

COIMBRA MÉDICA

ANO XIV

OUTUBRO de 1947

N.º 8

SUMÁRIO

	Pág.
ELÍSIO DE MOURA — dr. Fernando de Almeida Ribeiro	395
FISIOPATOLOGIA DO PERITONEU — dr. Luís Raposo	418
O SANGUE EM CLÍNICA — dr. A. da Rocha Brito	442
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES . . .	XIX

*MOURA MARQUES & FILHO
COIMBRA*

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Elísio de Moura — Prof. Alvaro de Matos — Prof. Almendra Ribeiro — Prof. Rocha Brito — Prof. Feliciano Guimarães — Prof. Novais e Sousa — Prof. Egidio Aires — Prof. Maximino Correia — Prof. João Pôrto — Prof. Lúcio de Almeida — Prof. Augusto Vaz Serra — Prof. António Meliço Silvestre — Prof. J. Correia de Oliveira — Prof. Luís Raposo — Prof. Luís Zamith — Prof. Mário Trincão — Prof. Manuel Bruno da Costa — Prof. António Nunes da Costa

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

António Cunha Vaz

Francisco Gonçalves Ferreira

António de Matos Beja

João de Oliveira e Silva

Armando Tavares de Sousa

José Bacalhau

Luis Duarte Santos

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente, Ilhas e Colónias — ano	60\$00
Estrangeiro	80\$00
Número avulso — cada	10\$00

PAGAMENTO ADIANTADO

Só se aceitam assinaturas a partir do primeiro número de cada ano.

Dez números por ano — um número por mês, excepto Agosto e Setembro.

Editor e Proprietário — Prof. JOÃO PORTO

Toda a correspondência deve ser dirigida
à Administração da "COIMBRA MÉDICA ..

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25
COIMBRA

Em resumo, das experiências feitas para avaliar o poder inhibidor e o poder antiseptico conclui-se que o Aseptal tem um alto poder antiseptico e inhibidor sobre as bactérias patogênicas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os micro-organismos.

Curitiba 14 de dezembro de 1910

Charles Guille

NA HIGIENE
ÍNTIMA
DA MULHER

"Aseptal"
ANTISEPTICO-PERFUME
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

Alcalinésia BISMUTICA

Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis, etc.

"Aseptal,"

Ginecologia, Partos, Usos antisépticos em geral.

BioLactina

Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, enterecolite, etc.

Bromovaleriana

Doenças de origem nervosa, insónias, epilepsia, histeria, etc.

'Diaspirina,

Gripe, reumatismo, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes, nevralgias, cólicas menstruais.

DYNAMOL

Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, fraqueza geral, depressões nervosas, convalescências, etc.

"Glucálcio,"

Descalcificação, tuberculoses, lantatismo, raquitismo, fraqueza geral, pleurisias, pneumonias, escrofulose, asma, etc.

hepatodynamol

Normalização da eritro- e da leucopoiese, regularização da percentagem de hemoglobina e do valor globular.

"NARCOTYL..

As indicações da morfina. Previne a habitação e morfinomania dentro de certos limites.

Proteíon

Medicamento não específico actuando efectivamente sobre os estados infeciosos.

PULMO-SÓRÓ

Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traqueia e dos brônquios, pneumonia, etc.

SUAVINA

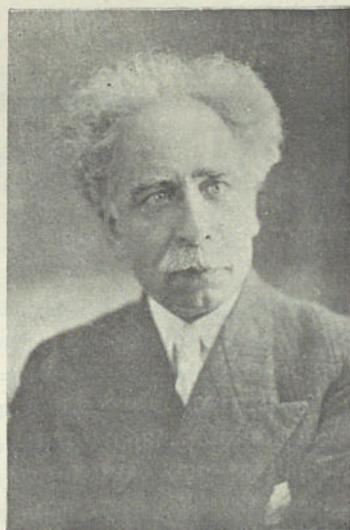
Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.

Terpioquina

Medicação anti-infecciosa.

Transpneumol

Quininoterápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.



PROFESSOR DOUTOR ELÍSIO DE MOURA

(Fot. de Rasteiro)



ELÍSIO DE MOURA

À saudosa e respeitada memória

DE

DONA CELESTINA DE ARAÚJO
SALGADO ZENHA DE AZEVEDO
E MOURA

Águia, não desças!...

(*Ex-libris. «A vida do coração»,*
por Duarte Lima)

Nos fins do ano de 1902, a Faculdade de Medicina de Coimbra enriquecia o seu corpo docente com a entrada de cinco novos professores; eles, após cursos largamente demonstrativos da sua grande valia como escolares, haveriam de, pelo tempo fora, revelar-se, correspondentemente, Mestres de primeira grandeza. O mais moço, então de 25 anos, era o Doutor ELÍSIO DE AZEVEDO E MOURA; este e mais dois ficaram na categoria de substitutos.

Nessa altura, andava eu na árdua tarefa dos estudos anatómicos. Logo tive ocasião de admirar um dos jovens docentes, o Doutor ANTÓNIO CAETANO DE ABREU FREIRE EGAS MONIZ, numa accidental e efemera substituição do nosso sábio e venerando Mestre Doutor BASÍLIO AUGUSTO SOARES DA COSTA FREIRE. Dos outros quatro professores, só nos meus terceiro e quarto anos haveria de ter ocasião de começar a aproveitar-lhes as lições.

Foi em 1904-1905, durante o impedimento do Doutor ANTÓNIO DE PÁDUA, muito a seu gosto no Governo Civil do Distrito, que eu ouvi o Doutor ELÍSIO DE MOURA, na cátedra de propriedade daquele — a Propedéutica. Esta disciplina, recemcriada

(em Dezembro de 1901), nascera mimosa da sorte: logo fora distribuida a um dos talentos mais encantadores de que a velha Faculdade conserva a memória; e, na ausência deste, viu-se confiada à inteligência médica de mais luminosos fulgores que jamais me foi dado conhecer!

Mas, já antes de entrarmos pela primeira vez na sua aula, os estudantes da Faculdade admiravam aquele moço de olhar de águia, de alta cabeleira sobre a ampla fronte, de nítidos dizeres e gesto brusco, ao mesmo tempo tão acessível e tão fugaz, parecendo tão distante e, apesar disso, tão atento. As perguntas inesperadas e as desconcertantes respostas que dele provinham, e que os já seus discípulos transmitiam àqueles que de futuro o haveriam de ser, impressionavam os rapazes, pelos aspectos novos e inesperados que lhes desvendavam. E, num tempo em que os estudantes de Anatomia mal podiam dar uma rápida leitura aos órgãos dos sentidos e lhes pareciam pouco menos do que misteriosos as origens e o destino dos «doze pares», e quando a nossa Faculdade não dera ainda atenção especial à Neurologia, o saber do Doutor ELÍSIO, vasto e profundo também neste campo, tornou-se prontamente reconhecido e respeitado por alunos e por mestres.

* * *

Não tendo ainda enfermaria própria, deu o Doutor ELÍSIO em percorrer as alheias, autorizado pela benevolá deferência dos Colegas. E, com grato acatamento destes, muitos diagnósticos foram melhorados pelo perspicaz e agudo senso clínico do novo professor.

O prestígio de quem tão insignes e excepcionais qualidades revelava e que já por todo o país era acatado levou, em 1907, o zeloso administrador dos Hospitais da Universidade de então, o Conselheiro Doutor MANUEL DA COSTA ALEMÃO, decano da Faculdade, à pronta aquiescência ao desejo manifestado de ser entregue a ELÍSIO DE MOURA um salão que se encontrava devoluto. Aí foram coleccionados, provenientes das várias enfermarias, por onde estavam dispersos, doentes relativamente numerosos; e, no ano lectivo de 1907-1908, foi aberto, pela primeira vez

em Coimbra, um Curso livre e gratuito de Neurologia, largamente frequentado.

Nessa altura, MAGALHÃES LEMOS, no Porto, sabia muito de doenças nervosas. EGAS MONIZ, em Lisboa, onde se estabelecera, começava a firmar neste ramo os seus créditos, que tão alto haviam de subir. Mas, salvo erro ou omissão, creio que não seria muito fácil de encontrar pelo país, além dos dois e de ELÍSIO DE MOURA, quem na especialidade de Neurologia não fosse apenas hospede.

E assim foi feita a honrosa e desinteressada criação, por este auto-didacta, do ensino em Coimbra da difícil disciplina...

Manteve-se o Curso como livre até que, pela reforma de 1911, passou a Clínica Neurológica a fazer parte do quadro oficial dos estudos, continuando, como era natural, entregue por acumulação ao mesmo professor, que ficara colocado na cadeira de Patologia Interna, crismada como de 1.ª Clínica Médica.

Durante o tempo em que as «teses» foram obrigatoriamente exigidas como provas finais de formatura, alguns finalistas, sob a direcção do Mestre, aproveitaram para objecto da sua dissertação casos neurológicos interessantes, entre eles um de «biespasmó facial», raridade estudada com cuidado por uma aluna.

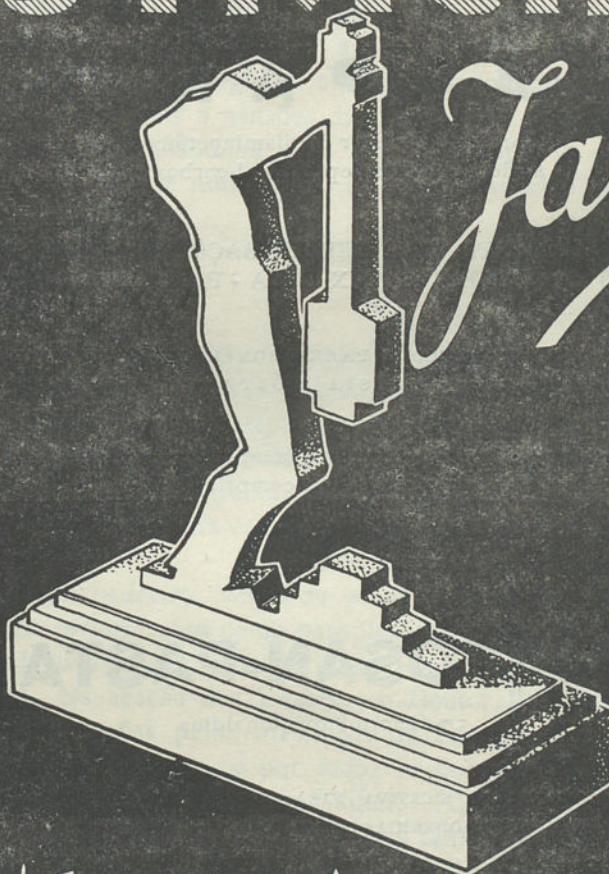
Nesse Curso, na presença dos respectivos exemplares, pôde o Professor fazer lições clínicas sobre os mais variados e interessantes casos, tais como: beri-beri; coreia de SYDENHAM; coreia de HUNTINGTON; vertigem de MENIÉRE; acrociانose; acroparestesia; acromegalia; encefalopatia infantil; hidrocefalia; tumor cerebral; encefalite aguda; polioencefalite; abcesso do cérebro; meningite; hemorrágia meningea; acondroplasia; lipodistrofia progressiva e deença de DERCUM; dupla atetose pura (síndrome de CECILIA VOGT); idiotia amaurótica (TAY-SACHS); neuro-mielite óptica; degenerescência lenticular progressiva (síndrome de WILSON), o primeiro caso observado em Portugal, antes de descrito na literatura médica francesa; trofedema de MEIGE; afasia; neuro-fibromatose (RECKLINGHAUSEN); narcolépsia; cataplexia; tique; tetania; discinésia funcional; hemibalismo; espasmo facial primitivo, uni e bi-lateral; espasmo facial post-paralítico; torticolis espasmódico; paralisia facial periférica; hemiatrofia facial progressiva; paralisia do óculo-motor comum, com outras manifestações de origem sifilítica; nevralgia do trigé-

meo; eritromelalgia; sindroma neuro-anémico; ciatalgia; cenes-topatia; enxaqueca; espondilose rizomélica; meralgia parestesica; sindroma da cauda equina; sindroma talâmico; sindroma quias-mático; sindroma de LITTLE; sindroma de PARINAUD; sindroma de RAYNAUD; sindroma de BABINSKI-FRÖLICH; sindroma de LAN-DRY; sindroma de GUILLAIN-BARRÉ; sindroma da fenda esfenoidal; seringomielia e seringobolbia; esclerose em placas; esclerose lateral amiotrófica; amiotrofia de CHARCOT-MARIE; mielite aguda; tumor medular; compressão lenta da medula; acidentes mielopáticos do mal de POTT dorso lombar; mal de POTT sub-occipital; sacralização da 5.^a vertebra lombar; lesões traumáticas meningo-encefálicas e raqui-medulares; cancro vertebral; espinha bífida; doença de FRIEDEREICH e heredo-ataxia cerebelosa; doença de THOMSEN; doença de ADDISON; doença de HEINE-MEDIN; miopatia primitiva progressiva; miosite ossificante progressiva; miastenia bolbo-espinhal (ERB-GOLDFLAM); mioclónias; radiculite; zona e algias post-zonáticas: zona oftalmica, intercostal e lombo-abdominal; polinevrites, e, entre elas, polinevrite leprosa, lepra com máscara pareto-anestesica; paralisia do circunflexo; paralisia do 6.^º par craneano com reacção meningea consecutiva a raquianestesia; paralisia do ciático-poplíteo externo; paralisia recorrential; paralisia pseudo-bolbar; paralisia bolbar progressiva; tabes associado a hemiplegia orgânica; tumor cerebeloso; astásia-abásia; ilusões dolorosas do coto dos amputados; apraxia; basofobia; epilepsia; hemiplegia alterna; outras paraplegias, hemiplegias e monoplegias orgânicas de várias origens; paralisias e mais, muitas, manifestações pitiáticas, não reconhecidas como tais, e, ao invez, também casos rotulados de histeria e que o não eram; etc., etc.

Assim, pôde também o Doutor ELÍSIO DE MOURA dizer, com justo orgulho, que na primeira visita demorada que fez à Salpe-trière não viu qualquer figura nosológica de doença nervosa que não tivesse alguma vez tido ocasião de observar, com a única exceção de um caso do sindroma de BENEDIKT!...

Não foi maravilha que isso acontecesse. Porque de todos os pontos do país afluíam doentes para serem entregues aos cuidados do Doutor ELÍSIO DE MOURA. Como é bem compreensível, eram sobretudo os casos menos vulgares e de mais dificuldade diagnóstica ou terapêutica aqueles que maior tentação

NUTRICINA



Jaba

Aumento rápido de força, peso e apetite.
Valioso auxiliar da convalescência.
Recomendável no período de férias.

DELEGAÇÃO NO PORTO:
R. Mártires da Liberdade, 120

LABORATÓRIOS JABA
R. Actor Taborda, 5 - LISBOA

DEPÓSITO EM COIMBRA:
Avenida Navarro, 53



NOVOS PRODUTOS GEIGY

PARPANIT

Cloridrato do éster dietilaminoetílico do ácido 1-fenil-ciclopentano-1-carboxílico

TRATAMENTO DAS PERTURBAÇÕES MOTORAS DO SISTEMA EXTRA-PIRAMIDAL

ESTADOS PARKINSONIANOS
PARALISIA AGITANTE

PARPANIT Frasco de 100 comprimidos a 0,00625 gr.
PARPANIT FORTE Frasco de 50 comprimidos a 0,05 gr.

STEROSAN-PASTA

5,7-dicloro-8-oxiquinaldina

PASTA SICATIVA PARA O TRATAMENTO
DAS PIODERMIAIS E DAS EPIDERMOFITIAS

Bisnaga de 20 gr.

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL E COLÔNIAS:

CARLOS CARDOSO

Rua do Bonjardim, 551 – PORTO

J. R. GEIGY S. A. - BASILEIA - (SUIÇA)

ofereciam para lhe serem expedidos pelos seus antigos discípulos ou por outros médicos que o conheciam de fama.

E, por isso, quer nos seus quartos particulares dos Hospitais; quer nas suas enfermarias; quer na sua consulta externa, onde os doentes, confiados em que seriam vistos gratuitamente sem necessidade de atestarem a sua pobreza, raras vezes se faziam inscrever nos registos oficiais respectivos; quer em sua casa; quer nos hoteis e pensões da cidade, os exemplares de que o Doutor ELÍSIO dispunha para sua observação e para o seu ensino eram sempre numerosos, da maior variedade e do maior interesse.

* * *

Uma verdadeira campanha, coroada de retumbantes exitos, contra a *Histeria* e as suas parentosas e enganadoras manifestações foi, desde o princípio, levada a efeito por ELÍSIO DE MOURA. E, de todos, foi celebrada, logo no primeiro ano do seu Curso, a cura quase instantânea de um doente havia longos anos internado nos Hospitais como paralítico incurável.

Era um pedreiro, velho de 70 anos, que, após um ano de estadia na própria casa como paraplégico, ingressara nos Hospitais da Universidade, onde no mesmo estado se mantinha havia 12 anos. Na secção dos Lázarus, o Doutor ELÍSIO, numa das suas peregrinações pelos meandros da Casa, o fora encontrar, resignado à sua sorte, e por todos já considerado, por assim dizer, como fazendo parte do Edifício. Contava o homem que a paralisia lhe sobreviera e se instalara lenta e progressivamente, primeiro de um lado, depois do outro. O Doutor ELÍSIO apresentou-o ao exame dos seus alunos, solicitando-lhes o diagnóstico do caso, contra prémio deixado à sua generosidade, que, contudo, veio a ser inteiramente poupada.

Numa primeira lição, discutindo o caso clínico, o professor foi sucessivamente excluindo, uma a uma, todas as hipóteses de lesões orgânicas e do sistema nervoso, central e periférico, capazes de explicar o estado do doente. E, no final, voltado para o Curso, no desejo de descortinar se algum dos seus alunos teria no espírito a hipótese possível de *histeria*, o Mestre formulou a

pergunta: «Será este doente um pitiálico?»; e comentava: «bem interessante seria que um paralítico de há mais de 13 anos pudesse ser posto a caminhar em menos de 13 minutos!» Mas, embora alguns dos ouvintes tivessem anteriormente formulado hipóteses várias, de lesões orgânicas, a nenhum deles ocorreu o cabimento duma resposta afirmativa à pergunta acabada de formular: todos eles, silenciosamente, depois de recolhidos os seus papéis de apontamentos, se retiraram da sala...

Na lição seguinte, após uma rápida recapitulação das noções já anteriormente apresentadas, o Doutor ELÍSIO concluía que devia ser formulada a hipótese de *histeria*, pois que nada havia nas manifestações actuais que brigasse com essa hipótese: havia uma hipo-estesia sobreposta ao síndroma paraplégico, sem abolição nem exaltação de reflexos e sem quaisquer outros fenómenos demonstrativos de carácter orgânico de síndroma paralítico, embora houvesse um emagrecimento considerável por hipo-alimentação, que fazia lembrar uma amiotrofia difusa. E, acrescentando que a prova decisivamente demonstrativa do carácter nítidamente funcional desta paralisia ia ser apresentada acto contínuo, o Doutor ELÍSIO abriu uma porta e, da sala vizinha, o ex-paralítico avançou pelo seu pé, para o interior da aula!

Continuou a envelhecer nos Hospitais o bom do homem, que sofria também de uma úlcera do estômago; mas não mais paralítico, antes passeando os ócios que lhe deixava o seu entremet habitual de ingénuos desenhos a cores e de flores de papel, com que enfeitava a cabeceira do leito, de onde nunca consentiu em os «arriar», como ele dizia, apesar das objurgatórias do Fiscal, sempre amansado afinal pela consideração da avançada idade daquele hospede fiel. E, já octogenário, veiu a morrer ali de uma gastrorragia, durante uma estadia do Doutor ELÍSIO DE MOURA no estrangeiro.

As extraordinárias circunstâncias de que esta cura se revestia deram-lhe, justamente, título de sensacional, dentro e fora dos Hospitais. E as mulherzinhas da «Alta», ingénugas em coussas de ciência, pensavam, vagamente intimidadas, que tal êxito, assim conseguido por aquele jóvem Mestre de claros olhos brilhantes largamente abertos, de fala breve e geito singular, poderia muito bem ter sido negócio de bruxaria!...

Mas, mais tarde, outras curas, que também extraordinárias pareceram, foram-se multiplicando, feitas pelo mesmo homem generoso e bom, sempre pronto a acolher os humildes. Pensando nelas e no desinteresse tornado proverbial do médico, hoje encanecido, cujos proventos clínicos de há muito caem na sua quase totalidade na Caixa do Asilo da Infância Desvalida, onde mais de duzentas pequenitas representam o acréscimo da escassa duzia que lá havia quando a sua direcção lhe foi entregue, aquelas boas gentes de há quarenta anos, ou as suas filhas, já hoje decerto irão de preferência pensando se as curas que tanto as assombram não serão antes caso de milagre ou resultado de méritos de santidade do autor!...

O último combate dado, quando ainda professor em exercício, pelo Doutor ELÍSIO DE MOURA à *Histeria* foi representado pela «lição de despedida», feita a pedido e perante os discípulos do Curso Médico de que fez parte o ilustre Reitor da Universidade de Coimbra e nosso Colega Doutor MAXIMINO CORREIA.

Essa lição — «Da Histeria ao Pitiatismo e do Pitiatismo à Simulação» — ouvida também pela quase totalidade dos professores da Faculdade e por grande multidão de médicos, estudantes e outros admiradores, que coroaram o seu final com uma ovação apoteótica, teve como sub-título a indicação — «de CHARCOT a BABINSKI». Mas esta designação que modestamente o seu autor lhe apôz teria podido ser substituída com justiça com o dizer-se — «de CHARCOT a ELÍSIO DE MOURA». Porque, em verdade, se foi grande o caminho andado desde o grande CHARCOT até ao seu luminoso discípulo, não foi pequeno nem pouco árduo o caminho andado desde este até ao Mesire da nossa Faculdade que a chegada dos 70 anos vinha aposentar em plena posse das suas excepcionais possibilidades intelectuais e científicas!...

Nessa memorável sessão foi citado, entre outros casos interessantes, mais um, recente, dessas instantâneas curas de manifestações ditas pitiatéricas, que consternam, durante anos aparentemente sem fim, as pobres famílias que as aturam, e constituem para estas a parte principal das suas tribulações constantes. Era o de um homem que por cerca de 20 anos exibia aparentes crises de automatismo motor com simulada inconsciência; o de um pouco estimável sujeito que, por acaso, eu ainda vi, mal ele, de momento

separado dos seus familiares, acabara de prometer que não mais reincidiria no desempenho daquela dramática farça...

Não virão, decerto, a ser perdidos os esforços de ELÍSIO DE MOURA. Pode haver a fundada esperança de que, enquanto e onde houver memória dos ensinamentos do Mestre, que mesmo fora da cátedra os continua e é de esperar os continuarão por muitos anos ainda, não só as crises convulsivas de natureza histérica deixarão de ter mais do que algum esporádico e efêmero aparecimento, mas também a maior parte das outras manifestações pitiatéricas haverão de ser descobertas e extermínadas!

* * *

Os cuidados da Neurologia não fizeram enfraquecer em ELÍSIO DE MOURA o grande apreço em que sempre teve a Clínica Médica Geral. O seu renome fez que desde o princípio da sua carreira o procurasse grande cópia de doentes de todos os ramos dessa Clínica. E ao Doutor ELÍSIO pertenceu durante sete anos a Cadeira de Patologia Médica ou Interna, sob o crisma de 1.^a Clínica Médica, com a qual acumulava a regência da Neurologia e depois também a das Psiquiatrias Clínica e Forense.

Mas a verdade é que nunca ELÍSIO DE MOURA viu realizados os seus íntimos desejos preferenciais, de ser professor da disciplina universitária de Clínica Médica (ou 2.^a Clínica Médica, como por algum tempo foi designada oficialmente). Durante anos, para ela, por mais antigo, teve prioridade um grande professor nosso, o Doutor ADELINO VIEIRA DE CAMPOS DE CARVALHO. Depois da morte deste, não quiz ELÍSIO DE MOURA usar desse direito, que então lhe pertencia, desistindo dele por duas vezes em benefício sucessivo de dois dos seus melhores discípulos, a quem a referida cátedra assim ficou aberta, e, ao que suponho, desconhecida a profunda aspiração do Mestre.

Este procedimento, que ilustra um dos modos de ser, de sacrifício próprio, de ELÍSIO DE MOURA, não terá sido, contudo, ditado apenas pelo propósito de contentar os seus Colegas mais novos, mas também pela preocupação de não desertar da Clínica Neurológica antes de esta a outrém poder ser confiada, e, seguidamente, de garantir à sua Faculdade a regência da disci-

plina da Clínica Psiquiátrica com o efectivo funcionamento de uma instalação suficiente e um afluxo assegurado de doentes do respectivo fôro.

* * *

A assistência clínica psiquiátrica no centro do país foi, com efeito, mais uma das criações de **ELÍSIO DE MOURA**.

O antigo lente da Faculdade Doutor ANTÓNIO MARIA SENA veio a ser nomeado Director do Hospital do Conde de Ferreira, no Porto; mas ele não manifestara em Coimbra actividade apreciável nesse ramo clínico.

Desde a reforma dos Serviços Médico-légais de 1899, funcionaram em Coimbra os médicos alienistas do Conselho Médico-Legal respectivo, todos eles professores da Faculdade, embora não de Psiquiatria, pois não havia, antes da reforma do ensino Médico de 1911, essa disciplina no quadro universitário ou no das Escolas Médico-Cirúrgicas. Mas tal actividade forense nada tinha que ver com a assistência clínica.

Em 10 de Fevereiro de 1912, a Faculdade resolveu inaugurar no semestre de verão a Cadeira da Clínica Psiquiátrica, nos termos do § único do artigo 50.º do decreto de 22 de Dezembro de 1911, como facultativo para os alunos do período transitório, e confiar a regência, por acumulação, ao professor de Fisiologia, Doutor ANTÓNIO DE PÁDUA. O professor deu as respectivas aulas em dois dias por semana e conseguiu nesse semestre apresentar aos seus alunos 23 doentes. Mas nem então, nem depois, este distinto Mestre se dedicou ou teve meios de se dedicar à observação seguida e à assistência clínica desses exemplares ou de outros: procurava-os e encontrava-os dispersos por várias enfermarias hospitalares, de onde iam levados para serem presentes nas aulas.

Já nesse tempo, porém, o Doutor **ELÍSIO DE MOURA** se dedicava activamente ao exercício da Clínica de Doenças Mentais e a ele, por morte do Doutor ANTÓNIO DE PÁDUA, em 19 de Fevereiro de 1914, foi entregue por acumulação a respectiva disciplina do quadro.

Foi em grande parte com doentes mentais da sua numerosa clínica particular, vindos de todas as províncias, mesmo insulares

e ultramarinas, de Portugal, e até do Estrangeiro, sobretudo do Brasil e da Espanha, que o Doutor ELÍSIO DE MOURA, após o falecimento do Doutor ANTÓNIO PÁDUA, assegurou o ensino da Clínica Psiquiátrica em Coimbra. Na falta, que durante muito tempo se manteve, de uma instalação manicomial própria, eram doentes daquela origem internados algumas vezes em quartos de hotel ou de pensões, mas mais frequentemente nos quartos particulares dos Hospitais da Universidade. E também, nas menos precárias condições possíveis, eram nas enfermarias de neurologia destes hospitais internados os alienados pobres, que em quantidade crescente foram afluindo.

Dada aquela completa falta de instalação manicomial apropriada com pessoal auxiliar e vigilante especializado e competente, era sobretudo aos doentes tranquilos e acessíveis à psicoterápia que o Doutor ELÍSIO DE MOURA podia frutuosamente dedicar a acção directa dos seus cuidados. E decerto ninguém no País, e dificilmente alguém fora deste, terá alcançado tantos triunfos e tão justo renome de psicoterapeuta como o Doutor ELÍSIO de MOURA: como tal, o seu colega e também eminente psiquiatra SOBRAL CID o enalteceu num artigo que a «Gazeta de Coimbra» publicou, em Novembro de 1934, e mui louvado foi pelos prestigiosos professores da Faculdade de Lisboa ANTÓNIO FLORES e BARAONA FERNANDES, quando assistiram e participaram na homenagem que lhe foi prestada em Maio último.

No entanto, desde 1911 que ELÍSIO DE MOURA vinha trabalhando para que à disposição da Faculdade fosse posta uma Clínica Psiquiátrica condigna, tomando parte activa e preponderante nas diligências para a compra dos terrenos, para a elaboração do projecto e para a construção do Manicómio Sena criado pela benemérita legislação do Governo Provisório. Se hoje, ao fim de 36 anos, só imperfeita e muito incompletamente se encontram supridos os seus desejos, poderá dizer-se que, sem o justo prestígio do eminente professor e sem os seus incansáveis esforços, bem maiores seriam ainda as insuficiências de que nos queixamos, nesse particular. E, felizmente, ao abandonar por imposição do limite legal da idade a cátedra de Psiquiatria, para onde transitará da de Neurologia quando um dos pavilhões do Manicómio Sena foi, enfim, posto à disposição dos serviços hospitalares e da Faculdade, o Doutor ELÍSIO DE MOURA deixa assegurada a esta

um afluxo de doentes suficiente para que não só os pavilhões já entregues, mas ainda também os restantes que o hajam de ser, possam povoar-se, garantindo o ensino verdadeiramente proveitoso da especialidade.

No campo das doenças mentais, como nos outros que tem cultivado, rapidamente adquiriu o Doutor ELÍSIO DE MOURA uma alta e merecidíssima fama dentro do País e no Estrangeiro, onde as suas opiniões e os seus conceitos têm sido apreciados dignamente em numerosos congressos de que foi participante, honrando neles, como em toda a parte, o seu próprio nome, o da Faculdade e o de Portugal.

* * *

De entre as obras que falam das benemerências do Doutor ELÍSIO DE MOURA, avulta como eloquente padrão, que a discreção da sua generosidade não pode ocultar como a tantas outras, o Asilo da Infância Desvalida.

Ao Doutor ELÍSIO e a sua extremosa e bondosíssima esposa, Dona Celestina de Araújo Salgado Zenha de Azevedo e Moura, deve esta instituição a prosperidade que adquiriu e que lhe permite recolher e educar mais de dois centos de meninas num meio moralmente são e em condições de conforto que, fora dali, elas não poderiam conseguir.

A ternura do Doutor ELÍSIO DE MOURA pelas crianças e os tesouros de materno afecto da nobre senhora, de tão altos méritos e aprimorados sentimentos, a quem em hora feliz ligara a sua vida, apesar da falta de filhos próprios com que Deus os não favorecera encontraram uma larga aplicação a favor de tão numerosas filhas adoptivas.

Numa assistência assídua e com um cuidado vigilante sempre constante que levaram à construção da sua moradia em terrenos do Asilo, para deste ficar desde logo a raiz e depois a propriedade perfeita da casa levantada, o benemérito casal representou, como hoje, já infelizmente só, o Doutor ELÍSIO representa, a principal fonte de recursos desta grandiosa e entercedora obra de protecção infantil.

Por esse e por semelhantes procedimentos, pelo seu desapego dos bens materiais, ELÍSIO DE MOURA, de mãos sempre abertas e sempre ao alcance dos humildes, não tem aquela larga fortuna que seria natural e justo que possuisse quem tantos e tão raros méritos intelectuais e científicos reune. Mas, confinado na modéstia voluntária do seu próprio viver, a consideração de que ela lhe permite melhorar o viver de muitos outros é para o Doutor ELÍSIO DE MOURA suficiente e reconfortante recompensa para os trabalhos e cancelas de que a sua aposentação oficial o não libertou.

E assim se agiganta mais ainda a figura espiritual deste homem tres vezes grande: grande pela inteligência, grande pelo saber, grande pelo coração!...

* * *

Escusou-se tenazmente o Doutor ELÍSIO DE MOURA a ser o director da sua Faculdade quando esta para tal o votou, depois de várias tentativas para esse fim que ele anteriormente conseguira malograr, e o Ministro respectivo insistia no propósito de nomeá-lo. Mas nenhuma dúvida pode haver em que, nessa qualidade também, muito haveria de honrar o cargo e de criar mais um motivo para a gratidão e o apreço dos seus dirigidos.

Com efeito, nas várias regências que sucessiva ou simultaneamente fez, de Propedéutica, Patologia Médica ou 1.^a Clínica Médica, Neurologia, Pediatria, Psiquiatrias assistencial e forense; na direcção das respectivas enfermarias hospitalares e na dos Laboratórios de Radioscopia, Radiografia e Electrologia; na actividade no Conselho Médico-Legal, de que fez parte por mais de vinte e oito anos (desde 13-2-19), presidindo-o nos últimos doze (desde 2-11-35); na direcção do Asilo da Infância Desvalida; no longo e dedicado exercício clínico particular de mais de quarenta e cinco anos; no seu papel de médico-alienista da Companhia dos Caminhos de Ferro Portugueses; em todas as situações e emergências, sempre o Doutor ELÍSIO DE MOURA soube grangear não só os sufrágios de admiração mas também o carinhoso e grato respeito de todos quantos com ele conviveram e estiveram sob a sua benévolas e afável autoridade.

Tuberculina antiga de Koch Pomada de Tuberculina prescrita por Moro

Produtos



Diagnose

e

Terápia

Instituto Seroterápico e Vacinal Suísso Berne

Representante exclusivo

RAÚL VIEIRA LDA, LISBOA

Rua da Prata 51, Tel. 271 50

Produtos
BERNNA

LIMPHA VARIÓLICA

(Lancy-Vacina)

Lympha glicerinada

Lympha lanolinada

Lympha dissecada

Instituto Seroterápico e Vacinal Suísso Berne

Representante exclusivo

RAÚL VIEIRA LDA, LISBOA

Rua da Prata 51, Tel. 271 50

Spleno-Hepatil-Vitaminado

Caixa de 12 ampolas de 2 c.c.	28\$00
Caixas de 6 e 12 ampolas de 5 c.c.	25\$00 e 44\$00

Fórmula por c. c.:

Lipoides splenico e hepático <> 0,2 grs. de glândula,
cinamato de benzilo 0,01 grs., colesterina 0,02 grs.,
cânfora 0,04 grs., vitamina «A» 500 U. I., vitamina «D» 50 U. I.

De comprovado valor terapêutico no tratamento das anemias e estados pre-tuberculosos

A clássica fórmula do cinamato de benzilo, colesterina e cânfora, reforçada pela acção antitóxica, coagulante e tónica dos extractos etéreos hepático e splenico e pelo poder anti-infeccioso e tónico da vitamina A + D.

LABORATÓRIOS **LAB** — Direcção técnica do Prof. Costa Simões — Avenida Alferes Malheiro, 99 — Lisboa-N.

Por isso a sua saída para a aposentação foi precedida, acompanhada e seguida das mais efusivas, sinceras e enternecedoras demonstrações do mais elevado apreço de muitos dos seus discípulos, clientes, colaboradores, antigos subordinados e admiradores que não puderam ter participação directa naquelas que o Governo, o Senado Universitário, a Faculdade de Medicina de Coimbra, as outras Faculdades das três Universidades do País, o Conselho Médico-Legal tão merecidamente lhe prestaram. Por isso, também, as listas de subscrição pública para aquisição e oferta das insignias de Grande Oficial da Ordem de Sant-Iago da Espada, com que foi agraciado, em pouco tempo se cobriram de muitos milhares de assinaturas!

* * *

Pena é, grande pena, que ainda não esteja publicada senão uma parte, pequena em extensão embora grande no mérito, da obra grandiosa de tantos anos. E pena é que não seja possível reproduzir em escrito as argumentações brilhantíssimas de ELÍSIO DE MOURA na defesa das próprias teses ou no combate às alheias em «actos grandes», durante os quais as suas qualidades de eloquência, pronta e ágil, tão bem serviam as do seu saber e do seu poder de crítica oportuna.

Os admiradores do Doutor ELÍSIO DE MOURA lamentam que jaza sob o pó dos arquivos, desconhecida para quase todos os que por ela se interessariam, a enorme maioria dos seus relatórios médico-legais sobre assuntos psiquiátricos, e apenas na própria memória do autor e na dos discípulos que as ouviram perdure a lembrança das suas magistras lições!

Uma modéstia natural não lhe dava incentivo para fazer divulgação escrita dos seus méritos. As relativamente poucas publicações feitas, além dos seus trabalhos para acesso aos graus académicos ou ao professorado universitário, devem-se à iniciativa ou a imposição alheia: da Faculdade de Medicina do Porto, da Ordem dos Médicos, da Universidade de Coimbra, de advogados de causas para as quais o Doutor ELÍSIO emitiu pareceres...

Por raro e infeliz apanágio do Mestre, só lhe é permitida a leitura matinal, antes da ingestão de qualquer alimento, sob pena de pertinaz e intensa cefaleia o ficar apoquentando durante muitas horas.

Decerto por essas duas razões, mas também em grande parte, creio eu, por virtude da extraordinária facilidade de elaboração mental instantânea, de elocução facunda e brilhante e do fácil poder de evocação dos dados uma vez adquiridos, que o dispensam da necessidade, que quase todos temos, de para cada caso fazer pesquisas e tomar notas especiais, o Doutor ELÍSIO DE MOURA é essencialmente um orador sempre preparado, que não quer escrever nem ler as suas lições.

Teria, decerto, ELÍSIO DE MOURA aberto uma das suas poucas excepções de leitura pública para a «Oração de Sapientia» que tinha desejo de fazer na sua Universidade. Mas, também aí, ficou a segunda das duas principais aspirações de ELÍSIO DE MOURA sem realização: Na altura em que se julgava que isso seria possível e a Faculdade lho pedia, sobrevieram dolorosos cuidados familiares que impediram o Doutor ELÍSIO de satisfazer os próprios desejos e os nossos. E, com prejuízo geral dos actuais e dos vindouros, foi por mim apagadamente substituído o preclaro Mestre e Decano ilustre da nossa Corporação!...

Além dos seus trabalhos académicos, que o levaram ao ingresso no professorado, merecem especial menção, como também publicados: o seu discurso de homenagem ao Prof. MAGALHÃES LEMOS, do Porto, dado à estampa por iniciativa da respectiva Faculdade de Medicina; «O Primeiro Conselho Geral da Ordem dos Médicos», dizeres seus saídos no Boletim da mesma Ordem quando esta o elegeu para seu primeiro Bastonário e como tal Procurador à Câmara Corporativa; e a magnifica lição, publicada por «Ordem da Universidade», sobre «Anorexia Mental», em cujo tratamento tantos e tão brilhantes êxitos conta o seu autor.

Esta última publicação foi enriquecida com a figuração de bastantes dos muitos casos clínicos respectivos. Porque, felizmente, é muito rico o arquivo iconográfico das clínicas de Neurologia e de Psiquiatria do Doutor ELÍSIO DE MOURA; e muito se ganharia também em que ele fosse publicado.

Mas há muito quem tenha a fundada esperança — e eu a tenho — de que o Doutor ELÍSIO DE MOURA, como homem justo e bom, merecerá de Deus a graça de sempre conservar livre dos ultrages esclerosantes da idade o seu nobre e privilegiado cérebro, e de forma tal que, águia voando alto até final, possa aproveitar os ainda muitos anos que lhe desejamos de vida para facultar a publicação de muitas mais obras suas, que por escrito e não só por tradição hajam de perpetuar o nome respeitado e querido de uma das mais límpidas glórias da Faculdade de Medicina de Coimbra e da sua Universidade.

Assim seja!

FERNANDO DE ALMEIDA RIBEIRO.

NOTAS BIOGRÁFICAS

ELÍSIO DE AZEVEDO E MOURA, natural de Braga, filho do bacharel formado em Teologia José Alves de Moura, professor do liceu da mesma cidade (fal.) e de Dona Emilia da Costa Pereira de Azevedo e Moura, nasceu às 3 horas da manhã de 30 de Agosto de 1877 e foi baptizado, a 6 de Setembro seguinte, na igreja paroquial de S. Victor.

Teve nove irmãos, três do sexo masculino e seis do sexo feminino, sendo, por ordem do nascimento, os mais velhos do que ele: Dona Maria da Conceição; José, bacharel formado em Direito e professor aposentado do Liceu de Braga; Dona Rosa Cândida, falecida; e os mais novos: Júlia, morta pequenina; Dona Laura Emilia; Dona Maria Cândida; Matias, bacharel formado em Teologia e Direito e desembargador aposentado da Relação do Porto; Dona Beatriz; e Agostinho, bacharel formado em Direito, advogado em Braga.

Foi casado, sem descendência, com Dona Celestina de Araujo Salgado Zenha de Azevedo e Moura (n. 29-IV-1881; f. 1-XI-1945).

* * *

ELÍSIO DE MOURA, aos oito anos, foi aprovado com distinção nos exames de Instrução Primária Elementar e Complementar. Fez o Curso do Liceu de Braga, com muitas distinções, terminando-o aos catorze anos. Aos quinze, ingressou na Universidade de Coimbra, inscrito, em 15 de Outubro de 1892, como aluno de Matemática e de Filosofia. Cursou simultaneamente disciplinas destas duas Faculdades, nos dois primeiros anos sempre com aprovação *nemine discrepante* e distinção na 1.^a Cadeira de Filosofia; no terceiro ano, foi o único aluno classificado na totalidade das cadeiras desse ano de Filosofia, 4.^a, 5.^a e 6.^a, em que teve distinção, na classe de ordinário. Obteve o grau de bacharel em Filosofia em 10 de Julho de 1895, após o acto da cadeira de Física 2.^a parte, e, portanto, aos 17 anos de idade.

Desde o ano lectivo de 1895-1896 até ao de 1899-1900, frequentou a Faculdade de Medicina, obtendo classificações de *acces-sit* nos três primeiros anos e de *prémio* nos dois últimos.

Após o acto do 4.^º ano, tomou o gráu de bacharel em 13 de Junho de 1889 e ficou bacharel formado em Medicina aos 22 anos, em 30 de Junho de 1900, vindo a ter a informação final de muito bom.

Fez acto de Licenciatura em 1 de Março de 1901, tendo-lhe sido dado para objecto da dissertação o ponto de «Semiologia dos reflexos»; foi aprovado *nemine discrepante*, sendo-lhe conferido o grau respectivo pelo Vice-Reitor Doutor ANTÓNIO JOSÉ GONÇALVES GUIMARÃES e teve a informação de mérito literário de muito bom.

Fez acto de Conclusões Magnas nos dias 5 e 6 de Fevereiro de 1902, tendo apresentado como *dissertação inaugural* o volume I de «A toxidez da urina». Foi admitido e teve a informação de mérito literário de muito bom. Foi-lhe conferido solenemente o gráu de doutor em 27 de Abril de 1902, sendo Reitor o Doutor MANUEL PEREIRA DIAS, decano o Doutor MANUEL DA COSTA ALEMÃO, oradores os Doutores JOÃO SERRAS E SILVA e ANTÓNIO DE PÁDUA, e apresentante o digno Presidente da Câmara dos Pares do Reino e antigo Presidente da Câmara dos Deputados José Maria Rodrigues de Carvalho, velho e dedicado amigo de seu Pai.

ELÍSIO DE AZEVEDO MOURA

* * *

O Doutor ELÍSIO DE AZEVEDO MOURA prestou provas de concurso público para professor da Faculdade de Medicina nos dias 10, 17, 24 e 27 de Novembro de 1902: defendeu no primeiro desses dias a sua dissertação subordinada ao título de «A toxidez da urina» — II volume; fez no segundo a sua lição livre sobre «A linguagem articulada e a linguagem escrita. Afasias»; disse no terceiro a sua lição sorteada, com o ponto «Origem da força muscular»; e sujeitou-se no quarto às provas práticas. Após esta sessão final, em 27 de Novembro de 1902, foi aprovado por unanimidade e qualificado de muito bom.

Teve o primeiro despacho para o professorado, como substituto, por decreto de 4 de Dezembro de 1902, com visto do Tribunal de Contas no mesmo dia, e publicação no «Diário do Governo» n.º 276, do dia seguinte. Veio a ter despacho como catedrático em 29 de Novembro de 1910, publicado no «Diário do Governo» n.º 53, de 7 de Dezembro do mesmo ano, e com posse no dia 27 de Janeiro de 1911, por procuração passada ao Professor Doutor José Alberto dos Reis.

* * *

O Professor ELÍSIO DE MOURA teve a sua estreia regendo como substituto a Cadeira de Patologia Interna em 1902-1903, no impedimento do catedrático respectivo, Doutor JOSÉ DE MATOS SOBRAL CID. Em 1904-1905, começou a rege a Cadeira de Propedêutica Médica. Em Janeiro de 1911, ficou com a cátedra da 1.ª Clínica Médica, novo nome dado à, anteriormente, disciplina de Patologia Interna, e com a acumulação da regência da Clínica Neurológica, de nova criação oficial, em continuação do Curso livre de Neurologia que já regia desde 1907-1908. Por falecimento do Doutor ANTÓNIO DE PÁDUA, em 19 de Fevereiro de 1914, o Professor ELÍSIO DE MOURA foi encarregado da acumulação da Cadeira de Clínica Psiquiátrica, e, a partir de 1918-1919, também da do Curso de Psiquiatria Forense, cujas regências não mais abandonou.

Quando da reforma de 1918, ELÍSIO DE MOURA deixou a propriedade da 1.ª Clínica Médica, transformada em Patologia e Terapêutica médicas, e fixou-se como catedrático da Clínica Neurológica. Durante alguns anos acumulou também a regência da disciplina de Pediatria, além da de Psiquiatria Forense e da de Clínica Psiquiátrica. Para esta última passou como catedrático por portaria de 25 de Novembro de 1942, publicada no «Diário do Governo» da II série, n.º 12, de 15 de Janeiro de 1943, tomando posse em 23 do mesmo mês, abrindo então vaga na Cadeira de Clínica Neurológica, que regera durante 34 anos.

Foi, pois, atingido pelo limite de idade, de 70 anos, como catedrático da Clínica Psiquiátrica e regente do Curso de Psiquiatria Forense, passando à inactividade permanente, aguardando aposentação, a partir de 30 de Agosto de 1947, conforme portaria de 18 de Setembro seguinte, publicada no «Diário do Governo» da II série, n.º 228, de 30 do mesmo mês.

* * *

O Doutor ELÍSIO DE MOURA representou a Faculdade, a Universidade ou o País em numerosos congressos estrangeiros. Nomeadamente, os de Medicina Geral de Londres e de Budapeste; e os seguintes de Neurologia e Psiquiatria: de Paris, de Bordeus, de Lille, de Limoges, de Antuérpia, de Gand, de Liége, de Bruxellas, de Basileia, de Neufchâtel, de Lausana, de Genebra, de Genebra e Lausana, de Berna e Zurique, de Casa Branca, de Barcelona.

É sócio de várias sociedades científicas nacionais e estrangeiras; entre elas: Instituto de Coimbra; *Deutsch Gessellschaft für Gerichtliche Soziale Medizin und Kriminalistik*, *Académie Internationale pour le Progrés des Sciences Médicales*, *Association des Médecins Alienistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française*; *Société Médico-psychologique de Paris*; *Société de Médecine Mentale de Belgique*, de que é sócio honorário; *Union Médicale Latine*, antiga *Union Médicale Franco-Ibero-Americaine (Umfia)*, sendo, desta última, membro da Comissão de honra.

Os alunos finalistas do Curso médico, em 17 de Maio de 1947, promoveram uma sessão de homenagem ao Professor Doutor ELÍSIO DE MOURA, presidida pelo Reitor da Universidade, e à qual assistiram também, entre os muitos admiradores do homenageado que conseguiram aviso desta sessão planeada e levada a efeito num curto prazo de 24 horas, o Director da Faculdade de Medicina de Lisboa e professor de Neurologia Doutor ANTÓNIO FLORES e o professor de Psiquiatria da mesma Faculdade Doutor BARAONA FERNANDES, o primeiro representando os neurologistas e o segundo os psiquiatras da Capital. O Reitor e estes outros dois Mestres falaram, depois do finalista Armando António Machado Simões de Carvalho e antes do Director do Instituto de Medicina Legal e Vice-Presidente do respectivo Conselho, FERNANDO DE ALMEIDA RIBEIRO, enaltecendo todos eles o Doutor ELÍSIO DE MOURA e a sua acção como homem, como médico e como professor.

Por decreto da mesma data, de 17 de Maio, publicado no *Diário do Governo*, da II série, n.º 129, de 5 de Junho seguinte, foi o Doutor ELÍSIO DE MOURA condecorado com o grau de Grande Oficial da Ordem Militar de São Tiago da Espaça, de Mérito Científico, Literário e Artístico. Aberta a subscrição pública para compra e oferta, ao condecorado, das respectivas insignias, com a verba fixa de um escudo por pessoa, rapidamente subiram a cerca de doze milhares os nomes de pessoas inscritas.

No mesmo dia, 17 de Maio, realizou-se um almoço de homenagem oferecido ao Doutor ELÍSIO DE MOURA pelos catedráticos da sua Faculdade.

A insistente pedido do ilustre Mestre, desistiram os Doutores de Capelo da Faculdade sem assento no Conselho desta de levar a efeito um outro banquete de homenagem, para lhe evitar maior repetição de abalos emotivos.

Em 28 de Junho de 1947, então pelo Curso dos antigos discípulos formados no ano de 1917, foi-lhe prestada nova homenagem

pela ocasião da sua última lição — «Da Histeria ao Pitiatismo» — feita a pedido deles, com assistência também de muitos outros antigos discípulos, médicos e estudantes.

O Senado Universitário de Coimbra, na sua última sessão anterior ao atingimento do limite de idade pelo Doutor ELÍSIO DE MOURA, deixou lavrado na acta o seu voto de homenagem; e resolveu ir cumprimentá-lo a casa. Semelhantemente procederam os seus Colegas da Faculdade, todos eles discípulos seus, no dia da Congregação final, em 30 de Julho de 1947.

O Director dos Hospitais, Professor Doutor JOÃO MARIA PORTO, secundado pela Faculdade de Medicina, pediu superiormente autorização, que foi concedida por despacho de 5 de Agosto de 1947, para incluir no orçamento uma verba destinada a mandar lavrar no mármore um busto do Doutor ELÍSIO DE MOURA, de que foi encarregado o ilustre escultor Francisco Franco, e que será colocado no Pavilhão n.º 5 do Manicómio Sena, pavilhão que fica tendo o nome deste Professor, também por despacho governamental.

Na sessão de 16 de Agosto de 1947, última da Presidência do Doutor ELÍSIO DE MOURA, o Conselho Médico-Legal de Coimbra, com a assistência e colaboração de todo o pessoal do Instituto de Medicina Legal respectivo, por fala do futuro presidente, o director do Instituto, prestou homenagem ao seu presidente cessante, resolvendo todos os presentes acompanhá-lo até casa. Em sessão do mesmo Conselho de 1 de Setembro de 1947 resolveu-se pedir superiormente autorização para colocar na Sala das Sessões um retrato do Doutor ELÍSIO DE MOURA, oferecido pelo mesmo Conselho e pelo pessoal do Instituto; o que foi deferido pelo Ex.^{mo} Ministro da Justiça, em despacho de 27 de Setembro.

Também os médicos e o pessoal de enfermagem do Manicómio Sena conseguiram autorização para inaugurar na Sala das Consultas um retrato do Professor ELÍSIO DE MOURA, por eles oferecido.

Bronquiasmol

“SCIENTIA”

Xarope para a terapêutica das vias respiratórias

Composição por 100 grs.

Cloridrato de efedrina.	0,200 grs.
Dionina	0,100 »
Benzoato de sódio	0,300 »
Piramido	0,500 »
Luminal.	0,190 »
Xarope aromatizado q. b. p.	100 »

Apresentação — Frascos de 190 grs.

INDICAÇÕES: — Bronquites, asma, tosses, retenção de expectoração e nas afecções das vias respiratórias em geral.

LABORATÓRIO QUÍMICO - FARMACÊUTICO «SCIENTIA»

De ALFREDO CAVALHEIRO, Lda

Avenida 5 de Outubro, 164 — Lisboa — Telef. 70578

Director Técnico: A. QUEIROZ DA FONSECA

Assistente: J. A. DE OLIVEIRA PERU

(Licenciados em Farmácia)

Um novo medicamento
de síntese que marca
UM PROGRESSO
na terapêutica
anti-histamínica

NÉO-ANTERGAN

Granjeias doseadas a 0gr. 10 e 0gr. 05
(Cubos de 50)

**MELHOR TOLERADO
MAIS ACTIVO
QUE O ANTERGAN**

Literatura e amostras mediante pedido

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA

— 21, RUE JEAN GOULON



MARCAS POULENC FRERES & USINES DU RHÔNE

PARIS (18^e)

Soc. Com. CARLOS FARINHA, Lda — R. das Sepulcros, 30, 3.^o — Lisboa

* * *

Encontram-se publicados, entre outros, os seguintes trabalhos de ELÍSIO DE MOURA:

— *Estudo crítico e experimental sobre o fósforo urinário*. Coimbra Médica, 1910.

— *Theses de Medicina teórica e prática que se propõe defender na Universidade de Coimbra, nos dias 5 e 6 de Fevereiro de 1902 para obter o grau de doutor ELYSIO DE AZEVEDO E MOURA* — Coimbra, 1902.

— *A Toxidez da Urina. Dissertação inaugural para o acto de Conclusões Magnas na Faculdade de Medicina* — Vol. I — Coimbra, 1902.

— *A Toxidez da Urina. Dissertação de Concurso* — Vol. II — Coimbra, 1902.

— *Discurso, in «Homenagem ao Prof. MAGALHÃES LEMOS, prestada na Faculdade de Medicina do Porto, em 24 de Junho de 1925* — Porto, 1927.

— *O Primeiro Conselho Geral da Ordem dos Médicos* — Lisboa, 1940. — Separata do Boletim da Ordem dos Médicos. Ano I. Fasc. I. 1940.

— *Parecer médico-legal sobre os resultados do exame mental feito a J. E. F. B.*, in *Petição e réplica dos advogados José Soares da Cunha e Costa e Elmano de Moraes da Cunha e Costa — Demente que aos 77 anos testou... sem dar por isso, e que aos 79 casou... também sem dar por isso*.

Anorexia Mental. Publicação por ordem da Universidade. Coimbra, 1947.

Parecer médico-legal sobre os resultados do exame mental feito a D.^a R. J. H., in *Minuta de apelação para a Relação de Coimbra, do advogado Silvério Lobo*. — Coimbra, 1947.

Em via de publicação, por ordem da Universidade:

— *Da Histeria ao Pitiatismo. Do Pitiatismo à Simulação*.

NOTA — Chegou a estar composta em 1901, para o «Movimento Médico», a primeira folha da dissertação para o acto de Licenciatura — *Semilogia dos Reflexos*; mas não chegou a fazer-se a respectiva publicação, por se ter resolvido fazê-lo de preferência como monografia e, afinal, o autor nunca ter chegado a efectivar esta resolução.

F. A. R.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Cadeira de Patologia Cirúrgica

FISIOPATOLOGIA DO PERITONEU⁽¹⁾

POR

LUÍS RAPOSO

Constitui o peritoneu motivo de graves preocupações no domínio da patologia abdominal. O clínico respeita-o por não ignorar a sua alta importância na evolução de vários estados mórbidos da esfera propriamente médica. O cirurgião teme-o se pensa nas graves consequências das afecções que aí se desenvolvem, mas, por outro lado, confia nele, por ter como sabido que o peritoneu o ajuda sobremaneira no bom resultado das operações do abdómen. É mister afirmar, no entanto, que tanto o médico como o cirurgião pouco meditam na sua fisiopatologia, talvez porque em muitos aspectos a própria fisiologia é ignorada.

Como importa compreender certas variantes do seu funcionamento na doença, para melhor se ajuizar de quando e como interfere nos fenómenos biológicos locais e a distância, qual a medida em que se vêem perturbadas as funções normais e qual o meio de as reintegrar no tono de vida comum, porque este conhecimento, repito, interessa fundamentalmente, pareceu-me vantajoso consagrar algumas palavras à fisiopatologia do peritoneu na lição de abertura do ano lectivo corrente.

Começo por dizer que se trata de um estudo de coordenação e de actualização e não de um trabalho contendo quaisquer elementos de informação original. E, mesmo neste particular, sou forçado a reconhecer que a questão não é tratada com aquela amplitude e profundezas que seriam para desejar. Olho, em espe-

(1) Lição de abertura do ano lectivo de 1947-1948.

cial, a alguns aspectos do problema, precisamente os mais relacionados com a fisiopatologia dos estados inflamatórios, sem dúvida a mais importante.

Noções preliminares de anatomia e fisiologia: — Embora as afecções originárias do peritoneu sejam raras e na quase totalidade a patologia deste resulte de alterações dos órgãos por ele revestidos, a verdade é que no aspecto fisiopatológico o peritoneu oferece características que o individualizam em relação às estruturas contíguas. Esta independência fisiopatológica tem necessariamente de provir da sua individualização anatómica e fisiológica; quer dizer, se o peritoneu nos interessa pela contextura normal e mórbida dos órgãos que recobre não nos interessa menos pelo que vale em si. A sua fisionomia clínica quando tocado primitiva ou secundariamente é-nos imposta por caracteres próprios, o que serve, evidentemente, para valorizar a sua importância como órgão independente e não apenas como órgão de revestimento.

A anatomia do peritoneu é bem conhecida, mas outro tanto se não pode dizer da fisiologia.

Quase todos os tratados o descrevem como uma serosa, cuja camada profunda é constituída por tecido conjuntivo rico em fibras elásticas e cuja camada superficial, mono-estratificada, seria formada de células poligonais planas de natureza epitelial. Em boa verdade, porém, não se trata de uma serosa, no verdadeiro sentido da palavra, uma vez que as células de revestimento são igualmente de natureza conjuntiva. Com efeito, o peritoneu é uma formação mesenquimatosa e a feição especial das células da superfície não passa de uma modalidade do tecido conjuntivo, em tudo semelhante a certas estruturas de revestimento epitelial. O mesmo acontece com a sinovial e a pleura. Estas células não têm propriedades secretoras, como algum tempo se supôs, mas possuem um grande poder de actividade, traduzido por extraordinário vigor proliferativo reaccional e facilidade de formação de aderências, segundo o peculiar das estruturas teciduais de origem mesenquimatosa. A feição plana das células provém da sua adaptação morfológica à função de revestimento.

Não infiramos daqui que representa grande mal rotular como serosa o peritoneu. As palavras, se valem pelo que signi-

ficam, também não valem menos pelo sentido que nos habituamos a conferir-lhes. Sirva isto para me absolver — e aos mais — de uma vez ou outra, senão sempre, continuarmos a designar como serosa a membrana peritoneal.

O peritoneu reveste internamente toda a cavidade abdominal mostrando interrupção apenas na mulher a nível do hilo do ovário e do pavilhão da trompa de FALLÓPIO.

No peritoneu que tapeta o diafragma existem de onde a onde pequenos estomas que estabelecem comunicação directa entre a grande cavidade e o plexo linfático subjacente (RECKLINGHAUSEN e MAGNUS).

O peritoneu, apesar de delgado, é resistente e elástico. Suporta pressões razoáveis, quer mecânicas quer de natureza inflamatória. Tolera grandes descolamentos sem sofrer mortificação. Está intimamente aderente às visceras que recobre.

É riquíssima a sua rede arteriolar e capilar, de onde o seu alto valor fisiológico como órgão de protecção e até como órgão regulador, senão directa, pelo menos indirectamente, da corrente hemática. A atonia dos vasos peritoneais conduz a estase sanguínea pronunciada. Compartilha, pois, de todas as vantagens e inconvenientes do sistema vascular esplâncnico no mecanismo regulador da dinâmica circulatória. Não é momento asado para fazer a este capítulo referência especial; cito, apenas, para encarecer a sua importância a frase célebre de LICHTENBERG «O coração corre, num desenfreado galope, atrás do sangue lançado nos vasos peritoneais».

As artérias não são privativas mas subsidiárias dos órgãos da proximidade. A rede venosa é tributária da porta e da cava inferior, como é sabido.

Os vasos linfáticos conduzem na sua maioria à cisterna de PECQUET e ao próprio canal torácico. Existe comunicação entre os linfáticos peritoneais e pleurais através do diafragma, facto que nos explica certas variantes do «flirt» fisiopatológico existente entre as duas cavidades. A grande riqueza do sistema linfático, quer em lagos, vasos e gânglios, quer em outras formações linfóides, habilita-nos a conhecer o alto poder de reabsorção do peritoneu, particularidade de extrema importância no estudo da sua fisiopatologia, como teremos ocasião de ver.

Quanto a inervação, igualmente rica, sabe-se que o folheto parietal a recebe dos nervos intercostais inferiores e dos nervos lombares, quer dizer do sistema espinal. O peritoneu diafragmático é inervado pelo frénico e em parte, também, pelo simpático. O folheto visceral, propriamente dito, recebe inervação do sistema simpático lombar e hipogástrico através de filetes que caminham na espessura dos mesos mas que são oriundos dos vários plexos e gânglios pre e látero-vertebrais. Presumo sabida a distribuição principal dos nervos do sistema neuro-vegetativo abdominal, por elementar na compreensão das funções sensitivas, vaso-motoras e secretoras do complexo esplâncnico.

A terminar o «remember» anatómico, permito-me, ainda, lembrar que a superfície do peritoneu excede a superfície cutânea, que o peritoneu reveste todas as pregas, mesos, epiploon e ligamentos de suspensão inseridos na cúpula, no pavimento e na parede posterior do abdómen, e que devido a isso são inúmeros os folhos e refolios e vários os compartimentos por ele formados e limitados.

— A fisiologia do peritoneu não é ainda suficientemente conhecida. A simples função de permitir o deslizamento das vísceras umas sobre as outras e a sua não aderência aos planos contíguos, não basta. A irrigação sanguínea intensa, a riqueza linfática, a inervação abundante, a actividade celular da camada superficial, a enoríssima capacidade de absorção, etc., levam-nos a conferir-lhe uma função activa e não apenas passiva.

Todos os elementos da biologia peritoneal convergem no sentido de conceder a esta membrana um notabilíssimo poder de defesa, esboçado através das trocas observadas a nível das células de revestimento no peritoneu normal e confirmado por aquilo que se passa no peritoneu doente. Influem primacialmente neste processo de defesa o poder de transudação e ao mesmo tempo o poder de absorção, um e outro intimamente relacionados entre si.

Repto, o peritoneu não segregá mas transuda e o transudato confere-lhe a humidade necessária para permitir o deslise suave de umas superfícies sobre as outras. O transudato é pouco rico em serina e globulina e contém à mistura células de revestimento descamadas, alguns leucócitos e eritrócitos, que se acumulam em pequenas quantidades nos pontos de maior declive.

Concorre para a nutrição das células superficiais, favorece na mulher a deslocação do óvulo em direcção à trompa de FALLÓPIO e possui notável poder de defesa contra as infecções. Reside neste último factor, talvez, a sua propriedade principal.

O transudato renova-se continuamente. Por um lado a sua produção, por outro, a sua reabsorção, o certo é que mercê deste fenómeno se observa na cavidade peritoneal uma corrente plasmática ininterrupta. Normalmente existe equilíbrio entre a corrente aferente e eferente; em certos estados mórbidos, porém, tal equilíbrio deixa de se verificar, como dentro em pouco terei ocasião de referir. No individuo são o líquido remanescente é pequeno, tornando-se excepcional que exceda 10-20 c.c. A capacidade de transudação é enorme. Segundo WEGNER e SCHRODER, o peritoneu poderia transudar em 12 horas um peso igual ao do corpo. Aumenta a transudação sempre que se observa um certo obstáculo na circulação de retorno, quer sanguínea quer linfática; aliás, nestes estados, a reabsorção está por igual prejudicada.

Fisiopatologia

Expostas estas breves noções de anatomia e fisiologia do peritoneu entremos na apreciação da sua fisiopatologia. Um estudo completo e rigoroso obrigava a considerar a fisiopatologia em função de todo e qualquer factor mórbido capaz de alterar a fisiologia normal. Acontece, porém, que os fenómenos inflamatórios sobrelevam em importância e frequência todos os restantes; além disso, nas próprias atecções tumorais, degenerativas e inclusive traumáticas, o peritoneu reage, afinal, como nos processos flegmásicos. Toda a causa irritante, mecânica, química, biológica ou infecciosa, se traduz por exalação da sensibilidade, por transudação excessiva, ou exudação, por perda da integridade de certos elementos celulares e, finalmente, por facilidade de formação de aderências.

Terei em vista, portanto, a fisiopatologia do peritoneu nos estados flegmásicos, certo de que muitas das considerações se aplicam da mesma maneira aos processos tumorais e de um modo particular aos traumatismos.

Dor peritoneal: — Vimos já como o peritoneu é rico em nervos, quer de proveniência espinal, quer de proveniência simpática. Não é de estranhar, pois, que a sensibilidade do folheto parietal, precisamente por ser inervado por filetes do sistema espinal, seja extrema. Acontecerá, portanto, que todo e qualquer processo susceptível de irritar as terminações nervosas das fibras sensitivas que mergulham no peritoneu parietal há-de ocasionar dor mais ou menos intensa segundo a causa que a desperta e consoante a labilidade sensitiva do indivíduo que a sofre. E se a excitação se faz directamente sobre as terminações nervosas parietais é evidente que a sensação dolorosa tem de localizar-se ao sector nervoso directamente atingido, em regra, como já disse e é sabido, do domínio dos últimos intercostais e dos lombares.

O ponto delicado, porém, não é o da sensibilidade do folheto parietal. Aqui a questão não oferece dúvidas de maior. O problema crucial reside na explicação da dor profunda, ou, melhor, da dor que provém do ultrage do folheto visceral. E como o assunto não pode apreciar-se isoladamente em relação ao peritoneu, mas antes deve interessar toda a sensibilidade visceral do abdómen, façamos a respeito de uma e de outra algumas considerações. Antes, porém, consagremos duas palavras aos caracteres da dor cérebro-espinal e da dor simpática. Respigo da lição de abertura de 44 — que versou a *Dor em Cirurgia*, alguns elementos que me parecem a propósito.

O conhecimento da dor do domínio simpático data dos começos do século corrente. Até aí imperavam as ideias de LANGLEY, GASKEL e outros, que negavam possuir o sistema neuro-vegetativo fibras sensitivas. Possuiria, apenas, fibras motoras e secretoras; logo não seria possível formar de ponto de partida do mesmo o arco reflexo necessário para transmitir a sensação dolorosa.

Nesta ordem de ideias toda a dor resultaria de excitação a nível das terminações dos nervos crânio-espinais e a condução do influxo far-se-ia, exclusivamente, através destes nervos até aos centros superiores — onde a sensação da dor é elaborada, seja qual for o mecanismo que a determine — e destes centros para a periferia.

Hoje o panorama da sensibilidade oferece outros horizontes. A quase totalidade dos autores aceita a existência de dor na esfera do simpático, cujo sistema se admite possua fibras centripetas sensitivas, capazes de transmitir incitações aos centros superiores, aí elaborar a sensação e daí a transmitir ao ponto de onde partiu a excitação, quer dizer, ao território inervado pelo simpático.

No conceito da dor cérebro-espinal, esta resulta de um fenómeno reflexo, onde não faltam a excitação das terminações nervosas, a condução através das fibras centripetas dos nervos, das raízes e dos cordões posteriores da medula, os centros de elaboração e as vias condutoras até a sensação se projectar num determinado ponto, em regra na zona excitada.

No conceito da dor simpática o arco reflexo que recebe, transmite, elabora e retransmite, respectivamente, a excitação e a sensação algícas, tem uma arquitectura idêntica à observada no sistema cérebro-espinal. As mesmas fibras centripetas — aqui, porém, do âmbito do simpático — até aos gânglios para-vertebrais, as mesmas raízes posteriores, com passagem pelos ramos comunicantes, o mesmo feixe de GOWERS, a mesma triagem no bolbo e na protuberância e os mesmos núcleos cerebrais.

A via referida vai permitir um reflexo puro do domínio do simpático, sem interferência apreciável de fibras espinais, e outro em que colabora o sistema crânio-raquídeo mercê de anastomoses dos filetes centripetos e centrífugos do simpático com os equivalentes do sistema de relação à altura dos gânglios espinais, dos ramos comunicantes, dos cordões posteriores, etc.

Segundo o predomínio de um ou de outro sistema assim teremos algias propriamente do tipo cérebro-espinal e algias do tipo simpático. Em alguns casos, como acabo de dizer, observa-se um misto de umas e de outras, facilmente comprehensível quando sabemos da possibilidade da confluência das vias condutoras num e outro sistema.

De uma maneira geral a dor assume caracteres que permitem subordiná-la à topografia espinal ou simpática; assim, no primeiro caso costuma ser fixa e localizada a um território anatomicamente determinado, em absoluta correspondência com a distribuição das terminações de um nervo do sistema cérebro-espinal, dor sempre igual a si mesma, embora de maior ou menor acuidade e dor de que não resulta modificação duradoura

I - S O - G E L

(Marca registada)

Laxante mucilaginoso, de acção mecânica natural

Simples e inofensivo

Util em

Perturbações gastro-intestinais

Obstipação (e incidentalmente na gravidez)

Diarreia

Colite

Disenteria crónica

Hemorroidal

Diabetes

e após colostomias

Frascos de 140 e 670 gramas

Amostras aos Ex.ºs Clinicos

Fabricantes: ALLEN & HANBURYS, LTD.—LONDRES

Representantes:

COLL TAYLOR, L.D.A, Rua dos Douradres, 29-1.º — Lisboa

Agentes no Norte:

FARMÁCIA SARABANDO, L. dos Loios, 36 — Porto

Últimas novedades recibidas

ANGUERA — <i>Terreno y Bacilo en la Tuberculosis.</i> 1 vol. 163 pag. 48 fig. 1946. (MS)	140\$00
BECLÈRE — <i>Diagnostic Hormonal et Traitements Hormonaux en Gynécologie.</i> 1 vol. 371 pag. 1946. (M)	183\$50
BLECHMANN — <i>Maladies des Nourrissons et des Enfants.</i> 5 ^e édition. 1 vol. 758 pag. 1947. (LM-D)	362\$00
BOUCHET — <i>Manuel d'Anesthésie.</i> 1 vol. 269 pag. 1946. (F)	112\$00
BOVER — <i>El Diagnóstico por la Punción Ganglionar.</i> 1 vol. 146 pag. 55 fig. en negro y color. 1947. (ES) Encad.	225\$00
BRANCA — <i>Précis d'Histologie.</i> 1 vol. 613 pag. 412 fig. Cinquième édition. 1947. (M) Encad.	245\$00
BRUMPT — <i>Travaux Pratiques de Parasitologie.</i> Quatrième édition. 1 vol. 319 pag. 203 fig. 1946. (M)	91\$00
CARILLON — <i>Anatomie et Physiologie à l'usage des Infirmières.</i> Quatrième édition. 1 vol. 182 pag. 94 fig. 1947. (LM-D)	30\$00
CHAMPY — <i>La Vie Cellulaire.</i> 1 vol. 256 pag. 1947. (F)	68\$00
CHIRAY — <i>Síndromes Digestivos y Patología Neurohormonal. La Terapéutica Hormonal de las Enfermedades Digestivas.</i> 1 vol. 245 pag. 1946. (LM)	130\$00
DARIER — <i>Précis de Dermatologie.</i> 1 vol. 1152 pag. 269 fig. Cinquième édition. 1947. (M)	595\$00
DELARUE — <i>Le Problème Biológico du Cancer.</i> 1 vol. 200 pag. 31 fig. 1947. (M)	105\$00
DEVRAIGNE — <i>Précis d'Obstétrique.</i> Sixième édition. 1 vol. 1050 pag. 385 fig. 1946. (LM-D) Encad.	498\$00
DOUSSET — <i>Éxamen du Malade en Clientèle.</i> 1 vol. 464 pag. 155 fig. 1947. (LM)	115\$00
DUPUY DE FRENELLE — <i>Compendio de Anatomia Descriptiva y Regional.</i> Tomo I. <i>Coluna Vertebral y Región Dorsal.</i> 1 vol. 106 pag. 164 fig. 1946. (LM)	52\$50
DUPUY DE FRENELLE — <i>Compendio de Anatomia Descriptiva y Regional.</i> Tomo II. <i>Paredes Torácicas. Mamas. Hueco Axilar. Aparato Pulmonar.</i> 1 vol. 154 pag. 166 fig. 1946. (LM)	52\$50
HARANT — <i>Parasitología Médicale.</i> 1 vol. 239 pag. 105 fig. 1947. (LM)	77\$00
HERTENBERG — <i>L'Épilepsie Chronique.</i> 1 vol. 161 pag. 1946. (M)	84\$00
JEANNENEY — <i>Formulaire Gynécologique du Praticien.</i> Quatrième édition. 1 vol. 318 pag. 51 fig. 1946. (LM-D)	85\$00
LAUNOY — <i>Éléments de Physiologie Humaine.</i> Deuxième édition. 1 vol. 760 pag. 67 fig. 1947. (LM)	390\$00
LEIBOVICI — <i>Les Thyroidectomisés.</i> 1 vol. 109 pag. 1946. (LM-D)	49\$00
MATTHEY — <i>Div Préludes à la Biología.</i> 1 vol. 226 pag. 19 fig. 1945. (M)	78\$80
REYES — <i>Guia Formulario de Clínica Pediátrica.</i> 1 vol. 398 pag. 1947. (ES) Encad.	160\$00
RICHET et MARAÑON — <i>Alimentación. Alimentos et Régimes.</i> 1 vol. 220 pag. 1947. (BB)	161\$00
RO HA — <i>Medicina de Urgencia.</i> 1 vol. 415 págs. ilustrado. 1947. (SB) Encad.	380\$00
SERGENT, etc. — <i>L'Exploration Clinique Médicale. Technique et Sémiologie.</i> Tercera edición. 1 vol. 1215 pag. 545 fig. 1947. (M) Encad.	647\$50
SIMÉON — <i>Contrôle Médical des Activités Physiques et Sportives. Rôle du Médecin dans l'Éducation.</i> 1 vol. 118 págs. 1947. (BB)	52\$50
WEIL — <i>L'Hémophilie. Affection Familiale.</i> 1 vol. 128 pag. 1946. (M)	46\$00

na afectividade do doente. Para exemplo cito a nevralgia do trigérmio. No segundo caso, isto é, na dor simpática, trata-se de dor não correspondente a um território nervoso fixo. Embora se observe num braço, por exemplo, não oferece os caracteres da nevralgia do plexo braquial, dos nervos radial, mediano ou cubital. A dor é vaga e acompanha-se de sensações diferentes (formigueiros, calores, e, se no ventre, enjôos e vômitos) das costumadas nos processos de nevrite. Nota-se, por outro lado, rebate apreciável no estado geral, perturbações viscerais e sobretudo vasculares, na esfera da fisiopatologia neuro-vegetativa. É o caso das algias viscerais, particularmente da angina de peito e de algumas colopatias. Esta dor oferece a instabilidade característica das perturbações do simpático e é com frequência acompanhada de alterações vaso-motoras e tróficas. Enquanto a dor tipo sistema cérebro-espinal é pouco ou nada influenciada pelos fenómenos que se passam fora do corpo de delito da acção, a dor do tipo simpático varia sob o influxo de causas gerais, de causas morais e, de um modo particular, de causas afectivas. A repercusão do segundo tipo de dor no psiquismo do doente é bastante característica. A impressãoabilidade, a melancolia e a neurastenia, constituem perturbações mentais não raro observadas em consequência destas dores. Não costuma acontecer o mesmo com as dores do sistema de relação.

Na prática, a localização por sistemas não é tão fácil como à primeira vista parece. Além de que, hoje em dia, há ainda quem conteste a dor do domínio simpático, ESTELLA por exemplo. Segundo ele este sistema não tem fibras centrípetas e a sensibilidade das vísceras seria devida às fibras de relação que acompanham as simpáticas. A dor obtida por excitação do simpático resultaria de vaso-constricção, ocasionadora, por sua vez, de metabólitos tóxicos que iriam excitar as fibras sensitivas regionais. Segundo este, pois, a dor dita simpática seria produzida por em estímulo motor.

Feitas estas considerações gerais voltemos à cavidade abdominal e vejamos o que se deve aceitar em matéria de sensibilidade do peritoneu.

Vão longe as ideias de LENNANDER, segundo as quais só o folheto parietal é doloroso. As vísceras e, portanto, o folheto peritoneal que as reveste seriam indolores. Na opinião do cirur-

gião sueco a palpação e o corte das vísceras não são dolorosos; para o efeito da sensação álgica só conta a pinçagem e o repuxamento dos mesos, cuja inervação se faz, a seu ver, por filetes de origem espinal, como acontece no peritoneu visceral.

A observação de LENNANDER não deixa de ter uma certa razão de ser, se pusermos em confronto o grau da sensibilidade visceral com a do peritoneu parietal. Na realidade os pequenos estímulos despertados pelos actos fisiológicos ou pequenas pinçagens não tem tradução apreciável. Mas já outro tanto não acontece com os estímulos maiores, particularmente de causa patológica; nestas condições as vísceras doem e especialmente o peritoneu que as recobre.

Desde que KAPPIS, MARC ROUSSIEL e MANDL (1914) conseguiram operar sem dor, depois do bloqueio anestésico dos ramos comunicantes e dos esplâncnicos, a questão da sensibilidade das vísceras através da inervação simpática parece ter ficado demonstrada. Resta o refúgio a que se apegam alguns quando dizem que ainda nestas condições a anestesia recairia sobre fibras sensitivas raquídias em relação com as fibras do simpático, mas, positivamente, não vejo motivo para levar tão longe a incredulidade.

A doutrina esplanada por MACKENZIE parece-me digna de todo o crédito, pensando de maneira igual a quase totalidade dos autores. O estímulo produzido sobre as vísceras e de um modo particular sobre o peritoneu que as reveste, é transmitido através das fibras simpáticas que correm nos mesos até aos plexos pre-vertebrais (solar, mesentérico, hipogástrico), daí atinge a cadeia ganglionar para-vertebral, os ramos comunicantes, o gânglio espinal e os cordões posteriores. A excitação é levada, depois, por fibras simpáticas ou espinais aos centros superiores onde se elabora a sensação dolorosa, de seguida transmitida pelo mesmo caminho ao território de onde partiu a excitação, ou a zonas da parede correspondentes ao metâmero em causa, graças às anastomoses, senão anatómicas, pelo menos funcionais, das fibras simpáticas com as fibras raquídias. Na primeira hipótese teremos um reflexo víscero-sensitivo puro e a dor obedecerá às características da dor simpática de sede visceral; na segunda, teremos simultaneamente uma dor profunda e uma dor superficial a nível da parede.

Trata-se, nesta última circunstância, da chamada dor *projectada*, só por exceção ausente nas algias viscerais. A distribuição desta dor faz-se segundo o esquema clássico de HEAD.

A confusão até há pouco reinante em matéria de dor visceral provinha, justamente, da existência de dor parietal, em consequência de dor profunda; hoje, porém, permitimo-nos explicar a dor da parede sem ter de invalidar o mecanismo da dor visceral. Qualquer das manifestações dolorosas traduz um reflexo víscero-sensitivo: puro, isto é, directo, se a sua expressão se confina à área visceral; indirecto, e apenas se traduz por dor externa com silêncio interno; misto, quando ao mesmo tempo se observa dor profunda e dor superficial projectada.

Exemplifiquemos com o caso da dor de ponto de partida apendicular. Nas crises dolorosas simples, correspondentes a espasmos do apêndice, sem apreciável lesão inflamatória, a dor, como regra, é exclusivamente visceral, de tipo simpático, profunda, acompanhada de enjôo e mal estar geral e de perturbações circulatórias, enfim, semelhante a tantas outras de carácter espasmódico (vesiculares, intestinais, etc.). Nas formas de apendicite franca, com toque nítido da serosa visceral, mas sem ultrage, todavia, do peritoneu parietal, a dor reveste em regra caracteres diferentes: a par da dor profunda, do tipo anterior, encontramos uma dor superficial à altura do metâmero do 12.^º intercostal direito, por projecção na parede do reflexo originado no apêndice. Duplo reflexo sensitivo, pois; víscero-visceral e víscero-parietal. Por último, em certos estados, pode dominar a cena a dor apenas de tipo periférico; é o caso dos processos apendiculares ou peri-apendiculares justa-parietais e de certas apendicites retro-cecais, com apêndice encastado no folheto de revestimento da parede posterior.

A dor do peritoneu visceral assume ainda outro aspecto digno de registo. Refiro-me à dor irradiada a distância, vulgarmente chamada reflexa. Todos conhecem a dor do «cavum» epigástrico nos processos apendiculares e anexiais, a dor lombar nos sofrimentos pélvicos, a irradiação para a espádua de dores de sede víscero-peritoneal, etc. A explicação do fenómeno resulta simples a maior parte das vezes. A excitação conduzida pelas fibras nervosas dos mesos, atinge os plexos pre e látero-vertebrais determinando dor nesse mesmo ponto ou porventura a distância

se entrecruzamentos nervosos se observam. A dor profunda e particularmente a dor solar nas afecções de órgãos deste plexo tributários, demonstra o que acabo de referir, como demonstra, também, a natureza simpática da dor, através do seu expressismo típico.

A propósito, ainda, de dor visceral e de dor peritoneal seria interessante fazer algumas referências às algias abdominais vagas, tantas e tantas vezes referidas por doentes em quem o estudo clínico e laboratorial, incluindo o radiológico, nada mostra de extraordinário e a quem o médico, por piedade, senão muito convicto, rotula de distonia disto ou daquilo, de hiperestesia e de hiperexcitabilidade, de desequilíbrio vago-simpático, etc., como se no fim de contas com tais apodos ficasse tudo arrumado. O sistema neuro-vegetativo goza, sem dúvida, um altíssimo valor no sofrimento destes doentes, mas reconhecer esta verdade não basta para explicar a bizarría clínica e o mistério fisiopatológico de tais sofrimentos e bem assim as causas e competente mecanismo patogénico que os determinam. O papel das vísceras em si, do peritoneu, das alterações ou simples perturbações do sistema simpático, constituem outros tantos pontos de dúvida, a esclarecer na complexa dor peritoneal. Não é momento propício para fazer ao assunto referência mais pormenorizada; aliás a questão tem sido largamente debatida por vários autores e poucos são os médicos que com ela não tomaram contacto.

Como acabamos de ver o problema da fisiopatologia do peritoneu, em matéria de sensibilidade, oferece ainda os seus «quês» apesar de serem melhor conhecidos, de há umas décadas para cá, alguns dos seus aspectos.

Contractura da parede abdominal:—Directamente relacionada com a sensibilidade peritoneal há a questão da contractura da parede abdominal, só por excepção ausente nos processos irritativos do peritoneu, de um modo particular do folheto parietal.

O ultrage do peritoneu, efectivamente, tanto se traduz por dor como por contractura dos músculos lisos e estriados da proximidade. Deste facto resulta um dos sinais mais característicos do ventre agudo infeccioso. «Farol da clínica de urgência», «Super-sinal de todas as catástrofes abdominais», «Campainha de alarme da perfuração de vísceras

ôcas», assim o vemos classificado em vários capítulos da especialidade por outros tantos autores.

Antes de prosseguir é bom ver o que deve entender-se por *contractura* e por *defesa* musculares. Confundem-se habitualmente as duas designações e se do facto não resulta inconveniente de maior, dado o significado semelhante de uma e de outra, nem por isso deixa de ser recomendável ter sobre o assunto noções claras e precisas. Sob o ponto de vista clínico dizemos que existe *contractura* quando os músculos da parede se mostram contraídos espontânea e demoradamente; diz-se que há *defesa* quando os músculos se contraem por efeito da nossa palpação. Numa palavra, a *contractura* vê-se e palpa-se sem a provocar enquanto que a *defesa* para se ver e palpar necessita de ser provocada. A *defesa* é transitória, pois, e pode tomar-se na realidade como correspondendo a uma autêntica *defesa* em face de excitações intempestivas vindas do exterior. O mecanismo que desencadeia uma e outra é parecido, como também não difere muito o significado semiológico. Na *defesa* trata-se de uma forma atenuada de reacção peritoneal, na *contractura*, pelo contrário, trata-se de uma forma mais intensa, por isso só excepcionalmente deixa de aparecer nos cataclismos abdominais. Pouco se sabe de preciso sobre o grau de irritação peritoneal necessário para originar uma e outra.

Em matéria de patogenia da *contractura*, se nada se conhece de concreto, presume-se como importante, depois dos estudos de MACKENZIE e de ZACHARY COPE, a acção de um reflexo, que ora parte da víscera (MACKENZIE), ora do peritoneu parietal (ZACHARY COPE), ora de um e de outro ponto, como modernamente se admite e eu creio. Na realidade parece desavisado pôr em conflito os pontos de vista de MACKENZIE e de COPE. Um não exclui o outro, antes se completam. O estímulo parieto-motor é inegável, todos sabendo quão grande é a influência da irritação do folheto parietal no determinismo da *contractura* da parede. Mas o reflexo víscero-motor não é menos aceitável. Se é mais reduzido o seu expressionismo semiológico isso deve-se, justamente, ao menor grau de irritabilidade das vísceras e do peritoneu que as recobre em relação com a do folheto parietal. Sensibilidade dolorosa e susceptibilidade reflexo-motora, devem caminhar a par, como é de todo o ponto lógico.

No caso do estímulo partir do folheto parietal o reflexo interessa apenas o sistema espinal. Quando, pelo contrário, parte do folheto visceral ou das próprias vísceras o reflexo será misto: do domínio do simpático na primeira parte, do domínio do sistema espinal na segunda. A excitação é conduzida por fibras simpáticas até aos gânglios látero-vertebrais e de seguida até à ponta posterior da medula, onde fibras de conexão com a ponta anterior vão estimular as raízes motoras do segmento medular correspondente. Mas não é de excluir que o entrecruzamento se observe noutras zonas, inclusive nos centros superiores. A contractura da parede de origem visceral pode explicar-se assim.

Quando não se queira derivar de sistema nas vias de incitação e de excitação motoras, nem por isso se me afigura justo pôr-se de parte o reflexo víscero-motor. Todos os músculos estão intimamente ligados ao sistema neuro-vegetativo por fibras diretas e por outras indirectas que correm na adventícia dos vasos. O tono muscular é função essencial da vida vegetativa estando por isso em relação íntima com o aparelho coordenador desta mesma vida. E interferindo assim o sistema simpático na fisiologia muscular eu pergunto se determinadas excitações provenientes deste sistema não serão capazes de modificar o tono muscular, substituindo-o por um estado de contractura?

Segundo alguns a contractura devida ao reflexo víscero-motor, com triagem pelas células motoras da haste anterior da medula seria circunscrita a um único músculo ou a um segmento dele; no caso da excitação partir do folheto parietal mostrar-se-ia, pelo contrário, muito mais extensa, em conformidade, precisamente, com a superfície maior onde se observou a irritação. Suponho arriscado fazer deduções patogénicas deste teor, aliás dispensáveis para a compreensão da fisiopatologia do peritoneu.

É bom saber, como diz MONDOR, em «*Diagnostics urgents*», «que a contractura da parede não mede exactamente nem o grau de inundaçāo, nem a natureza do líquido, nem a virulência da infecção: na apendicite a inundaçāo não é nada, a infecção é tudo; na úlcera perfurada onde o ventre de madeira se vê melhor o líquido derramado nas primeiras horas é asséptico, a maior parte das vezes».

Também nunca é demais lembrar que a contractura varia, igualmente, com a zona do peritoneu ofendida (maior no folheto parietal, menor no visceral), com a excitabilidade geral do indivíduo, com as suas condições de resistência (menor nos asténicos), com o grau de emotividade, etc. Trata-se de pormenores que todo o médico deve ter presentes, se deseja interpretar com cuidado o valor deste sintoma na patologia peritoneal.

Choque peritoneal :— Toda a acção violenta sobre o peritoneu, traumática, cirúrgica, ou de outra natureza, ocasiona um estado de choque, maior ou menor, mas sempre traduzido por alterações no sentido depressivo do tono de vida a nível do tracto gastro-intestinal, da circulação esplâncnica e, porventura, por manifestações a distância da ordem daquelas que estamos habituados a ver mencionar entre os sintomas do choque. O facto é bem conhecido através das manifestações peculiares de todo o acto operatório que interessa a integridade do peritoneu. A preguiça neuro-motora do estômago e do intestino nas primeiras 48 horas do pós-operatório abdominal outra coisa não significa, em boa verdade. Este sindroma é conhecido por choque peritoneal.

Parecerá descabida, à primeira vista, qualquer referência a este assunto, visto, como disse, limitar ou quase, as minhas considerações à fisiopatologia dos estados flegmásicos. A verdade, porém, é que os processos inflamatórios dão lugar a perturbações idênticas às do choque traumático e provavelmente da mesma natureza. Agressão mecânica e agressão flogística devem equivaler-se para o efeito. Acresce que em certas formas de choque a causa mecânica e a causa inflamatória entram por igual no determinismo do sindroma; é o caso por exemplo, da ruptura em peritoneu livre de um piossalpinge, de um abcesso peri-apendicular ou de uma vesícula infectada. O choque então ocasionado pode ir ao ponto de se confundir em absoluto com o choque simplesmente traumático. Fica assim justificada esta curta referência ao choque peritoneal.

Todo o choque originário do peritoneu conduz a um estado de letargia neuro-motora gastro-intestinal. Irreversível nos traumatismos violentos, transitória nos ligeiros, muito demorada, porventura não susceptível de retroceder, nos estados inflamatórios. A circunstância biológica da inflamação peritoneal acarretar como

consequência a paralisia dos músculos lisos subjacentes (Lei de STOKES) pode não ter apenas um significado toxémico mas um autêntico significado de choque. Seja qual for o mecanismo desta paralisia (vaso-dilatação capilar, ultrage directo da musculatura do intestino ou do plexo de AUERBACH), a resultante mórbida cifra-se sempre em estase circulatória, paralisia e dilatação intestinais, alterações estas peculiares dos estados de choque puro e dos estados de toxemia peritoneal. De tal maneira se confunde a expressão fisiopatológica de qualquer destes processos que só a clínica permite o diagnóstico da variante. Em ambas as formas a estase sanguínea na esfera esplâncnica pode atingir proporções muito elevadas, com grave prejuízo da dinâmica circulatória geral, em ambas, também, a paralisia e a atonia do intestino conduzem a um «ileus» paralítico e em ambas, finalmente, estase circulatória, paralisia e dilatação do intestino, constituem da mesma maneira um círculo vicioso extremamente grave para o doente. Esta semelhança dispensa-me de nova referência às consequências locais da toxemia peritoneal.

Mas as perturbações podem não se limitar ao domínio propriamente abdominal, verificando-se, tal como no choque traumático, fenómenos inibitórios das fibras lisas tráqueo-brônquicas (paresia traqueal, broncoplegia, pseudo-bronquites, atelectasias), modificações da inervação vaso-motora e cardíaca (hipotensão arterial, replexão capilar, vaso-paralisia venosa, palidez cianótica periférica, taqui ou bradicardia, arritmia, etc.), alterações da inervação tecidual (anidremia, hipo-cloremia, azotemia, hiperglicemias, edema intersticial, etc.) e, por último irregularidades, também de causa nervosa, do funcionamento das vísceras e das glândulas de secreção interna, extremamente nefastas à evolução da doença.

Nos processos inflamatórios torna-se difícil distinguir em que medida actuam as perturbações provenientes do choque e as resultantes directamente da toxemia, visto ambas convergirem no mesmo sentido. É de presumir, contudo, que em certas modalidades a acção deletéria esteja mais na dependência do fenómeno de choque do que propriamente dos fenómenos tóxicos. É o caso, por exemplo, dos choques irreversíveis e rapidamente mortais tantas vezes observados a seguir às perfurações do estômago, do apêndice e da vesícula. O choque peritoneal oferece nessas circunstâncias uma importância muito maior do que a intoxicação.

Strophoside

Glucosido nativo cristalizado do
«Strophantus Kombé»

Todas as indicações da medicação estrofantina injectável

Empôlas de 1 c.c. $\frac{1}{2}$ e $\frac{1}{4}$ mgr.
Caixas de 3, e 6 empôlas

SANDOZ S. A. BÂLE (SUIÇA)

Representada por
PRODUTOS SANDOZ, LDA.
Rua João Penha, 14-B — LISBOA



SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS:

Injecção subcutânea sem dor.

Injecção intramuscular sem dor.

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

TOXICIDADE Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

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)

Depositários
exclusivos

TEIXEIRA LOPES & C.ª, L. da

45, R. Santa Justa, 2.º
LISBOA

Acaba de aparecer:

“Diabetes Sacarina”

Do Dr. Bruno da Costa

1 Grosso volume de 538 páginas, Esc. . . 140\$00

Dirigir pedidos aos editores

Livraria Moura Marques & Filho

19, Largo Miguel Bombarda, 25

COIMBRA

Esta variante ocasiona no aspecto geral um estado em tudo semelhante ao choque traumático, como acima disse. A agressão mecânica conta mais do que a agressão flegmásica; não obstante é impossível separar em absoluto uma da outra.

Em matéria de patogenia subsistem as mesmas dúvidas do choque em geral. Trate-se de choque simplesmente segmentar, quer dizer limitado, ou quase, às formações teciduais do abdómen, trate-se de choque global, embora de ponto de partida do peritoneu, o síndrome equivale sempre fisiopatológicamente a uma quebra do tono de vida celular e humorai. É muito provável que a unidade funcional observada nos vários compartimentos biológicos, seja qual for a modalidade de choque, implique também unidade do seu mecanismo determinante.

Ora, se a expressão fisiopatológica se traduz sempre por uma distonia organo-vegetativa, mais ou menos pronunciada neste ou naquele sector, mas sempre em relação com a potencialidade de vida dos diferentes elementos celulares e humorais aí existentes, parece-me razoável atribuir a patogenia das perturbações a desequilíbrios do sistema neuro-vegetativo averiguado como está que a ele pertence a unificação e coordenação de todas as funções vitais, desde a da simples célula incorporada nos tecidos até à complexa função de todo o conjunto da economia orgânica. E porque nem sempre tudo podemos explicar por uma ação tóxica directa proveniente do processo inflamatório em si e actuando sobre este ou aquele componente humorai, justo me parece ligar a máxima importância à depressão do sistema neuro-vegetativo provocada por reflexos inibitórios partidos da superfície peritoneal, desencadeados e ordenados de maneira ainda pouco clara, mas por certo em tudo semelhante à verificada em outras modalidades de choque.

Sendo o abdómen rico, como é, em formações nervosas, desde as simples fibras espinais até aos complicados plexos neuro-vegetativos intra e extra-murais, e conhecendo-se, por outro lado, o enorme valor dos componentes neuro-vegetativos, não apenas no tono de vida das vísceras, mas também dos sistemas vascular, nervoso e endócrino, comprehende-se bem como todo e qualquer ultrage da superfície peritoneal pode atingir a integridade fisiológica do sistema neuro-vegetativo e consecutivamente todas as funções por ele directamente comandadas.

Exudação e reabsorção peritoneais. Formação de aderências:
— Ficou já dito que normalmente se observa uma corrente plasmática ininterrupta através do peritoneu; como disse, também, que o poder de transudação deste é enormíssimo e está na dependência íntima da circulação, particularmente da circulação de retorno, quer sanguínea, quer linfática. Aumenta, como é natural, quando existe hiperemia activa ou quando se opõe qualquer obstáculo à corrente eferente. É função da permeabilidade vascular, mas ao mesmo tempo está subordinado à permeabilidade do revestimento peritoneal, que neste capítulo funciona à semelhança do endotélio vascular.

As condições hidrodinâmicas referidas são igualadas ou porventura superadas, pelas condições biológicas. E destas últimas interessam-me de um modo especial as resultantes de fenómenos inflamatórios. O derrame plasmático passa a ter nestas circunstâncias um aspecto diferente. Em vez do transudato peculiar dos desequilíbrios tensionais plasmo-dinâmicos, por modificações, sobretudo, do domínio circulatório, observa-se um franco exudato por alterações da permeabilidade do endotélio vascular das células do revestimento peritoneal. A forma serosa sucede a forma fibrinosa.

A exudação constitui na realidade uma das propriedades características do peritoneu inflamado. Na inflamação crónica as perdas plasmáticas podem é certo manter o aspecto de transudato; nas formas agudas, porém, o que domina é a exudação. Transudação e exudação dependem intimamente da intensidade e qualidade do ataque à camada de revestimento do peritoneu. Intervirá, pois, o grau de inflamação e bem assim a natureza do agente determinante.

Como em muitos aspectos a exudação peritoneal se confunde biologicamente com a exudação observada em outros pontos, parece à primeira vista dispensável referência especial a este assunto. Em boa verdade o peritoneu empresta ao fenómeno da exudação particularidades que vale a pena salientar. A condensação da fibrina, os fenómenos biológicos passados a nível desta, o seu poder de defesa, a propriedade de se formarem aderências em diversos pontos, a modificação do poder de absorção, etc., pertencem a este número.

A exudação é favorecida pela grande irrigação sanguínea do peritoneu e pela natureza mesenquimatosa do mesmo, uma vez que o tecido conjuntivo constitui a sede principal dos fenómenos inflamatórios. Daqui a razão de ser da conhecida frase de ARGÜELLES: «a estímulos insignificantes para outros órgãos o peritoneu reage com hiperemia e produção de exudato».

O mecanismo do processo de exudação está na dependência íntima de fenómenos físico-químicos, tal como acontece, no fim de contas, nas simples trocas humorais fisiológicas entre os capilares arteriais e os espaços lacunares e entre estes e os capilares venosos e linfáticos. Neste caso, ou seja na hipótese fisiológica, as paredes dos capilares arteriais, semi-permeáveis, deixam passar sómente água, sais e pequeníssimas quantidades de albumina, substâncias estas que entram de novo na circulação geral mercê do desequilíbrio da pressão hidrodinâmica, da pressão osmótica e da pressão oncocítica, observado em plenos capilares e na intimidade dos espaços intersticiais. É esta, pelo menos, a maneira de ver de SCHADE, ainda hoje a mais aceite pelos fisiologistas.

Na hipótese fisiopatológica as paredes dos capilares tornam-se permeáveis aos coloides, do que resulta a passagem destes para o meio exterior.

Acontece, portanto, no primeiro caso, isto é, na variante fisiológica, que a pressão hidrodinâmica (de 6 cm. de mercúrio, aproximadamente, no início dos capilares arteriais) vai descendo no transcurso dos mesmos até igualar a pressão oncocítica, cujo valor é constante nos capilares artério-venosos e não ultrapassa em regra 2,5 cm. de mercúrio. Enquanto a pressão hidrodinâmica se mostrar superior à pressão oncocítica a água e as substâncias nela dissolvidas sairão para o exterior de harmonia com os valores tensionais do ambiente e de um modo especial em função da pressão osmótica. Não saem coloides visto a pequena permeabilidade das paredes dos capilares o não permitir; logo a pressão oncocítica não sofre desvio. Quando a perda de líquidos atire com a pressão hidrodinâmica àquem do valor da pressão oncocítica, observar-se-á a inversão da corrente, quer dizer, a água reentrará na corrente sanguínea.

As variações físico-químicas no interior dos capilares em relação aos valores do meio ambiente tem manifestamente um alto papel na dinâmica das trocas angio-teciduais; contudo é bom

lembra que o fenómeno não é tão simples como à primeira vista parece. Há muitos segredos a desvendar neste capítulo. Trata-se de elementos vivos actuando no vivo, através de uma biologia dirigida que foge bastante ao observado experimentalmente nos Laboratórios. Com isto, porém, não menosprezemos a importância dos valores tensionais acima referidos.

Acontecerá, no segundo caso, ou seja na variante fisiopatológica, que mercê de alterações dos tecidos e particularmente das paredes dos capilares, devidas ao processo inflamatório, a permeabilidade destes se mostrará alterada dando lugar a passagem de fibrinogénio e de globulinas para o exterior, quer dizer, inicia-se a exudação, cujo tipo e volume serão comandados pela natureza do processo, pela intensidade das lesões e pelas condições locais e gerais de resistência do indivíduo.

A saída dos colóides acarreta como resultante baixa da pressão oncótica dentro dos capilares. Com a queda da pressão oncótica teremos alterado o equilíbrio normal entre esta e a pressão hidrodinâmica, logo maior perda de líquidos, a par dos colóides, e por conseguinte afastamento, no sentido venoso dos capilares, do ponto de inversão da corrente, por vezes só obtido com uma pressão oncótica já bastante reduzida.

A baixa dos colóides e correspondentemente a maior redução de líquidos será condicionada, portanto, entre outros factores, pelo grau da lesão da parede dos capilares. Se pequeno, pequena será também a perda de albuminas (peritonite serosa); se grande, haverá verdadeira exudação de fibrinogénio, ora simples (peritonite sero-fibrinosa), ora acompanhada de grande número de elementos figurados (peritonite hemorrágica ou purulenta).

A ascite que se observa em algumas formas de tuberculose peritoneal pode resultar, segundo JIMÉNEZ DIAZ, de obliteração das vias linfáticas eferentes, mas, então, como este mesmo autor afirma, trata-se mais de linfoedema do que de exudato. Aqui não há um processo de peritonite, no verdadeiro sentido da palavra, mas antes, em seu dizer, uma simples manifestação de tuberculose peritoneal.

Quando há inflamação franca, seja qual for a sua natureza, existe sempre exudação activa e não apenas passiva, por estase, embora nas peritonites avançadas o segundo factor possa vir agravar o primeiro.

O mecanismo da exudação peritoneal não diverge, como se vê, do observado correntemente nos processos flegmásicos em outros territórios. Se diferenças existem elas provêm da circunstância especial do peritoneu ser extremamente irrigado, e ainda da facilidade de serem destruídas grandes superfícies de células de revestimento, factores estes propícios ao agravamento da exudação. Em certo modo a cavidade peritoneal pode comparar-se a um grande espaço lacunar onde se acumulam os líquidos e colóides perdidos pelos vasos.

O fibrinogénio exudado transforma-se rapidamente em fibrina, de um modo especial nos pontos em que o peritoneu está exulcerado. Com a perda sucessiva de água a fibrina torna-se espessa dando lugar num ou outro ponto a formações solidificadas (falsas membranas) que foram zonas peritoneais, estabelecem aderências entre várias superfícies, separam compartimentos e criam membranas septantes capazes de isolar territórios vários da cavidade peritoneal. Quanto mais rico em fibrina for o exudado maior será o seu poder de adesão.

Por simples acção mecânica a fibrina exudada desempenha um papel importante na defesa local contra o agente causador do processo flegmásico. Mas além do papel mecânico há a considerar também a acção biológica.

Na proximidade das zonas exulceradas as falsas membranas fibrinosas são prontamente invadidas por células planas de tipo igual às do revestimento peritoneal, de tal maneira que muitas vezes cobrem em toda a extensão a fibrina depositada. Estas células, móveis no começo, são susceptíveis de se transformar, no decorrer do tempo, em autênticos fibroblastos; além disso o complexo fibrinoso é invadido com frequência por elementos plasmocitários.

Se a evolução do exudato se dá no sentido conjuntivo diz-se que a inflamação adquire o carácter fibroplástico ou produtivo. Estabelecer-se-á, em consequência, um conglomerado à custa de ansas intestinais, de outras vísceras, do epíploon e do peritoneu parietal, conglomerado este unido e coeso pela fibrina em questão. O todo torna-se bem aparente sob a forma de «plastron».

Em ordem ao tempo o coágulo de fibrina surge poucos minutos depois do fibrinogénio ser exudado; quanto à formação do «plastron» comprehende-se que sejam necessários dois a três

dias. A marcha da apendicite aguda atesta claramente o que acabo de afirmar.

A fibrina, assim colectada e aderente, continua a modificar-se no seu aspecto físico e biológico, mais ou menos em concordância com as alterações que se observam na fibrina dos coágulos sanguíneos. Ou se liquefaz e então reabsorve-se, ou endurece e passa a organizar-se, ou, finalmente, toma parte no processo de supuração. No primeiro caso dá-se a auto-digestão, de ponto de partida dos fermentos libertados pelos leucócitos e demais células em contacto com a formação fibrinosa. Amolece primeiro, liquefaz-se a seguir e, por último, os elementos desintegrados são reabsorvidos. Na segunda hipótese verifica-se penetração intensa na massa de fibrina de vasos neo-formados, de fibroblastos e de outros componentes conjuntivos, resultando do facto uma autêntica organização; daqui derivam, como é natural, aderências consistentes.

Do lado do peritoneu a soldadura das aderências faz-se sobretudo a nível das zonas cuja camada superficial está ulcerada, por destruição das células de revestimento.

Outras vezes, porém, as falsas membranas de fibrina podem conduzir à formação de verdadeiras membranas envolventes que contêm dentro de si, isolando do resto da cavidade peritoneal, a totalidade ou apenas um sector do intestino. Para a maior parte dos autores seria esta a explicação da chamada peritonite encapsulante.

Por último, se o estado inflamatório é intenso e se é rica a reacção leucocitária, pode acontecer que a fibrina seja liquefeita pelo processo de supuração entrando a fazer parte do pus. É a forma mais grave como facilmente se comprehende. Segundo a supuração é ou não circunscrita assim estaremos em presença de uma peritonite localizada ou difusa. A primeira variante, isto é, a localizada, exige a formação de septos limitantes. É ainda a fibrina exudada que constitui, por assim dizer, a cola a ligar entre si os vários segmentos dos órgãos que entram na formação da barreira isoladora.

A consistência das aderências varia em função do tempo. Nos primeiros dias, isto é, na fase fibrinosa pura, é pequena; mais tarde é intensa, visto à fibrina ter sucedido tecido conjuntivo resistente. Este pormenor tem grande importância sob o ponto de vista cirúrgico.

No período de estado das peritonites a exudação não se limita à perda de plasma para dentro da cavidade peritoneal, mas interessa, também, a intimidade dos órgãos subjacentes ao peritoneu. Nota-se, efectivamente, em todos eles uma infiltração edematosamente grande, daqui o seu engrossamento e a sua dureza e daqui, também, a grande facilidade de lacerarem. Toda a intervenção a quente na cavidade abdominal, volvidas as primeiras horas, durante as quais não há ainda infiltração apreciável, se rodeia de riscos, precisamente por esta circunstância.

— Resta fazer algumas considerações a propósito da capacidade de absorção do peritoneu.

A grande extensão em superfície, a pronunciada mobilidade e a extraordinária riqueza da vascularização sanguínea e linfática, conferem ao peritoneu propriedades de absorção extremamente notáveis. Numerosos experimentadores têm reconhecido este facto. Segundo WEGNER a capacidade de absorção de líquidos no espaço de 15 a 30 horas pode igualar o peso do corpo.

A água e as substâncias solúveis são absorvidas directamente, na sua quase totalidade, pelos capilares sanguíneos; as substâncias insolúveis, de uma maneira especial os colóides, passam na sua maioria à corrente geral através do sistema linfático, muito rico em lagos e vasos, nomeadamente a nível do centro frénico e do epíploon. A absorção das soluções aquosas faz-se segundo as leis da osmose e da difusão. A das substâncias colóides obedece a fenómenos biológicos ainda pouco conhecidos. Numa e noutra deve colaborar a actividade vital das células de revestimento.

A hiperemia activa, os movimentos intestinais e, sobretudo, diafragmáticos, favorecem a absorção. A estase sanguínea, a atonia do intestino e competente dilatação, restringem-na, pelo contrário.

As variações da pressão abdominal resultantes das excursões do diafragma (negativa na parte alta do abdómen quando da expiração), contribuem poderosamente para beneficiar a absorção. Na posição ereta e sentada a absorção é menor, justamente por esta forma se ver prejudicado o acesso ao centro frénico das substâncias a absorver. Colheremos deste facto as necessárias indicações na prática clínica.

O poder de absorção varia ainda com a idade; maior nos jovens, bastante reduzido nos velhos.

Nos processos flegmásicos subagudos e no início dos agudos, quando domina a hiperemia activa, sem exudação apreciável nem alteração averiguada da motilidade intestinal e diafragmática, a capacidade de absorção está aumentada. Pelo contrário nos processos avançados com exudação franca, estase venosa notável, lesão das células de revestimento do peritoneu, atonia intestinal e hipomobilidade do diafragma e do intestino, o poder de absorção está reduzido. Na realidade na peritonite difusa supurada, justamente a variante em que se observam os pormenores fisiopatológicos acabados de relatar, o grau de absorção é proporcionalmente inferior ao normal. A própria fibrina, forrando superfícies extensas, opõe uma certa barreira ao acesso dos capilares venosos e lagos linfáticos pelos líquidos e restantes elementos susceptíveis de serem absorvidos. Com isto não quero dizer, bem entendido, que seja pequeno o poder de absorção nas peritonites, mas tão somente, repito, que nas formas onde se observa manifesta descompensação fisiológica do peritoneu, a capacidade de absorção é relativamente inferior ao normal.

Se a exudação provém, na origem ou no decurso do processo inflamatório, de modificações circulatórias propícias à não reintegração na corrente geral do líquido plasmático transvasado, lógico se afigura que enquanto estas durarem o poder de reabsorção se mostre diminuído. Igual fenómeno deve notar-se quando em vez de exudação existe transudação excessiva não acompanhada de reintegração imediata da massa líquida na corrente sanguínea como é próprio de certas ascites por peritonite crónica ou por hipertensão portal.

Em resumo, é lícito afirmar que o grau de absorção varia na razão inversa da intensidade da transudação e exudação peritoneais.

— Acabo de apontar alguns aspectos fundamentais da fisiopatologia do peritoneu, em particular nas suas relações com a inflamação. Seria interessante apreciar, também, o papel do peritoneu na defesa contra as infecções e na complexa questão das peri-viscerites. Mas, como neste domínio as aquisições científicas são poucas, o assunto por enquanto deve remeter-se para o campo da investigação.

Termino com uma pequena referência ao grande epíploon. Em boa verdade mal pode falar-se de fisiologia e fisiopatologia

do peritoneu sem ao mesmo tempo consagrar duas palavras à função deste órgão.

São muito características no grande epíploon as chamadas *manchas leitosas* de RANVIER, constituídas por conglomerados de plamócitos, histiocitos e células conjuntivas. RANVIER comparou o epíploon a um gânglio linfático achatado cobrindo o intestino na sua quase totalidade. Com efeito a sua actividade biológica é em tudo semelhante à de um centro linfóide. Tem essencialmente uma função de defesa contra as infecções. O seu papel a este respeito é na realidade verdadeiramente notável. Nas injúrias traumáticas e nos processos inflamatórios raramente falta em apoio da zona afectada.

As células das manchas leitosas possuem propriedades fagocitárias extremamente pronunciadas e as células conjuntivas de revestimento a esse nível são capazes de se transformar em elementos histológicos activos e móveis. A particularidade de serem migratórias, permite-lhes convergir nos pontos afectados antes do próprio epíploon. Este, todavia, não tarda e de tal maneira se comporta que não raro isola e debela o processo sem consequências de maior.

A extrema irrigação do epíploon favorece igualmente o seu poder defensivo, assim como aumenta a sua capacidade de absorção. A enorme plasticidade, aliada à grande vascularização, e a adesão fácil aos órgãos próximos permite-lhe penetrar nas reinternâncias e recobrir as saliências sem dificuldade de maior. Desta circunstância resultam grandes vantagens em cirurgia abdominal.

2. Não tem motilidade própria, visto não possuir fibras musculares. Segundo a maior parte, caminha para os lugares atingidos mercê dos movimentos intestinais. Por mim declaro não perfilhar esta hipótese, primeiro por o movimento do intestino ter uma finalidade própria e não um objectivo extrínseco, e em segundo lugar por as situações dramáticas criadas no abdómen se acompanharem praticamente sempre de paralisia intestinal. Julgo dever admitir-se um biotropismo especial que convoca e atrai o epíploon ao ponto lesado. Na verdade custa a crer como numa perfuração de úlcera da pequena curvatura do estômago, por exemplo, o epiploon é empurrado para o ponto atingido por movimentos intestinais. Trata-se, manifestamente, de uma aproximação dirigida e não casual, embora nada saibamos do mecanismo biológico que preside ao fenómeno.

é a mais comum nos países ocidentais os mais comuns são os de origem tuberculosa, e a tuberculose pulmonar é a causa mais comum de tuberculose pulmonar. A tuberculose pulmonar é a causa mais comum de tuberculose pulmonar.

O SANGUE EM CLÍNICA

POR

A. DA ROCHA BRITO

(Continuação da página 393, vol. XIV, n.º 7)

6. — Este rapaz de 22 anos teve muitas anginas e gripes. Os médicos diziam desde os seus nove anos que ele sofria do coração, mas o doente não dera por isso, confessa.

Há cerca de dois meses notou que perdia o apetite, transpirava muito de noite, chegando a mudar de roupa duas vezes, não tinha sono, tossia muito, sobretudo quando deitado. Ha um mês a temperatûra começou a subir chegando a atingir 39°, mas de um modo irregular; foi então que principiou a cançar-se facilmente. Nunca contraiu doenças venérias; nunca teve reumatismo; a R. de WASSERMANN no sangue é negativa.

Mostra língua saburrosa, facies pálido, macilento, leve dispneia de decúbito, algumas ralas subcrepitantes em ambas as bases; sopro sistólico que se ouve em toda a região precordial, mais nítido e acentuado no foco mitral, propagando-se transversalmente para a axila; fígado palpável nas inspirações profundas; baço, cujo bordo inferior, duro e liso, se palpa numa extensão de dois dedos transversos abaixo da grelha costal; febre de tipo irregular, remitente. O exame radiológico diz-nos que se trata de um coração muito volumoso, à custa de todas as cavidades, chegando a ponta muito próximo do rebordo costal; pediculoso vascular alargado e denso.

O electrocardiograma é anormal e revela: P_2 e P_3 de grande voltagem; grande voltagem da onda ventricular rápida; desvio do eixo eléctrico para a esquerda; T_1 difásico e de baixa voltagem. Isto é: alteração do miocárdio auricular e ventricular.

Fizeram-se ainda várias análises de urinas que eram sensivelmente normais; uma dosagem da ureia sanguínea que foi de 0,33 % e um hemograma:

Hb	90 %
G. V..	4.300.000
G. B..	12.000
Poli. neutro.	78 %
> eosino..	1
Mono.	1
Linfo.	20

que nos mostra uma ligeira leucocitose de polinucleares. Clínicamente e laboratorialmente o diagnóstico de cardiopatia com insuficiência cardíaca impunha-se. Endocardite lenta, miocardite, miocardose? qual a causa?

A hemocultura vai dar-nos a resposta que nos permite afirmar um diagnóstico nosológico e etiológico. Colhido o sangue e misturado com o caldo glucosado, o analista responde-nos ao fim de quatro dias: *estreptococos em abundância*.

Estávamos na presença de uma endocardite lenta ou doença de JACCOUD-OSLER e indicado estava fazer-se um tratamento pela penicilina, que fizemos intensivo: 500.000 unidades por dia, em oito doses, num total de 13.500.000 unidades. Ao 2.º dia de tratamento a febre desaparecia, mantendo-se a curva térmica apirética durante mês e meio, com uma hemocultura negativa feita ao fim de um mês sobre o início do tratamento. No entanto, o estado do coração mantém-se a despeito da terapêutica tonicardofaca que se realizou e, infelizmente a febre também voltou, mas já não cedeu à penicilina, de efeitos tão brilhantes na primeira investida.

Apezar dos nossos conselhos em contrário o doente abandona a nossa enfermaria para regressar em péssimo estado cerca de um mês depois e... morrer. Todos os sintomas estavam intensificados, e apresentava o chamado *sopro sistólico mitral circular*.

A necrópsia, devida à amabilidade do Professor MICHEL MOSINGER, confirma o diagnóstico clínico esclarecendo-o:

«1.º Coração de boi, com notável hipertrofia ventricular esquerda; aspecto em bola (espessura da parede 3^{cm},5).

- 2.º Distenção considerável da aurícula esquerda, completamente cheia de coágulos sanguíneos. Coração direito sem alterações dignas de nota.
- 3.º *Endocardite maligna* ulcerada das válvulas sigmoides aórticas, com destruição parcial das válvulas e estenose do orifício, que se encontrava quase totalmente obliterado. Endocardite desenvolvida sobre uma base de doença aórtica antiga. Rugosidades e aspecto hipertrófico, não ulcerado, porém, das válvulas aurículo-ventriculares da mitral, estenosando também em parte a região do infundíbulo da aorta. Peso do coração: 650 grs.
- 4.º Rins volumosos com descapsulação difícil, de aspecto esbranquiçado em certos pontos, resultante possivelmente da injeção fixadora.
- 5.º Baço com considerável esplenomegalia de 600 grs. de peso, com aspecto difluente da polpa esplénica, por alteração cadavérica.
- 6.º Fígado cardíaco, com vesícula atrófica, não havendo contudo hepatomegalia.
- 7.º Pulmões fortemente edematosos, de consistência firme, mas sem aspecto de lesões tuberculosas ou broncopneumónicas macroscópicamente diagnosticáveis. Ausência de enfarte. Gânglios do hilo de aspecto calcificado, muito aumentados de volume, não tendo, contudo, aspectos de calcificação. Fenómenos intensos de periadenite fibrosante.
Sínfise pleural bilateral, quase completa à esquerda e presença de hidrotorax na pleura direita.
- 8.º Nada de anormal a registar no aparelho digestivo, genital e no sistema nervoso.

Em face dos resultados da necropsia, podemos, muito provavelmente incluir esta endocardite maligna na classe daquelas, cujo processo estreptocólico se enxertou numa lesão cardíaca antiga, aquela que os médicos vinham a diagnosticar no rapaz desde os nove anos. Por seu lado não será forçar a nota supor que o estreptococo responsável terá vindo dessas múltiplas anginas de repetição que o doente acusa no seu passado. Seja como for foi o exame do sangue que nos revelou a presença do agente

causal, o estreptococo mas tarde de mais para que a penicilina pudesse dar os resultados brilhantes que se têm observado nou-
tros casos de endocardite lenta, quando dada em altíssimas doses e durante largo tempo.

7.— Rapaz de 19 anos conta-nos que dá entrada na nossa enfermaria porque há cerca de quatro meses começara a emagrecer a olhos vistos e depois a «inchar em todo o corpo e que o médico, não tendo encontrado albuminas, nem nada no coração, o mandara para o Hospital».

O doente está, na realidade, com edema generalizado, branco, cor de cera, mole, deixando facilmente a depressão característica. A análise de urinas não revela nenhum factor anormal: nem albu-
mina, nem cilindros, nem corpos birrefringentes. As tensões arte-
riais são boas, não há taquicardia, nem arritmias; os sons cardíacos são bem batidos, não há sopros. A R. de WASSERMANN no san-
gue é negativa. Pedimos a dosagem das proteínas no plasma e a resposta trouxe-nos a possível explicação destes edemas e de caminho o diagnóstico provável da doença, com a indicação do tratamento. Havia hipoproteinémia, principalmente à custa da serina, com inversão do quociente albuminoso. Devia tratar-se dum edema por abaixamento da pressão oncótica, ligada ao déficit das proteínas, sobretudo da serina, mais responsável na génesis da pressão oncótica e quanto ao diagnóstico devia tratar-se do chamado *edema da fome*, situação mórbida certamente tão velha como a humanidade, mas que se tornara muito frequente na *Grande Guerra*, como em nossos dias fora uma das grandes causas da extraordinária morbilidade e... *mortandade nos campos de concentração* onde se concentrara a fome.

O tratamento que consistiu em dar ao doente uma alimentação bem equilibrada, sobretudo rica em leite, carne, peixe e ovos, restituui a saúde ao enfermo, que ao fim de três meses abando-
nava o hospital, depois de ter eliminado toda a água intersticial, que tinha retido em virtude da sua hipoproteinémia. Nova dosa-
gem das proteínas plasmáticas, que estavam dentro das taxas normais, vinha confirmar o bem fundado do diagnóstico, meca-
nismo patogénico e tratamento. Mais uma vez o estudo do san-
gue tinha sido precioso tendo aqui contribuído para o diagnóstico nosológico, explicação patogénica e tratamento.

8.— Esta doente, mulher do Campo, quando deu entrada na Enfermaria de *Clinica Médica*, mal podia falar e muito menos comer, tal a intensidade da angina necrótica, que a fazia sofrer. Tinha febre, 39°,5. Extraordinariamente asténica, não nos pôde esclarecer sobre a anamnese e nada nos referiu a pessoa que a acompanhava. Nesse mesmo dia, antes de termos um diagnóstico, nem mesmo em hipótese, demos-lhe penicilina (200.000 unidades, em 8 injecções) e pedimos um exame da boca ao colega especialista que poz de parte a hipótese de difteria. No mesmo dia a fórmula hemoleucocitária punha-nos no caminho do diagnóstico:

Hb . . .	25 %	Pol. neutro. .	38 %
G. V. . .	1.250.000	Mono. . . .	4
V. Globul. .	1	Linfo. . . .	54
G. B. . .	1.200	Linfo. de Rieder	4
		Acentuada anisocitose	

Este hemograma revela-nos acentuada baixa da hemoglobina e eritrócitos, acompanhados de leucopenia, à custa dos granulócitos, isto é, anemia e granulocitofenia. Por sua vez a punção esternal mostra-nos uma medula pobre, principalmente à custa da série granulocítica.

Entretanto, em seis dias, a febre desaparece e a boca recupera a sua quasi normalidade: o rubor exagerado cessa, as ulcerações necróticas cicatrizam, a doente é outra; pode comer e falar. Esta mutação à vista não podemos atribui-la senão à penicilina. É benefício que a doente não esquece e ela pode então contarnos a sua história. Apura-se que antes do aparecimento da angina tomara um tubo de sulfamidas por causa de qualquer sofrimento genital. Desejando apurar se quanto ao sangue teria havido um resultado tão brilhante, fez-se novo hemograma, que revelou uma pequenísima melhoria apenas na série vermelha, esta mesmo talvez explicável por já termos feito uma transfusão sanguínea de 250 cc.:

Hb . . .	30 %	Grande pobresa de célu-
G. V. . .	1.500.000	las brancas, princi-
G. B. . .	1.000	palmente da série
Trombocitos	65.000	granulocítica.
Reticulócitos	20 %	

A leucopenia acentuou-se; há trombopenia; a reticulocitose confirma certa melhoria na série vermelha.

A Wassermann do sangue é negativa.

Resolve-se continuar com as transfusões sanguíneas, algumas dadas por via transesternal e principia-se o tratamento pelo *pentide* (nucleótido de pentose), não se faltando com os extractos hepáticos. Os resultados foram um tanto animadores, como se poude verificar nos muitos hemogramas que foram feitos, mas sempre com predomínio na linhagem vermelha cujos reticulócitos sempre foram presentes.

De algumas dezenas de hemogramas feitos, que nos permitiram acompanhar a evolução do morbo, apurou-se que a taxa mais baixa de hemoglobina foi de 21 %, o número de eritrócitos mais baixo foi o de 1.200.000; o de leucócitos de 800, quasi sem granulócitos; o de trombócitos de 49.000, e que a taxa mais alta de hemoglobina foi de 70 %; o número mais alto de eritrocitos de 3.500.000; o de leucócitos de 2.500, sempre com grande pobreza granulocítica; o de trombócitos de 65.000.

Vários esfregaços da medula esternal acusaram acentuada hipoplásia no tocante a células brancas e células vermelhas nucleadas; nunca se encontraram megacariócitos.

O melhor mielograma acusa ainda acentuado déficite nas duas séries mieloides, sempre mais pronunciado na branca:

Mieloblastos	3,5 %
Mielócitos neutro.	12
Metamielócitos neutro.	20
Granulócitos neutro.	8
Normoblastos.	55,5
Megaloblastos	1

Estas melhorias são devidas ao tratamento: sucessivas transfusões sanguíneas, pentide, extractos hepáticos. Ao fim de três meses a doente, contrariamente aos nossos conselhos, abandonou a enfermaria, muito grata e confiante, mas nós não tivemos ilusões. A doente recaiu e algum tempo depois faleceu, conforme me afirmam com sintomas hemorragíparos.

É indiscutível que o exame do sangue permitiu-nos um diagnóstico firme de panmielotísis, provavelmente devido ao uso das sulfamidas, que sideraram a medula.

9.— Doente apresentada no *Curso de férias*. Mulher do campo, extremamente pálida, mas não emagrecida, queixando-se de astenia, vertigens, zumbidos, bom apetite e boa aparência física. Língua muito vermelha e despapilada. Em face deste sintoma que faz pensar imediatamente na Anemia de BIERMER, investigou-se a fórmula hemoleucocitária que confirma a hipótese clínica:

Hb. . . .	20 %	Poli. neutro.	55 %
G. V. . . .	800.000	» eosino. .	1
G. B. . . .	2.600	Monócitos . .	4
V. globular .	1,4	Plasmócitos . .	4
		Linfócitos . .	36

Anisocitose. Policeromatofilia acentuada.

Alguns normoblastos. Megalócitos e megaloblastos.

e ao mesmo tempo que nos mostrava a intensidade desta anemia hipercrómica, megalocítica e megaloblástica, revelava-nos uma relativa leucopenia à custa dos granulócitos. Por sua vez a punção esternal dava-nos uma medula caracterizada pela presença de megalócitos e megaloblastos, alguns destes mostrando belas imagens telofásicas.

Quanto à prova de REHFÜSS para o quimismo gástrico, mostrava-nos uma anacloridria completa para o ácido clorídrico livre (0,0,0,0,0,) e uma baixa de acidez total (10,8,6,4,6,), isto é, era mais uma prova de valor em favor do nosso diagnóstico.

No entanto o caso apresentava uma particularidade que a princípio muito nos intrigou.

Quando a enferma deu entrada na enfermaria de *Clínica Médica* já vinha muito bem tratada pelo seu médico assistente com os extractos hepáticos e durante o tempo suficiente para que o tratamento produsisse os seus efeitos, que foram totalmente nulos. Isto levou-me a pensar, com uma certa lógica, que a evolução dos factos mostrou estar errada, se não estariam na presença duma *Anemia acréstica* ou de WILKINSON, variedade ou modalidade da Anemia perniciosa resistente ao tratamento pelos extractos hepáticos, precisamente por não se tratar da falta do

princípio antianémico no estômago ou no fígado, mas da falta do seu aproveitamento pela medula óssea. Esta hipótese tinha ainda do seu lado a prova de SINGER que fora positiva. Felizmente a doença obedeceu e até com relativa rapidez aos extratos hepáticos usados no Hospital, tendo a doente tido alta dentro de dois meses clínica e hematologicamente curada, como o demonstra este hemograma :

Hb.	95 %
G. V.	4.350.000
G. B.	6.200
Val. globular	1,1

Mas, voltou ainda por duas vezes à nossa enfermaria com os mesmos sintomas clínicos e hemogramas aproximadamente idênticos aos da 1.^a vez. É que na terra, contrariando os nossos conselhos, suspendera o tratamento.

Destas duas vezes ainda saiu curada clínicamente, e hematologicamente, mediante o mesmo tratamento pelos extratos hepáticos.

Voltou ainda uma quarta vez, para... morrer.

(Continua).



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Reabertura solene da Universidade de Coimbra

Com uma sessão solene que se realizou na Sala dos Actos Grandes, reabriu no dia 10 de Outubro o ano escolar da Universidade de Coimbra. No impedimento do Reitor sr. dr. Maximino Correia, ainda convalescente de uma intervenção cirúrgica, presidiu ao acto o vice-reitor, sr. dr. Carlos Moreira, sendo a oração de sapiência pronunciada pelo sr. dr. Manuel dos Reis, que versou o tema «A evolução do Universo». Como professor da Faculdade de Direito, assistiu à cerimónia o Ministro da Educação Nacional, sr. dr. Fernando Pires de Lima.

Antes da sessão e numa das salas do Paço das Escolas, aquele membro do Governo, em nome do sr. Presidente da República, condecorou com o grau de grande oficial da Ordem de Instrução Pública, o sr. dr. Novais e Sousa, director da Faculdade de Medicina, com o grau de oficial da Ordem de S. Tiago o sr. dr. Carlos Moreira, e com o grau de oficial da Ordem de Aviz, o sr. dr. João de Almeida, Director Geral do Ensino Superior.

Reuniões científicas

Sociedade de Ciências Médicas — No novo ano lectivo científico de 1947-1948, realizou-se a primeira sessão de trabalhos da Sociedade de Ciências Médicas. Presidiu o sr. dr. Celestino da Costa, ladeado pelos srs. dr. Abel Cancela de Abreu e dr. Manuel Xavier Morato. Aberta a sessão foram lidos relatórios das actividades internas e externas da colectividade, respectivamente pelos srs. dr. Abel Cancela de Abreu e dr. Xavier Morato. A seguir, o sr. dr. Celestino da Costa fez a sua comunicação sobre «Os problemas actuais da endocrinologia».

— O sr. dr. Jean Cathala, professor de Clínica Médica e Higiene da Primeira Infância de Paris, que visitou Lisboa, a convite do sr. dr. Cordeiro Ferreira, pronunciou ali duas lições, versando os temas «Glomemlonefrites agudas», e «Os estados anciços nas crianças».

— O professor da Universidade de São Paulo, sr. dr. Edmundo de Vasconcelos, proferiu no Hospital de Santa Marta, uma lição na qual apresentou um

quadro descriptivo dos megas, focando especialmente os megas-esófago, colon e uretere.

— O professor da Universidade de Genebra, sr. dr. A. J. Held, fez em Lisboa, a convite da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, uma série de lições sobre as doenças da boca e dentes.

— Pronunciaram conferências, no Hospital Geral de Santo António, no Porto, o sr. dr. Gil da Costa, que dissertou sobre «O problema actual dos tumores do seio», e na Maternidade de Júlio Dinis, o Prof. Claud Béclere, falou acerca do «Diagnóstico e terapêutica da esterilidade».

— Sob a presidência do senhor Presidente da República, inaugurou-se no dia 1 de Outubro, na Sociedade de Geografia, o I Congresso Luso-Espanhol de Hidrologia. Tomaram parte nos trabalhos realizados em Lisboa e nas terras do País, que visitaram, 160 congressistas dos quais 74 eram espanhóis.

Na sessão de encerramento, que se realizou no Palácio da Bolsa, no Porto, foi orador o vice-presidente do Congresso, sr. Prof. dr. Rocha Brito, que defendeu a tese de que os dois países — Portugal e Espanha — deviam colaborar no desenvolvimento do seu termalismo, considerando que, a par do sector humano, há também um factor económico.

Recordou ainda que os governos português e espanhol devem dar todas as facilidades nas fronteiras aos enfermos e hidrologistas que queiram frequentar as águas termais de um ou de outro país.

— No Hospital de S. José inaugurou-se no dia 30 de Setembro o II Congresso de Medicina de Urgência. Presidiu à sessão inaugural o sr. dr. Trigo de Negreiros, sub-secretário de Estado da Assistência.

Várias notas

Por iniciativa da Faculdade de Medicina do Porto e com a colaboração da Ordem dos Médicos, inaugurou-se no dia 29 de Outubro, naquela cidade, a sessão de abertura do Curso de Repetição e Actualização de Conhecimentos Médicos.

A lição inaugural foi proferida pelo sr. Prof. dr. Ernesto de Moraes, que dissertou sobre «Ictericias-Diagnóstico e terapêutica».

— O sr. Prof. dr. João Porto, foi nomeado sócio correspondente da Sociedade Francesa de Cardiologia.

— Tomou posse do lugar de neurologista dos Hospitais Civis de Lisboa, o sr. dr. Eugénio Miranda Rodrigues.

— O Conselho da Faculdade de Medicina deliberou dar o nome do Prof. Elísio de Moura ao pavilhão n.º 5 do Manicómio Sena.

— Os médicos militares que prestam serviço na Direcção dos Serviços de Saúde Militar, homenagearam com um banquete, o seu director sr. brigadeiro dr. Pinto da Rocha, pela sua promoção áquele posto.

— Foi louvado o médico sr. dr. Teixeira Furtado, que há 6 anos presta serviços gratuitamente no posto da G. N. R. de Mangualde.

— Por ter atingida o limite de idade, abandonou as funções de director do serviço clínico dos Hospitais Civis de Lisboa, o sr. dr. Joaquim José Marques da Silva Araujo.

— O Ministro do Interior determinou que a comissão instaladora do Hospital-Colónia Rovisco Pais seja composta pelo professor catedrático da Faculdade de Medicina, sr. dr. Fernando Baeta Bissaia Barreto Rosa, que servirá de presidente, tendo como vogais os srs. drs. Manuel dos Santos Silva, primeiro assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra e António Manuel Contreiras Machado Santos.

— Os srs. drs. Angelo Manuel Veiga da Maia Mendes, João Concio da Fonseca, Domingos Alves de Carvalho, João Esquivel e Silvino da Cunha, foram nomeados, respectivamente, professores de higiene escolar das Escolas do Magistério Primário do Porto, Guarda, Vila Real, Faro e Bragança.

— O governo da Colónia de S. Tomé e Príncipe foi autorizado a contratar, por períodos não superiores a 125 dias, conforme as necessidades, médicos especializados para prestarem serviço na mesma colónia. O vencimento do contrato não poderá exceder o correspondente a 12.000\$00 mensais, acrescidos do suplemento de vencimentos que estiver em vigor na colónia.

Falecimentos

Faleceu nesta cidade, a sr.^a D. Maria de Lourdes Pereira Coutinho de Sousa Refoios, filha estremecida do coronel médico, sr. dr. Júlio Coutinho de Sousa Refoios e sobrinha do sr. dr. Alvaro de Matos, professor catedrático da Faculdade de Medicina.

*

Com 71 anos, finou-se a sr.^a D. Maria Gomes de Matos Beja, saudosa mãe dos srs. drs. António de Matos Beja e Manuel de Matos Beja, e cunhada do coronel médico, sr. dr. Armando Macedo

*

Também faleceu, com 86 anos de idade, a sr.^a D. Ester Simões Trincão veneranda mãe do sr. Prof. dr. Mário Simões Trincão e avó do sr. dr. Renato de Azevedo Correia Trincão.

*

Faleceu, também em Coimbra, o sr. dr. João Evangelista Nunes Calisto, médico otorrinolaringologista. O saudoso extinto, que contava 57 anos, era vice-presidente da delegação da Ordem dos Médicos. O cadáver foi trasladado para Mira, terra da naturalidade do finado.

As famílias enlutadas apresenta «Coimbra Médica» as mais sentidas condolências.



Últimas Novidades Médicas, à venda na

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Últimas Novidades:

ALBORES — <i>Penicilina en Pediatría.</i> 1 vol., 188 págs., 1946 (A. T.)	80\$00
ALTET — <i>Guia Formulario de Clínica Oftalmológica.</i> 1 vol., 191 págs., 13 figs., 1946 (E. S.)	75\$00
ASTRALDI, MONSERRAT y ROCCATAGLIATA — <i>Nomenclatura y Clasificación Urológica Consideraciones sobre la clasificación.</i> 1 vol., 72 págs., 1945 (T. A.)	48\$00
AUDIER — <i>La Pratique des Médications Cardio-Vasculaires.</i> 1 vol., 253 págs., 1944 (D.)	42\$00
BAGUENA — <i>Lecciones de Geriatría. Enfermedades de la Vejez. Enseñanzas del Doctorado.</i> Volume 1. 1 vol. 133 págs., 1947 (E. S.)	80\$00
BARLARO — <i>Las Ictericias. Estudio moderno.</i> 1 vol., 251 págs., 20 figs., 1946 (A. T.)	105\$00
BARIÉTY et BROUET — <i>Phisiología del Médico Práctico.</i> 1 vol., 419 págs., 199 figs., 1944 (M.)	56\$00
BARRAQUER — <i>Las parálisis.</i> 2.ª edición. <i>La sintomatología, diagnóstico y tratamiento de las parálisis cerebrales, medulares, radiculares de los nervios craneales, de los nervios espinales, musculares e histéricas, y un capítulo dedicado al electrodiagnóstico.</i> 1 vol., 205 págs., 85 figs., 1947 (S.)	140\$00
BASOMBRIÓ — <i>La Lepra. Diagnóstico. Formas clínicas. Tratamiento.</i> 1 vol., 105 págs., 17 figs., 1943 (A. T.)	48\$00
BÉCART — <i>Hématologie Clinique.</i> 1 vol., 254 págs., 68 figs., 1 planche en couleur (L. M.)	87\$50
BENDA — <i>Le Granulo-Diagnóstico de la Tuberculosis.</i> 1 vol., 96 págs., 5 figs., 1945 (D.)	34\$50
BERTRAND — <i>Les Leucoblastoses Aleucémiques. Étude Nosológica.</i> 1946, 1 vol., 260 págs., 8 figs., (L. M.)	105\$00
BLADERGROEN — <i>La Fisicoquímica en la Medicina y en la Biología.</i> 1 vol., 470 págs., 132 figs., 1946 (E. C.)	210\$00
BLASKOVICS y KREIKER — <i>Cirugía de los Ojos. La experiencia del eximio autor húngaro, considerado como una de las primeras figuras de la Cirugía ocular europea.</i> 1 vol., 510 págs., 648 figs., 1947, Encad. (S.)	750\$00
BOIGEY — <i>La Cure d'Exercice aux différents âges de la vie et pour les deux sexes.</i> 1 vol., 300 págs., 204 figs., 1946 (M.)	140\$00
BOULE — <i>Les Hommes Fossiles. Éléments de Paléontología Humaine.</i> Troisième édition. 1 vol., 587 págs., 294 figs., 1946 (M.)	420\$00
BOURDE — <i>Précis de Sémio-Pathologie Chirurgicale Élémentaire.</i> 1 vol., 521 págs., 172 figs., 1946 (D.)	185\$00
BRAILLON — <i>La Désinsertion Extra-Pleurale des Syphyses Pulmonaires sous Contrôle de la Pleuroscopie.</i> 1 vol., 120 págs., 1947 (L. M.)	63\$00
BURNAND — <i>Problème des Tuberculoses Atípicas. Étude Clinique. Étude Anatomique. Étude Bacteriológica.</i> 1 vol., 335 págs., 20 figs., 1946 (M.)	266\$00
CANTONNET — <i>Oftalmología del Práctico.</i> 9.ª edición. 1946, 1 vol., 172 págs., 85 figs. (L. M.)	35\$00
CERVINI y WAISSMANN — <i>Dispepsia y Toxicosis. Revisión crítica de su patogenia y tratamiento.</i> 1 vol., 199 págs., 1946 (A. T.)	97\$50
CIBERT — <i>Tuberculosis Renal sous l'angle de la Thérapie.</i> 1 vol., 533 págs., 148 figs., 1946 (M.)	402\$50

Últimas Novidades Médicas, à venda na

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Últimas Novidades:

COATZ — <i>Gigantismo Fetal</i> . 1 vol., 112 págs., 1945 (A. T.)	40\$00
CORNUDELLA — <i>Terapéutica de la Tuberculosis Pulmonar</i> . 1 vol., 220 págs., 72 figs., 1947 (S.)	135\$00
CORTESI — <i>Notes Médicales du Pharmacien</i> . 1 vol., 351 págs. 2 ^o edição, 1946 (L. M.)	87\$50
CURUTCHET — <i>Tratamiento actual de las Heridas. Cirugia. Sulfamidas. Penicilina</i> . 1 vol., 214 pág., 7 figs., 1945 (A. T.)	72\$00
CUTTING — <i>Manual de Terapéutica Clínica. Guía para Estudiantes y Médicos Prácticos</i> . 1 vol., 581 págs., 1946. Encad. (E. C.)	276\$00
DEJEAN — <i>Tuberculosis Inaparentes</i> . 1946, 1 vol., 191 págs., 14 figs. (L. M.)	87\$50
DIHINX — <i>Cifosis Dorsal del Adolescente. Insuficiencia Vertebral</i> . 1 vol., 166 págs., 74 figs., 1947 (S.)	105\$00
ESPIN — <i>Contribution à la connaissance de l'Avitaminose C chez l'Homme</i> . 1946, 1 vol., 46 págs., 22 figs. (L. M.)	16\$00
DOMÉNECH-ALSINA — <i>Diagnóstico y Terapéutica Quirúrgicos de Urgencia</i> . 1 vol., 912 págs., 330 figs., 1947 Encad. (S.)	645\$00
DUMAREST — <i>Pratique du Pneumothorax Thérapeutique</i> . 1 vol., 416 págs., 19 figs., 1945 (M.)	131\$50
FIORE — <i>Diagnóstico Histológico. Reconocimiento de los Órganos por su Estructura Microscópica</i> . Tomo I. 1945. 1 vol., 394 págs., 55 figs., 45 láminas (A. T.)	176\$00
FORGUE — <i>Précis d'Anesthésie Chirurgicale</i> . 2 ^o edición. 1 vol., 400 págs., 113 figs. Encad. (D.)	91\$70
GARCIA-BLANCO — <i>Lecciones de Fisiología Especial</i> . Tomo I. 1 vol., 316 págs., 179 figs., 1945. (E. S.)	270\$00
GATTEFOSS — <i>Cosmétologie. Dermatologie Esthétique</i> . 1 vol., 114 págs., 1947 (L. M.)	60\$00
GILBERT-DREYFUS — <i>Manuel Pratique du Diabète. Une mise au point pratique, précise, moderne</i> . 1 vol., 162 págs. (F.)	30\$00
GÓMEZ-DURAN — <i>Las Secuelas Posttraumáticas. Les Síndromes Deficitarios Fisiopáticos de los Traumatismos</i> . 1 vol., 525 págs., 69 figs., 1947. Encad. (S.)	290\$00
GOROSTIAGA — <i>Diagnóstico y Tratamiento de las Distocias por Monstruosidad Fetal</i> . 1 vol., 80 págs., 13 figs., 1946 (A. T.)	32\$00
GOYANES (PROF.) — <i>Anales del Servicio de Neurología</i> . Ano I. 1947. 1 vol., 204 págs., ilustrado	225\$00
GUTHRIE — <i>Historia de la Medicina. Una amplia información acerca de las teorías y práctica médicas a través de las edades, de lectura deliciosa y llena de interés</i> . 1 vol., 558 págs., 72 láminas. 1947 Encad. (S.)	260\$00
HOUSSAY, ORÍAS, MENENDEZ y FOGLIA — <i>Fisiología Humana</i> . 1 vol., 1144 págs., 497 figs., 1945 (A. T.)	440\$00
HUBER et DURAND — <i>Maladies des Enfants</i> . Deuxième édition. 1 vol., 426 págs., 43 figs., 1946 (L. M.)	92\$80
JUAN LEON — <i>Semiología Obstétrica. Treinta e seis clases prácticas. Diagnósticos y Diagnósticos Diferenciales</i> . 1 vol., 795 págs. com 501 ilustraciones, 45 en colores, de las cuales 7 láminas em cromia. 1946 (A. T.)	310\$00