anno*, bem como das providências legislativas de diversas nações, nesse campo.

Precursor iluminado, não lhe escaparam os principais assuntos sociais, da Higiene do trabalho ao salário familiar, às associações operárias e tantos outros. Na senda de OZANAM, escava e constrói LEON HARMEL, pioneiro dos industriais católicos hoje congregados em associação particular, que é a UCIDT em Portugal.

Das providências propostas por este novo apóstolo contam-se a saúde e o bem-estar dos operários, a salubridade das fábricas, a alimentação, vestuário e habitação do trabalhador, etc.

As doutrinas de ROUSSEAU, que foi o Mestre da Revolução francesa, geraram o contra-choque destas e de outras que reflectem a prudente opinião da Igreja.

PROUDHON lança o grito, em 1840: *a propriedade é um roubo, la propriété c'est le vol*. Debatem-se partidos, esboçam-se políticas. Em França, que iluminou a Europa, a Igreja mantém, através de martírios e heroísmos sem conta, o carácter religioso do ensino primário e secundário. Entretanto, as Escolas Médicas e os gabinetes ministeriais de todo o mundo esmeram-se na procura de soluções que haveriam de emparceirar com as políticas:

---

(1) LUÍS DE PINA — *Mensagem universitária do Cristianismo de Ozanam*, Porto, 1953; e *Higiene no Trabalho, Condições higiénicas nas fábricas — Trabalhos insalubres e perigosos — Doenças profissionais*, Actas do «3.º Curso das Semanas Sociais Portuguesas», 1949, Porto (Lisboa, 1949).



assim surgiram prometerores bosquejos de Química e de Física sanitária, de Colonização racional, de organização justa do trabalho, da construção habitacional emendada em suas velhas fórmulas, da educação sanitária do Povo, da urbanização e seus problemas cruciais, da iluminação ao saneamento, dos transportes à via pública, da arborização e jardinagem à escola, da prisão ao templo, enfim, toda uma desmedida intenção médico-política que hoje se consubstancia espantosamente na legislação higiénica de todos os países.

Neste movimento ascencional sobreleva-se o nosso RIBEIRO SANCHES, fundador da Higiene político-social portuguesa, que um insigne Professor da nossa Faculdade, MAXIMIANO LEMOS, larga e admiravelmente biografou <sup>(1)</sup>.

Serviu fora da Pátria, na França e mormente na Rússia. Aqui, reformou os Serviços militares de Saúde, foi conselheiro de Higiene Pública. Os seus contemporâneos não o esqueceram. Mas alguns dos modernos historiadores soviéticos, como ouvi em sessão do «Congresso Internacional de História da Medicina», em Roma, há 2 anos, olvidam essa sua obra fecundante e primorosa, inegável e brilhante. De tudo o que o nosso RIBEIRO SANCHES fez pela Rússia, há mais de 200 anos, o meu colega da cátedra de Moscovo apenas relembrou os banhos de vapor que o nosso compatriota descrevera e elogiara! Tenho aqui na frente a justificação deste meu justo desabafo! <sup>(2)</sup>.

RIBEIRO SANCHES, entre outros trabalhos que nos deixou, publicados ou inéditos, sobre Higiene, escreveu o seu valiosíssimo e já citado *Tratado da conservação da Saúde dos Povos*, de 1756. Dele nos disse o Prof. RICARDO JORGE <sup>(3)</sup>:

«a mor valia do tratado está na concepção da *Medicina política* — expressão sua — e da higiene social, tal qual hoje a compreendemos; é RIBEIRO SANCHES o seu verdadeiro criador e pioneiro, e se tal justiça se lhe não tem prestado na História da Higiene pública, justiça a que tem irrecusável direito, é porque o malfadado tratado foi escrito para Portugal e para portugueses, que o não souberam aproveitar, nem perceber.»

<sup>(1)</sup> MAXIMIANO LEMOS — *Ribeiro Sanches. A sua vida e a sua obra*. Porto, 1911.

<sup>(2)</sup> N. VINOGRADOV — *Le médecin russe et la protection de la santé publique*, 1954, Moscovo; no fascículo da «Ciba», *A medicina na Rússia até à morte de Pedro o Grande* (n.º 20, Abril, 1952, Lisboa) é também esquecido Ribeiro Sanches, que chegara à Rússia em 1731, 6 anos após a morte daquele czar. Seria esta a razão de tal esquecimento? Ribeiro Sanches tem indiscutível lugar na História da Higiene na Rússia no século XVIII.

<sup>(3)</sup> RICARDO JORGE — In «*Medicina Contemporânea*». Lisboa, 1932.



«Em 1906», prossegue RICARDO JORGE, «ao abrir a secção de higiene do Congresso Internacional de Medicina de Lisboa, proclamei a primazia de SANCHES, como inaugurador da demologia sanitária e da sócio-política higiênica.»

Assim nos esclarece RICARDO JORGE sobre a importância da mais valiosa obra de Higiene que se escreveu em Portugal durante os seus primeiros 6 séculos de História. Creio que, neste ponto, merece transcrição o seguinte passo de um trabalho de FERNANDO CORREIA, acerca daquelas designações (1).

«a denominação *Medicina social* conta um século, devendo-se como se sabe, a JULES GUÉRIN, que a empregou pela primeira vez em 1848. Não há que confundi-la com *Higiene social*, um dos ramos, fundamental, aliás, que PETTENKOFFER, criador da designação, em 1882, confundiu com Higiene pública, mas aproxima-se do que JOÃO PEDRO FRANK em 1799 denominou «Polícia médica».

Assim será, mas convém aceitar, como certa na expressão, o título de *Medicina político-social* para a Higiene contemporânea. Ele diz tudo. Pela mesma razão hoje se admite o vocábulo *Psicologia social* e *Psiquiatria social*. O último, recentíssimo livrinho do Prof. H. BARUK sobre esta última disciplina, justifica plenamente a apodo (2).

Basta atentar-se na etimologia dos vocábulos. *Polícia* vem de *πολιτεια*, que significa *governo, organização política, ordem, regulamento para a segurança, tranquilidade e comodidade dos cidadãos*; por seu turno *político* vem de *πολιτικός*, por sua vez baseado em *πολις* (que quer dizer *cidade*); político exprime o que tem relação com negócios públicos, com o governo de um Estado ou mutuamente entre Estados; política, a arte de governar, de reger as nações.

Antecedidos da palavra *Medicina*, os vocábulos *político-social* completam bem o que até hoje se considera como *Higiene*. Este último nome não é feliz, na acepção que se tem atribuído, pois se confunde com o de *Medicina*, visto exprimir ter saúde, estar bem, andar bem (em grego *ὕγιαλον*). Não é pois de estranhar o título do livro do nosso RODRIGO DE CASTRO, saído em 1614, sobre Deontologia profissional: *Medicus politicus sive de officiis medico-politicis tractatus*.

Resguardemo-nos das adulteradas concepções modernas: *político*, como nos ensina FARIA, não é só o hábil na Política, o relativo à Política, tal como para aí se entende vulgarmente;

(1) Vide «Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge». Ano v, n.º 32, pág. 24.

(2) HENRI BARUK — *La Psychiatrie sociale*, 1955, Paris.



*político* é também, ou foi, em especial, o culto, o polido, o cortês, homem de boas maneiras, etc. Da mesma forma *polícia* significa também, por vir de *polio*, *polire*, cultura, polimento, aperfeiçoamento da Nação, etc.

Por seu turno, o vocábulo *Higiene* deriva de Hígia, a deusa arcaica da saúde (*ἡγία* significa saúde; no latim *Hygea*, *Hygeia* ou *Hygia*). Todos se lembram do seu nome figurar na exortação inaugural do célebre Juramento ou *Jusjurandum* de Hipócrates: «Juro por Apolo, médico, por Esculápio, por Hígia e Panaceia...».

\*

Mas, deixemos este ponto, para voltarmos ao lugar de onde nos transviáramos. Para isso e antes de retomar o assunto, lembremos que a História da Higiene em Portugal, considerada esta disciplina no seu legítimo significado, que acabamos de expor, floresce no século XIX, embora os centénios anteriores nos apontem curiosos elementos de vida e de expressão.

De MAXIMIANO LEMOS e RICARDO JORGE a FERNANDO CORREIA, são já muitas as contribuições para o estudo da sua evolução no nosso país, embora não possuamos ainda o seu sistematizado e crítico conspecto, para o que tentamos carrear algumas achegas com esta palestra.

O período de *entreguerras*, em que vamos movimentar-nos hoje, isto é, de 1870 a 1914, abrange essa florescência tímida, é certo, mas digna de apreço e louvor.

Dissemos que é de RIBEIRO SANCHES, e de 1756, o primeiro livro sistematizado de Higiene, escrito em português, embora impresso no estrangeiro (Paris). É uma data a fixarmos, entre algumas anteriores ao período mencionado.

Se é natural localizarmos ou pôrmos alguns marcos na exposição histórica sobre a Higiene em Portugal, tentemos fazê-lo, para aclarar e disciplinar o rodar dos séculos.

Eis como se me afigura dever apresentar-se o quadro cronológico de um programa de estudo da História da Higiene em Portugal:

*I Período* — Pré-romano e luso-romano, até ao século V (invasão dos Bárbaros).

*II Período* — Do século V aos séculos XIII-XV (elaboração dos livros de PEDRO HISPANO, *De conservanda sanitate*; de VALESCO DE TARANTA, *Tractatus de epidemia et peste* e do *Leal Conselheiro*, de El-Rei D. Duarte, este de entre 1433-1438).

*III Período* — De então até ao século XVI (1569, *Recopilação das cousas que convem guardar se no modo de preservar a cidade*



de Lisboa..., dos espanhóis SALZEDO e ALVAREZ, contratados pelo Estado português).

IV Período — De 1569 a 1688 (criação da *Provedoria-mor da saúde*, que teve Regimento em 1707).

V Período — De 1688 a 1756, publicação do *Tratado da Conservação da Saúde dos Povos*, de RIBEIRO SANCHES.

VI Período — De 1756 a 1813 (criação da *Junta de Saúde*).

VII Período — De 1813 a 1825 (instituição do ensino oficial da Higiene, juntamente com outras disciplinas, nas «Escolas Régias de Cirurgia»).

VIII Período — De 1825 a 1899 (criação da «Direcção Geral de Saúde e Beneficência Pública. A peste no Porto e a acção de RICARDO JORGE». O «Instituto Central de Higiene»).

IX Período — De 1899 até ao presente.

\*

De velhos ensaios ou tentativas nacionais no campo da Higiene ou da Medicina político-social, evoquemos rapidamente alguns, como PEDRO HISPANO, o nosso médico que foi Papa sob o título de João XXI, filósofo e psicólogo de altíssimo mérito, do século XIII, que escreveu um valioso livro *De conservanda sanitate*, em manuscritos existentes em Londres, Paris e Munique, sendo para lembrar outras obras suas em que comenta Aristóteles, *De morte et vita* e *De causis longitudine et brevitae vitae* <sup>(1)</sup>. São, indubitavelmente, pequenos tratados de Higiene geral e individual sômato-psíquica. Basta reparar em alguns dos seus capítulos: *De morte et causis eius*; *De causis corruptionis et modis*; *De causis corruptionis specialibus in viventibus*; *De modis et causis praeservationum a praedictis specialibus corruptionibus*; *De causis longitudinis et brevitatis vitae essentialibus*; *De longitudine ac brevitae vitae in diversis complexionibus*; etc.

Como demonstrei recentemente em alguns estudos sobre a obra de PEDRO HISPANO *Thesaurus pauperum*, há influência sua, de par com a da célebre Escola de Salerno (entre os séculos X e XII), na medicina popular portuguesa e espanhola. Na realidade, o curioso e basilar *Regimen Sanitatis Salernitanum*, daquela

(1) Lemos os textos latinos nas *Obras filosóficas*, de PEDRO HISPANO. III. Edição, introdução e notas do P. MANUEL ALONSO. Madrid, 1952. Vide bibliografia essencial no trabalho de LUÍS DE PINA, *Pedro Hispano e Arnaldo de Vilanova na educação popular hispânica*. Anais da Academia Portuguesa de História. II série. Vol. 3, Lisboa, 1951; LUÍS DE PINA e MARIA HELENA DA ROCHA PEREIRA, *Thesaurus pauperum atribuido a Pedro Hispano*. «Studium generale», Porto, 1954-1955.



Escola, foi o tratado de Higiene privada e pública do mundo europeu, durante séculos. Alguns dos nossos almanaques populares do século XVII e XVIII baseiam neste tratado e em outras obras em que se verifica influência de PEDRO HISPANO, muitos dos seus ensinamentos higiênicos rústicos, ao modo dos que se colhem nos adágios, anexins ou rifões (1).

Um outro autor digno de nota é VALESCO DE TARANTA, professor de Medicina em Mompilher no século XIV, que escreveu um valiosíssimo livro sobre *Epidemia e peste*, de que existe um exemplar quatrocentista na rica biblioteca da nossa Faculdade de Medicina (2).

D. Duarte, no seu *Leal Conselheiro*, demonstra ser um pioneiro da Higiene ou da Medicina político-social, além de valioso precursor da Higiene mental, da Psiquiatria e da Psicologia. A sua obra, escrita entre 1433 e 1438 (3), encerra interessantes ensinamentos, como pode colher-se destes cabeçalhos de capítulos: VII — *Das quatro maneiras que os homens são geralmente*; XXVI — *Do pecado da ociosidade*; XXVII — *Da quinta e sexta diferenças por que caímos em ociosidade*; L — *Em que se mostram as partes por que se dá e muda a nossa condição*; LIII — *Das razões por que me parece bem fugir à pestilência*; LX — *Dos pecados da boca*; C — *Do regimento do estômago*; etc.

\*

No século XVI poderemos mencionar o excelente filósofo braçarense, professor em Tolosa, que Braga homenageou há pouco com grandes festas e expressiva estátua de bronze, em frente da Capela em que foi baptizado há 400 anos (4).

Do volume das suas obras destacamos o tratado que tem o mesmo título do de PEDRO HISPANO, *De longitudine et brevitate vitae liber*, onde se trata, particularmente, da higiene da alma, sem deixar de tocar a física. De carácter filosófico, esta obra encerra

(1) Vide LUÍS DE PINA — *Ob cit.*, e *La Médecine de Salerne au Portugal (à propos du «Flos Medicinæ»)*. Comun. ao «Congresso Intern. de História da Medicina». Roma, 1954 (Setembro). Em publicação nas respectivas actas.

(2) VALESCO DE TARANTO — *Tractatus de epidemia et peste domini Valasti de Tarenta artiũ et doctoris excellentissimi. 1497. «in imperiali oppido Hagennav»*.

(3) Referimo-nos à edição de JOSEPH PIEL, de 1942 (Lisboa), com o título *Leal Conselheiro o qual fez Dom Eduarte Rey de Portugal e do Algarve e Senhor de Cepta*.

(4) LUÍS DE PINA — *Homenagem a Francisco Sanches*, «Imprensa Médica», v. Lisboa, 1955.



muitos elementos de estudo para a história que estamos a bosquejar e um dia ampliaremos. Basta dizer que alude às coisas *sine quibus* ou *não naturais*, da velha filosofia escolástica (comida e bebida; corpo e ambiente, secreção e retenção; sono e vigília; trabalho e repouso e as paixões da alma) (1).

FRANCISCO SANCHES recorda, há 4 séculos, o seguinte curioso facto, que leio por palavras suas, vertidas ao português: «daqui se vê também a total fragilidade da razão dos romanos, ao alegarem, quando expulsaram os médicos, que estes favoreciam o luxo dos homens. Diziam eles que os homens apoiados no auxílio dos médicos se entregam a todos os prazeres, dos quais se acautelariam, se não esperassem deles a cura, acrescentando que, se vissem sóbriamente, não contrairiam doenças; e, se vissem incontinentemente, não mereciam o seu auxílio. Contudo, pouco depois, condenaram o seu disparate, e vexados pelo tormento das doenças viram-se coagidos a solicitar a presença dos médicos» (2).

No século XVI, AMATO LUSITANO e HENRIQUE HENRIQUES, para só citar alguns dos maiores, deixaram-nos importantes observações higiénicas.

Foi neste centénio que o Estado português contratou em Espanha os técnicos sanitários GARCIA DE SALZEDO e TOMÁS ÁLVARES para jugularem a nossa grave peste de 1569. Conseguiram o que se desejava... ou Deus protegia especialmente os Portugueses. Sobre a sua missão, escreveram um valioso relatório naquele ano publicado, que intitularam *Recopilação das cousas que convém guardar se no modo de preservar a cidade de Lisboa. E os são, e curar os que estiveram enfermos de peste* (3). RICARDO JORGE muito elogiou esta obra, que se republicava ainda no começo do século XIX. Por isso escreveu, no seu livro *Higiene social* (Porto, 1885), como evoca MAXIMIANO LEMOS: «O Regimento... preservativo contra a peste, daqueles autores espanhóis ao serviço de Portugal)... está repleto das mais sábias prescrições sobre higiene individual e pública, hobreando, senão excedendo por vezes, essas edições e reedições de instruções modernas, às vezes bem mesquinhas e erróneas...».

Eis a razão porque escolhemos esta obra para marco entre

---

(1) e (2) Segundo a edição do Instituto de Alta Cultura, por MOREIRA DE SÁ, *Francisco Sanches. Tratados Filosóficos*. Lisboa, 1955, pág. 325. Já depois de feita esta lição, publicou o Prof. JOAQUIM DE CARVALHO os trabalhos filosóficos de SANCHES na «Revista da Universidade de Coimbra» (1955, XVIII), com o título: *Francisco Sanches. Opera philosophica*.

(3) O seu título é: *Recopilacão das cousas que conuem guardar se no modo de preseruar a cidade de Lixboa. E os são, & curar os que estiverem enfermos de Peste*, etc. Lisboa, 1569.



o III e o IV Períodos do esboço cronológico que há pouco estabeleci na História lusitana da Higiene.

\*

O século XVII dar-nos-á ANTÓNIO NUNES, com o seu memorável tratado sobre a peste <sup>(1)</sup>; FERNANDO CARDOSO e o livro acerca das 6 coisas não naturais, já citadas a propósito de FRANCISCO SANCHES; FERNÃO DA FONSECA e o seu bom, embora plagiário, *Regimento para conservar a saúde e a vida*; o dos alimentos, de ANDRÉ DE CASTRO; outro do género, em verso, do poeta e médico DOMINGOS BRACAMONTE <sup>(2)</sup>; de MADEIRA ASSIS ou de ANTÓNIO DE FARIA, em obras menos especializadas, todas já bem comentadas por MAXIMIANO LEMOS, RICARDO JORGE, PEDRO DIAS e outros.

\*

O século XVIII, consagrado pela obra de RIBEIRO SANCHES, apresenta-nos um ou outro higienista de muito menos importância, tal o curioso FONSECA HENRIQUES, médico de D. João V, com a sua *Âncora medicinal para conservar a vida com saúde*, de 1731 (Lisboa) <sup>(3)</sup>.

Não podemos esquecer que no ano de 1753 appareceu a tradução da *Arte de conservar a saúde dos Príncipes, e das pessoas de primeira qualidade, como também das nossas Religiosas*, cujo autor BERNARDINO RAMAZZINI é o mesmo do pioneiro tratado sobre doenças profissionais. Traduziu essa obra LUÍS PAULINO DA SILVA ou *Conselhos para viver largo tempo*, de LUÍS CORNARO, nobre ouou *Conselhos para viver largo tempo*, de LUÍS CORNARO, nobre veneziano <sup>(4)</sup>.

<sup>(1)</sup> MAXIMIANO LEMOS — *História da Medicina em Portugal*. II vol. Lisboa, 1899.

<sup>(2)</sup> ANTÓNIO DOMINGOS BRACAMONTE — *Banquete que Apolo hizo a los embaxadores del rey de Portugal Don Ivan Quarto. En cuyos platos hallaram los señores combidados, mezclada con lo dulce de alguna poesia, y política, la conseruacion de la salud humana*. Lisboa, 1642.

<sup>(3)</sup> Diz este autor, no prólogo: «A Escola de Salerno querendo dar documentos para conservar a saúde, todos fundou sobre o bom uso, e administração destas seis coisas de que estamos a escrever». Trata-se das 6 coisas não naturais: ar, ambiente; o comer e o beber; o sono e a vigília; o movimento e o descanso; os excretos e os retentos; e as paixões da alma, temas estes de vulgar predilecção entre os antigos.

<sup>(4)</sup> Lembro que nos primeiros versos de *Regimen Sanitatis Salernitanum* ou *Flos medicinae*, produção medieval da célebre Escola de Salerno, a que



ALIMENTO-RECONSTITUINTE  
PRÉ-DIGERIDO

Novo!

# PROTICERIL

## A Z E V E D O S

ÁCIDOS AMINADOS OBTIDOS POR  
HIDRÓLISE ENZIMÁTICA DA CASEINA +  
+ EXTRACTO DE MALTE RICO EM VI-  
TAMINAS DO COMPLEXO B E EM  
DIASTASES ACTIVAS

- ALTO VALOR NUTRITIVO
- ACÇÃO ENERGÉTICA IMEDIATA
- SABOR E AROMA AGRADÁVEIS

### INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

O PROTICERIL está indicado em todas as situações em que o organismo revele deficiências proteicas e glucídicas. Estão neste caso todas as carências manifestadas por bebés, crianças e adolescentes, na velhice, nas convalescenças e durante todas as doenças infecciosas, nos períodos de gravidez e lactação e, dum modo geral, sempre que seja aconselhável administrar um suplemento alimentar, integral, e facilmente assimilável.

### APRESENTAÇÃO

Caixas com 125 g. de produto

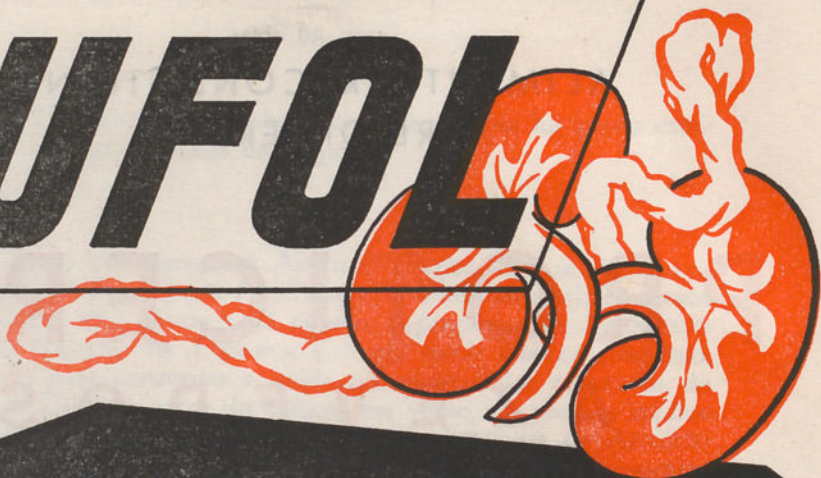
Literatura médica e amostras para ensaio à disposição  
dos Ex.<sup>mos</sup> Clínicos

LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775



# RUFOL



SULFAMETIL-TIODIAZOL

Tratamento da colibacilose das vias urinárias

Sulfametil-tiodiazol . . . . 0,1 g.

Boião de 20 comprimidos



LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA



Eis o que, em traços fugazes e largos, poderia aqui expor-vos sobre alguns livros e autores portugueses anteriores à época em que vamos entrar. Bosquejaremos também, em rápido sumário, por ser escasso o tempo para mais larga exposição, aquela que compreenderá grande parte dos dois últimos períodos indicados. Pela mesma razão nos confinaremos à cidade do Porto e a uma série limitada de sucessos e acontecimentos que escalonamos por esta ordem:

1.º — Entre 1845 e 1870: os pioneiros portuenses da Higiene pública; a *Escola médiro-cirúrgica* (FURTADO GALVÃO, GOUVEIA OSÓRIO e ASSIS VAZ). Significado político-social da sua obra e apostolado.

2.º — Influência da Escola médico-cirúrgica na Higiene urbana portuense de 1870 a 1914 (RICARDO JORGE e LOPES MARTINS).

3.º — O ensino da Higiene (1).

4.º — Teses inaugurais ou de licenciatura, de 1870 a 1914 e sua contribuição para a Higiene político-social, particularmente do Porto.

5.º — Depoimentos escolares: as proposições de Higiene defendidas em Acto Grande de Licenciatura.

Creio que vos não será demasiadamente molesto este programa a que vamos subordinar a nossa lição de hoje.

---

nos referimos já, podem ler-se os seguintes conselhos, que damos em latim, tão fáceis são de verter em nossa linguagem: *...somnia fuge meridianum, ne mictum retine, ne comprime fortiter anum: haec bene si serves, tu longo tempore vives. Si tibi deficiant Medici, medici tibi fiant haec tria: mens laeta, requies, moderata diaeta.* Seg. SALVATORE DE RENZI, in *Collectio Salernitana*, v, Nápoles, 1859, pág. 1.

(1) O diploma régio de 25 de Junho de 1825 ordena para as *Régias Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto* o ensino da *Matéria médica, Farmacologia e Higiene* no 2.º ano e em uma só cadeira, a 2.ª; em 1838 (29 de Dezembro) outro diploma institui na 2.ª cadeira a *Fisiologia* e a *Higiene* e na 8.ª a *Clínica médica, a Higiene pública* e a *Medicina legal*; em Coimbra estabeleceu-se então a de *Medicina legal, Higiene pública e Policia médica*. Outra lei de 26 de Maio de 1863 organiza o ensino da *Medicina legal* e da *Higiene pública* nas duas Escolas do Porto e Lisboa. Em 5 de Abril de 1900 é criada, enfim, a cadeira autónoma de *Higiene pública*. Por fim, a criação das Universidades de Lisboa e do Porto igualou o ensino nessas e na de Coimbra.

(conclui no próximo número).



SERVIÇO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA DA FACULDADE  
DE MEDICINA DO PORTOA propósito de duas meningites tuberculo-  
sas em crianças vacinadas pelo B.C.G.

por

FONSECA E CASTRO

&amp;

CIDRAIS RODRIGUES

*Prof. extraordinário**Estagiário*

Variáveis têm sido as opiniões acerca do B.C.G. e os períodos de intenso entusiasmo têm alternado com épocas em que domina uma posição de expectativa.

Depois de terminada a última grande guerra, a O.M.S. tomou a seu cargo o desenvolvimento dos planos de vacinação pelo B.C.G. em todo o mundo, com a louvável finalidade de obter um método seguro e economicamente pouco dispendioso para combater a tuberculose.

Poucas vacinas têm sido tão largamente ensaiadas com tão rigorosa fiscalização e parece poder concluir-se que seguramente o B.C.G. é desprovido de perigos graves.

Com efeito, é quase inadmissível que o bacilo de CALMETTE e GUÉRIN se torne virulento e produza no homem uma tuberculose evolutiva. Todavia, essa possibilidade, a dar-se, há-de ser extraordinariamente rara. Experimentalmente, PETROFF, em 1927, disse ter verificado o facto; porém, que saibamos, nenhum outro experimentador o voltou a referir.

Clinicamente estão citados até hoje dois casos apenas, e ambos recentes, em que essa possibilidade, se não foi totalmente confirmada, é pelo menos de admitir. São eles: o caso da criança dinamarquesa, de 9 anos de idade, referido por MAYER, em 1954, na revista «American Journal of Tuberculosis», que morreu dois anos após a vacinação, em virtude de uma tuberculose generalizada do sistema linfático e cujas culturas de bacilos obtidas em vida e após a morte, revelaram um agente não virulento, em tudo semelhante ao B.C.G.; o outro caso é o de um rapaz norueguês de 24 anos de idade, que igualmente morreu de uma tuberculose progressivamente generalizada a múltiplas vísceras, após ano e meio da vacinação pelo B.C.G. e no qual também provas laboratoriais idênticas às do anterior, em tudo sugeriam



que o agente responsável era o B.C.G. Porém, com a vacina do mesmo lote utilizado neste caso, — vacina preparada pela Laboratório Norueguês de B.C.G. — fizeram vacinações 128 médicos sem qualquer complicação grave, e com a vacina da própria empola que serviu para este individuo vacinaram-se mais cinco pessoas, sem qualquer inconveniente.

Em mais de 50 milhões de individuos vacinados em todo o mundo, estes são os dois únicos casos em que é possível responsabilizar o B.C.G., como se afirmou no Parlamento norueguês, onde o assunto foi larga e calorosamente debatido. Mesmo incluindo o conhecido caso húngaro de 1930, referido por RUDOLF DVORCSÁK e alguns outros como este insuficientemente documentados, IRVINE, em 1949, calcula que incidências desta ordem são inferiores a 4 por milhão. No «Lancet» de 9-4-55, refere-se que, só nas campanhas de vacinação da O.M.S., entre 1951 e 1953, em 16.000.000 de vacinados, nenhum caso de morte foi registado.

Felizmente, pois, a eventualidade é tão extraordinariamente rara que praticamente não conta como contra-indicação da vacina. Se fôssemos levar as coisas ao extremo rigor de uma segurança integral, também não vacinaríamos contra a varíola, com receio da encefalite, nem tão-pouco fariamos a vacina da difteria ou da coqueluche, com receio desta complicação ou da poliomielite.

Pelo que respeita à possibilidade de complicações locais, embora por vezes um tanto incômodas e origem de sérias apreensões para o médico assistente e para a família, em regra, estas não constituem perigo de maior. A este propósito, é bem demonstrativo o caso referido pelos Drs. MORAIS PASSOS e J. SOARES MARTINS, da Delegação de Saúde do Estado de S. Paulo, no Brasil, publicado na «Clínica Tisiológica» e citado no J.A.M.A. em 16-5-53: a um adulto, tuberculino-negativo, por engano, foram injectados 5 c.c. de uma vacina destinada a administração oral e correspondente a 100 mg de B.C.G., ou seja, uma dose 2.500 vezes maior do que a quantidade normal para as aplicações subcutâneas ou 1.000 vezes maior do que a usada por via intradérmica. E, todavia, este individuo não morreu e todo o dano se limitou ao aparecimento, 25 dias depois, de uma enorme úlcera de 6 cm de diâmetro, que, dois meses mais tarde estava curada, sem qualquer sequela. A radiografia pulmonar nunca revelou qualquer lesão, a velocidade de sedimentação conservou-se sempre normal, não apresentou bacilos no suco gástrico e até a própria reacção tuberculínica de MANTOUX a 1 mg se manteve negativa durante mais de dois anos.

Por nossa parte, se não nos é possível por agora traduzir em números a percentagem de reacções e suas modalidades que temos encontrado na nossa prática clínica hospitalar, nomeada-



mente no Hospital de Crianças Maria Pia, onde desde Junho de 1954 funciona, de colaboração com o Centro de Diagnóstico e Profilaxia da Zona Norte, um posto de vacinação pelo B.C.G., todavia podemos assegurar que as reacções até hoje verificadas se têm limitado às conhecidas complicações locais e ganglionares desprovidas de gravidade.

Se, praticamente é lícito, pois, considerar hoje inócua a vacinação pelo B.C.G., não admira que esta se tenha generalizado, na esperança bem justificável de aí se encontrar um meio prático e económico de uma eficaz profilaxia da tuberculose.

Por toda a parte têm surgido estatísticas entusiásticas, e por vezes um tanto prematuras e nem sequer fruto daquela ponderação e verdadeiro espírito científico que deveriam presidir à elaboração de trabalhos desta natureza. Mas, não é, no momento, este o assunto que nos propusemos tratar. Aceitemos, em princípio, que todos os dados apresentados são exactos, mas, a nosso ver, é no entanto para ponderar a observação feita por PALMER, do «Public Health Service», de Washington. Segundo este autor, se as conclusões das estatísticas fossem deduzidas não pelo confronto de tuberculino-negativos vacinados com os tuberculino-positivos não vacinados, como geralmente se tem feito, mas sim deduzidos da comparação entre não tuberculosos vacinados, e não vacinados, as ilacções admissíveis seriam já muito diferentes. De facto, num trabalho realizado por este mesmo autor entre índios habitantes do Porto Rico, dividindo os indivíduos sujeitos à experiência em três lotes: um constituído pelos tuberculino-positivos, que evidentemente não foram vacinados e os outros dois por indivíduos tuberculino-negativos em que uns foram vacinados e outros não, os resultados foram totalmente diferentes do que a generalidade das estatísticas nos apresenta. Aqui já não se registou entre vacinados e não vacinados a mesma diferença de resultados em favor dos vacinados. No grupo dos tuberculino-negativos a mortalidade e a morbidade pela tuberculose foram rigorosamente idênticas em vacinados e não vacinados. Porém, ao confrontar os resultados com os dos tuberculino-positivos, já a mortalidade foi mais elevada nestes últimos, o que não admira por já se encontrarem infectados.

Todavia, resultados opostos encontraram J. D. ARONSON, R. SAYLOS e Miss PARR, em experiências semelhantes realizadas em 1945, também na população índia do Arizona, Wyoming, Dakota norte e sul e Alaska, que foi igualmente separada em três grupos: a) alérgicos e anérgicos, dos quais b) uns foram vacinados (1.483) e c) outros não (1.311). Aos primeiros administrou-se uma injeccção intradérmica de 0,1 mg de B.C.G. fresco, ao passo que os segundos receberam apenas uma injeccção intradérmica



*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*



Em graves  
**estados dolorosos**  
em vez da morfina

# Eucodal

O analgésico de acção segura

**Comprimidos de Eucodal a 0,001 gr.**

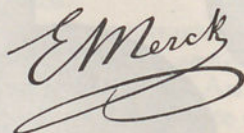
Tubos com 10 e 20 comprimidos

**Ampolas de Eucodal a 0,001 gr. : 1 cc.**

Caixa com 10 ampolas

**Ampolas de Eucodal a 0,02 gr. : 1 cc.**

Caixa com 10 ampolas



**DARMSTADT · ALEMANHA**

Amostras e literatura:

Químico-Farmacêutica, Lda.  
Rua das Pretas, 26-2.º  
LISBOA

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



de 0,1 mg de soro fisiológico. Nos indivíduos não vacinados houve apenas 35 % de reacções positivas até ao fim do 5.º ano, enquanto que nos vacinados essa percentagem foi de 91,7. Além disso a radiografia permitiu pôr em evidência 4 vezes mais lesões pulmonares no grupo dos testemunhos do que nos vacinados. Durante o mesmo período de 5 anos, os falecimentos foram 4 (0,25 %) nos vacinados e 22 (1,5 %) nas testemunhas. No mesmo prazo, a mortalidade de origem não tuberculosa foi de 27 nos vacinados e de 30 nas testemunhas.

Entre muitas outras, são ainda para destacar as observações de HYGE, citado pelo Prof. LÚCIO DE ALMEIDA. Esse autor teve ocasião de fazer uma observação única pelo seu valor quase experimental, referente a alunas de um internato oficial de Aurehoej, na Dinamarca, e que se dividiam em três grupos: alérgicas por contaminação pelo bacilo de Koch (130), alérgicas por aplicação de B.C.G. (133) e anérgicas (105).

Como um determinado professor tivesse uma lesão escavada bacilífera, apareceram numerosos casos de infecção tuberculosa. HYGE, que procede a um rigoroso exame, verificou o seguinte: a maior das contaminações manifestaram-se nas alunas desse professor ou nas que tinham aula na mesma sala, imediatamente a seguir. Das 94 alunas tuberculino-negativas expostas à contaminação, tornaram-se positivas 70 (74,5 %), dos quais 41 (58,6 %) com tuberculose pulmonar evidente; entre as 106 alunas vacinadas pelo B.C.G. expostas à infecção só houve dois casos de tuberculose pulmonar (1,9 %); das 105 alunas tuberculino-positivas igualmente sujeitas ao contágio, 4 apresentavam tuberculose pulmonar. Facto interessante: as alunas vacinadas e contaminadas não apresentaram lesões de tipo primário e todos os bacilos isolados, mesmo as das alunas vacinadas pelo B.C.G. eram de tipo humano.

Seja, porém, qual for a conclusão definitiva a que trabalhos futuros, bem estruturados e libertos de contagiamentos entusiasmados nos conduzam, por agora não temos razões bem fundamentadas que constituam uma condenação do B.C.G.. Podem falar argumentos teóricos, pode-se citar o pouco rigor das estatísticas, mas o facto é que a vacinação é praticamente inócua, como vimos, as suas premissas são sedutoras e a simplicidade e economia do método são também factores que a valorizam. Um ou outro caso incontestável de insucesso da vacinação, não invalida a excelência do método. Obriga-nos porém a ser cautelosos e a não deitar ao ostracismo os processos antigos e eficientes de profilaxia da tuberculose, que já deram as suas provas.

É este o caso das meningites tuberculosas em crianças vacinadas com o B.C.G. que nestes últimos anos temos encon-



trado na nossa prática clínica. São crianças vacinadas, é certo, mas às quais faltaram todos os demais recursos de protecção. Uma vez vacinadas continuaram expostas a contágios maciços pelos seus familiares, totalmente desprovidas dos mais rudimentares preceitos higiênicos e desta forma não admira que a vacina tenha sido insuficiente para as proteger.

Temos conhecimento, pelos colaboradores dos serviços de Pediatria dos Hospitais de Santo António, Maria Pia e consultas dos Postos da Federação de Caixas de Previdência, de 7 crianças nestas condições que foram vacinadas e consecutivamente tiveram uma meningite tuberculosa. Porém, apenas duas trazemos para aqui, porque são duas crianças por nós acompanhadas durante o seu internamento no Hospital de Crianças Maria Pia e nas quais foi possível verificar o controle da vacina.

*Obs. I — Maria J. P., de 4 anos.*

Em Dezembro de 1952, depois de cuti e Mantoux a 1% negativas e radioscopia pulmonar normal, foi vacinada com o B.C.G. por escarificação. Em Março de 1953 (cerca de 3 meses após a vacina) foi pesquizada a alergia pós-vacinal, que se verificou ser já positiva.

Mês e meio mais tarde, em 1 de Maio de 1953, adoeceu com temperatura febril, sinais de catarro das vias respiratórias e vômitos repetidos. Foi medicada com antibióticos (penicilina e estreptomina), dieta pobre em gorduras, água açucarada e soro fisiológico e glicosado. No entanto, os vômitos persistiram e ao fim de 6 dias, foi internada no Hospital de Crianças Maria Pia, com vômitos intensos, mas com bom estado geral. Apresentava então leve sonolência, conservando no entanto perfeita lucidez. Não se queixava de cefalalgias, nem se encontraram sinais meníngeos evidentes.

Nos antecedentes há a referir o convívio íntimo com a avó, com quem dormia e que sofria de tuberculose pulmonar, falecendo três meses depois da morte da doente. Um irmão apresentava uma primo-infecção.

Foi medicada com soro fisiológico isotónico, gardenal infantil e chá brando açucarado misturado com água das Pedras. Na suspeita de uma febre tifóide foi requisitada uma hemocultura e a reacção de Widal.

Uma semana mais tarde, sendo já menos intensos os vômitos e não se tendo confirmado a suspeita de febre tifóide, fez-se-lhe uma punção lombar e uma radioscopia pulmonar, porque o seu estado geral havia piorado acen-tuadamente e encontrava-se muito prostrada e apática. A radioscopia foi normal. A punção lombar revelou uma citose de 320 elementos celulares, particularmente linfócitos, as alterações químicas do líquido habituais das meningites tuberculosas e raríssimos bacilos ácido-resistentes, precisamente dois em duas preparações.

Iniciou no mesmo dia em que se teve conhecimento deste resultado, o tratamento da sua meningite tuberculosa pela hidrazida *per os*, na dose de 10 mg. por quilo de peso e por dia e 50 mg de estreptomina intra-raquídia.



Dois dias depois estava em coma e com sinais de paralisia do facial esquerdo, mas este agravamento não se manteve. Dias mais tarde, em 21, começava a melhorar e a interessar-se pelo que a cercava, mostrando-se mais sensível. A esta melhoria clínica correspondia também a melhoria dos dados analíticos. As células haviam baixado para 86 por mmc e a glicose subira de 0,29 para 0,45 e já não revelava bacilos de Koch.

Porém esta melhoria foi sol de pouca dura. O seu estado agravou-se novamente e em Junho de 1953 teve alta a pedido da família, vindo a falecer em casa poucos dias depois. É provável que para este desenlace tenha contribuído uma epidemia de sarampo que então grassava no Hospital e que parece ter afectado a criança no período agudo da sua doença.

*Obs. II — Cidália O. A. C., de 3 anos.*

Foi vacinada com B.C.G. ao nascimento, tendo a alergia sido pesquisada ao fim de 4 meses e de novo em Setembro de 1954. Das duas vezes foi positiva.

Em Janeiro de 1955, cerca de três meses depois do último controle e 3 anos depois de vacinada, vomitou uma vez de noite. Como os vômitos continuassem e a criança apresentasse febre e cefaleias, foi-lhe feita uma nova cuti-reacção à tuberculina e uma punção lombar. A cuti-reacção continuava positiva. O líquido foi amicrobiano ao exame directo, revelou alguns linfócitos e as alterações químicas habituais na meningite: albumina levemente aumentada (0,9), cloretos baixos (6,6) e glicose levemente diminuída (0,4).

Iniciou o tratamento em regime ambulatorio, com estreptomycin (0,5 g diários) em injeções intramusculares e hidrazida *per os* na dose de 10 miligramas por quilo de peso e por dia.

A principio experimentou umas leves melhoras, mas uma semana depois os vômitos intensificaram-se, a prostração era acentuada, manifestou-se uma ptose palpebral no olho esquerdo e a criança tornou-se incontinente. Uma segunda análise do líquido, feita nessa altura, condizia com o agravamento do estado geral.

Em 12 de Fevereiro do corrente ano foi internada no Hospital de Crianças Maria Pia, com sinais de irritação meníngea bem evidentes e ainda em regular estado de nutrição. O exame do líquido feito à entrada confirmou os resultados anteriores e apenas de novo se verificaram, ao exame do sedimento algumas granulações e fragmentos ácido-resistentes muito suspeitos. Passou então em virtude da longa evolução e da gravidade do momento, além da estreptomycin e hidrazida *per os* que estava a tomar, a fazer aplicações intra-raquidianas de hidrazida, à razão de 15 mg por dia.

Todavia não se conseguiu deter o agravamento, apesar do resultado de uma nova análise ser mais animador. A família exigiu a alta e somos informados de que se encontra melhor e que tem continuado com o mesmo tratamento, à excepção da hidrazida intra-raquidia.

Nesta criança, como na anterior, refere-se na anamnese a convivência com uma pessoa tuberculosa.



Estamos pois em face de dois casos de meningite tuberculosa, em crianças convenientemente vacinadas com o B.C.G. e em que foi devidamente controlada a vacina com as reacções tuberculínicas efectuadas na altura própria.

É certo que argumentos vários se poderão invocar para ilibar o B.C.G. de qualquer responsabilidade no aparecimento da doença, de que, aliás devemos acentuar, não o julgamos o causador. Na primeira criança a afecção surgiu 4 meses e meio depois da vacinação e poder-se-ia argumentar que ela já estava infectada, mas em fase ante-alérgica, quando foi vacinada. A segunda tendo adoecido três anos depois de vacinada, muito embora a reacção tuberculínica se tivesse sempre mantido na positividade, poder-se-ia também admitir que a imunidade conferida pelo B.C.G. já estava extinta quando a doença começou e que a positividade verificada antes da doença já era uma resultante da infecção tuberculosa e não da vacina.

Tudo isto são argumentos plausíveis, mas o que é irrefutável é que, se o B.C.G. não foi com toda a probabilidade o responsável pelo aparecimento da doença — e estamos convencidos que não foi, embora não tivessem sido praticadas as provas laboratoriais de identificação que a situação requeria — de qualquer forma não a pôde evitar.

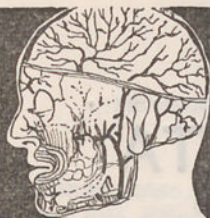
Ainda, que o B.C.G. não deve ter sido o causador destas meningites, é que, como é sabido, a própria vacinação pelo B.C.G. tem sido preconizada para tratamento complementar da meningite tuberculosa e parece com certo êxito.

RAFAEL RAMOS tratou desta forma 23 crianças, das quais apenas uma morreu, crianças com menos de 2 anos de idade, e refere que antes dele, MANUEL y PINIES, o primeiro a associar o B.C.G., do tratamento da meningite tuberculosa, havia já tratado assim 3 crianças.

Ao apresentarmos pois estes dois casos não pretendemos contribuir para o descrédito da vacinação pelo B.C.G., mas tão somente desejamos acentuar que a profilaxia da tuberculose não pode assentar única e exclusivamente na prática deste recurso, como aliás é sabido. Infelizmente, a experiência não confirmou as afirmações optimistas de WALLGREEN, ao declarar que, se o B.C.G. não era capaz de preservar totalmente a criança da infecção tuberculosa, pelo menos a punha ao abrigo da granúlia e da meningite, opinião que DEBRÉ partilhava inteiramente.

Como já em Dezembro de 1951 escreveu no J.A.M.A., o Dr. H. LEES, do departamento de Higiene Estudantil da Universidade de Pensilvânia, ao tratar dos planos norte-americanos de prevenção da tuberculose em estudantes de medicina e em enfermeiras, «a vacinação com o B.C.G. não se deve propor em



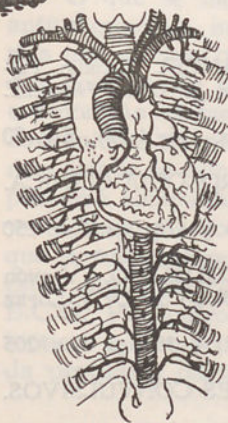


# NEUROCARDOL

"SCIENTIA"

TÓNICO CARDÍACO-NERVOSO E HIPOTENSOR

em elixir



Nos

ESTADOS NEVROPÁTICOS

ANSIEDADE — ANGÚSTIA

INSÓNIA NERVOSA

PERTURBAÇÕES FUNCIONAIS

do CORAÇÃO e da ESFERA GENITAL

Composto

à base exclusiva de extractos vegetais atóxicos :

**Passiflora, Salgueiro (Salix Alba), Guaraná,  
Valeriana e Crataegus Oxyacantha.**

---

ALFREDO CAVALHEIRO, LDA.  
LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACEUTICO

"SCIENTIA"

ESCRITÓRIOS: AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 164 • TELEF. P. P. C. 7 3057

L I S B O A

DIRECÇÃO TÉCNICA: A. QUEIROZ DA FONSECA -- H. M. GONÇALVES BORDADO (LICENCIADOS EM FARMÁCIA)





# EDIÇÕES MORATA

## MADRID

- M. LOOSLI-USTERI. — LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA. Estudio Psicológico y Pedagógico. Versión española del Dr. J. DÍAZ VÁZQUEZ. Prólogo del Prof. J. GERMAIN, 1955.  
Vol. de 208 págs. (16 × 22). Esc. 70
- J. CHUSID y J. McDONALD. — COMPENDIO DE NEUROLOGIA CLINICA. Versión española del Dr. Agustín SERRATE, 1955.  
Vol. de 432 págs. (16 × 22) y 178 figs. Esc. 250
- R. MEILI. — MANUAL DE DIAGNOSTICO PSICOLOGICO. Versión española y Apéndice del Dr. A. LINARES MAZA. Prólogo del Dr. J. LÓPEZ IBOR, 1955.  
Vol. de 350 págs. (16 × 22) y 35 figs. Esc. 205
- E. MAUZ. — LA PREDISPOSICION A LOS ATAQUES CONVULSIVOS. Versión española del Dr. E. OLIVARES, 1942.  
Vol. de 64 págs. (16 × 23). Esc. 25
- R. PELLEGRINI. — SEXUIOLOGIA. Los problemas sexuales a la luz de la Psicología, la Medicina, la Pedagogía y el Derecho. Versión española del Dr. B. PIGA. Prólogo del Prof. ROYO-VILLANOVA, 1955.  
Vol. de 872 págs. (17 × 25) y 343 figs. Esc. 510
- K. SCHNEIDER. — PERSONALIDADES PSICOPATICAS, Y PROBLEMAS DE PATOPSICOLOGIA Y DE PSIQUIATRIA CLINICA. Versión española de los Dres. Bartolomé LLOPIS y Luís VALENCIANO, 1948.  
Vol. de 236 págs. (16 × 23). Esc. 80
- SOLE-SAGARRA y LEONHARD. — MANUAL DE PSIQUIATRIA. Páginas de Orientación biológico-psiquiátrica para Estudiantes, Prácticos y Especialistas. Prólogo del Prof. K. KLEIST, 1953.  
Vol. de 696 págs. (16 × 22) y figs. Esc. 340
- M. TRAMER. — PSIQUIATRIA INFANTIL, DE LA PUBERTAD Y DE LA ADOLESCENCIA. Versión española del Dr. Luís VALENCIANO y Prólogo del Prof. José GERMAIN, 1946.  
Vol. de 440 págs. (17 × 25) y 8 figs. Esc. 170
- A. VALLEJO NÁGERA. — PSICOSIS DE GUERRA. Estudio Clínico y Estadístico, 1942.  
Vol. de 88 págs. (16 × 23). Esc. 35
- J. WYRSCH. — LA PERSONA DEL ESQUIZOFRENICO. Clínica y Psicología. Modalidad Existencial. Versión española del Dr. Bartolomé LLOPIS. Prólogo del Prof. Dr. Gonzalo R. LAFORA, 1955.  
Vol. de 224 págs. (16 × 22). Esc. 90
- H. ZULLIGER. — LOS NIÑOS DIFICILES. Pedagogía Psioanalítica. Versión española del Dr. Agustín SERRATE. Prólogo del R. P. Juan ZARA-GÜETA, 1955.  
Vol. de 296 págs. (16 × 22). Esc. 135



nenhum caso como recurso para substituir as medidas profilácticas, que demonstraram a sua grande utilidade para prevenir a infecção com bacilos tuberculosos».

O que se impõe é não descurar a campanha da vacinação antituberculosa, intensificá-la tanto quanto possível, sem dúvida, mas não relegar para plano secundário as medidas de isolamento dos doentes, de elevação do nível económico-social e de higiene e protecção às famílias. Quanto é difícil pôr em prática de forma conveniente um programa deste género, todos nós o reconhecemos, mas impõe-se que os poderes públicos não se deixem influenciar por uma campanha optimista, em detrimento dos meios clássicos, tanto mais quanto é certo ter a experiência demonstrado também que a tuberculose vem diminuindo de forma acentuada quando estas circunstâncias se verificam, mesmo sem vacinação pelo B.C.G. Por outro lado não é demais insistir que só com anti-bióticos e fármacos específicos tão-pouco se resolverá o problema da profilaxia da tuberculose.

#### BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, LÚCIO — O B.C.G. e o seu valor na pré-munição antituberculosa — Rev. Port. de Med. Militar, 1, 1 e 2, 1953.
- ALMEIDA, LÚCIO — Relatório apresentado ao Congresso de Protecção à infância. Lisboa, 1952.
- ALVES, CASANOVA — A profilaxia da tuberculose pulmonar pela vacinação de Calmette e Guérin — Gaz. Med. Port., 1, 2, 1948.
- KOSTITCH-JOKSITCH, SMILYA A. — La linphadénite mesentérique «bécégique» — Sem des Hôp. Paris, xxxi, 38, 1955.
- HEAG, F. — Estado actual da vacinação B.C.G. — Folia Clínica Internacional, iv, 7, 1954.
- PARREIRA, L. LOPES — Vacinação pelo B.C.G. nas Escolas Primárias — J. do Médico, xxii (557), 1953.
- CARVALHO, JAIME FERREIRA DE — Alergia tuberculina — J. do Médico, xx (518), 1952.
- LEES, H. D. — Tuberculose em Estudantes de Medicina e em Enfermeiras — J.A.M.A., 29 de Dezembro de 1951.
- RAMOS, RAFAEL e L. TORRÈS-MARTY — La Presse Medicale, 1955, 63, n. 34.
- SAYÉ, L. — Estado actual de la profilaxia antituberculosa — Anales de Med. y Cir., xxxii (89-90), Nov.-Dez., 1952.
- HEEG, F. — B.C.G. Vaccination — The Lancet, cclxviii (6859), 1955.
- MARIE, JULIEN; MAUDE, R.; ELIACHOS, E.; HEBERT, S.; ROY-DAUBAN, M.; GENNES, G. L. DE — Lupus tuberculeux et B.C.G. — Lupus développé sur l'emplacement des scarifications de B.C.G. chez un enfant vacciné en période ante allergique — Sem. Hôp. Paris, xxxi (5), 1955.



## Bomba de Cobalto em Telecurieterapia

por J. A. VEIGA PIRES

*Hammersmith Hospital, Postgraduate  
Medical School (London)*

Por alturas do segundo semestre de 1954, o *Times* noticiava a inauguração duma bomba de cobalto no Mount Vernon Hospital, Northwood, Middlesex, no serviço do Prof. WINDEYER. Nos começos do presente ano os jornais portugueses que, apesar de atrasados, me vêm de quando em vez às mãos, noticiaram a chegada e instalação em França da primeira «Bomba de Cobalto».

Como esclarecimento devo dizer, antes de mais, que a designação de bomba se originou no facto de que ao construir-se, em 1916, no *Memorial Hospital*, de Nova Iorque, o primeiro aparelho de telecurieterapia, destinado principalmente ao tratamento do cancro do útero, utilizando uma quantidade de Rádio como nunca se usara até então e colocado a uma certa distância da zona a curar, a peça contendo-o fazia lembrar, na sua forma, as granadas de mão da primeira Grande Guerra! A «Bomba de Cobalto» é igualmente um aparelho de telecurieterapia, como o são as «Bombas de Rádio». Mas nem umas nem outras têm nada, de facto, duma bomba que possa explodir.

O Rádio e o Cobalto radioactivo, que designaremos por «Cobalto 60», dão origem a radiações denominadas raios  $\gamma$  e semelhantes aos raios X produzidos por aparelhos roentgenológicos trabalhando a altas energias. Raios X e raios  $\gamma$  têm propriedades biológicas que levam à destruição ou à produção de graves lesões celulares. Ora como certas células cancerosas demonstraram ser mais sensíveis às radiações do que as sãs, surgiu a ideia de as irradiar. Com o decorrer do tempo os médicos radioterapeutas verificaram que, no domínio da radioterapia profunda, as radiações de alto poder de penetração são as mais indicadas.

Estas radiações de natureza electromagnética, assim como corpuscular, da elevada energia de dois a três milhões de volts, podem ser obtidas em aparelhos de Raios X duma grande complexidade e custo, exigindo meios técnicos muito desenvolvidos, ou então a partir de fontes radioactivas constituídas quer por materiais naturalmente radioactivos, quer pelos radioactivados em «Reactores Nucleares» ou em «Ciclotrões».

Para dar uma ideia ligeira da complexidade dos primeiros a que acabo de me referir, direi que o «Acelerador Múltiplo



Linear» em uso no *Medical Research Council, Hammersmith Hospital*, resultou de dez anos de esforços conjugados dos técnicos de radar e dos físicos que trabalham no ramo da Física das Radiações, interessando à radioterapia, e que o «Ciclotrão» deste mesmo centro a concluir breve, foi iniciado em 1950. Estes dados, que não incluem o preço, sugerem a dificuldade para países como o nosso em dispor de tais instrumentos nos tempos mais próximos.

A outra alternativa é, como indicamos, usar materiais radioactivos para obter radiações semelhantes a tão elevados valores quânticos, e o problema capital limita-se, em princípio, a consegui-los em quantidade suficiente.

Praticamente, até aos anos de 50, as instalações de telecurieterapia eram à base de Rádio, substância radioactiva natural que os esposos CURIE nos legaram, mas rara e difícil de obter, o que facilmente se compreende ao saber-se que o *stock* mundial é da ordem dos 5 kg. Com a descoberta em 1934 por FRÉDÉRIC JOLIOT e IRÈNE JOLIOT-CURIE da radioactividade artificial, abriu-se a via magna que levaria às inúmeras aplicações dos radioisótopos hoje em dia. Destas, a «Bomba de Cobalto 60» é uma das mais úteis, porque representa um grande passo no uso dos isótopos radioactivos na radioterapia profunda. Embora antes do «Cobalto 60» um outro isótopo radioactivo, o Iridio 192, tivesse sido usado em telecurieterapia, para os casos de radioterapia geral, é, sem dúvida, aquele de período de semidesintegração de 5,3 anos e com um quantum de energia de irradiação gama correspondente a 2,4 milhões de volts, que no presente oferece uma resposta viável ao problema, que se nos põe, de obter uma fonte de radiação susceptível de uso clínico em condições técnicas, de certo modo simplificadas, e equivalendo com algumas vantagens a aparelhos de Raios X de megavoltagem.

\*

Em grande parte, pelas razões anteriormente expressas, em Inglaterra, algumas das «Bombas de Rádio» já em 1952 foram convertidas em pequenas «Bombas de Cobalto 60», e, neste momento, diferentes centros hospitalares têm vindo a converter os seus aparelhos de telecurieterapia pelo Rádio em unidades capazes de receber 50 a 100 curies deste novo radiosótopo. Contudo, até agora, o «Teratrão» do *Mount Vernon Hospital* é a única unidade, neste país, de 1.000 curies, dando uma energia de radiação correspondente à de um aparelho de Raios X de dois a três milhões de volts e permitindo, se necessário, radioterapia de rotação.

Há três anos atrás, num editorial publicado no *British Journal*



of *Radiology*, o Prof. ROBERTS chamava a atenção das diferentes entidades responsáveis para os avanços realizados na produção «de Cobalto 60» no Canadá, e para a possibilidade de, num futuro próximo, se dispor, como é presentemente o caso, de mais de 7.000 curies de «Cobalto 60» de suficiente actividade específica para poderem ser usados em aparelhos de telecurieterapia. Isto levou-me a pensar, em vista das conclusões a que chegaram os radioterapeutas acerca da necessidade de trabalhar com radiações de alta energia quântica no tratamento do cancro de localização profunda, e do facto que as grandes máquinas de Raios  $\gamma$  estão, para já, fora do alcance dos países, como o nosso, de recursos relativamente limitados — refiro-me aos recursos técnicos e económicos —, que poderíamos recorrer à montagem de um ou dois centros de terapia pelo «Cobalto 60» em um ou dois dos hospitais principais do País. Os radioterapeutas portugueses ficariam assim de posse de um muito precioso instrumento de trabalho requerendo, quanto à máquina em si, muito menores cuidados do que os «Aceleradores Lineares Múltiplos» e capaz de funcionar a um custo reduzido comparado com estes.

Tenho por certo, que unidades de telecurieterapia a «Cobalto 60», pela sua relativa simplicidade de operação, são acessíveis aos meios hospitalares portugueses para o tratamento do cancro, com a condição de serem supervisadas por radioterapeutas especializados. O «Cobalto 60» emite radiações de maior energia do que o Rádio, e é possível obtê-lo em mais largas quantidades e a preços incomparáveis com os deste, pois 1.000 curies do primeiro custam tanto como um grama de Radium! Mesmo que as nossas ambições sejam limitadas, poderíamos ver em uso em Portugal unidades de umas poucas de centenas de curies de «Cobalto 60», como as instaladas não há muito no *Bristol General Hospital*. Uma bomba de 100 curies de «Cobalto 60» corresponde muito favoravelmente a um aparelho de radioterapia profunda de duzentos mil volts, não só em efeitos clínicos — por exemplo, no cancro da boca e da laringe — como em preço, além de que sobrepassa este último em rendimento e inalterabilidade na produção de radiações, pois é independente das flutuações da alta tensão que alimenta aquele, e de outros factores. A principal reserva a ter em consideração é a necessidade da recarga periódica da fonte para manter constante o nível da sua força, que decai devido ao período de semidesintegração. Mas esta recarga periódica é da ordem dos seis a dez anos para uma unidade de 1.000 curies.

Resumindo, uma «Bomba de Cobalto 60» afigura-se-me uma solução económica para o nosso País, podendo ser feitas por nós instalações que, com relativa vantagem, corresponderiam a apa-





# Antitóxico

*Extracto de fígado*  
(*Fracção antitóxica*)

1 C.C. CORRESPONDE A 50 GRS. DE FÍGADO

*Lab*

## INDICAÇÕES:

AUTO-INTOXICAÇÕES  
HETERO-INTOXICAÇÕES  
(Envenenamentos acidentais e morde-  
duras por animais venenosos).  
ESTADOS ALÉRGICOS  
TOXEMIAS DAS DOENÇAS INFECCIOSAS  
DOENÇAS HEPÁTICAS  
PRÉ E POST-OPERATÓRIAS



DIRECÇÃO TÉCNICA DO PROF. COSTA SIMÕES



NOVO!

# BILAMIDE- -COLINA

Associação de **Bilamide** (Nicotil-oxi-metil-  
-amida) + **Bi-tartarato de Colina**

**TERAPÊUTICA FISIOLÓGICA  
HEPATO-PROTECTORA**

## APRESENTAÇÃO:

Frascos de 50 drageias de 250 mg.

Caixas com 50 g de granulado a 70 0/0



Literatura e amostras à disposição dos Ex.<sup>mos</sup> Clínicos



**CILAG, S. A. SCHAFFHOUSE - SUÍÇA**

Representante exclusivo para Portugal:

**SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA, S. A. R. L. - LISBOA**



relhos de Raios X de megavoltagens entre duzentos mil a três milhões de volts, além de que algumas das instalações poderiam vir, em certos casos, a funcionar não só com «Cobalto 60» mas também com Cesio 137 que, resultando da fissão do Urânio, é produzido em quantidades relativamente grandes nos «Reactores Nucleares» e constitui, ou constituía até agora, um problema sério para as autoridades responsáveis disporem dele, por ser um produto secundário, não utilizado presentemente, obrigando a lançá-lo ao mar em cofres especiais de segurança a grandes profundidades dos oceanos. Isto quer dizer, que é um produto comparativamente barato, que poderá ser obtido em quantidades suficientemente largas.

Embora este trabalho não se proponha fazer uma discussão da radioterapia no domínio da cancerologia, mas salientar antes as bases físicas, que de certo modo justificam a preferência do uso da «Bomba de Cobalto 60» aos dos aparelhos de megavoltagem, pois não é no campo clínico que a Bomba se distingue destes em especial, seguir-se-á uma muito curta e geral referência às aplicações clínicas daquela.

Como é do domínio comum para a valorização, com significado estatístico, dos resultados duma proposta nova terapêutica ou método, um lapso mínimo de cinco anos é necessário. Daí compreender-se que a bibliografia, respeitante aos resultados clínicos neste caso, é muitíssimo escassa. Noutra altura trataremos deste assunto mais desenvolvidamente, de contrário teríamos que alongar-nos em demasia.

É minha opinião, que os cancros da boca e laringe, como mais atrás dissemos, são tratáveis usando unidades de 100 curies de «Cobalto 60» e os resultados a esperar serão conforme àqueles descritos por WOOD e BOAL em 1950, no seu estudo da radioterapia no cancro oral. No caso do cancro da laringe, limitado às cordas vocais, a média de sobrevividas aos 5 anos pode ser da ordem dos 30 por cento.

Onde as bombas de 1.000 curies terão a sua maior aplicação é nos casos de tumores de localização profunda, como o cancro do pulmão e em grande número de reticuloses, incluindo o linfossarcoma e o sarcoma reticulocelular. A distribuição da dose de radiação na pele, no tumor e tecidos adjacentes é melhorada notavelmente, com encurtamento do tempo de tratamento, permitindo que maior número de pacientes possam ser tratados num dado período, além de que a precisão e definição dos campos, e simplicidade de operação, são maiores e é melhorado o conforto do doente. Discutindo o valor da radioterapia, aqui podemos, em certa medida, substituir radioterapia por «Bomba de Cobalto», nas doenças malignas, CONSTANCE WOOD e MOR-



RISON (1955) dizem que nos casos de cancro do pulmão inoperável se obtém, em 50 por cento deles, melhoria de sintomas tais como hemoptises, tosses, dispneia, e dor torácica, e quando se verifica o síndrome da veia cava superior é possível obter pelo menos uma recanalização parcial que muito alivia os sintomas. Se tomarmos os números dados por PRICE THOMAS (1955), sem esquecermos que se referem principalmente a casos não operáveis, 15 por cento dos doentes tratados sobrevivem mais de dois anos, 6,4 por cento mais de três, e 5,9 por cento mais de 5 anos. Casos confirmados há em que o tumor desaparece.

No caso das reticulososes é possível obterem-se regressões por períodos muito apreciáveis, se as doses necessárias, como é possível com a Bomba, forem aplicadas ao nível da lesão. O linfossarcoma e o sarcoma reticulocelular, se localizados a um órgão, são susceptíveis de cura completa.

Com o que acabamos de escrever deixamos apontadas algumas das aplicações da radioterapia, onde são pedidas radiações de elevada energia quântica e onde, conseqüentemente, a Bomba de Cobalto é um instrumento de imensa utilidade e possibilidades.

Termino aqui o enunciado de um assunto que, a meus olhos, é de grande interesse, pois se refere ao melhoramento das condições de tratamento de cancerosos em Portugal, com o melhor que possa haver dentro dos recursos de que dispomos actualmente. A Bomba não é uma panaceia capaz de resolver todas as situações de doença cancerosa, mas é, sem dúvida, uma inestimável arma de tratamento e investigação médica. Uma «Bomba de Cobalto 60» em Portugal, ao serviço da Medicina Portuguesa, corresponderia às nobres tradições pioneiras do nosso povo e dos nossos cientistas.

Devo dizer ainda, que desta minha distância, me parece ser o *Instituto do Cancro*, de Lisboa, dirigido pelo Prof. GENTIL, o apropriado local para a instalação número um.

Que entidades particulares secundassem as oficiais, com o seu auxílio, para um tal fim, seria uma glória nacional, e muito à semelhança do que se fez nas grandes capitais e centros de investigação científica.

#### BIBLIOGRAFIA

- H. E. JOHNS et col. — 1000 curie Co 60 units for Radiation Therapy — *Brit. Jour. Rad.*, 25, 294, June 52, 296.
- D. T. GREEN et col. — Design of a Co 60 beam Therapy unit. — *Brit. Jour. Rad.*, 25, 294, June 52, 309.



- J. E. ROBERTS — Cobalto 60 — *Brit. Jour. Rad.* 25, 94, June 281.
- EDITORIAL — Co 60 telecurie units — *Brit. Jour. Rad.*, 28, 325, Jan. 55.
- D. W. SMITHERS — Rotation Rathiotherapy — *Jour. Fac. Radiol.*, 6, 2, Oct. 54, 5.
- B. W. WHITEYER et col. — The theratron telecobalt. Unit for Rotation Therapy. — Part 1; Firts Chinalical Impressions. — Part 2: Some phisical problems — *Comunicação ao XVI Congresso do Bristish Institute of Radiology*, Novembro de 1954.
- CAP. WOOD et col. — Researches on the Radiotherapy of Oral Cancer. (Her Magesty's Statinary Office, 1950).
- CAP. WOOD et col. — Radiotherapy in tratment of Malignant Disease — *The Pract.*, 174, 1041, Mar. 55, 268.
- C. PRICE THOMAS — Carcinoma of the long — *The Practitioner*, 174, 1041, Mar. 55, 298.

*Outros elementos bibliográficos em relação à Bomba de Cobalto*

- F. W. SPIERS et col. — Cobalto 60 beam unit with a source-skin distance of 20 cm (50 curies) — *Brit. Jour. Rad.*, 28, 325, Jan. 55, 2.
- F. LAMERTON et col. — Central Axis Depth Dose Data — *Brit. Jour. Rad.*, Supp. 5, 1953.
- W. H. FOY et col. — A 50 curie Cobalt 60 Teletherapy Unit — *Brit. Jour. Rad.*, 28, 325, Jan. 55, 8.
- BUSKELL et col. — Skin effect of Co 60 telecurietherapy — *Brit. Jour. Rad.*, 27, 315, March 54, 171.
- MARSHALL BROGER — Shudartired Cobalt 60 source capsule for teletherapy *Nucleonics*, 12, 58-59, Jone 54.
- H. E. JOHNS — *The Physics of Radiationtherapy* (Thomas, 1953).
- G. R. NEWBERY — Developments in apparatus for deep X-ray therapy — *The Times science Review spring 1955*.
-



## Extracção de feto vivo em mulher morta

por BERNARDO BAPTISTA FERREIRA

*Subdelegado de Saúde em Góis*

Em Março último publicou esta revista uma nota do Sr. Prof. COSTA SACADURA, a propósito do caso, então muito falado, duma mulher que morreu súbitamente, quando, num táxi, era transportada ao Hospital de S. José, em Lisboa, onde por cesariana lhe extraíram uma criança viveidreira. Esse caso trouxe-me à lembrança outro semelhante, não idêntico mas da mesma ordem, ocorrido há anos na minha clínica.

Numa aldeia da serra, tivera de assistir a uma primípara, cujo parto houve que terminar por um fórceps e respectiva episiotomia. Sucedeu-se nova gestação, e o medo de novo fórceps e nova sutura apavorando-a, veio consultar-me. Como o aposento onde a partejara era quarto e cozinha, sem condições apropriadas, resolvi interná-la no pequeno hospital local, onde estaria muito melhor e teria ao menos uma cama limpa.

Entrara em trabalho de parto numa noite de Julho de 1943. Tudo corria bem, sem qualquer incidente. Encorajando-a, não a abandonei um instante, dizendo-lhe que as suas dores não tardariam a passar, pois que já a cabeça do feto completara a rotação, preparando-se para transpor o estreito inferior.

Em dado momento vi desenhar-se mais uma contracção uterina, mas a onda apagou-se súbitamente ao nível do umbigo. Ao mesmo tempo a parturiente soltou um grito lancinante e disse-me que ia morrer. Ficara lívida, com os lábios cor de cera; o pulso não se sentia. Na impossibilidade de outros procedimentos, injectei quantos analépticos e tonicardíacos tinha à mão, mas instantes depois a parturiente exalava o último suspiro. Notando haver qualquer movimento dentro do ventre, lembrei-me de que o feto devia ter ainda vida.

Sem hesitação e sem tempo para esterilizações, apliquei o fórceps e extraí uma criança viva, a qual ainda hoje vive, embora com sequelas duma encefalite que surgira seis dias depois do nascimento.

O tempo que mediou entre a morte da mãe e a extracção do filho andou entre 10 e 15 minutos, porque estava só, apenas ajudado por uma mulher que iniciava então os seus primeiros passos em serviços de enfermagem.

É sabido que durante o trabalho de parto a morte pode vir por diversos motivos: por transtornos cárdio-pulmonares (tal a paragem do coração ou fulminante edema agudo do pulmão, em



# VACINOTERAPIA

## DMELCOS

ANTI-DUCREY  
PIRETOTERAPIA

CAIXAS DE 6 AMP. DE DOSES CRESCENTES:

1 cc.    1,5 cc.    2 cc.    2,5 cc.    3 cc.    3 cc.

## PROPIDON

ANTI-PIOGENICA  
PIRETOTERAPIA

CAIXAS DE 3 AMP. DE 4 cc.

## NEO-DMETYS

ANTI-PERTUSSIS

CAIXAS DE 6 AMP. DE 1 cc.

REPRESENTANTES:

SOCIEDADE COMERCIAL CARLOS FARINHA, LDA.

RUA DOS SAPATEIROS, 30-3.º - LISBOA





# EDIÇÕES MORATA

## MADRID

- M. DE BEGOÑA (O. F. M. Cap). — ELEMENTOS DE FILMOLOGIA. Teoría, Pedagogía y Psicología del Cine, 1953.  
Vol. de 408 págs. (16 × 23). Esc. 170
- E. BLEULER. — AFECTIVIDAD, SUGESTIBILIDAD, PARANOIA. Versión española del Dr. Bartolomé LLOPIS, 1942.  
Vol. de 144 págs. (16 × 23). Esc. 45
- E. BOHM. — MANUAL DEL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH. Versión española del Dr. Agustín SERRATE. Prólogo del Prof. Dr. José GERMAIN, 1953.  
Vol. de 569 págs. (16 × 23) y 10 láminas en cuatromía. Esc. 340
- R. E. BRENNAN (O. P.). — PSICOLOGIA GENERAL. Una interpretación de la Ciencia de la Mente basada en Santo Tomás de AQUINO. Versión española del Dr. J. ESTELLÉS. Prólogo del R. P. Santiago RAMÍREZ, O.P., †, 1955.  
Vol. de 520 págs. (16 × 23) y 44 figs. Esc. 250
- H. GÖBBELS. — LOS ASOCIALES. Esencia y Concepto de la Asocialidad. Versión española y Prólogo del Dr. A. LINARES MAZA, 1955.  
Vol. de 240 págs. (16 × 22). Esc. 90
- J. GONZÁLEZ MARTÍNEZ. — EXISTENCIALISMO, DINERO Y ETICA. Con otros ensayos sobre Vivencias y Observaciones de un Médico, 1952.  
Vol. de 328 págs. (16 × 22). Esc. 102.
- J. A. HADFIELD. — PSICOLOGIA E HIGIENE MENTAL. Contribución al Conocimiento de la Psicología de las Edades. Versión española del Dr. R. DE VERA. Prólogo del Prof. R. ALBERCA LORENTE, 1955.  
Vol. de 576 págs. (16 × 22). Esc. 270
- W. HELLPACH. — PSICOLOGIA CLINICA. Con la colaboración del Doctor Bernard de RUDDER: «Psicología Clínica de la Infancia», y del Dr. Wilhelm WITTE: «Posibilidades Clínicas del Psicodiagnóstico Experimental». Versión española del Dr. Alfredo GUERA, 1955.  
Vol. de 408 págs. (16 × 22). Esc. 205
- C. JUARROS. — NIVEL MOTORICO. EDAD MOTORA (Teoría y Método de OSERETZKY), 1942.  
Vol. de 112 págs. (16 × 23) y 7 figs. Esc. 35
- D. KATZ. — MANUAL DE PSICOLOGIA. Con una parte especial sobre «Psicología del Trabajo», por el Dr. Mariano YELA. Versión española del Dr. Agustín SERRATE. Prólogo del Dr. José GERMAIN, 1954.  
Vol. de 542 págs. (16 × 22) y 72 figs. Esc. 270
- E. KRETSCHMER y W. ENKE. — LA PERSONALIDAD DE LOS ATLETICOS. Versión española del Dr. L. VALENCIANO, 1942.  
Vol. de 64 págs. (16 × 23) y 5 figs. Esc. 25



organismo já com acentuada deficiência circulatória), por choque e hemorragia profusa (em casos de placenta anormalmente inserida, ou por rotura do útero, ou excepcionalmente doutra viscera ou de grande vaso), ou ainda por lesões bulbo-cerebrais (como na eclampsia ou nas hemorragias rapidamente fatais, sobretudo por rotura de aneurisma). No meu caso, a rotura do útero, com enorme hemorragia intra-abdominal, foi certamente a causa da morte; nem nos antecedentes nem na observação do momento, se colheram elementos para outra hipótese.

Este assunto, da sobrevivência do feto à morte da gestante, é sem dúvida muito interessante. Talvez porque na prática clínica rareiem os casos da natureza dos aludidos, hoje os tratados de obstetria pouco ou nada dizem de tal assunto. Mas referência bastante pormenorizada se encontra num manual muito em voga há uns trinta e tal anos: «Précis d'Obstétrique», de CH. MAYGRIER & A. SCHWAB (Paris, 1909). Dele extraio as notas que se seguem.

As experiências de HALLER mostraram que o feto é muito resistente à asfixia. Quando a mãe morre lentamente, depois de prolongado período de agonia, a sobrevida não é muito possível; mas se a morte surge súbitamente, ou rapidamente, a sobrevida do feto tem certa duração, em média de dez a quinze minutos, havendo registo de casos de muito maior sobrevivência (TARNIER, VIARDIN, HUBERT), até de uma hora (DEPAULT). Quando a morte da mulher é por asfixia (enforcamento, etc), o feto morre antes da mãe, porque lhe cede o oxigénio do seu sangue; pelo contrário, na intoxicação pelo óxido de carbono, é relativamente longa a sobrevida do feto, pois o sangue materno não pode aproveitar-se do oxigénio do sangue fetal.

O nascimento espontâneo pode dar-se, nalguns raros casos, depois da morte da mãe, por motivo de retracção do útero e do meteorismo intestinal, mas então só muito excepcionalmente sai um feto vivo; a regra é a expulsão de feto morto (HEIMAN, SCHENK).

Embora os casos em que a sobrevida do feto permite a extracção deste, por cesariana ou fórceps, constituam uma raridade clínica, nem por isso devemos deixar de pensar neles quando a morte da mãe se dá nas vizinhanças da ocasião do parto, ou durante este; pensando neles teremos a oportunidade de poder salvar uma vida.

---



## MOVIMENTO NACIONAL

### REVISTAS E BOLETINS

JORNAL DA SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS DE LISBOA, CXIX, 1955 — N.º 3 (Março): *Diverticulose duodenal*, por M. J. Xavier Morato; *Micose fungóide*, por Norton Brandão; *Anemia por ancilostomíase*, por M. Marques da Gama; *Teratoma do ovário direito, com sinais clínicos de apendicite*, por Idálio de Oliveira. N.º 4 (Abril): *Sobre a produção duma substância inibidora da penicilina pelo bacilo Calmette-Guérin*, por Luís Ribeiro; *Colecistites*, por Evaristo Franco; *Dois casos clínicos (ectopia renal saco-iliaca e ruptura espontânea de pionesfrose calcúlosa com lipomatose secundária)*, por Fontoura Madureira. N.º 5 (Maio): *A rila*, por A. de Abreu Faria; *Algumas possibilidades da ressecção pulmonar no tratamento da tuberculose*, por Rui de Lima; *Alimentação e proteínas*, por Luís de Aguiar; *Glossite e poli-globulia essencial*, por M. Caeiro Carrasco; *Um caso de Hodgkin infantil*, por Maria de Lourdes Levy.

SUBSTÂNCIA INIBIDORA DA PENICILINA ELABORADORA PELO B.C.G. — A adição da penicilina à vacina B.C.G., feita no intuito de a proteger contra eventuais inquinações, não tem o efeito protector desejado porquanto segundo o demonstram as experiências levadas a cabo, o B.C.G. elabora uma substância do tipo da penicilinase capaz de inibir, in vitro, grandes quantidades de penicilina, de tal modo que bactérias sensíveis a 0,01 U/cc deste antibiótico crescem facilmente em suspensões vacinais mesmo com concentrações de penicilina de 100 U/cc.

Esta adição parece no entanto não ter qualquer acção prejudicial sobre a viabilidade, potência ou acção alergizante da vacina.

COLECISTITES. — Dada a grande importância prática do assunto, e na impossibilidade de inserir-mos na íntegra este artigo, transcrevemos a parte referente a colecistites crónicas alitiásicas:

«—*Definição.*— Trata-se de estados inflamatórios crónicos da vesícula biliar, de início tórpido e evolução de sintomas dolorosos semelhantes aos da colelitíase, mas sem haver concreções no colecisto.

*Frequência.* — Surge, em geral, entre os 25 e os 50 anos e é bastante vulgar. Predomina no sexo feminino. Verifica-se ser elevado o número de doentes observados nas consultas de gastroenterologia com ponto vesicular doloroso, cujos sofrimentos subjectivos de estômago e intestinos mascaram amiúde a verdadeira origem da disfunção.

*Etiologia.* — A preponderância da enfermidade nas mulheres, independentemente da gravidez, leva a culpar as perturbações hormonais ováricas como causa corrente da moléstia. Influenciam-lhe o desenvolvi-



mento a vida sedentária e as anomalias do metabolismo das gorduras. Os espasmos do esfíncter de Oddi, ao criarem dificuldades de esvaziamento do colecisto, contribuem poderosamente para o aparecimento da doença. As anormalidades do metabolismo da colessterina entram amiudadamente na etiologia das colecistites alitiásicas, por ocasionarem as vesículas colessterólicas ou granulosas.

*Patogenia* — Ao gerarem estases vesiculares, os distúrbios da drenagem biliar favorecem a infecção das paredes da víscera. Independentemente das complicações da colelitíase, muitas outras razões explicam a disfunção: — espasmos duradouros do esfíncter de Oddi em casos de duodenites, estenoses baixas do duodeno e estados vagotónicos; defeitos anatómicos do cístico, como irregularidades das válvulas de Heister, encurtamento congénito do canal ou estenoses do mesmo; fenómenos de periviscerite de origem extra-vesicular, como se nota em muitas úlceras do duodeno, pericolites, colites segmentares do ângulo hepático e tuberculoses peritoneais.

Nos colecistos com estase, a drenagem biliar para o intestino é insuficiente. A estagnação da bÍlis na víscera facilita o desenvolvimento dos agentes infecciosos na respectiva parede. Instalam-se ali, principalmente, o colibacilo, o enterococo, o estreptococo, o estafilococo e, sobretudo, os bacilos tífico e paratífico. Admitem alguns autores remontar por vezes à infância o alojamento daqueles microrganismos na vesícula, durante certas enfermidades contagiosas. Verificar-se-ia o facto, particularmente, para os dois últimos. A infecção pode advir de qualquer das vias habituais: — hematógica, linfática ou biliar.

Outros mecanismos, independentes de elementos bacteriológicos, ocasionam colecistites crónicas alitiásicas. As perturbações do metabolismo do colessterol causam, amiúde, hipercolessterina da mucosa do colecisto, constituindo a *vesícula colessterólica*, também designada *vesícula-morango*. A túnica interna absorve água, colessterina e os respectivos ésteres. Em determinadas condições, por motivos ainda ignorados, o colessterol absorvido deposita-se nas células epiteliais dessa túnica, bem como nas camadas mais profundas da mucosa e da própria submucosa. A anomalia confere-lhe aspecto característico, comparável ao dos morangos. A superfície interna da víscera apresenta-se semeada de granulações amarelentas. Descreve-lhe Prat a aparência com rigor, classificando-a de «*mucosa vesicular vermelha, pulverizada de pós dourados, cujos grãos amarelos não estão depositados sobre a superfície da mucosa, mas inclusos, porquanto ao esfregar com gaze a superfície interna da vesícula, essas granulações permanecem intactas se a manobra for delicadamente realizada, de modo a não desagregar a mucosa*».

A percentagem de vesículas colessterólicas nas colecistectomias é alta. A cifra abeira-se de 30 % em algumas estatísticas cirúrgicas e ultrapassa-a noutras. Se metade dos casos coincide com litíases vesiculares, a outra metade é alitiásica.



Atribuem alguns tratadistas o distúrbio colesterólico a perturbações de natureza humoral, correlacionadas a desequilíbrios da colesterolemia. Outros vêm na retenção do produto a preexistência de processos inflamatórios do colecisto, os quais provocariam obstruções linfáticas na parede, prejudiciais à livre circulação da colessterina.

A etiopatogenia de certas colecistites crónicas alitiásicas parece ligar-se a fenómenos tóxicos. Observa-se o facto em doentes tratados com sais de ouro e nos que sofrem de saturnismo. Fiessinger e Albeaux-Fernet obtiveram casos semelhantes, com intoxicações pelo tetracloreto de carbono. A tetraiodofenoltaleína e os barbitúricos produzem resultados semelhantes.

Admite-se poderem as toxinas de origem microbiana causá-los também, nos casos de infecções intestinais demoradas.

A patogenia das vesículas calcificadas está ainda por esclarecer. Se muitos contêm cálculos, muitas outras são alitiásicas. Nesta enfermidade, o cálcio deposita-se nas paredes da vesícula, ora de modo generalizado, ora localizado em placas. Aceita-se como boa a ideia de Robb, segundo a qual seriam os estados inflamatórios da parede do colecisto que fariam precipitar a respectiva substância.

A colecistite hidrópica sem coleditiase é muito rara. A etiopatogenia consiste em obstruções do canal cístico, motivadas por causas internas ou externas:—anomalias intrínsecas do ducto, compressões extrínsecas por gânglios hipertrofiados, tumores vizinhos ou peritonites plásticas intensas com pericolecistite.

*Anatomia patológica*—A primeira indicação importante fornecida pela colecistite crónica alitiásica a seguir à laparotomia consiste na presença ou ausência de processos adesivos pericolecísticos. Quando existem são amiudadamente intensos, cercando a víscera emharada teia de aderências. É razoável admitir, nestas circunstâncias, ter-se desencadeado outrora a colecistite aguda, cujo acesso foi erroneamente interpretado como enfermidade diferente. No caso contrário, ao verificar-se inexistência de pericolecistite, devemos pensar em vesícula colesterólica. Esta forma traduz meras perturbações metabólicas, com desenvolvimento asséptico de colecistite, e, conseqüentemente, sem reacção peritoneal circunvizinha.

A observação macroscópica do órgão revela-o de dimensões normais ou aumentadas. É mais rara a vesícula pequena. A víscera apresenta-se habitualmente distendida, de superfície externa lisa, brilhante e mais ou menos esbranquiçada. A parede, aparte de atrofia colecística, aumenta de espessura, graças à fibrose. Apreciada pelo lado interno, a mucosa pode estar poupada ou destruída.

A colecistite colesterólica só é descoberta abrindo a vesícula. Sob o fundo avermelhado da túnica interna, sobressaem as granulações amareladas dos depósitos de gorduras neutras e ésteres do colesterol. A cor é-lhes dada pelos lípidos, vistos à transparência epitelial. Abundam,



# REGISTO DE LIVROS NOVOS

W. Requarth — DIAGNOSIS OF ACUTE ABDOMINAL PAIN — 1 vol. enc. com 243 págs. e 79 figs. (The Year Book Publishers, Inc., Chicago, 1955, 1.<sup>a</sup> ed. — U. S. A. \$ 6.00).

Este volume trata do por vezes difícil problema do diagnóstico das afecções agudas cirúrgicas da cavidade abdominal, apresentando de forma muito clara todos os elementos de diagnose diferencial, de forma a que se possa chegar rápida e correctamente a uma conclusão sobre a atitude a tomar.

A enumeração dos capítulos dá ideia do conteúdo da obra: 1) Exame do abdome; 2) Diagnóstico diferencial, do ponto de vista da localização e tipo de dor; 3) Obstrução intestinal aguda; 4) Doenças nas quais a operação imediata é imperativa; 5) Doenças nas quais a operação pode ser adiada; 6) Doenças nas quais a operação está contra-indicada ou é perigosa; 7) Feridas traumáticas do abdome; 8) Diagnóstico das lesões agudas abdominais nas crianças; 9) Diagnóstico diferencial da hemorragia gastroesofágica aguda.

Numerosas citações bibliográficas completam cada capítulo e um bem ordenado índice remissivo encerra este excelente volume.

Auvert, J. — L'HYPERTENSION PORTALE — 461 págs., 36 figs., broch. (G. Doin et Cie, 1953).

Trata-se duma excelente actualização do assunto, baseada tanto em dados experimentais como clínicos, em que se versa especialmente o problema do diagnóstico da hipertensão portal e do tratamento cirúrgico pelas anastomoses porto-cava.

Comsa, J. — LES ANTITHYROÏDIENS BIOLOGIQUES — 202 págs., broch. (G. Doin et Cie, 1953, 1.500 fr.).

Reunem-se neste volume os documentos existentes sobre as forças fisiológicas que se opõem à influência da tiróide sobre o organismo, e sobre o equilíbrio entre estas forças e a glândula em questão. Este vasto programa obriga o A. a ser muito sucinto e por isso o volume termina com a indicação de 1.500 referências bibliográficas. O biologista, o endocrinologista e o clínico encontrarão neste livro a descrição de um conjunto de inter-acções extremamente interessantes e, o que lhe dá uma feição prática, cheio de ilações importantes para a terapêutica.

B. S. Lipman e E. Massie — CLINICAL UNIPOLAR ELECTRO-CARDIOGRAPHY — 1 vol. enc. de 309 págs. (The Year Book Publishers, Inc., Chicago, 1953, 2.<sup>a</sup> ed. — U. S. A., \$ 6.50).

Este volume, escrito de forma simples, acessível e prática, constitui uma monografia muito completa sobre a electrocardiografia unipolar. Especialmente dedicado a estudantes ou a clínicos ainda pouco conhecedores deste assunto, os temas são apresentados com espirito didáctico, incluindo noções de toda a ordem, mesmo aquelas que dizem respeito aos princípios físicos do referido método de exploração cardíaca e à fisiologia cardíaca. Numerosas figuras e diagramas ajudam a compreensão do texto. Excelente apresentação gráfica. Abundantes referências bibliográficas.

Conroe, Forster, Dubois, Briscoe e Carlsen — THE LUNG. CLINICAL PHYSIOLOGY AND PULMONARY FUNCTION TESTS — 1 vol. enc. de 219 págs. e 54 figs. (The Year Book Publishers, Inc., Chicago, 1955, 1.<sup>a</sup> ed. — U. S. A. \$ 5.50).

Como os autores salientam no prefácio, o livro não foi escrito para fisiologistas, mas sim para os clínicos e para os estudantes, com o objectivo de explicar por palavras simples e diagramas todos os aspectos da fisiologia pulmonar que interessam à medicina clínica. Esse objectivo foi brilhantemente atingido pelos AA. que conseguiram escrever um livro pouco extenso mas extremamente claro e muito actualizado, abrangendo tudo o que tem, para o clínico, importância fundamental no capítulo da fisiologia pulmonar.



# REGISTO DE LIVROS NOVOS

L. T. Palumbo — MANAGEMENT OF DISORDERS OF THE AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM — 1 vol. enc. com 186 págs. e 25 figs. (The Year Book Publishers, Inc., Chicago, 1955, 1.<sup>a</sup> ed. — U. S. A. \$ 5.00).

O livro apresenta primeiro, duma maneira simples e concisa, o estado actual dos conhecimentos sobre anatomia, fisiologia e farmacologia clínicas do S. N. V., e os testes clínicos e suas modificações pelas intervenções cirúrgicas; depois, descreve as diversas doenças em que há fundamentalmente uma perturbação do S. N. V., focando especialmente os problemas patogénico, diagnóstico e terapêutico.

O volume, que encerra com um valioso índice remissivo e uma extensa lista de citações bibliográficas, é pois de grande utilidade para o médico prático, que cada vez mais encontra nos seus doentes transtornos do tipo dos estudados neste livro.

S. Z. Levine — ADVANCES IN PEDIATRICS, vol. vi — 324 págs., enc. (The Year Book Publishers, Inc., Chicago, 1954, dólares — \$ 7.50).

Trata-se de mais um número desta conhecida série, de grande utilidade tanto para o pediatra como para o clínico geral. O presente volume contém: 1. Linfossarcoma na infância; 2. Pediatria preventiva pré-natal; 3. Obstrução intestinal no período neo-natal; 4. Doença hemolítica do recém-nascido; 5. Patologia pulmonar do recém-nascido; 6. Lipoidoses; 7. Anemia megaloblástica na infância.

Dock, W. and Snapper, I. — ADVANCES IN INTERNAL MEDICINE, vol. vi — 376 págs., enc. (The Year Book Publishers, Inc., Chicago, 1954, dólares — \$ 10.00).

O vi volume desta reputada colecção apresenta-se como as anteriores, esmeradamente impresso em papel «couché» e recheado de excelentes gravuras. Os assuntos versados são os seguintes: 1. Uropepsina; 2. Glucagon; 3. Diagnóstico do cancro dos órgãos internos pela técnica de Papanicolaou; 4. Vectocardiografia espacial; 5. O fenómeno celular L. E.; 6. Estudos biópsicos do fígado e rim; 7. Púrpura trombótica trombocitopénica; 8. Porfíria; 9. Hérnia diafragmática; 10. Determinação da insulina no sangue.

Levi-Valensi, A. — DIAGNOSTIC ET THÉRAPEUTIQUE PHTISIOLOGIQUES — 204 págs., 71 figs., broch. (Gaston Doin et Cie, 1954, 1.800 fr.).

Os progressos da técnica e da terapêutica modificaram muito a concepção geral e os aspectos clínicos da tuberculose pulmonar e isto justifica bem a publicação deste manual de diagnóstico e de tratamento. O livro versa em especial os aspectos radiológicos, as relações entre a broncoscopia e o diagnóstico e a terapêutica, os problemas higieno-dietéticos, a colapsoterapia, a cirurgia, e, finalmente, a quimioterapia e a terapêutica pelos antibióticos.

Vernet, M. — ÉQUILIBRES ET DÉSÉQUILIBRES BIOLOGIQUES — 278 págs., broch. (Gaston Doin et Cie, 1954, 1.200 fr.).

Com bases essencialmente fisiológicas, estuda-se, na primeira parte deste livro, o mecanismo do funcionamento orgânico, tanto no estado normal como na patológico, apreciando-se os equilíbrios que realiza e os desequilíbrios que o podem afectar. Na 2.<sup>a</sup> parte estudam-se os processos que intervêm na regulação dos ritmos e funções da saúde e da doença: equilíbrios celulares, das trocas nutritivas e respiratórias, endócrinos, cardiovasculares e térmicos. Os desequilíbrios de adaptação e de defesa são versados na terceira parte, e os desequilíbrios da vida mental ocupam a quarta parte deste original livro, que encerra com a apreciação dos métodos terapêuticos em função dos dados fisiológicos, clínicos e experimentais. Como se vê, o sub-título deste volume — «Sensibilidade orgânica e métodos terapêuticos» — justifica-se inteiramente.



particularmente, na mucosa de cobertura da extremidade livre das vilosidades.

A vesícula calcificada tem paredes grossas: notam-se, ao corte, as camadas de calcificação, as quais podem ser generalizadas ou localizadas em forma de placas.

Nos colecistos atrofiados, há diminuição de espessura mural por adelgaçamento das respectivas túnicas. A mucosa, ordinariamente, foi destruída.

O conteúdo da cavidade do colecisto é correntemente anegrado pela estase. Nas colecistites hidrópicas, pel contrário, é constituído por bilis branca.

As culturas do líquido mostram-se, geralmente, estéreis. Algumas vezes, contudo, originam desenvolvimento de colónias microbianas. O agente mais vulgarmente encontrado é o colibacilo. Seguem-se-lhe, por ordem de frequência, os bacilos tíficos e paratíficos, os quais se mantêm na bilis, por vezes, decorridos anos sobre as febres tifóide ou partifóide referidas na história progressa do enfermo. Pode acontecer, todavia, revelar-se o conteúdo vesicular estéril e desenvolverem-se colónias nas sementeiras feitas a partir das paredes da víscera.

Na colecistite colesterólica, a bilis vesicular costuma ser asséptica e rica em colessterina. Esta hipercolesterina é motivada pelo despreendimento de células da mucosa repletas de colesterol absorvido. Destruídas essas células pelo líquido biliar, aquela substância é libertada.

*Sintomatologia*—Depende da forma anátomo-patológica da colecistite crónica. Limita-se, por via de regra, durante largo tempo de evolução da enfermidade, a queixas dispépticas banais. Torna-se mais severa no fim de alguns anos, sobretudo ao cometer o paciente desvios dietéticos, principalmente representados por ingestão abusiva de gorduras. A coincidência habitual destes estados inflamatórios crónicos da vesícula com acloridria ou hipocloridria explica os acidentes gástricos, traduzidos por anorexia, enfartamentos e digestões penosas. Os distúrbios intestinais são constituídos por alternâncias de obstipação e diarreia. Correlacionam-se ainda, em grande parte, à insuficiência estomacal secretória. As moinhas no epigastro e na região subcostal direita são bastante frequentes. Consistem em dores obtusas, que reforçam com a ingestão alimentar, sobretudo quando há processos intensos de pericolecistite. O peso da refeição faz descer o pólo gástrico inferior e provoca o estirar doloroso das aderências. Em certos doentes sem periviscerite do respectivo quadrante abdominal, verifica-se terem as dores carácter tardio. Distinguem-se das epigastralgias de origem ulcerosa, por irradiarem amiúde à região escapular direita, não serem benêficamente influenciadas pela ingestão alimentar e fugirem à periodicidade sistemática das crises das lesões ulcerativas. Os pacientes com colecistite crónica manifestam intolerância para as gorduras (leite, nata, gemas de ovos e manteiga), as quais, sobretudo quando ingeridas à noite



lhes causam sérias perturbações digestivas cuja culminação é a cólica. Os enfermos de úlceras, pelo contrário, melhoram com dietas à base de lípidos.

A cólica hepática pròpriamente dita é mais vulgar na colelitíase que na colecistite alitiásica. Nesta, todavia, é particularmente frequente na forma colesterólica, embora as dores atinjam poucas vezes a violência das crises paroxísticas das calculoses vesiculares. Pode surgir, também, sem haver inflamação de qualquer segmento da árvore biliar e traduzir afecções doutros órgãos abdominais. Constituem-se, desse modo, as *colecistoses*, cuja designação, devida a Rosenthal, serve para definir estados subjectivamente semelhantes e objectivamente opostos às colecistites.

A icterícia é acidente raro e só aparece quando há hepatite concomitante.

Aparte as colecistites hidrópicas intermitentes, geradas por obliterações episódicas do cístico, só existe febre nos casos de colangite concomitante.

*Exame físico* — São variáveis os dados colhidos pela palpação. A intensidade das dores provocadas depende muito da pericolecistite. Mesmo nas fases de acalmia, a região vesicular é sensível à manobra de Murphy. Quando há nítida hiperestesia, o fígado mostra-se também doloroso, pela coexistência de hepatite. Observam-se, muitas vezes, processos inflamatórios crónicos tiflopendiculares simultâneamente com a colecistite, os quais se revelam por dores à pressão na fossa ilíaca direita. Alguns doentes chegam à consulta de gastroenterologia já sem apêndice, e, todavia, continuam a acusar sensibilidade exagerada naquela região. Explica-se o facto, por ser a tiflocolite, nessas circunstâncias, subsidiária da disfunção colecística. Nas vesículas de parede calcificada, bem como nas excessivamente distendidas, pode a víscera ser perceptível à palpação. O facto, contudo, é infrequente. Por esse motivo, é preciso prudência na destriça com formas tumorais.

*Investigação laboratorial* — É pouco importante para o diagnóstico destas colecistites crónicas. Nas fases de relativa acuidade, a leucocitose aumenta levemente. A elevação da cifra é mais marcada, se houver colangite ao mesmo tempo. Impõe-se, em todos os casos, explorar as funções hepáticas, a fim de avaliarmos a independência ou a participação do fígado no processo patológico.

A sondagem duodenal fornece-nos alguns esclarecimentos. Nas vesículas excluídas obtêm-se apenas bílis A e C. A falta de bílis B após a instalação de soluto de sulfato de magnésio corresponde, em radiologia, ao colecistograma negativo. A contração da vesícula provocada por aquele soluto, origina incómodos na região subcostal direita, nos casos de pericolecistite profusa. Quando nos dias consecutivos à tubagem se verifica acalmia sintomática, trata-se, por via de regra, de colecistite crónica alitiásica sem grande reacção perivesicular.





A bÍlis recolhida é em geral escura, espessa e turva. Só raramente é esverdeada, por abundância de biliverdina. O exame qualitativo é favorável ao diagnóstico de colesterose da víscera, quando há hipercolesterinina acentuada. Os ácidos biliares, nessas circunstâncias, aumentam quase sempre. A presença de glóbulos de pus ou de grande quantidade de muco na bÍlis B é significativa e implica pesquisas bacteriológicas complementares. As respectivas culturas podem acusar o desenvolvimento de colónias de colibacilos, enterococos, estreptococos ou estafilococos. Nas colecistites colesterólicas, contudo, a bÍlis é estéril.

*Exame radiológico* — A colecistografia pode ser positiva ou negativa. Elucida-nos, no primeiro caso, sobre a situação, forma, dimensões, intensidade de coloração e homogeneidade da imagem vesicular. Os contornos irregulares traduzem, habitualmente, processos adesivos pericolecísticos, cuja extensão será devidamente apreciada em conjunto com radiografias gastroduodenais. Nas colecistites crónicas alitiásicas, a imagem oferece, em geral, contraste débil. A homogeneidade ou heterogeneidade correlacionam-se, quase sistematicamente, com presença ou ausência de cálculos. O exame, para ser completo, requer o estudo da motilidade do órgão. O uso da refeição gorda de Boyden informa-nos sobre as funções motoras do colecisto. Nas colecistites crónicas, a evacuação biliar costuma ser demorada. No fim de 24 horas, em certos doentes, a vesícula contém ainda substância opaca. Quando calcificada, pode confundir-se com o cálculo solitário gigante.

Os colecistogramas negativos deixam-nos na ignorância da existência ou ausência de colelitíase. O enfermo, nessas condições, deve ser submetido a tratamento, a fim de voltar a ser radiografado. Quando a negatividade da prova é apenas episódica e devida a fenómenos inflamatórios, o segundo exame revela semiologia radiológica característica de colecistite crónica alitiásica. Motivada por colelitíase, essa negatividade mantém-se a despeito da terapêutica praticada. Pode, nestes casos, surgir na região vesicular qualquer imagem de cálculo opaco aos raios X, a esclarecer decisivamente o diagnóstico.

*Complicações* — Opinam Chiray e Pavel, ser muito rara a evolução destas formas para colelitíase. A nossa experiência no assunto leva-nos a aceitar aquele parecer.

A complicação mais vulgar consiste na peritonite plástica circunjacente, a qual traduz, algumas vezes, antigo acesso de colecistite aguda benigna no passado do enfermo. A hepatite é também frequente, mas é difícil determinar as relações iniciais das duas moléstias, porquanto pode ser causa ou efeito da inflamação vesicular. A presença de fenómenos de pancreatite acarreta deduções idênticas.

*Diagnóstico* — Fundamenta-se nos sofrimentos subjectivos do epigastro e do hipocôndrio direito, exacerbados pela ingestão de gorduras; cólicas hepáticas pouco severas, as quais, quando frequentes, sugerem a ideia de colesterose vesicular; dores à manobra de Murphy na região



do colecisto; colheita de bÍlis B excepcionalmente rica em coleslerina ou pigmentos biliares, sendo a estase responsÁvel pela abundÁncia dos Últimos; colecistograma com imagem de contraste deficiente ou de bordos anÓmalos, culminando nas formas biloculares.

*PrognÓstico* — É lenta a evoluçÓo da enfermidade. O desenvolvimento de infecçÓes graves, tipo empiema, é muito raro. Verifica-se a mesma infreqüência de complicaçÓes sÉrias das vísceras vizinhas, como estenoses pilÓricas por bridas provenientes da inflamaçÓo vesicular.

*Tratamento* — As colecistites crÓnicas alitiÁsicas, por via de regra, sÁo subsidiÁrias da terapÉutica mÉdica. Exceptuam-se apenas as colesteroses vesiculares intensas com cÓlicas assÍduas e as que deram origem a pericolecistites profusas, que comprometem o esvaziamento do colecisto ou do estÓmago.

O tratamento conservador visa melhorar a motricidade da vesÍcula, combater os sintomas dispÉpticos, regularizar as funçÓes intestinais, atenuar os fenÓmenos dolorosos e atacar a infecçÓo. Atingem-se as referidas finalidades com dietas, medicamentos, agentes fisioterÁpicos e curas termais.

Para instituir o regime alimentar em bases firmes, é indispensÁvel conhecer prÉviamente a composiçÓo qualitativa da respectiva bÍlis B. Quando a concentraçÓo, embora alta, é bem proporcionada, torna-se recomendÁvel ingerir gorduras em quantidade suficiente para aumentar a contractilidade do colecisto. Encontram indicaçÓo, nestas circunstÁncias, a gema de ovo, o azeite, a manteiga e a nata. Ao tratar-se de pacientes magros e sem crises dolorosas, é mesmo aconselhÁvel usar esses alimentos com certa largueza. Se existe hipercolesterinmia e abundÁncia de pigmentos biliares, a raçÓo de lipÓides serÁ reduzida, visto ser provÁvel a colesterose. Recorre-se, nesses casos, Às drogas colecistoquinéticas, como o sulfato de magnésia e as peptonas. Abundam no comÉrcio farmacÉutico as especialidades preparadas com esses compostos. Quando urge aumentar a secreçÓo hepÁtica, administram-se os Ácidos ou sais biliares, sobretudo o Ácido dehidrocÓlico.

É vulgar associar-se a estas formas de colecistite, a insuficiéncia de secreçÓo gÁstrica com as subseqüentes perturbaçÓes intestinais. A respectiva opoterÁpia melhora simultâneamente os correlativos sofrimentos dispÉpticos e a difusÓo enterocÓlica. SÁo relativamente frequentes as diarreias fermentativas nos casos de estases vesiculares. ImpÕe-se, nesses enfermos, restringir os hidrocarbonados e aumentar os albuminÓides, a fim de limitar os meios de desenvolvimento da flora iodófila.

Quando há espasmos do esfÍncter de Oddi, combatem-se pelos antiespasmódicos habituais: — atropina, beladona, papaverina e, sobretudo, a trasentina. Nos doentes nervosos, é recomendÁvel juntar-lhes fenobarbital.

O emprego do nitrato de amilo nas cÓlicas, recomendado pelos auto-



res americanos, será feito com circumspecção. O pântopon ou o eucodal têm indicação precisa nas crises violentas.

Nos enfermos com obstipação é recomendável o extracto de bÍlis de boi.

Trata-se a infecção crónica da vesícula, principalmente, com drogas coleréticas e colagogas, para aumentar a secreção da bÍlis e activar a contractilidade do colecisto.

Os processos fisioterápicos têm por fim acalmar os sofrimentos subjectivos do hipocôndrio direito. Ganhou crédito amplo, no tratamento dos espasmos da árvore biliar, a acção sedativa da diatermia, ondas-curtas, raios infravermelhos e luz azul. O próprio saco de água quente aplicado algumas horas por dia sobre o abdómen, costuma ter efeito benéfico.

O tratamento termal no Vidago, Monfortinho ou Vichy, oferece diversas vantagens: — estímulo do elemento hepato-celular, excitação da motilidade colecística, reforço diurético, melhora do estado físico pelo repouso e sedação nervosa por afastamento das obrigações profissionais. A crenoterápia, contudo, só pode ser usada nas fases de acalmia.

No decurso das crises agudas com acessos febris devem prescrever-se antibióticos. — »

RESSECÇÃO PULMONAR NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE — As indicações das exéreses pulmonares praticadas pelo A. pertenciam aos seguintes grupos:

a) Estenose brônquica (em especial nos casos em que coexistia atelectasia, bronquiectasias ou retenção).

b) Fracassos da colapsoterapia.

c) Pulmão ou lobo destruído.

d) Formas graves da pleurisia purulenta com lesões parenquimatosas.

e) Tuberculose da base.

f) Tuberculomas.

g) Cavernas que pela sua situação não são acessíveis à toracoplastia.

Os resultados obtidos, seriados de acordo com os tipos de intervenções efectuadas, foram sensivelmente idênticos aos apresentados pelos grandes Centros da especialidade estrangeiros; o A. resume-os assim:

« — *Ressecção segmentar*: Dezoito doentes operados, sendo dois de ressecção bilateral, tendo falecido um destes últimos, já anteriormente com função deficiente, por insuficiência respiratória progressiva 3 meses após a intervenção: mortalidade — 5,5 %; em boas condições ou clinicamente curados — 83,3 %

*Lobectomias superiores*: Cinquenta e três operados com 5 mortes por complicações post-operatórias (fístulas e reactivações).



Mortalidade — 9,43 %. Em boas condições ou clinicamente curados — 83,01 %.

Nos 53 doentes operados, os piores resultados foram os obtidos inicialmente, pois que nos últimos 36 operados de lobectomia superior tivemos apenas uma morte, 3 meses após a intervenção, o que dá uma percentagem de 2,7 % de mortalidade.

*Lobectomias inferiores*: — Dezoito doentes operados com uma morte por disseminação operatória contro-lateral.

Mortalidade — 5,5 %. Em boas condições ou clinicamente curados — 94,5 %.

*Pneumectomias*: Em 28 doentes operados tivemos 7 mortes por complicações operatórias, sendo uma por hemorragia e anoxia e as restantes por fístula e empiema. A mortalidade foi portanto elevada (25 %). Note-se contudo que nos últimos onze doentes houve apenas uma morte, por fístula, o que dá a percentagem de 9,1 % de mortalidade. — »

A MEDICINA CONTEMPORÂNEA, LXXIII, 1955 — N.º 3 (Março): *Uma hipótese sobre as relações psicofísicas*, por Barahona Fernandes; *O lobo parietal e a imagem do nosso corpo* (em francês), por Georges Anastassopoulos; *As contribuições de Egas Moniz. Uma apreciação americana* (em inglês), por Walter Freeman; *Secção supra-orbitária no tratamento das psiconeuroses e dos estados depressivos e emotivos senis* (em inglês), por William Beecher Scoville; *Angiografia do quisto hidático cerebral* (em espanhol), por Arana Iñiguez e J. San Julián; *Electroterapia selecionada intra-craniana cerebral directa* (em inglês), por Juan Negrin, Jr. N.º 4 (Abril): *O registo fotográfico das imagens broncoscópicas*, por Lopo de Carvalho, Filho; *As psicoses da gravidez, puerpério e lactação*, por Pedro Polónio e Motta Figueiredo; *Acção dum esclerosante (o «Varsyl»)* sobre a parede arterial, por J. Celestino da Costa J. J. Mendes Fagundes, Diamantino Lopes e M. M. Macedo. N.º 5 (Maio): *Acerca dum tipo especial de pneumoconiose: a suberose* (em inglês), por Lopo de Carvalho Cancelli; *Reografia hepática nas hepatites*, por J. Moniz de Bettencourt; *Anastomoses traqueais e brônquicas. Primeiros resultados* (em inglês), por E. Esteves Pinto, A. Salvador Júnior, A. Giesteira de Almeida e José Tavares. N.º 6 (Junho): *Vavulatomia mitral. Resultados a distância*, por Arsénio Cordeiro e E. Lima Basto; *Adenoma calcuoso da próstata*, por Luciano Ravara Alves; *Psicoses da isoniazida*, por Fragoço Mendes.

AS PSICOSES DA GRAVIDEZ, PUERPÉRIO E LACTAÇÃO. — O A. faz um estudo pormenorizado destas doenças mentais e chega às seguintes conclusões finais:

« — I — A gravidez tem uma acção protectora sobre o desencadeamento das doenças mentais endógenas. II — O puerpério e as suas



complicações somáticas, têm, pelo contrário, um efeito desencadeante, mais marcado para as esquizofrenias do que para a psicose maníaco-depressiva. III — Os factores constitucionais têm, nas psicoses exógenas, o mesmo papel que na esquizofrenia. IV — As esquizofrenias desencadeadas pelo puerpério pertencem ao grupo das esquizofrenias atípicas e têm evolução benigna. V — Nas psicoses maníaco-depressivas encontra-se um grupo de psicoses do parto e da involução, o que sugere a existência de um factor endócrino na precipitação destas psicoses.»

REOGRAFIA HEPÁTICA NAS HEPATITES. — A aplicação dum novo método de exploração da circulação — a reografia — ao estudo da circulação hepática de 31 doentes com lesões hepáticas diversas (31 casos de hepatite aguda benigna; 2 casos de hepatite grave, mortal; 16 casos de hepatite crónica ou cirrose hepática) permitiu ao A. chegar às seguintes conclusões:

«Os resultados que obtivemos pela aplicação da reografia ao estudo das hepatites mostram que em certas fases das icterícias agudas benignas há perturbações da circulação intra-hepática que podem diagnosticar-se por este método; e que nas icterícias graves, bem como nas hepatites crónicas, as alterações circulatórias intra-hepáticas são constantes e em geral profundas. Revelando-nos a existência e a importância destas alterações, a reografia deve tornar-se um auxiliar valioso para o diagnóstico e o prognóstico das doenças do fígado. A clínica não dispunha até agora dum processo, inofensivo e prático, capaz de nos informar facilmente sobre a circulação intra-hepática: os ensaios presentes permitem-nos esperar que esta lacuna esteja preenchida.»

RESULTADOS A DISTÂNCIA DA VALVULOTOMIA MITRAL. — 26 doentes operados por estenose mitral foram reobservados após um período médio de 20 meses; o exame compreendeu a apreciação de queixas subjectivas e de sintomas objectivos, a medição da capacidade para a execução de trabalho físico e, ainda, provas radiológicas e electrocardiográficas. Todos os doentes, excepto um, se viram livres de ortopneia, edema pulmonar, hemoptises e dispneia paroxística. Taquicardia, hepatalgia e palpitações foram observadas em 13 doentes, mas apenas nos períodos de não digitalização. A capacidade para o trabalho físico aumentou em 23 doentes, levando 12 deles uma vida inteiramente normal. Os resultados finais da intervenção são classificados pelo A. da forma seguinte: excelentes — 12 casos; bons — 7 casos; regulares — 4 casos; sofríveis — 3 casos.

PSICOSES PROVOCADAS PELA ISONIAZIDA. — O A. apresenta seis casos (3 casos de estados psicóticos de começo brusco; 2 casos de reacção neurótica de aparecimento menos rápido e, finalmente, 1 caso, não propriamente de psicose, mas de agravamento duma epilepsia essencial).



A este propósito faz várias considerações, das quais transcrevemos as seguintes: «— Logo que a hidrazida do ácido isonicotínico foi introduzida na terapêutica, se assinalaram nos doentes tuberculosos tratados, um certo número de complicações, quer psíquicas, quer somáticas. Entre as primeiras, os tisiologistas apontaram imediatamente como mais frequente, a sua acção enforizante. Além dos estados de leve exaltação afectiva e enforia, descrevem-se estados de hipomania ou síndromes maníacos típicos, particulares acentuados quando se ingerem altas doses da droga.

Nalguns doentes em que as alterações afectivas eram bem marcadas, notavam-se não só aumento do *élan* vital, optimismo, boa disposição e euforia, como também alterações da memória, hipermnésia, e hiperestesia sensorial, citando-se o caso dum doente «que via as árvores mais verdes e o céu mais azul».

Estas complicações psíquicas não implicavam a interrupção da terapêutica, ajudando por vezes mesmo, a recuperação somática dos doentes, que geralmente melhoravam o apetite. Citam-se casos em que os estados de euforia e bom humor provocados pela droga, não eram acompanhados de melhoras lesionais, como poderia pensar-se, coincidindo mesmo algumas vezes, com períodos de agravamento somático.

A exaltação do tónus afectivo, as modificações das percepções, as alterações transitórias da memória, atestam de certa maneira a acção da izoniazida sobre o cérebro, mas não constituem verdadeiras complicações psicóticas ou psiconeuróticas, como as descritas por alguns autores, e encontradas por nós em seis doentes, o primeiro dos quais em 3 de Dezembro de 1952.

Na literatura consultada, apenas encontramos 17 casos publicados de psicoses pela izoniazida, percentagem muito baixa, se atendermos ao número de doentes que tomam o medicamento e à frequência com que se descrevem estados de leve exaltação afectiva, aproximadamente em 80% de todos os doentes.

As perturbações com carácter psicótico, mais graves mas menos frequentes, apresentam-se geralmente sob a forma de acessos hipomaniacos, ou psicoses maníaco-depressivas, com ou sem confusão mental e incoerência. Descrevem-se também surtos esquizofrénicos, possivelmente esquizofrenias de desencadeamento exógeno, quadros psiconeuróticos e agravamentos de epilepsias.

Poderia pensar-se que as psicoses que atribuímos à izoniazida, fossem apenas sintomáticas da tuberculose, mas tal não acontece, pois como se sabe segundo os dados estatísticos, as psicoses agudas nos tuberculosos são raras, apenas 1%, salvo os estados confusionais dos casos hipertóxicos ou dos períodos terminais da doença. Nenhum dos doentes por nós estudados ou descrito por outros autores, correspondia a estas características.

Estimulados, quer pelo que se observava nos doentes tuberculosos



que tomavam izoniazida, aumento do *élan* vital, do apetite e do peso, aparecimento de boa disposição e euforia, quer no anseio de encontrar novas terapêuticas com que pudessem tratar os doentes, alguns autores pensaram aproveitar estes efeitos secundários, em psicóticos tuberculosos ou não, cujas características principais fossem a depressão, abatimento e anorexia.

Os ensaios realizados até hoje não são concludentes, alguns são mesmo contraditórios, mas parece-nos que o seu prosseguimento deve ser estimulado, em face do que se tem publicado sobre o assunto, e da nossa própria experiência, que apesar de bastante limitada, nos anima a continuar, em face dos resultados já observados.

Bachet assinala a remissão rápida de estados depressivos em bacilosos tratados pela izoniazida, acentuando porém que os resultados são por vezes nulos ou apenas transitórios.

Delay e col. trataram quatro melancólicos não tuberculosos com dois bons resultados parciais. Nos primeiros, observaram um rápido desaparecimento da angústia e insónia, aumento do apetite e da boa disposição.

A estatística de Salzer e Lurie, um tanto mais vasta, é bastante animadora: utilizaram a izoniazida em 41 depressivos e ansiosos, tendo verificado em 28, isto é, 68 %, melhoras rápidas e francas dos sintomas depressivos, e, nos 13 restantes, uma atenuação dos sintomas, que remitiram depois com duas ou três sessões de convulsivoterapia.

Krieser e col. confirmam as melhoras em muitos depressivos melancólicos, num grupo de 51 doentes. Notaram sobretudo um acentuado aumento do apetite, chegando alguns doentes a manifestar uma verdadeira bulímia. Esta modificação, encontrada em muitos doentes, é explicada quer pela simples irritação da mucosa gástrica, pela hipoglicémia, quer por uma acção directa sobre os centros diencefálicos reguladores do apetite. Por estes dados referidos, a izoniazida tem sido ensaiada também nos doentes com anorexia mental.

Weil, Bernfel e col. do mesmo modo que Porot verificaram melhoras rápidas em todos os doentes que trataram, comprovando por vezes aumentos de peso até 6 quilos, associando num dos casos insulina e vitamina B<sub>12</sub>.

A acção benéfica e inegável da izoniazida realiza-se por vezes à custa de certa nocividade para o organismo e muito particularmente para o sistema nervoso, o que de modo algum a faz banir do arsenal terapêutico se atendermos às vantagens que traz aos doentes tuberculosos.

Os efeitos secundários não se observam apenas no plano psicológico, descrevem-se também alterações neurológicas, cutâneas e sanguíneas que resumida e sucintamente enumeraremos.

Se na maioria dos doentes tratados a inoquidade da droga pode ficar demonstrada, não se considerando como desvantajosos os estados de euforia já referidos, nalguns podem manifestar-se no decurso do



tratamento perturbações muito variadas, tais como: celaleias, vertigens, irritabilidade fácil, exaltação dos reflexos ósteo-tendinosos, estados convulsivos transitórios, albuminúrias discretas, sintomas de irritação da mucosa gástrica, ou então, quadros de polinevrite, alterações tróficas graves, exantemas generalizados, quadros de pelagra aguda, degenerescências parenquimatosas do fígado ou dos rins e discrasias sanguíneas.

De todas as complicações as melhor estudadas, e mais citadas na literatura, são as polinevrites, que podem encontrar-se em 6 a 8 % dos doentes. Os trabalhos de Olle Hook, Paul Büniger, Hans Schulz Elbeck e H. Lubing, bem como os de Gamon, Burge e King, confirmam estes factos, podendo surgir nalguns destes casos, leves e breves episódios psicóticos de tipo confusional. A interrupção do tratamento pela izoniazida logo que se manifestavam os primeiros sintomas, era, na maior parte dos casos, suficiente para uma cura rápida.

As polinevrites da izoniazida atribuem-se a avitaminoses do grupo B, perturbações no sistema enzimático dos nervos periféricos, nos quais intervêm as vitaminas. Estas ideias podem de certo modo confirmar-se pelos casos de polinevrite associados a pelagra, como o descrito por Mc Connel e Chetham, em que além das alterações cutâneas e intestinais pelagrosas, havia um quadro psicótico que lembrava uma esquizofrenia catatónica aguda, com «Sperrung», ambivalência, negativismo e *raptus* impulsivos.

Segundo se pensa, a izoniazida inibe a acção da amida do ácido nicotínico, que com outras vitaminas, como se sabe, são constituintes importantes de certos co-enzimas, que interferem no metabolismo celular, especialmente no metabolismo dos hidratos de carbono do sistema nervoso. *Sydenstricker*, em 1943, provou que a privação aguda destas vitaminas pode precipitar psicoses sintomáticas.

Alguns dos estados pelagróides foram rapidamente abordados, após os primeiros sinais clínicos, logo que se interrompia o tratamento.

Além das polinevrites e estados pelagrosos, citam-se vários casos de púrpura cerebral, alguns deles mortais. Scheibe, assim como Piechaud e col., estudaram o assunto, tendo encontrado na necropsia, tumefacção vascular do cérebro e meninges, edema cerebral com extravazão sanguínea perivascular. Havia em todos os casos, degenerência lipóide do fígado, coração e rins. A morte tinha sido sempre precedida por perda de consciência e convulsões tónico-clónicas. Segundo a opinião dos autores, o cérebro pode ser lesado com doses 12 vezes mais pequenas do que os outros órgãos.

Aponta-se também como factor desfavorável a existência de hábitos alcoólicos anteriores, os quais parece tornarem os doentes mais vulneráveis; deve haver nestes casos um somatório de toxicidade. Do mesmo modo, os doentes que tomam izoniazida são menos resistentes ao álcool, fazendo crises de intolerância frequentes, donde o considerar-se um efeito «antabus» da hidrazida do ácido isonicotínico, em tudo



semelhante ao obtido nas curas da desabitação com os derivados do tetra-etil-tiurano.

Uma outra complicação descrita, que já pudemos comprovar, num doente, é o aparecimento de crises convulsivas e o agravamento de epilepsias. Reily e col. relatam num trabalho que a isoniazida provoca sinais electroencefalográficos de tipo epiléptico. Grandes doses desta droga podem originar depois duma latência de uma a duas horas, convulsões que lembram as do grande mal epiléptico. Os efeitos convulsivos lembram os do cardiazol, embora aparecendo mais lentamente. Na opinião daqueles autores, provoca nos epilépticos uma baixa do limiar para os estímulos luminosos e auditivos, originando a estimulação eléctrica, um alto potencial no electroencefalograma, e movimentos mioclónicos nas extremidades. Se a estimulação continua ou é muito intensa, pode surgir uma crise convulsiva.

Todas estas verificações levam a aconselhar doses mais altas de luminal nos epilépticos tuberculosos em tratamento pela isoniazida, citando Fetterhoff e Holmes o caso dum doente que morreu em estado de mal, por não se haverem tomado estas precauções.

Os factos acima apontados foram posteriormente confirmados por Benda, Kauffman, Selikoff e Robitzek, que observaram modificações discretas nos traçados electroencefalográficos de tuberculosos não epilépticos submetidos a tratamento.

Da literatura consultada, apurámos existirem publicados 17 casos de estados psicóticos devidos à isoniazida. Em 10 deles havia um começo agudo com confusão mental, alucinações visuais, discurso e pensar incoerente. A remissão dava-se geralmente pouco depois de suprimida a droga.

O caso descrito por R. Hunter lembrava de início uma esquizofrenia catatónica aguda, que evoluiu posteriormente para uma psicose de Korsakoff, com prejuízo muito acentuado da memória, fabulações e alucinações auditivas. Nesta doente encontravam-se também hiper-reflexia, alterações cutâneas e intestinais. Passado o período agudo da psicose notava-se um acentuado *déficit* orgânico irresistível.

Calvo Melendro descreve dois estados confusionais com alucinações zoópsicas e exaltação afectiva; e uma reacção fórbico-obsessiva, com ansiedade brusca, tristeza e sentimentos de estranheza do próprio corpo. A remissão dos três casos foi obtida em poucos dias com vitamina PP na dose de 300 mg diários por via endovenosa.

Benda, Kauffman e Buisson relatam também três casos: um acesso maníaco típico, um acesso misto maníaco-depressivo e um outro melancólico com auto-acusações, ansiedade e recusa de alimentos. A remissão dos dois primeiros foi conseguida com a simples supressão do tóxico; o terceiro caso, doente que já havia sofrido um acesso anterior, remitiu apenas com terapêutica convulsivante.



Paraf cita igualmente dois casos maníacos típicos, que atribui indiscutivelmente à isoniazida.

Lembremos por último o caso de Helmejer duma esquizofrenia de início agudo com elemento confusional, processo que na sua opinião foi posto em marcha pela droga.

Dadas as características de alguns sintomas presentes na maior parte dos doentes, pensa-se que a acção tóxica da isoniazida se deve exercer ao nível dos centros subcorticais, diencéfalo-hipofisários.»

A respeito do mecanismo pelo qual a isoniazida desencadeia o aparecimento dos quadros psicóticos, o A. escreve:

«— A hipótese defendida por Klauz Dziuba, que atribui os sintomas tóxicos apenas às endotoxinas libertadas pela destruição bacilar maciça, não deve ser aceite, se nos lembrarmos que a isoniazida tem apenas acção bacteriostática.

Para uns, os quadros psicóticos dependem exclusivamente de factores tóxicos; libertação pelo isoniazida de amoníaco, elemento responsável preponderante, hipótese que é defendida por Porcelati e Trabuchi e aceite por Curci e Del Torre, que propõem, para combater os efeitos tóxicos, a associação da droga a altas doses de ácido glutâmico, que forma um sal não tóxico e facilmente eliminável. Para outros, o que marca são os factores alérgicos, não atribuindo um papel importante à predisposição constitucional.

Segundo a nossa opinião, será certamente a predisposição constitucional, a labilidade sintomática de Kleist, que desempenha o papel mais importante no aparecimento das psicoses da isoniazida; ela constitui o terreno propício sobre o qual actua o tóxico, como factor desencadeante ou precipitante, equivalente a uma noxa exógena.

Dada a inespecificidade das reacções mentais às noxas exógenas, observam-se síndromes de vários tipos, na sua maioria síndromes maníformes com elemento confusional e incoerente. As alterações de consciência aproximam-nas assim dos tipos predilectos de reacção exógena de Bonhoeffer. Há, porém, outros tipos de reacção, como o agravamento de estados ansiosos e ainda o desencadeamento de síndromes esquizofrénicas, e esquizofrenias autênticas postas em marcha pelo isoniazida. Estas últimas podem explicar-se pelo mecanismo assinalado por Bostrom, para o desencadear de psicoses endógenas por causas exógenas em indivíduos predispostos e com carga hereditária conhecida.

Os achados anátomo-patológicos de Rubin (lesões hepáticas) apoiam a hipótese de que o fígado deve desempenhar um importante papel na patogenia das psicoses sintomáticas, sendo de aconselhar sempre um estudo das funções deste órgão, nos doentes tratados com a isoniazida.

Alguns medicamentos, da mesma forma que outras noxas exógenas, actuando em indivíduos com personalidades desarmónicas, e factores predisponentes variados, podem descompensá-los; lembremos o que sucede nalguns deprimidos, quando usamos a anfetamina, ou em hiperexci-



tados, quando empregamos drogas sedativas — reacções paradoxais de descompensação com nítido agravamento dos sintomas. —»

IMPrensa MÉDICA, XIX, 1955 — N.º 3 (Março): *Reflexões sobre o momento cirúrgico actual* (em espanhol), por A. Nuñez Puertas; *Uma carta do Doutor Jacob de Castro Sarmiento a Diogo de Mendonça Côrte-Real*, por Augusto d'Esaguy; *Mysterium doloris* (em espanhol), por L. S. Granjel; *O reumatismo através da História*, por Ivolino de Vasconcellos; *A funcionalização é evitável*, por Silva Leal; *A doença e o Génio*, por Almerindo Lessa. N.º 4 (Abril): *Considerações acerca das qualidades anatómicas fundamentais* (em espanhol); *Estudo de certas formações em novelo encontradas no útero* (em espanhol), por A. Garcia Hernandez; *As terapêuticas «de liquido cefalo-raquidiano» na epilepsia*, por Prieto Aguirre. N.º 5 (Maio): *Homenagem a Francisco Sanches*, por Luís de Pina; *Os médicos na «Comédia Humana»: Henri Bianchon*, por Cassiano Gomes; *Florence Nightingale e Henry Dunant benfeitores do Mundo*, por Ivolino de Vasconcelos; *Observações acerca de alguns testes laboratoriais pouco conhecidos* (em inglês), por Aldo Castellani; *O curandeirismo*, por Silva Leal. N.º 6 (Junho): *Curso de Psicologia Médica (Conspecto preambular)*, por Luís de Pina; *A Neurologia em Espanha* (em espanhol), por J. J. Barcia Goyanes; *Moléstia de Chagas*, por R. Franco do Amaral; *Medicina tecnocrática... Medicina psicossomática*, por Silva Leal.

O CURANDEIRISMO — O A., depois de perguntar quais as razões que influenciaram a França a enveredar por caminhos que fortemente chocam os admiradores desse país de cultura excepcional, faz referência à aceitação que ali se dá aos curandeiros, e a seguir escreve:

«— Como se concebe que, em França, haja mais curandeiros do que médicos?»

A triste realidade — e além de triste, lamentável, não deixa de ser cómica — é-nos apontada por Noel Bâyon, no seu livro *Miracles chez les guérisseurs*: 40.000 curandeiros e 38.000 médicos em França!

Como é isto possível numa época em que as conquistas no campo médico fizeram criar uma posição de prestígio à Medicina? Como se pode conceber proliferem até os curandeiros precisamente quando a Medicina mais avançou cientificamente, sendo a França uma das Nações que maior número de obreiros tem fornecido para esse progresso, inegável e indiscutível?

A imprensa francesa dedica a este problema uma atenção muito especial, mas é frequente o bom acolhimento aos *guérisseurs*, sendo pedido com insistência que a posição destes homens seja legalizada por meio de um *Estatuto da medicina livre* — o *statut de l'imposture*, como lhe chamou Georges Duhamel.



Afinal verifica-se que, quanto mais a Medicina foge do empirismo, mais o doente o busca, confiado e esperançado, cerrando os olhos à verdade!

Mas não se julgue que são apenas as camadas pouco cultas que assim procedem. Por natural delicadeza não cito casos nossos — embora muito mais raros do que lá fora — mas recorro a alguns apontados por Noël Bayon e que são bem demonstrativos:

«Henri Poincaré, mathématicien de génie, appelle à son chevet un guérisseur pour le débarrasser d'une hypertrophie de la prostate; Georges Clemenceau, le «Tigre», libre-penseur, fait spécialement venir de Vendée une sorcière de village pour lui enlever son erythrodermie exfoliatrice digitale. Deux grands hommes, deux échecs de la «médecine libre». Mais il y a mieux. En Angleterre, la guérison des diarrhées émotives de S. M. George VI a été quasi officiellement attribuée à l'intervention de Melle Maydenfair qui imposa les mains sur le ventre royal de S. M. Britannique en prononçant soixante-trois fois et à toute vitesse les paroles cabalistiques qu'un grand journal londonien qualifie respectueusement de «*perfectly intelligible*». Le 22 Janvier 1935, la *Berliner Tageblatt* n'hésite pas à informer ses lecteurs que le grand chirurgien Sauerbrük que devait devenir le chirurgien personnel d'Adolf Hitler, a été guéri, en une seule séance, d'hémorroïdes douloureuses, dont il devait se faire opérer, par l'imposition des mains du «Freiprofessor» (mot à mot: professeur libre) Maisemann, de l'Institut de Métapsychique et des Hautes Études Médico-Religieuses du Culte Infernal!»

Influenciados, como habitualmente somos, pelas ideias que vêm do estrangeiro, devemos estar preparados para enfrentar uma vaga de curandeirismo que, mais dia menos dia, nos assaltará.

É evidente que a imprensa diária tem um papel de primordial importância na defesa dos bons princípios, o que muito interessa à saúde pública, ou na divulgação e exaltação dos curandeiros. A vaga só tomará proporções de avalanche se a nossa imprensa se deixar avasalar, como em França, e se colocar ao serviço dos «curiosos». Espero que isso não se dê, mas creio que se devem tomar medidas profilácticas nesse sentido, não vamos qualquer dia acordar com alguma das nossas folhas a admitir e defender os princípios exóticos, prestando-lhes reclamo e difundindo as maravilhas dos *endireitas* e dos *curandeiros*.

Essas medidas só uma inteligência e persistente diplomacia, firmada na verdade, as poderá tornar úteis, de modo a preservarmos a superioridade de que ainda gozamos. —»

CLÍNICA, HIGIENE E HIDROLOGIA, XXI, 1955 — N.º 1 (Janeiro): *Influência do banho de lama de Dax sobre o electrocardiograma normal e patológico* (em francês), por A. Delmas-Marsalet;



*A criança acetonémica e a cura de Vichy* (em inglês), por J. Rouzand e Henry Rosanoff; *Os cuidados aos traumatizados nas estações hidrominerais* (em francês), por J. San Roman Rowyer e J. G. Lopez Doriga; *A cura de Vichy na criança*, por J. Rouzand e Henry Rosanoff. N.º 2 (Fevereiro): *Fisiopatologia do hipertiroidismo e sua tradução laboratorial*, por F. Cruz de Campos; *Métodos especiais de alimentação*, por Luís de Aguiar. N.º 3 (Março): *Termas dos Cucos, estação antireumática*, por J. A. Neiva Pinto; *A terapêutica termal dos Cucos*, por B. Dias Sarreira; *A água das Caldas da Rainha. Um depoimento*, por L. da Costa e Silva; *Os colecistectomizados na crenoterapia*, por Mário Rosas; *Crenoterapia infantil em Portugal*, por A. M. Pereira Machado. N.º 4 (Abril): *A fisioterapia nas estâncias termais*, por Soares Brandão; *Observações clínicas sobre o uso das águas de Caldela*, por Castro Amaro; *Catatermometria geresiana*, por Celestino Maia; *O enxofre e o fluor nas águas de Monção*, por A. Providência e Costa; *Das águas cloretadas médicas em geral e vários aspectos terapêuticos das Salgadas da Batalha*, por Amaro de Almeida. N.º 5 (Maio): *Sobre a educação das crianças surdas em Portugal*, por Campos Tavares; *O homem de audição normal e o surdo perante o mundo que os cerca*, por Manuel Pinto; *O surdo-mudo. Sua valorização social*, por Ary dos Santos.

MÉTODOS ESPECIAIS DE ALIMENTAÇÃO — O A. principia por fazer notar a importância de tais métodos quando se pretende lutar contra a inanição, descrevendo depois as modalidades de que se pode lançar mão para realizar tal desiderato. Refere depois pormenorizadamente a utilização das vias naturais (através de sonda nasal ou bucal), a alimentação por via indirecta, rectal ou parenteral, e finalmente a alimentação feita através dum orifício artificial (gastrostomia, jejunostomia, etc.). De cada uma destas modalidades cita as indicações específicas, a técnica, as vantagens e defeitos e presta especial atenção aos alimentos a usar neste tipo de alimentação e ao cálculo do valor calórico da ração, bem assim como à harmonia entre os diversos princípios nutritivos. Por serem estas as únicas modalidades que o clínico geral pode pôr em prática fora do ambiente hospitalar, vamos transcrever as considerações do A. a respeito da alimentação por sondagem gástrica (através de sonda bucalou nasal), por clisteres alimentares e por injeções subcutâneas ou intravenosas. A propósito da alimentação por sondagem gástrica, escreve o A.:

«— A aplicação duma sonda por via bucal ou nasal pode efectuar-se de forma a que a sua extremidade distal seja feita chegar ao esófago ou ao estômago. O método de sondagem naso-esofágico usa-se principalmente nos doentes metais, bem como, nos portadores de trismus, paralisias do sistema de deglutição, ou naqueles em que a sondagem «per os» provoca vômitos incoercíveis.



Por tal sonda podemos fazer passar uma série de alimentos como sejam o leite, caldos, mel, cremes, etc.

Estes alimentos devem ser injectados muito lentamente. Não aconselhamos o uso do funil como ejector porque a passagem dos alimentos torna-se muito morosa originando maior número de intupimentos da sonda e dificultando o trânsito de certas substâncias mais espessas que o uso da seringa permite empregar; além disso o funil proporciona muitas vezes a contaminação do alimento por poeiras, insectos, etc.

A sondagem naso-gástrica pode ser usada nos casos já apontados e também na anorexia mental, nos vômitos da gravidez, em certas formas de T. P. com absoluta intolerância gástrica para a alimentação oral, na atonia e dilatação gástrica, na estenose pilórica incompleta com ligeira retenção gástrica, por úlcera justa pilórica ou gastrite não ulcerosa; são pois estes os casos mais frequentes onde tal método pode ser empregado.

Esta sondagem permite a evacuação matinal do estômago em certas formas de gastrite com hipersecreção antes de introduzir os alimentos desejados, que não devem em geral ultrapassar o volume de 500 c.c.

O uso deste método, podemos dizer, de tratamento para certos casos é excelente pois muitas vezes em poucos dias conseguimos fazer desaparecer a hipersecreção, e nas estenoses pilóricas, os vômitos e as dores; no entanto é preciso fazer notar que se tal não se consegue o doente tem então indicações cirúrgicas.

É portanto um método muito esquecido, mas de bons resultados em muitos casos e que facilita noutros, a preparação do doente para o acto cirúrgico que assim é feito em muito melhores condições físicas gerais. — »

Sobre métodos de alimentação extra-gástricos (clisteres ou injecções) o A. afirma:

« — Este sistema é de considerar com atenção, pois sendo em geral a alimentação do homem hipercalórica em relação às suas necessidades, podemos fornecer durante algum tempo um volume alimentar mais restrito, porém, ainda capaz de fornecer energia, em valor aproximado aos gastos basais.

É interessante verificar como um organismo em tal situação se adapta às novas circunstâncias com facilidade; no entanto uma vez esgotados os reservatórios de gordura, o que leva para um individuo do tipo médio 3 a 4 semanas, entramos numa situação perigosa, porque as próprias massas musculares começam a ser metabolizadas pelos seus próprios enzimas e o teor da ureia na urina e no sangue vai subindo progressivamente.

O clister alimentar para que possa ser eficaz tem que ser composto por alimentos que sejam absorvidos pela parte terminal do intestino, ter pequeno volume e ser bem tolerado.

O poder de absorção da parte terminal do intestino é muito grande



para a água seguindo-se por ordem decrescente, o cloreto sódio, e os HC, dentro destes a glucose está em primeiro lugar seguida pela dextrina e sacarose.

As P. são dificilmente absorvidas, sendo no entanto esta propriedade maior para os aminoácidos e a seguir para as peptonas.

As G. são muito pouco absorvíveis, sendo a melhor forma a «emulsão». São melhor tolerados os ácidos gordos e os sabões. O álcool é facilmente absorvido e tem um valor energético importante além de activar grandemente a absorção das peptonas.

Para que os clisteres sejam bem tolerados temos que entrar em linha de conta com a sua composição, e com o coeficiente individual de absorção.

Assim não podemos usar clisteres alimentares nos portadores de colites ou em doentes que tenham forte reacção espasmódica intestinal.

A massa do clister não deve exceder 250 c.c. a 300 c.c. e na maioria dos casos não devemos dar mais de 150 c.c.

A frequência dos clisteres também não pode ser «ad libitum», sendo conveniente que não se façam mais de três a quatro nas 24 horas. Diariamente antes de dar o 1.º clister alimentar deve fazer-se 1 h. a 2h. antes um clister de lavagem.

Para medirmos a tolerância dos clisteres devemos servir-nos do índice peso, que quando baixa, demonstra a falta de absorção, e quando se mantém ou aumenta revela a eficácia do sistema. No entanto por mais eficaz que seja o clister empregado verifica-se ao fim dum certo tempo uma tendência para o emagrecimento que atinge em geral vários quilos no fim dum mês.

É evidente que o valor calórico administrado é sempre pequeno, porém este método não pode ser esquecido quando queremos lutar contra a inanição e o seu valor psicológico junto do doente tem que ser ponderado, pois é de grande utilidade. —»

Mais adiante, sobre a via sub-cutânea e intra-venosa o A. acrescenta: «— Estas vias são usadas como complemento da alimentação por clisteres, e ainda em casos muito graves como meio exclusivo de alimentação total.

Leube e Linnier aconselharam as injecções subcutâneas de óleos alimentares, desde 50 c.c. a 200 c.c. o que lhes daria um valor calórico razoável, 540 C a 1.800 C; porém na prática este método está praticamente abandonado e hoje resta-nos a introdução por esta via de soros fisiológicos e glucosados cujo valor calórico raramente ultrapassa 160 C por litro, e nem mesmo as soluções hipertónicas vieram resolver o problema alimentar por esta via.

A via intravenosa é já de considerar quando pretendemos lutar contra a inanição e, assim, Laurence e Corrade demonstraram que além dos soros glucosados nós podemos administrar proteínas em altas doses sob uma das três formas à nossa escolha:



Hidrolizados — Sangue total ou Plasma. No nosso caso só nos interessam os hidrolizado de proteína.

Estes produtos variam de importância alimentar conforme a sua composição em aminoácidos a qual depende do seu modo de preparação. Na América do Norte existem à disposição dos clínicos vários hidrolizados de proteína como por exemplo:

O amigen (hidrolizado enzimático de caseína e pâncreas de porco) em soluto a 5 % de glucose.

A Fibrina aminosol adicionada a 5 % de glucose.

A Gelatina Knox P 20 a 6 %, etc.

Foi possível manter doentes durante bastante tempo com 3 l. de soro glucosado a 10 % adicionado de 150 c.c. de amigen, cloreto de sódio, e vitaminas.

Também da Holanda nos chega um hidrolizado, o «Amparon», composto por proteína hidrolizada a 5 % adicionada a 10 % de açúcar, cloreto de sódio e potássio e que dá cerca de 600 C. por litro. — »

A composição dos clisteres alimentares mereceu também a atenção do A., que diz:

«— Existem numerosas fórmulas, de composição dos referidos enemas, das quais citaremos as que nos parecem mais apropriadas e convenientes para o fim em vista.

O critério que nos levou a escolher as que vamos indicar, fundamenta-se no facto de que a maioria delas são hipertónicas, muito concentradas, pouco absorvíveis e, que rapidamente se tornam intoleráveis, pois não nos devemos deixar seduzir por fórmulas que nos dão grandes valores calóricos, mas que são em geral ricas em acidentes de intolerância.

#### FÓRMULA DE BOAS

Leite . . . . .	250 gr.
Gema de ovo . . . . .	2 »
Cloreto de sódio . . . . .	1 colher de sopa
Vinho tinto . . . . .	1 » » »
Amido . . . . .	1 » » »

#### FÓRMULA DE MATHIEU

Rum . . . . .	1 colher de café
Fosfato de sódio . . . . .	5 gr.
Dextrina . . . . .	20 »
Peptona . . . . .	20 »
Água . . . . .	250 »

#### FÓRMULA DE LIHOSSIER

Água de cozer vegetais, s/ sal . . . . .	300 gr.
Dextrina . . . . .	50 »
Ovos . . . . .	2 »
Bicarbonato de sódio . . . . .	1 »



É interessante citar que Maragliano estabeleceu com uma fórmula fórmula da sua autoria uma alimentação por enema com a qual da sua autoria uma alimentação por enema com a qual conseguiu manter doentes durante 90 dias, só com uma perda de 2,7 kg.

Vemos pois o que se pode conseguir com estes métodos de alimentação e que longe de serem para desprezar nos parecem muito úteis, embora verifiquemos que são pouco empregados nos nossos meios hospitalares, talvez porque para eles não tenha ainda sido chamada a devida atenção. — »

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, XVIII, 1955 — N.º 3 (Abril): *Pneumopatias agudas precoces com lesões nervosas* (em francês) por M. Schachter; *O problema das amígdalas e dos adenóides visto por um pediatra*, por Fernando Sabido; *Técnicas projectivas em psicoterapia infantil*, por Schneeberger de Ataíde. N.º 4 (Maio): *Modernas exigências dos serviços de pediatria*, por Vítor Fontes; *Valor da cortisona no tratamento da coreia* (em francês), por Mário Cordeiro; *Tratamento pela cortisona das afecções cardíacas na coreia* (em francês), por P. Madeira Pinto; *Um caso de esclerema tratado com cortisona*, por A. Ferreira Gomes e Mário de Almeida Braga.

CORTISONA NO TRATAMENTO DA COREIA. — Depois de lembrar que — apesar da falta de bases anátomo-patológicas seguras — a coreia de Sydenham está estreitamente relacionada no seu mecanismo etiopatogénico com a doença reumatisal, o A. insiste na eficácia muito relativa dos esquemas terapêuticos utilizados até agora, pois com todos eles os efeitos são lentos e irregulares e as recidivas frequentes, ao mesmo tempo que se torna difícil, se não impossível, dominar a afecção cardíaca que — mais vezes do que se pensa — pode acompanhar o quadro neurológico da coreia.

A excelente acção da cortisona quer nas encefalopatias neuro-alérgicas, quer na doença reumatisal, levou o A. a ensaiar esta hormona no tratamento da coreia. A droga foi administrada *per os*, na dose diária de 75 a 100 mgs nos primeiros 2 a 4 dias, e de 50 a 75 mgs nos 15 a 20 dias seguintes. Este período de ataque foi seguido de uma fase de tratamento descontínuo, com 2 dias de tratamento e pausas progressivamente crescentes; este tratamento descontínuo manteve-se durante 5 a 6 meses, pelo menos para os doentes com afecção cardíaca acompanhando o quadro nervoso.

A dose total de cortisona variou entre 1 a 3 g, mas a dose mais alta foi excepcional. Os doentes foram sempre submetidos a dieta descloretada. Não houve qualquer sinal de intolerância; as tensões arteriais não se elevaram, o cloro, o sódio e o potássio sanguíneo não se



modificaram e os doentes não apresentaram oligúria nem glicosúria. Apenas nalguns doentes, no início do tratamento, se esboçou uma retenção hídrica com ligeiro aumento do peso corporal e *facies* lunar. A suspensão da droga não determinou nenhum fenómeno clínico ou laboratorial do tipo de «rebound phenomen».

Os resultados obtidos foram muito bons, traduzindo-se pela atenuação muito rápida dos movimentos coreicos e pela normalização do tono muscular, da regularidade da marcha e da linguagem. A regressão dos sintomas começa cedo, após 48 horas, e nos casos mais favoráveis o quadro nervoso desaparece numa semana. Os efeitos mantêm-se pelo menos durante muito tempo; os casos tratados segundo o esquema apresentado foram revistos entre 3 meses e 2 anos após o fim do tratamento e em nenhum houve recaída.

O A. pensa, pois, que, em face da acção pouco eficaz dos tratamentos empregados até agora na coreia, e dos resultados obtidos com a cortisona, esta deve passar a ser utilizada correntemente na terapêutica desta doença. A dose deve ser adaptada a cada caso, de acordo com a intensidade das manifestações nervosas e a existência de outros sinais de actividade reumatismal, da cardite sobretudo. O esquema proposto parece afastar o perigo de hipercorticalismo, bem como evita os fenómenos de hipocortisolismo que aparecem com a supressão brusca da hormona.

JORNAL DO MÉDICO, XV, 1955. N.º 636 (2 de Abril): *Problemas da terapêutica do empiema pleural tuberculoso*, por A. Sant'Anna Gandra; *Ensaio terapêutico com um novo antialérgico*, por Carlos Lapa. N.º 637 (9 de Abril): *Situações de urgência em cirurgia infantil*, por Armando Tavares; *A prova do rosa bengala*, por J. Gouveia Monteiro. N.º 638 (16 de Abril): *Cirrozes do fígado*, por Evaristo Franco. N.º 639 (23 de Abril): *Um estranho caso de histeria*, por Diogo Furtado; *Formação da bolsa esofágica após a gastrectomia total*, por F. Paes Vasconcellos. N.º 640 (30 de Abril): *Cirurgia estética nasal*, por José Tavares; *Um caso de rara sensibilização pós-transfusional*, por Eugénio Côte-Real e Amândio Sampaio Tavares; *A propósito de um caso de enfarte do miocárdio*, por Henrique Mendes Carvalhão. N.º 641 (7 de Maio): *Um caso de pseudomixoma peritoneal*, por José Luiz Pulido Valente; *Ressecção intra-gástrica de cancro do cárdia e esófago terminal*, por F. Paes Vasconcellos; *Pleurisias da grande cavidade e P. A. S.*, por António Elíseo Lopes Rodrigues. N.º 642 (14 de Maio): *O tratamento da tuberculose pulmonar nos últimos cinco anos*, por Mário de Alemquer. N.º 643 (21 de Maio): *Algumas considerações sobre histiocitomas cutâneos*, por Renato de Azevedo Correia Trincão; *Hidartrose periódica ou intermitente*, por António Moniz. N.º 644 (28 de Maio): *Discinésias vesiculares*, por Evaristo Franco; *Algumas considerações sobre histiocitomas cutâneos (conclusão)*, por Renato de Azevedo Correia Trincão.



UM ESTRANHO CASO DE HISTERIA. — Depois de salientar que as observações de grande histeria, tão frequentes em fins do século passado, com crises motoras acentuadas e fenómenos somáticos espectaculares (que desde Freud se chamam de conversão) são hoje de aparecimento raríssimo por rapidamente ser reconhecida pelo médico a natureza histérica da sintomatologia, o A. lembra que hoje o problema da histeria não está na atribuição de histérica a esta ou àquela perturbação, mas sim no conhecimento dos mecanismos psicológicos complexos que levam certos indivíduos a converter em sintomas somáticos o seu mal-estar espiritual. Apesar disso, por vezes aparecem ainda hoje casos de histeria somática complexa que levantam difíceis problemas de diagnóstico. É um caso deste tipo que o A. a seguir apresenta; dado o seu interesse, transcrevemos a respectiva observação:

«— Maria Gertrudes M. I., 17 anos de idade, doméstica. Obs. n.º 2.346. Entrada no Serviço de Neurologia em 13 de Novembro de 1954; saída com alta em 12 de Fevereiro de 1955.

Adoeceu em Dezembro de 1953. Nessa altura teve dores abdominais, em cintura, diarreia abundante e sanguinolenta, febre elevada e, logo de início, grande aumento de volume do ventre. Foram-lhe prescritos antibióticos e a diarreia desapareceu, mas persistiram a febre, embora menos elevada, e a distensão abdominal.

Em Janeiro iniciaram-se dores e parestesias em ambos os membros inferiores, do joelho para baixo, já então acompanhadas de considerável redução da força muscular. Acamou, e desde então não voltou a andar. A falta de força nas pernas não lhe permitia mesmo manter-se de pé.

Seguidamente, apareceu-lhe retenção de urinas e, mais tarde, formou-se-lhe uma pequena escara sagrada superficial.

As dores abdominais, a extraordinária distensão do ventre e a febre irregular mantiveram-se sempre. Em Agosto de 1954 foi internada num Serviço de Medicina, onde esteve até ser transferida para Neurologia. Foi-lhe ali feito o diagnóstico de peritonite bacilosa, que os antecedentes da doente, a extraordinária distensão do ventre e a febre justificavam. A doente foi submetida a fortes doses de medicação antituberculosa, com as quais não obteve mais do que melhoras ligeiras. As contradições do exame neurológico não escaparam também aos médicos do Serviço onde estava, mas o péssimo estado geral, a febre e os fenómenos abdominais retardaram a chamada de um neurologista. Este propôs a transferência da doente para Neurologia, o que, por acordo, foi feito ao fim de alguns dias.

Os antecedentes pessoais da doente eram carregados. Sofrera na infância, segundo dizia, de um «tumor frio», que lhe deixara uma cicatriz no dorso (cárie costal?). Tivera febre tifóide e reumatismo articular nos membros inferiores. Relatava também que já há muito se queixava de dispneia de esforço e palpitações pré-cordiais, e referia que, por diversas vezes, tivera hemoptises de sangue vivo.



Também os antecedentes familiares eram carregados, com grande incidência familiar de tuberculose pulmonar e extrapulmonar.

O exame objectivo mostrava uma rapariga cuja idade real e aparente coincidiam, com acentuada palidez da pele e mucosas, regular estado de nutrição, acamada, mas lúcida e colaborando no exame. Febre alta, remitente, irregular, atingindo frequentemente mais de 39°. Pulso a 90 p.m., pequeno mas rítmico. Tensão arterial Mx. 11; Mn. 8.

Existe uma discreta polipneia, com respiração superficial, mas sem sinais auscultatórios pleuropulmonares.

Eretismo cardíaco, com acentuação do 2.º tom pulmonar. Tons cardíacos puros.

Ventre saliente, tenso, timpanizado, com o volume aproximado de uma gravidez de 7 ou 8 meses. O ventre é doloroso à pressão, dando a impressão de certo empastamento profundo. Era duvidosa a maciez nos pontos de declive.

Não se palpavam massas tumorais, baço ou gânglios.

*Exame neurológico: Nervos cranianos* — Todos íntegros. Visão e audição normais. Boas reacções pupilares, tanto à luz como à acomodação, directas e consensuais. O reflexo córneo conjuntival é normal, o mesmo sucedendo com o reflexo faríngeo, que é vivo.

*Motilidade* — Paraplegia flácida absoluta. Atrofia muscular acentuada, de ambas as pernas, muito pouco marcada nos pés ou nas coxas. A pele, seca e descamativa, tem um aspecto distrófico, sobretudo nas pernas. Existe uma hipotonia muscular muito acentuada, sobretudo na coxa, sendo positivas as manobras de hiperextensibilidade. As massas musculares não são dolorosas à palpação, e os movimentos dos membros inferiores são passivamente possíveis, sem dor. Nos membros superiores a motilidade é normal.

*Reflexos* — Os reflexos profundos são normais, tanto nos membros superiores como nos inferiores, de intermédia vivacidade, sem extensão das áreas reflexogéneas.

Os abdominais, tanto cutâneos como profundos, respondem normalmente, e com vivacidade simètricamente igual.

Os plantares, ou se mantinham indiferentes, não dando qualquer resposta, ou respondiam em flexão. Não havia fenómenos de clono. Não havia qualquer sinal irritativo da via piramidal.

*Sensibilidades* — As respostas da doente eram variáveis e discordantes, pelo que os resultados foram tomados com reserva. No plano anterior havia hipostesia cutânea que ascendia até à arcada crural, acompanhada também de abolição das sensibilidades profundas e discriminativas. No plano posterior, embora muito menos marcada, a hipostesia ascendia até D<sub>8</sub>.

*Esfínteres* — A doente entrou algaliada. Quando se retirava a algália, fazia retenções de urinas, muito dolorosas, que chegavam a 24 horas e forçavam à algaliação. Havia obstipação.



*Exames laboratoriais:* Tanto em Medicina como em Neurologia, a doente foi submetida a numerosos exames laboratoriais, de que resumimos os dados essenciais.

Velocidades de sedimentação: variaram entre 15 e 30 mm.

Análises de expectoração: negativas para B. K.

Exames citológicos do sangue: mostraram sempre quadro hematológico normal.

Análise do líquido cefalorraquídeo: contagem — 0,8/mm<sup>3</sup>; albumina — 0,20 %/100; Pandy — negativo; R. W. — negativo; Mastic — curva normal.

*Exames radiográficos:* Foi a doente igualmente submetida a numerosos exames radiográficos: tórax, coluna vertebral, trânsito intestinal e bacia. Os aspectos obtidos mostraram-se sempre inteiramente normais.

*Evolução:* Logo após a nossa primeira observação, adquirimos a convicção de estarmos perante uma paraplegia histérica. Intentámos um torpedeamento sugestivo com electricidade, mas o resultado foi nulo. Acresce que o estado geral mau da enferma, a sua febre alta e o diagnóstico que trazia de peritonite tuberculosa, fizeram-nos vacilar e abandonar a ideia de reduzir imediatamente a paraplegia. Assim, confiámos a doente ao internista para que tratasse a situação abdominal, e fomos procurando captar por simples conversas o interesse e o afecto da doente.

O estado abdominal, porém, não melhorava, e as temperaturas elevadas e irregulares mantinham-se. O volume do ventre era muito considerável.

Foi então que surgiu um novo sintoma, que nos decidiu a ensaiar de seguida um método de psicoterapia abreviada e auxiliada. Foi o caso que, ao tentarem tirar a algália à doente, para a mudarem, as enfermeiras não mais o conseguiram. O espasmo dos esfíncteres e de toda a musculatura perineal era de tal ordem que, mesmo empregando toda a força, não se lograva retirar a algália.

Fizemos então uma primeira narcoanálise com pentotal, levando a doente até ao sono. O efeito foi espectacular: foi logo possível e fácil retirar a algália; o volume do ventre, cujo perímetro era de 85 cm ao iniciar a narcoanálise, baixou extraordinariamente, tendo 76 cm no final; e logo na primeira sessão conseguimos alguns movimentos dos membros inferiores.

Várias outras sessões de narcoanálise lograram a cura completa da doente e forneceram-nos detalhes sobre a situação psicológica que conduziu à conversão em tão espectaculares sintomas. A doença fora precedida de um dissabor forte, uma acusação que lhe fizera uma amiga, sobre umas agulhas com que a doente teria ficado. Muito antes, porém, o mal-estar espiritual existia já. A doente vivia afastada dos pais, por extrema miséria destes. Habitava em casa de uma irmã, e o comportamento do cunhado, ébrio duas ou três vezes por semana, e atrevido, assustava-a, e foi a verdadeira causa do seu «refúgio na doença».



Esteve na enfermaria algum tempo, fazendo massagens para corrigir a amiotrofia por inactividade das pernas, e saiu curada. Estivera acamada cerca de um ano. Não ficou explicado o seu mecanismo de mistificação da febre; esta desapareceu logo que o ventre baixou e as pernas começaram movendo, após a primeira sessão de narcoanálise.

A psicoterapia abreviada, que durou menos de um mês, acompanhou-se de forte *transfert* afectivo sobre o médico, o que, adicionado do retorno às circunstâncias ambientais anteriores — que outras não tinha — faz crer em provável recidiva dos mecanismos de conversão. —»

Seguidamente o A. faz alguns comentários a esta observação, dos quais reproduzimos os seguintes:

«— Como no início dissemos, as observações deste tipo são hoje raras. Não que seja rara a conversão histérica, mas esta faz-se geralmente sobre fenómenos e queixas somáticas mais verosímeis e comuns, tais como perturbações cardíacas, digestivas, etc.

Os grandes fenómenos motores, do tipo da paraplegia absoluta com retenção urinária, que a nossa doente apresentava, são actualmente pouco comuns. Conhecemos ainda algumas histéricas que fazem paraplegias recidivantes, algumas até pseudomiraculadas, mas o seu número tende a decrescer. Os fenómenos de conversão motora surgem-nos hoje, em geral, limitados a espasmos ou paresias localizados, a disfonias ou mesmo afonias, disfagias, etc. A sua identificação como pitiática não oferece geralmente dificuldades, como as não teria oferecido a paraplegia da nossa doente, se ela se não tivesse acompanhado dos fenómenos abdominais e febre que referimos.

A enorme distensão do ventre, muito doloroso, acompanhada de febre e mau estado geral, e tomada geralmente como peritonite tuberculosa, era bem conhecida dos clínicos franceses de há 40 anos, fortes especialistas de histeria. Foi Bernheim, no princípio deste século, quem falou primeiro de «ventre em harmónio», expressão que punha em evidência a particularidade de tais ventres poderem diminuir bruscamente e voltar depois a inchar.

Na guerra de 1914-18, o fenómeno surgiu com grande frequência e recebeu dois nomes que persistiram até hoje, o de «gros ventre de guerre» e o de *catiemofrenose*, este último pondo em evidência o aumento de volume do ventre e a sua origem diafragmática.

Denechau e Mattrais (1916), Roussy, Boisseau e Cornil (1917), deixaram descrições precisas do fenómeno, cuja identidade com o caso que apresentamos é perfeita. Ouçamo-los:

«A *catiemofrenose* sobrevém geralmente na ocasião de perturbações digestivas de intensidade variável. Num tempo muito curto, às vezes mesmo bruscamente, o ventre aumenta de volume. Esta distensão muitas vezes considerável do abdómen torna-se então o sintoma dominante. O ventre está globoso, distendido, atingindo o volume do de uma mulher grávida de oito ou nove meses. É resistente à pressão ligeira. Não é



modificado pela respiração, que é de tipo torácico superior, estando a amplitude dos movimentos reduzida ao extremo.

Às vezes as perturbações gastro-intestinais agravam-se e tornam-se rebeldes. O estado geral está em estreita relação com elas. Se são muito intensas, torna-se mau: emagrecimento importante, fácies e às vezes mesmo pigmentação anormal de certas zonas cutâneas, da face em particular. O agravamento do estado geral contribui para que certos destes doentes, no decurso das suas longas peregrinações hospitalares, sejam considerados como portadores de peritonite tuberculosa e tratados como tais».

Um aspecto curioso destes casos é a frequência com que são submetidos a intervenções cirúrgicas, cuja necessidade eles próprios, talvez, insinuam no cirurgião. Quenu referiu, numa comunicação na Academia de Cirurgia, três casos nos quais havia posto a indicação operatória, e em que só o singular efeito da anestesia sobre o volume do ventre fez suspender o acto cirúrgico e conduzir à verdadeira origem do fenómeno.

Também a observação publicada em 1952 por Delay, Bertagna e Luras dizia respeito a uma rapariga que havia já sido operada por fenómeno análogo.

Quanto ao mecanismo de distensão abdominal, desde Denechau e Mattrais se admite que ele resulta de uma contracção voluntária em posição baixa e em inspiração forçada do diafragma. Trata-se, portanto, realmente, de uma frenonevrose.

Estes casos, embora raros, não são ainda hoje excepcionais. Há pouco, num jornal médico suíço, Krantz punha em evidência que um dos milagres apontados no livro póstumo de A. Carrel, intitulado «Voyage à Lourdes», era provavelmente também uma catiemofrenose. A brusca diminuição espectacular do volume do ventre tornava muito provável esta interpretação.

Voltando ao caso clínico da nossa observação, salientamos que foi a sobreposição de uma hábil simulação de febre à catiemofrenose, mantida durante meses, com grave prejuízo do estado geral, e por fim complicada de uma paraplegia com retenção urinária, que retardou o diagnóstico.

O emprego de um método de psicoterapia abreviada trouxe a rápida cura da enferma. Pôs, além disso, em evidência a provável psicogénese do estado mórbido: um pequeno abalo moral, sofrido pouco antes do início da doença, escondia o aborrecimento pelas suas condições de vida, o receio do cunhado e até, talvez, o choque provocado por tentativas sexuais deste. —»

O A. termina fazendo interessantes considerações a respeito do conceito da patogenia da conversão histerica.

BOLETIM DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA — Está publicado o 2.º volume de este Boletim, que contém todos os trabalhos em separata de «O Médico».



## REVISTA GERAL

### Síndrome do climatério masculino Valor das provas diagnósticas (1)

por RENATO BORGES DA FONSECA (2)

*Assistente da Faculdade Nacional de Medicina (Rio de Janeiro)*

Há um período no ciclo da vida, em que a personalidade do homem, compreendida e estudada sob o ponto de vista da diferenciação individual, se transforma. Os caracteres psíquicos tomam aspectos diversos e o ritmo da vida tende a mudar-se, porque o indivíduo reage em face ao meio de uma forma diferente. É o período denominado por PENDE de «idade da formação da vida» e cujo estudo assume uma importância considerável, pois se baseia em um quadro de patologia complexa, glandular, neuro-vegetativa, metabólica e circulatória e sempre com um denominador comum que é o aspecto psicológico. É o climatério. É a etapa biológica que marca o início da involução fisiológica e cujas manifestações mórbidas são variáveis em grau de intensidade de acordo com e na dependência de um terreno predisposto. É o início de uma arritmia endócrina, cujo ponto de partida é a hipofunção gonádica (2).

Ao contrário das mulheres, nas quais se pode limitar o aparecimento do climatério entre os 40 e os 50 anos e até mesmo dividi-lo nos três períodos da pré-menopausa, da menopausa e da pós-menopausa, nos homens o seu aparecimento é mais tardio e se processa dentro de uma faixa muito maior de anos.

A produção da androsterona pelas células de LEYDIG, é evidenciada de um modo indirecto, pela determinação da taxa de eliminação dos 17-cetosteróides nas 24 horas. De um modo indirecto, porque os 17-cetosteróides são os produtos terminais do processo catabólico que sofrem no organismo, quer o hormônio androgénico, quer o supra-renal. Se for feita esta determinação em homens de diversas idades, veremos que um gráfico das taxas encontradas descreve uma parábola durante o transcorrer da vida, começando a ascensão na puberdade, para atingir o ponto culminante em torno dos 25 anos e manter-se neste nível até os 35 anos, começando então a declinar gradualmente até atingir os 65 anos, quando a actividade das células de LEYDIG se aproxima

(1) In «Arquivos Brasileiros de Medicina» — Março-Abril de 1955.

(2) Trabalho do Departamento de Endocrinologia e Metabologia da 5.ª Cadeira de Clínica Médica da Faculdade Nacional de Medicina (Serviço do Prof. Magalhães Gomes).



da que existia antes da puberdade. Em geral a produção do androgénio diminui tão gradualmente, que o homem se adapta satisfatoriamente e ela, sem apresentar sinais clínicos da hipofunção gonádica. Muitas vezes, no entanto, manifestam-se os sintomas da síndrome do climatério, sintomas incaracterísticos, mas cuja presença em homens a partir da 5.<sup>a</sup> década de vida, devem levar o internista atilado a pensar na existência desta síndrome.

A cefaléia (occipital na maioria das vezes), a fadiga excessiva, o nervosismo, a instabilidade, a irritabilidade, a insónia, a diminuição da memória e da capacidade de concentração, o medo e a sensação de insegurança, são os sintomas habitualmente relatados ao lado de distúrbios vaso-motores como fogachos, calefrios, suores e parestesias nas extremidades, além de crises anginóides sem relação com o esforço. Por vezes há queixas sobre dores vagas nos membros, dores vesicais, diminuição da força do jacto urinário (quase sempre devido ao aumento do volume da próstata). Finalmente, como corolário e muitas vezes assumindo o principal papel entre as queixas do paciente, temos a diminuição da libido e da potência «coeundi».

Há, no entanto, psicopatias de aparecimento comum nesta fase de involução da vida, que poderiam mascarar, confundir e até mesmo ser diagnosticadas erroneamente como climatério masculino. Tal é o caso das neurastenias, da melancolia, das paranóias com seus delírios ora no sentido religioso, ora no sentido erótico. A tal ponto pode chegar esta confusão, que há certos autores que põem em dúvida a existência da síndrome do climatério masculino, preferindo atribuir a sintomatologia a uma psicopatia, alegando com justas razões, a influência do sector psíquico na produção da libido e da potência.

Tentando dirimir estas dúvidas, têm os autores modernos procurando encontrar métodos laboratoriais de dosagem hormonal, que permitam assinalar uma diminuição na produção dos andrógenos, diminuição que seria responsável pelos sinais e sintomas do climatério.

1 — Neste sentido, HELLER e MYERS (4) em 1944 propuzeram a dosagem do hormónio foliculo-estimulante como um bom índice de diferenciação. Semelhantemente às mulheres castradas ou em menopausa, os homens durante o climatério eliminariam uma taxa elevada do H. F. E. Este aumento de excreção das gonadotrofinas, ocorreria pela falta de utilização deste hormónio pelas gonadas não funcionantes. Deste modo, dosaram o H. F. E. em 38 pacientes, 15 com psicose e 23 com climatério masculino. No primeiro grupo as taxas de eliminação do hormónio mantiveram-se normais, enquanto no segundo grupo eram muito elevadas, atingindo não raramente níveis de 3 a 5 vezes maiores que o normal. Concomitantemente, em biópsias feitas em 8 dos 23 pacientes citados, foram encontradas lesões nos túbulos seminíferos e diminuição do tamanho e do número das células de LEYDIG. NELSON (10) em 1948, confirmou o achado de alterações nas células



de LEYDIG, em biópsias de testículos enfermos, classificados como portadores de climatério masculino. Mais tarde, HOWARD (5) em 1950 e SNIFFEN (12) em 1951, confirmaram o achado de taxas elevadas do H. F. E. em casos de climatério, ainda que não pudessem verificar a concomitância das lesões histológicas.

Esta prova teve grande aceitação inicial, até que em 1948 GOLD-ZIEHER (3) põe-na em dúvida, argumentando ser pouco crível que a pituitária, em homens idosos, respondesse sempre tão homogêaneamente e automaticamente à insuficiência testicular, não acreditando que o diagnóstico de climatério pudesse ser afastado pelo achado de taxas normais ou mesmo baixas do H. F. E. na urina. Também LANDAU (6) duvidou da eficácia da prova, achando que a elevação do H. F. E. urinário não reflecte, necessariamente, uma secreção deficiente dos androgénios.

Dúvidas maiores surgiram, quando MCCULLAGH e HRUBY (8) verificaram que as taxas do H. F. E. não se reduziam ao normal, pela administração de testosterona em casos de hipogonadismo grave, facto interpretado como prova da existência do 2.º hormónio testicular, a inibina. Esta impressão foi confirmada por HOWARD et al. (5) que verificaram H. F. E. elevado em casos de orquite bilateral, com células de LEYDIG e 17-cetosteróides nomais, mas com tubulos e células de Sertoli destruídos. Desde então, formou-se uma corrente de opinião favorável à existência do 2.º hormónio testicular, que para uns seria a inibina (8), para outros (5) a substância «X», e para terceiros seria o estrogénio, ou uma substância com acção farmacológica semelhante. Observações de tumores de células de Sertoli causando feminilização, bem como achados de Mengert em hermafroditas; de Del Castillo em casos de agenésia de túbulos seminíferos; de isolamento de estrogénio nos testículos de homens e cavalos, vieram corroborar a impressão de que os estrogénios seriam formados nas células de Sertoli e que eles seriam os inibidores fisiológicos da produção de gonadotrofinas por parte da adeno-hipófise (13).

Baseados nesta corrente de opinião, chegaríamos à conclusão de que a prova de HELLER e MYERS, teria tido por parte de seus autores, uma falsa interpretação, carecendo de valor no diagnóstico de um hipoleydigismo, reflectindo na realidade, um hiposertolismo.

Não obstante o peso dos argumentos e o valor das experiências expostas acima, NELSON (13) e posteriormente outros autores como MADDOCK, EPSTEIN e o próprio NELSON (9), dosando estrogénios em indivíduos normais e em eunucóides, antes e depois da administração de gonadotrofinas coriónicas, comprovaram por biópsias testiculares, que os estrogénios são, quase certamente, elaborados, tal como os androgénios, nas próprias células de LEYDIG. Estas experiências, de grande valor, vêm dar novamente à prova de HELLER e MYERS, uma importância que temporariamente pareceu perdida.



2 — A dosagem dos estrogénios na urina, acima relatada, proposta por MADDOCK e colaboradores (9), é um índice de grande precisão e sensibilidade, maior mesmo, que a dos 17-cetosteróides. Isto porque, enquanto os estrogénios são provavelmente produzidos exclusivamente nas células de LEYDIG, os 17-cetosteróides têm origem testicular (células de LEYDIG) e adreno-cortical. A dosagem dos estrogénios mostrou-se muito mais uniforme, muito mais precisa e muito mais de acordo com os casos clínicos, do que a dos 17-cetosteróides, quer em homens normais, quer em hipogonádicos antes e depois de estímulo testicular pela gonadotrofina coriônica.

Os resultados são expressos em microgramas e determinados biologicamente em comparação com a estroma ou com o benzoato de alfa-estradiol, girando nos homens normais, em torno de 10 microgramas (estrona) ou 1 micrograma (benzoato de alfa estradiol) e nos eunucóides em torno de 2 microgramas (estrona) ou 0,2 microgramas (benzoato de alfa-estradiol).

3 — A determinação da excreção urinária dos 17-cetosteróides tem sido largamente empregada como índice da produção dos hormónios androgénicos. Entretanto, pelo menos a metade da quantidade total dos 17-cetosteróides eliminada é proveniente da córtex supra-renal, o que torna impossível distinguir-se, unicamente por este método, um eunuco de um homem normal, principalmente se levarmos em conta os limites imprecisos que existem entre taxas consideradas normais e anormais. CALLOW (1940), citado por SPENCE (14), encontrou em homens normais taxas de eliminação dos 17-cetosteróides nas 24 horas, que variavam entre 3,5 mg e nos eunucos, valores que iam de 3,1 a 10,9 mg, neste mesmo espaço de tempo. Muito maior, está claro, será a dificuldade para descobrir casos de deficiência androgénica discreta, pequena, muitas vezes oculta. Há ainda a notar que factores como o estado de nutrição individual, o «stress», a função hepática e renal, influenciam a taxa de excreção destes metabolitos. O que é ponto pacífico, no entanto, é que após os 50 anos, a taxa dos 17-cetosteróides acentua a sua queda gradual, demonstrando a diminuição da actividade das células de LEYDIG, atingindo em torno dos 75 anos, valores na casa dos 7 mg, o que corresponde praticamente à eliminação da fracção dos esteróides suprarrenais unicamente. Conclue-se, pois, que taxas de eliminação muito diminuídas em relação às médias encontradas para a idade do paciente, indicam uma provável disfunção gonádica, enquanto que valores elevados, nas mesmas condições, constituem evidências contrárias ao diagnóstico de climatério.

4 — LENTINI e FORTUNATO (7), em 1952, propuseram uma prova funcional da actividade hormonal do testículo, baseada na resposta da mesma ao estímulo gonadotrópico. Os 17-cetosteróides são doseados antes e depois da administração de gonadotrofina coriônica (500 U. I.) durante 5 dias consecutivos. A prova praticada em 46 pacientes homens,



entre 45 e 80 anos, demonstrou que a resposta testicular vai gradualmente diminuindo dos 45 aos 60 anos, embora se mantendo relativamente elevada, para cair bruscamente entre 60 a 65 anos e ser praticamente nula após esta idade. A negatividade da reacção testicular seria elemento de grande importância para caracterizar o climatério masculino, enquanto que uma resposta pequena não seria suficiente para afastar este diagnóstico.

5 — A dosagem, proposta por alguns, da frutose no esperma dos pacientes, como prova da acção androgénica sobre as vesículas seminais foi posta de lado, pois é mínima a quantidade de hormónio masculino requerida para que as referidas vesículas produzam a frutose, o que falsearia a prova e mascararia os casos mais discretos de climatério (6).

6 — A fosfatase ácida urinária, derivada da próstata, mostra variações diárias tão grandes, que a sua determinação foi posta de lado também, como sendo um dado destituído de valor na apreciação da acção androgénica sobre aquela glândula (6).

7 — Do mesmo modo, não há qualquer relação, pelo menos evidente, entre a produção do esperma e a actividade das células intersticiais, o que torna o espermograma um exame também destituído de valor no diagnóstico do climatério masculino (6).

8 — Finalmente, a prova terapêutica, pela administração de testosterona, tem sido considerada de grande importância por autores como HELLER e MYERS (4), por GODZIEHER (3). Este último crê, mesmo, ser a única prova absoluta, pois verificou, tal como HELLER e MYERS, uma resposta altamente favorável em todos os casos de climatério masculino, em contraposição com os casos de psiconeuroses, que em nada se beneficiaram com esta terapêutica. Os pacientes que não evidenciarem grande melhora clínica indicam que os sintomas não se prendem à deficiência de produção hormonal e exigem uma revisão do diagnóstico. Autores como LANDAU (6) objectam que um neurasténico pode beneficiar com a administração do hormónio, que serviria apenas como agente psicoterápico. Nestes casos, a interrupção do tratamento hormonal e sua substituição por um placebo continuaria a beneficiá-lo. Evidentemente o mesmo não ocorre em um caso de climatério masculino, no qual, substituição semelhante determina retrocesso com reaparecimento da sintomatologia clínica anterior.

Portanto, diante de um homem entre os 45 e 65 anos, com queixas semelhantes às já enumeradas anteriormente, o diagnóstico de climatério masculino tem que ser aventado, considerado e só afastado após provas evidentes do contrário. Não tendo a incidência ou a quase obrigatoriedade de aparecimento do climatério entre as mulheres, é, no entanto, muito mais frequente do que se pensa, deixando em grande número de casos de ser diagnosticado.

A dosagem do hormónio folículo-estimulante, ou a dos estrogénios, simplesmente, ou então a dos estrogénios juntamente com os 17-cetos-



teróides antes e depois da administração de gonadotrofinas coriônicas, ou ainda a prova terapêutica, de fácil manejo e sem qualquer contra-indicação, devem ser processadas sempre que possível.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — BALCHUM, E. G., TOWBIN, M. N. — Climacterio or Menopausal muscular dystrophy — *Annals Int. Med.*, vol. 37, 1952.
- 2 — FERREIRA E SILVA, H. F. — Climatério masculino — *O Hospital*, Set. 944.
- 3 — GOLDZIEHER, M. A. — O Síndrome do Climatério Masculino — *Arquivos de Clinica*, vol. VII, 1, Julho de 1948.
- 4 — HELLER, C. G., MYERS, G. B. — The Male Climacteric, its symptomatology, diagnosis and treatment — *J. A. M. A.*, Oct. 21, 1944, pág. 472.
- 5 — HOWARD, R. P., SNIFFEN, R. C., SIMMONS, F. A., ALBRIGHT, F. — Testicular deficiency: a Clinical and Pathological Study — *J. Clin. Endoc.*, 10, 121, 1950.
- 6 — LANDAU, R. L. — The concept of the Male Climacteric — *Med. Clin. of North Am.*, Jan, 1951, vol. 35, n. 1.
- 6 — LENTINI, C., FORTUNATO, G. — Rec. Prog. in Medicina, 13 (3), 242, 1952, citados em «A Andropausa» — *Resenha Clínico-Científica* — Ano XXII, n. 4.
- 8 — MACCULLAGH, E. P., HRUBY, F. J. — Testis-pituitary Interrelationship. The relative inability of testosterone to reduce urinary Gonadotrophin in Eunuchoid men. *J. Clin. Endoc.*, 9, 113, 1949.
- 9 — MADDOCK, W. O., EPSTEIN, M., NELSON, W. O. — The Assay of Urinary Estrogens as a test of Human Leydig cell function — *Ann. of New York Academy of Sciences*, vol. 55, 657, Nov. 1952.
- 10 — NELSON, W. O. — *Medical Clin. of North America*, 32, 97, 1942.
- 11 — NELSON, W. O. — Hypogonadism in the Male. *Prog. in Clin. Endoc.*, Jan. 1950.
- 12 — SNIFFEN, R. C., HOWARD, R. P., SIMMONDS, P. A. — *Arch. Pathology of Chicago*, 1951, 51, 293.
- 13 — SOFFER, L. J. — *Diseases of the Endocrine Glands*, 1951, págs. 436-438. Lea Febiger.
- 14 — SPENCE, A. W. — The Climacteric: is it an entity? — *British Med. Journal*, June 12, 1954, pág. 1353.
- 15 — WERNER, A. A. — The Male Climacteric — *J. A. M. A.*, April 15, 1939.

---

## SÍNTESES E EXCERTOS

### Prevenção das durezas, edemas e rarefações ósseas consecutivas às fracturas

Que a imobilização desempenha um papel grande na persistência destas alterações, é verdade de há muito estabelecida. Mas não é só ela a culpada dos edemas, da rigidez, da rarefação óssea; as perturbações circulatórias, consequência da reacção do sistema nervoso vegetativo, entram em jogo de maneira notável. Assim pensando, R. LERICHE (*La Presse Médicale*, 18-IX-1954) uma vez mais defende a prevenção de esses estados, sobretudo nas pessoas idosas, mais atreitas a eles, por meio de uma terapêutica que consiste na infiltração novocainica repetida do foco de fractura, ou no bloqueio dos



gânglios simpáticos respectivos, ou, por ser mais simples nos casos em que qualquer destes procedimentos seja difícil, nas injeções intra-arteriais de procaina, durante uma dezena de dias.

### **Nefrite edematosa subaguda tratada pela malária**

R. PORTER dá conta de um caso observado num rapaz de 11 anos, com edemas e ascite. A taxa de albumina era baixa no soro, alta na urina, que não aparentava cilindros nem glóbulos rubros; ureia e colesterol, normais. Falhando a terapêutica habitual, o estado agravou-se, aumentou a albuminúria, apareceram cilindros e glóbulos rubros, a taxa do colesterol elevou-se. Resolvido impaludá-lo, verificou-se agravamento de todos os sinais enquanto durou a infestação pelo agente da terçã benigna; mas ao 16.º dia suspendeu-se com o emprego de mepacrina, e logo as melhoras surgiram, tão progressivas que um mês depois o estado do rapaz era normal. Este processo foi preconizado por Birne e Glaidner, em 1952; há 4 casos publicados. (*British Med. J.*, 11-XII-1954).

### **Etiologia das infecções mamárias pós-parto**

Por estudo sistemático, E. WEERTS apurou que a coexistência das linfangites do seio com lóquios fétidos sobrepuja em muito a observada em relação a outros focos infecciosos e à diabetes. Nelas encontra-se, com raras excepções, o estafilococo dourado. As vias de infecção, difíceis de determinar, são: as mãos da parteira e do pessoal convivente, a boca do lactente, a via sanguínea ou linfática. A presença do micróbio na boca do lactente gradua-se entre 75 e 90 por cento de frequência, podendo nalguns casos ser o ponto de partida da infecção mamária. A origem endógena, por focos infecciosos noutras territórios é rara. Quase sempre a infecção vem indirectamente da própria mulher, que nos seus lóquios fétidos tem o agente, propagado por falta de limpeza das pessoas que lidam com a parturiente. Desde que intensificou os cuidados de higiene as linfangites diminuíram de frequência. (*Bruxelles Médical*, 20-II-1955).

### **Tratamento dos ósteo-sarcomas**

J. LEBRUN, notando os graves inconvenientes das operações mutilantes em jovens, preconiza a radioterapia intensiva (5.000 a 6.000 r.) mesmo com o risco de rádionecrose. Se passados seis meses sobre a radioterapia, o doente mantém regular estado geral, sem sinais de metástases, é a altura de se fazer a intervenção cirúrgica extirpadora do tumor, tendo-se evitado amputações e desarticulações. (*Acta Chir. Bélgica*, n.º 3 de 1954).

### **Lipotrópicos na angina de peito**

GOULDER e KISSANE (*Am. Heart J.*, Dez. 1954), estudam um grupo de 25 pacientes com angina de peito tratados com lipotrópicos. Parece ter havido discreta melhora em 6 destes pacientes embora praticamente não tenha havido modificações no estado objectivo cardíaco.

Com o tratamento os níveis de colesterol sérico diminuíram ligeiramente e houve redução dos fosfolipídios séricos. Estas variações bioquímicas foram observadas tanto nos pacientes que melhoraram quanto nos que não tiveram seu estado mórbido modificado pelos lipotrópicos. Ao fim de 2 ou 4 meses os valores sanguíneos do colesterol e fosfolipídios voltaram de forma irregular, aos níveis primitivos, independente da continuação do tratamento.

Os AA. sugerem que, a acreditar nos efeitos benéficos dos produtos lipotrópicos, eles devem ser administrados por longos meses.



### Efeito do ACTH na colite ulcerosa crônica

33 doentes tratados com ACTH foram seguidos durante mais de dois anos por KIEFER e ELLIOT (*Gastroenterology*, Nov. 1954). Ao princípio do tratamento melhoraram 23; destes só 8 permaneceram bem. Concluem os AA. que se o ACTH é, sem dúvida, um poderoso auxiliar na terapêutica da colite ulcerosa crônica, ele não deve fazer esquecer os outros processos de tratamento médico ou cirúrgico. Assim, o ACTH está particularmente indicado nos casos agudos e muito tóxicos e na preparação para as intervenções cirúrgicas.

### Tratamento do enfarte agudo do miocárdio

BLUMGART (J. A. M. A., Dez. 1954), resume neste artigo o tratamento clínico do enfarte agudo do miocárdio, discutindo a importância do repouso, do controle da dor, da administração de oxigênio, aminofilina, digitálicos, quinidina, procainamida, nitroglicerina e anticoagulantes. Dedicar especial atenção ao tratamento do choque associado, dizendo que um choque moderado ou intenso com pressão sistólica inferior a 80 mm Hg pode tornar qualquer tratamento ineficaz no prazo de uma hora. Indica a necessidade de um tratamento enérgico e precoce com drogas vasopressoras, plasma ou sangue total e lembra que a nor-adrenalina e outras aminas pressoras reduzem a mortalidade do enfarte agudo do miocárdio numa percentagem significativa mas limitada.

### Púrpura trombocitopénica idiopática

Segundo STEFANINI e DAMESHEK (*Lancet*, Ag., 1954), deve aceitar-se um conceito imunológico da doença, se bem que não possam ser afastados de todo outros mecanismos humorais, principalmente, os que procedem do baço. Todavia não se conhece, nem como, nem em que quantidade intervêm os anticorpos na destruição das próprias plaquetas do enfermo. Sabe-se entretanto que as plaquetas e seus produtos têm carácter antigénico; isto foi demonstrado não só em experiências com animais de laboratório, nos quais foram injectadas plaquetas heterólogas, como também pela presença de agentes anti-plaquetários, no plasma de doentes trombopénicos, nos quais várias transfusões de plaquetas foram feitas. Levantam a hipótese de que as propriedades auto-antigénicas dessas plaquetas poderiam provir das modificações em sua estrutura, produzidas por agentes bacterianos, viróticos ou outros agentes nocivos; também é possível que as autoaglutininas sejam o resultado final da síntese defeituosa das proteínas, provocada pelo organismo doente. Acrescentam, que, com isto em mente, pode-se tentar classificar a púrpura trombocitopénica: 1) a que provinha de uma anormalidade intrínseca por factores hereditários ou adquiridos e 2) a que se origine de um transtorno extrínseco de origem bacteriana ou virótica, autoimune ou hiperresplénica. Deve-se estudar cada caso isoladamente, procurando valorizar os dados clínicos e laboratoriais, com referência particular na sua natureza aguda ou crônica, o que é de vital importância na indicação da esplenectomia. A esplenectomia, constitui actualmente o único tratamento útil, havendo êxito em 60 % dos casos segundo os autores; os perigos da esplenectomia são facilmente debelados, empregando-se o ACTH e transfusões de plaquetas.

### Componente psíquica na patogenia do estrabismo

Na opinião de HAMBURGER (*Osterreichische Zeitsch. f. Kinderheilhund*, n.º 4, 1954) existe em quase todos os casos de estrabismo um factor psíquico que, por vezes, é o preponderante na patogenia da doença. Entende pois



este A. quer se deve associar ao tratamento habitual dirigido à correcção da musculatura ocular uma psicoterapia adaptada à idade do paciente.

### Esplenoportografia

CASANOVA e colab. (*Angiologia, Out., 1954*) apresentam a experiência que obtiveram com a esplenoportografia em 15 casos. Usaram a técnica transsplênica não operatória. Conseguiram bons resultados sem complicações. Em um dos pacientes fizeram duas injeções sucessivas sem qualquer retorno. A este respeito referem-se as estatísticas de Walker que em 13 casos teve uma rutura, Ferguson, uma hemorragia em 12 casos e a de Rousselot com 30 casos sem acidentes. Consideram o método de grande valor para o estudo não só da angiografia hepática como também dos síndromes bantianos.

### Cortisona e corticotropina na asma e no enfisema

Pelo trabalho de BARACH e colab. (*Bull. New-York Ac. of Med., Junho, 1954*) vê-se que a cortisona e a corticotropina conferiram alívio passageiro do bronquespasma em 80% dos casos tratados, com duração que atingiu de 1 a 3 semanas. De valor decisivo é a dose dos medicamentos e a selecção dos casos; com a administração oral de 600 mg de ACTH, nos primeiros cinco dias, ou de 1.700 mg de cortisona e de 800 a 1.000 mg, nos últimos cinco dias, o alívio do bronquespasma verificou-se sempre nos 50 últimos pacientes dos autores. Depois do bronquespasma intratável, o quadro que mais aproveitou do tratamento foi a asma que, apesar de se poder dominar relativamente bem, agravava uma infecção respiratória aguda. Nos doentes com asma crónica intensa, o alívio foi mais breve que o obtido com outros recursos. Nas afecções asmáticas não se justifica um tratamento continuado pelos esteróides; o enfermo não se deve converter num habituado à cortisona ou à corticotropina, produtoras de efeitos colaterais desagradáveis, psíquicos e metabólicos. Em casos bem seleccionados para esse tratamento, prescreve-se cloreto de potássio, em cápsulas entéricas, bem como um diurético mercurial; recentemente tem sido também recomendado o hidróxido de alumínio, depois das refeições, e o leite de magnésia, ao deitar, para o combate do aumento da acidez gástrica.

### Nutrição e gravidez

A alimentação da mulher grávida servia de assunto para numerosos estudos, realizados recentemente nos Estados Unidos e, também, em outros países. Todos esses trabalhos foram conduzidos fundamentalmente no sentido comparativo, demonstrando a correlação das quotas ingeridas com as estabelecidas como padrões oficiais, sem, entretanto, terem sido obtidas informações mais detalhadas referentes aos hábitos alimentares e à natureza dos próprios alimentos, componentes da dieta.

Sendo a maior parte dos estudos anteriormente relatados realizada nas grandes áreas urbanas, as pesquisas de P. C. Jeans, M. B. Smith e G. Stearns (*J. Am. Dietet. Assn. 28, 27, 1952*) podem ser classificadas de valiosa contribuição para o problema.

Esses autores dedicaram-se ao estudo dos hábitos alimentares de 404 mulheres grávidas, representantes das classes pobres de um sector rural (Iowa) e das quais a maioria foi visitada pela primeira vez durante o 3.º trimestre da gravidez. As mulheres estudadas foram divididas em seguintes grupos: 1) 62 esposas de estudantes: estas receberam instruções dietéticas, logo após o início da gravidez, e desse modo podiam servir como grupo de controle. 2) 66 esposas de trabalhadores rurais que contaram com a possibilidade de se aproveitar de víveres de produção local. 3) 228 esposas de ope-



rários, domiciliadas na cidade. 4) 20 esposas de operários desempregados. 5) 28 solteiras. Os inquéritos alimentares foram todos conduzidos pelo mesmo técnico-nutricionista. Desses inquéritos foram então apurados os dados sumários, em seguida analisados estatisticamente em termos do valor nutritivo dos componentes da dieta e da própria categoria dos alimentos.

Em primeiro lugar verificou-se, para todos os grupos estudados, um satisfatório valor calórico das dietas empregadas, correspondendo, aliás, ao recomendado pelo Conselho Nacional de Pesquisas (National Research Council). Foi de 60 g ou mais por dia a taxa proteica constatada para maioria das mulheres com excepção do grupo das com maridos desempregados (consumo mais baixo) e do grupo-controle que revelou 75,3 g (vale a pena lembrar que a quota preconizada é de 85 g por dia). Quanto à tiamina e ferro, os teores constatados revelaram-se adequados, ou então, satisfatórios, facto atribuído ao consumo do pão enriquecido e também ao elevado consumo de batatas. As batatas revelaram-se, além disso, fonte fornecedora de 31 a 60 % do total de ácido ascórbico da dieta dos 4 grupos analisados, pois, somente o grupo de controle consumia frutos cítricos em quantidades razoáveis. Contudo, embora, a ingestão da vitamina C se tenha revelado bastante mais baixa da quota recomendada, somente em 6 casos o consumo diário encontrado foi inferior a 40 mg de ácido ascórbico. Margarina enriquecida, frutas e vegetais (tomates e cenoura) serviram como principais fontes fornecedoras da vitamina A. Focalizam os autores que somente pouca vitamina A tinha sido ingerida sob forma de ovos e leite, cujo consumo se revelou muito insignificante. A falta desses dois alimentos nas dietas estudadas contribuiu, também, para a baixa ingestão de riboflavina e de cálcio, sendo as quotas de cálcio para os grupos: 3 — (mulheres de operários), 4 — (mulheres de operários desempregados), 5 — (solteiras), respectivamente 0,53, 0,38 e 0,56 g por dia. Para o grupo 2 — (esposas de trabalhadores rurais) a ingestão diária encontrada correspondia a metade da recomendada de 1,5 g por dia. O baixo consumo de leite, em parte foi causado pelo relativamente alto preço do produto (grupos urbanos). Nos grupos rurais esse facto explica-se pela falta da refrigeração adequada, e também, por muitas mulheres não gostarem de leite.

Acabado o estudo, os autores classificaram os casos investigados em 5 grupos, divisão esta realizada na base da ingestão de proteína. Verificou-se então o facto interessante da correlação do consumo de vários ingredientes da dieta com a ingestão proteica. Em outras palavras, as baixas quotas da proteína ingerida correspondiam perfeitamente às baixas quotas dos restantes componentes da ração investigada.

Os hábitos alimentares constatados em 4 grupos (2, 3, 4, 5) parecem ser representativos para a população rural do Centro-oeste (Midwest) caracterizando-se por grande consumo de batata e de cereais enriquecidos. É muito comum servir a batata 10-20 vezes por semana. O primeiro almoço (breakfast) consta (pelo menos onde há crianças em casa) de pão, massas, pão doce, doces e cereais cozidos. O consumo de frutos cítricos é muito reduzido e os vegetais só aparecem à mesa em variedades limitadas, sendo os tomates e a cenoura os que gozam da maior popularidade. Couve e alface aparecem esporadicamente e, de vez em quando, consome-se milho enlatado (produto industrial) lentilha enlatada de produção caseira. Todavia, é o baixo consumo do leite que constitui a deficiência mais acentuada dos regimes descritos. Esse facto leva os autores a concluir que a falta mencionada poderia ficar imediatamente remediada com fornecimento do pão enriquecido com substâncias sólidas não-gordurosas, provenientes de leite desidratado. O pão enriquecido que já, em grande parte, contribuiu para aumentar as quotas da tiamina, de ferro e da riboflavina, podia, mais uma vez, melhorar consideravelmente as dietas das mulheres grávidas, sem causar um aumento sensível do custo da vida.



# NOTAS E NOTÍCIAS

## Número duplo

Ao reunir num só número os que deviam sair em Agosto e Setembro, como em quase todos os anos se tem feito, não se diminui a quantidade de texto habitualmente publicado na colecção anual. Com o n.º 12 subirá a mais das 700 páginas prometidas.

Foi esta junção sugerida por se tratar da quadra em que muitos leitores se ausentam das suas residências durante semanas, as preferidas para as férias anuais. Semanas de descanso, de alheamento das preocupações profissionais, que voltarão com o regresso à labuta quotidiana, e com esta a oportunidade de ler as revistas chegadas no intervalo.

Então, que o encontro de este número do «Portugal Médico» com o leitor amigo, o veja retemperado das passadas fadigas, e como dantes acolhedor, são os votos cordiais de quem procura servi-lo com constante dedicação.

TRABALHOS APRESENTADOS A REUNIÕES MÉDICAS. — Nas reuniões dos *Neuropsiquiatras do Norte*: Interpretação da paranóia, por Borges Guedes. Na *Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Broncoesofagologia*: Surdezes progressivas, por Alberto de Mendonça; Etiopatogenia da otesclerose, por Barros Simão; Estado actual do tratamento da otesclerose, por Nobre Leitão; A transmissão do som no indivíduo normal, no otesclerótico e no fenestrado, por Costa Quinta; Laringites tuberculosas, por Afonso de Paiva; Fenestração, por Guilherme Penha. No *Hospital do Ultramar*: Um caso invulgar de terapêutica pelo método de Lena Sterna, por Almerindo Lessa; Neoplasias do cólon, por Mendes Ferreira e Caria Mendes. Na *Sociedade Portuguesa de Cardiologia*: Tratamento da angina de peito pelo Visnagano, por Moniz de Bettencourt e Prista Monteiro; Algumas considerações sobre hipertensão renal, por Rocha e Silva.

CONFERÊNCIAS. — Em Lisboa, no Hospital da Marinha, realizou-se um ciclo de conferências sobre *Medicina Naval*; no «Centro de profilaxia da Velhice»: Duração da vida do homem desde a antiguidade até à época actual, por Silva Belo, professor da Univ. Central do Brasil. Na Sociedade Portuguesa de Pediatria: Enfoque actual del asma en el niño, por Florêncio Escardó, notável pediatra argentino. No Inst. Sup. de Higiene: Alimentação do homem civilizado e seus defeitos, por Silva Melo, prof. na Fac. de Med. do Rio.

FACULDADES DE MEDICINA. — Aposentou-se, por limite de idade o Prof. Rocha Brito, da Faculdade de Coimbra. Doutorou-se, na Faculdade do Porto, o 2.º assistente Dr. Joaquim de Oliveira Costa Maia. Na Faculdade de Coimbra realizou-se o habitual «Curso de Férias», cujas lições este ano vão ser publicadas, em volume, pela Faculdade.

NECROLOGIA. — Acidentalmente em Viena, o Dr. Sousa Valdez, clinjco em Lisboa. Em Lisboa, os Drs. Francisco José de Brito Figueiroa, António Francisco de Sousa, Sebastião Augusto César de Sá, coronel médico reformado, e o Dr. António Simões Moita, director do Hospital de Peniche e nosso estimado leitor. No Porto, o Prof. Dr. Aureliano Nazaré dos Santos Pecegueiro, nosso dedicado amigo e colaborador, Professor Catedrático de Propedêutica Médica da Faculdade do Porto.





# Quinarrhenina Vitaminada

## Elixir e granulado

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

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

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

**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



MARTINHO & C.ª Lda

TUDO O QUE INTERESSA À MEDICINA E CIRURGIA

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





*DESENCADEAMENTO DO MECANISMO FISIOLÓGICO DE DEFECACÃO POR ESTÍMULO MECÂNICO E QUÍMICO DO RECTO DEVIDO À LIBERTAÇÃO DE ANIDRIDO CARBÓNICO*

## CARBO-RUFOL



## COLIBACILOSES ENTÉRICAS

★

Ftalil-sulfametil-tiodiazol. . . 0,12 g  
Carvão activado . . . . . 0,25 g

★

Tubo de 20 comprimidos



LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA