

Ano IV

N.º 11

Novembro de 1927



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

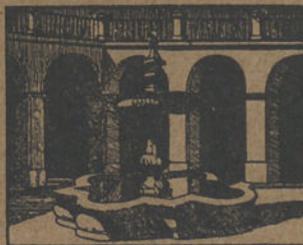
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,
Henrique Parreira*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

*Vasco Palmeirim, A. Almeida Dias, Morais David, Fernando Fonseca
António de Meneses e Eduardo Coelho*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. Nova da Trindade, 9, 1.^o - LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Prova que a 4 por dia produce **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSYPNEA, OPPRESSAO, EDEMA**, Lesões **MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA** e dos **VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

Granulos de Catillon a 0,0001 **STROPHANTINE** CRYST.

TONICO do **CORAÇÃO** por excellencia, **TOLERANCIA INDEFINITA**

Muitos **Strophantus** são inertes, as tinturas são infieis; exigir os Verdadeiros Granulos **CATILLON** Premio da Academia de Medicina de Paris para **Strophantus e Strophantine**, Medalha de Ouro, 1900, Paris.

3, Boulevard St-Martin Paris — PHARMACIAS.

CARNE LIQUIDA

— do Dr. Valdés Garcia de Montevideo —
TONICO RECONSTITUINTE DE
— **GRANDE PODER NUTRITIVO**

Contem mais de 19% de verdadeira peptona de carne.

— **INDICAÇÕES:** Anemia, Debilidade geral, Afecções nervosas, Tuberculoses e convalescenças —

Pedir amostras e literatura aos Depositarios para Portugal e Colónias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o — LISBOA

Sala B

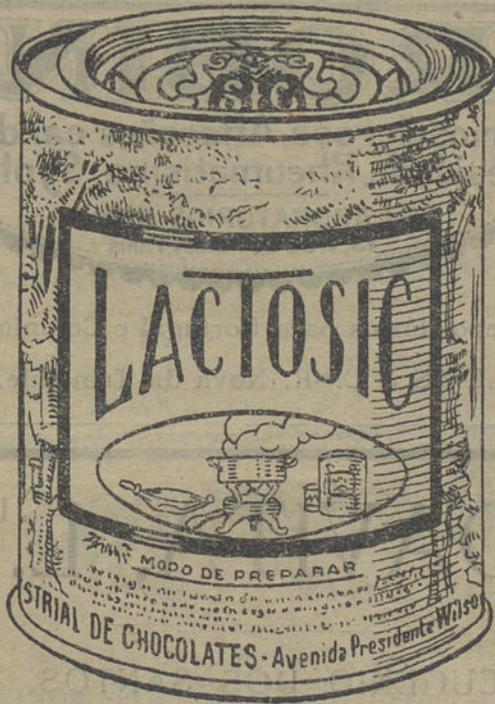
Est. 9

Tab. 1

N.^o 59

LACTOSIC

O MELHOR ALIMENTO



PARA

CRIANÇAS, VELHOS
DOENTES

Sociedade Industrial de Chocolates SIC
Av. Presidente Wilson, 6 — LISBOA

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N I E

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ-SALINAS & C.^a-R. Nova da Trindade, 9, 1.^o-LISBOA

DA
DAVITA, L.

RUA EUGÉNIO DOS SANTOS, 81, 1.^o

Ampolas, Esterilizações

: : Análises clínicas : :

: : Produtos químicos : :

Alimentos ALLENBURY'S

para crianças e adultos

cientificamente adaptados a cada idade

N.º 1 — lácteo, para recém-nascidos.

N.º 2 — lácteo, dos 3 aos 6 meses.

N.º 3 — maltado, além dos 6 meses e adultos.

DIET — pepnotizado, para doentes dispépticos e velhos.

BISCOITOS — para o período do desmame e dentição.

BIBERON prático, lavável, melhor modelo (2 formatos).

Representante da casa Allen & Hanburys, Ltd.-Londres, COLL TAYLOR, LTD.
Rua dos Douradores, 29-1.º-LISBOA — Telef. C. 1386 — Teleg. DELTA

AGENTES NO PORTO, BRAGA, ETC.

Termómetros HICKS

GENUINOS-CLINICOS

Usados em todo o mundo

A' VENDA NAS FARMACIAS DO PAIZ

Agente geral: COLL TAYLOR L.ª -Rua Douradores, 29-1.º-Lisboa-Telef. C. 1386

INSULINA 'A.B.'

MARCA DE  FÁBRICA **Brand**

A PRIMEIRA PREPARADA NA EUROPA

Vantagens da Insulina "A B.,:

1. **A sua acção certa e constante**, que no caso de ser bem aplicada, evita a glicosúria e o excesso de açúcar no sangue.
2. **A sua elevada pureza**, que não permite reacção local, mesmo quando ministrada durante meses.
3. **A sua inalterabilidade**, pois é a única *Insulina* garantida, pelo menos, por um ano.

AMOSTRAS para EXPERIÊNCIAS aos senhores MÉDICOS e a HOSPITAIS

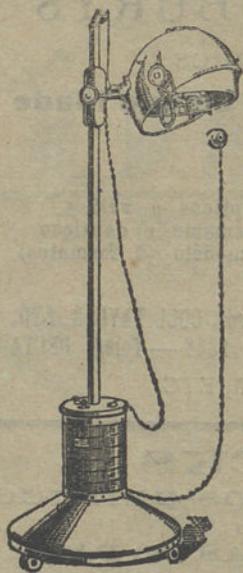
A' VENDA nas farmácias em frasquinhos de :

| | | | |
|----------|---|--------------|---------------|
| 5 c. c. | = | 100 unidades | (ou 10 doses) |
| 25 c. c. | = | 500 | » (» 50 ») |
| 5 c. c. | = | 200 | » (» 20 ») |

À VENDA NAS FARMÁCIAS — Folheto grátis sobre o tratamento da Diabetes pela **INSULINA**
THE BRITISH DRUG HOUSES, Ltd. e ALLEN & HANBURY'S, Ltd.—LONDON

Representante em Portugal:

COLL TAYLOR, LDA. R. Douradores 29, 1.º-LISBOA—Telefone C. 1386



Lâmpada Bach

Os melhores aparelhos de

RAIOS X

E

Electromedicina

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

O melhor instrumental CIRÚRGICO, de DESINFECÇÃO, HOSPITALAR, é o da
casa M. Schaerer S. A., de Berna

Material para

Raios ultravioletas

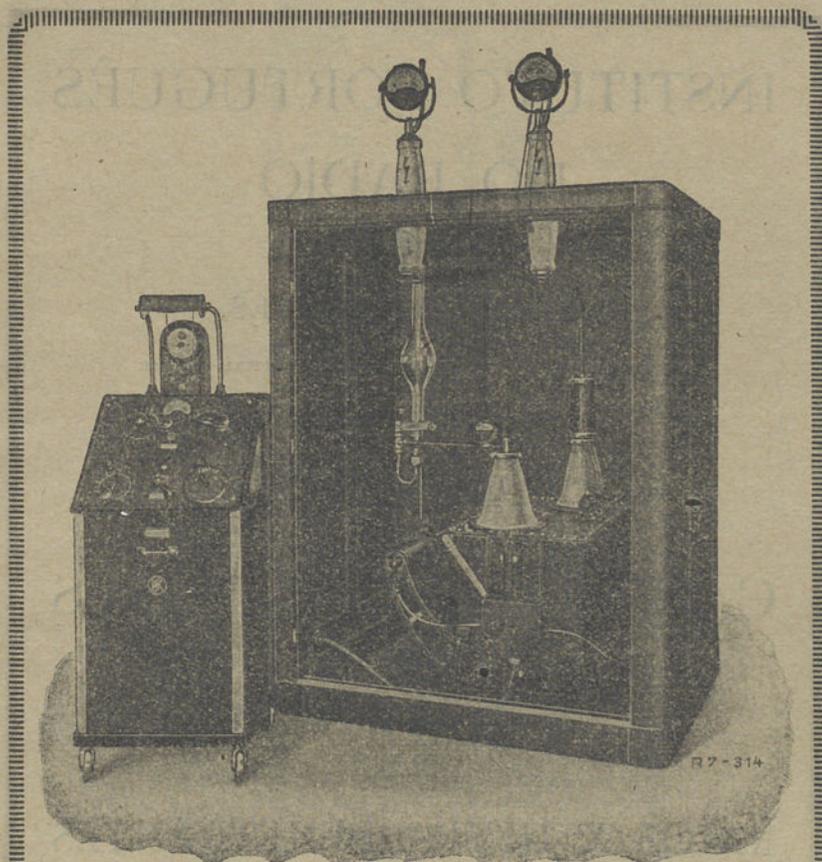
Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

J. Roma, L.^{da}, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA



APARELHOS E INSTALAÇÕES COMPLETAS DE:
RAIOS X

DA CASA

KOCH & STERZEL A. G., de Dresden

Para diagnóstico e tratamentos

GRANDE VARIEDADE DE MODELOS

MATERIAL DIVERSO de RAIOS X.

AMPOLAS para todos os fins.

PELICULAS «Maro» de dupla Emulsão.

EUBARYT para exames do Estômago, etc., etc.

SOCIEDADE COMERCIAL

MATOS TAVARES, LIMITADA

R. dos Fanqueiros, 218, 3.º — LISBOA

INSTITUTO PORTUGUÊS
DO RÁDIO

DIRECTOR

DR. BÉNARD GUEDES

DIRECTOR DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL ESCOLAR

TRATAMENTO
DO
CANCRO E OUTROS TUMORES
PELO
RÁDIO
E PELOS

RAIOS X ULTRA-PENETRANTES
TODOS OS DIAS ÀS 4 HORAS DA TARDE
NA

CALÇADA DO SACRAMENTO, 10
(AO CHIADO)

TEL.: C. 1636

TRATAMENTOS GRATUITOS A CANCEROSOS
PROVADAMENTE POBRES



As complicações provenientes da vacina cedem a êste tratamento

QUANDO as pustulas inflamam e originam úlceras profundas, está indicada a Antiphlogistine. Sendo aplicada quente, aumenta imediatamente a leucocytose, porque aumenta também a circulação superficial, desviando o sangue para o sistema venoso.

Além das suas propriedades hygroscópicas, estabelece a osmose, de forma que o exsudato sai pelos poros da pele e é absorvido pela cataplasma.

Ao mesmo tempo, por acção endosmótica, os antisepticos de eucalipto, de ácido bórico e gaultheria existentes na Antiphlogistine limpam a região affectada.

A acção antiseptica da Antiphlogistine não anula a efficácia da vacina.

O uso da Antiphlogistine é indicado por todos os médicos como sendo de valiosos resultados nos casos de ulceração proveniente da vacina, impetigo, abscessos glandulares, infecções septicæ, erythema, urticaria, etc.

*Uma acção compensadora
duplamente científica e racional*

A acção da antiphlogistine para fazer desaparecer o exsudato de congestão é ao mesmo tempo científica e racional.

Aplique-se como uma cataplasma. Aqueça-se a quantidade sufficiente, coloque-se no centro de uma compressa de gase, cubra-se completamente a região affectada com a Antiphlogistine, e faça-se uma ligadura bem apertada.

Antiphlogistine
TRADE MARK

Robinson, Bardsley & C.^ª
Caes do Sodré, 8-1.º - LISBOA

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

ARHÉOLC¹⁵ H²⁶ O

Principio activo da Essência de Sândalo
Blenorragia. Cistite. Pielite. Pielonefrite.
Catarro vesical

KOLA ASTIER

GRANULADA



Antineurasténico. Regulador do coração
Gripe. Astenia. Surmenage.
Convalescência das doenças infecciosas

NÊO-RIODINEC³ H⁶ O + I S Na.

Solução Aquosa de Iodo
Organico Injectavel



Em injeccões intramusculares e intra-venosas.
Dose: de 1. 2. 3 a 5 cm³ segundo os casos

NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

Perturbações cardio-vasculares. Arterio-esclerose. Escleroses pulmonares. Affecções respiratorias chronicas. Rheumatismo. Lymphatismo. Escrofula. Tuberculose. Doenças especificas e em todos os casos em que a medicação iodada ou iodurada é indicada.

RIODINE(C¹⁸ H³³ O³)₃ (IH)² C³ H⁵

Derivado organico iodado
Ether glycerico
iodado do acido
ricinoleico.

ACÇÃO**LENTA****PROLONGADA**

Composto definido e estavel
Dose media: De 2 a 6 perolas por dia
após as refeições.



Depositários gerais para Portugal e Colónias:

GIMENEZ - SALINAS & C.A — Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA

RAQUIMIOL { Reconstituente
Recalcificante

PECTOBENZOL { Eficacíssimo para
as afecções do peito

VASELATUM { Eficacíssimo para a cura
de atonia intestinal

ECZEMACURA { Infalível na cura de eczemas
e outras doenças da pele

São as especialidades farmacêuticas que introduzimos no mercado português do LABORATORIO XIELA, de fama mundial.

NECESSITAM-SE { Representantes e Depositários
para a Metrópole e Colónias.

Folhetos e amostras de

A. J. FERREIRA

Rua Augusta, 100, 2.º

Telefone C. 3306

LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

Os artigos devem ser enviados à redacção da «Lisboa Médica», Hospital Escolar de Santa Marta—Lisboa.

Os autores dos artigos originaes têm direito a 25 exemplares em separata.

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Colónias e estrangeiro:

Ano, 60,000

Ano, 80,000

NÚMERO AVULSO: 8,000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

Todos os assuntos referentes à administração e redacção devem ser dirigidos ao Dr. Eduardo Coelho, Secretário da Redacção e administrador da *Lisboa Médica*,—Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

INTERNATIONALE RADIOTHERAPIE

FUNDADA POR

DR. J. WETTERER - MANNHEIM

Esta obra monumental, publicada todos os anos, contém mais de mil resumos e numerosas compilações de trabalhos originais de todos os países no campo da Roentgen, Curie, foto e electroterapia; constitui assim, num só volume, um manual de consulta indispensável a todos os médicos e radiologistas.

VOL. II-1926/27 — CERCA DE
1000 PÁGINAS. — Preço R. M. 64

Encomendado até 1 de Outubro
1927 o preço é apenas R. M. 50

L. C. WITTICH DARMSTADT

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS: Injecção subcutânea sem dor.
Injecção intramuscular sem dor.

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

Muito **EFICAZ** na orquite, artrite e mais complicações locais de **Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.**

Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^e)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, L. da 45, Rua Santa Justa, 2.^o

LISBOA





SUMÁRIO

Artigos originais

| | |
|--|----------|
| <i>Tuberculose e gravidez</i> , por Lopo de Carvalho | pág. 491 |
| <i>Resultados da malariaterapia na paralisia geral</i> , por Luis Pacheco... | » 528 |

Bibliografia

| | |
|--|-------|
| <i>Revista dos Jornais de Medicina</i> | » 531 |
|--|-------|

TUBERCULOSE E GRAVIDEZ

POR

LOPO DE CARVALHO

Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa

Quand deux médecins se querellent pour soutenir chacun leurs idées ou leur théorie, il n'y a, au milieu de leurs arguments contradictoires, qu'une seule chose qui soit absolument certaine: c'est que les deux théories sont insuffisantes et ne représentent la vérité ni l'une, ni l'autre.

CLAUDE BERNARD

A influência da gravidez sobre a tuberculose tem sido diversamente interpretada. Já nos primeiros tempos da Medicina o problema merecera a atenção de Hipócrates (1) que, na sua célebre frase: «*Juvenes coelibes strumosi fiunt postea vero matrimonio sponte curantur*», sustentara a idea de ser a gestação favorável à evolução regressiva da doença. O mesmo ponto de vista, criando a teoria optimista, foi mais tarde admitido por um longo rosário de nomes ilustres da História da Medicina e chegou a adquirir, no século XVIII e parte do século XIX, foros de opinião reinante e indestrutível. Foi Rozière de Chassagne, no seu *Manuel des Pulmoniques*, dizendo, em 1770, que, de duas tuberculosas do mesmo grau, aquela que gravidasse levaria sem dúvida o «fruto a seu têrmo», ao passo que a outra viria a morrer antes da primeira. Foram Sims (2) e Cullen (3), declarando nunca terem observado casos mortais nas tuberculosas grávidas. Foram enfim Briende (4), Andral (5), Dugés (6), Fonsagrives (7),



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

Bouchut (8), Mercier (9), etc., etc., firmando idênticas opiniões e citando casos comprovativos e inatacáveis de que o estado gravídico refreava o processo evolutivo de uma tísica.

Não tardou, no entanto, que surgisse o reverso da medalha. Alguns parteiros e tisiologistas, apontando excepções à regra dominante, lançaram, a pouco e pouco, a impressão de que nem sempre a gravidez arrastava as tuberculosas para uma franca cicatrização das suas lesões. Os casos de morte e de agravamento foram então aparecendo, a princípio isoladamente, numa ou noutra monografia ou jornal médico, depois em trabalhos e teses de maior fôlego e análise. E daí até à criação da teoria pessimista, segundo a qual a gestação acelerava e agravava fatalmente a evolução da tuberculose pulmonar, foi um passo, como era de prever. Nomes ilustres na Obstetria e na Tisiologia começaram, nos principais centros médicos da Europa, a acatá-la e a firmá-la. Basta citar, entre outros, Grisolle (10), Gueneau de Mussy (11), Grancher (12) e Rebiere (13), na França; Lebert (14) e Schroeder (15), na Alemanha; Ducan (16) e Williams (17), em Inglaterra; Guinsbourgue (17), na Rússia; Chiara (19), Berghesio (20), Maragliano (21) e Pestaloza (22), na Itália.

Mas foi sobretudo na Alemanha que a teoria pessimista criou inúmeros adeptos, transformando numa verdade axiomática a hipótese da nefasta influência que numa tuberculose pulmonar exerce a eclosão de um estado gravídico. Por isso se desenvolveu nesse país, a partir sobretudo de 1902, um ponto de vista intervencionista «à outrance», ponto que já nem discussão merecia, nem contra o qual a crítica científica se ousava levantar, tantas eram as estatísticas publicadas sobre a enorme mortandade que a gravidez, o parto e o puerpério causavam nas tuberculosas pulmonares evolutivas.

A interrupção da gravidez tornou-se assim um axioma, e só a questão da técnica a aplicar suscitava discussões e apresentava relativo interesse para a grande maioria dos parteiros alemães. E se alguém, como Menge, de Heidelberg, no congresso de Munich de 1911, ou Brockerlmann, no mesmo ano, na conferência de Berlim, tinha a ousadia de declarar que o problema em discussão necessitava de estudo mais cuidadoso, sem o qual estavam resolvidos (pelo menos o primeiro) a não provocar um único aborto, a perturbação da assemblea era de tão manifesto

assombro que só um grande entusiasmo pela interrupção da gravidez e uma fé cega nos seus prováveis resultados a podiam explicar e traduzir! Mas, a pouco e pouco, principalmente depois da guerra, uma nova corrente começou a desenhar-se nos países germânicos: a gestação, se muitas vezes agravava a tuberculose, deixava-a, noutros casos, estacionária e não impedia mesmo em alguns doentes uma franca e bem aparente regressão das suas lesões. Não havia tuberculose e gravidez, mas sim infecção tuberculosa e estados de gestação. Comprovativos de tal corrente e definindo uma opinião essencialmente diferente dos antigos intervencionistas surgiram então os trabalhos de Kraus (23), em 1917, de Franz (24), em 1921 e de Scherrer (25), do Sanatório de Magdebourg, em 1922.

Simultâneamente em outros países da Europa e América idêntica orientação se ia estabelecendo. Entre os intervencionistas, que sofriam claramente a influência da literatura alemã, e os conservadores «enragés», que não admitiam a mais leve influência da gestação, do parto ou do puerpério na evolução da tuberculose pulmonar, alguns fisiologistas e parteiros começaram a apreciar e a discutir a debatida questão, fora de quaisquer influências e estranhos a princípios já estabelecidos, orientando-se somente por um espírito crítico de análise e de minuciosa investigação. Basta citar, entre outros, Flick e West (26), na Filadélfia; Weymeersch e Olbrechts (26), na Bélgica; Albeck e Petersen (26), na Dinamarca; Lindhagen (27) e Forssner (28), na Suécia; Dumarest (29), Pinard (30), Hergott (31), Bar (32), Sergeant (33), Henry Tecon (34), em França, etc., etc.

Entre todos estes trabalhos, um há, contudo, que nos merece especiais referências. É o trabalho do Prof. Hj. Forssner e dos Drs. Sundell e Kjellin, de Estocolmo, apresentado em Lausanne à IV Conferência da União Internacional contra a Tuberculose (35). É um estudo completo e minucioso sobre o problema das relações entre a gestação e a tuberculose, que mereceu a mais franca aprovação da quasi totalidade dos delegados de 30 países diversos que acorreram àquele certâmen científico. Através das palavras, sempre respeitadas, de Léon Bernard, Bezanson, Courmont, Nathan Rau, Pollak, Rist, Hulliger, Montenegro, Dumarest, Sayé, Küss, Hervé, Eltore Levi, Carpi, Stachelin, Guido Mendes (36), e outros mais, o intervencionismo alemão

soufreu então um rude golpe. É esta presentemente a situação em que se encontra o problema da tuberculose e gravidez, que, de há longos anos, vem preocupando clínicos e especialistas, dando lugar a numerosas questões e debates, quer nas academias científicas das grandes cidades universitárias, quer nas sociedades médicas, mais modestas e apagadas, dos pequenos centros de província.

Não se julgue, no entanto, que o assunto ficou para sempre esgotado e o problema da interrupção ou não interrupção da gravidez definitivamente resolvido. Não é de supor que tal suceda enquanto, a nosso ver, a questão não fôr cuidadosamente apreciada sôbre um outro aspecto — o da relação da gravidez com as diversas formas clínicas da doença. Na verdade, a maioria dos trabalhos publicados sôbre o assunto e em especial o excelente estudo do Prof. Forssner, de Estocolmo, apreciam o problema na generalidade, baseados na velha classificação de Turban, com os seus 3 clássicos períodos, onde se agrupam lado a lado, como todos sabem, as modalidades mais diversas da doença e as evoluções mais opostas do processo. Não admira, portanto, que um ou outro ponto de vista, hoje aceito pela grande maioria dos fisiologistas e parteiros, possa amanhã ser apresentado sob aspecto absolutamente diferente, quando encarado através duma classificação da doença que não reúna formas essencialmente diversas e que não sacrifique, ao desejo de uma clareza esquemática, uma série de elementos indispensáveis para a justa e rigorosa apreciação de determinado caso em estudo.

Nesta ordem de ideas, apresentámos, há 2 anos, à Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, um pequeno trabalho baseado na análise de 38 casos clínicos, minuciosamente observados e seguidos durante alguns meses ou anos. Não era grande a estatística, embora não fôsse também das mais pequenas, quando comparada às de outros trabalhos similares estrangeiros. Esse estudo, que não chegou a ser publicado em qualquer revista ou jornal de medicina, encontra-se hoje enriquecido com mais 13 casos clínicos, alguns dos quais ainda recentes, é certo, mas que nem por isso deixam de apoiar os pontos de vista então estabelecidos. Ora, como é raro o clínico que, no decurso da sua vida profissional, não tenha tido ocasião de, por mais de uma vez, se ter visto na necessidade de encarar frente a frente o problema e de ter de o

RESULTADOS!



A CONFIANÇA QUE OS MEDICOS DEPOSITAM NO «DRYCO» JAMAIS FOI ABALADA EM CASOS DE DIFÍCIL ALIMENTAÇÃO.

O uso do DRYCO é a forma ideal de empregar o leite fresco de vaca, bem tolerado pela maioria das crianças, facilmente digerido e assimilado, sem adição de qualquer outra substância e contendo todos os elementos essenciais (inclusive as vitaminas), para a alimentação apropriada de crianças.

30 grs. de leite DRYCO equivalem a 127 calorias.

8. colheres de sopa, rasouradas, equivalem a 3e grs. de pó DRYCO.

1 colher de sopa, rasourada, equivale a 16 calorias.

É evidente que a maneira mais simples e pratica de fazer este calculo é dar à criança $5 \frac{1}{2}$ colheres de DRYCO por dia e por cada quilograma de peso. Como regra geral: dissolve-se uma colher de sopa do dito leite, rasourada, em 30 c. de água fervida.

DRYCO gosa de reputação mundial pelos seus resultados clínicos PARA OBTER BONS RESULTADOS PRESCREVA

DRYCO

The Dry Milk Company - 15, Park Row - New York

(Instituição Internacional para o Estudo e Produção de Produtos de Leite Puro)
— Para amostras e literatura dirigir-se aos representantes para Portugal e Colónias —

GIMENEZ - SALINAS & C.^A
Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o — LISBOA

MYO-SALVARSAN

Dioxidiaminoarsenobenzol-dimetansulfonato sódico

para aplicação indolor

POR VIA INTRAMUSCULAR E SUBCUTANEA

na

SALVARSAN-TERAPIA

.....

Toxidade reduzida — Alto poder terapêutico
Boa tolerância — Não irrita os tecidos

....

Indicado especialmente em todos os casos que não permitem
 a injeção intravenosa do Neosalvarsan

.....

Aprovado pelo Instituto Nacional de Terapêutica
 experimental em Frankfort a. M. (Alemanha)

....

J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Pharmazentische Abteilung "Bayer-Meister Lucius,,"

....

Representante-depositário: AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA



resolver e apreciar através do prisma pessoal da sua prática e das suas leituras, justifica-se que, sem a pretensão de resolver questão tão debatida, apresentemos aos leitores de a *Lisboa Médica* algumas das considerações que sôbre o assunto a nossa prática clínica nos tenha sugerido.

São 51 os casos sôbre que recai o nosso estudo. Se os repartíssemos sob o critério simplista da evolução da doença consecutiva à gravidez, a apreciação dos valores encontrados era suficientemente demonstrativa de que a gestação constitui uma grave complicação no decurso de uma tuberculose pulmonar. É, na verdade, o que se deduz dos seguintes números :

| | |
|-----------------------------|----|
| Tuberculosas agravadas..... | 43 |
| » indiferentes..... | 7 |
| » melhoradas..... | 1 |

As percentagens de 84,5-13,5 e 2 0/0, gráficamente representadas na fig. 1, não permitem, efectivamente, tirar outra conclusão.

¿Mas será realmente assim? Se a gravidez não tivesse surgido, ¿teria sido outra a evolução do mal? É difícil responder a tais objecções, sem uma análise minuciosa dos casos em estudo. Ora, é dentro da rigidez de distribuição acima estabelecida que se apoia, em muitas estatísticas, a irrefutável demonstração do agravamento da tuberculose pela gestação. Não se podendo negar, como veremos, que, em muitos casos, a evolução desfavorável do processo pulmonar acompanha de perto a gravidez, é arrojado, por outro lado, concluir logicamente que a causa dêsse agravamento seja sempre o estado grávidico. ¿Alguém ignora, porventura, que a tuberculose pulmonar é capaz, pela sua própria natureza e sem complicação obstétrica, de se agravar em numerosos casos e de conduzir até à própria morte, dentro de um curto prazo de tempo? Por outro lado, sendo a adolescência a época da vida em que a tuberculose se manifesta em maior grau e sendo, regra geral, entre os 18 e 25 anos que o casamento da mulher ordi-

nariamente se realiza, não será natural admitir-se que muitos casos de tuberculose latente, que se reactivam nesse período da vida e que coincidem com uma gestação, sejam falsamente atribuídos a esta, quando tantas outras causas sociais ou orgânicas, a que muitas vezes se não dá o verdadeiro aprêço, foram as únicas responsáveis de tal reactivação ?

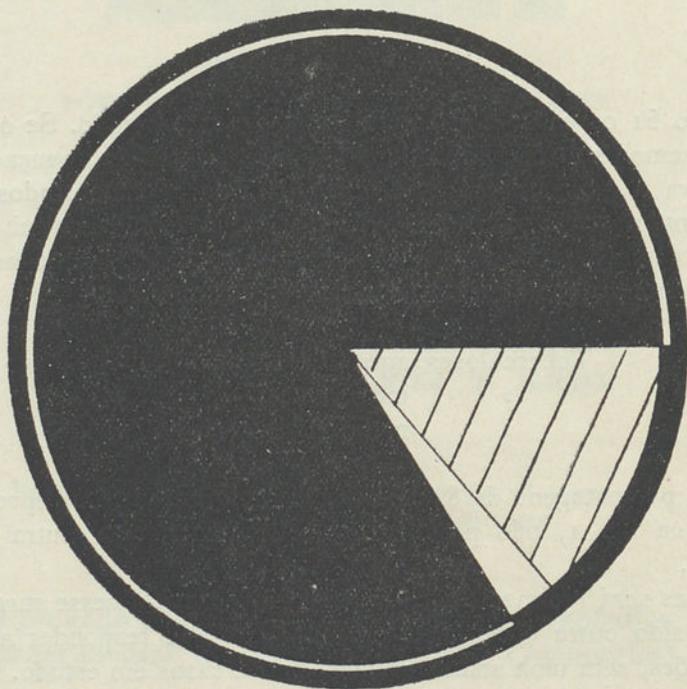


Fig. 1

Preto — Tub. agravada. *Tracejado* — Tub. indiferente. *Branco* — Tub. melhorada

Por isso se compreende que só um estudo comparativo entre dois grandes grupos de doentes pulmonares, num dos quais a gestação se associasse à tuberculose e no outro o processo evolucionasse sem estado gravídico concomitante, poderia dar a solução de tão complicado problema. Se a gravidez exercesse, na verdade, a influência funesta que lhe é geralmente atribuída, o processo tuberculoso deveria apresentar-se sensivelmente mais activo e de evolução mais grave no primeiro grupo; no caso con-

trário, o velho-dogma que criou a grande escola intervencionista alemã cairia inglôriamente desamparado. Ora, foi justamente o que pretenderam esclarecer Charles Norris, nos Estados Unidos, e Forssner, na Suécia, em dois notabilíssimos trabalhos de investigação e análise. Examinemos a estatística do último, resumidamente condensada no seguinte quadro, e apreciemos em seguida as considerações feitas sôbre o assunto pelo próprio autor :

| | | APÓS 1 ANO | | APÓS 2 ANOS | |
|-------------|-----------------|------------------------|-------------|------------------------|-------------|
| | | Tuberculose e gravidez | Tuberculose | Tuberculose e gravidez | Tuberculose |
| 1.º período | Melh. ou Est... | 71 0/0 | 75 0/0 | 60 0/0 | 59 0/0 |
| | Agrav. | 28 0/0 | 23 0/0 | 28 0/0 | 27 0/0 |
| | Falec. | 1 0/0 | 2 0/0 | 12 0/0 | 14 0/0 |
| 2.º período | Melh. ou Est... | 61 0/0 | 73 0/0 | 48 0/0 | 56 0/0 |
| | Agrav. | 33 0/0 | 21 0/0 | 35 0/0 | 30 0/0 |
| | Falec. | 6 0/0 | 6 0/0 | 17 0/0 | 14 0/0 |
| 3.º período | Melh. ou Est... | 35 0/0 | 43 0/0 | 26 0/0 | 27 0/0 |
| | Agrav. | 19 0/0 | 20 0/0 | 4 0/0 | 10 0/0 |
| | Falec. | 46 0/0 | 37 0/0 | 70 0/0 | 63 0/0 |

«Chez les femmes se trouvant au degré I de Turban, les tableaux ne montrent aucune différence. Chez celles, qui n'ont pas eu de grossesse, nous trouvons après une observation d'un an les pourcentages suivants: améliorées ou stationnaires, 75 0/0; aggravées 23 0/0 et décédées 2 0/0; chez celles observées durant le même temps pendant ou immédiatement après un accouchement, les chiffres correspondants sont 71 0/0, 28 0/0 et 1 0/0. Après une observation de deux ans les pourcentages pour les deux groupes sont: améliorées ou stationnaires respectivement 59 0/0 et 60 0/0, aggravées respectivement 27 0/0 et 28 0/0 et décédées 14 0/0 et 12 0/0. On ne peut guère s'attendre à un résultat plus uniforme et nous ne nous avançons pas trop en disant que cette statistique parle contre la thèse d'une influence funeste exercée par la gestation sur la tuberculose pulmonaire, du moins chez des femmes dont la tuberculose est au premier degré. Cependant c'est d'après

l'évolution de la maladie chez ces femmes qu'il est le plus permis et le plus important de porter un jugement à l'égard de la question de l'avortement provoqué.

Chez les femmes au degré II nous constatons après un an, que la statistique est défavorable aux mères. Dans les deux séries: femmes n'ayant pas eu ou ayant eu des grossesses, les pourcentages sont, après une observation d'une année, les suivants: améliorées ou stationnaires respectivement 73 0/0 et 61 0/0, pour les aggravées 21 0/0 et 33 0/0 et pour les décédées 6 0/0 dans les deux séries; après deux ans d'observation les différences sont moins marquées.

Il en est de même des cas du degré III; ici nous devons être plus prudents, car dans l'une comme dans l'autre série, plusieurs femmes ont été soumises à l'observation alors qu'elles étaient déjà moribondes et sans qu'on n'ait rien su de leur état de santé antérieur. De plus le nombre de femmes gravides, appartenant à ce groupe, est relativement minime.

Incontestablement notre statistique en ce qui concerne les degrés II et III montre une différence en faveur des femmes qui n'ont pas eu de grossesse l'année ayant précédé l'observation de leur tuberculose pulmonaire. Cette différence n'est pas si importante qu'elle ne puisse pas être simplement l'effet du hasard. Il n'est pas possible cependant de nier qu'elle indique peut-être une influence nuisible de la gestation sur la tuberculose dans les cas avancés.»

Estas observações globais sendo, na verdade, interessantes, não permitem, no entanto, justificar plenamente, como de resto o seu autor insinua, que as «poussées» tuberculosas que tantas vezes observamos no decurso da gestação sejam simples coincidência do estado gravídico e da evolução fatal da doença.

Pena é que, na estatística de Forssner, a gravidade das lesões pulmonares seja apenas analisada pela sua extensão lesional, em harmonia com a classificação de Turban. Nada nos diz, com efeito, sobre a modalidade evolutiva dos numerosíssimos casos. Ora, numa afecção crónica tão polimorfa como a tuberculose, é absolutamente indispensável que as observações sejam definidas não só pelo valor quantitativo das lesões, mas também pela noção qualitativa do processo. Como já mais de uma vez temos dito e

repetido, o diagnóstico simples e puro de tuberculose pulmonar já hoje nada nos traduz. Saber que um doente tem lesões pulmonares e que essas lesões são acompanhadas da eliminação de bacilos, é pouco. Fazer a sua distribuição pelos 3 clássicos graus de Turban é também, no estado actual da ciência, um critério bem simplista e como tal destituído de valor e de base clínica. É uma classificação «cômoda», é certo, mas absolutamente artificial, incoerente e infecunda, pois reúne num mesmo grupo os caracteres lesionais mais diversos e os tipos evolutivos mais opostos.

Efectivamente, quantas vezes somos nós levados a fazer um prognóstico relativamente bom num doente cujo exame clínico mostrou lesões cavitárias do 3.º grau, mas de carácter tórpido e estacionário, ao passo que, noutros casos, consideramos gravemente ameaçados doentes portadores duma infecção limitada do pulmão, dentro do 1.º grau dos clássicos, ainda no período de crueza, mas de feição nitidamente evolutiva!

Quantas vezes, por essa classificação, vemos reunidos, no mesmo grupo, casos de tuberculose enxertados nos terrenos mais diversos, como o dos velhos e o das crianças, o dos artríticos e o dos linfáticos! Quantas vezes, sob o mesmo rótulo, enfileiram, lado a lado, a granulía discreta, a pneumonia caseosa, a tuberculose abortiva, a pleurisia bacilar e a infiltração fibrosa dum vértice!

Por isso, a clássica distribuição das infecções pulmonares de natureza tuberculosa pelos três graus de Turban, perde, dia a dia, mais terreno, para ir dando lugar a classificações mais clínicas, mais anátomo-clínicas, que não reúnam formas essencialmente diversas e que não sacrifiquem ao interesse duma clareza esquemática uma série de elementos capitais e indispensáveis para a justa e rigorosa definição de um determinado caso clínico.

Compreende-se, por todos êsses motivos, que surjam incertezas de interpretação ao pretender-se apreciar as conclusões de uma estatística em que os elementos característicos dos casos individuais desaparecem sob o anonimato de uma classificação simplista. ¿Como esperar, na verdade, que as percentagens de agravamentos e não agravamentos de tuberculosas grávidas em grupos tão heterogêneos possam reflectir com segurança a lei de um fenómeno biológico? Se a estatística de Forssner mostra que,

numa porção notável, as tuberculosas das classes pobres de Estocolmo não foram agravadas por uma gravidez que surgiu, o facto é que, dada a carência de elementos clínicos de que a classificação de Turban enferma, esse optimismo não está absolutamente justificado.

Posta a questão neste pé, vejamos se, da análise dos nossos 51 casos clínicos, podemos colhêr quaisquer outros elementos que nos permitam formar juízo sôbre tão palpitante problema. A apreciação sumária das observações que possuímos mostrou-nos, como foi visto, um agravamento da doença em consequência do estado grávidico, em manifesta contradição, portanto, com os princípios estabelecidos por Forssner. ¿Ora, será realmente assim? Não é, como facilmente se verifica. Basta, com efeito, recordar que até aqui nos limitámos a apreciar a influência da gestação ou do parto sôbre a tuberculose e não tivemos em consideração a marcha ulterior dos diversos casos, isto é, se o agravamento se acentuou progressivamente com o decorrer do tempo, ou se, uma vez a gestação e puerpério terminados e os doentes submetidos a rigoroso regime higieno-dietético numa estação sanatorial, o desenrolar da moléstia caminhou para uma evolução regressiva. Os seguintes números permitem, na verdade, atenuar tão formal opposição, abatendo as arestas vivas da primeira conjectura:

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| Doentes melhorados com a gestação | { | Curaram, 1. Melhoram, 0. Estacionaram ou pioraram, 0. |
| Doentes indiferentes à gestação.... | { | Curaram, 5. Melhoraram, 2. Estacionaram ou pioraram, 0. |
| Doentes agravados pela gestação... | { | Curaram, 14. Melhoraram, 3. Estacionaram ou pioraram, 26. |

Quando a gravidez é indiferente ou melhora a tuberculose, a altitude e o regime sanatorial têm, pois, uma influência decisiva sôbre a regressão das lesões; quando a gestação parece agravar a moléstia, se a maioria dos doentes sofre, na realidade, a con-

seqüência dêsse agravamento, piorando ou falecendo, uma boa parte há, no entanto, em que as melhoras ou a cura se não fazem esperar por longo tempo.

Mas isto não basta. Analisemos mais detalhadamente a questão. Procedamos, para isso, desde já, ao estudo dos 14 casos curados, após o agravamento que a gestação produziu, e vejamos o que da leitura das suas histórias clínicas se poderá deduzir. Assim, a observação n.º 48, por exemplo :

OBSERVAÇÃO N.º 48

L., de 25 anos, professora oficial, natural de S. e residente em Lisboa. Não havia tara tuberculosa. Foi escrofulosa em pequena.

Aos 22 anos, por excesso de trabalho, enfraqueceu muito. Tratou-se e melhorou. Gravidou depois; a gestação e o parto correram normalmente, mas, durante o puerpério, começou a sentir-se pior, mais fraca, perdendo de pêso e com ligeiro movimento febril. Foi, por isso, aconselhada a internar-se num Sanatório.

Estado geral e local na primeira observação. — Aspecto geral mau; pouca tosse e pouca expectoração; dores torácicas; temperatura máxima 37°,2; ausência de suores; anorexia; emmagrecimento de 10 quilos; fadiga fácil; aptidão para o trabalho diminuída. Estado de nutrição deficiente; anemia ligeira; micro-adenites cervicais. Pulso regular. Perímetro mamilar, 79 cm.; amplitude torácica, 4 cm.; altura torácica, 30 cm.; diâmetro axilar, 24 cm.; diâmetro supra-external, 13 cm.; expirómetro, 1,500; altura, 1^m,53; pêso, 52,300 gr.

Diminuição ligeira do murmúrio vesicular no têrço pósterio-superior esquerdo e fossa sub-clavicular direita. Signal de Espine positivo.

Exame radioscópico. — Adenopatia traqueo-brônquica; gânglios volumosos junto dos hilos, três do lado direito e dois do esquerdo.

Análise da expectoração: negativa.

Começou a melhorar desde o seu internamento. Surgiram entretanto sinais de gravidez. Mês e meio depois abortou espontaneamente. Não houve complicações. As melhoras continuaram a acentuar-se, tendo retirado dois meses mais tarde com a nota de «cura aparente», sem febre, com a respiração normal e com mais 8 quilos de pêso.

Trata-se, pois, de um simples caso da adenopatia hilar, que naturalmente tendia para a cura. Ora, tanto esta doente, como mais outras 11, dentro dos 14 casos de cura, constituem, como poderia reconhecer-se pelas suas histórias clínicas, formas benignas da doença, formas sem bacilos, casos simples de adenopatia traqueo-brônquica ou de tuberculose abortiva de Bard, cuja

evolução, ninguém o ignora, tende regra geral para a franca calcificação dos gânglios ou para a definitiva cicatrização do processo. Não admira, pois, que elas se acolhessem sob a rubrica dos curados!

Mas, dentre os 14 casos, há ainda duas observações que não podem enfileirar ao lado destas. Passemos, por isso, a analisá-las:

OBSERVAÇÃO N.º 26

L., de 26 anos, doméstica, natural de V. e residente em O. Alguns casos de tuberculose na família. Foi sempre saudável. Aos 18 anos, após uma gripe, ficou com febre, com tosse e expectoração. Feita a análise a esta, foram encontrados alguns bacilos de Koch. Foi para a Guarda, onde passou dois verões consecutivos, tendo retirado com a nota de «cura aparente». Continuou passando bem. Aos 25 anos casou. Gravidou dois meses depois. Passou a sentir-se mal, com pequeno movimento febril e grande cansaço. Teve uma pequena hemoptise.

Estado geral e local a essa data. — Aspecto geral regular; alguma tosse e alguma expectoração; leves dores torácicas; temperaturas entre 36°,4 e 37°,6; suores ligeiros; anorexia; emmagrecimento; fadiga fácil; aptidão para o trabalho diminuída. Estado de nutrição deficiente; micro-adenites cervicais duplas; menor ampliação respiratória à direita; pulso regular e freqüente (100 p.). Pachon: máximo, 13; mínimo, 7. Perímetro mamilar, 80 cm.; altura torácica, 29 cm.; amplitude torácica, 3 cm.; diâmetro axilar, 25,5; diâmetro supra-external, 14 cm.; expirómetro, 2,200; altura, 1^m,58; pêso, 52,500 gr. Respiração prolongada (tipo cicatricial) no têrço pósterio-superior direito, com algumas ralas subcrepitanes, após a tosse, nas fossas supra-espinhosa, supra-clavicular e infra-clavicular, do mesmo lado. Expectorção viscosa-opaca, contendo «Bacillus Tuberculi» (Escala Gaffry II).

Retirou para o campo, onde se sujeitou a um rigoroso regime de repouso. Como não melhorasse e como as lesões mostrassem uma certa tendência extensiva, foi encarada a hipótese da interrupção da gravidez. Aceite pela doente, foi o abôrto provocado no 3.º mês de gestação. Houve grande hemorragia, seguida, nos dias imediatos, de temperatura a 38°,6. Esta foi, porém, decrescendo, a pouco e pouco. Três semanas depois a doente retirou de novo para o campo. Começou a melhorar gradualmente; em seguida foi para a Serra; as melhoras acentuaram-se, tendo retirado alguns meses mais tarde com a nota de «cura aparente». Continua a manter-se bem.

Trata-se, como vemos, de uma tuberculosa aparentemente curada, cujas lesões se reactivaram por nova gravidez, que, uma vez suprimida, permitiu o regresso à primitiva situação.

FORXOL BAILLY

ASSOCIAÇÃO SYNERGICA. ORGANO-MINERAL
sob a forma concentrada dos principios medicamentosos mais eficazes

FERRO, MANGANEZ, CALCIUM

em combinacao nucleinica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

ADYNAMIA DOS CONVALESCENTES
ESTADOS AGUDOS DE DEPRESSAO E ESTAFAMENTO
ASTHENIA CHRONICA DOS ADULTOS
PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO
FRAQUEZA GERAL, ANEMIA E NEUROSES

LIQUIDO

AGRÁDAVEL) toma-se no meio das refeicoes, n'agua, no vinho ou outro liquido (excepto o leite)

Laboratorios A BAILLY, 15 et 17 Rue de Rome PARIS 8^e)

”

Ceregumil

Fernández

Alimento vegetariano completo em base
de cereais e leguminosas

Contem no estado coloidal:

Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados
e principios minerais (fosfatos naturais)

Insubstituivel como alimento, nos casos de intolerân-
cias gástricas e afeções intestinaes. — Especial para
crianças, velhos, convalescentes e doentes
do estomago

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ, & CANIVELL Y C.^{as} — MÁLAGA

Deposítarios: GIMENEZ SALINAS & C.^{as}

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o

Lisboa

TERAPEUTICA DA SIFILIS

O TRATAMENTO ARSENICAL
HYPODERMICO VERDADEIRA-
MENTE INDOLOR PRATICA-SE
COM O



ACETYLARSAN

DE COMPOSIÇÃO ACTIVA E SEGURA

AMOSTRAS E LITERATURA

LABORATOIRE DES PRODUITS
"USINES DU RHÔNE"
21, RUE JEAN-GOUJON.PARIS

E. SCHWEICKARDT
AGENTE GERAL PARA PORTUGAL
133, RUA DA PRATA. LISBOA

OBSERVAÇÃO N.º 36

M., de 39 anos, doméstica, natural de Lisboa e residente em Braga. O pai e a mãe faleceram de tuberculose pulmonar. Era sujeita a bronquites freqüentes. Tuberculizou-se aos 32 anos, tendo-se restabelecido na Serra da Estrêla, durante duas estações sucessivas que ali fêz. Dois anos depois, sentindo-se bem, casou. Teve quatro filhos, dois dos quais morreram após o nascimento. Do 2.º parto ficou muito fraca; do 3.º pior; durante a gestação do último filho começou novamente com tosse; piorou muito, tendo dado entrada no Sanatório dois meses depois do parto.

Estado geral e local na primeira observação.—Aspecto geral mau; pouca tosse e pouca expectoração; dores torácicas; temperatura a 37°,3; raros suores nocturnos; anorexia; sede; emmagrecimento; fadiga com a marcha; aptidão para o trabalho nula. Estado de nutrição deficiente; anemia muito acentuada. Pulso regular, 72; Pachon, máx., 19. Perímetro mamilar, 75 cm.; amplitude torácica, 2 cm.; altura torácica, 28 cm.; diâmetro axilar, 23,5 cm.; diâmetro supra esternal, 13,6 cm. Expirometria 2 litros. Altura, 1^m,48. Pêso, 48,800 gr.

Submatidez e diminuição acentuada do murmurio vesicular na metade superior do pulmão esquerdo; algumas ralas discretas de bronquite nas fossas supra e infra-claviculares dos dois lados. Expectoração viscosa, opaca, sem «Bacillus Tuberculi».

Após 5 meses de sanatorização, o estado geral e local modificaram-se por completo; aumentou 3 quilos de pêso; desapareceram a tosse e a expectoração; a temperatura normalizou-se e os ruídos pulmonares anormais extinguiram-se, para darem lugar a uma respiração cicatricial, por trabalho intenso de esclerose, que se mantinha um ano depois.

Refere-se, como a anterior, a uma antiga tuberculosa que em tempos cicatrizou as lesões; o seu tipo clínico era o de esclerose densa circunscrita, forma que, como todos sabem, se opõe às de feição caseosa, sempre destructoras e, regra geral, mortais. Era, em resumo, um caso que naturalmente tendia para a cura, tendo sido precisas 4 gestações consecutivas para abalarem a primitiva cicatrização! A resistência à doença impunha-se, por consequência, até aos olhos dos próprios leigos.

Quaisquer destas 14 observações, encaradas agora quanto às consequências futuras da gravidez sobre a tuberculose, constituem, pois, para os partidários da teoria optimista, elementos comprovativos da benignidade da gestação sobre as infecções bacilares. E o facto é que, como estes 14 casos, muitos outros existem nos variados trabalhos que se ocupam do assunto. Assim succede, por exemplo, na estatística do Dr. Léo Cohn, mé-

dico do dispensário anti-tuberculoso de Posen, e na de Kohne, ambas elas publicadas, em 1918, no *Beitr. Z. Klinik der Tub.*; numa e noutra, ao lado de casos benignos idênticos a estes, outros há em que o próprio diagnóstico de tuberculose chega mesmo a ser duvidoso, tão insignificantes são os elementos em que elle se baseia.

É que as anomalias respiratórias num vértice, que deram a Grancher justa nomeada, não constituem já, efectivamente, sinais semióticos de tuberculose evolutiva no seu início. Muitas dessas alterações estetoscópicas são apenas devidas a perturbações fisiopatológicas que, por vezes até, nada têm com qualquer lesão tuberculosa do parênquima ou que representam, quando muito, uma lesão discreta, antiga, esclerosada e, por assim dizer, já inofensiva, tão desprovida está de todo e qualquer potencial evolutivo. Muitas dessas respirações anómalas, acompanhadas de estado subfebril, de emmagrecimento, etc., são apenas originadas em simples afecções dos órgãos respiratórios superiores, que os progressos da rino-laringologia evidenciam, ou em discretas e benignas adenopatias traqueo-brônquicas, que mesmo um ligeiro exame clínico conseguem revelar.

É, por isso, que, para definir com clareza o debatido problema de que nos estamos ocupando, é necessário que só os casos indiscutíveis de infecção bacilar sejam apreciadas, devendo, por consequência, ser excluídos todos os complexos sintomáticos que, se por vezes orientam para o diagnóstico daquela doença, deixam, no entanto, de o confirmar, quando apreciados com minúcia e cuidado.

Se insistimos neste ponto, é porque, lidando essencialmente com doentes tuberculosos, ou considerados como tais, temos a impressão de que muitas vezes os policlínicos supõem a doença onde ela não existe; não por erro, é bem de ver, mas pela concepção elástica e complacente dos preceitos de Grancher, que ainda hoje, tanto entre nós, como no estrangeiro, têm fortes raízes, que só a custo e lentamente entrarão no caminho de um definhamento inevitável.

Deixemos, porém, tôdas estas considerações, a que fomos levados pela apreciação das histórias clínicas dos doentes agravados temporariamente pela gravidez, e vejamos se os casos definitivamente piorados pela gestação ou pelo parto encerram, por

seu lado, elementos conducentes à explicação da discordância que mantêm com as conclusões estabelecidas por Forssner. Assim as observações n.ºs 1 e 17, por exemplo:

OBSERVAÇÃO N.º 1

H., de 21 anos, doméstica, natural do Brasil e residente em F. Não havia tara hereditária. Aos 20 anos começou a enfraquecer e a ter tosse, sintomas estes que atribuiu a uma constipação desprezada. Foi observada alguns meses depois; disseram-lhe que tinha os pulmões muito fracos e aplicaram-lhe algumas pontas de fogo. Mais tarde teve uma hemoptise. Decorridos quinze dias, casou e, em seguida, deu entrada no Sanatório Sousa Martins.

Estado geral e local na primeira observação.—Aspecto geral mau; muita tosse e alguma expectoração; temperatura superior a 39º; suores nocturnos; anorexia; emmagrecimento; fadiga fácil; aptidão para o trabalho nula. Estado de nutrição deficiente; anemia acentuadíssima. Pulso pequeno e frequente (118). Pachon: 9,5-7. Perímetro mamilar, 81 cm.; amplitude torácica, 0,5 cm.; altura torácica, 30 cm.; diâmetro axilar, 23,2 cm.; diâmetro supra-esternal, 13,1 cm. Altura, 1^m,51. Pêso, 47,400 gr.

Matidez em tôda a extensão do hemitorax direito. Engorgitamento e ralas de fusão nos dois terços superiores do pulmão do mesmo lado.

Expectoração muco-purulenta, contendo «Bacillus Tuberculi», curtos e associados (Escala Gaffky IV).

O estado manteve-se sensivelmente o mesmo nos dois primeiros meses de sanatorização. Entretanto surgiram sinais de gravidez. Começou a piorar; a temperatura raras vezes descia para baixo de 39º; a anorexia era enorme; os vômitos e enjoos frequentes a progredirem. Retirou para o Pôrto, contra o conselho do médico assistente, em face da gravidade do seu estado. Faleceu pouco tempo depois.

OBSERVAÇÃO N.º 17

P., de 22 anos, doméstica, natural de G., onde residia. Não havia tara hereditária. Aos 16 anos teve uma febre tifóide. Desde então ficou sofrendo sempre do estômago e intestinos. Enfraqueceu bastante, tendo tido, aos 21 anos, duas pequenas hemoptises de que se tratou. Casou pouco tempo depois. Continuou a passar mal. Feita uma análise à expectoração, foram encontrados bacilos. Entretanto gravidou e, como se sentisse pior, deu entrada no Sanatório Sousa Martins.

Estado geral e local na primeira observação.—Aspecto geral mau; alguma tosse e expectoração; temperatura a 38º,8 máx.; suores nocturnos; funções digestivas más (dispesia hiposténica); emmagrecimento; fadiga; aptidão para o trabalho diminuída. Estado de nutrição deficiente; anemia.

Perímetro mamilar, 37 cm.; amplitude torácica, 4 cm.; altura torácica, 30 cm.; diâmetro axilar, 23,4 cm.; diâmetro supra-esternal, 12,4 cm. Altura, 1^m,55. Pêso, 43^k,500.

Submatidez e ralas subcrepitanes médias em tôda a face posterior do pulmão esquerdo e bem assim nas fossas supra e infra-claviculares do mesmo lado. RR discretas e rudeza inspiratória no têrço médio da face anterior direita.

Tuberculose laríngea, com infiltração das aritnóides e comêço de ulceação na comissura anterior.

Expectoração muco-purulenta, contendo «Bacillus Tuberculi» (Escala Gaffky VII).

Gravidez de 4 meses.

A doente permaneceu na Guarda durante dois meses. O seu estado agravou-se. O processo estendeu-se ao pulmão direito, que apresentava à saída engorgitamento e ralas de fusão na fossa subclavicular.

Qualquer destas duas histórias clínicas, bem como tôdas as outras referentes a doentes definitivamente agravadas pela gestação ou pelo parto, são demonstrativas de que os casos em questão, com gravidez ou sem gravidez, caminham fatalmente para uma morte certa. Foi a gestação que os agravou, é certo; mas não foi o estado grávidico que lhes destruiu e aniquilou as probabilidades de qualquer reacção triunfante contra a moléstia, pois a cicatrização das suas lesões era mais do que incerta no estado actual da terapêutica. As piores eram, sem dúvida, inevitáveis, em face da feição francamente evolutiva do processo.

Feito assim o estudo analítico de algumas observações dos diversos grupos, reunamos, finalmente, num pequeno quadro (vidè pág. seguinte) os 51 casos clínicos que possuímos, em harmonia com a classificação de Bard, modificada por Burnand, e relacionemo-las com a acção que sôbre os diversos doentes exerceu o regime sanatorial a que se submeteram.

Vejamos se algumas conclusões se poderão tirar do seu estudo. Uma apreciação, mesmo sumária, do referido quadro mostra, de forma clara e irrefutável, que as conseqüências futuras da gravidez sôbre um infecção tuberculosa estão na interdependência da forma clínica da doença.

Dá-se, é certo, em grande número de doentes, como vimos no comêço dêste trabalho, um agravamento lesional pelo aparecimento do estado grávidico, mas nem sempre uma gravidez desejada e levada a efeito constitui um perigo para o futuro da

| Formas da doença | Curaram aparentemente | Melhoraram | Estacionaram ou pioraram |
|--|-----------------------|------------|--------------------------|
| Tub. caseosa extensiva..... | — | — | 5 |
| Tub. fibro-caseosa activa cavitária. | — | — | 7 |
| Tub. fibro-caseosa activa extensa.. | — | — | 12 |
| Tub. fibro-caseosa activa limitada . | 2 | — | 2 |
| Tub. fibro-caseosa tórpida cavitária localizada..... | — | 1 | — |
| Tub. fibro-caseosa tórpida extensa. | — | 2 | — |
| Tub. fibro-caseosa tórpida limitada. | 2 | 2 | — |
| Esclerose densa circunscrita..... | 2 | — | — |
| Esclerose difusa com enfisema e bronquite | 3 | — | — |
| Tub. abortiva | 5 | — | — |
| Tub. gangliar do hilo | 6 | — | — |

gestante. Tudo depende da forma clínica da doença. Se há casos que implicam a aplicação do repisado aforismo — «Pour la femme tuberculeuse pas de mariage, pas de maternité, pas d'allaitement», — outros existem, no entanto, em que a gestação é bem suportada e sem conseqüências nocivas para o futuro da mãe. E note-se que não deve ser êsse o menor número. Basta recordar a multidão enorme de tuberculoses benignas, não diagnosticadas e desconhecidas de todos nós, como diz Dumarest, porque, vivendo uma existência aparentemente normal, não frequentam os serviços hospitalares, nem as policlinicas, nem os consultórios médicos, contribuindo assim, pela sua ausência, para falsear as conclusões de quaisquer assuntos relativos à tuberculose.

Quanto maior é a tendência caseosa, destrutiva e infectante do mal, tanto mais graves são as conseqüências da gestação. O tipo clínico, sempre resultante do encontro de determinado vírus com determinado terreno, tende, pois, a conservar sensivelmente a sua forma pessoal através de toda a evolução da gestante, quer durante a gravidez, quer durante o puerpério, quer durante os meses ou anos de vida que, por acaso, se lhes sigam.

Mais clara se torna ainda tal interpretação se agruparmos, por ultimo, aquelas diferentes formas em 3 grandes grupos: o das tuberculoses graves, o das tuberculoses benignas e o das tuberculoses intermédias.

Efectivamente, o seguinte quadro mostra de um modo bem frisante o rigor da conclusão tirada:

| Formas da doença | Curados aparentemente | Melhorados | Estacionaram ou pioraram |
|-----------------------|-----------------------|------------|--------------------------|
| Tub. benignas..... | 16 | - | - |
| Tub. intermédias..... | 4 | 5 | 2 |
| Tub. graves..... | - | - | 24 |

O problema da influência da gravidez sôbre a tuberculose, assim apresentado e apreciado, torna-se, pois, de grande clareza e de interpretação relativamente fácil. As opiniões desencontradas e opostas de tantos tisiologistas e parteiros resultam, afinal, da não observância, em tais estudos, de uma classificação essencialmente clínica dos casos.

Estabelecida, portanto, dentro de novos moldes, a relação entre a tuberculose e gravidez, apreciemos, conseqüentemente, se a prática da interrupção profilática da gestação deverá ainda subsistir com a mesma generalização que a escola alemã lhe insufflou e lhe imprimiu.

*

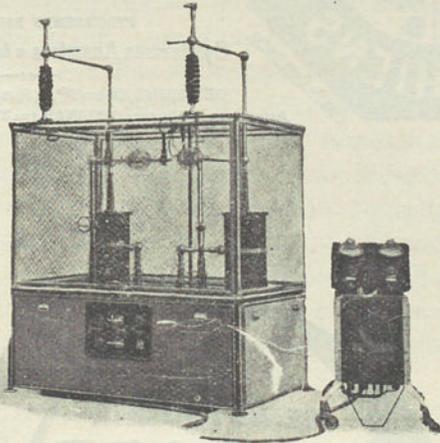
* * *

Sacrificar uma criança para salvar a mãe é indiscutivelmente uma prática aceitável, com a condição, todavia, de que o segundo termo não constitua uma pura quimera, mas que a gestante possa efectivamente ser salva pelo sacrificio do feto.

Não pode comparar-se, como alguns parteiros pretendem, a interrupção da gravidez, num caso de tuberculose numa grávida, com o aborto provocado nos casos de vômitos incoercíveis. Não há mesmo qualquer paridade entre estes dois estados patológicos. Nos vômitos incoercíveis da gestação, dos quais só esta é responsável, é a própria gravidez que põe em perigo a vida da mulher, e se esta morre, o feto sucumbe fatalmente. A salvação da mãe impõe-se, pois, por todos os motivos. Na hipótese da

APARELHOS PARA ELECTROMEDICINA
DA CASA
GAIFFE - GALLOT & PILON
PARIS

INSTALAÇÕES DE RAIOS X
«TUBOS COOLIDGE»
ACESSORIOS



GERADOR ESTÁTICO PARA RADIODIAGNÓSTICO
E RADIOTERAPIA PROFUNDA

FORNECIMENTOS DE RADIO DA CASA
RADIUM BELGE — BRUXELAS

CONCESSIONARIOS EXCLUSIVOS

S. I. C. E.

SOCIEDADE IBÉRICA DE CONSTRUÇÕES ELÉTRICAS, LDA

PRAÇA DOS RESTAURADORES, 78, 1.º — LISBOA

TELEFONE: NORTE 3849



Opothèrapia Hematica Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mizeras do Sangue total.

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D^r em P^l*, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)

Amostras e Littèratura : SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

PÕ
DE ABYSSINIA
EXIBARD
Sem Opio nem Morphina.
Muito eficaz contra a
ASTHMA
Catarrho — Oppressão
• todas affecções espasmodicas
das vias respiratorias.
35 Anos de Bom Exito. Medalhas Ouros e Prata.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o
6, Rue Dombasle, 6
PARIS
E BOAS PHARMACIAS

tuberculose não sucede, porém, o mesmo; não só há casos em que a gestação segue o seu curso normal, terminando por um parto também normal, como outros casos existem em que a interrupção da gravidez, além de constituir um perigo para a mãe, não evita a marcha da moléstia, ou, quando muito, depois de sacrificar um feto susceptível de viver, traz como recompensa apenas umas melhoras passageiras ou uma cura aparente, mais do que hipotética.

Ilógico é também, para justificar a interrupção da gravidez, querer comparar, como faz Bar, a situação duma tuberculosa grávida aos casos de cancro no colo do útero nas gestantes.

Nenhum cirurgião haveria, é certo, que esperasse plácida-mente pelo parto, para depois fazer a histerectomia total ou subtotal, perdendo assim a oportunidade de uma operação precoce, sempre desejável e dotada de indiscutíveis vantagens. É que, na hipótese do cancro, o tumor e o feto têm por sede o mesmo órgão — o útero —, tornando-se quasi impossível intervir no tumor sem atacar o feto. Mas outro factor diferencia ainda tais estados nosológicos: é que o cancro, não operado, é, como se sabe, incurável, ao passo que à tuberculose não sucede o mesmo: a sua cura absoluta está longe de constituir raridade. Enfim, se na gestante o feto residisse no pulmão e se a tuberculose deste órgão pudesse curar-se pela sua ablação, a comparação poderia ainda justificar-se! Doutro modo, não!

Deixemos, porém, estas considerações e vejamos o que nos dizem as estatísticas referentes aos resultados obtidos pela interrupção da gravidez nas tuberculosas. Não conhecemos, e supomos mesmo não existirem, trabalhos importantes a este respeito. Os que compulsámos, além de antigos, referem-se a pequeno número de casos, o que levou Wallich (37), na Academia de Medicina de Paris, a propor, em 1922, a constituição de uma comissão destinada a fazer o estudo completo de tôdas as observações publicadas, em ordem a que algumas conclusões se pudessem seguramente tirar com perfeito conhecimento de causa.

No entanto, dentre as que existem, há a de Kaminer (38), estabelecendo que sucumbem 22 por cento das mães, a-pesar da interrupção da gravidez; a do próprio Bar (39), mostrando que, em 30 por cento dos casos de gestação interrompida, continua a evolução tuberculosa das lesões; e a de Weinberg (40), cal-

culando somente 16,7 por cento de vidas prolongadas em mães tuberculosas que se sujeitaram a tal prática! Ora, a-pesar da ridicularia dêste último número, a nossa impressão é ainda de que a maioria das doentes melhoradas pelo abôrto provocado poderia ter levado a gestação a seu têrmo, por apresentarem tipos benignos da doença, nos quais a gravidez produziu um agravamento apenas aparente do estado geral e local. Estas estatísticas são, porém, omissas em esclarecimentos a tal respeito, e a nossa impressão — bom é frisá-lo — não passa de uma simples conjectura, que, no entanto, o nosso modo de ver sôbre êste problema plenamente justifica.

Efectivamente, as formas benignas da doença, como a forma abortiva de Bar, as formas fibrosas localizadas, a adenopatia traqueo-brônquica, etc., suportam, como se deduz de algumas das histórias clínicas que apresentamos, uma ou mais gestações, sem perigo comprovado para a gestante. E se num ou noutro caso parece indiscutível um agravamento do mal, quer durante a gravidez, quer no decorrer do puerpério, o facto é que a sujeição da doente ao regíme de Bhremer numa estação de altitude, faz com que se esbatam todos e quaisquer sintomas de carácter evolutivo e que a doente, a breve trecho, recupere a sua primitiva saúde. Pode não só no próprio decurso da gravidez dar-se tal modificação, como succede na observação n.º 50, mas também decorridos alguns meses sôbre o puerpério, como por exemplo na observação n.º 43 e noutras, referentes a doentes que só recorreram à sanatorização depois dos partos se terem efectuado.

Vejamos estas duas histórias clínicas :

OBSERVAÇÃO N.º 50

B., de 18 anos, doméstica, natural de C. e residente em L. Alguns casos de tuberculose pulmonar na família. Foi saudável até aos 15 anos; dessa idade em diante começou a sentir-se fraca. Casou aos 17. Acentuou-se o emmagrecimento e surgiram temperaturas superiores a 37°. Gravidou. Continuou a enfraquecer e a sentir-se pior.

Estado geral e local na primeira observação. — Aspecto geral fraco; tosse ligeira, sem expectoração; dores torácicas; temperatura a 37°,5 máx.; anorexia; emmagrecimento; fadiga fácil; aptidão para o trabalho diminuída.

Estado de nutrição deficiente; mucosas descoradas; micro-adenites cervicais. Perímetro mamilar, 78 cm.; amplitude torácica, 7 cm.; altura torácica, 31 cm.; diâmetro axilar, 21 cm.; diâmetro supra-esternal, 16 cm. Expírometro, 21,7co. Vaquez-Laubry: máx. 13; mín. 7. Altura, 1^m,62. Pêso, 52 quilos.

Diminuição do murmúrio vesicular no têrço superior direito, com respiração rude nas fossas supra e infra-claviculares esquerdas. Sinal de Espine positivo. Transonância esterno vertebral, mais predominante à direita.

Exame radioscópico. — Adenopatia hilar. Permeabilidade pulmonar normal.

Expectoração mucosa, não revelando a existência de «B. Tuberculi».

Depois de uma cura de repouso, durante 3 meses, no Sanatório Sousa Martins, regressou a Lisboa com a nota de «cura aparente», sem febre e com mais 3 quilos de pêso. A gestação continuou sem incidentes. Teve o seu parto, que foi normal. Continua bem.

OBSERVAÇÃO N.º 43

V., de 26 anos, doméstica, natural de A., onde residia. Alguns casos de tuberculose na família. Nunca teve doenças graves, mas foi sempre fraca. Aos 23 anos teve o primeiro filho; enfraqueceu muito. A-pesar do conselho em contrário dos médicos, amamentou a criança. Aos 25 anos teve o segundo parto. Piorou; teve uma pequena hemoptise sem reacção febril. Tratou-se e, como não se sentisse melhor, foi para a Guarda.

Estado geral e local na primeira observação. — Aspecto geral regular; pouca tosse e pouca expectoração; dores torácicas; temperatura a 37º máx.; ausência de suores; anorexia; emmagrecimento; fadiga fácil; aptidão para o trabalho diminuída. Estado de nutrição regular; anemia ligeira; micro-adenites cervicais. Pulso pequeno e freqüente (104). Perímetro mamilar, 83 cm.; amplitude torácica, 29 cm. Altura, 1^m,64. Pêso, 60,500 gr.

Diminuição do murmúrio vesicular com vibrações vocais aumentadas na metade superior do pulmão direito. Rudeza inspiratória na fossa subclavicular.

Expectoração mucosa, não revelando a existência de «B. Tuberculi».

Retirou da Guarda com a nota de «cura aparente», sem temperatura, com mais 3 quilos de pêso e mais 2 cm. de perímetro.

Ao lado de doentes nestas condições, outras há que, por indicação dos seus clínicos assistentes, têm interrompido desnecessariamente sucessivas gestações, com o infundado receio de que o parto ou puerpério agravasse o pequeno processo tuberculoso de que eram portadoras. É o caso da observação n.º 42, por exemplo, a quem há pouco mais de um ano aconselhámos a não interrupção de uma gravidez em comêço, por se tratar de uma

forma benigna da doença, que não carecia de cuidados de grande monta. E, no entanto, essa senhora, como poderá reconhecer-se pela leitura da sua resumida observação, já sofrera anos antes um abôrto provocado, e tão sugestionada estava pelas teorias intervencionistas alemãs, que se resignara à triste situação de ter de passar a existência sem o sorriso de um filho que tanto ambicionara.

OBSERVAÇÃO N.º 42

M., de 35 anos, doméstica, natural de A. e residente em Lisboa. Alguns casos de tuberculose na família. Fraca desde pequena e duas pleurisias sêcas à direita. Aos 30 anos foi aconselhada a submeter-se a uma cura sanatorial, a que se sujeitou apenas durante mês e meio, no Caramulo. Aos 32 anos gravidou pela primeira vez. Começou a enfraquecer e a perder o apetite. Observada então, foi-lhe indicada a interrupção da gravidez, a que se submeteu contrariada.

Melhorou um pouco, muito embora continuasse com a mesma astenia e fraqueza e com temperaturas vesperais a 37°,4. Entretanto surge uma segunda gravidez, que se fêz acompanhar, como a primeira, de uma acentuação no esgotamento e mal estar. Novamente lhe foi aconselhado o abôrto profilático. Quis ouvir a nossa opinião, tendo-nos consultado em Outubro de 1926.

Estado geral e local na primeira observação. — Aspecto geral fraco; alguma tosse e rara expectoração; dores torácicas freqüentes; temperatura bucal a 37°,5 máx.; alguns suores nocturnos; anorexia e vômitos; emmagrecimento; fadiga com a marcha; aptidão para o trabalho diminuída. Estado de nutrição deficiente; mucosas descoradas; micro-adenites cervicais duplas; ampliação torácica reduzida. Pulso fraco, mas regular. Pachon: máx. 12, mín. 8. Perímetro mamilar, 75 cm.; amplitude torácica, 3 cm.; altura torácica, 28 cm. Altura, 1^m,43. Pêso, 42 quilos.

Diminuição de murmúrio e expiração levemente prolongada na fossa supra-espinhosa direita, com uma ou outra rala fina muito discreta à tosse; diminuição de murmúrio no vertice esquerdo.

Expectoração aquosa transparente, não revelando «B. Tuberculi».

Considerando o seu estado pulmonar e atendendo a que a gravidez era apenas de 2 meses, limitámo-nos a aconselhar-lhe um regimen de rigoroso repouso, insistindo para que se fizesse observar um mês mais tarde, a-fim-de se decidir sôbre a interrupção da gestação, que nos parecia naquele momento desnecessária.

Efectivamente, um mês mais tarde, o estado pulmonar mantinha-se sem alteração e a doente sentia-se um pouco melhor, pelo que levou até final a sua gravidez. Esta correu sem compli-

cações, bem como o parto, que foi normal. Desde então o seu estado geral e local tem-se mantido bem, sem quaisquer sinais de agravamento. Aumentou 5 quilos de pêso e desapareceu-lhe a febre.

Mas, ainda mais: — dentro do próprio grupo das formas fibro-caseosas, há também doentes que suportam regularmente a gravidez e nas quais o regime de repouso num clima de altitude repara os estragos que, porventura, a gestação lhes trouxera. São, como poderá reconhecer-se, os casos de tuberculose em cujas formas predomina a tendência fibrosa; são, regra geral, os indivíduos que passaram já os 35 anos, ou sejam muitos daqueles cujas lesões pulmonares vêm de longe e se encontram, portanto, em plena compensação bacilar; são, em suma, as doentes que mostram natural tendência para a cicatrização ou, pelo menos, para o equilíbrio estável das suas lesões; são, por último, as tuberculosas aparentemente curadas, que durante longos anos não vieram retroceder os benefícios que uma cura sanatorial lhes trouxe, vivendo em plena convicção de possuir uma saúde invejável, mas a quem uma gravidez ou um parto deu lugar a um pequeno desequilíbrio das suas defesas.

É o que se deduz da leitura da observação n.º 39.

OBSERVAÇÃO N.º 39

E., de 53 anos, doméstica, natural do Pôrto e residente em Lisboa. O pai foi um tuberculoso. Teve sempre saúde até aos 17 anos, idade em que começou com tosse, enfraquecimento e sinais acentuados de anemia. Feita, a essa data, a análise à expectoração, foram encontrados bacilos de Koch. Foi para a Guarda em três verões consecutivos. Havia sinais de tuberculose pulmonar à direita, com ralas subcrepitanes na metade superior do pulmão. Melhorou gradualmente, a ponto de ser dada como «aparentemente curada». Casou aos 26 anos. Gravidou em seguida. A gestação correu sem incidentes. O parto foi laborioso, tendo havido uma infecção puerperal. No quarto mês do puerpério teve uma pequena hemoptise. Voltou para a Guarda, onde passou um verão, tendo retirado bem. Seguidamente teve mais três gestações, tôdas normais, com exceção dos partos sempre difíceis. Por conselho médico nunca amamentou os filhos. Aos 44 anos teve outra pequena hemoptise. Voltou mais uma vez para a Guarda, onde tem passado, desde então, todos os verões.

Estado geral e local na última observação. — Aspecto geral fraco; pouca tosse e pouca expectoração; ligeiras dores torácicas; apiretica; ausência de suores, de anorexia e de emmagrecimento; dispneia de esforço; fadiga fácil;

aptidão para o trabalho diminuída. Estado de nutrição regular; depressões supra-claviculares acentuadas; pulso cheio e rítmico. Pachon: máximo 17; mínimo 11. Perímetro mamilar, 82 cm.; amplitude torácica, 2 cm.; altura torácica, 29 cm.; diâmetro axilar, 21,2 cm.; diâmetro supra-esternal, 18 cm. Expirómetro, 1,500. Altura, 1^m,53. Pêso, 48^k,100. Respiração obscura em tôda a extensão do pulmão direito, com alguns roncós e sibilos; submatidez e ralas subcrepitanes grossas, sobretudo após a tosse, na fossa subclavicular. Expectorção muco-purulenta, sem «B. Tuberculi» e com numerosas colónias de estafilococcus, enterococcus e micrococcus catarrhalis.

Esta observação, melhor que nenhuma outra, é elucidativa e característica; muito embora as lesões viessem de longe e os sinais estetoscópicos revelassem uma vasta extensão pulmonar invadida, a doente suportou, a-pesar-de ter tido bacilos, quatro gestações, sem que a doença progredisse sob uma feição de precoce gravidade. Observámo-la ainda há pouco tempo. O estado pulmonar mantém-se o mesmo: continua sem febre e conserva um regular estado geral, que lhe permite dar os seus passeios e cumprir os deveres que a sociedade lhe impõe, como mãe e como esposa.

Mas, ao lado destes casos, que infelizmente não são os mais frequentes, enfileiram, por último, as formas fibro-caseosas evolutivas, as pneumonias e bronco-pneumonias caseosas e as formas granulicas. Qualquer destes tipos clínicos sofre um nítido agravamento com a gestação, agravamento que não cede à influência do mais rigoroso repouso e à sujeição, por mais precoce que ela seja, a uma sanatorização em clima de altitude. É o caso da observação n.º 2, por exemplo:

OBSERVAÇÃO N.º 2

A., de 21 anos, natural de S. e residente em G. O pai e a mãe faleceram de tuberculose pulmonar. Teve uma febre tifóide aos 17 anos; desde então ficou sempre fraca. Casou aos 20 anos; gravidou em seguida. Começou a passar mal. Ao oitavo mês de gestação teve três hemoptises, a última das quais abundante. Teve um parto, que decorreu regularmente; no entanto, as piores acentuaram se.

Estado geral e local na primeira observação. — Aspecto geral mau; muita tosse e muita expectoração; dores torácicas; temperaturas vesperais elevadas (39º); suores nocturnos; dispneia; anorexia acentuada; sede viva; emagrecimento; grande fadiga. Estado de nutrição deficiente; mucosas descora-

das; ausência de adenites e de deformações torácicas. Pulso depressível e freqüente (130). Perímetro mamilar, 70 cm.; amplitude torácica, 1 cm. Expirómetro, 1^l,100; altura, 1^m,45; pêso, 45 quilos.

Submatidez e ralas de fusão na metade superior do pulmão direito. Expectoração muco-purulenta, revelando a existência de «B. Tuberculi».

As lesões foram-se acentuando progressivamente. O pulmão direito foi todo invadido; sobreveio um engorgitamento profundo em tôda a sua extensão; em seguida formaram-se pequenas cavernas, que em breve se fundiram numa só, na fossa sub-clavicular. Entretanto o pulmão esquerdo começou a apresentar lesões de fusão rápida. A temperatura adquiriu a feição de grandes oscilações, acompanhada de arrepios. A dispneia foi-se acentuado; sobrevieram os edemas, tendo a doente falecido por anoxemia progressiva.

Em face de casos como êste, ¿ qual deverá ser a atitude do clínico ? ¿ Interromper a gravidez ? ¿ Não a interromper ?

As formas evolutivas da doença são sempre graves e se a gestação, indiscutivelmente, mais as agrava ainda, não é, a nosso ver, a regressão à situação anterior, pela interrupção da gravidez, que detém a marcha destrutiva e inclemente do mal. Pode, é certo, com uma tal intervenção, adiar-se, por 2 ou 3 meses, a morte inevitável da doente, mas há que ponderar também o perigo que sempre acarreta uma operação desta natureza, praticada num organismo fortemente intoxicado, sem defesas e sem reservas. Além disso, bom é não esquecer que, se a gravidez pode agravar a doença, esta não melhorará forçosamente desde que a causa se afaste. É o caso da observação n.º 12, por exemplo, em que a interrupção da gestação não deteve a marcha evolutiva do processo.

OBSERVAÇÃO N.º 12

A., de 20 anos, natural de S., onde residia. Vários casos de tuberculose pulmonar na família. Foi sempre saudável até aos 18 anos. Nessa idade começou a enfraquecer e a ter tosse. Foi auscultada; nada lhe encontraram. Um ano mais tarde piorou. Foi feita a análise à expectoração. Revelou bacilos. Tratou-se, durante um ano, na Assistência. Aconselharam-lhe depois a ida para a Guarda.

Estado geral e local da primeira observação. — Aspecto geral bom; bastante tosse e muita expectoração; temperatura subfebril; raros suores; anorexia; fadiga nas subidas; aptidão para o trabalho diminuída. Estado de nutrição bom; ausência de adenites e de deformações torácicas. Pulso freqüente (108). Perímetro mamilar, 82 cm.; amplitude torácica, 1 cm.; diâmetro axi-

lar, 23,5 cm.; diâmetro antero-posterior, 14 cm. Expirómetro, 1 litro. Altura, 1^m,46. Pêso, 61,900 gr.

Matidez e ralas de fusão na metade superior do pulmão esquerdo, com respiração anfórica na fossa subclavicular.

Expectoração muco-purulenta, contendo «Bacillus Tuberculi».

Passado um ano, retirou da Guarda, sensivelmente na mesma situação. Voltou 7 meses mais tarde, no estado de gravidez (6.^o mês). Desde o começo da gestação que não passara bem. A auscultação revelava, efectivamente, lesões mais extensas, com ralas de fusão em tôda a extensão do pulmão esquerdo e respiração anfórica nas fossas supra-espinhosa, supra-clavicular e infra-clavicular.

Teve o seu parto, que foi difficil e trabalhoso. Continuou na Guarda durante 2 anos, sendo observada de tempos a tempos. As lesões foram secando, a pouco e pouco, começando a desenhar-se a expiração cicatricial na face anterior. O pêso é que ia diminuindo gradualmente, tendo passado de 61 para 52 quilos. Foi depois para a Serra da Estrêla. Gravidou 2.^a vez. Veio para Lisboa, onde a gravidez lhe foi interrompida. Voltou para a Guarda, passado algum tempo. Estava pior. Voltara a ter febre (38 máx.). A caverna aumentara e tinham reaparecido os sinais de fusão. Perdera o apetite e a diminuição de pêso acentuara-se (47 k.). Entretanto surgira um derrame pleurítico à esquerda. A doente foi piorando, tendo falecido tempos depois, segundo informações recentemente colhidas.

Nestes casos, nitidamente evolutivos, o clínico nada mais tem a fazer, como dizia Pinard, do que amparar a tuberculosa e vigiar a gravidez; e, por mais desoladora, sinistra e estéril que tal prática pareça, aceitamo-la, seguindo-a e preconizando-a sempre. Se a doente tem a felicidade, dentre a enorme infelicidade do seu mal, de serem unilaterais as lesões caseosas, a aplicação da terapêutica de Forlanini tem então justa indicação. Inutil e desnecessário passarmos a demonstrar a acção curativa do pneumotorax artificial. A prova dos seus benéficos efeitos está de há muito estabelecida. A sua aplicação nos casos de gravidez é que é relativamente recente. Foi feita a primeira tentativa por Kuthy e Lobmayer (41), de Budapest, em 1913. Um ano depois appareceu, no Boletim da Sociedade Médica dos Hospitais de Paris, o 1.^o caso detalhadamente exposto por Rist e Leon-Kindberg (42). A estes, outros se seguiram, como os de Voornvel (43), Slater (44), Rist (45), etc., e todos elles claramente comprovativos de que a existência de um pneumotorax, muito embora implique a supressão funcional completa de um pulmão, não constitui, no entanto, o menor obstáculo à evolução normal da gestação, ao trabalho

de dilatação do colo e ao parto pròpriamente dito. É, além disso, uma intervenção terapêutica que, quando oportuna e judiciosamente aplicada, permite não só salvar a mãe, por vezes condenada já a morte próxima, como também o próprio feto, que, por ser feto e portanto um ser fraco, pequeno e sem defesa, mais direito tem, no dizer de Pinard, à nossa protecção e ao nosso respeito. Na verdade, a grande maioria dos recém-nascidos, filhos de mães tuberculosas e separados logo após o nascimento do inevitável contágio materno, crescem e desenvolvem-se como quaisquer crianças normais de ascendência absolutamente sã. O depoimento de Debré e Lelong (46), apresentado à IV conferência Internacional contra a Tuberculose, é, a tal respeito, claro e valioso, dada a documentação abundante em que se baseia:

«Le nourrisson naît sain et normal; sa croissance se fait ensuite régulièrement. A chaque étape de son développement, il reste aussi fort, aussi robuste que les enfants nés de parents non tuberculeux. En outre, l'enfant issu de tuberculeux n'a pas plus fréquemment que les autres des tares, des dystrophies, des malformations viscérales. Il n'est pas plus fréquemment atteint de rachitisme. Enfin sa résistance aux maladies, infections digestives, respiratoires, aux maladies infectieuses, est normale: la pathologie du nourrisson et de l'enfant n'offre pas chez lui une physiologie spéciale. Donc, aussi bien du point de vue de sa croissance que du point de vue de sa pathologie, l'enfant issu de parents tuberculeux ne présente rien qui ne puisse se rencontrer avec une égale fréquence parmi les enfants issus de parents sains.»

Das considerações que acabamos de fazer poderá, à primeira impressão, deduzir-se que a nossa atitude, em face de uma tuberculosa grávida, é a dos não intervencionistas. Efectivamente, julgando a interrupção da gravidez absolutamente desnecessária nas formas benignas da doença, porque a acção do clima de altitude e de uma rigorosa sanatorização detêm só por si a evolução do mal, julgamos, por outro lado, tal prática inútil e até perigosa nas formas de tuberculose evolutiva, a cuja marcha lenta e progressivamente destrutora nada temos a opor, no estado actual dos nossos conhecimentos.

Mas, «sempre» e «nunca» são termos que um clinico, não deve, em hipótese alguma, empregar, porquanto, em medicina,

não há dogmas, nem leis absolutas, nem princípios rígidos. E, se das nossas palavras se pode concluir que a interrupção da gravidez ou é desnecessária ou inútil, é porque não considerámos até aqui os casos em que, justamente, tal intervenção se justifica e impõe.

Queremos referir-nos às tuberculosas portadoras de uma forma benigna da doença e nas quais a gravidez, pelo estado de anergia que tantas vezes provoca, fêz degenerar a benignidade do mal num outro tipo de feição evolutiva; queremos aludir às tuberculosas fibro-caseosas compensadas pela predominância de reacções tecidulares fibrosas e que assistem ao agravamento do mal perante uma gestação em comêço; queremos apontar os casos considerados como «cura aparente» e nos quais uma gravidez, desejada e levada a efeito antes da consolidação absoluta das lesões, trouxe a reactivação da moléstia, com todo o cortejo sintomático da primitiva infecção. Foi o que sucedeu na doente da observação n.º 26, cuja história clínica já tivemos ocasião de transcrever.

Nestas circunstancias, em que é manifesta a influência da gestação, em que esta constitui, por assim dizer, a causa ocasional do mal, quer transformando uma forma essencialmente benigna noutra de feição evolutiva, quer ateando o incêndio num braseiro já extinto ou num rescaldo inofensivo há longos anos, nestas circunstâncias, dizíamos, quando as lesões não forem unilaterais para serem sujeitas à acção curativa dum pneumotorax, a interrupção da gravidez, como medida terapêutica, é então justificada e constitui indubitavelmente um recurso, muito embora este, nem sempre coroado de êxito, seja forçadamente imposto pelo estado actual da tisioterapia, ainda tão atrasada e estéril. Quando um dia existir um tratamento suficientemente enérgico, capaz de suspender a influência nefasta que o estado de gravidez é susceptível de ocasionar em determinadas doentes, a interrupção da gestação será então uma intervenção que só a história passará a registar, como já hoje a regista para os apertos graves da bacia, que ninguém, na época actual, ousaria resolver por semelhante intervenção, tão preconizada e seguida em meados do século XIX. Emquanto, porém, o progresso da sciência não atingir tal desideratum, a interrupção da gravidez constituirá sem dúvida uma medida de valor em determinados casos, estando a sua aplica-

ção dependente apenas do critério pessoal do clínico. Deve, no entanto, repetimos, ser uma medida de excepção, o último recurso de que se deverá lançar mão, no estado actual da terapêutica anti-tuberculosa, depois do estudo consciencioso e individual do caso.

*
* *
*

É, por vezes, difícil, bem sabemos, conhecer de antemão a evolução de uma «poussée». «En matière de poussée évolutive, diz Léon Bernard, les plus grandes surprises attendent le médecin; ce n'est que le diagnostic de tuberculose aigüe qui permette d'affirmer la mort, et encore la phtisie galopante, la pneumonie caséuse sont susceptibles de s'arrêter dans des cas exceptionnels!...»

Há quem tenha proposto a utilização da cuti-reacção para discernir da evolução do mal. Pode, não há dúvida, apreciar-se, por seu intermédio, o estado de alergia, o grau de resistência actual da doente, mas nunca supor-se que a sua positividade ou negatividade constitui um horóscopo infalível sobre cada caso.

Seria até grave que, por uma cuti-reacção negativa, se legitimasse a interrupção duma gravidez, pois ninguém ignora, supomos, que o estado gravídico só por si é susceptível de criar um certo grau de anergia. O mesmo sucede com a reacção de sedimentação globular que, embora recente, tem já, dentro do capítulo da tuberculose pulmonar, um proeminente papel pelas interessantes conclusões que permite tirar. Todavia, na situação — gravidez-tuberculose — tal reacção perde, em parte, o seu indiscutível valor, pois tanto o estado fisiológico da gravidez como o estado patológico da tuberculose influem no mesmo sentido sobre a aceleração da sedimentação. E identicamente para as outras reacções humorais.

Os índices pelos quais se pode apreciar o estado evolutivo de uma «poussée» tuberculosa residem essencialmente nos sinais físicos associados aos sintomas gerais e funcionais, apreciados sempre em conjunto, e não dispensando nunca o menor detalhe e o menor elemento, por mais insignificante e inútil que êle nos pareça, em ordem a não se poder legitimar de ânimo leve a interrupção de uma gravidez e abrir, por consequência, a porta aos

mais abomináveis abusos, tanto mais graves, quanto é certo êles serem praticados sempre com a melhor das intenções e na melhor boa-fé.

*

* *

Pôsto isto, vejamos qual o processo a preferir na interrupção de uma gravidez e qual o período da gestação em que êle deve ser aplicado.

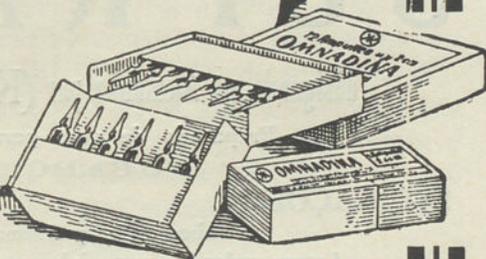
Segundo a opinião do Prof. Bar, a interrupção da gravidez só deve ser útilmente aconselhada nos casos em que a gestação não vá além do fim do 3.^o mês. Estes limites, tão estreitos para se estabelecer a oportunidade da intervenção, deixam claramente prever a série de embaraços e de dificuldades com que o clínico terá de se defrontar na prática, sempre que encare frente a frente o problema.

Todos sabem, com efeito, que é justamente durante êste período que o organismo materno se adapta ao choque sofrido pelo enxerto do ôvo fecundado, adaptação anatômicamente revelável, no dizer de Bar, e clinicamente exteriorizada pelo desaparecimento das perturbações simpáticas, que todos nós conhecemos (vômitos, emmagrecimento, etc.), e pelo início de uma nova época, caracterizada por um estado indiscutível de aparente saúde e particular euforia, progressivamente florescente até final da gravidez.

Esta seqüência dos dois períodos, um de mal-estar, outro de boa disposição e de saúde, podem manifestamente iludir o clínico e tornar, portanto, mais difícil o estabelecimento da conduta a seguir sôbre a oportunidade da interrupção ou não interrupção da gravidez. Não só os indícios de pioras dos três primeiros meses nada têm, muitas vezes, com o agravamento do mal, como também o bom estado geral e um aparente silêncio das lesões encobrem, em muitos casos, o estado de actividade local, que só após o parto ruidosamente se manifesta.

O justificado, embora infundado, receio de gravidade dos primeiros meses da gestação e o sossêgo enganador dos meses que a estes imediatamente se seguem, são, pois, circunstâncias a ponderar na orientação que se tome em face de um caso de tuberculose em mulher grávida. A série de dificuldades que podem

Omnadina



Vacina total imunizante "Much,,

Para a terapêutica não específica
em tôdas as

moléstias infecciosas e padecimentos
reumáticos e neurálgicos.

Mobiliza rapidamente e aumenta eficazmente
tôdas as forças defensivas do orga-
nismo, assim como encurta conside-
ravelmente a duração da moléstia.

Forma comercial:

Caixas com 1 e 12 ampolas de 2 c. c.
Empacotamento original «KALLE».

....

J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Sero-bacteriologische Abteilung

«Bayer-Meister Lucius,, Hoechst s/M.

Representante-depositário: AUGUSTO S. NATIVIDADE
Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA



Schering

SUPRAGOL

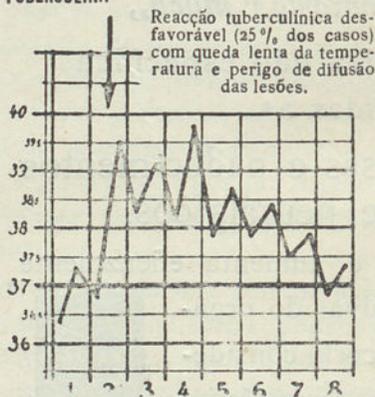
designado na Alemanha por (KRYSGOLGAN)

Preparado de ouro para tratamento da
TUBERCULOSE

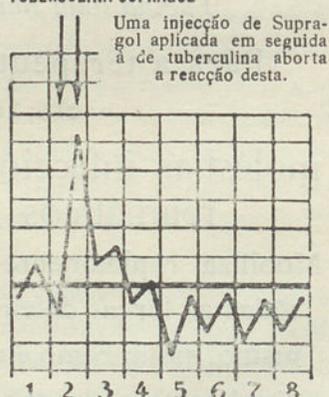
INDICAÇÕES:

Tuberculose pulmonar e laringea
Lupus vulgar e especialmente Lupus erythematoso,

TUBERCULINA



TUBERCULINA-SUPRAGOL



É cada vez maior o apreço em que é tido o ouro pelos fisiólogos de todo o mundo, como específico no tratamento da tuberculose. Investigações experimentais recentes assim como numerosas observações clínicas têm mostrado a superioridade do **SUPRAGOL**-(KRYSGOLGAN), sobre todos os outros preparados de ouro. Empregando o **SUPRAGOL** é possível suprimir os perigos da cura pela tuberculina.

Pedir AMOSTRAS E LITERATURA ao representante:

SCHERING, Limitada, LISBOA, Rua Victor Gorden, 7

embaraçar o clínico na escolha da directriz que em sua consciência deve seguir vai assim surgindo, a pouco e pouco, com a discussão e apreciação do problema.

Se, indiscutivelmente, o abôrto provocado, no dizer de todos os parteiros, é tanto mais perigoso quanto mais adiantado se encontra o estado de gestação, com a agravante, nos casos de que tratamos, de ter de se praticar em organismos anemiados, como o das tuberculosas, nas quais as perdas de sangue são ainda mais prejudiciais, o factó é que, muitas vezes, o clínico se vê seriamente embaraçado para decidir precocemente da necessidade ou não necessidade da intervenção. Com o fim de adiar esta dificuldade e de evitar, por consequência, as grandes hemorragias (áparte outras razões de que a seguir nos ocuparemos), propôs a sciência alemã a hysterectomia útero-anexial total ou a simples hysterectomia do útero grávido, com conservação dos anexos, mais conhecida pela operação de Bum-Kraus.

Abandonada já quási por completo a primeira, não só pelas razões que todos de sobejo conhecem, como também pela verificação, feita por Coulaud (47), de que a castração é uma causa de diminuição do estado alergico, ficou de pé apenas a segunda, praticada já, com certo êxito, em Coimbra, desde alguns anos, tanto pelo falecido e glorioso Prof. Daniel de Matos, como pelos actuais Profs. Álvaro de Matos e Novais e Sousa.

Ora, a-pesar do successo daqueles casos, o certo é que tal intervenção tem, a nosso ver, os seus inconvenientes. Basta citar um dêles: o da condenação da mulher a uma esterilidade precoce. Bem sabemos que é justamente essa esterilidade uma das vantagens que os partidários da operação de Bum vêem na intervenção que preconizam. É o único processo, dizem êles, de evitar as graves consequências que possíveis gestações futuras trariam para a doente. Assim succederá, sem dúvida, nalguns casos; outros, no entanto, são conhecidos em que, após o abôrto provocado e a cura das lesões, novas gestações sobrevieram, seguidas de partos normalíssimos e sem que os antigos focos da doença retomassem a actividade de outros tempos.

Não são raros também os casos de antigas tuberculosas constituírem família, depois de se ter efectuado a cicatrização das suas lesões e terem não um filho só, mas dois e mais, como

no-lo mostra a observação n.º 38, sem que as cicatrizes se resentssem com as sucessivas gestações.

OBSERVAÇÃO N.º 38

F., de 40 anos, doméstica, natural de S., onde reside. Uma irmã, com quem viveu, faleceu de tuberculose pulmonar. Até aos 14 anos foi saudável. Nessa idade adoeceu com uma afecção do pulmão direito que se manifestara por tosse, expectoração, hemoptises e grande enfraquecimento. Tratou-se durante muito tempo. Melhorou gradualmente e foi, segundo diz, dada por curada. Aos 21 anos casou. Até aos 25 anos, teve dois filhos, que amamentou, tendo sido normais, quer as gestações, quer os partos e puerpérios. Continuou passando sempre bem, à parte algumas bronquites, de tempos a tempos. Como um cunhado se tuberculizasse, resolveu ir consultar-nos.

Estado geral e local nessa observação.— Aspecto geral bom; tosse e expectoração muito rara; algumas dores torácicas à direita; apirética; ausência de suores, de dispneiz, de anorexia e de emmagrecimento; fadiga ligeira; aptidão para o trabalho conservada. Estado de nutrição bom. Pulso cheio e regular. Pachon: máximo, 17; mínimo, 11. Perímetro mamilar, 100 cm.; amplitude torácica, 3 cm.; altura torácica, 32 cm.; diâmetro axilar, 29 cm.; diâmetro supra-esternal, 19 cm. Expirómetro, 0,800. Altura, 1^m,53. Pêso, 78,500 gr.

Respiração obscura em tôda a extensão do pulmão direito, com expiração levemente prolongada, algumas ralas subcrepitanes grossas e crepitações finas (atelectasia cicatricial) nas fossas supra a infra-clavicular do mesmo lado.

Expectoração muco-purulenta, não revelando a existência de «Bacillus Tuberculi».

Em opposição à histerectomia, o abôrto, portanto, não compromete o futuro da doente e não contribui para a profilaxia do nascimento, dentro de normas permanentemente indestrutíveis.

Em resumo: qualquer destas intervenções, quando aconselhável dentro dos princípios atrás estabelecidos, é susceptível de pôr um obstáculo ao progresso da moléstia; qualquer delas tem, porém, as suas vantagens e inconvenientes, estando a preferência de uma ou de outra na dependência de variadíssimas circunstâncias, que só o estudo particular e minucioso de cada caso poderá estabelecer com relativa segurança e rigor.

*

* *

Falta, por último, referirmo-nos à amamentação. É notória a influência desfavorável que exerce sobre a tuberculose. Ninguém o ignora, supomos. Para confirmar a sua acção funesta, bastar-nos há, portanto, citar a seguinte observação, de data relativamente recente.

OBSERVAÇÃO N.º 45

A., de 26 anos, natural de A. e residente em Lisboa. Alguns casos de tuberculose na família. Foi sempre saudável, embora fraca. Casou aos 14 anos. Gravidou pouco depois. Começou a enfraquecer e a perder o apetite. Estava no 5.º mês de gestação.

Estado geral e local na primeira observação.— Aspecto geral regular; sem tosse e sem expectoração apreciável; algumas dores torácicas à esquerda; temperaturas a 36º,6; ausência de suores; anorexia; emmagrecimento; alguma fadiga; aptidão para o trabalho diminuída. Estado de nutrição regular; mucosas descoradas; ausências de adenites e de deformações torácicas. Pulso fraco, mas regular (80 pulsações). Pachon: máx. 12, mín. 8. Perímetro mamilar, 80 cm.; amplitude torácica, 4 cm.; altura torácica, 30 cm. Altura, 1^m,52. Pêso, 56,500 gr.

Ligeira rudeza inspiratória no tórax póstero-superior direito.

Exame radiográfico: diminuição de transparência do vértice direito, com pequenos pontos de esclerose.

Expectoração mucosa-transparente, sem «Bacillus Tuberculi».

Foi indicado à doente um regime de repouso nos arredores de Lisboa e aconselhada a que se fizesse observar de tempos a tempos. Assim fêz. Começou a passar bem, sentindo mais forças e aumentando de pêso. Teve o seu parto que decorreu sem incidentes. Supondo-se boa, resolveu amamentar o filho. Três meses mais tarde começou a cansar e a diminuir de pêso. Depois constipou-se e começou com febre, nunca deixando, a-pesar-de tudo, de amamentar a criança. Entretanto (5 meses após o parto) teve uns escarros sangüíneos e a temperatura subiu para 39º-40º. Procurou-nos para a observarmos. Estava com uma bronco-pneumonia tuberculosa.

Como esta, outras observações conhecemos, demonstrativas da influência nociva do aleitamento. Este é, por si só, capaz de dar lugar a graves «poussées» evolutivas e ao conseqüente agravamento da moléstia, a que só a morte põe têrmo.

Já Strassmann avaliava em 12 0/0 as mães aparentemente cura-

das, que sofriam gravíssimas recaídas com a lactação. E, na realidade, como diz Verdes Montenegro (48), o esforço orgânico que a amamentação exige é infinitamente superior ao que representa a gravidez, porquanto esta conduz, em nove meses, à formação de um ser pesando 3 quilos e meio, ao passo que aquela obriga a mãe à produção diária e contínua de mais de um litro de líquido alimentar, durante aproximadamente 12 meses. Por seu turno, o facto conhecido de que o leite contém muitas vezes bacilos de Koch é um outro argumento a opor ao aleitamento em tais condições.

Ao terminar esta longa exposição, repetiremos, mais uma vez, que, a nosso ver, o debatido problema da Tuberculose e Gravidez depende, única e exclusivamente, da classificação clínica das formas da doença e do estudo individual de cada caso. Só esta orientação nos permitirá estabelecer com segurança o caminho a seguir, sem nos deixar cair num pessimismo extremo, que nos conduza à interrupção sistemática da gravidez, nem num optimismo perigoso, que tenha, por consequência, o sacrificio inevitável de muitas tuberculosas grávidas, que poderíamos salvar e amparar.

RÉSUMÉ

L'auteur considère d'abord le problème des rapports existant entre la tuberculose et la grossesse, d'après les nombreux travaux publiés sur cette matière, et insiste particulièrement sur l'étude présentée par Forssner à la VI^{ème} Conférence de l'Union Internationale Contre la Tuberculose. L'existence de deux points de vue si différents, manifestés par les auteurs qui ont abordé le problème, serait due exclusivement au manque d'adoption d'une classification clinique ou anatomo-clinique de la maladie. La classification de Turban, dit l'auteur, n'a pas une réelle valeur dans nos connaissances actuelles; c'est une classification artificielle qui dispose dans un même groupe des lésions aux caractères les plus différents et des types cliniques les plus opposés. Cette classification est celle qui a été adoptée dans la presque totalité des travaux. On comprend alors que les conclusions des auteurs puissent présenter de nettes contradictions.

Après ces considérations d'un ordre général, L. C. fait le

| Date | Description | Debit | Credit | Balance | Particulars |
|------|-------------|-------|--------|---------|-----------------|
| 1890 | Jan 1 | | | | Balance forward |
| | Jan 15 | | | | ... |
| | Jan 30 | | | | ... |
| | Feb 15 | | | | ... |
| | Feb 30 | | | | ... |
| | Mar 15 | | | | ... |
| | Mar 30 | | | | ... |
| | Apr 15 | | | | ... |
| | Apr 30 | | | | ... |
| | May 15 | | | | ... |
| | May 30 | | | | ... |
| | Jun 15 | | | | ... |
| | Jun 30 | | | | ... |
| | Jul 15 | | | | ... |
| | Jul 30 | | | | ... |
| | Aug 15 | | | | ... |
| | Aug 30 | | | | ... |
| | Sep 15 | | | | ... |
| | Sep 30 | | | | ... |
| | Oct 15 | | | | ... |
| | Oct 30 | | | | ... |
| | Nov 15 | | | | ... |
| | Nov 30 | | | | ... |
| | Dec 15 | | | | ... |
| | Dec 31 | | | | ... |

rapport de plusieurs observations choisies parmi les 51 cas qu'il a pu étudier et qui constituent le sujet de son travail. Il le groupe d'après la classification de Bard, modifiée par Burnand, et reconnaît que l'influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire dépend de la forme clinique que revêt cette maladie. Plus grande sera la puissance destructive et infectante de la tuberculose et sa tendance à la caséification, plus graves seront les conséquences de la grossesse. Le type clinique, qui dépend toujours simultanément de la virulence du Bacille et du terrain qu'il infecte, tend à maintenir — affirme l'auteur — sa forme particulière pendant toute l'évolution de la grossesse, et encore dans la période puerpérale et les mois qui s'ensuivent. Et si on trouve, dans plusieurs cas, une aggravation des lésions quand la grossesse s'établit, cette aggravation ne constitue pas toujours un danger pour la malade qui bien des fois désire ardemment les joies de la maternité. En effet, à côté de plusieurs malades où trouve son application le vieil aphorisme trop souvent répété: «Pour la femme tuberculeuse pas de mariage, pas d'enfant, pas d'allaitement», il y en a d'autres qui supportent la grossesse sans que surviennent des conséquences fâcheuses pour la mère. L'auteur croit que ces derniers ne seront pas les moins nombreux, puisqu'il suffit de rappeler, comme Dumarest l'a remarqué, les cas innombrables de tuberculoses légères et meconnes, des malades qui ne soupçonnant pas l'existence de leur maladie, ne subissent aucune observation soit dans les hôpitaux, soit dans les cliniques.

D'après son point de vue sur ce sujet, l'auteur condamne l'interruption de la grossesse: elle ne serait pas nécessaire quand il s'agirait d'une forme légère de la maladie; elle serait inutile et même dangereuse quand serait le cas d'une forme grave, franchement évolutive. Seulement en des cas très exceptionnels il conseillerait une telle pratique, et il donnerait alors sa préférence à l'avortement.

En appuyant ses considérations par une analyse détaillée des observations cliniques, l'auteur termine par des références à l'allaitement maternel. Pour ces malades, quelle que soit la forme clinique de la tuberculose, il le condamne en absolu.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — HIPÓCRATES — Citado por Thomas — *Tuberculose et puerpéralité*. Thèse de Paris, 1905.
- 2 — SIMS — Observations sur les maladies épidémiques. Citado por Tecon — *Revue Suisse de Médecine*. Août, 1913.
- 3 — CULLEN — *Elements de Médecine pratique*. T. II, 1878 (*).
- 4 — BRIENDE — *Traité de la phthisie pulmonaire*. T. II, 1803 (*).
- 5 — ANDRAL — *Cliniques médicales*. T. IV, 1840.
- 6 — DUGÉS — *Dictionnaire de médecine*. T. IX, 1833.
- 7 — FONSAGRIVES — *Therapeutique de la phthisie pulmonaire*, 1866.
- 8 — BOUCHUT — *Pathologie générale*, 1869.
- 9 — MERCIER — De l'influence de la grossesse sur le développement et la marche de la tuberculose. Thèse. Paris, 1894.
- 10 — GRISOLLE — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1849 (*).
- 11 — GUENEAU DE MUSSY — *Gazette des Hôpitaux*, 1868 (*).
- 12 — GRANCHER — *Traité de médecine et de thérapeutique*. Paris, 1900.
- 13 — REBIÈRE — Contribution à l'étude de la tuberculose dans ses relations avec la grossesse et les suites de couches. Thèse. Paris, 1900.
- 14 — LEBERT — *Archiv. fur Gynaek*, 1862 (*).
- 15 — SCHROEDER — *Lehrbuch der Geburtshilfe*, 1874 (*).
- 16 — DUNCAN — Should pregnancy be terminated prematurely in cases of phthisis — *British med. journ.*, 1890. C. R. de la Soc. Obst. de Londres (*).
- 17 — WILLIAMS — La predisposition héréditaire de la Tuberculose pulmonaire. IX^{me} Congrès international de la tuberc. Bruxelles, 1910.
- 18 — GUINSBOURGUE — *Archives de Tocologie*, 1874 (*).
- 19 — CHIARA — Congrès d'obstétrique. Roma, 1886 (*).
- 20 — BERGHESIO — Congrès d'obstétrique. Roma, 1886 (*).
- 21 — MARAGLIANO — Tuberculose et grossesse au point de vue thérapeutique. — *La clinica ostetrica*, 1906.
- 22 — PESTALOSA — Tuberculose et grossesse — *La Gynecologia*, 1905 (*).
- 23 — KRAUS — *Berl. Med. Gesellsch*, 1917.
- 24 — FRANZ — *Zeitsch. f. aertzl. Fortbild*, 1921 (*).
- 25 — SCHERER — *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1922.
- 26 — Citados por FORSSNER — *Acta gynecologica Scandinavica*. V. 3.^o
- 27 — LINDHANGEN — *Hygiea*, 1919; *Läkar-tid*, 1920 (*).
- 28 — FORSSNER — *Acta Gynecologica Scandinavica*. V. 3.^o
- 29 — DUMAREST ET BRETTE — Académie de Médecine (Bulletin) *Scéance* du 27/6/922.
- 30 — PINARD — Tuberculose et grossesse. B. A. M. — *Séance* du 21/11/922.
- 31 — HERGOTT — Sur les rapports de la tuberculose et de la grossesse. B. A. M. — *Séance* du 28/11/922.
- 32 — BAR — Tuberculose et grossesse. B. A. M. — *Séances* du 11/7/922 et du 14/11/922.
- 33 — EMILE SERGENT — Grossesse et tuberculose. B. A. M. — *Séances* du 11/7/922 et du 12/12/922.



Cxs. de 6 amp. de 5 cc.

» » 10 » » 1 1/2

Inventor o Prof. Serono, que foi o primeiro a introduzi-la na terapeutica, antes de 1897.

Efeitos rapidissimos.

Em todas as idades

**: NENHUMA :
INTOLERANCIA**

Aplicadas tambem duas ampollas duma vez em injecções diarias de 10 cc.

**Não dá dôr
nem reacção**

Muito empregadas as injecções grandes mesmo nas Senhoras e até nas crianças.

PODE-SE APLICAR EM
GRANDES QUANTIDADES
E NOS BRAÇOS.

**Sempre falsificada,
nunca imitada.**

METRANODINA SERONO — *Hidrastris canadensis, viburnum prunifolium, ergotina dialisada, canabis indica.*

IPOTENINA SERONO — *A base de nitratos e especialmente de nitritos, iodetos e lobelina.*

CARDIOLO SERONO — *Extrato fluido bem titulado de estrofanço, noz vomica, cebola albarra e lobelia. E' um preparado de titulo constante.*

VIOSAN SERONO — *Oleato duplo de mercurio, colestina e albotanina (via bucal).*

UROLITINA ERGON — ALUMNOSE ERGON.

OPOTERAPICOS SERONO

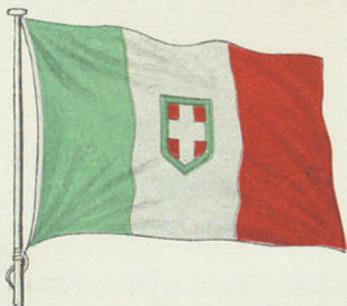
EXTRATOS GLICERICOS TOTAIS preparados com glandulas de animais recentemente sacrificados. 1 cc corresponde a um quarto de grama de substancia glandular fresca. Por via hipodermica são levados a dose conveniente diluindo-os, de preferencia a glicerina, com soro fisiologico para evitar a acção irritante da glicerina.

**PEPTOPANCRE — OVAR — ORCHIT — SURREN — TIROID —
REN — IPOFIS — LIEN — EPAT — MAST — BILE —**
(pituitaria) (baço) (mamaria)

ASI SERONO

EUGOZIMASE FEMININA SERONO — Frascos Ovarasi, Surrenasi e Tiroidasi.

EUGOZIMASE MASCULINA SERONO — Frascos Orchitási, Surrenasi e Tiroidasi.



Arseniato de Ferro Solúvel Zambelletti

COMPOSTO ORGANO-COLOIDE

O único preparado sintético que contém Ferro no estado eletro-negativo e apresenta os CARACTERES — O COMPORTAMENTO — A TOLERANCIA — A ASSIMILAÇÃO — A EFICACIA do

Ferro Fisiológico
Alimentar

Gotas — Injecções de 3 graus

COM OU SEM ESTRICNINA

RECONSTITUINTE TONICO DEPURATIVO

Iodarsono Zambelletti

Peptona arseno-iodada com glicero-fosfatos de calcio e de magnésio e principios vegetais tonico-euopepticos. (Noz vomica, quina, condurango, kola).

Dotado de acção displastica, trofica-mineralisante e eupeptica.

A mais agradável e tolerável preparação iodo-fosforo-arseniaca.

INDICAÇÕES — Linfatisimo — Escrofulose — Raquitismo — Adenopatia — Convallescença de doenças infecciosas — Tratamento depurativo nas afecções do metabolismo — Tratamento complementar da infecção luetica etc.

O preparado que, tendo a suficiente dosagem de arsenio metálico (mgrs. 0,75 por colher, equivalente a mgr. 1 de acido arsenioso), tem entre os seus similares **a mais alta de iodo metálico** (mgrs. 5) — sem iodismo — mais fosforo metálico e gr. 1 de extratos tonicos.

Ótimo sabor, sem vinho e admirável para crianças.

AMOSTRAS:

ITALPORTUGUEZA

APARTADO 214

LISBOA

Arseno= Bromo= Tonicas Zambelletti

(INJECCÕES)

FOSFOL--ARSENIATO
DE FERRO
BROMO --VALERIANICO

Associação da acção sedativa á reconstituente para o tratamento do HISTERISMO, da NEURASTENIA, de todas as NEUROPATIAS essenciaes com alteração da crase sanguinea. (Oligoemia, clorose, dismenorea, anemia).

Iodosan Zambelletti

(IODO SOLUVEL — ATÓMICO NASCENTE)

Solução a 7 o/o de iodo metaloídico colóide, separável, por diluição com agua comum ou por contacto com secreções organicas, em iodo biatómico (violeta) nascente.

O IODOSAN, diluído em agua comum constitui o mais ATIVO, o mais PRÁTICO, o mais AGRADÁVEL antiséptico e profilático

Gargarejos: — Na ANGINA, na TONSILITE, na HIGIENE QUOTIDIANA da GARGANTA.

Colutorios: — Na ESTOMATITE, na CARIE dentaria, na PIORREA ALVEOLAR, na HIGIENE QUOTIDIANA DA BOCA.

Lavagens dos ouvidos e do nariz.

Irrigações: — Nas afecções VAGINAIS e UTERINAS. — Para a HIGIENE INTIMA quotidiana das Senhoras.

PURO substitui vantajosamente a Tintura de iodo em todas as suas applicações.

FRASCOS CONTA-GOTAS

BISMARSOL ZAMBELETTI — SORO-IODADO ZAMBELETTI COM GAIACOL
TEOBROMINA COMPOSTA ZAMBELETTI — INJECCÃO ANTIAISMÁTICA ZAMBELETTI

- 34—HENRY TECON—Compte-rendu de la séance du 27/4/910 de la Soc. des Med. de Leysin et de la séance du 3/2/913 de la Soc. pour l'étude scientifique de la Tuberculose.
- 35—FORSSNER, SUNDELL E KJELLIN—Les relations entre l'état de gestation et la tuberculose. IV^{me} Conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose. Lauzanne. Edition La Concorde.
- 36—LEON BERNARD, BEZANÇON, ETC—IV^{me} Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. Lauzanne, 1924.
- 37—WALLICH—B. A. M.—*Séance* du 12/12/922.
- 38—KAMINER—Über der Einfluss von Schwangerschaft auf den phthisischen Prozess und den therapeutischen Wert der Einleitung von Künstlichen Aborten.—*Deut. med. Woch.*, 1901.
- 39—BAR—Tuberculose et grossesse (VII Congresso de tuberculose) 1912.
- 40—WEINBERG—*Beitr. 7. Klin der Tuberculose*, 1908, pag. 298 Zur Frage des Schicksals der Kinder tuberculooser Mutter und des Künstlichen Abortus.
- 41—KUTHY E LOBMAYER—Künstlicher Pneumothorax, angelegt im 4 Monat der Gravidität (Beit. Z. Klin. der Tub.), 1913.
- 42—RIST ET LEON-KINDBERG—Quatre cas de phthisie pulmonaire traités par le pneumothorax artificiel.—*B. de la S. M. des H.*, 1914.
- 43—VOORVELD—Therapeutischer Pneumothorax in der Behandlung der Lungentuberculose bei Schwangeren—*C. B. f. Schweiz Aerzte*, 1917 (*).
- 44—SLATER—Artificial Pneumothorax and Pregnancy—*The Am. Rev. of Tuberculosis*, 1918.
- 45—RIST—Tuberculose pulmonaire et gravidité—*Revue de la Tuberculose*, 1921.
- 46—ROBERT DEBRÉ ET MARCEL LELONG—Les enfants issus de parents tuberculeux (IV Conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose), 1924.
- 47—COULAUD—La cuti-réaction à la tuberculose pendant les règles et après l'ovariotomie—*Soc. Med. des Hop.*, 1921.
- 48—VERDES MONTENEGRO—IV^{me} Conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose, 1924.

(*) Estes trabalhos não foram directamente consultados.

RESULTADOS DA MALARIATERAPIA NA PARALISIA GERAL

POR

LUIs PACHECO

Nos últimos anos têm-se utilizado com fortuna vária o hemozoario de Laveran para a cura da paralisia geral. E se bem que até hoje não esteja esclarecida a razão porque tal tratamento actua favoravelmente, o certo é que com êle se obtém resultados mais lisongeiros que os alcançados até agora com outras medicações. Não deve porém esquecer-se que o método não é isento de perigos, avolumando estes, por vezes, na estatística dos casos sujeitos à malariaterapia. Crouzon apresenta uma percentagem de 16 % de mortes; Targoula et Lamache 10,5 %, e nós em nove casos tivemos alguns insucessos, talvez, devidos em parte, ao emprêgo de uma febre quartã, e por outro lado a termos feito as nossas primeiras experiências em doentes de evolução muito adiantada e por tanto em más condições de resistência orgânica.

Em nenhum dêles a morte se poude attribuir a doença intercorrente mas sim a acção do paludismo. Em todos se notou alteração marcada do estado geral; nalguns febre elevada e episódios delirantes. Um dos doentes nunca teve febre apesar de no seu sangue se encontrarem numerosas formas evolutivas do *Plasmodium vivax*.

Em todos foi preconizado o tratamento com 914 e quinino,

sem resultado. Constituem contra indicação o estado geral precário, a idade avançada, a tuberculose latente, a insuficiência cardíaca, as reacções humorais muito intensas, o etilismo acentuado e o impaludismo antigo. Crouzon viu morrer um dos seus doentes que tinha contraído paludismo, havia 20 anos, na Cochinchina.

Deve utilizar-se apenas o hematozoario do tipo *Plasmodium vivax*, injectando 5 a 10 cc. de sangue do «doador» nos músculos da nadeга do doente. Pode fazer-se também a injectão intravênosa diminuindo assim o tempo da incubação que é bastante variável — de 5 a 22 dias; em média 6 a 8. O período de incubação pode ser completamente apiretico ou acompanhar-se de febre irregular ou progressivamente ascendente.

Os acessos são típicos com os 3 estados característicos de arrepio, calor e suores abundantes. A febre é quasi sempre elevada: 40 ou 41° por vezes acompanhada de delirio. Pode apresentar-se com o tipo cotidiano (dupla terça) ou com intervalos de 48 horas (terça); os acessos podem também manifestar-se irregularmente. Em geral suspende-se a evolução do impaludismo depois de 12 a 15 acessos, — a não ser que o estado geral do paciente imponha uma mais precoce interrupção. Esta consegue-se facilmente no impaludismo experimental com o quinino ou o 914.

Durante o período febril nota-se anemia com emagrecimento e perturbações gastro-intestinais. Num caso pessoal verificámos enterorragias e epistaxis.

Estes sintomas retrocedem facilmente com o tratamento, pelo 914 ou quinino, recuperando os doentes o seu peso anterior e por vezes mesmo excedendo-o como em dois dos casos por nós tratados.

Interrompidos os acessos é necessário sujeitar os doentes a um prolongado tratamento específico com 914 e bismuto isolado ou conjuntamente.

Dos doentes que resistem à infecção palustre alguns manifestam melhoras consideráveis, outros pouco melhoram em relação ao estado anterior ou permanecem estacionários.

Dos nossos 3 doentes salvos, um obteve considerável melhoria: desaparecimento do estado apático e das perturbações psíquicas, podendo retomar as suas funções de empregado bancário;

melhoria da disartria e profunda modificação das perturbações humorais: apenas a curva do benjoim coloidal ainda mostra reacção na zona sifilítica sem contudo apresentar as características da curva da paralisia geral; a albumina e o número de leucocitos são normais.

Dos outros dois, um apresenta consideráveis melhoras do seu estado mental, mas continua sofrendo de ataques epiletiformes que o impedem de retomar o emprêgo; o terceiro não logrou melhoria do seu estado. Deve notar-se que êste último caso corresponde a uma já longa evolução da doença realizando por isso uma má oportunidade para a aplicação do tratamento.

Na verdade julgamos que o maior número de sucessos corresponde aos casos em que as primeiras manifestações clínicas da doença foram seguidas, sem delongas, da aplicação do método que vimos preconizando.

¿ Serão duradouros os benefícios colhidos ?

A nossa experiência não permite que aventuremos uma resposta, tanto mais que a paralisia geral apresenta por vezes remissões espontaneas no decurso da sua natural evolução.

Contudo a-pesar da mortalidade apontada, julgamos, que nos casos em que não há contra-indicações, a malariaterapia deve ser sempre tentada na paralisia geral, visto que esta é uma doença que termina sempre pela morte num maior ou menor espaço de tempo.

Revista dos Jornais de Medicina

Epilepsia de origem tetânica do côto de amputação. Seroterapia. Cura. Prova de anestesia geral para estabelecer o diagnóstico (*Epilepsie du moignon d'origine tetanique. Serotherapie Guérison, Epreuve de l'anesthésie générale établir le diagnostic*), por R. MONIER-VINARD — *Revue Neurologique*. Tome I, n.º 5. Maio de 1927. Pág. 639-646.

Apresenta uma observação e, apoiado nos factos clínicos e nos resultados terapêuticos, é de parecer que o tétano pode ser a causa essencial da epilepsia dum caso de amputação e ainda que esta epilepsia pode ser durante anos a única manifestação da infecção tetânica.

Como a história clínica oferece um real interesse, dela damos a seguir um curto resumo.

O doente, ferido em 1916 por estilhaços de obus na região supra-maleolar da perna esquerda, sofre, em 1918, uma amputação da perna pelo têrço superior, por até então a ferida não ter deixado de supurar. Supuração da ferida operatória durante largos meses. Cicatrização completa só passados dois anos. Logo que começa a usar aparelho de prótese, dores e abalos clónicos no côto de amputação. As dores irradiam para a coxa. É-lhe feita, poucos meses depois, a desarticulação do joelho. Após melhoria de alguns dias voltam os mesmos fenómenos.

Em 1921, amputação da coxa pelo têrço inferior, cicatrização por primeira intenção. Durante alguns dias cessam as dores e os abalos, para voltarem de novo. Em 1922, amputação da coxa pelo têrço médio, sem que os resultados colhidos sejam mais favoráveis que os anteriores. Em 1923 fazem-lhe a ressecção da extremidade inferior do fémur e da extremidade do nervo sciático, sem resultado favorável. Nova tentativa idêntica em 1924, igualmente sem sucesso algum. Em 1926, amputação da coxa na união do têrço superior com o têrço médio, sem que o doente melhore das dores nem tão pouco dos abalos, a-pesar do côto de amputação ser perfeitamente correcto sob o ponto de vista cirúrgico. O doente é então observado pelo A., que se convence de que a epilepsia é de origem tetânica, não só por os fenómenos motores serem muito mais marcados que as perturbações sensitivas (os primeiros quasi continuos, enquanto as segundas são muito intermitentes), mas ainda porque não lhe pareceu que fôsse uma dor partida do côto a causa que despertava a crise convulsiva. Esta pode ser provocada por uma circunstância qualquer e a dor só vem, por vezes, em seguida a alguns acessos clónicos violentos.

Para confirmar ou infirmar esta hipótese, submeteu o doente a uma anestesia geral porque, por factos anteriormente observados pelo A., este afirma que nos convalescentes de tétano existe durante muitas semanas, após a cura clínica, um estado de contractura latente que se torna manifesta durante a anestesia geral, desaparecendo quando a anestesia cessa.

Utilizou portanto o processo para verificar se no doente a contractura aumentava durante a anestesia. De facto assim aconteceu,

Instituído o tratamento pelo sôro, o doente deixou de ter as crises convulsivas no coto de amputação e não mais teve dores.

Foi depois novamente anestesiado, tendo-se desta vez verificado que durante a anestesia a resolução muscular era tão completa ao nível do coto de amputação, como em qualquer outra região do corpo.

O interesse do caso está não só no benefício que a seroterapia veio trazer ao doente, como na demonstração da possibilidade de o tétano ser a causa dos acidentes clínicos e algícos e na prova de anestesia geral para em caso de suspeita de acidentes tetânicos confirmar ou infirmar essa suspeita.

Na maioria dos casos os cotos clónicos e dolorosos têm como causa irritações periféricas espasmogêneas partidas do próprio foco de amputação. Sicard mostrou a eficácia das injecções de lipiodol nestes casos e Souques referiu uma cura com injecções locais de cocaina.

ALMEIDA DIAS.

Síndrome neuro-anémico. Notáveis efeitos terapêuticos obtidos pelo método de Whipple. (*Syndrome neuro-anémique. Remarquables effets thérapeutiques obtenus par la méthode de Whipple*), por O. CROUZON, PIERRE MATHIEU e GILBERT-DREYFUS. — *Revue Neurologique*. Tôm. II, n.º 1. Julho de 1927, pág. 90-94.

Comunicação feita pelos AA. à Société de Neurologie de Paris. Sessão de 7 de Julho p. p.

Trata-se de um caso de anemia perniciosa com reacção hipoplástica, a que se associaram perturbações nervosas (paresia dos membros inferiores com marcha cerebello-espasmódica e perturbações de sensibilidade profunda) por degenerescência combinada dos cordões medulares. Perturbações mentais (delírio persecutório).

Este quadro acompanhou-se, desde início, de perturbações digestivas.

O principal interesse do caso está na grande melhoria que o tratamento pelo método de Whipple veio trazer, não só à anemia como às perturbações nervosas.

Este processo de tratamento da anemia que, segundo referem os AA., só agora começa a vulgarizar-se em França, também pouco divulgado tem sido entre nós (1). Whipple mostrou que nas anemias a alimentação com fígado é a melhor forma de regenerar a hemoglobina e os glóbulos vermelhos. O fígado deve ser prescrito cozido, tomando o doente não só *purée* hepático como também a água em que foi cozinhado, ou então cru, partido em pequenos pedaços e tomado com caldo ou molho de carne.

É interessante referir a evolução da fórmula sanguínea neste caso. Antes do tratamento:

(1) Em várias referatas desta Revista já por várias vezes nos referimos a este método, dando indicações sobre a sua técnica e resultados. — *Nota da redacção.*

Hematias: 1.747.500. Leucócitos. 5.800.

| | | |
|-------------------------------------|------|---|
| Polinucleares neutrófilos | 45 | % |
| » basófilos | 1 | % |
| » eosinófilos | 1,5 | % |
| Mielócitos neutrófilos | 3,5 | % |
| Grandes mononucleares | 0,5 | % |
| Médios linfócitos | 13 | % |
| Pequenos linfócitos | 35,5 | % |

Poiquilocitose e anisocitose ligeiras. Tendência à policromatofilia. Não havia hematias nucleadas.

Decorridos 15 dias após o início do tratamento:

Hematias: 1.950.000:

Decorridas mais 3 semanas (28 de Março):

Hematias: 2.172.000 — Leucócitos: 5.700.

Hematias: 2.790.000 — Leucócitos 4.900 (20 de Abril).

Hematias: 3.320.000 — Leucócitos 5.100 (5 de Maio).

Hematias: 4.800.000 — Leucócitos 5.700 — Hemoglobina 0,85 (24 de Junho).

Pelo que respeita às perturbações nervosas, melhorou também muito. Pode marchar correctamente e ocupar-se dos seus trabalhos habituais; contudo o sinal de Babinski e o exagêro dos reflexos tendinosos mantêm-se, denunciando a degenerescência medular.

Já de longa data foi referida a associação possível da anemia com perturbações do tipo pseudo-tabético. Os AA. são de opinião que o quadro destas afecções deve ser ampliado, podendo abranger uma série de manifestações anátomo-clínicas semelhantes às polinevrites e ainda por vezes casos com perturbações psíquicas, não sendo raras as lesões do encéfalo. Propõem para estas formas mórbidas a designação de *Síndromas neuroanémicos*, cujas formas etiológicas e sintomáticas podem, segundo parece, ser múltiplas.

Dão em seguida um resumo dos sintomas nas sucessivas fases dos casos típicos. Uma fase prodrômica com mal-estar geral, fenómenos digestivos e disentéricos. Decorridos 2 a 12 meses, fase de início dos sintomas nervosos com perturbações da marcha, sinais de paraplegia espástica e deficiência das funções cerebelosas; decorridas algumas semanas o doente não pode abandonar o leito, apresentando associadas, por forma variável, perturbações piramidais, apráxicas e da sensibilidade profunda. Num último período, perturbações psíquicas e esfinterianas.

A paralisia passa a ser flácida e a morte sobrevém quasi fatalmente decorridos 18 meses em caquexia ou por complicação infecciosa.

A anemia reveste os tipos mais diversos (ortoplásticos, metaplásticos, hipoplásticos ou aplásticos).

A sintomatologia nervosa depende da topografia das lesões anatómicas.

O síndrome pode ser clinicamente primitivo ou secundário a factores etiológicos variados. Apontam como mais importante a *acloridria*.

Fazem notar as relações que podem existir entre afecções do sistema nervoso e perturbações viscerais ou glandulares. Estas perturbações consti-

tuem, mais do que se pensa, na opinião do AA., uma origem extra-neurológica de doenças na aparência puramente neurológicas, quer sejam ou não sistematizadas. Referem a propósito a simultaneidade das perturbações hepáticas e nervosas na doença de Wilson e ainda na intoxicação pelo manganês.

ALMEIDA DIAS.

A esterilidade de origem uterina. (*La stérilité d'origine utérine*), por F. CHATILLON.—*Gynécologie et obstétrique*. N.º 2. 1927.

Qualquer tratamento de esterilidade na mulher deveria ser precedido :
a) do exame do marido (pesquisa de blenorragia e investigação do esperma).

b) de insuflação tubária e eventualmente de histerosalpingografia.

Tôdas as afecções do útero podem ser causa de esterilidade; entretanto as mais habituais são as localizações cervicais.

Pelo que diz respeito ao útero, a esterilidade é freqüentemente a consequência de um conjunto de afecções e não de uma causa única; estas afecções podem ser tôdas de origem uterina ou associadas a outros processos patológicos das trompas ou ovários.

Certas malformações podem ser corrigidas cirurgicamente e permitir depois a fecundação, gravidez e parto. Estes casos são raros.

As hipoplasias uterinas são curáveis, desde que se não trate de um útero fetal, isto é, tendo um mínimo de 4-5 cm. de comprimento. O resultado do tratamento é tanto mais satisfatório quanto mais nova fôr a doente. A terapêutica terá em vista desenvolver o órgão por acção directa sobre o útero e sobretudo por acção indirecta sobre os ovários, sem abandonar o estado geral. Entre os melhores métodos podem-se citar as dilatações lentas e repetidas, massagens, balneoterapia, opoterapia, electroterapia (diatermia em particular).

As estenoses cervicais não são talvez um obstáculo tão considerável à fecundação como se tem pensado. Acompanham muitas vezes outras afecções cujo conjunto forma um todo patológico (desvios, cervicites, má posição do colo, etc.)

De todos os desvios a anteflexão é as mais das vezes causa de esterilidade. O recto-desvio desempenha um papel importante mais pelas lesões concomitantes tão freqüentes dos anexos do que por si próprio.

Contra a estenose cervical e a estenose ístmica por anteflexão, podemos recorrer às dilatações lentas e repetidas, feitas com laminárias. O resultado é mais seguro do que o obtido com dilatações por meio de sondas metálicas. Os aparelhos intra-uterinos (tubo de Iribarne, etc.) podem servir, desde que sejam retidos durante pouco tempo e sob vigilância médica. A estomatoplastia dá excelentes resultados.

Os retro-desvios serão corrigidos nas mulheres que vêm consultar por causa da esterilidade. O A., embora não seja partidário do uso de pessários,

Vacina antiptiogenica polivalente Bruschetti

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Nome deste produto para pedidos telegraficos: **«Antipio»**

FORMULA — Estreptococo piogénio, estafilococo piogénio aureo, bacillus perfringens, bacterium coli, pneumococo de Fränkel, b. piocianico, tipos de procedencias diversas Metodo Prof. Bruschetti.

INDICAÇÕES — É eficaz em toda a especie de infecções determinadas por piogénios comuns ou por associações microbianas e tambem nos abscessos, angina de Ludwig, artrite aguda, reumatismo agudo, endocardite estreptocócica, infecção puerperal, escarlatina, nas supurações das ulceras e feridas, nas erisipelas, nas gangrenas gasosas, nas septicémias, etc., *com acção tambem preventiva.*

A sua acção tem-se mostrado importantissima nas formas de influenza, tanto simples como complicadas (pneumococos, estreptococos) e tambem nas pneumonias fibrinosas.

USO — Uma injeção de 2, de 5 ou de 10 cc. cada um ou dois dias. Nos casos graves ou rebeldes, injeções diarias tanto de 2 como de 5 ou de 10 cc. intramusculares ou endovenosas, segundo a rapidez da acção que se necessita. Tem tambem applicação directa nas formas abertas, segundo instruções.

Esta vacina troca-se até um mez depois do seu vencimento (2 annos).

É garantida a sua inocuidade.

Nos casos gravissimos o Medico devera recorrer a altas doses. Prova-se a tolerancia do doente com 4 ou 6 cc e então injecta-se durante o dia a dose máxima, conforme o critério do Medico.

Polivacina antiptiogenica Bruschetti

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Em todas as formas de tuberculose em que se constate a presença de associações microbianas, alternando com a VACINA CURATIVA.

Sôro-vacina Bruschetti

(Caixas de 10 ampólas de 1 cc.)

Estados iniciais da tuberculose e formas osseas da mesma, só ou associada com a VACINA CURATIVA.

Vacina curativa Bruschetti

(Caixas de 3 ampólas de 1 cc.)

Em todas as formas e estados da tuberculose. Nas formas com associações microbianas unido á Polivacina Antiptiogenia (para as formas bacilosas).

VC-AC, Vacina curativa 2.º grau Bruschetti

(Caixas de 5 ampólas de 1 cc.)

Para se usar em todas as formas graves com temperaturas elevadas e manifestações de toxemia (enfraqecimento rápido, suores noturnos, etc.). Pode ser alternada com a SORO-VACINA ou com a VACINA CURATIVA na proporção de dois destes para um VC-AC.

Vacina antigonococica Bruschetti

(Polivalente)

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Nome deste produto para pedidos telegraficos: **«Antigono»**

FORMULA — Tipos de gonococos de varias procedencias e tipos de germens (piogénios), que costumam acompanhar o gonococo. Metodo Prof. Bruschetti.

INDICAÇÕES — É eficaz, tanto nas formas agudas (uretrite), como nas secundarias (prostatite, orquite, epididimite, artrite blenorragica, afeções gonocócicas do útero e anexos etc.).

USO — Uma injeção cada 2 ou 3 dias. Nas formas agudas, injeções diarias ou dia sim outro não (é preferivel injectar o conteúdo de 2 ampólas), alternadas em alguns casos com instilações uretrais de vacina (1 ampóla diluida em 3 cc. de sôro fisiológico) e applicação local na mulher, segundo instruções.

Esta vacina troca-se até um mês depois do seu vencimento (2 annos)

Absolutamente inofensiva.

AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA

APARTADO 214-LISBOA

PRODUTOS "I. B. Y. S."



Adrenoserum "Ibys"

FORMULA — Associação de sôro normal de cavalo e adrenalina (Sôro equino adrenalínico). — Ampôlas de 10 cc.

INDICAÇÕES — Como tônico nas astenias e estados infecciosos. Como hemostático nas hemorragias pela sua acção constritora (hemorragias traumáticas, hemofilias etc.).

USO — Administre-se por via digestiva nos convalescentes e por via subcutânea nos estados infecciosos (gripe, febres tifoide e paratifoide), hemofilia e hemorragias.

O **Adrenoserum** vai acompanhado por uma ampôla de 2 cc. de **ANTI-NAFILAXINA** para evitar os fenómenos séricos e anafiláticos.

Tambem temos

Soro normal equino "Ibys"



Bronconeumoserum "Ibys"

FORMULA — Sôro pneumo-diférico optoquinado. Ampôlas de 10 cc.

INDICAÇÕES — Pneumonia, bronquite aguda, sub-aguda e crónica, bronco-pneumonias de origem gripal ou pneumocócica, meningite pneumocócica etc.

USO — De duas a quatro ampôlas no primeiro dia em injeção subcutânea, e duas ampôlas nos dias seguintes.

Em caso de gravidade aumente-se a dose e pratique-se a injeção intravenosa, utilizando uma veia de flexão do cotovelo.

O **Bronconeumoserum** vai acompanhado de uma ampôla de 2 cc de **ANTI-NAFILAXINA** para evitar os fenómenos séricos e anafiláticos.

INSTITUTO DE BIOLOGIA Y SUEROTERAPIA — MADRID
DIRECTOR EXMO. SR. DR. J. DURÁN DE COTTE

Vacina contra a tosse convulsa "Ibys"

FORMULA — Emulsão do bacilo de Bordet Gengou e seus associados na tosse convulsa. Contêm 250 milhões de germens por centimetro cubico. Caixas de 5 ampôlas de 2 cc.

INDICAÇÕES — Como curativa e preventiva da tosse convulsa.

USO — **Como curativa:** uma injeção subcutânea de dois em dois dias, começando por 1/2 cc. na primeira, 1 cc. na segunda, 1,5 na terceira, e 2 cc. nas seguintes.

Como preventiva: bastarão tres injeções de 1 cc. da primeira vez, 1,5 cc. da segunda e 2 cc. da terceira, separadas dum intervalo de quatro dias.

Atosferin "Ibys"

FORMULA — Associação de éter e vacina contra a tosse convulsa.

Caixas de 5 ampôlas de 5 cc.

Ha tambem a segunda serie.

INDICAÇÕES — Tratamento da tosse convulsa.

USO — Injeção intramuscular na região glútea do conteúdo de cada ampôla pela ordem da numeração que tem, 1, 2, 3, 4 e 5, com dois ou tres dias de intervalo as tres primeiras, e de quatro entre as restantes da **caixa n.º 1 e da n.º 2.**

OBSERVAÇÕES — O **Atosferin** foi preparado pela primeira vez pelo Instituto **IBYS.**

IMPORTANTE — *Superioridade curativa sobre a Vacina contra a tosse convulsa.*

Soro Antitetanico "Ibys" — Soro Antidifterico "Ibys"

AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA — APARTADO 214 — LISBOA

reconhece que em muitos casos o seu emprêgo depois da redução manual tem dado bons resultados, decorrendo a gravidez normalmente. A histeropexia baixa abdominal e as ligamentopexias são as operações de escolha, dando suites obstétricas excelentes.

Os miomas submucosos e os polípos fibrosos serão extirpados sistematicamente por via vaginal. Os nódulos subserosos ou intersticiais só reclamam intervenção quando volumosos, visto que os pequenos nódulos pouca importância têm na esterilidade. A intervenção conservadora a adoptar é a miomectomia abdominal, que permite também verificar o estado dos anexos.

Recomenda a maior circumspecção no uso dos raios Roentgen como tratamento dos fibromiomas da mulher nova.

As perturbações de funcionamento da mucosa uterina por modificação patológica não inflamatória, recordando o estado pre-menstrual (falsas endometrites, metropatias, hiperplasia, etc.) podem ser causa de esterilidade e necessitam tratamento apropriado. Muitas vezes a raspagem é necessária para fazer o diagnóstico, visto que o sintoma habitual (metro ou menorragia) pode ter outra significação (polipo, cancro, etc.). A raspagem exploradora permite, em certos casos, obter a paragem das perdas sangüíneas, mas muitas vezes apenas dá melhoras transitórias. A opoterapia (base ovário e em especial corpo amarelo) se nem sempre é eficaz, dá entretanto benefícios, permitindo regularizar a menstruação. A radiação do baço foi empregada com sucesso e parece desprovida de perigos. Em último caso pode o clínico aconselhar a irradiação do ovário ou a curieterapia, lembrando-se que esta terapêutica actua destruindo de uma maneira mais ou menos completa o tecido ovárico.

As cervicites, cujo papel é considerável na esterilidade, reclamam tratamento enérgico. Este, para ser eficaz, deve destruir quasi completamente a mucosa cervical. O cáustico de Filhós ou a amputação do colo (Poney-Forgue especialmente) permitem obter esse resultado, com poucos riscos de perturbações distócicas nos futuros partos.

As endometrites crônicas do corpo são muito menos vezes causa de esterilidade do que de aborto. A noção de infecção anterior permite muitas vezes fazer o diagnóstico. A raspagem é, por vezes, necessária, quando o sintoma principal é a hemorragia uterina. Como quasi sempre há infecção concomitante do colo, o tratamento da cavidade será precedido ou acompanhado pelo tratamento das lesões de cervicite, visto que é esta última que constitui o real obstáculo à fecundação.

F. FONSECA.

A esterilidade de origem tubária. (*La stérilité d'origine tubaire*), por E. DONAY. — *Gynécologie et obstétrique*. N.º 2. 1927.

Antes de encetar o tratamento cirúrgico da esterilidade tubária, aconselha o A. o exame do líquido espermático do marido, a-fim-de descobrir os casos de azoospermia (cêrca de 15 0/0) que inutilizam qualquer tentativa cirúrgica.

A prova da insuflação tubária permite classificar os casos de esterilidade em dois grupos: esterilidade com trompas abertas (42 %), esterilidade com trompas fechadas (24 %). A prova nem sempre é decisiva; há os casos duvidosos ou fracamente permeáveis (16 %) em que é necessário recomeçar muitas vezes o exame com intervalos de meses, durante os quais será instituído tratamento médico (massagens, diatermia, curas hidro-minerais). Há ainda os casos em que as trompas fechadas se abrem sob a acção da insuflação (18 %). As doentes podem engravidar em resultado desta simples intervenção (8 a 10 % na totalidade dos casos insuflados).

A injeção intra-uterina de lipiodol permite verificar a prova da insuflação nos casos duvidosos e sobretudo determinar a sede do obstáculo, dando assim uma indicação operatória precisa.

Actualmente, graças ao conhecimento da sede exacta da lesão, é racional propor a operação exclusivamente para a esterilidade tubária e realizar assim nas melhores condições uma das operações reparadoras da permeabilidade da trompa. Entre estas operações a que dá melhores resultados é a salpingolise (libertação das aderências e abertura do pavilhão aglutinado, 16 % de sucessos).

A salpingostomia foi a operação mais frequentemente praticada. Os resultados pouco frequentes até aqui (cêrca de 5 %) são sensivelmente melhores nas últimas publicações.

A implantação tubo-uterina, ainda em estudo, parece dar grandes esperanças porque restabelece a permeabilidade tubária, conservando o pavilhão intacto.

A implantação ovário-uterina pode ser utilizada nas lesões muito extensas das trompas; permite ainda uma esperança de fecundação.

F. FONSECA.

O tratamento radiológico da úlcera do estômago e duodeno. (*Die Röntgenbehandlung des ulcers ventriculi und duodeni*), por R. LENK.—*Die Therapie der gegenwart*. N.º 10 1927.

Há mais de 10 anos que se conhece a acção moderadora dos raios X sobre a secreção do estômago, especialmente nos casos de hiper-acidez. Nos casos em que esta última coexiste com um processo ulcerativo, a Röntgenoterapia dá também bons resultados. A prática de 100 casos leva o A. a aconselhar o seu emprêgo, salvo nos doentes com indicação operatória. Êsses casos são os seguintes: suspeita de degenerescência maligna incipiente, sintomas de irritação peritoneal que façam temer uma perfuração, estenoses orgânicas graves. De resto nem a hemorragia, nem a forma calosa de úlcera constituem contra-indicação para o emprêgo terapêutico dos raios X. Também não existe o perigo de perda de tempo quando se aplique êste tratamento conservador porque a experiência ensina que em todos os casos favoravelmente influenciados pelos raios X (cêrca de 75 % de tôdas as úlceras) já

pouco tempo depois da primeira irradiação se verificam melhoras nítidas e que, portanto, se estas não sobrevêm duas a três semanas depois do comêço do tratamento, isso significa que o caso é impróprio para a Röntgenterapia e que deve ser submetido a qualquer outra terapêutica.

As dores espontâneas desaparecem habitualmente 8 a 14 dias depois da irradiação, com consecutivo aumento do apetite e de pêso.

A maioria das vezes os valores da acidez do suco gástrico conservam-se elevados.

As hemorragias param freqüentemente um ou dois dias depois da primeira irradiação, no que intervirá por certo o resultado da acção dos raios X no baço e fígado.

A *obstipação espástica*, que tantas vezes acompanha a úlcera, *desaparece rapidamente*.

A «*Ulcus pepticum jejuni*» apresenta-se tão resistente à Röntgenterapia como à maioria dos outros tratamentos.

Os raios X fazem também desaparecer algumas perturbações post-operatórias, mau funcionamento no lugar da anastomose por espasmo, círculos viciosos, de modo que por vezes êste tratamento consegue evitar novas laparotomias.

O A. aconselha o seguinte modo de tratamento: grande campo na metade superior esquerda do ventre, um outro campo no dorso; irradiação com intervalos de 2-3 dias; a dose isolada sôbre a pele corresponde a cerca de $\frac{1}{4}$ da dose tolerância cutânea; filtro de 0,5 mm. Zn; distância focal, 30 cm.; tensão, cêrca de 170 KV, máx. A dose focal corresponde pois numa série completa a cêrca de 25 % da HED.

F. FONSECA.

Tratamento da anemia perniciosa com uma dieta rica em fígado. (*Treatment of pernicious (Addisonian) anaemia with a diet rich in liver*), por G. MINOT e W. MURPHY. — *The Brit. Med. J.* N.º 3.484. 1927.

O estudo de 125 casos de anemia perniciosa tratados desde há três meses até três anos e mais com uma dieta rica em fígado (\pm 180 gr. diariamente) indica que praticamente todos os doentes foram beneficiados notável e rapidamente. Em quâsi todos os casos o número de glóbulos rubros subiu além de quatro milhões por milímetro cúbico e se a dieta foi seguida com regularidade êsse número manteve-se até agora.

Estudos recentes, em colaboração com J. Cohn (1), mostraram que se consegue isolar do fígado uma fracção não proteica, que em pequenas doses actua como o fígado total. Esta fracção representa cêrca de 1 % de fígado). Contêm azoto de natureza não proteica, precipitado pelo alcool e solúvel em água. Alguns grammas da mais pura fracção, tomados diariamente *per os* como pó

(1) *Journal Biol. Chem.* Julho de 1927.

ou em solução aquosa, causam um rápido aumento de reticulocitos e de glóbulos rubros.

O A. tem observado com uma potente fracção óptimos resultados em vinte doentes, dois dos quais estavam em estado comatoso quando o tratamento começou.

O uso desta fracção hepática simplificará o tratamento. Mesmo assim deve ser fornecida aos doentes uma dieta adequada e bem balanceada.

F. FONSECA.

Acção cicatrizante de um derivado polimetilado da guanidina. (*Action cicatrisante d'un dérivé polyméthylé de la guanidine*), por GOMES DA COSTA Soc. Port. de Biologie. Sessão de 7-III-1927.

O A. apresenta um caso de úlcera varicosa em que a aplicação tópica da insulina não dera resultado algum e que depois foi levado à cicatrização pela aplicação local de sintalina. Esta última foi usada sob a forma de pomada a 0,05 p. 100, sendo a aplicação renovada pela manhã e à noite. A cicatrização decorreu mais rapidamente nos primeiros quinze dias.

F. FONSECA.

A hipoglicemia e os efeitos tóxicos da insulina. (*Hypoglycemia and the toxic effects of insulin*), por G. A. HARROPP. — *Arch. of Int. Med.* Agosto de 1927.

Desde que apareceu a primeira publicação, descrevendo o grupo de sintomas que acompanha as doses excessivas de insulina, ligaram-se estes sinais à hipoglicemia.

Entretanto, em numerosos trabalhos vindos a público se registaram *hipoglicemias espontâneas* acompanhadas de sintomas similares aos provocados pelo excesso de insulina. Hipoglicemia associada de irritabilidade, contracções musculares, colapso, turpor, etc., foi observada por vários autores em indivíduos de uma determinada raça. Harris relatou a existência de hipoglicemia em dois indivíduos não diabéticos, associada de fome, fraqueza e nervosismo, que aparecia algumas horas antes das refeições. A glicemia destes casos era de 60-70 mgr. % . Se eram tomados alimentos em períodos inferiores a cinco horas, nenhum sintoma se observava.

Hartman e Reiman descreveram um doente que experimentava muita fome três a quatro horas depois das refeições, associada de um estado de inconsciência. Verificou-se a existência de hipoglicemia, desaparecendo os sintomas com a alimentação. Lin e Chang relatam o caso de um indivíduo que experimentou sintomas típicos de hiperinsulinismo, durante um ataque de diarreia



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de T bidabo 3
BARCELONA

Preparada com:

EXTRACTO DE OLEO DE FIGADO DE BACALHAU.
EXTRACTO DE MALTA.

HIPOFOSFITOS: De manganésio, de cálcio, de potássio de ferro, de quinina, e de estricnina.

DOSES: Crianças de 3 a 5 anos, duas a três colheres das de café por dia.
De 5 a 10 anos, de duas a quatro colheres das de doce por dia.
De 10 a 15 anos, de duas a quatro colheres grandes por dia.
Adultos, de três a quatro colheres grandes ao dia.

TEM UM SABOR AGRADÁVEL. NÃO PRODUZ TRANSTORNOS DIGESTIVOS

GLEFINA é o único meio que o médico tem para formular **ÓLEO DE FÍGADO DE BACALHAU NO VERÃO**

Outras especialidades: **TÔNICO SALVE:** Reconstituinte do sistema nervoso.
GÓTAS F. V. A. T: Patente antifescrofulosa.

Depositários gerais para Portugal: **COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE L.^{DA}**
Rua Primeiro de Dezembro - LISBOA

AGE-VACCIGON

PRATA COLOIDAL COM VACCIGON (Vacina antigonococica)

Recente descoberta científica que permitiu reunir num só específico a *prata coloidal* e a *vacina antigonococica*, na sua nova preparação evitando qualquer ataque violento sobre a albumina bacteriana.
O melhor e mais enérgico específico para tratamento das *prostatites blenorragicas*, *cistites*, *epidimites*, *doenças uterinas* e das *articulações e blenorragia uretral*.

Preparação do INSTITUTO SEROLOGICO DE DRESDE

Depositários gerais: **CORREIA & VALENTE, L.^{DA}**
LISBOA - PORTO

LABORATORIOS CLIN

COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauro (ouro) - Electr-Hg (mercurio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhodio) - Electroselenium (selenio) - Electromartiol (ferro) - Arrhenomartiol.

2º COLLOIDES CHIMICOS : Collothiol (enxofre) Ioglysol (iodo-glycogeno).

SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodermica

Doses : I (0 gr. 06) a X (0 gr. 60)

Creanças de peito : 0 gr. 02 e 0 gr. 04

NEO-TREPARSEANAN

Syphilis — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasis.

ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados)

Empôlas de 2 e de 5 c.c. a 0 gr. 03 par c.c.

Injecções intramusculares e intravenosas.

ADRÉNALINE CLIN

Solução a 1/1000. — Collyrios a 1/5000 e a 1/1000.
Granulos a 1/4 milligr. — Suppositórios a 1/2 milligr.
Tubos esterilizados a 1/10, 1/4, 1/2 e 1 milligr.

CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Imunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empôlas de 5 c.c.

SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D^r CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta
2 gr. de Salicylato de Soda por colher de sopa.

SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

LICOR E PILULAS DO D^r LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.
Syncaine pura em sal. — Soluções adranesthetics.
Tubos esterilizados para todas as anesthesias.
Collyrios.

ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :
1 a 3 antes de deitar-se.

VALIMYL

(Diethylisovalerlamide)

Antiespasmódico

Perolas doseadas a 0 gr. 05 : 4 a 8 por dia.

TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

Comprimidos doseados a 0 gr. 25 : 1 a 3 por dose.
3 vezes por dia.

INJECCÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empôlas de 1 c. c. (N^o 596 e 796).

Glycerophosphato de soda a 0 gr. 10. - Cacodylato de soda a 0 gr. 05. - Sulf. de strychnina a 1/2 milligr. (596) ou 1 milligr. (796) por c. c.

CACODYLATO DE SODA CLIN

Globulos de 1 cgr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.
Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

Globulos de 25 milligr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.
Tubos esterilizados de 5 cgr. por c. c.

VINHO E XAROPE NOURRY

5cgr. de iodo e 0 gr. 10 de tanino, por colher das de sopa.
Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

ÉLIXIR DERET

Solução vinosa com base de Iodureto duplo de Tanino e de Mercurio.

De um a duas colheres de sopa por dia.

XAROPE de AUBERGIER

de Lactencario

2 a 4 colheres das de sopa por dia.

1631

COMAR & C^{ia} — PARIS

pertinaz, associado de hipoglicemia. Holman relatou fenómenos idênticos após operações da tiroideia.

John, em oito pessoas normais submetidas à prova de glicosúria experimental, encontrou valores de glicemia oscilando entre 31 e 57 mgr. %₀, associados de grande apetite.

Josephs observou fenómenos tóxicos depois das refeições, associados de hipoglicemia durante os acessos recorrentes de vômitos em crianças. Outros casos, ainda, de *hipoglicemia espontânea* têm sido publicados.

Casos de diabetes grave associados de emaciação extrema, inanição, diarréia, *hipoglicemia* e *côma*, sem administração da insulina, foram observados na clínica de Harrop, e casos similares têm sido já relatados por outros clínicos.

É possível que uma parte do estado de fraqueza e astenia da doença de Addison que, como se sabe, é usualmente associada de hipoglicemia e hipotensão, se filie na mesma causa. Ainda se não experimentou — ainda o não vimos relatado, pelo menos, na literatura médica — a acção que poderá desempenhar a glicose no tratamento destes estados patológicos. Um caso muito interessante de reacção similar à da insulina, possivelmente produzida pela insuficiência suprarenal, foi publicado recentemente na Alemanha, por Stenström.

Podemos dizer, de uma maneira geral, que a hipoglicemia aparece em variadas condições acompanhadas por alguns ou por todos os seguintes sintomas: fraqueza, fome, suores profusos, desorientação, ocasionalmente síncope e esturpor; usualmente, hipotensão.

Esta hipoglicemia não se pode distinguir da que aparece após doses excessivas de insulina.

Por outro lado, a hipoglicemia independente de qualquer sintoma tem sido repetidamente relatada. Jansen, de Munich, mostrou a frequência com que tal hipoglicemia aparece no edema da desnutrição. Encontrou uma glicemia de 34-70 mgr. %₀ em 12 de vinte e quatro casos, desacompanhada de qualquer sintoma agudo.

O síndrome formado pelo edema, bradicardia, hipotensão, poliúria, fome e atrofia da tiroideia, mantendo-se por um período de tempo considerável, apresenta semelhanças com a reacção da insulina.

O A. relata vários casos de reacções para a insulina em doentes com diabetes insípida, mostrando que o estado de inconsciência devido a doses excessivas de insulina pode sobrevir com grande rapidez e com pequenos pródromos. Esses casos indicam, ainda, que nem sempre se observa uma progressão de sintomas, como usualmente se afirma. E nem sempre os sintomas objectivos precedem os sinais objectivos. Convulsões generalizadas são raríssimas nos adultos, como as convulsões dos músculos da face e das extremidades.

Os sinais clínicos, em dois dos casos do A., sugerem a existência de uma intoxicação pelo CO₂.

A administração de hidratos de carbónio em indivíduos em estado de inconsciência, por efeito da reacção insulínica, nem sempre exerce uma acção imediata.

É provável que o efeito tóxico possa ser devido, em parte, ou em certos

casos, inteiramente, a outros efeitos acessórios da insulina. Não é possível, como já mostrou Labbé, transferir directamente para o homem os resultados obtidos nos animais com as doses excessivas de insulina. As manifestações psíquicas, que são tão freqüentes no homem, não aparecem nos animais; e naquele há um coeficiente de variação individual na resposta às doses excessivas da insulina.

E. COELHO.

O síndrome hipotónico. (*Der hypotonische syntomenkomplex*), por JOACHIM. — *Münch. Med. Woch.* 16 de Abril de 1926.

O síndrome da hipotonia é muito freqüente, se bem que não tenha tanta importância como o da hipertonia.

Os sinais que o caracterizam são: a palidez da pele e das mucosas (sem anemia), tendência lipotémica e adinamia. Em 10 % dos casos, existe um enfarto dos gânglios linfáticos.

O A. recorda os efeitos lipotónicos dos extractos dos gânglios linfáticos e o tratamento da hipertonia com êsses extractos.

Sob o ponto de vista terapêutico, o A. aconselha o emprêgo dos arsenicais e da estricnina.

E. COELHO.

O efeito da medicação tiroideia na nefrose. (*The effect of thyroid medication in nephrosis*), por LIU. — *Arch. Int. Med.* Julho de 1927.

Sumário.

1—São relatados dois casos de nefrose, nos quais se observam os efeitos da medicação tiroideia.

2—Esta terapêutica provocou o desaparecimento rápido do edema num caso e acelerou a involução do edema no outro.

3—Com a excitação do metabolismo basal provocada pelo extracto de tiroideia, observou-se uma diminuição da colessterina e uma tendência para o aumento das albuminas do sangue.

E. COELHO.

Para a terapêutica das crianças raquíticas com preparados de ergosterina activada (Vitangol). (*Zur therapie, etc.*), por FALKENKEIM. — *Deut. Med. Woch.* N.º 37, 1927.

Segundo recentes investigações, o *vitangol* desempenha um papel extraordinário no tratamento de certas perturbações alimentares das crianças e no raquitismo. Outras doenças são ainda influenciadas pela ergosterina activada,

Em que consiste êste medicamento?

Sabe-se que a *vitamina D* é o factor anti-raquitico por excelência.

Recentemente, notáveis progressos no conhecimento desta vitamina foram realizados na América, na Inglaterra, e, por fim, na Alemanha, favorecidos pela descoberta do raquitismo experimental, em ratos mantidos na escuridão e alimentados insuficientemente, quanto às gorduras e ao fósforo.

O raquitismo só se não desenvolve quando se lhes dá óleo de fígado de bacalhau ou se tratam com raios ultra-violetas. E os ratos raquiticos curam rapidamente com êste tratamento. Não é preciso tratar os animais com a luz ultravioleta; basta expor aos raios ultravioletas os alimentos que produzem o raquitismo.

Alguns AA. americanos e inglêses attribuíam essa acção à colessterina e seus derivados, contidos nos alimentos, que eram activados pelos raios, visto que somente 2 mgr. de colessterina radiada bastavam para curar o raquitismo desenvolvido nos ratos, e consideravam a colessterina como uma espécie de *provitamina* capaz de proteger os animais do raquitismo.

Windaus, de Goethinguen, provou que a activação da colessterina pelos raios ultravioletas não representava uma oxidação, como se supunha. Windaus e Pohl dosearam exactamente o factor activado, mostrando que essa provitamina activável não era a colessterina, mas um produto de contaminação muito semelhante, sob o ponto de vista da constituição molecular, à colessterina. Mostrou Windaus que esta substância era idêntica a uma *esterina* que se encontra em certos cogumelos e que êle próprio isolara com o nome de *ergosterina*.

A ergosterina representa a própria provitamina, que, tratada pelos raios ultravioletas, se transforma no *factor D*, princípio antiraquitico.

A ergosterina activa impede ou cura prontamente o raquitismo experimental dos ratos, em doses de um centésimo ou de um milésimo de miligrama, elevando ao normal a taxa do fósforo sangüíneo.

As investigações a que procederam vários pediatras, na Alemanha e na Áustria, sobre o tratamento do raquitismo infantil pela ergosterina activada de Windaus foram ricas de êxito. A casa Merck fabrica esta substância activa sob o nome de *Vitangol*.

Um grama de Vitangol é suspenso em 100 gr. de azeite, do qual 25 gotas contêm apenas 10 miligramas da vitamina D. No mercado encontram-se também pastilhas de chocolate de Vitangol, contendo cada uma 2 miligramas.

A dose necessária para combater ou prevenir o raquitismo infantil é de 2-4 mgr. por dia.

Têm mostrado alguns AA. que 5 gotas de óleo de Vitangol por dia—correspondem a 2 mgr. de ergosterina activada—acrescentadas à alimentação usual de criança raquitica, curaram o raquitismo num período de quatro semanas, sem auxilio de outra terapêutica.

Pela vez primeira, pelo caminho da química orgânica, se descobriu o princípio activo de vitamina como substância, cuja constituição molecular nos é agora conhecida.

E. COELHO.

Para a seroterapia da escarlatina. (*Zur serumtherapie de scharlachs*), de SCHOTTMULLER.—*Klin. Wochenschrift*, n.º 36, 1927.

O A. relata 50 casos tratados com soro Behring-Werk. Êste soro emprega-se em injecções intramusculares, na dose de 25-75 cc. Repete-se a injecção, sendo necessário, 12-24 horas depois. A seguir à injecção, observa-se um acesso de febre, e, algumas vezes, sintomas graves, como a cianose, delírios e, prostração.

E. COELHO.

Urologia e radiologia (*Urologie, etc.*), por H. BLANC (Bordeaux).—*Archives d'Électricité Médicale*. 35.º ano. N.º 526, pág. 202-207.

Ê necessária uma colaboração constante entre o radiologista e o urologista. Não basta que êste examine o doente e o mande àquele para que lhe faça a radiografia, que confirmará ou esclarecerá o diagnóstico.

O radiologista pode ignorar as coisas da urologia, mas o urologista não pode ignorar as da radiologia.

Há casos freqüentes em que o urologista e o radiologista estão na necessidade absoluta de operar em conjunto: sem falar dos casos urgentes (anúria calculosa com acidentes urêmicos), que reclamam uma intervenção imediata e em que o auxilio do radiologista será precioso antes do acto operatório, sem falar no pneumo-rim ou na pneumo-cistografia (que o A. de resto condena), que necessitam evidentemente do cirurgião, o radiologista não pode passar sem o urologista, quando se trata de uma pielografia ou de uma cistografia.

O A. cita ainda uma porção de casos que mostra à evidência quanto esta cooperação deve ser íntima.

Depois entra então na especialidade. A radiografia é um meio de diagnóstico extremamente precioso nas doenças das vias urinárias, e dispõe de vários métodos.

1.º A *radiografia simples*, que deve abranger a totalidade das vias urinárias, pois a dor e os diferentes sinais clínicos em urologia nem sempre localizam a lesão. Se radiografa apenas um rim de que o doente se queixa, às vezes é o outro que tem um cálculo. Um doente queixa-se da bexiga e no rim é que está a lesão. A radiografia limitada aos dois rins expõe por exemplo à ignorância dum cálculo alojado na extremidade do uretere pélvico.

A esta noção da radiografia total das vias urinárias (que é possível obter numa única chapa 30×40) devemos aduzir que é útil repetir com intervalos de meses ou de anos o exame radiográfico. Pode um cálculo ser invisível à primeira radiografia e visível meses depois, ou aumentar de volume, ou tornar-se mais opaco.

2.º Um segundo método utilizado no diagnóstico é a *pielografia*, que consiste na radiografia do bacinete cheio de líquido opaco, injectado através de uma sonda uretral previamente introduzida até ao rim. Ordinariamente emprega-se o brometo de sódio a 30 0/0, o iodeto de sódio a 30 0/0 ou o colargol a 10 0/0 ou 15 0/0.

Rejeita o lipiodol, por achar que não dá imagens mais nítidas que estes compostos e mais sujeito a erros, pela sua densidade, pela sua persistência nas cavidades e órgãos, pela sua carestia e pelo seu perigo (infiltração profunda nos tubos uriníferos, obstrução dos mesmos e anúria).

3.º Um terceiro método é a *cistografia*, isto é a radiografia da bexiga depois da sua repleção por meio de um líquido opaco (colargol a 10 % ou 15 %, brometo de sódio a 10 %, etc.) e que nos pode dar indicações absolutamente preciosas nas afecções vesicais.

Resume o que estes métodos nos podem dar em algumas doenças dos rins. Há um princípio absoluto: rins grandes, rins dolorosos, rins que sangram e rins que supuram devem ser radiografados. Em particular, toda a piúria que não é nitidamente tuberculosa deve ser radiografada.

¿ Pode ver-se a sombra renal na radiografia? Não se *pode, deve* ver-se.

Em 3 quartos dos casos o rim dá uma sombra visível na chapa radiográfica, e assim se aprecia a situação, forma, volume, orientação e mobilidade, se se tira primeiro uma chapa em inspiração e depois em uma expiração.

Para nos apercebermos nitidamente dos contornos dos rins, propõe-se últimamente fazer o que se chama o *pneumo-rim*, e que consiste em injectar no envólucro gorduroso peri-renal (cápsula adiposa do rim, Albarran) anidrido carbónico ou oxigénio. Disse-se que o *pneumo-rim* permitia antes de tudo reconhecer a existência de um rim em certos casos em que o cateterismo ureteral é impossível, mostrar o rim mais nitidamente do que a radiografia ordinária e dar assim indicações mais preciosas sobre a sua forma, poder mostrar as anomalias renais (rim em ferradura), ajudar a visibilidade dos cálculos, distinguir um tumor renal de uma perinefrite esclero-lipomatosa, diagnosticar o rim poliquístico, as hidro-nefroses, dar indicações mais completas sobre a opacidade do rim, e enfim, dar a imagem das cápsulas supra-renais.

Posto-que o método seja interessante debaixo do ponto de vista científico, o A. condena-o absolutamente nas suas aplicações clínicas.

Não dá mais resultados *úteis* que uma boa radiografia ou que uma boa pielografia. É um método *inútil, inconstante e infiel*. Inútil porque com os meios ordinários se pode fazer um diagnóstico de afecção renal, sem recorrer a êle. Inconstante e infiel porque com êste método cego, de uma utilização pouco prática e complicada, nunca se sabe onde se está e onde se injecta o gás, não se sabe nunca se se está de cá ou de lá da lâmina de Zuckerkandl. E daí os insucessos, porque a insuflação não se faz, ou se faz numa região que não é a do rim (donde pneumotorax, pneumoperitoneu, enfisema mediastinal e cervical, insuflação de uma bainha muscular) ou então em volta do rim, mas não no bom espaço descolável (para lá do folheo de Zuckerkandl, na loca pararenal), e estes insucessos podem levar a um êrro do diagnóstico.

Sobretudo, é sempre desagradável para o doente e muitas vezes perigoso (dispneia, sufocação, enfizemas, etc.)

A radiografia do rim tem na calculose a sua indicação capital. Ela indica, quando os cálculos são dos que ela pode revelar, o número, a forma e o volume dos cálculos, e portanto o diagnóstico, o prognóstico e a oportunidade operatória. A radiografia só revela os cálculos de oxalatos, de fosfatos e de

carbonatos, que são perfeitamente visíveis, os de uratos de cálcio, que são menos visíveis, e não mostra os cálculos de uratos de amonio e sobretudo os de ácido úrico puro, que são muito raros.

Nem tôdas as manchas visíveis ao nível dos rins são cálculos. Podem ser cálculos da visícula biliar (caso mais freqüente), formações quísticas calcificadas, osteomas, cálculos estercorais, corpos estranhos intestinais, etc. Um estudo atento do aspecto e da topografia da sombra suspeita, ou a sonda opaca e a pielografia farão o diagnóstico nos casos duvidosos.

¿É útil a radiografia na tuberculose renal? Por vezes ajuda-nos no diagnóstico, fazendo rejeitar o de litíase, por exemplo, mas fora dêste diagnóstico pode por vezes mostrar imagens especiais. Duas imagens características são as da bacilose renal: o *rim tigrado* e o *rim mastic*.

No primeiro caso, a sombra renal está semeada de pequenas manchas irregulares, pouco densas, donde o nome desta imagem radiográfica. Trata-se de tubérculos calcificados ou de pequenas cavernas cheias de pus espêsso e mais ou menos calcificado.

No segundo caso, a sombra renal engloba massas nitidamente arredondadas, bastante volumosas, regulares e de uma opacidade menos intensa que o cálculo.

São bolsas cheias de substância «mastic» e que se encontra nas formas de pseudo-cura da tuberculose.

MENESES.

A sífilis vertebral (*La sífilide vertebrale*), por FRANCO RUSSI (Ancona). — *Renasçença Medica*. Ano IV. 1927. N.º 18.

O lugar de eleição da sífilis vertebral é a região cervical. A coluna lombar aparece, todavia, freqüentemente atingida na tabes, como o demostram os estudos recentes de Roger, Lamy e Leba; a mais raramente interessada é a região dorsal.

Segundo estas várias localizações pareceu ao A. poder distinguir a sífilis vertebral em três grupos, caracterizados nitidamente um por um, com um aspecto anátomo-patológico particular e portanto com um correspondente síndrome clínico. São a sífilis vertebral cervical ou o clássico mal de Pott sífilítico, a sífilis vertebral lombar ou a clássica espondilite tabética, e a sífilis vertebral deformante difusa ou espondilose sífilítica.

A primeira é, de acôrdo com o parecer dos vários autores, a forma mais freqüente; Neumann, que dela juntou 361 casos, encontrou que as vértebras mais freqüentemente atingidas são as quatro primeiras, e especialmente o atlas e o axis. É caracterizada por perturbações da deglutição e às vezes da respiração, por dores ao nível da nuca e do pescoço, de carácter acentuadamente nocturno e com grandes oscilações de intensidade. Muito precôcemente os movimentos do pescoço tornam-se difíceis e nos períodos mais avançados tem-se em geral uma rigidez quasi absoluta no sentido vertical, combinada

algumas vezes com inclinação lateral. A formação da gibosidade é rara, mas possível, como num caso de Milian.

A sífilis vertebral lombar aparece, nos casos referidos, quasi constantemente como apanágio de indivíduos tabéticos, num período mais ou menos avançado. O A. entende que se são frequentes lesões ósseas de importância nos tabéticos, observadas nos ossos compridos e nas grandes articulações, é um êrro julgar que a coluna vertebral seja só por excepção interessada. O primeiro caso de deformação do rachis na tabes foi descrito por Charcot; recentemente Roger, que apresentou sessenta casos bosquejados na literatura e alguns próprios, faz justamente notar que, ao lado das grandes deformidades da coluna nos tabéticos, existem formas leves de lesão vertebral, às quais é preciso ligar a maior importância. Desta espécie apresenta o A. um caso.

Quanto á forma da sífilis vertebral deformante difusa, que entra no grande quadro das espondilites anquilosantes crônicas, existe ainda discordância de opiniões. Enquanto alguns autores concluem que ela é mais frequente do que se pensa (P. Marie, Bechterew, Lcyden, Oddo, etc.), outros, e em maior número, sustentam que um processo unicamente deformante da coluna vertebral de origem luética, deve ser considerado de todo em todo excepcional e difficilmente demonstrável como tal. Admitindo pois que nas espondilites deformantes crônicas possam ser várias as causas etiológicas (reumatismo, toxinfecções, traumas, distrofias, etc.), crê o A. não se poder negar que também exista, e menos raramente do que se possa pensar, uma forma dêste tipo de sífilis vertebral, mesmo que associada, ou em indivíduos tabéticos.

Também desta forma o A. apresenta um caso clínico. Em ambos os casos apresentados o tratamento específico de base arsenobenzol e bismuto, confirmam plenamente o diagnóstico da sífilis vertebral.

MENESES.

A utilização da extensão precoce e do tratamento pelo colete de gêsso das fracturas e luxações graves dos corpos vertebraes lombares.

(*Der nutzen frühzeitiger extension und gipskorsettbehandlung bei schweren luxationsfrakturen der lendenwirbelkörper*), por MAX SCHIESSL (Bardenberg). — *Archiv für Orthopädische und Unfall-Chirurgie*. XXV Bd. H. 2, pág. 89-93.

Sem nos determos sobre a sintomatologia desta grave afecção traumática, nem reproduzimos em resumo as quatro observações do A., apenas queremos mencionar êste trabalho para lembrar, como o A. o faz, a utilização do colete de gêsso ou do leito de gêsso de Lorenz, usados no tratamento do mal de Pott, nos casos de fractura ou luxação com consequentes lesões medulares. O repouso necessário à reparação óssea e à manutenção duradoira da posição normal obtida, quando fôr necessário, com uma ligeira narcose ou com uma extensão, é facilitado por qualquer dêsses aparelhos e a consolidação óssea imensamente abreviada.

MENESES.

A descorticação das artérias no tratamento das artrites supuradas agudas, por A. TURCO — *Chirurgia degli organi di Movimento*. Vol. X. Fasc. 4-5. Abril de 1926.

O A., partindo da observação de que a simpatectomia periarterial produz hiperemia no campo do vaso descorticado, quis estudar-lhe os efeitos no decorrer das artrites agudas. Pelo que respeita à técnica, as experiências podem ser divididas em duas séries: na primeira o A. praticava contemporaneamente à infecção da cavidade articular a descorticação da artéria; na segunda, depois da infecção, deixava decorrer um lapso de tempo variável e depois procedia à descorticação arterial. Dos resultados da primeira série, concluiu o A. que a simpatectomia resultava no primeiro período da doença e que, com o progredir desta, o efeito desaparecia; da segunda série, na qual pretendia verificar os efeitos da descorticação sobre os processos infecciosos sub-agudos e crónicos, teve resultados negativos. A conclusão foi de que a descorticação das artérias em casos de artrites agudas, de natureza piogenia, se fôr praticada a tempo, acelera o processo normal da cura, não somente, como também pode impedir o seu aprofundamento, evitando assim as frequentes anquiloses.

MENESES.

Bases da assistência aos mutilados e inválidos na Alemanha. (*Grundriss der Krüppelfürsorge*), por K. BIESALSKI — *Leopold Voss*. Leipzig. III ed. 1926.

O nosso prezado mestre de Berlim-Dahlem, reedita, com leves alterações às edições precedentes, o seu folheto de divulgação sobre a magnífica assistência aos aleijados na Alemanha, organização que ao próprio se deve.

Depois de submeter a uma larga crítica o conceito de aleijado (*Krüppel*) e a respectiva assistência, descreve o que está feito nesse sentido na Alemanha, relativamente aos aleijados, tomando como bases as seguintes máximas: para o tratamento ortopédico existem não só clínicas e policlínicas para os aleijados, mas também secções especiais de institutos municipais ou particulares.

Nos casos duvidosos decidirá, além das considerações especiais devidas aos raquíticos, qual o instituto em que possam adquirir o *maior grau de capacidade* para o trabalho. Para isso existe uma cooperação estreita entre o médico provincial, o médico distrital, o inspector, etc.

O resultado principal das modernas disposições legais do govêrno alemão no assunto, é que o interêsse pelos mutilados e aleijados é regulamentado por uma lei e representa *um dever da assistência pública*. Todos os meios devem concorrer para dar forças a estes doentes que os tornem úteis na vida económica, pondo-se como meta a assistência aos inválidos da guerra, e será sempre essa a maneira mais eficaz, mais digna e mais económica de socorrer êsses infelizes.

Procurar aumentar por todos os meios a sua capacidade de trabalho constitui o fulcro da organização assistencial aos mutilados de guerra.

Não é apenas esquemáticamente, no tratamento dos mutilados, que o ortopedista tem o seu campo de acção. A sua esfera é mais larga, a sua presença em muitas outras ocasiões é igualmente necessária. Desde a educação física do adolescente, da indicação da posição correcta que deve assumir nos bancos da escola, até ao plano dos exercícios manuais, que são os melhores para um determinado aleijado, e até à instrução e à vigilância do aleijado em tudo que respeite a utilização completa de uma prótese, é indispensável a colaboração do ortopedista.

A escolha da profissão em que deve ser orientado exige também a sua opinião.

As doenças mais frequentes neste género de doentes são: a paralisia, com 16,4 %; a tuberculose, com 15 %; o encurvamento da coluna vertebral, com 12,2 %; o raquitismo, com 9,5 %.

O encurvamento da coluna vertebral baseia-se sobretudo no raquitismo, nas deformidades congénitas, no relaxamento geral da musculatura e dos aparelhos ligamentosos, no amolecimento ósseo, traumas, etc. O facto mais saliente é que não existe a cura espontânea do encurvamento da coluna. O tratamento iniciado o mais precocemente possível é absolutamente necessário. Para a tuberculose óssea e articular está formulado o grande princípio de que se deve tratar o indivíduo tuberculoso e não a sua lesão local apenas Sol, ar livre e contemporânea administração interna de iodo; estase de Bier e luz artificial, pelo menos $\frac{1}{2}$ -2 anos, levarão aos melhores resultados. Nos casos graves, intervenção operatória.

Para isto, os doentes recorrem ao médico e por seu intermédio fazem-se admitir numa secção especial de um estabelecimento ortopédico, onde obterão uma capacidade para o trabalho muito superior. Todos sabem como é diferente, quanto a essa mesma capacidade, o doente de tuberculose óssea que foi tratado por um médico ortopedista e o que foi tratado por um médico não ortopedista.

Em 59 institutos alemães estão ao todo 2.275 camas à disposição da tuberculose óssea.

No capítulo das deformidades congénitas, deve notar-se que não se substitui imediatamente com uma prótese a parte de um membro que falta; antes se procura ensinar a criança a utilizar o côto do membro que conserva sensibilidade. O torcicolo e os pés botos e equinos podem ser corrigidos com uma intervenção a tempo e não deixam sinais.

A forte percentagem de cerca de 10.000 crianças alemãs aleijadas por desastre, demonstra o perigo da aglomeração de crianças no trabalho industrial. Ao todo existe uma proporção de 13.043 aleijões congénitos para 9.850 adquiridos, ou seja uma proporção de 1,3:1. Anquiloses articulares especialmente graves são as devidas na grande maioria dos casos à blenorragia e à lues congénita.

Depois, o A. passa a falar das luxações articulares, das deformidades raquíticas, das múltiplas deformidades dos pés, terminando com umas breves considerações sobre as doenças nervosas. Divide-as em dois grupos: paralisia

flácida infantil e paralisia espástica; junta-lhe uma terceira doença nervosa mutilante: a atrofia muscular progressiva; a paralisia obstétrica. E lembra que à parteira é útil conhecer bem esta última, para que ponha o braço defeituoso em boa posição e chame imediatamente o médico.

O A. dedica por fim um capítulo sumário à profilaxia desta classe de doentes. Propõe que se levem imediatamente estes doentes ao médico, e se tente impedir com medidas profiláticas o aparecimento destas doenças. Para tal fim será de importância capital a instrução ortopédica especializada entre os próprios médicos. Cursos de aperfeiçoamento para médicos, enfermeiras e pessoal dos diferentes organismos de assistência. Uma vez que a instrução geral pudesse chegar aos pais, nenhuma criança mais deveria apresentar-se na escola de pés botos, luxações congénitas da anca, torcicolo, encurvamentos da coluna e anquiloses paralíticas. Diminuir-se-ia assim, mediante um corte pela raiz, êsse mal que constituem estas doenças, impedindo que milhares de crianças, por um defeito físico, também adquiram um moral defeituosa.

MENESES.

A importância do lipiodol no diagnóstico e no tratamento do abcesso do pulmão. (*The value of lipiodol in the diagnosis and treatment of abscess of the lung*), por H. BALLON. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. XLIV. Jan. de 1927. N.º 1.

O A. apoia-se em 94 casos de abscessos pulmonares, dos quais uma percentagem relativamente alta (25 %) ocorreu em seguida a operações na boca e no pescoço. Os erros de diagnóstico, segundo o A., não deixam de ser frequentes nestes casos e o exame vulgar com os Raios X, em muitas circunstâncias, não dá uma localização anatómica precisa da lesão e dá uma falsa impressão sobre a sua extensão, que o exame clínico muitas vezes não consegue corrigir. O uso do lipiodol, com o método broncoscópico, parece ao A. ser o método de investigação preferível, pois que tem um enorme valor e não dá reacção alguma desagradável, e além disso põe bem em evidência a extensão da cavidade do abcesso e os limites do tecido são circunstante, o que deve ser tido em grande consideração.

Dos 94 doentes observados, só 88 foram operados. Em 70 casos o A. praticou a ressecção costal e a drenagem (12 doentes curaram-se, 31 melhoraram, 4 não melhoraram e 23 morreram); em 5 o pneumotorax (2 curaram-se e 3 melhoraram); em 8 a ressecção costal e a cauterização; em 1 o pneumotorax seguido de drenagem; em 1 a toracoplastia parcial extrapleurica; em 1 a cauterização e a drenagem e finalmente em 1 a fistula permanente.

O A. termina o artigo por uma classificação dos abscessos pulmonares, que divide em abscessos solitários, abscessos múltiplos, abscessos secundários e abscessos tuberculosos, não tomando em consideração os abscessos metastáticos e a degenerescência quística do pulmão.

MENESES.

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

CURSO DE REPETIÇÃO DE ALGUNS CAPÍTULOS DE SEMIOTICA

DE 15 DE OUTUBRO A 15 DE NOVEMBRO

(PARA MÉDICOS E QUINTANISTAS DE MEDICINA)

A) *Semiotica médica do aparelho respiratório.*

Em 5 lições e respectivos trabalhos práticos sob a direcção do Prof. Tiago d'Almeida com o concurso dos Profs. Rocha Pereira, Hernani Monteiro, Teixeira Lopes, Aureliano Pessegueiro e assistentes da secção:

I—Anatomia clínica do aparelho respiratório.

II—Semiotica das vias respiratórias.

a) Semiotica e técnica rino-laríngeas.

III—Semiotica dos órgãos torácicos da respiração.

IV—Radiologia e interpretação radiológica respectiva.

a) Observação clínica, técnica semiotica.

V—Lição clínica com apresentação de doentes.

B) *Semiotica cirúrgica do aparelho digestivo (abdominal).*

Em 5 lições e respectivos trabalhos práticos sob a direcção do Prof. Teixeira Bastos, com o concurso dos Profs. Pires de Lima, Roberto de Carvalho e Amandio Tavares e assistentes da secção.

I—Anatomia cirúrgica do aparelho digestivo e abdominal.

II—Semiotica gástrica—úlcera e cancro.

III—Semiotica intestinal—Prática da exploração cirúrgica.

IV—Radiologia gástrica (úlcera e cancro) e intestinal (estase crónica) e interpretação radiológica respectiva.

a) Observações clínicas (em 1 ou 2 lições), trabalhos práticos de interpretação radiológica.

V—Lição clínica com apresentação de doentes.

C) *Semiotica obstétrica (hemorragias obstétricas).*

Em 4 lições e respectivos trabalhos, sob a direcção do Prof. Morais Frias, com o concurso do Prof. Pires de Lima e assistentes da secção.

- I—Anatomia cirúrgica dos órgãos genitais internos.
 - II—Semiotica das metrorragias obstétricas.
 - a) Observações clínicas.
 - III—Terapêutica de urgência das hemorragias obstétricas.
 - a) Observações clínicas.
 - IV—Lição clínica com aplicação operatória.
- D) *Semiotica laboratorial* (alguns capítulos).
- Em 6 lições e respectivos trabalhos práticos, sob a direcção do Prof. Alberto de Aguiar, com o concurso dos Profs. Rocha Pereira, Carlos Ramalhão e Oscar Moreno.
- I—Semiotica da análise clínica da urina—Albuminúria.
 - II—Hematurias—Patogenia e semiotica.
 - a) Técnica da análise clínica.
 - III—Semiotica geral da crase urinária (noções sumárias).
 - a) Prática da interpretação urológica.
 - IV—Semiotica azotémica e urosecretória.
 - V—Semiotica analítica do líquido raquidiano.
 - a) Técnica da punção lombar.
 - VI—Semiotica das infecções pela serologia e hemocultura.
 - a) Prática clínica respectiva.

Cada curso terá a duração duma semana e a sua ordem e programa detalhado serão afixados na ocasião.

Faculdade de Medicina do Porto, 14 de Setembro de 1927.

LACTOLAXINA FYDAU

COMPRI-MIDOS de FERMENTOS LACTICOS LAXATIVOS
a base de Fermentos Lacticos seleccionados, Saes biliares, Agar-agar e Naphtol phtaleina.

Tratamento Biologico
da **PRISÃO DE VENTRE - ENTERITE**
AFFEÇÕES DO FIGADO
ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL

DOSE: 1 a 3 Comprimidos á noite ao deitar.

AMOSTRAS: Laboratorios Biologicos ANDRÉ PÂRIS
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (France).

TRATAMENTO DA **DIABETES** E SUAS MANIFESTAÇÕES

PELA **INSULINA BYLA**

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

Agentes para Portugal: **Gimenez-Salinas & C.^a**

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA

*Tratamento completo das doenças do figado
e dos syndromas derivativos*



Litiase biliar, insuficiéncia hepática, colemia amiliar,
doenças dos paises quentes,
prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos
2 a 12 pilulas por dia
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos scientificos

Lavagem
de Extracto de Bilis
glicefinado
e de **Panbiline**



1 a 3 colheres em 160 gr
de água fervida
quente.
Crianças: 1/2 dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay. (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a Rua Nova da Trindade, 9-1.º — LISBOA



EXPOSIÇÃO MEDICO-
CIRURGICA PROMOVIDA
PELA LISBOA MEDICA
POR OCASIÃO DO CENTENÁRIO DA
RÉGIA ESCOLA DE CIRURGIA DE
LISBOA.

EM REUNIÃO DO JURI FOI DELIBERADO CON-
CÉDER DIPLOMA DE MEDALHA DE
OURO AO EXPOSITOR *Alves e C.^a*
(Irmãos) pelos productos "Wander."

O PRESIDENTE

O SECRETARIO

V. A. Rebelo

A. Almeida

Pro memoria:

OVOMALTINE, fortificante;
JEMALT, óleo de fígado de
bacalhau isento do seu
gosto desagradável.
ALUCOL, contra a hiperaci-
dez e suas consequências;
CRISTOLAX, laxante tónico
e digestivo;

FORMITROL, contra as
doenças infecciosas da boca
e da garganta.
MALTOSAN, sopa de malte
Keller;
NUTROMALT, açúcar nu-
tritivo para crianças de
mama.

Dr. A. WANDER, S. A. BERNE

Únicos concessionários para Portugal:

ALVES & C.^a (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41, 2.^o — LISBOA

Sala

Est.

Tab.

N.^o