

PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

DIRECÇÃO CIENTÍFICA: AYRES KOPKE, prof. jubulado do Instituto de Medicina Tropical; EGAS MONIZ, prof. de Neurologia na Faculdade de Medicina de Lisboa; FROILANO DE MELO, director da Escola Médico-Cirúrgica de Nova Gôa (Índia); J. A. PIRES DE LIMA, prof. director do Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina do Pôrto; ROCHA BRITO, prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra; ROCHA PEREIRA, prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina do Pôrto.

ALMEIDA GARRETT, prof. na Faculdade de Medicina do Pôrto — REDACTOR PRINCIPAL

REDACÇÃO: ALBERTO DE MENDONÇA, director de serviço de Oto-rino-laringologia nos Hospitais Cívicos de Lisboa; AMÂNDIO TAVARES, prof. de Anatomia Patológica na Faculdade de Medicina do Pôrto; ARMANDO NARCISO, prof. do Instituto de Hidrologia e Climatologia de Lisboa; COSTA SACADURA, prof. jub. de Obstetria na Faculdade de Medicina de Lisboa; FERNANDO MAGANO, prof. agregado de Cirurgia na Faculdade de Medicina do Pôrto; FERREIRA DA COSTA, director do serviço de Estomatologia nos Hospitais Cívicos de Lisboa; FONSECA E CASTRO, prof. agregado de Pediatria na Faculdade de Medicina do Pôrto; LADISLAU PATRÍCIO, director do Sanatório Sousa Martins, Guarda; LOPES DE ANDRADE, prof. agregado de Oftalmologia na Faculdade de Medicina de Lisboa; VAZ SERRA, prof. de Patologia Med. na Faculdade de Medicina de Coimbra.

SUMÁRIO: Tuberculidade do distrito de Lisboa na quadra 1936-40, por AMÂNDIO PAUL. Neoplasmas gástricos com síndrome pseudo-palustre, por JOSÉ MARIA RODRIGUES DE CARVALHO

Movimento Nacional — *Arquivos de Patologia* (Polipose gastro-intestinal e cancro). *Coimbra Médica* (Mastoses). *Clínica, Higiene e Hidrologia* (Insuficiência respiratória. Cirurgia urgente do pâncreas.) *Amatus Lusitanus* (A glucoquinoterapia na diabetes).

Revista geral — **Fisiopatologia da hipertensão arterial**, por W. HÜLSE.

Notas científicas e práticas — Os estílbos no tratamento do cancro da próstata. Tratamento búlgaro dos estados parkinsonianos. Para a conduta no tratamento das afecções dolorosas músculo-esqueléticas. Asmas alérgicas de origem alimentar. Tratamento das infiltrações consecutivas a trombose dos membros. Dermite devida a pulseiras e ligas de borracha. Inconvenientes do pó de talco nas luvas cirúrgicas. Colectomia a quente nas colecistites agudas litíásicas. A foliculina não tem acção abortiva.

ANEXOS — **Incongruências em honorários médicos**, por A. GARRETT. **Variedades** — **Como André Maurois viu os médicos**. Notícias e Informações.

Composta e impressa na Tip. da "Enciclopédia Portuguesa", L.ª — R. Cândido dos Reis, 47 — Pôrto

EDITOR: A. GARRETT — Rua Cândido dos Reis, 47 — PÔRTO

o tratamento arsenical

da **SIFILIS ADQUIRIDA**
(Tratamento de entretem)
da **HEREDO-SIFILIS**
das **SIFILIS ANTIGAS**
das **DERMATOSES**
associadas à sífilis

pelo

Acétylarsan

*rigorosamente indolor
discreto, facil
neurotonico e eutrofico*

●

Composto arsenical d'eliminação facil
prestando-se a todas as modalidades do tratamento mixto

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

Marques POULENC Freres et USINES DU RHONE
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8^e)

DREVILL.

Representante para Portugal
SOC. COM. CARLOS FARINHA, L.^{DA}
Rua dos Sapateiros, 30, 3.^o
LISBOA

INCONGRUÊNCIAS EM HONORÁRIOS MÉDICOS

Está empenhada a nossa Ordem, pelos seus Conselhos Regionais e pelo Conselho Geral (que tem de sancionar as propostas que aquêles lhe formulem), em estabelecer tabelas de honorários clínicos, que sirvam de orientação no exercício profissional e de guia para a concessão de laudos a contas de honorários cujo pagamento seja recusado. Vem a propósito, por isso, algumas considerações, embora breves, sobre incongruências que o uso tem consagrado, mas contra as quais, a meu vêr, se deve lutar, procurando corrigi-las.

A primeira a notar é a disparidade de importâncias, para os mesmos serviços, entre terras próximas, sem notáveis diferenças de vida económica e social. Essas disparidades são numerosas, segundo informações que chegam ao meu conhecimento. Procurei saber qual a razão do facto, e apenas lhe encontro esta explicação dominante: um colega, com meios de vida próprios, sem necessidade de angariar pela clínica o pão de cada dia, cobrava honorários muito inferiores aos habituais na região; veio outro médico, o costume estava criado... e foi difícil modificá-lo. Ora tal não deve subsistir, porque não é justo, e coloca em situação precária os que tem de ir exercer para essas terras. A ocasião é azada para extinguir a anomalia, fixando-se honorários que não permitam diferenças sensíveis em meios semelhantes.

Outra incongruência é a pequena diferença que por vezes se observa nos quantitativos empregados para consultas e visitas. Se o serviço clínico é essencialmente o mesmo, o tempo gasto é geralmente muito maior nas visitas do que nas consultas, pois no primeiro caso há a contar com a deslocação, que em média pode calcular-se obrigar ao dispêndio de quasi tanto tempo como gasta o serviço clínico respectivo, quando não é maior. Há localidades em que o honorário de uma visita é de 20 escudos e o da consulta de 15; outras em que o daquela é de 50 escudos e o desta de 40; etc. Creio que a tabela

Syphilis:

Bismogenol

Fama Mundial

laboratório E. Tasse & Co. — Hamburgo

Dep. gera : S. Lencart Farmácia Cent — ral — Pôrto

* (A)



deve marcar para visitas honorários duplos ou quasi duplos dos relativos a consultas.

Também fere a falta, tão usual, de proporcionalidade entre o honorário de uma primeira consulta ou visita e o correspondente às consultas ou visitas seguintes por motivo da mesma doença. A primeira consulta ou visita implica um trabalho muito superior ao exigido pelos serviços seguintes, na quasi totalidade dos casos. Fixar o honorário no primeiro caso em 50, 40 ou 30, e no segundo, respectivamente em 40, 30 ou 20 (como em muitos sítios é de uso), não me parece razoável. Os honorários dos primeiros serviços deviam ser duplos dos estabelecidos para os serviços seguintes.

Outro ponto que, em meu entender, merece reflexão é a distância entre os honorários de clínica médica e os relativos a serviços cirúrgicos, mesmo quando estes são de fácil e rápida execução. A evolução da cirurgia, que no século passado levou os que a fazem a categoria profissional mais alta do que a dos médicos que não executem actos cirúrgicos (ao contrário do que dantes succedia, quando os cirurgiões eram uma espécie de artífices, abaixo dos médicos detentores da ciência), não justifica que entre uns e outros haja tão grandes distinções quanto a honorários. Uma avaliação mais justa do merecimento de todos os actos médicos, deve, sem prejuizo da remuneração condigna dos procedimentos cirúrgicos, estabelecer entre aquêles actos, seja qual fôr o campo da patologia e da terapêutica a que respeitem, uma relação de honorários mais equitativa do que a que correntemente se observa entre nós.

Ainda outra incongruência: a enorme diferença actual entre os honorários habituais nas cidades e nos pequenos aglomerados urbanos. Compreende-se que o médico cidadão, obrigado a maiores despezas com habitação, indumentária, consultório, etc., adopte para os seus serviços normas de honorários mais altos do que os colegas que exercem em zonas rurais; mas não são lógicas as disparidades que, neste ponto de vista, tanto se observam; porque não correspondem a diferenças substanciais no total do custo da vida, e o médico que vive longe dos centros urbanos tem, em contrapartida, maiores despezas que o cidadão quando tem necessidade de se deslocar às cidades e quando tem filhos a educar. Para clientes em igualdade de circunstâncias economicas, os honorários de um determinado serviço não devem distanciar-se muito, pelo facto de esse serviço ser prestado em localidades diversas.

Outros pontos poderia ainda tocar. Bastam estes, que se me afiguram os mais salientes, para mostrar quanto cuidado deve haver na elaboração de tabelas de honorários, officiais, com a responsabilidade da Ordem. E no entanto, as tabelas são precisas. Os meus votos são de que o trabalho em curso saia o mais perfeito possível, para honra da classe.

A. GARRETT.

VARIÉDADES

Como ANDRÉ MAUROIS viu os médicos

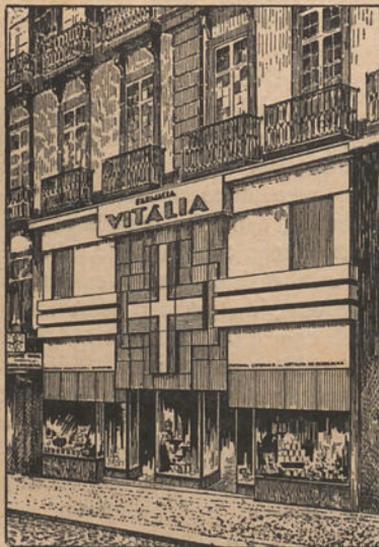
Muito tempo vivi sem médicos. Nunca tinha estado doente e tinha contra a medicina sólidos prejuízos. Sustentava que sabia pouco e que mais servia para nomear as doenças de que para as curar, e que se algumas receitas úteis possuía todo o mundo as conhecia. Quem tenha um pouco de experiência, trata-se a si mesmo. Quando encontrava algum médico divertia-me, escandalizando-o com a minha incredulidade.

Mas chegou a hora. Foram os livros de medicina que começaram a minha conversão. Não pelo seu conteúdo mas pelos seus efeitos. Quando depois da grande guerra notei que a máquina do meu corpo já não estava nova e falhava por vezes, procurei nos livros as causas e os remédios dos meus males. Eu era sugestionável. Ao ler a descrição das doenças, julgava ter todos os sinais delas. O humorista inglês Jérôme K. Jérôme conta como, lendo um dicionário de medicina, tinha descoberto que

FARMÁCIA VITÁLIA

DIREÇÃO TÉCNICA DO SÓCIO 34, PRAÇA DA LIBERDADE, 37—PÓRTO Telef.: 828 e 413
RIBEIRO DA CUNHA Telegr.: Farmácia VITÁLIA

Laboratórios de esterilizações, de produtos farmacêuticos e de análises
AVIAMENTO RIGOROSAMENTE CONTROLADO DE TODO O RECEITUÁRIO CLÍNICO



Alguns produtos injectáveis especializados de reconhecido valor terapêutico:

Cálcio Vitália — Ampolas de 2, 5 e 10 c. c. de soluto estabilizado a 10 e 20 % de gluconato de cálcio quimicamente puro.

Cálcio-Vitacê — Ampolas de 5 c. c. de gluconato de cálcio a 10 % e de Vitamina C (1.000 U.I.).

Vitabê — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B₁, doseadas a 0,005 (2.500 U.I.).

Vitabê forte — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B₁, doseadas a 0,025 (12.500 U.I.).

Vitacê — Ampolas de 1 e 2 c. c. de Vitamina C, doseadas a 0,05 (1.000 e 2.000 U.I.).

Vitacê forte — Ampolas de 5 c. c. de Vitamina C, doseadas a 0,10 (10.000 U.I. por ampola)

sofria de tôdas as enfermidades; faltavam-lhe sòmente os sintomas de gravidez, e apesar disso não estava muito seguro...

Bem depressa eu tive aneurisma da aorta, insuficiência tiroideia, hipertensão, e mil outras coisas. O ponto culminante foi uma apendicite. Devia embarcar para a América. Senti bruscamente violentas dores do lado direito. Calculei que tinha apenas o tempo preciso para me fazer operar antes da partida do transatlântico. Fui ver um exímio cirurgião que é ao mesmo tempo um dos mais fiéis amigos. Examinou-me minuciosamente e disse-me: «V. não tem apendicite». Perdão — lhe respondi: e êle: — «eu também lhe peço desculpa, mas não o operarei, pois as suas dores são devidas à preocupação da viagem, e quando estiver a bordo não mais o apoquentarão». Tudo se passou como êle previra, e isto começou a reconciliar-me com a medicina.

Algum tempo depois estive realmente doente, e tive a sorte de encontrar um bom médico. Compreendi então que a visita de um homem de evidente experiência tranqüillisa, destrói absurdas auto-sugestões, e cria ao doente a indispensável atmosfera de calma e confiança.

Mas convém saber o que entendo por um bom médico. Tenho certa confiança em análises bem feitas. Agrada-me vêr uma comparação entre o meu corpo e um corpo normal. Mas também quero que o meu médico seja um artista e aplique à compreensão do doente alguns métodos de filósofo e de novelista. Se o exame nada revela, é preciso descobrir algo, sem deixar de tranquilizar o paciente, que se crê enfermo. A máquina humana é muito especial: a vontade, o receio e a ignorância tem sôbre ela tanto poder como o alcool, a morfina ou a insulina. Um grande médico trata o espírito pelo corpo, mas também trata o corpo pelo espírito. Tanto para interrogar como para aconselhar, é oportuno saber que o médico pode aprender tanto com o doente como êste com o médico. Assim é o médico que desejava e que tenho.

Quais são os que não quero? Há-os de diversas categorias. Uma é a dos que não querem ouvir o doente. Não se deve privar uma pobre criatura do consôlo de falar de si. Se vê raras vezes o médico, quer aproveitá-las para lhe descrever as suas moléstias. Se o médico lhe impõe silêncio, e interrompe com desprezo uma história talvez longa e absurda, mas que traduz uma angústia sincera, deixa-lhe uma impressão má e perigosa. Um médico pode ser brusco, mas com cuidado. Pior é, porém, o médico que fala de si mesmo, com o duplo inconveniente de ser massador e de impedir o relato do doente, no parecer dêste muito mais importante. Todo o doente deve ficar com a sensação de que, fora da sua saúde, nada tem interêsse para o médico que o trata. Insupportável é também o médico que emprega grandes palavras difíceis, julgando curar uma doença porque a nomeia com um grupo de raízes gregas. Que os deuses imortais vos assistam, e vos livrem do médico maníaco!

Oxalá tenhais por amigo um médico metódico, paciente, que conheça as alavancas da ciência e da arte, do diagnóstico e da simpatia: não pode haver outro mais precioso.

DURANTE O INVERNO...



AMPOLAS — XAROPE

A «BRONQUITINA» ampolas, associando a QUININA BÁSICA e as ESSÊNCIAS ANTISÉPTICAS, usualmente empregadas nas afecções bronco-pulmonares, com a VITAMINA «A» (factor anti-infeccioso), é uma fórmula original que tem merecido os melhores elogios.

A «BRONQUITINA» xarope, combatendo o sintoma tosse que mantem em permanente irritação todo o aparelho respiratório, constitui um valioso auxiliar do tratamento.

PREPARAÇÃO DOS
LABORATORIOS JABA

Rua Actor Taborda, 5 — Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PÔRTO:
Rua Mártires da Liberdade, 120

DEPÓSITO EM COIMBRA:
Avenida Navarro, 35

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

Ordem dos Médicos. — Reüniram as assembléias gerais das 3 Secções Regionais, que aprovaram os relatórios das gerências no ano findo. A assembléia geral da Ordem reunirá em Fevereiro para apreciar o relatório do Conselho Geral. Na forma dos anos anteriores, daremos uma notícia global de todos os trabalhos realizados por todos os Conselhos, logo que esteja distribuído o relatório do Conselho Geral.

A assembléia geral extraordinária da Secção do Pôrto, realizada no dia 3, para apreciar o pedido de deposição do mandato, apresentado pelo respectivo Conselho, decorreu muito animada. Nela foi lida uma exposição do procedimento daquêle Conselho na questão dos concursos a médicos do Hospital Geral de Santo António da Santa Casa da Misericórdia do Pôrto, em relação com a actuação do Conselho Geral e do seu presidente na mesma questão e para com o Conselho Regional; concluiu essa exposição por se lhe afigurar difícil, senão impossível, manter o espírito de cooperação que deve existir entre os dois Conselhos, pelo que solicitou da assembléia aceitasse a escusa à continuação do exercício das suas funções. Essa exposição foi publicada com o relatório da gerência de 1944. A assembléia aprovou por unanimidade uma moção cujas conclusões são as seguintes: louvar o actual Conselho Regional, e os seus antecessores, pela forma criteriosa como orientaram a referida questão, salientando a importância das sentenças proferidas no respectivo processo, pelas quais se reconheceu a legitimidade da Ordem intervir na defesa dos médicos das Misericórdias; não aceitar o pedido de deposição de um mandato que tem exercido com acerto e firmeza; encarregar o sr. Dr. Alberto Cruz de levar ao conhecimento das entidades superiores a falta de cumprimento do acordado na referida questão, por parte da Misericórdia; encarregar o mesmo colega de fazer ver às competentes instâncias a necessidade de resolver sobre a situação dos 3 médicos que indevidamente foram ocupar lugares no Hospital de Santo António, com agravo dos que cumpriram as determinações do Conselho Regional; chamar a atenção do Conselho Geral para as injúrias que ao Conselho Regional foram dirigidas nos documentos que aquêles 3 filiados lhe enviaram.

Remuneração dos médicos das Casas do Povo. — Pelo Sub-secretariado de Estado das Corporações e Previdência Social foi lavrado um despacho que esclarece não precisarem de aprovação directa do I. N. T. P. os editais de abertura de concursos para lugares de médicos das Casas do Povo, os quais devem obedecer às condições-bases que superiormente foram prescritas. Nelas está o seguinte quanto a remunerações: não pode a sua totalidade exceder a importância correspondente a 30 por cento das receitas normais das Casas do Povo, nem traduzir-se para os beneficiários em capitação superior a 30 centavos por mês. Por aqui se vê como o regimen superiormente estabelecido está longe daquilo que a Ordem tem defendido como mínimo de honorários dos médicos daqueles organismos corporativos.

Contratos e acumulações de cargos em organismos corporativos.

— O Sub-secretariado de Estado das Corporações e Previdência Social determinou que todos os contratos para lugares com remuneração mensal igual ou superior a 600 escudos sejam feitos em triplicado, sendo o original em papel selado, e assinado sobre selo de 25 escudos. Até àquella importância, como total das remunerações, não é preciso, para acumulações, autorização superior, bastando o preenchimento do respectivo impresso estatístico; excedendo-a, é necessário obter autorização que será dada mediante requerimento do interessado, enviado por intermédio do respectivo organismo, que o informará. Quanto a acumulação de qualquer cargo, seja qual for a sua remuneração, com cargos do Estado, é indispensável obter-se autorização d'este, dada em Conselho de Ministros.

Junta Central das Casas do Povo. — O decreto-lei n.º 34.373 (D. G. de 10-I) criou este novo organismo. O seu artigo 4.º diz: « No domínio da assistência sanitária, a Junta procurará o entendimento com as câmaras municipais, as Misericórdias e outras entidades públicas ou particulares, por forma a evitar a dispersão e a duplicação dos esforços ». Entre os vogais da Junta há um representante da Direcção Geral de Assistência.

K O L A A S T I E R

GRIPE — CONVALESCENÇA — DESPORTOS

L Y X A N T H I N E

REUMATISMO — GÔTA — ARTRITISMO

C O L I T I Q U E

TODAS AS AFECÇÕES COLIBACILARES

S T A L Y S I N E

TODAS AS AFECÇÕES ESTAFILOCÓCICAS

P H I L E N T É R O L

TODAS AS AFECÇÕES INTESTINAIS

A R H É O L

BLÉNORRAGIAS — CISTITES — PIELITES

COMPLETA O TRATAMENTO PELAS SULFAMIDAS

R I O D I N E

N É O - R I O D I N E

MEDICAÇÃO IODADA SEM IODISMO.

VIA BUCAL OU INJECTÁVEL.

LABORATÓRIO DO DR. P. ASTIER

Literatura e amostras nos representantes

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — 240, Rua da Palma, 246 — Lisboa

Rações de géneros para doentes. — A tabela proposta pela Ordem dos Médicos e aprovada pela Intendência Geral dos Abastecimentos, afim de evitar a menção do diagnóstico e a indicação dos géneros a fornecer e respectivas quantidades, estabeleceu 8 grupos de casos: 1.º doenças agudas; 2.º convalescentes; 3.º diabéticos; 4.º pleuríticos e pré-bacilares; 5.º bacilares; 6.º gástricos, hepáticos e colíticos; 7.º cárdio-vasculares; 8.º nefríticos. Os géneros correspondentes a cada grupo são: açúcar e sabão, para o 1.º grupo; azeite e bacalhau para o 3.º grupo; açúcar, arroz, azeite e massas, para os 6.º e 8.º grupos; açúcar, arroz, azeite, bacalhau e massas, para os 2.º, 4.º e 7.º grupos. Não registamos as quantidades de cada género, porque os fornecimentos não podem exceder as cifras marcadas na tabela; pelo que o melhor é, na linha apropriada da requisição, escrever: os géneros correspondentes ao grupo, nas quantidades prescritas na respectiva tabela.

Homenagens. — A Câmara Municipal do Cartaxo deu a uma rua da vila o nome do falecido Dr. Júlio Montez, que ali clinicou durante mais de trinta anos.

Em sessão solene, o povo de Mora prestou homenagem ao seu médico, Dr. Francisco Xavier Monteiro.

Pelos sócios da Caixa de Providência dos Médicos Portugueses foi oferecido um almôço ao Dr. Rodolfo Xavier da Silva, director da referida Caixa.

Instituto P. de Oncologia. — Pela primeira vez distribuíram-se os prémios Silva Pereira e Ernesto Schroeter, destinados a galardoar trabalhos científicos. Couberam aos assistentes do Instituto, Drs. D. Maria Teresa Dias e Edmundo Lima Bastos.

Conselho Superior de Investigações Científicas de Espanha. — Para a reunião plenária que se effectuou em Dezembro último foram convidados o Instituto para a Alta Cultura e os reitores das nossas três Universidades. Entre os representantes destas entidades que assistiram àquela reunião contavam-se dois médicos: o prof. dr. Amândio Tavares, vice-presidente do I. A. C., e o prof. dr. Maximino Correia, reitor da Universidade de Coimbra.

Julgamento de um curandeiro. — Em Janeiro de 1942, a Ordem dos Médicos apresentou queixa em juízo contra o famigerado Ibrahim Ibeche, do Pôrto. O julgamento effectuou-se agora, e teve como resultado a condenação do curandeiro, por se ter provado o facto imputado, de exercício ilegal da medicina: foi condenado em seis meses de prisão remível por multa de 12\$50 por dia, igual tempo de multa a 1\$50, 1.500\$00 de imposto de justiça, e 250\$00 de indemnização à parte acusadora.

Partidos médicos, a concurso: Sarzedas, concelho de Castelo Branco. Tôpo, concelho de Calhêta (Ilha de S. Jorge). Leomil, concelho de Moimenta da Beira. Santa Marinha de Zêzere, concelho de Baião. Rosário, concelho de Lagoa (Açores).

Faculdade de Medicina de Lisboa. — Terminaram os concursos para dois lugares de professor extraordinário de Cirurgia, tendo sido aprovados em mérito absoluto e graduados em mérito relativo, pela ordem seguinte, os candidatos srs. drs. Adelino Costa, Virgílio de Moraes e João Cid dos Santos.

Faculdade de Medicina do Pôrto. — No Diário do Governô de 23-I foi publicada a portaria n.º 10.849, que louva a Faculdade pela acção de seus professores na criação da Maternidade de Júlio Dinis e do Instituto de Puericultura, e aprova as normas da utilização docente dos dois estabelecimentos, hoje integrados na Delegação no Pôrto do Instituto Maternal.

Doutor António Maria de Sena. — Em Seia, terra natal do grande apóstolo da assistência psiquiátrica, Doutor António Maria de Sena, no dia 1, data do primeiro centenário do seu nascimento, prestou-se homenagem à sua memória; realizou-se uma sessão solene e descerrou-se uma lápide na casa em que viveu. No Hospital do Conde de Ferreira, no Pôrto, de que Sena foi primeiro director, effectuou-se também uma sessão de homenagem, sendo a biografia do ilustre psiquiatra traçada pelo Prof. Barahona Fernandes, sub-director do Hospital Júlio de Matos, de Lisboa.

Necrologia. — Em Lisboa, o major-médico reformado dr. Raúl Manso Preto Cruz, o dr. Procópio Malta da Silva Bento, e o dr. Tiago Marques, director do Serviço de Estomatologia do Hospital de Santa Marta, presidente da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, e nosso distinto leitor. Em Abrunhosa, o nosso antigo leitor dr. José de Carvalho Homem, que foi considerado delegado de saúde de Sátão.

PORTUGAL MÉDICO

(3.^a SÉRIE DAS ANTIGAS REVISTAS: GAZETA)
DOS HOSPITAIS E VIDA MEDICA. ANO 37.^o)

1945

N.º 1

Tuberculose do distrito de Lisboa na quadra 1936-40

por AMÂNDIO PAÚL

Inspector dos Dispensários
da Assistência Nacional aos Tuberculosos

Informam os números que, devido certamente à inclusão de Lisboa na sua área, a demografia neste distrito abunda em contrastes e imprevistos — *as anomalias demográficas*, de que Ricardo Jorge já nos falava. Assim: 1.º — a uma nupcialidade razoável que chegou mesmo a ultrapassar a média nacional, mas imprevisível dada a notória fartura de bastardos nesta região, como adiante se verá, corresponde discordantemente uma nascença ultramoderada, a mais fraca registada no país; 2.º — rareando, porém, as crianças — as vítimas predilectas da morte, *por tão mal entre nós as tratarmos*, diga-se de passagem — e, abundando na sua população, por notável afluxo migratório, os adultos, de maior resistência vital, era natural *prever* uma mortalidade fraca. Tal não se verificou, pois que a mortalidade geral veio antes a numerar-se em média, na quadra considerada, por uma cifra que excedeu a taxa apurada no País; 3.º — na tuberculose inscreve-se o distrito com o maior índice do País, quando a verdade é que daqui, de Lisboa — tudo o indicava — é que naturalmente deveria partir o exemplo da demonstração prática da eficácia dos meios de acção, directa e indirecta, a empregar no combate e na prevenção do flagelo; 4.º — à menor natalidade distrital do País, aqui registada, corresponde, *contra todas as previsões*, um dos maiores índices da mortalidade infantil; 5.º — o exíguo valor do incremento *fisiológico* da população contrasta singularmente com o seu evidente crescimento *real* acusado pelos *censos*, a revelar uma forte corrente imigratória à custa da qual está medrando e tanto influi na estrutura especial da população e, assim, na demogenia; (1) etc., etc.

* (1)



Ouçamos agora os números, na parte relativa à tuberculosidade, pois o estudo da demogenia ficará para outro artigo.

*

A tuberculosidade exprimiou-se em média, nos cinco anos, pelo índice rectificado de 3,068 óbitos em mil hab., que pouco diverge do índice oficial 3,019, graças ao pequeno valor da percentagem de óbitos de causa ignorada, na mesma quadra. (Tabela A).

A—Tuberculosidade no distrito de Lisboa

Percentagem de óbitos de causa ignorada. Índices de tuberculosidade, oficiais e rectificados. Médias do quinquénio 1936-40.

CONCELHOS DISTRITO PORTUGAL	Percentagem de óbitos de causa ignorada	Índices oficiais de tuberculosidade por mil hab.	Índices rectificados (a)
Alenquer	8,72	1,618	1,771
Arruda dos Vinhos	2,72	1,168	1,195
Azambuja	7,01	1,368	1,471
Cadaval	1,97	1,165	1,186
Cascais.	0,62	1,805	1,815
Lisboa	0,98	3,690	3,725
Loures.	2,09	2,193	2,246
Lourinhã	0,71	1,685	1,687
Mafra	2,59	1,672	1,717
Oeiras	2,59	1,680	1,725
Sintra	2,21	1,658	1,701
Sobral de Monte Agraço	5,95	1,098	1,167
Torres Vedras	2,77	1,682	1,732
Vila Franca de Xira.	3,11	1,939	2,008
Distrito	1,58	3,019	3,068
Portugal	6,7	1,514	1,682

(a) Partiu-se do princípio de que também nos óbitos de causa ignorada se verificou a percentagem de tuberculosidade apurada nos óbitos de causa conhecida. Os valores da população foram calculados pelos «censos» de 1930 e 1940 (resultados provisórios para o censo de 1940).

Foi o maior índice que se registou em todo o país. Sobrepujando o índice nacional, só dois distritos mais — Pôrto e Setúbal — se inscrevem no rol obituário da tuberculose em Portugal, mas com

índices bastante distanciados do de Lisboa — 2,178 para o Pôrto e 1,962 para Setúbal. (Tabela B).

B — Médias do quinquénio 1936-40, nos distritos, da **tuberculose**, das **taxas demogénicas** e da **mortalidade infantil**.

DISTRITOS	Nupcialidade	Natalidade	Mortalidade geral	Mortalidade infantil	Tuberculose
Aveiro	6,92	28,33	14,50	116,06	1,298
Beja	5,12	27,23	13,93	125,16	1,367
Braga	5,37	32,57	16,70	136,04	1,322
Bragança	5,83	32,72	19,18	149,58	0,708
Castelo Branco	7,11	28,01	14,37	116,18	0,729
Coimbra	6,87	22,66	14,68	97,84	1,359
Évora	5,31	26,48	13,54	124,04	1,119
Faro	6,42	23,04	13,90	117,78	1,500
Guarda	6,46	30,05	17,41	139,38	0,669
Leiria	6,55	27,16	14,12	108,60	1,120
Lisboa	6,55	17,90	16,25	163,66	3,019
Portalegre	6,61	25,10	13,16	118,06	0,999
Pôrto	6,93	28,89	18,03	171,50	2,178
Santarém	6,67	23,49	12,59	102,12	0,979
Setúbal	5,15	25,33	14,06	155,26	1,962
Viana do Castelo	5,43	25,96	14,96	109,14	1,071
Vila Real	4,94	29,37	17,12	125,30	0,860
Viseu	6,64	28,13	15,95	110,40	0,980
Angra	6,63	25,76	17,31	189,38	0,849
Horta	6,54	22,22	14,18	118,46	0,435
Ponta Delgada	6,25	29,45	16,61	185,12	0,804
Funchal	6,22	32,80	16,12	146,14	1,235
Continente	6,30	26,07	15,58	132,55	1,583
Ilhas	6,31	29,71	16,23	163,49	0,973
Portugal	6,30	26,32	15,63	134,97	1,514

Taxas referidas a mil hab. A mortalidade infantil corresponde aos óbitos de 0-1 ano por mil nado-vivos. Números absolutos extraídos dos «Anuários demográficos».

Verifica-se, pois, que, pela ordem decrescente dos índices, os distritos de maior tuberculose são: Lisboa, Pôrto, Setúbal, Faro, Beja, Coimbra, Braga, etc. Os três distritos menos tocados são, pela mesma ordem: Bragança, Guarda e Horta. No continente é, pois, o distrito da Guarda o mais poupado pela tuberculose e já na quadra anterior está registado o mesmo facto. (V. «A Tuberculose em Portugal — Distrito da Guarda», 1931-35. A. Paúl).

Na apreciação, porém, do elevado índice do distrito de Lisboa, também há que levar em conta que muitos deverão ser os doentes estranhos à sua população que numa derradeira esperança de cura ou de melhoras, e ainda por outros motivos, aqui vêm terminar os seus dias em hospitais e sanatórios. E porque não possuímos um rol obituário ordenado em função da residência dos falecidos e as próprias certidões de óbito, quando se trata de tuberculose, encontram-se freqüentemente viciadas, a respeito do pormenor da residência dos falecidos (por motivos aliás bem conhecidos), o êrro, maior ou menor, que vem a cometer-se, é inevitável. Dêle estão eivadas tôdas ou quási tôdas as estatísticas sobretudo nos grandes aglomerados populacionais e com êle é forçoso contar. A atenuá-lo temos só os óbitos por tuberculose que não raro se contam a menos por indevidamente incluídos noutras rubricas da nomenclatura das causas de morte, e, no caso dos grandes centros, o elevado valor da população com que os óbitos têm de se relacionar para a obtenção dos índices.

Seja como fôr, o índice distrital de Lisboa suporta bem qualquer redução e aliviado que seja, *grosso modo*, da sobrecarga dos óbitos adventícios, não deixará de continuar a ser o maior que se regista em todos os distritos do País. ⁽⁸⁾

Finalmente, na flutuação dos índices de tuberculosidade durante os cinco anos notam-se dois aumentos: um, de 7,1 %, de 1937 para 1938, e outro, maior, de 10,9 %, de 1939 para 1940, pequena amostra do que a actual guerra, como já aconteceu na anterior mas desta vez em maior escala, nos irá revelar. Em contrapartida, de 1936 a 1937 está registada uma pequena quebra de 4,8 %, seguida de uma outra maior — 13,2 % — verificada de 1938 a 1939. No conjunto, de 1936 a 1940, não se produziu, pois, qualquer alteração no valor dos índices, e esta revelação dos números não vai decerto surpreender ninguém. ⁽⁹⁾

Passando agora a apreciar a tuberculosidade nos 14 concelhos do distrito, em função do valor dos seus índices, apura-se: 1.º — Só o concelho de Lisboa, com o seu índice desmarcado 3,725, excedeu a média distrital; 2.º — Nove concelhos ultrapassaram o índice nacional (Tuberculosidade forte). Foram, enumerados pela ordem decrescente do valor dos índices, Loures 2,246, Vila Franca de Xira 2,008, Cascais 1,815, Alenquer 1,771, Tôrres Vedras 1,732, Oeiras 1,725, Mafra 1,717, Sintra 1,701 e Lourinhã 1,687; 3.º — Quatro concelhos ficaram aquém da média, mas todos acima de 1,000 (Tuberculosidade moderada), a saber: Azambuja 1,471, Arruda dos Vinhos 1,195, Cadaval 1,186 e Sobral de Monte Agraço 1,167, o menor índice concelhio do distrito; 4.º — Nenhum concelho se inscreve com índices inferiores a 1.000 (Tuberculosidade fraca).

E assim, nos extremos da escala da mortalidade tuberculosa no distrito, situam-se, em cima, o concelho de Lisboa, bastante distanciado da média e, em baixo, muito aquém dessa média e da nacional, Sobral de Monte Agraço, logo seguido pelo Cadaval (4) que na quadra anterior batera o *record* da mais baixa tuberculosidade (6). E como na mesma quadra, também como agora, os concelhos de Arruda dos Vinhos, Azambuja, Cadaval e Sobral de Monte Agraço registaram os menores índices, bem poderão invocar em favor da situação privilegiada que usufruem no distrito, esta revelação da estatística afirmada já em dez anos consecutivos.

Dentre os dez concelhos de tuberculosidade superior à média verificada no distrito, já de si exagerada, destaca-se Lisboa com o seu índice 3,725 — o maior de que se dá conta no Continente e Ilhas, mesmo depois de aliviado do contrapêso dos óbitos que presumivelmente possam ter ocorrido em pessoas estranhas à sua população. (6)

C — Dados demográficos de diversas cidades

CIDADES	População (1938)	Nupcialidade por mil habitantes (1934)	Natalidade por mil habitantes (1936-38)	Mortalidade geral por mil hab. (1936-38)	Incremento natural	Mortalidade infantil por mil nado-vivos (1936-38)	Tuberculosidade por 100 mil hab. Todas as formas da tuberculose (1936-38)
Berlim	4.304.000	14,0	14,3	12,9	1,40	59,3	81,97
Berna	121.000	9,5	11,2	9,8	1,40	43,7	89,63
Bruxelas . . .	894.000	8,0 (1935)	10,1	9,5	0,60	101,3	60,37
Copenhague . .	691.000	11,8	17,7	11,03	6,67	43,3	52,90
Haia	493.000	8,0 (1936)	15,2	8,9	6,30	27,7	37,87
Londres	4.063.000	10,2	13,5	12,07	1,43	61,0	76,30
Paris	2.830.000	9,2	11,1	12,0	— 0,90	64,7	162,80
Roma	1.266.000	7,7	22,3	11,7	10,60	79,3	128,03
Média nas 4 grandes cidades. .	3.115.750	10,27	15,30	12,16	3,13	66,0	112,27
Média nas 4 pequenas cidades	549.000	9,32	13,55	9,81	3,74	54,0	60,19
Média geral . . .	1.832.750	9,80	14,42	10,98	3,44	60,0	86,23
Lisboa (1936-1940)	682.613	7,05	15,76	17,53	— 1,77	176,7	372,5

Fontes: Rap. epidem., annual. S. D. N., 1938, — Secção de estatística da A. N. T.

Do valor desconforme da mortalidade tuberculosa de Lisboa falam os números desta tabela, em que está marcada a posição da nossa capital em relação a oito capitais europeias, grandes e pequenas, informando ainda, para ulteriores confrontos, sôbre a demografia e a mortalidade infantil (Tabela C). Dizem êstes números, quanto à tuberculidade, que o índice maior lá fora — o de Paris — não chegou a alcançar a metade do valor do nosso, em Lisboa; mas, em relação ao da Haia — o menor de todos — o nosso é cêrca de dez vezes maior!

E não será preciso acrescentar mais nada, assim o cremos, em refôrço da afirmação já tantas vezes feita e repetida, de quê há muito ainda a fazer entre nós, a começar em Lisboa, em matéria de luta contra a tuberculose. E' bem certo que, como diz o Sr. Doutor Vaz Serra, «a alta mortalidade (por tuberculose) coloca-nos em circunstâncias deprimentes perante a maioria dos países do mundo civilizado», e que «a luta anti-tuberculosa é dever de todo o país que preza a saúde dos seus cidadãos». (7)

Pode ter-se, pois, como certo, no falar dos números, *que morrem de tuberculose em Lisboa, em cada ano, nada menos de 2518 pessoas* — média oficial apurada na quadra 1936-40 —, e dizem os médicos que deveríamos possuir nos seus hospitais e sanatórios um número igual, pelo menos, de camas exclusivamente reservadas a essas pessoas. Pelo menos um número igual de camas — repetimos —, pois é de saber que a Dinamarca, *verbi gratia*, possui um número de camas que há muito excede o total das mortes, e em certos Estados da América do Norte pretende-se agora, e ao que parece com razão, elevar o número de camas ao dôbro dos óbitos. (8)

Pois bem, a nossa maior e, sem favor, melhor organização anti-tuberculosa do país, dispõe na capital de 308 camas assim distribuídas: 122 no sanatório da Ajuda (sendo 110 para pobres) e 186 no sanatório do Lumiar (sendo 179 para pobres). E como nos Hospitais Cívicos (Rêgo) estão destinadas a tuberculosos, segundo informações que amavelmente nos foram fornecidas, 382 camas, obteremos um total (9) que acusaria só um déficit de 1828 camas se tôdas fôssem ocupadas por doentes de Lisboa, o que de facto, infelizmente, não se dá. Por outro lado, àquele número de óbitos deverão corresponder cêrca de 16 mil doentes, como se crê nos nossos serviços, (10) e admitindo que 60 % serão pobres — e não será exagerada esta percentagem — aqui teremos nós nada menos de 9600 doentes concorrentes às 690 camas oficiais — chamemos-lhes assim — já em parte ocupadas aliás, como dissemos, por doentes de fora. E porque é assim mesmo, os tuberculosos em elevado número «enchem os hospitais gerais ou encarregam-se de espalhar o mal por tôda a parte, vindo muitos a morrer ao abandôno». (11)

O essencial em tôda a luta bem organizada contra a tuberculose é no dizer unânime dos médicos: primeiro, o ataque directo à doença pela descoberta e destruição dos verdadeiros *ninhos* onde se acoita e de onde há-de partir a semente que, cêdo ou tarde, vem a gerar e multiplicar os doentes, e, segundo, a pesquisa, entre os sãos, dos predispostos, suspeitos e ameaçados, ou sejam, os futuros doentes se não forem devidamente vigiados e tratados. Êsse papel primacial incumbe, pelo seu serviço social, aos dispensários, o que equivale a dizer que, para bem o poderem desempenhar, como se faz místico, é absolutamente necessário bem provê-los dos indispensáveis recursos. Quando tal acontecer — dissémo-lo já —⁽¹³⁾ e fôr possível, logo a seguir, estender a sua rede a todo o país, fazendo-a passar *obrigatoriamente*, por expressa disposição legal, pela séde de todos os concelhos — os de maior tuberculidade em primeiro lugar e que já sabemos quais são —,⁽¹³⁾ e ainda por uma ou outra aldeia mais provada pelo mal, então sim, é que o combate à tuberculose passará a fazer-se em melhores condições de êxito.

Em matéria de dispensários⁽¹⁴⁾ possui a A. N. T. apenas cinco em todo o distrito — quatro em Lisboa e um em Sintra. No entanto, de há muito dizem os números — do nosso conhecimento desde 1931 — que também nos concelhos de Loures, Vila Franca de Xira, Cascais, Alenquer, Tôrres Vedras, Oeiras, Mafra e Lourinhã, mencionados pelo valor decrescente dos seus exagerados índices obituários na quadra 1936-40, a tuberculose carece urgentemente de ser combatida.

Êste é pois o quadro: concelhos em que nada existe e tudo é preciso fazer, outros em que o existente está em desproporção com a gravidade do mal, e, na própria capital, insuficiência manifesta de meios de tratamento dos seus tuberculosos pobres.

N O T A S

(1) Menção especial, sob êste aspecto, merece, em todo o distrito, o concelho e cidade de Lisboa. Os números de há muito lhe conferem saldos fisiológicos negativos e se é certo que, em boas contas, tem de se abater ao total dos óbitos pelo menos os que se verificaram, nos estabelecimentos da assistência, em pessoas estranhas à sua população, também não é menos certo que, mesmo assim, o número de óbitos continuaria superior ao dos nascimentos. E assim, o que vale a Lisboa para crescer como informam os *censos* da sua população, é a Nação que, Deus louvado, ainda vai registando na hora que passa de franca desnatalidade, um razoável incremento natural — 10,69 por mil hab., na mesma quadra — que lá fora raro se verifica. E com estas boas sobras, lá vai podendo acudir à sua capital, tão minguada de forças próprias reprodutoras. Felizmente que, depois de ocorrer aos gastos da emigração, ainda lhe resta um saldo líquido muito apreciável, como se vê nêstes números

Saldo fisiológico 80,360,6; emigração 14.358,6; emigrantes retornados 6.950,8; saldo líquido 72.952,8.

(Médias respeitantes a Portugal, nos cinco anos da quadra considerada).

(²) Em relação à quadra considerada, dando de barato que 50 % dos óbitos de tuberculose verificados em Lisboa nos hospitais, asilos e misericórdias — 962,8 em média por ano — ocorreram em pessoas estranhas ao distrito — e não se deve errar muito — o índice corrigido descerá para 2,552, o mais elevado ainda dos distritos do País.

(³) Para Portugal, na mesma quadra está registada uma pequena quebra de 4,2 % a provar só o declínio espontâneo da tuberculose, dada a sabida deficiência do nosso armamento anti-tuberculoso.

(⁴) A tuberculosidade, de 1936 a 1940, subiu (+97,5 %) no concelho de Sobral e desceu (-47,7 %) no de Cadaval.

(⁵) V. «A Tuberculose no distrito de Lisboa em 1931-35». A. Paúl.

(⁶) Se computarmos a cifra d'esses óbitos numa terça parte da metade dos ocorridos em hospitais, asilos e misericórdias, ou sejam, em média, por ano, 160,5 — e também não se deverá errar muito — o índice corrigido de Lisboa, uma vez descontados esses óbitos —, passaria a ser de 3,148, o mais elevado ainda dos registados nos concelhos do país.

(⁷) In «Boletim da Assistência Social, nos 8 e 9, 1943.

(⁸) Se é certo que no total dos óbitos incluem-se os de pessoas que, pela sua situação económica dispensam as camas hospitalares, também se sabe que nem todos os óbitos por tuberculose figuram, como é sabido, nas estatísticas oficiais de qualquer país. Daqui se conclui que o cômputo das camas deve exceder sempre o número oficial dos óbitos.

(⁹) Não entram as camas indevidamente ocupadas, noutros hospitais, em enfermarias gerais, por doentes portadores de tuberculose, que os seus directores se vêem forçados a receber, de urgência.

(¹⁰) Os nossos dispensários, pela vasta extensão das suas áreas e, também, à míngua ou insuficiência de recursos, estão infelizmente impossibilitados de nos fornecerem uma cifra de doentes maia exacta.

(¹¹) A. Vaz Serra — Loc. cit. pág. 343.

(¹²) V. «Tuberculose», 5.ª série, Vol. III, N.º 1. Julho de 1941. A actividade médico-social dos dispensários da A. N. T. em 1940.

(¹³) Dos 54 concelhos da respectiva lista, só em 20 funcionam dispensários da A. N. T.

(¹⁴) Há a contar num futuro próximo — assim os crêmos — com a criação dos chamados *dispensários corporativos*, que, embora de tipo polivalente, têm o combate à tuberculose como seu principal objectivo. Merece louvor a iniciativa da *Casa dos Pescadores de Setúbal* que se propõe instalar na Guarda, ao que se diz, um preventório para os filhos dos seus associados, e está tomando vulto, ao que também se diz, entre os funcionários civis e militares, a velha idéia da criação de dispensários anti-tuberculosos, mediante uma percentagem a sair da sua actual contribuição obrigatória para a assistência aos seus doentes. Fariam não só o diagnóstico precoce, mas também a devida e necessária assistência post-sanatorial, até à recuperação total ou parcial da capacidade de trabalho.

FACULDADE DE MEDICINA DO PÔRTO — PATOLOGIA CIRÚRGICA

Neoplasmas gástricos com síndrome pseudo-palustre

por JOSÉ MARIA RODRIGUES DE CARVALHO

Assistente

Da reflexão crítica e serena do muito que se tem escrito e dito sobre neoplasias malignas do estômago e sedimentados entusiasmos excessivos, só desalentadoras conclusões se podem colher: nem o diagnóstico precoce nem a correlativa terapêutica encontraram definição concreta ou contribuição decisiva. Segundo os dados fornecidos pelo Instituto de Medicina Experimental de Buenos Aires, onde a acção de Roffo é mundialmente reconhecida, em 1939 ainda só 62 % dos casos de cancro gástrico se puderam diagnosticar no primeiro mês, nos três seguintes 20 %, e posteriormente 17 %.

Não se pôde ainda estabelecer um quadro semiológico clínico, laboratorial e radiológico que permita um diagnóstico inicial seguro: clinicamente só em estadio avançado, esgotadas as possibilidades terapêuticas, êle pode afirmar-se; radiologicamente nem sempre é possível destringar entre lesão ulcerativa benigna ou maligna. Apesar disso, a radiologia tem neste capítulo da morbiologia digestiva, mais talvez que em qualquer outro, papel primordial a desempenhar, estabelecendo diagnóstico concreto na maior parte dos casos em que clinicamente nem a localização orgânica ou funcional da lesão se poderia palpitar.

A terapêutica do cancro gástrico não satisfaz também os menos exigentes, podendo dizer-se que entre os numerosos e vastos capítulos da cancerologia a desta localização é a menos brilhante, a mais aleatória. Sòmente naqueles casos em que o radiologista adivinhou o «potencial neoplásico» de minúscula lesão gástrica, sòmente nesses casos a ressecção larga pode ser benéfica, em certa margem. Mas desde que, segundo alguns, o conceito de cancro deixou de ser o de lesão local para tender para o de moléstia cancerizante, de ordem geral, humoral talvez, nunca mais o médico pôde descansar sobre brilhantes êxitos iniciais duma larga exérese ou destruição.

Desta consciência colectiva de incerteza no diagnóstico, de insuficiência terapêutica e da própria evolução da finalidade da Medicina, que não é hoje a de rotular mas sim a de curar e prevenir, nasceu o impulso que levou os gastroenterologistas de todo o mundo a colaborar no sentido de se estabelecer um quadro sinto-

matológico precoce do cancro gástrico, o que teve a expressão culminante na magistral obra de Gutmann — «Le cancer de l'estomac au début». Ela ficará como luminosa demarcação entre a época em que a «coloração amarelo-palha e o tumor do epigastro» eram a pedra basilar do diagnóstico clínico e aquela em que o banal «enfartamento» constitue o seu sinal de alarme.

Para além do que Gutmann ensinou, o clínico pouco mais pode contribuir do que com qualquer pequeno pormenor sintomático inédito e o radiologista apenas poderá melhorar a técnica de observação nos casos clinicamente suspeitos; para o cirurgião reservar-se-ão os arrojados técnicos de cada vez mais larga ressecção, compatível com a momentânea sobrevivência do doente. E, apesar disto tudo, nem o radiologista nem o cirurgião se sentem satisfeitos.

A hora parece pertencer à bioquímica que, investigando de disfunções orgânicas ou de desatinos humorais poderá talvez chegar a topar a almejada causa primeira da anárquica proliferação celular neoplásica. Ao clínico compete, entretanto, ir anotando os pormenores inéditos que for encontrando, interpretá-los se puder, ou arquivá-los fielmente na mira de oportuno achego interpretativo.

*

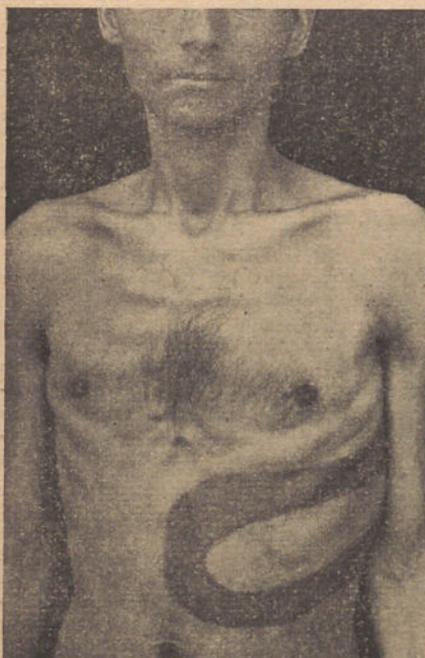
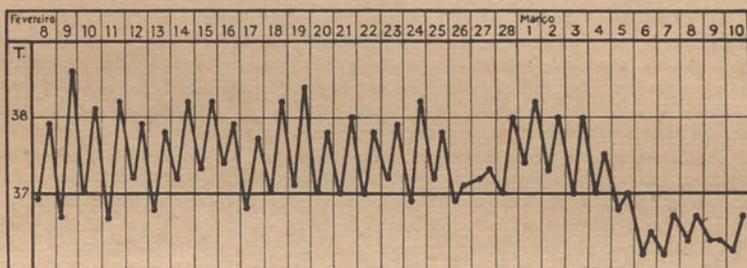
No arquivo de Patologia Cirúrgica reencontraram-se dois casos de cancro gástrico que, por possuírem certos pormenores sintomáticos pouco comuns, foram julgados merecedores de relato especial. Nas suas linhas gerais, despidos de pormenores ora dispensáveis, podem resumir-se assim os referidos boletins clínicos:

I — M. G., de 34 anos, solteiro, trabalhador rural, natural e residente em Parada do Bispo, concelho de Lamêgo, foi internado em 5 de Fevereiro de 1942 na Enfermaria 2-E, com o registo clínico n.º 629. Sem passado mórbido de qualquer espécie e sem antecedentes familiares dignos de menção, este doente refere que em meados de Setembro anterior, em plena saúde lhe surgiu, pelas 15 horas, uma dor na região periumbilical, acompanhada de arrepios intensos e seguida de hipertermia, estado este que ao fim dumas três horas se desvaneceu. Nos dias seguintes, sensivelmente pela mesma hora, sentiu mais ou menos o mesmo sofrimento a que se foi somando afrontamente, azia, diarreia, emagrecimento e astenia progressivos. Ao fim duns quinze dias os arrepios eram muito acentuados, como acentuada era a sensação de hipertermia generalizada e a sudação ulteriores, apresentando a dor epigástrica irradiando para ambos os hipocondrios.

Muito enfraquecido e, agora, sem apetite recorreu a médicos: estes, instituindo-lhe tratamento tônico e antipalúdico pela quinina, não conseguiram melhorá-lo senão fugidamente; retomado o trabalho piorou e surgiram vômitos biliosos.

Nos fins de Dezembro à sintomatologia precedente juntou-se o aparecimento duma tumefacção aflorando o rebordo costal esquerdo; a insistência no tratamento pelos derivados da quinina — a tumefacção fôra racionalmente interpretada pelo clínico como esplenomegalia palúdica — não evita que o estado geral piore progressivamente.

À data do internamento o doente apresentava intensos sinais de anemia, traduzida por coloração terrosa dos tegumentos e descoloração das mucosas, astenia extrema, emaciação, anorexia e suores nocturnos abundantes; dores epigástricas permanentes com



irradiação para os hipocondrios, vômitos biliosos, enfartamento post-prandial precedido de arrepios, cêrca de quatro horas após a refeição.

Dos gráficos que aqui se reproduzem, o primeiro mostra as variações térmicas de duas em duas horas, durante três dias de observação; o segundo as temperaturas matinal e vespertal no decurso do internamento. Por êles se verifica o cotidiano acesso vespertal, cujo máximo surge sempre mais ou menos pela mesma hora do dia, com pequenas oscilações premonitórias.

A emergir do rebôrdio esquerdo nota-se, pela palpação uma neoformação intra-abdominal de consistência dura e superfície vagamente bosselada, com mobilidade respiratória no sentido vertical, imobilizável por manobras externas, um pouco sensível à pressão em continuidade aparente, pela percussão, com a macicez esplênica — em raras ocasiões esta macicez habitual era substituída por submacicez.

Fígado de tamanho normal. Nos restantes departamentos orgânicos nada havia digno de menção, à parte certo grau de oligúria com urobilinúria.

Reacções de Wassermann e citocol negativas. Formol-reacção (Napier) negativa. Análise hematológica :

Hemoglobina	40,00 %
Glóbulos rubros.	3.200.000
Glóbulos brancos	8.100
Granul. neut.	72,00 %
Granul. eosin.	1,00 %
Mastleucócitos	0,00 %
Linfócitos	17,50 %
Monócitos	9,50 %

O exame microscópico de sangue colhido durante um acesso térmico vespéral não revelou parasitas.

A prova de esplenocntração adrenalínica acompanhou-se de temporária retracção, evidente, do volume da tumefacção intra-abdominal, máxima ao fim de trinta minutos — nalguns pontos a maciez reduziu-se de cerca de dez centímetros. Essa redução encontra-se figurada na fotografia pela margem em negro que foi pintada no revestimento cutâneo, entre a linha mais externa, que representa os limites da tumefacção antes da injecção de adrenalina e a interna que corresponde aos mesmos no acme da prova.

Amostras de sangue colhidas em tempos diferentes após a injecção de adrenalina mostraram, pelo exame microscópico, que de facto houvera contracção esplénica (sobretudo nítida no esfregaço feito aos 30 minutos), tendo sido negativo o exame parasitológico.

Em virtude disso e ainda na idéia de que a punção daquilo que se suspeitava ser um baço patológico pudesse revelar agentes parasitários ou microbianos, executou-se esta segundo as normas habituais; com a polpa recolhida o analista fez variados esfregaços nos quais também não conseguiu identificá-los de entre elementos celulares que lhe pareceram característicos do parênquima esplénico.

Entretanto procedeu-se ao exame radiológico gastro-duodenal pelo qual se verificou a existência de «extenso tumor gástrico, invadindo o corpo (predominantemente do lado da pequena curvatura) e o antro, traduzido por nítidas lacunas». (Radiografia e esquema).

Obteve-se assim a elucidação completa do caso, o que nem à clínica nem ao laboratório fôra possível: tumor do estômago muito provavelmente maligno.

Transfusão de sangue — grupo A.

Operação n.º 263 — «Laparotomia exploradora».

A análise histológica dum fragmento epiploico colhido revelou: — «metástase de epitelioma cilindrico (adenocarcinoma) em evolução atípica» (Ex. hist. n.º 6674 do Lab. de Anat. Patol.).



II — M. C., de 61 anos de idade, casado, lavrador, natural e residente em S. Martinho, concelho de Armamar, internou-se na Enf.ª 2-E em 11 de Fevereiro de 1943, sob o registo clínico n.º 742.



Digipurátum

«Knoll»

Preparado digitálico titulado e de

**eficácia tão completa
como a da planta.**

contém inalterados os glicosidos activos
necessários para a terapêutica digitálica,
mas encontra-se isento das impurezas que
irritam a mucosa gástrica.

Acondicionamento:

Comprimidos: tubos de 12 comprimidos a 0,1 gr.

Ampolas: caixa de 6 ampolas de 1,1 cc.

Líquido: frascos de 10 gr.

(1 comprimido = 1 cc. de líquido =

1 ampola = equivale a 0,1 gr. de

fólio de dedaleira titulado segundo o Standard Internacional).

KNOLL A.-G., Fábricas de Produtos Químicos

Representante: AUGUST VEITH, Rua da Palma, 146-2.º E., LISBOA



EFETONINA

Simpácticotónico de resultados comprovados
em estados alérgicos, como

**Asma brônquica, Febre dos fenos,
Urticária, Exantema sérico, etc.**

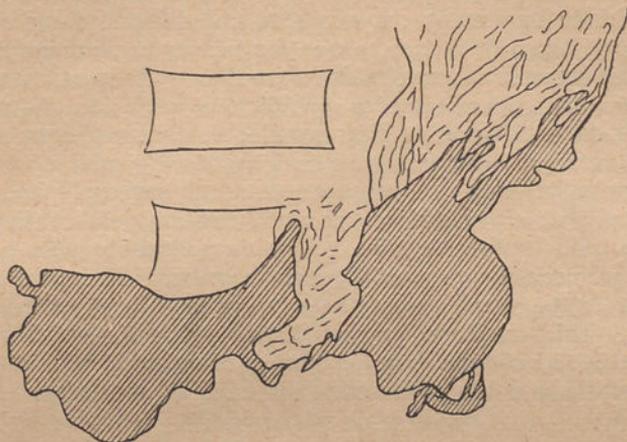
Pérolas a 0,01 gr., Comprimidos a 0,05 gr.

Ampôlas a 0,05 gr., (1 cc.), Pomada 3%.

E. Merck

Representantes: Químico-Farmacêutica, Lda. — Rua Gomes Freire, 96 — Lisboa

Apresentava-se bastante emagrecido e anemiado, com extrema astenia, ligeiras dores epigástricas incaracterísticas, acessos febris vesperais diários, precedidos de calafrios de tipo paludiforme e obstipação. Caquexia incipiente.



Desde a idade de 20 anos o doente sentia, de longe a longe, uma ligeira dor epigástrica, a qual desde há uns três anos se tornou um pouco mais freqüente e intensa, sem contudo o incomodar muito. Por tal razão marca o início da actual enfermidade em meados do mês de Setembro anterior, com o aparecimento de fortes e prolongados arrepios seguidos de hipertemia, surgindo quâsi todos os dias, ao mesmo tempo que se acentuava a astenia, anemia e anorexia que o tratamento antipalúdico, instituído pelo clínico assistente, não evitou de progredir até à data do internamento, com manutenção do quadro sintomático geral. Nessa altura o ventre encontrava-se escavado e atravez das suas paredes flácidas podia-se identificar uma tumefacção irregular e dura, profundamente situada na metade da região epigástrica adjacente ao hipocôndrio direito.

O exame parasitológico de sangue colhido durante um acesso febril vespéral foi negativo. A análise hematológica revelou:

Hemoglobina	40,00 %
Glóbulos rubros	3.000.000
Glóbulos brancos.	10.800
Gran. neut.	87,00 %
Gran. eosin.	0,00 %
Mastleucócitos	0,00 %
Linfócitos	6,50 %
Monócitos	6,00 %
Células de Rieder	0,50 %
Anisocitose rubra acentuada.	
Hipocitocromia central clorótica.	
Reacção de Weber negativa.	

O exame radiológico gastroduodenal mostrou a existência dum «estômago alongado-hipotónico e hipoquinético; dificuldade de evacuação por obstáculo tumoral na região pilórica. Cancro justa-pilórico, estenosante.

O estado geral do doente não tolerava qualquer tentativa de intervenção cirúrgica, com propósitos terapêuticos. Faleceu cêrca de um mês após a alta que pediu em 3 de Março, em caquexia, por estenose pilórica de origem neoplásica.

*

De comum em ambos os casos relatados há a destacar uma particularidade importante: a evolução paludiforme da afecção durante grande lapso de tempo, o que fez pensar fundamentadamente em moléstia sazonal, tanto mais que ambos os doentes eram aborígenes de zona endemicamente palúdica e nela não são raras as formas febris cotidianas de tipo remitente, que se fazem acompanhar, por vezes, de exuberantes perturbações digestivas.

No primeiro caso a localização tumoral paraesplénica era sobremaneira propícia a embarçar o diagnóstico pela confusão possível com uma esplenomegalia, reforçada sobretudo pela continuidade da maciez à percussão e pela retracção da massa tumoral para sob a grade costal, a quando da esplenoccontractão adrenalínica.

A autópsia explicou, como adiante se verá, êste facto pela existência de aderências entre o tumor, constituído pelo estômago, grande eplon e colon transverso, e a cápsula esplénica.

*

A fase terminal dos cancerosos gástricos é dominada, por via de regra, pela caquexia resultante da autointoxicação, com suas múltiplas e diversas exteriorizações.

Nem sempre tal sucede, contudo. Uma vez por outra um acidente de ordem local põe fim esperado ou inesperado à evolução da já fatal doença, não sendo até caso inédito que um acidente dessa natureza, evolutivamente a final, seja cronológica e aparentemente o sintoma inicial, revelador da afecção até aí latente.

Tais acidentes de ordem local, à semelhança dos processos ulcerativos inflamatórios, são sobretudo a hemorragia e a perfuração gástricas. Se, teòricamente, nem sempre se devam considerar mortais, praticamente, não deixam margem a optimismos. Feliz ou infelizmente, contudo, tais acidentes são raríssimos, mormente o primeiro, do qual as referências bibliográficas são diminutas.

Já a perfuração, se bem que rara, é mais freqüentemente relatada pelos autores, fazendo-se ou em plena cavidade peritoneal ou, em alguns casos, no colon transverso, com formação duma fístula gastrocólica.

García Barón, baseado na revisão do assunto feita por Aird em 1935, conta 79 casos de perfuração na cavidade abdominal descritos na literatura médica mundial, aos quais junta a notícia de três casos pessoais observados.

Mais recentemente Marescot refere dois casos de idêntico acidente perforativo, um dos quais para o exterior, realizando verdadeira gastrostomia espontânea.

O primeiro doente a que atrás se faz referência faleceu em consequência da perfuração do seu cancro na cavidade peritoneal, coexistindo também nele uma perfuração no colon transverso, com estabelecimento de fistula gastrocólica. Foi um acidente que não teve correlativa exteriorização clínica: nem exacerbação da dor local nem fenómenos de parestesia intestinal ou de reacção peritonítica evidentes — não teve soluços e o ventre manteve-se flácido, sem contractura; apenas secura da língua, discreto edema do membro inferior esquerdo e um vômito escuro, fecaloide, antecedendo um pouco o colapso circulatório terminal. A autópsia realizada pelo Serviço de Anatomia Patológica, foi quem revelou a perfuração feita sem alarde.

O resumo da observação necrótica n.º 26 reza assim: ... «Hidrotórax esquerdo. Pleurisia crónica adesiva direita. Antracose; enfisema e edema pulmonares. Perisplenite. Congestão renal; pequeno fibroma da região medular do rim direito. Congestão meníngea. Sínfise pericárdica. Endocardite parietal crónica. Dilatação dos ventrículos; insuficiência funcional dos orifícios aurículo-ventriculares. Tromboflebite recente das veias femurais esquerdas; não há sinais histo-bacteriológicos que permitam determinar a natureza etiológica desta lesão.

Carcinoma gástrico secundariamente perfurado. Metástases tumorais no fígado e na suprarrenal direita. Carcinose peritoneal metastática. Peritonite purulenta.

Causa da morte — Peritonite purulenta consecutiva a perfuração de carcinoma gástrico.»

Por se afigurar digno de interêsse para a interpretação retrospectiva do quadro clínico, transcreve-se também do protocolo da autópsia a descrição pormenorizada dos exames macroscópicos referentes a:

1) *Peritoneu e cavidade peritoneal.* — Ansas intestinais na sua maioria muito dilatadas, despolidas e cobertas nalguns pontos dum delgado véu fibrinoso; exsudato purulento, em pequena quantidade, na face inferior do fígado e da porção correspondente da face anterior do estômago; liquido sero-purulento, amarelo-acastanhado — excepto na pequena bacia onde assume coloração avermelhada —, em grande quantidade — 600 c. c. — na cavidade peritoneal (peritonite purulenta). Grande epíplon retraído e transformado numa volumosa massa carnuda, dura e irregular, de superficie exterior finamente bosselada, aderente à porção antral da grande curvatura e à porção média da face superior do colon transverso. Nódulos independentes, duros e salientes, esbranquiçados, de tamanhos variáveis entre as dimensões dum grão de milho alvo e as dum grão de milho vulgar, dispersos em pequeno número à superficie do folheto parietal posterior em plena linha média e um pouco abaixo do colon transverso. Nódulos identicos no folheto parietal posterior, em pequeno número, imediatamente para fora do colon descendente e na serosa parietal da pequena bacia; nódulos identicos, do tamanho dum grão de milho vulgar, à superficie duma das ansas do delgado (carcinoma peritoneal metastático). Aderências resistentes à roda do cego e do baço (periviscerite cólica e esplénica).

2) *Estômago.* — Numerosíssimos nódulos, de centro por vezes ulcerado, de tamanhos variáveis entre as dimensões dum grão de milho vulgar e as duma azeitona de Elvas,

dispersos por toda a superfície gástrica, pouco abundantes e isolados na região fúndica, muito numerosos e confluentes numa volumosíssima massa disposta na região do antro em todo o perímetro da parede, larga e profundamente ulcerada por uma escavação ovóide, de disposição transversal, com cerca de 15×8 cms., perfurada aproximadamente à altura da grande curvatura por um orifício irregularmente circular, com cerca de 5 cms. de diâmetro, o qual põe em comunicação a cavidade gástrica com o do colon transversal e, já em plena face posterior, por um outro orifício mais pequeno, situado muito próximo do antro, irregularmente circular, também sinuoso, com cerca de 2 cms. de diâmetro, que estabelece a livre comunicação entre a primeira daquelas cavidades — a do estômago — e a grande cavidade peritoneal (carcinoma cilíndrico em evolução atípica, secundariamente perfurado).

*

A razão que levou a dar publicidade a estes dois casos clínicos não reside na sua evolução febril; grande número de autores que têm escrito trabalhos sobre cancro gástrico são unânimes em citar a febre como sintoma freqüente, sobretudo nas neoplasias ulceradas, independentemente de quaisquer estados infeciosos concomitantes bem caracterizados.

Para me não alongar em citações direi apenas que Hernando, Bañuelos Garcia, Le Noir y Agasse-Lafont, Gutmann, L. Ramond, Kalk, Udaondo e tantos outros, descrevem-na como afectando um tipo irregular que, na maior parte das vezes, passa despercebida aos doentes.

Bouveret (cit. por Le Noir y Agasse-Lafont) fala duma «febre essencial» de tipo intermitente, apresentando os três estados de arrepio, calor e suor, sem horário fixo, sem tumefacção do baço».

Hampeln, Devic e Chatin referem idêntico pormenor em casos observados.

Hanot descreve «formas febris ou septicémicas» com, freqüentemente, grandes acessos de febre intermitente ou desenvolvimento de abscessos múltiplos a distância (forma pioémica de Achar).

Gutmann relata vários casos, respigados da literatura, de início febril, a maioria dos quais sobreveio após um surto tipo gripal.

Alvarez refere quatro casos em que os sintomas pareceram datar dum «resfriamento ou dum ataque de arrepios, febre e dores abdominais»

De toda a bibliografia que me foi dado consultar não encontrei referência a qualquer caso em que, como nos de que me ocupo, uma série de circunstâncias, como as já mencionadas, convergissem para que clinicamente se pudesse pôr a idéa de afecção palúdica.

Foi êsse o motivo que levou a chamar a atenção para os casos observados; mencionar os factos e arriscar uma hipótese de interpretação, que como mais não deve ser tomada.

Afastada a idéa de concomitância de cancro gástrico e sezoniismo ou leishmaniose, como o demonstraram as provas analíticas realizadas em ambos os casos, parece lógico admitir que os acessos



NESTLÉ

põe à vossa disposição

*para a alimentação dos lactantes
saudáveis, fracos ou doentes...*

Para o biberão:

LEITE CONDENSADO AÇUCARADO «NESTLÉ»

leite completo, rico em vitaminas, de composição regular, de digestão fácil.

LEITE EM PÓ MEIO-GORDO «NESTOGÉNO»

LEITE EM PÓ ACIDIFICADO «ELEDON»

Para as papinhas:

FARINHA LÁCTEA «NESTLÉ»

um alimento completo, rico em leite que se digere muito facilmente.

N B. — A Farinha Láctea «Nestlé» permite a preparação de papinhas fortificantes para os escolares, adolescentes, adultos, convalescentes e pessoas idosas.

Peça literatura e amostras à

SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS — LISBOA



Alcalinésia BISMUTICA

Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis etc.

"Aseptal,"

Ginecologia. Partos. Usos antisépticos em geral.

BioLactina

Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, entero-cólite, etc.

Bromovaleriana

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

'Diaspirina,

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

DYNAMOL

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

"Glucálcio,"

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

hepatodynamol

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

"NARCOTYL,"

As indicações da morfina. Previne a habituação e morfínomania dentro de certos limites

Proteion

Medicamento não específico actuando efectivamente sobre os estados infecciosos.

PULMÔ-SORO

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

Quinino-terapia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.

febris paludiformes faziam parte, de facto, do quadro sintomatológico do cancro gástrico de que os doentes eram portadores. Ora, sendo assim, é seria essa típica elevação térmica e os arrepios premonitórios motivados por um choque proteínico resultante de cíclica absorção de albuminas alimentares e de desintegração tecidual, incompletamente degradadas, através da superfície cruentada do tumor gástrico, para um meio previamente sensibilizado? Se assim fôsse até o certo horário rítmico de aparição dos acessos paludiformes seria explicável pelo correlativo horário de ingestão das refeições. Como pormenor apenas, é de referir que certa vez em que o primeiro doente apresentado, no período em que aparentemente melhorou mercê da terapêutica instituída, andou até à meia noite a pisar uvas sentiu por essa hora um acesso idêntico aos anteriores e como êles surgindo umas quatro horas após a refeição. Mera coincidência?

Novas observações e mais fundamentadas interpretações poderão esclarecer um dia os factos que ora se apresentam. Quero referir, entretanto, que F. Ramond, Ravina e Zizine, entre outros, despistaram «no sangue dos cancerosos gástricos uma gastrolisina devida à destruição das células cancerosas gástricas; estas no decurso da sua desintegração desempenham o papel dum antigénio, que acarreta a formação dum anticorpo.»

BIBLIOGRAFIA

- W. ALVAREZ — *The Journ. of Amer. Med. Ass.*, Julho de 1931.
 C. BONORINO UDAONDO — *El día medico*, 22 de Maio de 1939.
 W. A. COOPER — *The Journ. of Amer. Med. Ass.*, 116-19, 10 de Maio de 1941.
 CHIRAY — *La presse méd.*, n.º 17, 24 de Fevereiro de 1942.
 A. GARCIA BARÓN — *Rev. cl. Esp.*, t. V, n.º 2, 30 de Abril de 1942. — *Idem*, t. XII, n.º 3, 15 de Fevereiro de 1944.
 GALLART-MONÉS — *lourn. belge de Gastro-enterologie*, n.º 10, de Dezembro de 1937 (sep.).
 R. A. GUTMANN — *Monde Médical*, 15 de Novembro de 1937.
 E. MARESCOT — *Med. Esp.*, t. X, n.º 59, Dezembro de 1943.
 G. PECO — *El día medico*, n.ºs 20 e 21, 19 e 26 de Maio de 1941.
 G. I. RIVAS — *El día medico*, n.º 6, 8 de Fevereiro de 1943.
 C. V. BERGMANN, R. STAEBELIN e V. SALLE — *Tratado de Medicina Interna*, t. III, 1.ª parte, 1943.
 F. BEZANÇON — *Précis de Pathologie Médicale*, t. II, 1935.
 F. GALLART MONÉS — «*Libro de Oro*» homenaje al Prof. Angel H. Loffo 1935 (sep.) — *Ocho lecciones clinicas*, 6.ª série, 1941. — *Patologia Abdominal Clínica*, 1943.
 R. A. GUTMANN, I. BERTRAND, TH.-J. PÉRISTIANY — *Le cancer de l'estomac au début*, 1939.
 L. RAMOND — *Conférences de clinique médicale pratique*, 3.ª série, 1924.
 F. RAMOND, CH. JAQUELIN, P. CHÊNE et A. BERGERET — *Maladies de l'estomac et du duodénum*, 1941.
 G. H. ROGER, F. WIDAL, P. J. TEISSIER — *Nouveau traité de médecine*, fasc. XIII, 1926.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

ARQUIVO DE PATOLOGIA, XV, 1943.— N.º 3 (Dezembro): *A que atribuir a maior freqüência da invasão neoplásica do parametrio esquerdo no carcinoma do colo uterino*, por M. Fernanda Marques; *O mecanismo da cancerização ganglionar*, por Maria T. Furtado Dias; *Polipose gastro-intestinal e cancro*, por Henrique Parreira; *Reacções elementares singulares em biologia*, por Judith Belo & George Ettisch; *Iconografia oncológica*.

Polipose gastro-intestinal e cancro.— No intestino, os pólipos de carácter hereditário predominam sobre os de natureza inflamatória. No estômago, as duas espécies podem aparecer, mas mais raramente. A transformação maligna, carcinomatosa, é freqüente; quatro casos relatados, dois intestinais e dois gástricos, tinham sofrido essa evolução.

COIMBRA MÉDICA, XI, 1944.— N.º 5 (Maio): *Mastoses*, por Luís Raposo. N.º 6 (Junho): *Os agentes físicos no tratamento dos tumores* (conclusão do n.º anterior), por Alexandrino da Silva. N.º 7 (Julho): *Estado actual da criptorquidia, os criptorquidianos entre as crianças portuguesas*, por A. César Anjo & A. Santos Veloso; *Determinação de um índice de infestação por vermes intestinais*, por A. Pereira Ataíde & Eduardo Baptista.

Mastoses.— Esquemáticamente, o A. reúne, sob esta designação, tôdas as afecções da mama que não são simples alterações funcionais (hiperplasia prècatamenial, gravídica e da lactação), nem tumorais (quisto solitário, adenoma puro, fibroma típico, epitelomas, tumores vegetantes intra-caniculares, doença de Paget, sarcoma e tumores mixtos). Serão as mastoses processos caracterizados por hiperplasia distrófica parcelar ou total da mama, de feição mais ou menos duradoura, de crescimento irregular, sem obedecer rigorosamente a modificações fisiológicas cíclicas, e de tipo morfológico fibro-adenomatoso ou fibro-quístico. Será um grupo sem limites bem precisos, pela impossibilidade freqüente de o separar dos processos inflamatórios e tumorais; serão formas de transição entre as perturbações funcionais e aquêles processos, com os quais por vezes se confundem, principalmente com os quistos solitários, os adenomas e os fibro-adenomas típicos, cuja etiologia freqüentemente é semelhante à das mastoses. Com efeito, no ponto de vista anátomo-patológico, as mastoses podem ser adenomatosas, fibrosas ou quísticas, se bem que a proliferação dos diversos elementos seja constante, dando sempre formas mixtas. Nas formas essencialmente fibro-adenomatosas o processo é quasi sempre difuso, embora ocupe só parte da glândula, e a consistência é regular e elástica; nas formas quísticas, se os quistos são volumosos, percebem-se nódulos no meio de tecido fibroso.

Se é possível fazer a divisão anátomo-patológica das mastoses, no ponto de vista clínico essa divisão não conta, pois não é possível distinguí-las, a não ser em certas formas quísticas. A sintomatologia é muito variável, dependendo da estrutura dos processos, da sua situação e da sua extensão; isso torna muita vez difícil o diagnóstico, que só é fácil, geralmente, nas formações quísticas volumosas da doença de Reclus, e nas formas difusas da adolescência e juventude. As dificuldades crescem quando se trata de mulheres que amamentaram ou que estão perto da menopausa, ou que já a atingiram. Eis como o A. expõe o diagnóstico diferencial entre mastoses e processos de outra natureza:

— Nas *hiperplasias funcionais simples*, tudo se passa em obediência ao ciclo ovárico. Precedem o menstro e desaparecem com êle. Se uma vez ou outra tomam proporções um pouco mais marcadas, nem por isso deixarão de se subordinar ao ritmo menstrual. Um outro carácter está na sua bilateralidade costumada.

— Nas *mastites crônicas*, o diagnóstico é bastante mais delicado. Efectivamente a confusão das mastoses com as mastites crônicas é corrente. Num e outro caso existe engrossamento da glândula, bem apreciado por pinçagem e mal por achatamento, a consistência e a configuração podem ser iguais em ambas as hipóteses porque em ambas elas, afinal, a arquitectura morfológica é semelhante. Lecène, Lenormant, Moulonguet e outros, dizem nunca ter observado na doença de Reclus lesões inflamatórias. A riqueza e o tipo do tecido conjuntivo, numa e noutra hipótese, autoriza a semelhança a que me refiro e explica em certa maneira a terminologia de mastite quística que muitos dão à doença de Reclus. As mastites crônicas podem ser primitivas ou secundárias. Na última modalidade o diagnóstico é facilitado pela anamnese. Na forma primitiva as dificuldades são maiores. É raro, todavia, que não haja no passado um acidente do período de lactação, visto que as mastites crônicas raramente se observam nas nulíparas. Não falta, nunca, reacção dos gânglios axilares. Nas mastoses, como disse, constitui excepção. Os processos de mastite crônica não costumam ser bilaterais. Também não sofrem variações cíclicas, em concordância com as do ovário, pelo menos de maneira tão vinculada como as mastoses. Por vezes dão temperaturas subfebris. Não é raro determinarem alterações da fórmula leucocitária. Nas formas nodulares a punção ajuda a esclarecer o diagnóstico. Nas mastopatias quísticas obtém-se um líquido seroso, claro ou acastanhado; nas mastites crônicas banais pode colher-se pus. Nas formas duvidosas o exame bacteriológico presta bons serviços. Entre as mastites crônicas deve fazer-se menção especial das de natureza bacilar e luética. Difíceis de afirmar fora de um estudo biópsico, podem, no entanto, ser suspeitadas em função do estado geral, de certas reacções serológicas e do estudo radiológico pulmonar.

— Nos *tumores* o diagnóstico faz-se através da forma e consistência do processo, da retracção da pele e do mamilo, da reacção ganglionar,

da ausência de dores, da independência com os ciclos ováricos, e sobretudo, do seu crescimento progressivo. Nos adenomas e fibro-adenomas propriamente ditos, e bem assim nos quistos solitários, a lesão apresenta contornos regulares e quasi sempre esféricos. Nas mastoses esta configuração é excepcional, mesmo que se trate de tipos circunscritos. Nos tumores vegetantes intra-canaliculares (tumores dendríticos) domina a perda de sangue pelo mamilo. Determinadas mastoses quísticas também a dão, como já disse. Compreende-se, pois, uma certa hesitação. No cancro a confusão só pode dar-se nos primeiros tempos. Com efeito, no período de estado é raro que subsistam dúvidas.

Apesar de todos os sinais e de tôdas as pesquisas locais e gerais, acontece, muitas vezes, que ficamos perplexos. Surgem, então, tôdas as possibilidades da biópsia. Não a aconselho nos casos claros, por não ser indiferente na marcha de certas afecções, nomeadamente cancerosas, mas quando haja dúvidas não devemos hesitar em a fazer. Atenda-se a que se é grave mutilar uma doente sem precisão, é muito mais deixar de o fazer, se a natureza do mal nos impõe esse caminho como indispensável.»

A evolução das mastoses é geralmente lenta, com marcha irregular e surtos em correspondência com as fases do ciclo mamário, freqüentemente. Não é raro vêr, no fim de algum tempo, os fenómenos hiperplásicos entrarem em regressão espontânea, e o processo terminar por atrofia fibrosa. Nos casos de crescimento rápido, com dores, a evolução invulgar faz pensar na degenerescência maligna. Esta não é aceite por todos os autores; mas parece que, principalmente nas formas quísticas, a degenerescência é por vezes um facto. Esta questão relaciona-se com a etiopatogenia.

O A. analisa as diversas teorias que se tem aventado: embriogenética, tumoral, inflamatória, neuro-endócrina (luteínica, foliculínica, hipofisária), e conclue dizendo que o problema é extraordinariamente complexo, e que, apesar de ser a foliculina o factor que assume mais fundamentada importância, pouco se sabe a tal respeito. E, sobre a possível cancerização das mastoses, escreve: «*a*) — é prudente ter como provável a degenerescência sempre que se trate de mastoses quísticas volumosas ou bastante antigas, ou ainda de mulheres além dos 40-45 anos; *b*) — nas restantes formas a transformação cancerosa não é de presumir. E em qualquer dos casos não me parece que estejamos habilitados a considerar as mastoses como um estado precanceroso, à maneira de Lacassagne, Atkins, Cramer, Horning, etc. É interessante verificar a acção da foliculina no aparecimento das hiperplasias mamárias simples, das mastoses e de alguns cancros experimentais da mama; concluir de aqui, porém, a favor da sucessão destes estados sob a influência do mesmo mecanismo hormonal vai uma certa distância, por sedutora que a hipótese seja».

O tratamento das mastoses tem andado ao sabor das doutrinas patogénicas propostas. Os partidários da benignidade da afecção lançam

Sulfametazina cálcica

Absorção mais rápida do que a sulfapiridina, sulfatiazol ou sulfadiazina.
Grande solubilidade na água:

Praticamente eliminadas as complicações renais.

Eliminação lenta:

Excreção urinária nas 24 horas: 50 a 80 %.

INDICAÇÕES:

Pneumococos, estreptococos, estafilococos, B. Friedlander e Welch, meningococos.

Máxima actividade e polivalência.
Perfeita tolerância.

DIAZINOL

WANDER

Tubo de 20 comprimidos

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

BERNE · SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

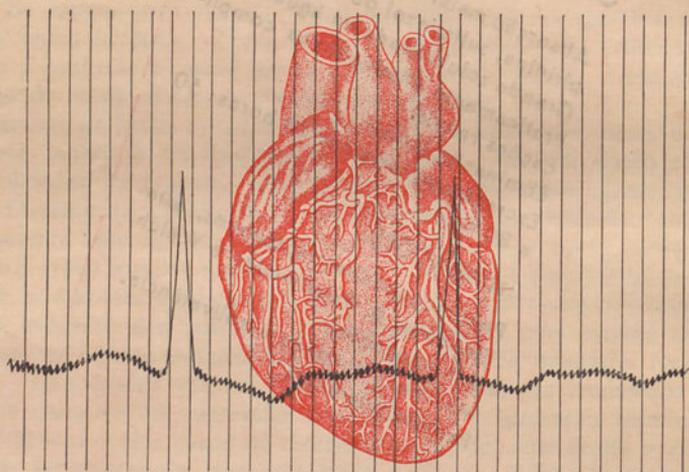
ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41-2.º · LISBOA

Aminocardol

WANDER

Teofilina - etileno - diamina



poderoso vaso-dilatador das coronárias

Tubos de 20 comprimidos de 0,1 g.

Caixas de 3 e 6 ampôlas de 2 c. c. de 0,48 g.
para injeção intramuscular

Caixas de 3 e 6 ampôlas de 10 c. c. de 0,24 g.
para injeção intravenosa

Frascos conta-gotas de 10 c. c. com 2,4 g.

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

BERNE - SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correiros, 41-2.º • LISBOA

mão dos meios hormonais, principalmente; os que crêem na fácil degenerescência maligna, apelam para as intervenções cirúrgicas. A maneira de vêr do A. ficou expressa nos seguintes termos:

A — 1.º Se a lesão se observa em *peessoas novas*, prescrevem-se injecções, de 3 em 3 dias, de acetato ou propionato de testosterona, em duas séries repetidas, cada de 50-80 mgrs.

2.º Se o tratamento deu bom resultado, prossegue-se com o mesmo produto durante mais algum tempo, para consolidar a cura. Se, pelo contrário, resultou inteiramente improficuo nada se perde em ensaiar a foliculina, à razão de 10.000 unidades, em dias alternados, num total de 3 injecções por mês.

3.º No caso de insucesso da hormonoterapia, deve tentar-se o tratamento directo pelos Raios X e pela diatermia, antes de pôr a indicação cirúrgica.

4.º Nas mastoses de tipo fibro-adenomatoso simples, contemporizaremos durante bastante tempo, mesmo na hipótese do tratamento referido resultar ineficaz, uma vez que a degenerescência é rara e, até, porque na grande maioria dos casos se trata de formas difusas, nos quais o tratamento cirúrgico requiere mutilações extensas. Nas mastoses quísticas difusas a conduta será igual se o grau das lesões é pequeno. Nas muito pronunciadas deve proceder-se à exérese cirúrgica. Nas formas circunscritas que não cedem ao tratamento hormonal mais vale intervir sem delongas.

B — 5.º Se a lesão se observa *depois dos 40 anos* é aconselhável proceder à sua extirpação cirúrgica, para evitar os riscos da cancerização. Não é contra-indicado, bem entendido, tentar prèviamente o tratamento hormonal.

6.º Nos casos de mastoses cujo estudo biópsico revelou cancerização, ou suspeitas, devemos operar desde logo. Igual conduta deve seguir-se nas mastoses que dão lugar a perdas sangüíneas pelo mamilo.

7.º Na escôlha da intervenção atende-se à natureza do processo e à idade das doentes, fugindo de mutilações extensas sempre que o caso se não afigure delicado, duma maneira especial nas mulheres novas. Impõe-se, então, uma vigilância cuidada.

Criptorquidia. — A ectopia testicular bilateral pode ser devida a paragem de migração do órgão ou a migração aberrante. No decurso da infância muitas vezes os testículos, anormalmente altos, descem e vêm ocupar o seu lugar nas bôlsas; por isso as estatísticas referem números decrescentes de freqüência da criptorquidia, à medida que se consideram idades mais adiantadas.

Desde a sua migração, da região lombar, onde no embrião o testículo se situa, até à sua fixação na bôlsa escrotal, pode dar-se a paragem, e assim há ectopias lombar, ilíaca, inguinal. As ectopias por migração aberrante podem dar-se com testículos intra-abdominais ou com êles debaixo da pele da região abdominal, púbica, crural ou peri-

neal. Por vezes, a ectopia testicular acompanha-se de hérnia; a coexistência de várias perturbações gerais, somáticas e psíquicas, tem sido assinalada.

O mecanismo de produção da deformidade parece ser variável; conforme os casos, justificam-se as teorias mecânicas, hormonais (estas mais freqüentemente) e a de ser a ectopia uma anomalia reversiva. A evolução histológica dos testículos ectópicos mostra que, antes da puberdade, o aspecto do órgão é normal, mas que, depois da puberdade, o órgão apresenta um epitélio estéril, nêle não há espermatogónias, e existe um tecido intersticial fibroso; isto tem muita importância, porque os testículos abaixados antes dos 16 anos podem ter actividade espermatogenética, ao passo que, sendo mais tarde, as probabilidades vão diminuindo, e depois dos 20 anos não se pode contar com recuperação funcional.

No ponto de vista do diagnóstico, a primeira coisa notada é a da distinção a fazer entre criptorquidianos e pseudo-criptorquidianos; nestes os testículos são retrácteis, oscilantes, dando a um exame superficial a impressão de que estão ectopiados. Feito o diagnóstico de ectopia, deve verificar-se a mobilidade do testículo escondido e a possibilidade do seu abaixamento; se êle está fixo, por aderências fibrosas, se não há orifício externo do canal inguinal, se o cordão espermático é muito curto, ou o canal peritônio-vaginal é inextensível, ou o cremaster é excessivamente forte, só a cirurgia pode resolver o caso. Na maior parte das vezes tal se não dá, e os testículos descem, quer espontâneamente, quer por virtude de tratamento médico, em grande proporção, pelo que só naquelas circunstâncias ou perante a ineficácia dêste tratamento, se deve fazer a intervenção cirúrgica da orquidopexia.

O tratamento médico é o hormonal. Os A.A. preferem para êle a técnica de Zelson e Steinitz: primeiramente hormona gonadótropa até a dose de 10.000 unidades-rato, e, no caso de insucesso, a sua associação com o propionato de testosterona. A idade preferida para fazer êste tratamento é a dos 10 aos 12 anos; até lá pode muitas vezes contar-se com a descida espontânea dos testículos.

Os A.A. apresentam uma relação de 26 casos de ectopia testicular, dos quais 20 unilaterais (sendo 13 à direita) e 6 bilaterais (todos com testículos no canal inguinal ou na sua abertura externa, excepto num em que não foi possível saber onde estava um dos testículos). Só em 2 dos 26 casos o defeito era conhecido dos pais, pelo que se impõe a pesquisa cuidadosa das ectopias testiculares em todos os rapazes em idade escolar.

CLÍNICA, HIGIENE E HIDROLOGIA, X, 1944. — N.º 4 (Abril): *A penicilinoterapia*, por Armando Narciso. N.º 6 (Maio): *Insuficiência respiratória*, por Mário Moreira. N.º 6 (Junho): *As águas aluminosas de Libombos*, por Armando Narciso; *As termas na guerra e na paz*, por Armando

Narciso; *Tratamento hidromineral da gota úrica*, por Amaro de Almeida; *Tratamento hidromineral das colopatias*, por J. Reis Alcântara; *Algumas efemérides referentes às águas das Caldas da Rainha*, por Fernando Correia. N.º 7 (Julho): *As nossas províncias climáticas. Os nossos rios*, por Armando Narciso; *Características geográficas, geológicas e meteorológicas da paisagem açoreana*, por Armando Narciso; *Excursão médica ao Alto Alentejo*, por J. Reis Alcântara. N.º 8 (Agosto): *Cirurgia urgente do pâncreas*, por Vasconcelos Arruda; *Doenças do pâncreas*, por Armando Narciso. N.º 9 (Setembro): *Os dias médicos de Paris em 1926*, por Armando Narciso.

Insuficiência respiratória. — De uma exposição geral do fenómeno respiratório e da sua insuficiência, chega o A. ao seguinte resumo-conclusão.

«— Acabamos de pôr em foco a universalidade e identidade do «Fenómeno Respiratório», onde quer que o surpreendamos. O «Fenómeno Respiratório» é, em última análise, a «Oxidorredução» e esta realiza-se por gradações seriadas até o mais delicado acto do «Metabolismo Celular». Se não, vejamos:

Para a «oxidação respiratória» necessitamos por um lado de transportar e fornecer O_2 à célula. Vimos como, a partir do ar exterior os «Sistemas Hemínicos» se encarregam desta missão até o «Citocromo.» Por outro lado, precisamos da «activação», isto é, da «libertação do H », a partir do «Substrato Nutritivo» que se realiza por uma sucessão de actos encadeados de libertação e transporte através os sistemas «Pirídicos» (ou Diaforase) e «Flavínicos» e levam o H activado, isto é «Reactivo» até o O_2 que o «Citocromo» lhes fornece. Assim se forma o «Peróxido de Hidrogénio» (H_2O_2), termo calculado mas não encontrado da «Respiração normal» visto que a presença de uma «Catalase» celular o reduz sempre a H_2O .

Verificamos através o nosso estudo, que o «Ferro» preside ao processo de fornecimento de O_2 , isto é, á parte do processo oxidativo que se realiza pela «fixação de O_2 ». Vimos como a necessária labilidade do processo de transporte hemoglobínico é assegurada por «Ferro» que *fixa* mais do que se *oxida*, permanecendo *sempre bivalente* — para no processo intracelular «citocromico» realizar uma verdadeira *oxidação*, tornando-se «trivalente», isto é, perdendo «electrões». Portanto a «Oxidação Hemínica» é a oxidação por aquisição de O_2 e existe sempre como dominante na célula.

Pelo contrário, a respiração «anaeróbia» que vai continuar intracelularmente a série de oxidações vitais, repousa na «activação e mobilização» do H à custa de uma cadeia de processos fermentativos que terminam na realização da união do H_2 ao O_2 para formar o «Peróxido».

¿Onde existem as «zimases» capazes de fornecerem a energia necessária à realização desta parte do processo respiratório? Aprendemos a conhecê-las sob a forma de «Desidrases»: os chamados Fermentos

Flavínicos ou Amarelos da Respiração; de «Codesidrases»: os «Piridinucleótidos»; de «Fermentos Intermediários» ou seja de «Proteínas específicas» também conhecidas por «Catalizadores oxidativos». Vimos como êstes sistemas repousam todos na união de grupos «flavínicos» e «pirídicos» a «hidratos de carbono»: — Pentoses — e fosforilizados.

¿Donde provêm êstes grupos reactivos indispensáveis à libertação do *H celular*?

Sabemos que as «Flavinas» possuem constituição química idêntica à Vitamina B₂: — «Riboflavina»; que as «Piridinas» se encontram no «Ácido Nicotínico» — «Factor PP», ou na «Adenina»: Vitamina B₆ — «Pirodoxina»; reparamos também que o «Fósforo» se encontra sempre dentro das células sob a forma de «Ácido Adenosintrifosfórico», de «Ácido Difosfocreatínico», etc.

Também reconhecemos que o substrato enérgico das oxidações respiratórias vitais é constituído pelos «Hidratos de carbono». Dissemos como a sua indispensável «Fosforilização» é promovida por uma série do «Fermentos» cuja acção se subordina, segundo hoje cremos, à actidade do «*cortex suprarenal*» e, como a fase que decorre desde a formação do «Ácido Pirúvico» — Primeiro elemento do processo que não contém ferro — até o CO₂ e H₂O na fermentação acética (pela acção de uma Cocarboxilase), ou até a formação do Ácido Láctico no metabolismo celular, é realizada pela acção da Vitamina B₁ (Aneurina) previamente fosforilizada pela acção do Ácido Ascórbico contido no *cortex suprarenal*, enquanto a fosforilização da Lactoflavina (Vit. B₂), só se faz em presença da «Cortina».

Vitaminas e Hormonas, isto é, «*Substâncias efectoras*», catalizadores orgânicos dos processos vitais, dadoras de energia vindas do exterior com os alimentos, para as primeiras, produzidas internamente as segundas, são as fontes de energia indispensáveis à respiração, «desidrogenada» como o ferro hemínico da hemoglobina e dos citocromos — oxidases intracelulares — é indispensável à captação do O₂ e oxidação da respiração «hemínica».

No homem e animais superiores, domina na vida a respiração pelo ferro. Impedida esta, não há respiração útil, por falta do primeiro tempo do processo a que a respiração sem ferro sucede. Nos seres inferiores a respiração anaeróbia desempenha o papel predominante, em que chega a vez ao *fósforo* de actuar como vimos. Dissemos que ainda nas plantas a «Clorófila» ostenta uma construção idêntica à «*Protoporfirina*» tomando o Mg o papel de Fe hemínico.

Se nos recordarmos que o Mg é um componente inorgânico forçado do «Cofermento» da «Glicólise» e de que, por outro lado, as aludidas «substâncias efectoras», fornecedoras de energia necessária à elaboração dos processos vitais, nos são fornecidas, em última análise, pelos alimentos vegetais, fecha-se o ciclo dêste processo que dissemos ser uno e universal.

Sob esta nova luz, entrarão muitas manifestações das doenças

TONOCÁLCIO-CÊ

FORTE

GLUCONATO DE CÁLCIO A 20%
ÁCIDO L-ASCÓRBICO CRIST. A 10%

(24 AMPOLAS)

Aplicação conjunta em
volume reduzido de soluto

•

Neste soluto de gluconato de cálcio, apesar duma elevada concentração (20 %) conseguiu-se sem a adição de estabilizantes, reduzir ao mnimo as possibilidades da sua precipitação.

•

LABORATÓRIOS LAB

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

DIGITALINE-MIALHE

GLICOSIDO DA DIGITALIS PURPUREA

SOLUTO MILÉSSIMAL - GOTAS E EMPOLAS



DIGITALIS PURPUREA

DIGITALIS LANATA

— STOCKS ASSEGURADOS —

DIGI-LANATINE

TODOS OS GLICOSIDOS DA DIGITALIS LANATA = FOLHA DE DIGITAL

SOLUTO MILÉSSIMAL - GOTAS E EMPOLAS

LABORATOIRES MIALHE

8, RUE FAVART

PARIS (2^e)

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL E TODO O IMPÉRIO

F. A. CANOBBIO & C.^A LTDA.

RUA DAMASCENO MONTEIRO, 142

LISBOA

carenciais na rubrica da insuficiência respiratória celular, alargando o âmbito, já tão dilatado do «Fenómeno Respiratório Geral».

Cirurgia urgente do pâncreas.— Nos últimos dez anos mudou o aspecto dêste capítulo da clínica cirúrgica, por se conhecer melhor o assunto, fazendo-se diagnósticos com maior frequência, e por se ter limitado o campo de acção intervencionista. São três as circunstâncias de urgência: contusões, feridas penetrantes e pancreatites agudas. Se as duas primeiras requerem intervenção, de modalidade variável com as lesões produzidas pelo traumatismo, as últimas não são susceptíveis de operação urgente. Podem as pancreatites agudas ser hemorrágicas ou supuradas. No primeiro caso, está indicado o tratamento médico, quando muito associado à drenagem das vias biliares, cuja lesão é a causa da pancreatite; sobre o pâncreas, directamente, é melhor não actuar. No segundo caso, as possibilidades de êxito dependem do pus estar ou não colectado, pois as formas difusas não beneficiam com a laceração do tecido infectado, seguida por tamponamento e drenagem, conduta a seguir quando o abcesso está delimitado e se impõe o seu esvaziamento pela via mais directa.

AMATUS LUSITANUS, III, 1944. — N.º 6 (Junho): *Quistos dermoides sacro-coccigeos, sua freqüência e tratamento*, por G. Freire de Andrade; *Comparticipação da bainha folicular externa na disqueratinização epiteliomatosa*, por Caeiro Carrasco; *Degenerescência carcinomatosa das cicatrizes*, por Sá Penela e Tito de Noronha; *A glucoquinoterapia da diabetes*, por S. F. Gomes da Costa; *Um meio de cultura para a conservação do «Haemophilus pertussis» na fase I*, por J. M. de Loureiro e G. Jorge Janz.

A glucoquinoterapia na diabetes.— A designação de glucoquinas compreende actualmente as antigas «insulinas vegetais», as «gliceminas» e os «insulinóides», êstes considerados primitivamente como produtos de origem animal. O A. ensaiou na terapêutica da diabetes algumas destas substâncias, procurando verificar a sua capacidade para provocar nos diabéticos a formação de glucofuranose. Esta glucose seria, segundo alguns A.A. como se sabe, a única forma dêsse glúcido assimilável pelo organismo.

«O emprêgo terapêutico, em medicina popular, de várias plantas às quais o empirismo tem atribuído uma acção antidiabética, é muito antigo. No entanto, só recentemente e depois dos trabalhos de Collip (êste A. partiu da idéia de que na natureza coexiste simultaneamente glucogénio e um princípio parecido com o da hormona pancreática), êsse uso adquiriu uma base científica, principalmente desde que se conhece a acção hipoglicemizante da guanidina e de alguns dos seus derivados, e desde que se atribuiu aos radicais guanidínicos, que as glucoquininas parecem conter, a acção antidiabética dêsses princípios vegetais.

«Os primeiros extractos vegetais dotados de acção hipoglicemizante foram obtidos por Collip a partir das leveduras (seres muito ricos em

glucogénio). Os resultados obtidos por este A. com esses extractos foram depois confirmados por Gottschalk e por Boivin, mas não foram seguidos de ensaios terapêuticos. Notemos desde já que nos referimos a extractos, pois só excepcionalmente, como veremos, tem sido possível isolar dos vegetais os princípios definidos responsáveis por essa acção hipoglicemizante. Ainda em relação aos extractos de várias dessas plantas é de acentuar também que a sua acção desaparece ou diminui muito por envelhecimento (conforme tivemos ocasião de observar muitas vezes e de acôrdo com os resultados verificados por Laurin), podendo mesmo observar-se com os extractos velhos uma inversão da acção sobre a glicémia. Para Collip essa hiperglicémia precederia mesmo, e sempre constantemente, a hipoglicémia provocada pelas verdadeiras glucoquininas. De qualquer modo é fundamental não confundir a acção hiperglicemizante inicial das glucoquininas, que pode ser mais ou menos duradoura e demorar assim também mais ou menos a acção principal hipoglicemizante dessas substâncias, com a acção hiperglicemizante, que substitui por completo a acção principal e inversa dos extractos quando estes envelhecem. Este facto é sobretudo nítido com os extractos dos vegetais superiores, estudados também depois por Collip e por numerosos A.A. Pode lembrar-se a este respeito que o mesmo se tem verificado em relação à insulina: simplesmente a acção hiperglicemizante inicial provocada por esta hormona quando aparece é sempre pouco intensa e pouco duradoura e a sua acção hipoglicemizante começa em geral muito mais cedo do que a exercida pela maior parte das glucoquininas conhecidas.

«São muitas as plantas cuja possível acção sobre a glicémia tem sido estudada experimentalmente, mas de entre elas são raras as que têm sido ensaiadas na terapêutica da diabetes. Em geral, e como dissemos, os preparados ensaiados nos estudos experimentais, ou nos poucos numerosos ensaios terapêuticos, são constituídos por extractos de várias partes das plantas, conforme a sua natureza, ou, mais raramente, por princípios activos isolados e identificados como compostos definidos. Além dos extractos de leveduras (Boivin, Euler, Funk, Winter, etc.) podem citar-se como preparados capazes de exercerem uma acção hipoglicemizante os das folhas de mirtilo, de leitugas, de trigo e centeio (Best e Scott, Boden e col., etc.), de faveira (e caules), de amordira, de noqueira, de couve, de alface, de feijoeiro (e a planta inteira), os extractos dos grãos germinados da ervilheira e da cevada (e das raízes), das sêmeas de aveia (Boden e col.), dos bolbos de alho, do aipo, da cenoura e da beterraba (Best e Scott), da cebola (Laland e Havrevold), de várias espécies de silveiras, etc.»

Dos princípios activos estudados a este propósito, o mais conhecido e o mais bem identificado é a galegina, alcaloide da *Galega officinalis*. Foi por êle que o A. começou o estudo comparativo da acção das glucoquininas e da insulina sobre a formação da glucose instável no sangue dos diabéticos. A sua fórmula corresponderia à da iso-amilena-guani-

dina, o que permitiria compreender a sua acção antiglicosúrica. Foi a acção hipoglicemizante da galegina (em injeccção sub-cutânea, sob a forma de sulfato ou de cloridrato), demonstrada experimentalmente em cães e coelhos, e já enariada na clínica; mas não se vulgarizou o seu emprêgo, não só por não se lhe atribuir acção duradoura e constante, mas principalmente por se temer a sua acção tóxica sôbre o sistema nervoso, como derivado da guanidina, que é; por isso se procurou encontrar derivados pouco tóxicos, e assim se encontraram os metilados, conhecidos com os nomes de sintalinas A e B. Com a galegina, não se observam sinais de intolerância, desde que a posologia seja cuidada. O A. demonstrou experimentalmente: o sulfato de galegina injectado a doentes com uma forma ligeira de diabetes na dose de 1,5 grm. por kg. antes das duas principais refeições provocou sempre a formação de glucose instável no sangue dos doentes e uma baixa da glicémia que pode ir mesmo além de 25 %; e do ensaio clínico diz:—«Debaixo do ponto de vista da utilização da galegina em terapêutica nas doses e condições que acabamos de mencionar, os resultados obtidos em oito diabéticos podem resumir-se do modo seguinte. Tratava-se de doentes que foram mantidos durante 2 a 3 semanas apenas com a dieta antidiabética adequada a cada caso. Análises de urina repetidas durante êsse período mostraram que, em conjunto, as glucosúrias apresentadas por êsses doentes não iam além de 12 a 20 grs. nas 24 horas, conforme os casos. Em todos êles se pôde verificar pelo uso do sulfato de galegina, acompanhado sempre da mesma dieta, a desapareição da glucosúria passados três a sete dias. A glicémia dêstes doentes, embora não estivesse inicialmente muito elevada, baixou também sempre depois do tratamento, e, no final dêste, todos êsses doentes tinham em jejum uma glicémia normal. A êste propósito queremos referir-nos em especial a um outro doente, um antigo diabético, que, mantido durante um mês a uma dieta conveniente, se conservava aglicosúrico, como anteriormente, mas com uma glicémia de 2,9 ‰. Êste doente fêz o tratamento com galegina (nas condições indicadas) durante o mês seguinte, mantendo sempre essa mesma dieta. Passado êsse tempo a glicémia era de 1,6 ‰».

A acção antidiabética das fôlhas de mirtilo, *Vaccinium myrtillus*, é conhecida de há muito; também se ensaiou no homem. O A. verificou em ensaios experimentais que os extractos das fôlhas desta planta (tanto quanto possível recentemente colhidas e frescas) provocam também a formação bastante pronunciada de glucose instável no sangue dos diabéticos. E a respeito das suas applicações clínicas, nota: «Nos ensaios terapêuticos que fizemos com o mirtilo empregámos um extracto bastante purificado e preparado a partir das fôlhas segundo a técnica de Rathery e Levina, e idêntico ao que tínhamos empregado nos ensaios experimentais. Essa «mirtalina» foi empregada na dose diária de 1 gr., metade antes de cada refeição. Os diabéticos que estudamos a êste propósito foram também prèviamente sujeitos a um regime alimentar adequado e

rigoroso durante 2 a 3 semanas. Os resultados das análises de urina, feitas passado êste período, mostraram glucosúrias compreendidas entre 10 e 23 grs. em 24 horas. A administração da mirtilina (conservando os doentes sempre a mesma dieta) foi feita diàriamente durante 10 dias. As novas análises de urina feitas então, mostraram que só um dos doentes apresentava ainda leves vestígios (menos de 1 gr.) de glucosúria, os outros 4 estavam aglucosúricos depois dêsse período de tratamento. Em resumo, podemos dizer também que o estudo comparativo das glicémias nestes doentes antes e depois do tratamento nos leva a supor que a acção hipoglicemizante da mirtilina não é talvez tão intensa nas doses indicadas, como a da galegina. Com efeito, quando a administração da mirtilina cessou, três dos doentes, embora aglicosúricos, mantinham em jejum glicémias entre 1,4 e 1,7 ‰. No entanto compreende-se que só um muito maior número de doentes, tanto quanto possível comparáveis, poderia permitir tirar conclusões definitivas a êste respeito e não é êsse o fim com que estes ensaios foram feitos».

Isolou-se dos extractos da casca do feijão vulgar, *Phaseolus vulgaris*, uma substância que se considerou como uma glucoquinina e se designou com os nomes de «Phaseolin» e «Phaseolan»; êsses extractos, de casca de feijão chegaram mesmo a ser preparados industrialmente e entregues ao comércio como especialidades farmacêuticas, para o tratamento da diabetes. O A. nos seus ensaios experimentais, não obteve quaisquer resultados útidos, com êsses extractos como com outros produtos ainda mais concentrados, obtidos ainda segundo a mesma técnica mas num estado de maior pureza. E acrescenta: «Estes resultados foram de resto confirmados por ensaios terapêuticos em 8 diabéticos. Êsses doentes, escolhidos todos com uma forma ligeira de diabetes, foram também prèviamente preparados, isto é, submetidos durante 3 a 4 semanas à dieta própria e calculada para cada caso, do mesmo modo que resumimos a propósito da galegina e da mirtilina. A comparação dos resultados das análises de urina e das glicémias feitas antes da administração do medicamento e (continuando naturalmente os doentes sempre com o mesmo regime alimentar) três semanas ou um mês depois de iniciado o tratamento, mostrou que as baixas da glucosúria eram insignificantes e a acção sôbre a glicémia nula. As doses que ensaiamos foram as aconselhadas pelos AA., mesmo quando experimentámos extractos mais concentrados.»

Pode-se isolar da cenoura *Daucus Carota*, ao lado de uma substância cristalina inactiva sôbre a glicémia, um composto amorfo que dissolvido em óleo de amêndoas a 10 ‰ e injectado por via sub-cutânea na dose de 1 a 2 cc. (0,1 a 0,2 do produto amorfo) nos animais (cão e coelho) e no homem (normal), provoca uma baixa de glicémia. No homem são, essa baixa está compreendida aproximadamente entre 15 e 35 ‰, e, nos animais, 20 a 70 ‰. No homem, o máximo dessa acção hipoglicemizante nota-se em geral 5 horas depois da injeccção, e em alguns casos sòmente passadas 7 a 8 horas. Nos animais, a acção sôbre

INSTITUTO BEHRING
MARBURG-LAHN
FUNDADO POR E. V. BEHRING

Behring

Novidade!

Defesa contra as infecções

pelo

PARAGEN

*antibacteriana - desintoxicante -
aumento da resistência*

Indicações:

Reumatismo infeccioso, particularmente, reumatismo articular agudo, reumatoide agudo e formas crónicas reativadas. Enfermidades sépticas / Terapêutica auxiliar nas infecções tóxicas, como na difteria, escarlatina, e outras enfermidades alérgicas

Embalagens originais: Caixas com 1, 3, 5 e 10 ampolas de 2 c. c.

«Behringwerke»



Representantes:

BAYER, LIMITADA

Largo do Barão de Quintela 11-2º LISBOA

”
Ceregumil
 ”
Fernández

**Alimento vegetariano completo á base
 de cereais e leguminosas**

Contém no estado coloidal
*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados
 e principios minerais (fosfatos naturais).*

**Indicado como alimento nos casos de intolerân-
 cias gástricas e afecções intestinais — Especial
 para crianças, velhos, convalescentes e
 doentes do estomago.**

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo.

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA
 Depositários. GIMENEZ-SALINAS & C.^a
 240, Rua da Palma, 246
 LISBOA

PORTUGAL MÉDICO

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS
 E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

Redacção e Administração:

Rua de Cândido dos Reis, 47 — PÔRTO

Interessa aos leitores do «Portugal Médico» o aumento da expansão desta revista, pois quanto maior ela fôr melhores serão as condições que permitem ampliá-la. Agradece-se o interêsse dos snrs. assinantes por esta publicação, rogando o favôr de a recomendar aos colegas amigos.

Condições da assinatura (por ano — série de 12 números)

Continente e ilhas — 30\$00 Colónias — 40\$00 Estrangeiro — 50\$00
 Número avulso — 5\$00

a glicémia atinge habitualmente valores máximos 7 horas depois da injeção. Passadas 12 a 24 horas a glicémia atingiu de novo em geral os valores anteriores. Deve notar-se que, apesar da baixa nítida da glicémia, nunca se observaram quaisquer outros sintomas de hipoglicémia quer no homem quer nos animais. «Nos nossos ensaios experimentais e clínicos empregamos um extracto preparado segundo as indicações dos AA. mencionados. Inicialmente ensaiámos nos diabéticos doses inferiores de metade às que Franke e os seus colaboradores tinham empregado nos ensaios feitos no Homem normal. Como a tolerância fôsse perfeita, aumentamos pouco as doses injectadas até atingir a dose de 0,2 gr. 70 kg. Acêrca da influência dos extractos de cenoura sôbre a glicémia dos diabéticos podemos dizer que, embora talvez menos que a galegina e que a mirtalina, êsses extractos, como estas substâncias e como a insulina, provocam certamente a formação de glucose instável no sangue dêsses doentes e baixam a glicémia. Estas acções são, de acôrdo com as observações dos AA. mencionados, bastante mais tardias e mais lentas do que as que se observam com a insulina, a galegina e a mirtalina. Nos ensaios terapêuticos que fizemos com o soluto da substância amorfa extraída de cenoura (em óleo de amêndoas a 10 % e nas doses indicadas) experimentamos a acção hipoglicemizante dêsse soluto injectando-o, como se faz habitualmente quando se emprega a insulina protamina-zinco, 4 horas antes do almôço. Os doentes diabéticos (5) utilizados nestes ensaios foram preparados e escolhidos de modo que, seguindo rigorosamente, durante 20 dias, uma dieta constante e apropriada a cada caso, as análises de urina (repetidas em cada caso) mostraram uma glucosuria mais ou menos constante que oscilava entre 14 e 22 grs. nas 24 horas, conforme os doentes. As injeções do soluto oleoso do extracto (contendo apenas essa substância amorfa) de cenoura foram feitas diàriamente durante 15 dias, sem que se tivesse notado também qualquer sinal de intolerância (alguns doentes referiram apenas uma ligeira sensação de fome). As análises de urina feitas no fim dêsse período de tratamento (tendo naturalmente os doentes entretanto observado sempre rigorosamente a mesma dieta) mostraram uma diminuição muito acentuada da glucosuria em 2 dos casos; os outros 3 doentes estavam aglicosúricos. No primeiro dia de tratamento determinamos em 4 dêsses casos a glicémia em jejum antes e 4 horas e meia depois da injeção do soluto oleoso. A comparação de valores obtidos demonstra efectivamente a acção hipoglicemizante nítida dos extractos de cenoura que contém a substância amorfa a que nos referimos: as baixas observadas oscilam entre 30 e 41 %. Êstes resultados confirmam os dados experimentais que tínhamos verificado.»

A acção hipoglicemizante da cevada *Hordeum vulgare* germinada, sobretudo das radículas e dos grãos, foi estudada experimente no Coelho, sendo os resultados obtidos de difficil interpretação porque, conjuntamente com a presumível glucoquinina, a cevada contém também horde-

nina, alcalóide excitante das terminações do simpático de acção hiperglicemizante bem conhecida, assim como maltose e manita, com semelhante propriedade. O A. ensaiou o infuso dos órgãos germinados da cevada preparado segundo a técnica de Maisin e dos seus colaboradores, que verificaram a acção hipoglicemizante desses preparados no coelho e estudaram também essa acção no homem normal. «Os nossos ensaios experimentais feitos em diabéticos (7 doentes) com o infuso, nas mesmas doses ensaiadas por Maisin e pelos seus colaboradores no Homem normal, mostraram que nos órgãos germinativos da cevada existe de facto uma substância (ou, muito possivelmente, como veremos mais tarde, algumas substâncias) que provoca a formação da glucose instável no sangue dos diabéticos. Os ensaios clínicos que fizemos em alguns doentes com uma forma de diabetes pouco acentuada confirmam êstes resultados. Os doentes (9) em que experimentamos a acção hipoglicemizante dos extractos de órgãos germinados da cevada foram também submetidos previamente durante 2-3 semanas a uma dieta rigorosa, constante e apropriada para cada caso. As glucosurias verificadas por várias vezes nesses doentes e imediatamente antes do início do tratamento oscilavam, conforme os casos, entre 8 e 13 grs./24 h. O infuso foi administrado diariamente na dose correspondente a 70 grs. de raízes sêcas (mantendo os doentes sempre a mesma dieta) e durante 15 dias. Passado êsse período de tratamento as análises de urina de 4 dos doentes não apresentavam glucosuria, em 3 havia apenas muito leves vestígios, num outro doente a análise tinha 6 grs./24 h., e o último tinha praticamente a mesma glucosuria que antes do tratamento».

Com razão o A. conclui — «Julgamos que os resultados das observações que resumimos, embora não tenham sido feitas com um fim propriamente terapêutico, podem talvez ter um determinado interesse prático em casos ligeiros de diabetes.»

REVISTA GERAL

Fisiopatologia da hipertensão arterial ⁽¹⁾

Bright tinha observado que em muitas afecções renais há grande hipertrofia do coração. A questão, durante muito tempo discutida, das relações entre nefropatias e hipertrofia cardíaca, resolveu-se com segurança: o coração hipertrofia-se porque aumentou a tensão arterial. Esta hipertensão significa maior resistência ao esvaziamento do coração e tem, como consequência forçada, aumento do sangue residual

(¹) Capítulo, escrito por W. HÜLSE, no «Tratado de Fisiologia Patológica» (tradução de J. Roff Carballo. — Soc. Labor, Edit.).

em relação com o aumento das resistências, aumento da tensão inicial do miocárdio, refôrço das contrações, hipertrofia cardíaca. Portanto, o problema da hipertrofia do coração equivale ao das correlações existentes entre as nefropatias e a hipertensão arterial.

1—TENSÃO ARTERIAL NORMAL

Segundo Nicolai, a tensão arterial origina-se no coração, que a transmite ao sangue por meio da distensão da parede das artérias.

Normalmente, já há diferenças individuais. Intervém especialmente os factores endócrinos e circunstâncias constitucionais. Os asténicos oferecem vulgarmente valores relativamente baixos; nos indivíduos com labilidade vascular encontram-se muitas vezes valores altos. Pequenas sobrecargas ou excitações como, por exemplo, a relativa ao exame médico, bastam para produzir por vezes um grande aumento da tensão. Apesar disso não é lícito admitir o diagnóstico de hipertensão patológica, pois se trata de uma reacção muito passageira num sistema circulatório normal que mostra consideráveis diferenças quantitativas em diversos indivíduos, segundo a constituição de cada um. Entre o normal e o patológico há tóda a série de transições graduais. Uma cifra de tensão pode ser normal nuns e noutros ser patológica. Este facto tem importância clínica, pois há nefrites agudas nas quais não é excedido, em fase alguma da doença, o limite superior do que correntemente se considera normal; e, contudo, há nesses doentes hipertensão arterial, pois o valor primitivo da sua tensão é muito baixo, como pode verificar-se quando se dá a remissão dos sintomas.

Geralmente, o valor da tensão máxima no indivíduo são, de idade até aos 40 anos, é de 100 a 130 mm. de Hg; a mínima é de 60 a 80. Ao aumentar a idade, pode observar-se uma elevação moderada da tensão arterial, aumento a que não corresponde uma proporcional subida da tensão mínima. Nos indivíduos com mais de 65 anos a máxima excede geralmente os 150 mm. e a mínima é de 70 a 80. Cifras de tensão superiores a 160 mm. para a máxima devem considerar-se, em regra, como patológicas.

Estes valores são para o indivíduo deitado e de manhã, em jejum. No decurso do dia, tal como para a temperatura corporal, aparecem variações que podem alcançar, aproximadamente, uns 20 mm. Os valores mais baixos encontram-se pouco tempo depois de adormecer, ocasião em que a tensão máxima pode diminuir até menos de 90 mm.; os valores mais altos observam-se ao anoitecer. Note-se que a tensão patologicamente elevada pode também e com frequência oferecer grandes variações diurnas.

2 — FACTORES QUE REGULAM A TENSÃO ARTERIAL

a) *Volume de sangue.*— As artérias constituem um sistema tubular no qual a tensão depende, primeiramente, das relações entre a entrada e a saída.

A entrada é determinada pela quantidade de sangue impelida pelo coração na unidade de tempo (volume de sangue por minuto); a saída pela amplitude dos vasos arteriais finais, antes que o sangue se verta no grande depósito dos capilares, isto é dos vasos prècapilares. Como o sistema capilar tem uma capacidade várias vezes maior do que o volume normal do sangue, é improvável que no território capilar surjam dificuldades à saída do sangue arterial, capazes de provocar hipertensão.

Freqüentemente se considera o refôrço das contracções cardíacas, com aumento da quantidade de sangue impellido, como causa de hipertensão arterial. Supôs-se existirem no sangue substâncias tóxicas que estimulariam a actividade cardíaca; mas nem a clínica nem a patologia experimental descobriram substâncias que forcem directamente a actividade do miocárdio são, hipertrofiando-o. Isto só pode succeder por aumento da distensão inicial originada por exagerada repleção diastólica, por acréscimo das resistências ao esvasiamento ou por uma excessiva chegada de sangue. A experiência clínica ensina, além disso, que o aumento de volume do sangue impellido por minuto não causa, forçosamente, uma hipertensão arterial persistente. Se a saída de sangue das prèartérias compensa o aumento da chegada, dá-se uma circulação sanguínea acelerada mas não hipertensão; conhecem-se casos em que tal succede, como por exemplo nas anemias, em que sempre há aumento compensador do volume de sangue impellido por sístole e por minuto.

O sistema vascular são é capaz de acomodar a sua contracção às variações da sua repleção; por exemplo, nas perdas de sangue ou na insuficiência cardíaca, a tensão arterial não se modifica sensivelmente. Experimentalmente, pode produzir-se com facilidade um aumento da repleção aumentando o volume do sangue. Enquanto não se ultrapassa a força de reserva do coração, êste reage à maior quantidade de sangue aumentando o volume do sangue impellido por sístole e por minuto. Também nestes casos não se observa hipertensão arterial pronunciada ou duradoira.

Cohnhein e Lichtheim injectaram em animais grande quantidade de solução salina isotónica. O provocado aumento da tensão arterial raras vezes excedia os limites superiores da normalidade e remetia regularmente ao valor inicial, a breve praso. Porque as soluções salinas abandonam rapidamente o sistema vascular, podia haver dúvida sôbre o valor demonstrativo destas experiências; mas posteriormente, com igual resultado, foram repetidas usando-se soluções com pressão coloidsmótica equiparável à do sangue, as quais dão um aumento da quantidade de sangue que persiste por muito tempo.

Enquanto está conservada a função reguladora vascular, a tensão arterial, dentro de certos limites, não pode sofrer modificação considerável por motivo de variações, para mais ou para menos, da massa de sangue que passa para as artérias.

Essa regulação efectua-se por meio dos vasomotores, que regem o tónus e a amplitude da luz arterial. Tem a maior importância os vasos abdominaes esplâncnicos, que quando se dilatam intensamente chegam a poder albergar a totalidade do sangue que normalmente existe no corpo. O território esplâncnico actua por modo extraordinário na regulação da circulação periférica, pois, segundo as necessidades de esta, deixa passar sangue, ou o retém fazendo diminuir a quantidade de sangue circulante. Nesta função intervém consideravelmente os capilares, que tem uma inervação inteiramente distinta da das artérias.

Os vasomotores obedem à acção de vários centros ordenados hierarquicamente. Na medula estão os chamados centros segmentários para a inervação vascular. As secções transversais da medula fazem desaparecer as reacções vasomotoras somente no território regido pelo foco afectado pelo traumatismo. Estes centros espinais são por sua vez regulados por um centro diencefálico da região hipotalâmica, do qual emanam os impulsos tónicos para os gânglios medulares. O centro admitido por Ludwig no bolbo parece não existir realmente. Em troca há outros centros vasomotores no cortex cerebral (zona motora); à sua excitação deve atribuir-se, por exemplo, a hipertensão de origem psíquica.

Fizeram-se muitas investigações sobre a quantidade total de sangue e o volume impellido por sístole nas nefrepatias hipertónicas; os resultados mostram a falta de justificação das teorias que attribuam o aumento da tensão arterial a uma maior chegada de sangue. Nem em todos os casos de hipertensão arterial nefrógica se encontra plethora hidrémica ou aumento de volume do sangue impellido pela sístole. Há muitos casos sem perturbação da eliminação de água e sem aumento da quantidade total de sangue, e também há outros em que não aumentou o volume de sangue impellido por minuto, antes diminuiu. Se ao diminuir o volume de sangue impellido por minuto e por sístole, o coração se hipertrofia, isto mostra claramente que o coração não intervém activamente, mas sim que participa passivamente, na hipertensão.

b) Alteração de sangue. — O aumento da viscosidade sangüínea não conta.

A viscosidade do sangue raras vezes está aumentada nas doenças renais; mais vezes está diminuída. A clinica não descobre a existência de uma relação segura entre a viscosidade e a tensão arterial. Nas nefroses, no periodo da formação de edemas, durante a séde, no coma diabético, na doença de Vaguez, observam-se frequentemente grandes acréscimos da viscosidade sem elevação da tensão arterial.

Tôdas estas circunstâncias só podem importar quando está perturbada a função reguladora do sistema vascular, a respeito da acomodação da sua capacidade à quantidade de sangue que flue pelas préartérias. Então é possível, por exemplo, que por aumento da quantidade de sangue se produza secundariamente uma subida da hipertensão arterial préexistente; assim o mostram tanto as observações clinicas como a investigação experimental.

c) *Saída do sangue.* — Se a hipertensão arterial não é devida a aumento da chegada do sangue nem a alterações do próprio sangue, só pode depender da dificuldade na saída do sangue.

Desde as investigações de Gull e Sutton houve muito quem supozesse que a dificuldade para a saída do sangue é consequência de uma doença sistemática de todo o sistema arterial, principalmente no território das arteríolas (arteríolo-esclerose). Mas esta hipótese falha logo na hipertensão da nefrite aguda, em que aparece muitas vezes súbitamente, para desaparecer por completo poucos dias depois; também falha nas formas com lesões vasculares crónicas, em que a tensão arterial pode variar muitíssimo, e circunstâncias há, como por exemplo a febre, que produzem descida da tensão, inclusivé até à normalidade, mesmo quando a chegada de sangue se não modifica. É difícil conjugar estas observações com a hipótese de resistências rígidas no sistema vascular. Além disso, as investigações anatómicas mostraram que não há doença sistemática de tal classe, isto é artério-esclerose que afecte todos os vasos. A desorganização endotelial, sobretudo dos capilares, suposta por Munk, que, por inibição, estenosaria êsses vasos, é puramente hipotética e não foi confirmada pela capilaroscopia.

Portanto, se não há lesões orgánicas, só pode tratar-se de alterações funcionais que angustiam o sistema vascular na sua totalidade, por forma a aumentar as resistências ao fluxo do sangue. Não se sabe ao certo como se produz êste aumento generalizado do tónus das arteríolas.

3 — TENSÃO ARTERIAL E RIM

Por se ter encontrado um aumento da tensão arterial nas nefropatias, muitos autores supuseram que tôdas as hipertensões muito duradouras procediam do rim. As observações clínicas e os factos experimentais indicam também que há relações estreitas entre a secreção urinária e a tensão arterial. Por exemplo, pode provocar-se hipertensão suprimindo mecánicamente a secreção urinária, com a laqueação bilateral dos ureteres. Também a retenção de urina por estenose dos ureteres ou da uretra pode provocar grande hipertensão arterial, que geralmente desaparece rapidamente ao cessar essa retenção. A retracção artificial dos rins ou a diminuição do seu tamanho por métodos cirúrgicos produzem ordinariamente, nos animais de experiência, hipertensão arterial e hipertrofia cardíaca. Clínicamente pode observar-se a mesma coisa, por diminuição acentuada do parenquima renal no rim quístico bilateral. Sem dúvida, nestes casos, a hipertensão arterial procede do rim.

Compreende-se, num ponto de vista teleológico, que exista relação entre secreção urinária e tensão arterial, pois o rim é órgão cuja função específica, a produção da urina, depende em parte do nível da tensão sanguínea nos glomérulos de Malpighi. Na doença de Bright

a hipertensão arterial é característica das formas com dificuldade de circulação renal (Volhard), isto é nas glomérulonefrites e nas nefroescleroses. As afecções puramente degenerativas (nefroses) nunca dão lugar a hipertensão arterial. Cabe supor que o aumento da tensão nas nefropatias, ou em geral quando a secreção da urina está perturbada, é um processo biologicamente útil, que se contrapõe à defeituosa secreção urinária devida a insuficiente irrigação dos rins. Mas este conceito teleológico não é uma explicação científico-natural do problema. Tem-se-lhe oposto algumas objecções clínicas: ao diminuir a hipertensão arterial nem sempre piora a secreção urinária; conseguindo-se, sem lesão do coração, produzir uma descida da tensão arterial, não é raro observar-se uma sensível melhoria da diurese, com diminuição da quantidade de ureia, de indican e de outros produtos retidos no sangue.

Sobre a etiologia renal de tôdas as hipertônias que acompanham as afecções renais também recentemente parece haver dúvidas. As observações clínicas mostraram que na glomérulonefrite aguda difusa a hipertensão arterial pode preceder a nefropatia. Nos convalescentes de esscarlatina pode observar-se, no período crítico do 14.º ao 21.º dia, uma elevação brusca da tensão arterial sem que se apresente albuminúria. Assim, parece que a hipertensão arterial e o espasmo vascular periférico que a determina não são consequência, mas sim causa, da nefropatia. O mesmo pode aplicar-se às nefrites saturnina e grávidica, nas quais é freqüente o aparecimento da hipertensão arterial antes do início dos sintomas renais. Portanto, tem de se admitir que o mecanismo da hipertensão nas nefropatias pode partir tanto do rim como de fora d'este.

As circunstâncias em que aparece a hipertensão arterial são muito complexas, pois uma hipertensão de origem extra-renal pode continuar a manter-se mais tarde por participação renal, se o transtórno primitivo provocar lesões do rim, criando perturbações na sua irrigação sangüinea. Porque na glomérulonefrite aguda difusa uma intervenção no rim, a descapsulação, muita vez produz rápida descida da tensão arterial e pronta cura da doença. Volhard supõe que esta forma de hipertensão arterial também é de origem renal; a descapsulação provoca um aumento de irrigação renal e pode supôr-se que a melhor eliminação de substâncias hipertensivas cause descida da tensão arterial. Contudo, as particularidades do edema da nefrite aguda apoiam a hipótese de que na nefrite aguda o ponto primitivamente afectado é todo o sistema vascular e não unicamente o rim.

4 — HIPERTONIA RENAL (HIPERTENSÃO PÁLIDA)

Na hipertensão arterial produzida pelo estímulo dos centros cerebrais influe principalmente o território esplâncnico; as hipertensões de origem renal dependem de uma contracção vascular generalizada, pois estão estreitados os vasos esplâncnicos, cutâneos, e até as artérias do fundo do olho.

A participação dos vasos cutâneos revela-se freqüentemente pela

palidez, e a dos vasos retinianos pela retinite albuminúrica. Esta contracção vascular generalizada indica que se trata de um mecanismo periférico que quasi só pode depender da intervenção de substâncias vasoactivas.

A tentativa de relacionar a hipertensão arterial com a adrenalina segregada pelas suprarrenais deve considerar-se fracassada; com os métodos mais sensíveis, que permitem verificar quantidades ínfimas de adrenalina no sangue arterial, não se provaram propriedades adrenalinicas no sangue dos nefríticos. As investigações experimentais de Hülse, Bohn e Tashiro mostraram que nas nefropatias hipertónicas circulam no sangue substâncias vasoactivas que sensibilizam os vasos em face dos estímulos vasoconstritores; mas também podem actuar directamente como substâncias vasoconstritoras. De acôrdo com estas observações, na hipertonia nefrítica há hipersensibilidade para a adrenalina; pequenas quantidades de adrenalina, normalmente inactivas, podem aumentar consideravelmente a tensão arterial dos nefríticos.

A natureza e a origem das substâncias vasoactivas são actualmente desconhecidas. A ureia, em que dantes muito se havia falado, não entra em consideração. Mais se deve pensar em aminas biógenas. Nas hipertônias de causa renal parece lógico relacionar a função do rim com a aparição destas substâncias.

Antigamente pensou-se muito na retenção de substâncias urinógenas, isto é referiu-se a hipertensão arterial á insuficiência renal; mas há muitas nefropatias nas quais não há insuficiência renal alguma, e que, no entanto, mostram muito aumentada tensão arterial. Até a uremia genuína pode evolucionar sem hipertensão arterial. Contudo é de notar que seja principalmente nas nefropatias com tendência á retenção nitrogenada, ou seja nas afecções glomerulares, que se observa hipertensão arterial. Pode supôr-se que as substâncias vasoactivas sejam retidas antes e em maior proporção que as demais. Sabe-se que nem todos os produtos urinógenos são retidos com igual facilidade; por exemplo, o ácido úrico pode estar muito aumentado no sangue quando a taxa de ureia é ainda normal. Esta hipótese é admissível, sobretudo no ponto de vista teleológico.

Também se pensou na produção pelo rim de substâncias vasoactivas (reninas). Nas nefropatias glomerulares, que sempre provocam transtornos da irrigação renal, podem facilmente originar-se produtos anormais do catabolismo, as chamadas «nefrolisinas». Tigerstedt e Bergmann encontraram, mesmo em rins sãos, substâncias com acção pressora. No entanto, os ensaios com extractos de órgãos devem valorizar-se com precaução, pois com os provenientes dos mais diversos órgãos tanto podem obter-se acções pressoras como depressoras. Na maioria das vezes trata-se de substâncias de origem post-mortal.

Nada se sabe sôbre a patogenia da hipertonia nefrítica aguda primitiva. Com alguma probabilidade apenas pode admitir-se que aparece sempre depois de infecções e que tem certa conexão com os processos imunológicos do organismo.

OS LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA ANDRADE

apresentam

DEXTROCALCIO-CÊ

é uma única embalagem com:

6 ampolas de gluconato de cálcio a 40 %.

6 ampolas de ácido L-ascórbico (Vitamina C) a 5 %.

PREÇO: 35\$00



REPRESENTANTES NO NORTE DE PORTUGAL

MARTINHO & C.^A, L.^DA

T. DA FÁBRICA, 13 PORTO TEL. P. B. X. 7583



MOBILIÁRIO CIRÚRGICO "ALBAR,,
APARELHAGEM DE ELECTRO-MEDICINA
MATERIAL MÉDICO-CIRÚRGICO
MATERIAL DE LABORATÓRIO, ETC.

Vendas e Exposição:

RUA DA FÁBRICA, 74 e TRAV. DA FÁBRICA, 1 a 9

Quinarrhenina

ANEMIAS
PALUDISMO
OU
SEZÕES
CONVALESCENÇAS
DIFICEIS, ETC.

ELIXIR — GRANULADO

Dá força, excita o apetite, diminui a febre, facilita a digestão.
Muito bem tolerada pelas crianças. Efeitos rápidos e seguros.

XAROPE GAMA DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO

Este xarope tem por base além da «*creosota de faia*» (estudada e aconselhada nas doenças dos brônquios e órgãos respiratórios por notabilidades médicas mundiais), *acónito*, *beladona*, *benzoato de sódio* e *codeína*, balsâmico e anti-espasmódico em veículo.

Muito bem tolerado a meio das refeições. 3 a 4 colheres das de sôpa por dia.

Um novo Sedativo da TOSSE

Uma nova medicação anti-bacilar

TIOCOSE (GAMA)

Xarope de tomilho com tiocol, dionina, benzoato de sódio, acónito, beladona, gluconato de cálcio e hexametenatetramina.

A feliz associação destes componentes prova que a — TIOCOSE —, como fórmula única no género, bem merece a atenção e até a preferência dos clínicos, porque vem preencher uma grande lacuna na terapêutica moderna.

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR

É o único preparado que conhecemos, tendo por base — Glicero-fosfatos *ácidos*, em tão elevada concentração: 0,55 gr. por 10 c. c.

A combinação orgânica de *ferro* e *fósforo* mais assimilável e de efeitos mais rápidos, na opinião do prof. A. Robin e outros.
:: :: O verdadeiro alimento dos tecidos nervoso e ósseo. :: ::

Depósito geral: Farmácia GAMA
Calçada da Estréla, 130 — LISBOA

5 — HIPERTONIA ESSENCIAL (HIPERTENSÃO VERMELHA)

Já se disse que antigamente tódã a hipertensão arterial se referia a uma nefropatia: Inclusive nas formas que clinicamente não mostravam qualquer sinal de participação renal, quasi constantemente, na autópsia se encontravam lesões esclerosas dos vasos renais. Apesar disto, a hipertensão arterial é nestes casos extranha ao rim.

Um aumento intenso e duradoiro da tensão conduz a um desgaste precoce e notável dos vasos, principalmente no rim, cuja circulação está submetida a uma grande sobrecarga funcional. Os achados da autópsia de casos avançados não têm valor; conhecem-se casos precoces, em que na autópsia não se encontraram geralmente lesões dos vasos renais, ou se existiam eram tão escassos como os que podem encontrar-se nos não hipertónicos. Por tudo isto consideramos possível que nas nefroescleroses as lesões vasculares não são a causa da hipertensão arterial, mas sim sua consequência.

Além da hipertonia que sempre existe com lesões renais, e que por isso se chama «renal» há uma segunda forma que não tem qualquer relação com os rins, e que se denomina «hipertonia essencial». Tanto clínica como patogênicamente é conveniente diferenciá-la perfeitamente.

Em tódãs as hipertônias renais há no sangue substâncias vaso-activas e está aumentada a sensibilidade à adrenalina; pelo contrário, as mesmas experiências feitas com sangue de hipertónicos essenciais dão sempre resultado negativo. Só no período final da nefroesclerose retráctil genuína pode demonstrar-se a existência de substâncias pressoras.

Segundo Volhard, a observação clínica fala já a favor da diferença no mecanismo da hipertensão arterial nas duas formas, como expressão da contracção vascular generalizada. Na hipertonia renal há palidez, os vasos da retina estão estreitados e os próprios rins estão pálidos. Na hipertonia essencial, ao contrário, observa-se ordinariamente boa côr dos órgãos, por vezes avermelhada, na pele e nos rins, e nunca estão diminuídos os vasos da retina. Em face da «hipertensão pálida» da hipertonia renal, Volhard coloca a «hipertensão vermelha» da hipertonia essencial.

No decurso da hipertonia vermelha podem distinguir-se três períodos, enlaçados por séries de transições: 1.º — O período precoce caracterizado por grandes variações de tensão, pelo facto do repouso na cama durante um dia poder normalisar a tensão, por não haver sinais urinários, e por faltar a diminuição de volume dos vasos retinianos; 2.º — O período de estado, a miúde com grande hipertensão arterial e pronunciada hipertrofia cardíaca, em que a tensão se torna cada vez mais invariável, conservando-se contudo o tipo da hipertensão vermelha, sem transtornos renais nem presença de substâncias refrin-

gentes na urina, mas em que, no final dêste período, já com freqüência aparecem alterações do fundo do olho no sentido da retinite albuminúrica, indício da passagem ao último período; 3.º — O período em que a hipertensão arterial é a da nefrosclerose retráctil genuína.

Por conseguinte, a hipertensão vermelha mostra claramente, na sua evolução, os dois diversos mecanismos do aumento da tensão. As lesões específicas da retina são a referência do momento em que aparece uma contracção vascular generalizada, de origem periférica, consecutiva à aparição de substâncias hipertensivas no sangue. Como êste mecanismo periférico se desencadeia também a partir do rim, é muito provável que na nefrosclerose retráctil genuína, no período de transição da hipertensão vermelha para a hipertensão pálida, se encontrem sempre nos rins lesões vasculares escleróticas de carácter grave (enorme proliferação da túnica elástica interna), que finalmente são a causa de grave transtôrno da irrigação sangüínea, tal como succede nas nefrites. Deve-se pois admitir que tôda a hipertensão arterial dura-dora está em íntima conexão com o rim, pois é a consequência ou a causa de uma nefropatia.

Não obstante, há bastantes casos de hipertensão vermelha que não mudam nunca de carácter, nunca se transformando em hipertensão pálida. A diferença evolutiva é condicionada, além da idade em que aparece a hipertonia, pela disposição individual. Nem tôdas as pessoas adoezem de artériosclerose em iguais circunstâncias de vida com a mesma rapidez e igual intensidade. Quando há uma debilidade funcional no sentido de uma disposição anormal para o desgaste dos vasos, os processos degenerativos dos vasos renais podem aparecer quasi subagudamente; não estão os órgãos em condições de se adaptarem ao transtôrno circulatório que surgiu com bastante rapidez, sobretudo quando se trata de individuos relativamente jôvens, cujos tecidos tem grandes exigências de irrigação sangüínea. Produzem-se então perturbações do metabolismo e da função renal. Coincide com isso uma mudança absoluta do quadro clinico: a partir de uma doença primitivamente vascular surge uma nefropatia. Se as lesões vasculares se desenvolvem lentamente e em idade avançada, na qual se tornaram menores e o metabolismo e o trabalho a que o rim está submetido, não sobrem essas consequências.

A causa da hipertensão vermelha da hipertonia essencial não está bem esclarecida. Só se pode afirmar com segurança que a sua causa não é renal e que não depende do mesmo mecanismo periférico que a hipertensão arterial nefrôgena. Conhecem-se diversas circunstâncias que tem muita importância na sua patogenia; mas não explicam ainda qual o caminho que leva a um aumento de tensão que por vezes alcança um acentuadíssimo grau.

a) *Lesões vasculares.* — A hipertonia essencial é, como o cancro, uma doença da idade avançada; antes dos 40 anos é rara. Como coincide com a época em que costumam aparecer as lesões involutivas das artérias, procurou-se encontrar-lhe uma relação com a artériosclerose; mas nem todos os velhos têm hipertonia e há muitos casos

com arterioesclerose de intenso grau sem qualquer aumento da tensão arterial.

A arterioesclerose produz diminuição da distensibilidade e aumento da amplitude absoluta da capacidade vascular. Na idade avançada dá-se uma dilatação senil das artérias, que geralmente vem acompanhada por diminuição do volume de sangue impellido por minuto pelo coração, em consequência das pequenas necessidades metabólicas dos tecidos velhos, que precisam de escassa irrigação. Quando os processos se desenvolvem gradualmente e no mesmo sentido, não há motivo para que se produza um aumento da tensão arterial; mas se a diminuição da distensibilidade sobrevem quando ainda não appareceu a dilatação senil e ainda não existe a baixa das necessidades nutritivas característica da idade avançada, por razões fisicas, segundo Volhard, o volume normal do sangue impellido por minuto deve produzir hipertensão. Note-se que há hipertonias em jovens sem as lesões vasculares correspondentes. A grande labilidade da tensão arterial, que não se pode attribuir unicamente a variações do volume de sangue impellido por minuto, mas antes a dilatação e estreitamento dos vasos, já mostra que no período precoce não pode existir uma doença vascular generalizada. Portanto, a função motora dos vasos deve estar incólume, e é facto que os doentes com hipertonias essenciais podem ter uma capacidade vascular e um volume de sangue quasi como os saos, constante dentro de largos limites. A grande sobrecarga liquida só aumenta a tensão arterial na hipertonias pálida, mas não na vermelha. Tal comportamento seria incompreensível se a causa da hipertensão vermelha estivesse em lesões mecanofisicas do sistema vascular.

b) Herança e constituição.— A conservação da capacidade de acomodação dos vasos torna verosimil a hipótese, primeiramente annunciada por Bergmann, de que a hipertonias essencial, análogamente ao que succede na febre, depende de uma reactividade patológica do centro vasomotor. O febricitante regula a temperatura do seu corpo tal como o hipertenso a sua tensão arterial, num nível mais alto que o normal. O tonus dos centros vegetativos é influenciado poderosamente pela actividade das glândulas endócrinas, e isso leva a deduzir logicamente a existência de múltiplas relações entre as secreções internas e a constituição. As investigações de Weitz, principalmente, mostraram que a hipertensão arterial é manifestamente hereditária, ou seja que se determina fundamentalmente por factores constitucionais.

As cifras de hemoglobina e de glóbulos vermelhos quasi sempre estão nos valores limites do normal ou os excedem (5-6 milhões), e do mesmo passo pode estar aumentada a quantidade de sangue. Esta última circustância pode contribuir para aumentar a tensão arterial; mas as alterações hemáticas intervem tão pouco na etiologia da hipertensão como a alteração da composição electrolitica do sangue, aventada por muitos autores (diminuição do calcio e aumento do potássio). Tódas estas variações devem considerar-se apenas como expressão de particularidades constitucionais e não há motivo para lhes subordinar a hipertensão, pois se trata de simples fenómenos concomitantes.

Tais indivíduos estão mais sujeitos às influências exteriores que as pessoas de sa constituição, e é natural que as suas reacções às

excitações psíquicas dêem maiores variações da tensão arterial ou intensas variações psicógenas do volume de sangue impellido por minuto, sem que por isso se deva considerar a hipertonia essencial como doença «nervosa» ou como «nevrose vegetativa», porque se assim fôsse deveria aparecer em tôdas as idades e não apenas na idade avançada.

c) *Secreções internas.*— O facto da hipertonia essencial ser uma doença principalmente senil e o de preponderar na época do climatério, permite supor que tenha relação com as glândulas endócrinas. Também contribue para afirmar esta hipótese a existência do factor constitucional. Para a hipertonia do climatério esta relação parece certa; há casos nos quais a hipertonia começa com o climatério ou com o prèclimatério, para desaparecer no postclimatério.

Não está ainda esclarecida a questão de saber se as glândulas sexuais tem que ver com regulação da tensão arterial. Não se conhecem nas gónadas hormonas com acção sôbre a tensão arterial; mas sabe-se terem íntima relação com a hipófise, cuja vasopressina tem característica acção sôbre a tensão. Provavelmente, até o lobo anterior da hipófise exerce influência sôbre a tensão arterial, tanto no sentido de a aumentar como no de a diminuir. Nas mulheres, depois do parto ou da castração, freqüentemente se encontra o síndrome hipotónico, caracterizado por uma tensão arterial muito baixa. Também se notou uma alteração especial da regulação da tensão arterial na caquexia de Simmonds, e por isso se admitem numerosas relações entre o complexo hipotónico e a hipófise. Como a hipófise lança as suas hormonas no liquido céfalorraquidiano, pode actuar inibindo ou estimulando o tónus dos centros vegetativos diencefálicos.

A hipertonia essencial comporta-se em sentido oposto à caquexia de Simmonds, que se produz por via de hipofunção hipofisária. Partindo dêste ponto de vista, investigou-se a presença de substâncias vasoactivas no liquido céfalorraquidiano, em diversas doenças; só o proveniente de hipertónicos essenciais provoca hipertensões arteriais de origem central, na metade dos casos. Como o liquido que possui tal actividade também exerce manifesta acção sôbre o útero da cobra e a expansão dos cromatóforos, é possível que na hipertonia essencial se trate de hiperprodução da hormona hipofisária, que dê lugar a uma desregulação central da tensão arterial. Kylin investigou a eliminação de prolán em 40 pessoas na idade da hipertonia, com os seguintes resultados: em 11 com tensão arterial normal a eliminação de prolán não estava aumentada; em 27 com alta hipertensão obtiveram-se valores elevados, e tanto maiores quanto maior era a hipertensão arterial; nalguns casos de hipertonia grave a reacção era intensamente positiva, inclusivé com urina não concentrada.

Conquanto as investigações até agora realizadas não dessem ainda a prova irrefutável de que a hipertonia essencial é devida etiologicamente a uma hiperfunção da hipófise, elas parecem indicar que nesta doença há, pelo menos, perturbações hipofisárias. Faltam dados sôbre a participação doutras glândulas. E como as investigações, pelo que respeita à hipófise, só trazem resultados positivos numa parte dos casos, deve admitir-se a etiologia vária da hipertensão arterial vermelha. Tudo o que se pode dizer, com certa segurança, é que na patogenia desta doença têm grande importância os factores endócrinos constitucionais.

DOIS PRODUTOS "ELBA,"

Anemias hemoglobínicas e globulares.
Hipo e Hiper-função hepática.
Estados de descalcificação.
Avitaminoses.
Regularização da função intestinal.

H E P A T O N

"ELBA,"

de sabor delicado e muito agradável,
com Extracto Hepático super-concentrado,
Gluconato de cálcio, Citrato de ferro e Vitamina C.

Representantes gerais:

Rua do Carmo, 8 BACELAR & IRMÃO, LDA. PÔRTO

Na arterio esclerose
Angina de peito
Sífilis em todos
os estados

IODORGAN «ELBA»

Solução orgânica de Iodo,
com 62,87 % de metaloide

2 doses

Iodorgan simples	0,031 de iodo por c. c.
» forte	0,062 » » » »

Representantes gerais:

Rua do Carmo, 8 BACELAR & IRMÃO, LDA. PÔRTO

Amostras e literatura à disposição dos Ex.^{mos} Clínicos

Srs. Doutores:

Os compositores da
oficina tipográfica

ENCICLOPÉDIA PORTUGUESA, L.^{DA}

estão especializados em trabalhos sôbre medicina, pelo que os autores tem muito maior facilidade na revisão das provas, visto ser diminuto o número das correcções.

Também aos melhores preços se encarrega de todos os trabalhos gráficos: cartões, receitas, etc.

TIPOGRAFIA ENCICLOPÉDIA PORTUGUESA

RUA DE CÂNDIDO DOS REIS, 47 — TEL. 547 — PÔRTO

NOTAS CIENTÍFICAS E PRÁTICAS

Os estilbenos no tratamento do cancro da próstata

Parece não oferecer já dúvida a existência de um factor hormonal na etio-patogenia do adenoma e do carcinoma da próstata. Com efeito, como nota P. CIFUENTES, os recentes estudos sôbre as fosfatases sanguíneas, indicam que a ácida se produz na próstata e que a alcalina provém dos ossos, e sabe-se que no carcinoma prostático a quantidade normal de fosfatase (de 1 a 3 unidades por 100 c.c.) sobe consideravelmente. O tratamento do adenoma pelas hormonas genitais masculinas levou a ensaiá-las no cancro, e viu-se que os resultados eram maus; mas, injectando-se estilbenos ou hormona folicular, verificou-se que ficava neutralizada a acção nociva da testosterona e que os doentes beneficiavam, observando-se nêles uma baixa da fosfatase de sangue. Êsse benefício é notável, pois os exames anatomo-patológicos acompanham a melhoria dos sinais clínicos, parecendo abrir um caminho muito importante na terapêutica do cancro da próstata, baseado no conceito de que a diminuição da fosfatase corresponde a uma regressão das células neoplásicas.

Na América do Norte o processo tomou vulto, e autores há que o associam à castração, com o que os resultados são melhores e mais estáveis, havendo casos em que a regressão neoplásica se fez até nas metástases. Kahle, Schenken e Burne citam casos felizes só com tratamento pelos estilbenos, de que dão doses de 50 miligramas por mês, chegando a alcançar no total das séries que constituem o tratamento completo a quantidade de 700 a 1.000 miligramas.

O relato da experiência do autor (*Arch. Españoles de Urologia*, 1944, n.º 1) não chega a conclusões francamente aproveitáveis, pois, de 10 casos, 6 estão ainda em tratamento; não obstante, até então, os resultados, melhores nuns doentes do que noutros, eram favoráveis ao processo, pois, com a dose diária de 3 miligramas, sem castração, verificou-se redução do volume dos tumores e melhoria do estado geral.

Tratamento búlgaro dos estados parkinsonianos

Um médico búlgaro, Ivan Roeff, preconizou uma medicação que parece dar resultados melhores que os correntemente empregados; por isso se chama «búlgaro» a êsse método. Consiste êle em dar ao doente extracto de raízes e rizomas de beladona, obtido por cozimento, a 5 por cento, em vinho branco, durante um quarto de hora. O extracto é o líquido, filtrado, depois de arrefecido. Como a sua conservação é precária, durando apenas alguns dias, preparam-se extractos concentrados, e há produtos sintéticos americanos com composição semelhante. O extracto deve conter aproximadamente 2 por mil de alcalóides da beladona. A dose

diária inicial é de um decimilgrama de alcalóides, subindo-se cada dia de igual quantidade até ao máximo útil e tolerável.

Discute-se ainda o mecanismo de acção do extracto, dada a complexidade da sua composição e dos fenómenos determinantes das perturbações nervosas. Seja como fôr, o que mais interessa são os efeitos terapêuticos. R. SALES VASQUEZ & J. PONS TORDERA, depois de exporem largamente o método, referem os resultados das suas observações pessoais, das quais tiraram as seguintes conclusões (*Medicina Clínica*, 1944, pág. 338):

1 — O tratamento búlgaro produz, no parkinsonismo encefalítico, melhoras muito nítidas, que não é possível alcançar com outros métodos terapêuticos, observando-se, na maioria dos casos, desaparecimento da rigidez muscular, da sialorreia e das crises oculares, e, menos constantemente, do tremor.

2 — No parkinsonismo não-encefalítico os resultados são menos brilhantes, verificando-se diminuição da rigidez e pequena influência sobre o tremor.

3 — Os encefalíticos toleram maior quantidade de alcalóides do que os não-encefalíticos, e nestes a tolerância e os efeitos terapêuticos diminuem na razão inversa da idade.

4 — Quanto a intolerâncias, observamos secura da bôca na totalidade dos casos. Registaram-se perturbações visuais em 5 casos do grupo não-encefalítico e em 2 casos do grupo encefalítico; vertigens num caso de cada grupo; diarreia e oligúria em 3 doentes vasculares.

Para a conduta no tratamento das afecções dolorosas músculo-esqueléticas

Conquanto seja muito conhecido o método das injeções anestésicas locais, para tratamento de lesões músculo-esqueléticas agudas e crónicas (tais como fibrosite, bursite, nevrite e alguns casos de artrite), STEINBOCHER observa que os resultados dependem, além da técnica, de um certo número de factores. Entre êstes factores devem considerar-se: 1) diagnóstico correcto e localização exacta do ponto de origem da dor; 2) selecção conveniente dos doentes, excluindo aquêles que só têm queixas subjectivas, a não ser que um bloqueio regional diagnóstico esteja indicado; 3) reconhecimento dos indivíduos hipersensitivos, dos transtornos psicogénicos (nevroses dolorosas, síndromes de conversão) e avaliação correspondente dos resultados; 4) descoberta e interpretação certa da hiperestesia cutânea. Para realizar o método, com diagnóstico seguro, seleccionando os doentes que dêle devem aproveitar, recomenda um ensaio, que consiste na injeção consecutiva de soluto isotónico de cloreto de sódio e de soluto de novocaína no ponto doloroso, encontrado por palpação, e na avaliação judiciosa da reacção do doente. (*J. of the American Med. Assoc.*; Junho de 1944, pág. 397).

Asmas alérgicas de origem alimentar

Em trabalho de Jimenez Dias e seus colaboradores, passa-se em revista este tema, com elementos colhidos na literatura médica e em observações pessoais (*Rev. Clínica Esp.*, 15-XII-43).

Há dois tipos: um que corresponde a sensibilização no sentido anticorpo-antigénio, e outro em que tal se não dá, embora haja influência de alimentos.

O primeiro tipo é raro. Caracteriza-se por desencadeamento rápido da crise pouco tempo depois da ingestão do alimento antigénico, que pode ser em pequeníssima quantidade; persistência da sensibilização depois de se suprimir o alimento incriminado; cuti-reacção positiva com o antigénio respectivo e presença de anticorpos no sangue.

O segundo tipo, mais freqüente, caracteriza-se por: desencadeamento tardio da crise, pelo que muitas vezes não se liga à alimentação, e só motivado por ingestão de grande quantidade do alimento em causa; desaparecimento da intolerância quando se suprime o alimento durante algum tempo, voltando, porém, a manifestar-se dias depois de retomado o seu uso; cuti-reacção negativa e ausência de anticorpos no sangue. O diagnóstico é, por estas circunstâncias, muito difícil; com as dietas de exclusão podem apurar-se casos que sem o emprêgo deste processo passariam despercebidos; parece ter algum valor diagnóstico a observação da taquicardia provocada pela ingestão do alimento em questão; embora não esteja isenta de erros, a prova da leucopenia originada pela ingestão, fenómeno a colher uma hora depois da refeição, leva algumas vezes à demonstração do alimento para o qual o doente tem sensibilidade.

Deve notar-se que neste segundo tipo de asma, ordinariamente o mecanismo patogénico é complexo, intervindo outras sensibilidades por vários agentes (atmosféricos, principalmente) em relação com a sensibilidade para certo ou certos alimentos.

Tratamento das infiltrações consecutivas a tromboses dos membros

Os estados de infiltração que se estabelecem em consequência de tromboses num membro podem evitar-se, em grande parte, colocando este em posição elevada, fazendo massagens suaves e aplicando sanguessugas. Em complemento destes procedimentos, W. KONIG adopta o seguinte tratamento: envolve o membro com uma ligadura sobre a qual, a cada volta, aplica cola de zinco (1 de óxido de zinco; 3,5 de glicerina; 2 de gelatina; 3,5 de água), e conserva este penso durante 3 a 4 semanas. Depois, manda fazer banhos frios e quentes, alternados, massagens, e exercícios activos e passivos. Diz que com este processo terapêutico curou doentes que durante anos estiveram inválidos, por lhes reaparecer a infiltração do membro em que se deu a trombose, logo que faziam movimentos activos. (*Münchener Med. Woch.*, 1943, pág. 266).

Dermite devida a pulseiras e ligas de borracha

Ultimamente, as tiras de correia de segurar no pulso os relógios foram substituídas no comércio por tiras obtidas com borracha, goma, enxôfre, etc. Esta substância complexa, talvez pela presença de soda, pode provocar a aparição de uma dermite, caracterizada por eritema, edema e prurido, que, começando na zona em contacto com a tira, a breve trecho a excede. Cura facilmente, sem qualquer tóxico, desde que se deixe de usar essa espécie de pulseira. (X. VILANOVA. — *Medicina Clínica*, 1944, pág. 298).

Casos semelhantes, com as ligas de segurar as meias, são descritos por M. JENSCH (*Dermat. Wochrs.*, 1943, pág. 126), que nota poder a dermite provocada pela goma coexistir com a devida ao contacto com o níquel dos fechos, tal como pode suceder, em indivíduos susceptíveis, quando qualquer peça de metal anda junto da pele.

Inconvenientes do pó de talco nas luvas cirúrgicas

O uso de pó de talco para conservar as luvas de borracha dos cirurgiões pode dar lugar a complicações post-operatórias, porque êsse pó é insolúvel nos líquidos orgânicos e provoca reacção inflamatória. Em 80 % de doentes examinados, verificou-se a existência de resíduos de talco nas vísceras abdominais; e, porque, apesar de bem lavadas, as luvas ficam com algum pó aderente à sua superfície. SEELIG, VERDA & KIDD propõe a substituição do talco pelo bitartarato de potássio. As luvas devem esterilizar-se segundo a técnica-padrão: 15 m. de autoclave à pressão de 10,5 kgr. por cm. quadrado. O bitartarato só permite a duração das luvas, de 7 a 10 esterilizações, ao passo que com o talco podem fazer-se 12 a 20. (*The J. of the Am. Med. Ass.*, Dezembro de 1943).

Colecistectomia a quente nas colecistites agudas litiásicas

J. PATEL mais uma vez insiste na conveniência de operar, a quente, os casos em que se fez, com segurança, o diagnóstico de colecistite aguda litiásica, preparando-se o doente para a intervenção, sem perda de tempo. Isto não quer dizer que seja intervencionista (à maneira de Borelius, Spengler, etc.) perante sinais de cólica hepática; mas diferir a operação, deixando que os surtos agudos se sucedam, é dificultar o procedimento posterior, pois se vão formando aderências. (*Presse Médicale*, n.º 1 de 1943).

A foliculina não tem acção abortiva

Vários autores verificaram que a foliculina, quando administrada perto do termo da gravidez, pode desencadear o trabalho de parto. Se a experimentação em animais pode levar ao conceito de que a foliculina possui acção abortiva, numerosas observações em mulheres mostraram que apenas pode provocar pequenas hemorragias e leves contracções uterinas, insuficientes para provocar o abortamento. PORTES & VARANGOT, procurando produzi-lo, com doses de 60 a 120 miligr. de benzoato de estradiol, em 5 doentes grávidas de três a cinco meses, não o conseguiram. (*Presse Médicale*, n.º 8 de 1943).





SULFARSENOL

SAL DE SÓDIO DO ÉTER SULFUROSO ÁCIDO METILOLAMINOARSENOFENOL

ANTISIFILITICO — TREPONOCIDA

EXTRAORDINÁRIAMENTE PODEROSO

VANTAGENS: INJECCÃO SUBCUTÂNEA SEM DÔR.
INJECCÃO INTRAMUSCULAR SEM DÔR.

ADAPTANDO-SE, POR CONSEQUÊNCIA, A TODOS OS CASOS

TOXICIDADE consideravelmente inferior à dos seus 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

19-21, RUE VAN-LOO

PARIS

Representantes e Depositários exclusivos para Portugal e suas Colónias:

TEIXEIRA LOPES & C.^ª, L.^{DA}

RUA AUREA, 154-156

TELEF. 24816 — LISBOA

CÁLCIO VITAMINADO

“PASTEUR”

Associação de sais orgânicos de cálcio, facilmente assimiláveis, com os elementos imprescindíveis para a sua fixação no organismo: Vitamina D e fósforo. Excipiente chocolatado.

INDICAÇÕES

Raquitismo, osteomalacia, tetania infantil, atrasos e perturbações da dentição, cárie dentária, escrofulose, tuberculose, etc. Períodos de gravidez e amamentação.

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

CLIMOPAX

Associação de medicamentos glandulares, cardiovasculares e sedativos, destinada à terapêutica sintomática e casual da menopausa.

INDICAÇÕES

Menopausa. Menstruações irregulares e dolorosas. Perturbações consecutivas à ovariectomia. Menorragias pré-climatéricas. Dismenorreia.

FRASCO DE 30 GRAJEIAS

