

PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

SUMÁRIO: Nova observação de ausência de hímen, por CARLOS LOPES & RAÚL TAVARES. A acetilcolina na terapêutica das dismenorreias, por JOSÉ MARIA RODRIGUES DE CARVALHO. Mais dois casos de espiroquetose ictero-hemorrágica no Pôrto (Eslarecimento), por MARIA HORTENSIA CRUZ.

Movimento nacional — *Lisboa Médica* (Diabetes melita infantil). *Imprensa Médica* (Cefaleias. Leucotomia préfrontal. Acção vasodilatadora cerebral do ácido nicotínico e de outros fármacos. Anciania. Penicilina e urologia). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (Terapêutica de choque na febre tifoide. Tratamento da tosse convulsa pela vitamina C. Cura de meningite pneumocócica). *Jornal do Médico* (Parotidite de origem palúdica. A penicilina no furúnculo antracóide do lábio superior. As alterações hepáticas consecutivas à pancreatocomia e ao desperdício biliar. Plasmoterapia. Aspectos da sífilis nervosa. Epidemia de glomérulo-nefrite aguda difusa). *Acção Médica* (Segredo médico). *Arquivos de Anatomia Patológica* (Frequência dos processos malignos dos órgãos hemo-linfo-poiéticos).

Notas científicas e práticas — O coração artificial periférico no tratamento dos estados de déficit circulatório das extremidades. A doença crónica na criança. Ciáticas por fracturas do sacro. Tratamento da úlcera serpigínea da córnea. Modo de actuar da levedura na furunculose.

ANEXOS — **Anciania**, pelo Prof. EGAS MONIS. **Notícias e informações.**

AOS SRS. ASSINANTES:

Está a proceder-se à cobrança da assinatura do corrente ano. Para evitar excusado gasto com posterior remessa da importância do recibo, pede-se o favor de a mandar satisfazer à estação postal dentro do prazo por esta fixado, ficando assim por conta da revista a respectiva despesa.

*Nova etapa
da terapêutica sulfamidada*

THIAZOMIDE

2090-R.P. SULFATIAZOL

**PRODUTO POLIVALENTE FACILMENTE TOLERADO
PELO ORGANISMO**

GONOCOCOS • COLIBACILOS
PNEUMOCOCOS • MENINGOCOCOS
ESTREPTOCOCOS • ESTAFILOCOCOS



*O emprego do Thiazomide diminui o número dos
sulfamido-intolerantes e permite tratamentos
mais curtos com nosologias mais elevadas.*

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS A Ogr. 50
Dose diária inicial: 4 a 8 gramas.



SOCIETE PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARCAS POULENC FRÈRES & USINES du RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON • PARIS • VIII^e

Representante para Portugal

SOC. COM. CARLOS FARINHA L.^{DA}

Rua dos Sapateiros, 30, 3.^o

LISBOA

Anciania ⁽¹⁾

Para a presidência desta Sociedade quiseram alguns amigos propor o meu nome que foi acolhido, com estima, pelos nossos consócios, honra que, se muito me penhora, a muito me obriga. Já passei, há anos, por esta cadeira, como vice-presidente, quando Ricardo Jorge, na pujança do seu talento e do seu grande prestígio intelectual, nos nobilitou a todos, ocupando êste lugar. Honrarias já de sobejo as tinha proporcionado a Sociedade indicando-me para êsse pôsto e dando sempre bom acolhimento às minhas comunicações científicas. Não quiseram ficar, porém, por essas demonstrações de aprêço e, aproveitando o ensejo da minha jubilação, quiseram gritar alto, aos meus ouvidos, que a minha missão médica não estava terminada. Que era preciso continuar a vida profissional, mesmo quando a idade já me aconselha repouso.

Prolongar a vida é uma das grandes missões dos clínicos e a Sociedade das Ciências Médicas, com maior poder na matéria, pretende alongar os dias do meu labor. No dinamismo da hora presente nem a gente idosa pode cruzar os braços; tem de seguir o exército dos que lutam e dar a contribuição do seu esforço, mesmo quando os anos ameaçam a ruína dos que os suportam.

Por vezes o ancião sente ainda fulgurações longínquas de juventude, fogos fátuos de incompreendidas reacções, miragens perdidas no oblvio de factos passados e erradas interpretações. As ilusões surgem como realidades e por vezes os vélhos amortalam-se em infantilidades de quiméricas concepções. Prevenção de quem, sentindo sobre si um en-

(¹) Oração presidencial proferida na sessão inaugural do ano académico de 1944-1945, da *Sociedade das Ciências Médicas*, em 12-XII-1944, pelo Prof. EGAS MONIZ.

Syphilis:

Bismogenol

Fama Mundial

Laboratório E. Tosse & Co. — Hamburgo

Dep. geral S. Lencart — Farmácia Central — Pôrto

* (D)



CENTRO LABORATÓRIO E. TOSSE & CO. HAMBURGO

cargo demasiadamente pesado, ao entrar na década dos 70, receia ver a decadência a comprometê-lo.

*

Entre a vida individual e a da espécie há uma diferença fundamental: o indivíduo tem uma existência limitada; a espécie tem-na indefinida, apenas sujeita às transformações que o génio de Darwin demonstrou e a filogenia comprovou.

A vida individual, quando se alarga, entra no crepúsculo das idades avançadas, ante-câmara do fêcho-natural. Não se deve, todavia, confundir anciania com senilidade. A primeira desenvolve-se dentro do campo fisiológico; a segunda, sobretudo quando o cérebro deixa de exercer as suas funções mais elevadas, entra no domínio da patologia. São duas modalidades a separar, embora muito freqüentemente se sucedam em continuidade, sem divisória apreciável.

De há muito se proclama que a velhice não depende fatalmente da idade, mas do estado dos órgãos e do seu funcionamento. Estes não se adulteram todos ao mesmo tempo. Diz-se que envelhecem, de preferência, aquêles que mais cedo chegaram ao seu completo desenvolvimento. Assim o aparelho circulatório, cuja estrutura geral pouco se modifica depois do nascimento, comprometer-se-ia antes do sistema nervoso e, especialmente, do cérebro, cuja evolução, até completa formação, é longa e demorada.

Não é fácil sustentar esta opinião. A inter-dependência dos órgãos essenciais à vida contraria esta maneira de ver. O cérebro, por exemplo, pode manter-se íntegro na sua constituição neuronal e neuróglia; mas se, por exemplo, os vasos se arteriosclerosam, falta ao tecido nervoso o alimento fundamental à vida, o oxigénio, o que compromete o seu funcionamento. As intoxicações exógenas e endógenas que são levadas pelo sangue ao sistema nervoso central podem trazer conseqüências graves, prejudicando-o transitória ou definitivamente. As anoxias encefálicas traduzem-se por graves perturbações físicas e principalmente psíquicas. Só quando a circulação cerebral se mantém funcionalmente normal o indivíduo conserva as faculdades à altura do seu passado. Não são os macróbios que nos deslumbram por seguirem anos fora, à centena, elevado cume que alguns atingem e ultrapassam. São, principalmente os raros indivíduos que mantêm, até tarde, a pujança do espírito e o poder de síntese, que nós admiramos.

Os exemplos a citar seriam inúmeros intra e extra-muros; mas, por agora, apenas recordarei a célebre obra de Cícero — *De Senectute Dialogus* — em que Caton, com os seus 84 anos, explica a Scipião e a Lélío como suporta alegremente a velhice. É o seu máximo elogio, padrão de dialéctica do grande orador romano, cujo harmonioso estilo e sedutora elegância de forma ultrapassaram dois milénios sem perder a graça e frescura dos conceitos, nem diminuir a ductilidade e a sedução estética do discurso! A abundância de recordações que o velho Caton traz à

colação, o tom de bonomia e acentuada serenidade com que decorre o diálogo mostram a integridade e até a pujança das suas faculdades, mesmo na solução dos graves problemas da governação. Hino que ainda hoje silva aos ouvidos dos velhos como reconfortante exemplo na aspiração de uma longevidade sãdia.

Mas ao lado dêsse louvor, que ecôa de longe, quantos ataques, doestos e malquerenças de muitos outros! Diz-se que os velhos não dão compensações sociais suficientes. Deixam de produzir trabalho à míngua de capacidade, sendo nulo o rendimento do seu esforço. Os achaques aumentam a sobrecarga que fazem pesar sôbre a Sociedade. São tropeços a obstruir o caminho. Em geral, retrógrados, agarram-se a antigos preconceitos, a passadas tradições e a obsoletas doutrinas. O que aumenta a gravidade da sua desvalorização é que, como disse J. J. Rousseau, os velhos pensam e cuidam tanto mais da vida, procurando prolongá-la, quanto mais ela perde de preço.

Ouso dizer aos que defendem tais doutrinas que na apreciação da existência do homem deve entrar, no balanço, a actividade e produtividade do passado. E feitas bem as contas, nem sempre atravessaram a

FARMÁCIA VITÁLIA

DIRECÇÃO 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).

vida com *deficit* para a Sociedade. Mesmo em idades muito avançadas nem sempre são zeros à esquerda; valem pela sua experiência e pelo seu conselho, na visão dos factos e na reminiscência de acontecimentos passados. Os exemplos da história são comprovativos do meu acêrto.

*

A anciania não é um estado mórbido, é uma idade como as que a antecederam: a infância, a adolescência, a maturidade. Tem, como as outras, uma fisiologia e uma patologia que lhe são próprias. Todos conhecem a relação em que está a idade com determinados estados mórbidos. Na neuropatologia tropeça-se a cada passo com esta interdependência e o mesmo sucede em outros sectores da medicina!

Ao lado de certas imunidades mórbidas algumas enfermidades têm preferência pelos velhos. As maselas que os atingem, muitas vezes exageradas, são matérias de muitos e conceituados tratados publicados sôbre o assunto. Já no século XVIII Floyer e mais tarde Fisher se ocuparam das doenças dos velhos; mas a literatura abunda no século passado com Landré-Beauvais, aluno e sucessor de Pinel, Rostan, Duran-Fardel e Charcot em França; Constatt, Geist e Mettenheimer na Alemanha, Day e Maclachlam na Inglaterra, para apenas me referir aos mais conhecidos. Dos trabalhos dos contemporâneos — refiro-me aos que apareceram nos últimos 50 anos — muitos nomes havia a citar, se quisessemo fazer uma enumeração bibliográfica.

Um problema surge porém que, pela sua magnitude, domina todos os demais: a etiologia da velhice fisiológica.

A raça tem sido apresentada como elemento a considerar no aparecimento da anciania. Diz-se que, nas raças em que os indivíduos alcançam cedo a maturidade, a velhice é mais precoce. Mas os factos demonstram, muitas vezes, o contrário. Entre os povos tropicais de rápida evolução para a maturidade, não é rara a longevidade. Faltam-nos todavia estatísticas que demonstrarem, em igualdade de condições higiénicas, se há motivo para tal afirmação,

A hereditariedade da longevidade aparece em muitas famílias, sem conhecermos as determinantes do facto que não pode pôr-se em dúvida.

O meio em que se vive, as condições em que o trabalho se realiza, a desigualdade da situação económica das populações, podem provocar circunstâncias especiais que acelerem o aparecimento da velhice.

No signo hormonal que atravessamos, em que as glândulas de secreção interna tomaram a importância a que tinham jus, à face de experiências fisiológicas e observações clínicas de inequívoco valor, quis alicerçar-se nas disfunções de alguns destes órgãos a causa da velhice.

Tomou primacial lugar o esgotamento da actividade das glândulas sexuais. Muitos autores, novos e antigos, referem à diminuição do plasma germinal a razão do envelhecimento. Brown-Sequard fundou

sôbre esta hipótese a opoterapia, injectando-se, quando velho, com suco testicular. Os trabalhos de Steinach e dos seus continuadores partiram da mesma concepção. Sabe-se o que se tem avançado nesta directriz com a transplantação, primeiro em animais, de glândulas sexuais, tanto masculinas como femininas, e depois no homem, indo-se buscar a indivíduos das espécies ancestrais mais próximas o rejuvenescimento que nunca conseguiu entrar, a não ser por tempo muito limitado, a marcha involutiva da velhice. Com enxertos de indivíduos da mesma espécie podem rejuvenescer-se cobaias, ratos, cães, etc. São notáveis as experiências executadas por Voronoff, em carneiros, na Argélia, verificadas por técnicos e apreciadas pelos criadores de gado lanígero. Voronoff conseguiu transformar carneiros envelhecidos, sem utilidade pecuária remuneradora, em animais aparentemente novos e dando quatro vezes a lã que anteriormente produziam. Na nossa ainda se não vulgarizaram, que eu saiba, os enxertos das glândulas sexuais humanas, por tanto em condições idênticas às que enumeramos; e esperamos que não venham a pôr-se em almoeda para, comprometendo uns, se rejuvenescerem outros. Esta teoria sexual da anciania parece à primeira vista muito sedutora. Os testículos e os ovários entram em decadência e a velhice não tarda a evidenciar-se. Mas, sendo assim, como explicar a longa vida de alguns animais castrados e até dos eunucos! Por outro lado como pôr de acôrdo com esta doutrina o caso de velhos de 75 anos — há dêsses homens! — com potência normal e aptos a procriarem? Também está averiguado por exames directos, em séries de velhos de 80 anos, que cerca de 60% têm espermatozoides vivos, o que demonstra a actividade da glândula sexual masculina.

Se a decadência sexual não pode, só por si, justificar a velhice, menos a explicam as alterações de outras glândulas. Tem-se pretendido incriminar a tiroide, afirmando-se que há certa ligação entre o aparecimento da velhice e o mixedema. Desde Horsley que a doutrina vem a ser defendida pelos autores que põem em relêvo a sintomatologia externa dos mixedematosos e especialmente o seu aspecto senil. Esta caquexia estrumipriva, do atiroidismo post-operatório também se encontra no mixedema congénito que não pode, de forma alguma, aproximar-se da velhice. O mixedema adquirido, do adulto, vem acompanhado de alterações cutâneas que se afastam das encontradas nos velhos: edema das pálpebras, dos lábios, etc. A pele está, é certo, sêca e enrugada; mas não é bastante para considerarmos o hipotiroidismo um factor importante da velhice. As perturbações do metabolismo quasi constantes nos mixedematosos, com baixa acentuada, não se encontram nos velhos. Bachman observou uma série de velhos de 70 a 84 anos com metabolismo normal. As perturbações mentais que acompanham o mixedema são também diversas da decadência psíquica que se observa nos velhos a caminho da senilidade. Temos, portanto, que pôr de parte a acção das perturbações da glândula tiroideia como causa fundamental da anciania.

O mesmo podemos dizer das outras glândulas da secreção interna pelo que respeita ao seu valor etiológico, ao menos consideradas independentemente. As alterações senis das suprarenais e do pâncreas mostram que estes órgãos apenas seguem, na evolução, a decadência geral em que tomam parte.

Todos conhecem o envelhecimento precoce que provém da atrofia do lobo anterior da hipófise. A chamada doença de Simmonds, espécie nosográfica bem delimitada, apresenta sintomatologia que muito a distancia da velhice. Pode notar-se um ou outro ponto de contacto: diminuição da capacidade funcional física, debilidade mental, desaparecimento do tecido adiposo, perda de libido, etc. Esta sintomatologia vem porém acompanhada da queda acentuada das pestanas e sobrancelhas, alterações das unhas, redução do tamanho dos órgãos internos e outras atrofias, o que se não observa na evolução fisiológica das idades avançadas.

Do timo, da pineal e mesmo das paratiroides, em cuja disfunção Levy tem insistido, não vale a pena falar por falta de base científica em que se apoie.

Em resumo, a velhice fisiológica não é produzida exclusivamente por uma diminuição ou perturbação hormonal, porque na fase avançada da vida mantem-se em certo equilíbrio o funcionamento das glândulas de secreção interna.

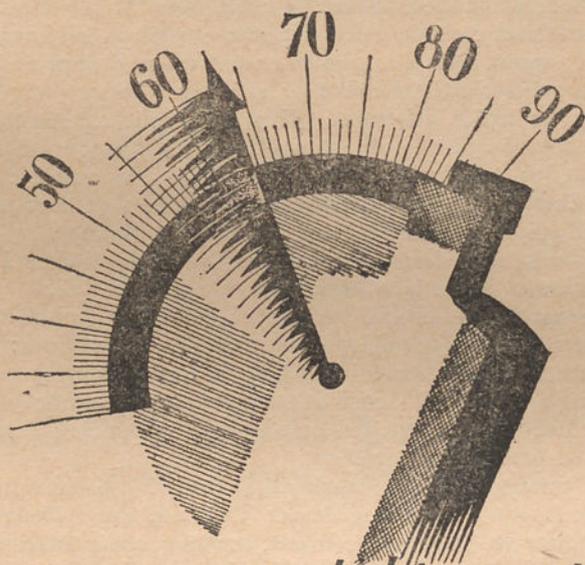
Alguns autores quiseram filiar a velhice na deficiente produção de sangue, consecutiva a alterações hematopoiéticas. Por outro lado tem-se verificado, após sangrias abundantes, que a regeneração do sangue se faz normalmente.

A autointoxicação intestinal que, há mais de quarenta anos, na minha juventude médica, Metschnikoff preconizou como razão suprema da velhice, também não é hoje aceite. Dizia êsse biólogo que se envelhecia devido aos venenos derivados das fermentações anormais que se produzem no intestino grosso. Os jovens tinham elementos de defesa para anular a sua acção, enquanto os velhos a deixavam aumentar. Seria esta autointoxicação enterógena a causa da anciania. O autor russo apoiava a sua teoria na longevidade dos camponeses búlgaros consumidores do iogurte, na suposição de que os microorganismos nêles contidos tinham uma acção útil sobre as bactérias intestinais produtoras de toxinas nefastas. Daí nasceu a conhecida terapêutica dos fermentos lácteos que fez carreira e veio até nós com benévolo acolhimento. Negam-se hoje os factos que serviam de base à teoria exposta, embora as autointoxicações intestinais tenham alguma importância na precipitação do quadro fisiológico que se observa na velhice.

O sistema nervoso central e vegetativo foram chamados, por sua vez, à responsabilidade da anciania. As perturbações da parte do encéfalo que se consideram em ligação com o sistema vegetativo, hipotálamo e corpo estriado, foram os órgãos mais incriminados. Hirsch liga às funções vegetativas incretoras as alterações psíquicas na chamada cadeia vital: secreção interna — centros vegetativos — centros sub-corti-

NA CONVALESCENÇA...

da gripe, do parto, depois
de intervenções cirúrgicas, etc.



o peso aumenta! tomando

NUTRICINA

Suco de carne crua + Oxihemoglobina + Glicerofosfatos

Para DIABÉTICOS: — NUTRICINA sem açúcar

PREPARAÇÃO DOS
LABORATORIOS JABA
Rua Actor Taborda, 5 — Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PÔRTO:
Rua Mártires da Liberdade, 120

DEPÓSITO EM COIMBRA:
Avenida Navarro, 35

cais —, esquema impreciso, a que poderia juntar-se o cortex cerebral, pois o simpático também ali tem representação. A diminuição da função dos nervos vegetativos, especialmente vasomotora, glandular e intestinal, seria a razão da hipótese.

Por outro lado, os velhos apresentam por vezes tremores e rigidez muscular, em que se pretende ver uma semelhança com o síndrome parquinsónico, incriminando-se assim os núcleos pálido-estriados. Muitos velhos não mostram contudo estes sintomas e estamos habituados a discriminar os tremores senis dos que se encontram na doença de Parkinson e estados parquinsónicos. Embora possam ter a mesma origem anatómica derivam de lesões diferentes. Não são idênticos. A rigidez muscular dos velhos não provém do sistema nervoso, mas do próprio tecido muscular que, na involução da idade, perde o seu valor, como já o demonstrou Charcot quando escreveu: os músculos tornam-se pálidos, as suas fibras diminuem de dimensões e tornam-se uniformes.

A descoberta das vitaminas veio abrir novos horizontes à etiologia das doenças e ao apropriado tratamento de algumas delas. Notáveis vantagens trouxeram à clínica. A velhice pode ser considerada, sob alguns aspectos, uma avitaminose, de complicada estrutura; mas não podemos deter a marcha involutiva dos anos com o emprêgo ousado das vitaminas, mais em relação com as perturbações da nutrição e outras, notadas nas idades avançadas. A velhice foge às características até hoje observadas, na patologia de carência.

Será a arteriosclerose a causa da anciania? A idéia anda de há muito arraigada aos conceitos médicos. Cada um tem a idade das suas artérias, soe dizer-se. Convém, contudo, acentuar que a arteriosclerose é uma enfermidade e não um processo involutivo. É quasi sempre companheira da anciania; mas não é causa da mesma, embora venha intensificar a sua marcha, encaminhando-a para a senilidade mórbida.

Howell, num trabalho recente que baseia na observação de velhos asilados de 65 a 92 anos, reformados do exército britânico, tenta encontrar relação entre a tensão arterial, arteriosclerose, estado mental e condições físicas dos velhos. Sabe-se, e o autor o assinala, que as pessoas com mais de 60 anos têm em geral, um aumento de tensão. Esta acentua-se até aos 90 anos para, em seguida, decrescer. Howell notou, na série dos velhos observados, que o maior número dos que tinham tensão elevada estava em regulares condições. A tensão baixava quando havia infecções gerais, especialmente quando eram acompanhadas de febre alta, nas crises diarreicas, etc. Junto à morte que Howell verificou ser devida, na maior parte dos seus casos, a insuficiência cardíaca, baixava a tensão arterial. Nenhum dos velhos asilados tinha artérias moles. Segundo a dureza e extensão, assim classificou os seus doentes em três categorias, o que julgo bastante esquemático e impreciso. O marcado endurecimento dos vasos, com pressão baixa, diz Howell, anda ligado a um mau estado físico; enquanto que a tensão elevada com artérias esclerosadas é compatível com um bom estado geral e relativa actividade. Pensa que os

VACINAS

DOS LABORATÓRIOS DO

Dr. P. ASTIER

COLITIQUE

VACINA ANTICOLIBACILAR

APRESENTAÇÃO { PER OS
INJECTÁVEL
FILTRADO

PHILENTÉROL

VACINA POLIVALENTE BEBÍVEL

COMPOSIÇÃO { COLIBACILOS
ENTEROCOCOS
ESTAFILOCOCOS

STALYSINE

VACINA ANTIESTAFILOCÓCICA

APRESENTAÇÃO { PER OS
INJECTÁVEL
FILTRADO

Laboratórios do **Dr. P. ASTIER**
PARIS ——— CHATERAUOUX

Representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^A

240, Rua da Palma, 246 ——— LISBOA

velhos necessitam duma pressão sangüínea elevada para compensar a crescente arteriosclerose que encontrou nas idades avançadas dos seus observados. Por êsse mecanismo fisiopatológico demorar-se-ia o apareamento da isquémia dos órgãos vitais: epílogo confrangedor da velhice.

A arteriosclerose surge, em geral, no período climatérico, por vezes muito antes, mas também pode faltar em idades muito avançadas, pelo menos de forma acentuada. Faremos ainda notar — e por isso não aceitamos a classificação arteriosclerótica feita por Howell nos seus doentes — que a arteriosclerose não é uniforme nas artérias do organismo. De há muito vimos insistindo que pode intensificar-se na circulação cerebral sem grandes sinais nos vasos de outras secções do organismo. Por se encontrar a radial, por exemplo, endurecida, não se pode diagnosticar que a doença atingiu órgãos internos de importância. Sômente é possível êste diagnóstico, quando a sintomatologia que lhes é própria se tornou evidente. Estão neste caso os espasmos arteriais de origem aterosomatosa que, quando se tornam mais intensos, dão crises anginosas, claudicações intermitentes, tonturas, parésias, perturbações afásicas, etc. A projecção sôbre o rim e, especialmente sôbre o cérebro, é causa de grandes desordens nos velhos. O ateroma cerebral conduz a perturbações de tipo motor: marcha a pequenos passos, tremores, hemiplegias, sintomas pseudo-bulbares; e de tipo psíquico, com graves alterações da mentalidade quasi sempre irreparáveis. Para Wohlwill é a arteriosclerose a causa mais vulgar da morte dos velhos nas suas variadas localizações de órgãos essenciais à vida, especialmente coração e sistema nervoso central.

Entre as causas exógenas que apressam a velhice anotaremos os esforços físicos continuados e excessivos que se fazem em certas profissões industriais, marítimas e rurais. Não são os atletas, nem os ases do desporto que alcançam as idades mais avançadas. Muitas vezes os excedem os que levam vida fisicamente mais tranqüila, talvez menos higiênica, como por exemplo os que se dedicam a profissões intelectuais. É difícil o justo equilíbrio. Os exageros da actividade desportiva trazem conseqüências patológicas, em particular do lado cardíaco; a falta de exercício dos sedentários condiciona outros inconvenientes, especialmente no campo das autointoxicações.

Crushmann afirma que os homens de idade avançada, com grande actividade psíquica, podem manter-se em boa estabilidade, enquanto têm a vida carrilada; envelhecem e morrem rapidamente quando jubilados. Do facto eram conhecedores os que me conduziram a êste lugar, forçando-me a continuar no activo dos que se interessam pela ciência médica.

*

Todos os indivíduos nascem, evoluem e caminham para a morte. É lei geral a que não podem furtar-se. E a afirmação de que certos

seres unicelulares são imortais não corresponde à verdade. A célula divide-se, dando duas células filhas, em alguma coisa diversas da célula mãe que desapareceu. É uma morte sem cadáver, diz alguém, mas nem por isso o facto se afasta da lei geral.

No mundo vegetal, cada individuo tem o seu ciclo vital. As plantas anuais e bisanuais têm existência restricta e imutável. As vivazes têm também marcada a sua trajectória. As células vão-se adulterando, das radículas aos ramos, a seiva perde, por falta de absorção e alteração do meio, o seu poder ascensional, e até o ar atmosférico, cujas virtudes de ordem química são úteis à planta, acaba por lhe ser prejudicial; as tempestades quebram-lhe os ramos e estes facilitam a infecção pelos parasitas, na sua decadência orgânica. As plantas, como os animais, têm uma média de existência, com um prolongamento que não excede determinados limites, sempre o mesmo para cada espécie vegetal ou animal.

Há árvores que têm uma média de vida muito longa. O *Quercus rober* que aformoseia a paisagem do país e que, em certas províncias, toma grandes proporções, tem uma respeitável longevidade. É à velhice dum desses carvalhos, «decano entre os decanos dos bosques do arredor» que um poeta médico dedicou êste belo descritivo:

«Velho e ainda a primavera o vinha requestar;
O outono desfolhava-o em último lugar;
Opunha ao sol do estio a fronde espessa e bela;
Respeitava-a no inverno o raio da procela.
Viu passar gerações após de gerações,
Em risos e em prantos, em festas e orações . . . »

Espectador indiferente aos folgares e desventuras da humanidade, o roble secular não resistiu ao destino da evolução marcada para a sua espécie. Também teve o «préstito fúnebre» que Guerra Junqueiro descreve a propósito da morte dum castanheiro, outro longêvo dos nossos campos, orgulhoso senhor dos soutos das terras da Beira e Trás-os-Montes, alegria do rapazio, quando os ouriços riem aos prenúncios outonais:

«Dar trezentos anos sombra aos pagueiros
E, num lar de choça, em festivais braseiros,
A aquecer vêlhinhos, desfazer-se em luz! »

Árvores exóticas têm vida bem mais larga. Algumas alcançam e excedem o milénio, mas nenhuma é eterna. A vida é apenas um pretexto para a morte.

No mundo animal a evolução tem igualmente balisas marcadas nas diversas espécies. Diz um velho adágio: «Uma sebe vive três anos, um cão três sebes, um cavalo três cães, um homem três cavalos, um corvo três homens, um elefante três corvos». Segundo esta predição pouco tenho que andar; mas às vezes falham os rifões e a vida segue...

Não sei o que me levou para tão longe do assunto que estava versando e da gravidade do lugar que ocupo. Fugas de seqüência de que saberão absolver-me, dadas as circunstâncias que incorrem no Presidente que quiseram eleger.

As causas da velhice fisiológica estão, por certo, em grande parte nas que apresentei e fui criticando. Não isoladamente, mas no seu conjunto. Podemos melhorar, mas nunca alterar o curso da vitalidade que pertence a cada célula, a cada órgão, a cada complexo de órgãos que formam o indivíduo. A fase involutiva de cada ser é devida à decadência das células que o compõem e especialmente às perturbações do coeficiente núcleo-plasmático.

A velhice traz alterações graves ao quimismo da célula e, segundo novos conceitos, à modificação do estado coloidal protoplasmático. Os coloides têm também uma evolução marcada na sua existência, juventude, maturidade e velhice. No estado final há, como afirma Lumière, deshidratação, diminuição de volume das granulações, alterações dos agregados e, por fim, precipitação, aglutinação, floculação e morte.

A duração do organismo dependeria, segundo estas concepções, da velocidade com que decorre a decadência dos coloides no organismo. Mas tendo estes uma trajectória fixa, apenas deslocaríamos a questão do mais complexo para o mais simples, mas sem alterar o conceito do ciclo vital que corresponde a cada organismo ou aos seus elementos essenciais.

Os indivíduos podem prolongar a existência utilizando meios higiênicos e terapêuticos, mas não conseguem ultrapassar a meta do seu destino.

*

Na velhice fisiológica, o estado psíquico vai enfraquecendo, perde vibração e rapidez na elaboração de conceitos. Também o estado mental é diferente na infância, na juventude e na maturidade. Quando, porém, resvala para a senilidade, o cérebro do velho cai pouco a pouco no domínio da patologia, perde o interêsse, especialmente pelo que é novidade no meio ambiente e, por fim, até pelas coisas mais banais da vida corrente.

A atenção diminui de capacidade, os factos recentes desaparecem da memória que evoca fàcilmente velhas reminiscências. A emotividade é fàcil, mas passageira; não representa a exteriorização dum forte choque sentimental. Assim os grandes lances trágicos da família, morte de pessoa querida, por exemplo, comovem o velho, mas superficialmente, não se mantendo por muito tempo na sua recordação. Em contraposição, os pequenos acontecimentos a que o seu pensamento se apegou, como as insignificâncias ligadas a interêsses, ao dinheiro, à casa, à propriedade que cultivou, são preocupações exageradas que avassalam a sua vida psíquica. São idéias dominadoras, sobretudo quando o velho entra definitivamente na senilidade. Torna-se então incongruente, repetidor, insensato.

Diz-se que a avareza e o receio da pobreza são sombras que povoam o cérebro doente dos velhos, mas, em geral, só aparecem quando estes, durante a vida, tiveram como principal objectivo entesourar riquezas, vivendo, permanentemente, sob o signo melancólico de poderem, um dia, morrer à míngua.

O aniquilamento mental não é tão freqüente na anciania, como se supõe. Há velhos de 80 a 100 anos com frescura mental perfeita. Parece mesmo estar averiguado que a personalidade psíquica dos grandes homens se mantém até tarde. Seria impossível trazer aqui uma lista, mesmo resumida, dos que, em idades avançadas, se mantiveram com sã mentalidade ou produziram trabalho útil nas ciências e nas artes. Citei alguns nomes ao acaso. Entre os cientistas: Harvey, Darwin, Newton, Volta, Mendelieff, Ramon y Cajal. Na literatura: Voltaire, Goethe, Rabindranat Tagore e, para citar um ainda vivo, Bernard Shaw, que, no limiar dos 90 anos, continua com vibratilidade de espírito a ocupar-se de obras teatrais e de crítica social. Na música Verdi, Liszt e Wagner. Nas artes plásticas, Miguel Angelo, Ticiano e Tintoreto. E paro aqui.

Entre os guerreiros e homens de estado, alguns havia a citar; mas a hora não é asada para os enumerar. Teria de referir-me a personalidades da actualidade. O futuro mostrará, à face dos conflitos que convulsionam a humanidade, que não é sustentável a doutrina do domínio exclusivo dos novos na vida das nações. Os velhos também contam e alguns dêles concorreram para derrubar os que defenderam, em exagêro da seita, tais princípios.

Novos e velhos têm lugar ao sol. A sua luz a todos cobre.

*

No domínio patológico há particularidades que convém pôr em relevo. Há, por certo, uma patologia dos velhos, mas os médicos de Asilos não aceitam hoje que o ancião tenha disposição especial para contrair mais facilmente as doenças do que os indivíduos de outras idades. Curschmann chega a dizer que a disposição para a morbidez está diminuída na idade avançada. Julgo que a afirmação é demasiado optimista para os anciões.

Todos conhecem todavia a sua imunidade para certas doenças das primeiras idades: alguns autores sustentam que, em geral, os velhos são menos atacados de enfermidades infecciosas do que os jovens: mas também há doenças — e basta citar a arteriosclerose — cuja freqüência na velhice é dominante. Charcot cita a febre tifoide e a tuberculose como doenças pouco vulgares nos velhos, mas estes têm apenas uma imunidade relativa para tais males, especialmente para a tuberculose.

Sobre o que não pode haver dúvidas é da propensão especial que têm os velhos para a bronquite crónica e outras enfermidades da árvore respiratória, o que se pretende explicar pela atrofia dos seus elementos

musculares e elásticos, que acompanha o avanço de idade. Têm os anciões dificuldade em respirar e expectorar, devido à rigidez do tórax a que há a juntar, como causa mais importante, a estase da circulação pulmonar por deficiência cardíaca. O enfisema pulmonar senil é causa vulgar da morte dos velhos. A pneumonia vem também comprometer, bastas vezes, a sua existência.

Há um diagnóstico vago e impreciso que se faz nas idades avançadas: a caquexia senil. As autópsias revelam quasi sempre a lesão orgânica que se oculta por detrás d'este estado de decadência máxima do organismo. Mas casos há em que a explicação nítida, da causa da morte, nos escapa. Schlesinger encontrou quatro ou cinco d'esses casos em 1.800 autópsias de velhos, o que justifica, ao menos por agora, o diagnóstico de caquexia senil. Nota-se uma atrofia geral dos órgãos, como parece ter sucedido no caso do grande Harvey que faleceu aos 80 anos. Wohlwill, embora muito raras vezes, também conta nas suas minuciosas autópsias casos em que não se averiguou além do « senium » outra causa da morte.

Das outras doenças da velhice, devemos referir o cancro que, embora menos vulgar além do sétimo decénio, ainda se encontra nas idades avançadas com relativa freqüência, embora com gravidade decrescente enquanto ao tempo de evolução.

Do lado do aparelho digestivo há a notar a anorexia com a sua pretensa explicação na falta de actividade e movimento, e na diminuição de fermentos digestivos. A diarreia bastante freqüente, de origem gástrica e pancreática, e ainda a obstipação pertinaz, devida porventura a perturbações dos nervos vegetativos, são por sua vez graves complicações. A hipertrofia da próstata é enfermidade das idades avançadas, com o seu cortejo de perturbações e infecção das vias urinárias. Wohlwill considera-a uma das causas vulgares da morte dos velhos.

O aparelho motor está muito exposto na velhice, porque lhe é própria a osteoporose na sua evolução fisiológica. Daí as fracturas comuns nos anciões, com preferência do colo do fémur e das costelas. As artrites, geralmente localizadas a uma articulação, são consideradas como dependentes da alteração senil das epífises. Do lado da coluna vertebral são habituais a cifose e os numerosos osteófitos formando muitas vezes pontes ósseas verificadas aos raios X, como que servindo de apoio aos corpos vertebraes.

Charcot engloba o reumatismo e a gota nas doenças da velhice. O reumatismo dá o seu rebate nas suas diversas formas, em idades anteriores. A gota irrompe, por vezes, como no caso que têm de vista, na juventude, aos 24 anos. Pode também aparecer mais tarde, depois dos 40, devido, segundo se diz, à intemperança. Julgo que somente quando certos órgãos, o fígado talvez em primeiro lugar, não funcionam normalmente, vem o surto clássico da dor do joanete. Nem sempre os grandes comilões pertencem a esta torturada grei. Os gotosos gostam, é certo, de bons acepipes, têm o paladar afinado, marcam, entre os gas-

trónomos, uma elite indiscutível, o que seria uma virtude se não fôsse o suplício das crises em que as algias e as intoxicações inutilizam a vida por longos dias. Tanto a gota como o reumatismo, e neste ponto estamos inteiramente com Charcot, aumentam de intensidade na idade propecta, tomando a feição da cronicidade.

A demência senil essencial, tantas vezes confundida com a demência arterioesclerótica, é atributo exclusivo da decrepitude. Antes de ser descrita nos livros de psiquiatria transitou pelas obras literárias. Todos se lembram da figura altiva do Rei Lear, vagueando pela floresta, prêso à dedicação de Cordélia, símbolo de bondade que atravessa a cena shakespeareana, como raio de affecto a iluminar o espírito enfraquecido do velho pai. Esta demência característica, dominadora da senilidade, é o espectro terrificante da morte do cérebro que os velhos vêem sempre diante dos olhos, quando sentem o rebate das primeiras amnésias e notam acentuado enfraquecimento do labor psíquico.

*

A terapêutica da velhice tem de ser considerada sôbre dois aspectos, um individual, de base higiênica, que deve ser conduzido sem exageros dietéticos ou medicamentosos e que os meus ouvintes conhecem melhor do que eu; e outro social, a assistência devida aos anciões que carecem de auxílio e protecção.

Estamos no advento de grandes transformações sociais. Na Inglaterra e América do Norte discutem-se os problemas do após guerra, prevendo-se um mundo melhor em que a miséria se extinga à sombra de medidas justas de uma melhor divisão da riqueza. O equilíbrio há-de estabelecer-se na base da experiência dentro das tentativas que se esboçam. Seja, porém, qual fôr a solução que há-de encontrar-se, é necessário que os velhos, sem recursos, sejam devidamente amparados na sua decadência vital. O problema não se resolve apenas com a criação de asilos. Muitos velhos preferem a fome a serem internados. Restam-lhes alguns affectos de família, o meio em que se criaram, as fracas relações em que se apoiam, a paisagem da aldeia em que nasceram e mal divisam através dos seus turvados cristalinos, mas que vive no espírito, nas reminiscências e nas recordações da mocidade, período astral da existência. As tôscas paredes do casebre são evocadoras de muitas saúdaes; a horta, que já lhes não pertence, é a última nota do seu interesse; e o som do sino do campanário vizinho canta aos seus ouvidos endurecidos, como eco longínquo de uma vida de canseiras e atribulações, mas também de alegrias e folgares que, para sempre, se desmoronou.

Velhos andrajosos, em vagabundagem, vivendo em más condições higiênicas, dão-se melhor na vida aventureira das suas difíceis e intermináveis jornadas, cheias de privações, do que no repouso retemperante dos hospícios. Falta-lhes ali o imprevisito do clima, a distracção da paí-

sagem, a liberdade de movimentos e decisões. Preferem viver as mutações constantes do cenário, no incorrigível nomadismo do «Caminheiro», de Richepin.

Nos asilos só devem ingressar os velhos que assim o desejem e aqueles que a doença fustigue por forma a não poderem ser mantidos no seio da família, quer por necessidade de cuidados especiais, quer por doença intercorrente que os amarre à imobilidade do leito e cuja vigilância não pode ser feita no próprio domicílio, quer por decadência mental e perturbações psíquicas que os tornem intoleráveis na vida social, quer, finalmente, por abandono completo no meio em que vivem. Os outros, os que preferem a liberdade no lar, mesmo quando as condições são pouco agradáveis, devem ser socorridos sem lhes cortarem os hábitos de que não querem desarreigar-se. Nem, por isso, o dispêndio será maior: basta que lhes seja dado o auxílio indispensável, com devotada assistência clínica e moral.

A Sociedade das Ciências Médicas que, em tempos idos, desempenhou papel consultivo em assuntos médicos e de assistência clínica, talvez possa levantar de novo o pendão da sua competência, sugerindo soluções que possam contribuir para a melhoria das leis. É a missão das Academias de Medicina estrangeiras cujas funções esta Sociedade, de longo e honroso passado, desempenha. E julgo que seria útil tomar a iniciativa de algumas úteis sugestões.

*

Abusei da paciência dos que me escutam, falando-lhes de assunto trivial, conhecido do auditório. Talvez tenha sido essa a única vantagem; pois os temas versados, quando são vulgares, proporcionam boa preparação para serem aceites com benevolência.

Ao abrir solenemente as sessões científicas da Sociedade das Ciências Médicas, sinto pesar, sobre mim, a responsabilidade desta cadeira presidencial por onde passaram os nossos grandes Mestres. Mais do que isso, sinto a energia em decadência, a capacidade de trabalho diminuída e até a doença a entorpecer os movimentos indispensáveis a deslocamentos.

Trouxeram-me aqui para me dignificarem, mas faltam-me forças para corresponder ao que de mim esperam. Devia teimar na recusa do convite; mas a amizade que dedico aos que tomaram a iniciativa desta eleição, homenagem quasi póstuma, enleou-me, entorpecendo-me a expressão que também entrou em declínio. Chega-me apenas para apresentar a todos os ilustres consócios os meus sinceros agradecimentos.

Esta parte do presente número continua, com *Notícias e Informações*, entre as últimas páginas do texto científico.

PORTUGAL MÉDICO

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

1945

N.º 4

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DO PÔRTO

(Director: Prof. FRANCISCO COIMBRA)

Nova observação de ausência de hímen ⁽¹⁾

por CARLOS LOPES & RAÚL TAVARES

Prof. extraordinário
na Faculdade de Medicina

Assistente no Instituto
de Medicina Legal

Em 1942, um de nós ⁽²⁾ publicou o único caso de ausência congénita de hímen que até àquela data se observara neste Instituto. Vamos hoje referir a segunda observação, do mesmo género, que ali se encontra arquivada.

Diz respeito a Rosa F. N. C., de 20 anos de idade (como consta da certidão de nascimento junta ao processo de corpo de delito n.º 7.513, do 5.º Juízo Criminal da Comarca do Pôrto), examinada em Agosto de 1944 (Processo n.º 2.816).

Ao exame genital notámos ausência congénita do hímen, com atresia do colo uterino e notável estreitamento do segmento posterior da vagina; o óstio vaginal, de larga abertura, permitia a introdução fácil e completa dos dedos indicador e médio justapostos.

Não foi possível dizer se a examinada realizou ou não cópula, não só porque as lesões traumáticas que, no desfloramento, dela resultam se marcam habitualmente no hímen, mas também porque não havia sinais de gravidez nem esperma na vagina.

⁽¹⁾ Comunicação às Reuniões Científicas do Corpo Docente da Faculdade de Medicina do Pôrto, em 27 de Janeiro de 1945.

⁽²⁾ CARLOS LOPES — Raríssimo caso de ausência de hímen. *Portugal Médico* vol. XXVI, 1942, N.º 7, pág. 301. — A observação referia-se a uma rapariga de 13 anos, com atresia vaginal.



As figuras 1 e 2 mostram os órgãos genitais externos da examinada, podendo ver-se, por elas, que, à semelhança do caso inicialmente citado, não existia a menor orla, prega ou franja representativa do hímen.

A raridade das observações dêste género pode avaliar-se pela opinião de diversos autores ⁽¹⁾, e pelo facto de existirem apenas duas em 3.570 exames genitais efectuados até hoje no Instituto de Medicina Legal do Pôrto.



Fig. 1

Fig. 2

O facto de terem sido atribuídos a êrro de observação alguns casos que se encontram descritos deverá conduzir os peritos ocasionais a solicitarem a comprovação desta anomalia, se algum dia a encontrarem.

Sabe-se que a inserção profunda da membrana e a sua pouca altura são causas que podem motivar errado diagnóstico de ausência de hímen.

⁽¹⁾ Registadas no artigo relativo ao primeiro caso, acima mencionado. Tão grande raridade levou alguns (como LOPES VIEIRA e AFRÂNIO PEIXOTO) a negar a existência da anomalia, como então se acentuou.

SERVIÇO DE PATOLOGIA CIRURGICA

Prof. FERNANDO MAGANO

A acetilcolina na terapêutica das dismenorreias

(NOTA PRÉVIA)

por JOSÉ MARIA RODRIGUES DE CARVALHO

Assistente

Não raras vezes o clínico é solicitado no sentido de curar a menalgia de dismenorreicas cujo sofrimento mensal, não se compadecendo já com a caseira aplicação local de calor na região hipogástrica e com o uso dos mais variados comprimidos antálgicos, as compele a recolher ao leito em um ou mais dias. O número de tais casos cresce em função das novas condições de vida social, ultrapassando já, admite-se, a percentagem de 35 % que Stone estabeleceu.

Esquemáticamente podem considerar-se dois grandes grupos de dismenorreias: num — dismenorreia orgânica — colocar-se-ão aquelas doentes cujas perturbações reconhecem como causa uma discreta ou acentuada alteração anatômica ou anátomopatológica dos órgãos genitais internos; ao outro — dismenorreia funcional — pertencerão os casos em que, não havendo lesão orgânica identificável, se é forçado a admitir desvio por disfunção neurovegetativa, por perturbação endócrina ou até por alergia. Neste segundo grupo, à parte restrito número de casos em que a disendocrinia é bem manifesta, toda a sistematização assenta em terreno movediço, dada a insuficiência de meios de exploração de todo o intrincado mecanismo hormonal. Por tal motivo tem-se feito e continuará a fazer-se, na maior parte dos casos, terapêutica meramente sintomática, com o objectivo de aliviar ou evitar a dor ou a sua exacerbação por alturas do fluxo menstrual, a não ser naqueles em que a intervenção cruenta, corrigindo a alteração anatômica ou anátomopatológica, corrija os seus efeitos.

Uma por outra vez, cautelosa e receosamente, põe-se em prática a terapêutica hormonal; para reconhecer quanto de hesitante tem tal terapêutica bastará recordar que uns autores aconselham a hormona folicular, outros recomendam a luteica, enquanto que terceiros optam pela hormona orquítica.

Como a maioria dos autores tem interpretado a gênese da me-

nalgia em função de prolongada contracção espasmódica da musculatura uterina, vem daí o uso terapêutico de fármacos — sobretudo alcalóides ou seus derivados — de comprovado poder analgésico e possível acção espasmolítica muscular.

A presunção ou verificação — em raros casos de dismenorrea — de lesões da inervação simpática do útero e anexos tem levado já ao tratamento por meio de interrupção novocainica ou destruição, por alcoolização ou simpatectomia, de tais vias.

Recentemente Cotte, Moir, Mata, Clavero Nuñez e outros autores têm aduzido argumentos de valia em favor do papel preponderante que o espasmo vascular desempenha na patogenia de grande percentagem de casos de menalgia.

Para os autores referidos ela traduziria uma passageira isquemia relativa do miométrio, comparável, patogenicamente, à claudicação intermitente dos membros.

Clavero Nuñez, tendo em mira mostrar o papel do vasoespasmo, ensaiou em alguns casos de «dismenorrea severa de tipo espasmódico» o uso da acetilcolina, «fármaco de intensa actividade espasmolítica», e com isso «fêz desaparecer imediatamente a dor, melhorando o cortejo sintomático geral».

Foi o conhecimento dêsses trabalhos que me levou a ensaiar a acetilcolina num caso de dismenorrea rebelde a tôda a terapêutica médica e obrigando ao uso de morfina. Como o resultado tivesse sido animador proseguiram-se os ensaios terapêuticos de que hoje se dá breve notícia.

Três foram as doentes tratadas, nas quais a dismenorrea reconhecia substracto anátomopatológico; eis, resumidamente, as observações clínicas:

I — H. S., 29 anos, casada, doméstica. Em 1933 foi operada de «apendicectomia e anexectomia direita», por ser portadora de apendicite crónica, degenerescência escleromicrocística do ovário direito e varicocele do ligamento largo». Em 1938 voltou a estar internada por «anexite esquerda e retroversão uterina», tendo-lhe sido feita então uma «salpingectomia esquerda e fixação dos ligamentos redondos à face posterior do corpo do útero». Já nessa altura a doente referia ter «dores premenstruais muito fortes, à esquerda, irradiando para os lombos e obrigando-a a acamar; essas dores mantinham-se durante o cataménio, cessando desde que a escorrência parava». Com a intervenção cirúrgica melhorou, embora ficasse sentindo sempre uma moedeira no hipogastro exacerbada por ocasião das menstruações. Em 1942 voltou a ser acometida de dores premenstruais violentíssimas, as quais passaram a repetir-se mensalmente com uma intensidade tal que mais do que uma vez teve de ser transportada a casa, por a dor surgir súbitamente na via pública. Em Fevereiro de 1943, por aparecer «abundante leucorrea e discreta hemorragia com os esforços ou o coito», recorreu à consulta externa onde lhe foi dada entrada para o Serviço de Patologia Cirúrgica.

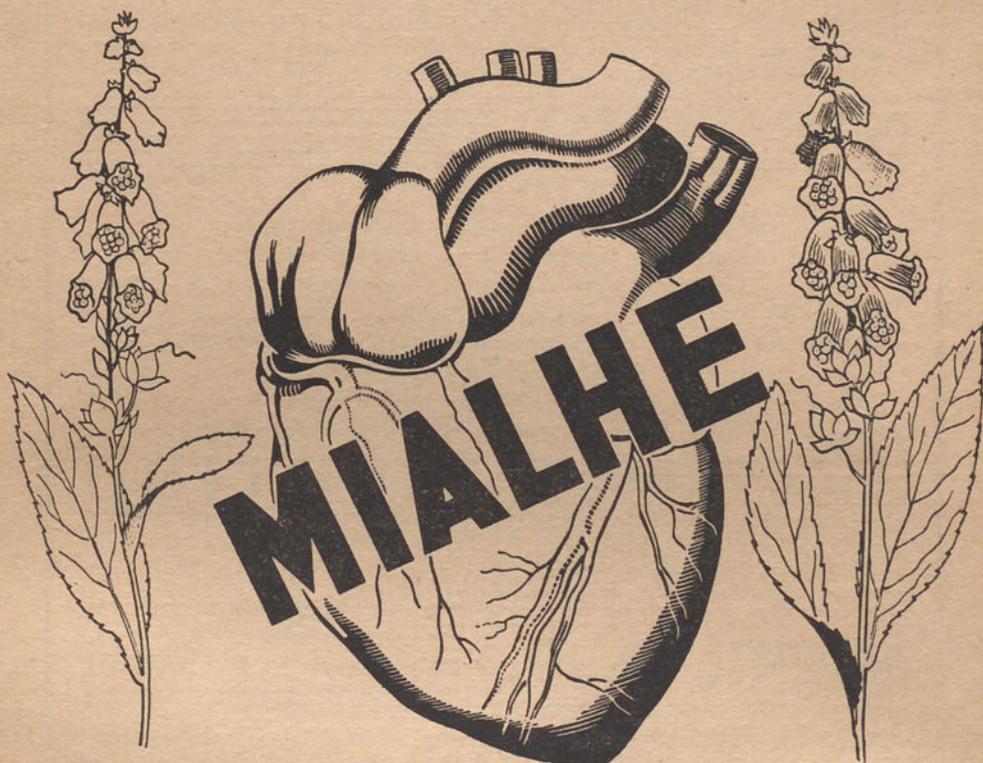
Ai esteve internada de 26-II a 19-III — Registo clínico 831 —, verificando-se a existência de «cervicite e pelvicolite crónicas». Com o tratamento médico as lesões cervicais curaram mas o sofrimento periuterino e a dismenorrea não beneficiaram.

Em Fevereiro de 1944, como as dores premenstruais deixassem de calmar, mesmo reduzidamente como até então, com a aplicação de compressas quentes, e os interlúnios se

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

≡ NICOTIDO ≡

VASO-DILATADOR CEREBRAL: Tromboses. Angiospasmos.
Hemiplegias. Amolecimentos.
AFECÇÕES DO GLOBO OCULAR DE ORIGEM VASCULAR:
Ambliopias tóxicas. Nevrites retrobulbares, etc.
Paralisia facial. Neuralgias do trigémio. Mialgias. Artralgias rebeldes.
Vertigem de Ménière. Surdez labiríntica. Migraine. Acrocianose.
Eritema pérmio e outros síndromas vaso motores (Raynaud).

NICOTIDO

INJECTÁVEL

Soluto estabilizado de Nicotinato de Sódio
doseado em equivalência ao Ácido Nicotínico

Injeções intravenosas ou intramusculares

Caixas de 5 ampolas de 1 c.c. a 1%, 3%, 5%, 10% e 20%.

Caixas de Nicotido «Série» contendo: 1 ampola a 1%;
2 a 3%; 1 a 5% e 1 a 10%.

Não esclerosante — Indolor

Dosificação adaptável à sensibilidade de cada doente.

≡ NICOTIDO

COMPRIMIDOS

Tubos de 20 comprimidos de 0,05 g. de Ácido Nicotínico

MICRIL P. P. VITAMINA P. P. BARRAL

Amida do Ácido Nicotínico (Nicotinamida) — Praticamente isenta
de vaso-dilatação

MICRIL P. P. BÉBÉ — Vitamina P. P. Barral — Gotas

Profilaxia das avitaminoses nicotínicas nos lactantes.

MICRIL P. P. PROFILÁCTICO — Vitamina P. P. Barral — Com-
primidos profilácticos.

Profilaxia das avitaminoses nicotínicas. Indicado nas grávidas e
amas. Empregado como curativo nas crianças.

MICRIL P. P. — Vitamina P. P. Barral — Injeção e comprimidos.

Pelagra e tôdas as manifestações de carência da Vitamina P. P.
Estomatites. Gastrites. Insuficiências hepáticas. Cirroses. Entero-
colites. Rectites. Porfirinúrias. Certas afecções da pele. Perturba-
ções nervosas e mentais. Alcoolismo crónico. Doenças dos Raios X
e no decurso do tratamento pelas sulfamidas, etc.

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

126, RUA AUREA, 128 — LISBOA

Representantes no Norte: QUÍMICO-SANITÁRIA, LDA.

Rua Cândido dos Reis, 96 — PÓRTO — Telefone P. B. X. 7600

tornassem irregulares, mas sempre encurtados, voltou a internar-se no mesmo Serviço — Registo clínico 970.

Do boletim clínico há a destacar: emagrecimento, astenia, febrícula vespéral, cefaleias e tonturas, fogachos. Ligeiro sopro sistólico aórtico. Tensões: 15/7; 10 — 6 (Boullitte). Irritabilidade nervosa, com frequentes acidentes lipotímicos. Interlúnios encurtados, irregulares; períodos catameniais de 3 dias, com hemorragia pouco abundante. Moedeira permanente no hipogastro e fossa iliaca esquerda, transformada em dor violentíssima nos dois dias precedentes e dois primeiros do período menstrual. Corrimento vaginal amarelo, por vezes com laivos sangüinolentos. O exame genital revela discretas erosões do colo uterino cujo corpo se encontra em ligeira retroversão e bloqueado; regiões anexiais dolorosas e um pouco empastadas, sobretudo à esquerda. Antecedentes pessoais e familiares sem interesse.

Fêz-se tratamento antiflogístico local e geral, injectou-se vitamina B₁ em altas doses, procedeu-se à medicação hormonal com extracto folicular injectável e, tudo isso, em nada alterou o estado da doente, tendo sido necessário injectar morfina para calmar as dores premenstruais.

Em novo período catamenial, no início da crise dolorosa, injectaram-se 10 centigramas de acetilcolina por via intramuscular ao que se seguiu, quasi imediatamente, sedação total da dor; nova injeção dada três horas mais tarde, quando a dor de novo ameaçava despertar, e uma nos dias seguintes, fizeram passar sem sofrimento o período menstrual.

Uma série de quinze injeções proporcionaram a ausência de dores no interlúnio seguinte e a desapareção do corrimento ensangüentado, ficando a doente agradavelmente surpreendida por ao fim de 30 dias se encontrar menstruada sem ter tido o penoso prenúncio habitual. Apenas no primeiro dia, já em pleno escoamento menstrual, surgiram algumas dores, breve desaparecidas após uma injeção de acetilcolina.

Uma nova série de quinze injeções fêz com que até Março de 1945 as menstruações tenham surgido sem sofrimento, no tempo devido e com a duração de 4 a 5 dias; na menstruação daquêlê mês sobreveio uma dor violenta que não calhou com a aplicação de calor úmido mas cedeu pronta e definitivamente a uma injeção de acetilcolina. As lesões de cervicite não reapareceram.

II — R. S., 46 anos, casada, doméstica. Menarquia aos 11 anos; actividade menstrual sempre um pouco irregular, com períodos catameniais de quatro dias, habitualmente precedidos de leve moedeira hipogástrica. Iniciou a vida sexual aos 24 anos, não tendo nunca gravidado. Aos 30 anos foi-lhe feita uma anexectomia esquerda por tumor (?) ovárico. Desde Dezembro de 1943 a Março de 1944 a doente esteve amenorreica, sentindo as habituais perturbações do climatério incipiente.

Em 6 de Março surgiu o fluxo menstrual, abundante, acompanhado de dor súbita e violenta na fossa iliaca direita com irradiação para a região lombo-sagrada. Por virtude disso é trazida ao banco do Hospital onde lhe applicaram uma injeção de morfina; a dor acalmou mas ficou uma moedeira que se manteve não só durante os quatro dias que durou o fluxo menstrual mas também durante o interlúnio. Em 4 de Abril appareceu nova menstruação e com ela dor violentíssima que levou a transportarem-na de novo ao Hospital, sendo, desta vez, internada em Obs. A aplicação de gêlo no ventre e de tintura de beladona «per os» nada influenciou a dor que se manteve inalterável mesmo depois de cessar o fluxo catamenial. Transferida então para o Serviço de Patologia Médica breve reconheceram que a doença era do fóro cirúrgico, sendo passada ao Serviço de Patologia Cirúrgica em 14 de Abril — Registo clínico 1004.

Do respectivo boletim clínico consta como digno de interesse: bom estado geral, apirexia. Hiperfonêse do 2.º som aórtico. Tensões: 16/4; 10 = 4 (Boullitte). Fogachos e palpitações. Excitabilidade nervosa fácil. Dor expontânea, intensa, no hipogastro, exacerbada pela menor pressão. O exame ginecológico fornece elementos que permitem o diagnóstico de «parametrite com pelviculite»: — endurecimento difuso periuterino; planificação do fundo de sacco posterior; útero imóvel, com colo duro e fechado, não se conseguindo identificar o tamanho do corpo.

Reacção de Wassermann fortemente positiva. Antecedentes pessoais e familiares sem interesse. O marido é sífilítico.

No final do exame clínico procedeu-se imediatamente à injeccção de dez centigramas de acetilcolina, à qual se seguiu rapidamente o desaparecimento completo da dor que a atormentava. Não mais voltou a aparecer, embora somente no dia seguinte se repetisse a terapêutica, a qual se manteve como única durante trinta dias. A menstruação seguinte veio a 8 de Maio e durante ela não teve qualquer sofrimento. À data da alta, em 17 de Maio, o exame ginecológico revelou: «útero mediano, um pouco aumentado de volume; fundos de saco vaginais depressíveis e indolores. Ausência de endurecimento periuterino». A melhoria subjectiva correspondia evidente retrocesso das lesões.

Nos três meses seguintes as regras decorreram normalmente, após o que entrou na menopausa.

III — G. S., 31 anos, casada, doméstica. Sem antecedentes pessoais dignos de menção esteve internada no Serviço de Patologia Cirúrgica em 1938, sob o registó clínico n.º 158, em consequência «pelvipéritonite post-abortum». Ao fim de dois meses de tratamento médico teve alta. O exame genital realizado nessa altura revelou: «fundos de saco vaginais tensos e dolorosos, útero imobilizável».

Desde então até Abril de 1944 a doente, apesar de regularmente menstruada durante três dias em cada mês, sofria de dores violentas no hipogastro, por vezes com carácter sincopal, de aparição ao segundo dia dos períodos catameniais. Tal dor, que é mais intensa e duradoura quanto mais frio o tempo estiver, acompanha-se geralmente de náuseas, vômitos biliosos, meteorismo intestinal e reduccção ou até desapareccção do fluxo sanguíneo que umas vezes se torna muito escuro, outras extremamente descórado.

A applicação de compressas quentes sobre a parede abdominal ou dum clister quente faz com que a intensidade da dor, súbitamente como surgiu, diminua e se torne suportável, após a doente ter sentido «como que o útero a virar-se», segundo a sua expressão. Em Abril recorreu à consulta externa do Serviço de Patologia Cirúrgica, onde foi observada, recolhendo-se os seguintes elementos: «Nervosismo. Dores pouco intensas mas constantes ao nível do manúbrio esternal, rebeldes já a variada terapêutica. Tensões arteriais: 13/6; $I_0 = 4$ (Boullitte). Exame ginecológico: — colo uterino fechado, corpo imobilizável, de tamanho normal; fundos de saco vaginais sensíveis, sobretudo o esquerdo; corrimento vaginal amarelado, discreto. Reacção de Wassermann e citocol negativas».

Iniciou-se o tratamento quinze dias antes da data provável do fluxo menstrual, injectando em dias alternados dez centigramas de acetilcolina. Em 5 de Maio surgiram as regras e, algumas horas depois, ligeiras dores que uma injeccção fêz desaparecer, para mais tarde reaparecerem e imporem nova applicação. No segundo dia não teve dores e a hemorragia, que desta vez foi diminuta, terminou. Durante o interlúnio seguinte continuou o tratamento, segundo a norma anterior, e a 6 de Junho terminava a menstruação sem que antes ou durante tivesse sentido dores ou qualquer outra perturbação subjectiva, além de breve enjão. Não se prosseguiu o tratamento e até à data a doente não voltou a sofrer por occasião das menstruações senão, em raras vezes, ligeiríssimas dores hipogástricas. A dor esternal desapareceu com as primeiras injeccões para não reaparecer.

*

Na enfermaria — em doentes internadas por afecções estranhas ao fôro ginecológico —, na consulta externa e na clínica particular foram tratadas nove mulheres com dismenorreia de que não há interesse de referir pormenores. Todas poderiam ser classificadas de dismenorreicas funcionais, já que em nenhuma delas se apurava, além dessa, qualquer moléstia presente ou pretérita de referência genital, quer subjectiva quer objectivamente, sempre que foi possível fazê-lo.

O quadro clínico dessas dismenorreias apresentava o habitual polimorfismo: umas vezes o síndrome era complexo, em outras avultava apenas a menalгия que em certas doentes era premens-trual somente, em outras surgia já durante as regras e em raras vinha antes e mantinha-se durante elas. Únicamente em três casos dêstes foi possível fazer tratamento prolongado — série de 14 a 15 injeções — porquanto nas restantes o ensaio terapêutico não pôde incidir senão sobre um acesso dismenorreico. Em todos êles os resultados imediatos obtidos foram satisfatórios e, nas doentes em que foi possível o tratamento prolongado, já vários meses decorreram sem que os padecimentos tenham reaparecido com a intensidade anterior.

Também últimamente numa doente da enfermaria a quem sobreveio uma flebite dos plexos venosos da pelve, após legragem uterina, a dor intensíssima que sentia foi rápida e eficazmente debelada depois da segunda injeção de acetilcolina.

Em todos os casos utilizaram-se, de cada vez, dez centigramas de cloridrato de acetilcolina ⁽¹⁾, por via intramuscular, mas em todos êles foi necessário recorrer a segunda aplicação, quer para debelar a dor, quer para impedir a sua reaparição, quando a acção terapêutica da primeira ameaçava esgotar-se, o que se não verificou em nenhum dos casos antes de decorridas duas horas.

Não se registou qualquer acidente grave, mesmo nos casos de aplicação terapêutica prolongada; nestes as tensões arteriais no final do tratamento eram sensivelmente idênticas às do início.

No terceiro caso relatado e em dois outros as doentes sentiram, após algumas injeções, ligeira dispneia, palpitações, formigueiros, esvaímento cefálico, perturbações tôdas elas passageiras, traduzindo a brusca e fugaz variação da pressão arterial.

A relativamente curta duração da acção terapêutica obtida em vários casos deve relacionar-se com a rápida acetilcolínólise no organismo, hoje cabalmente admitida e interpretada como hidrólise da acetilcolina por uma esterase.

Para corrigir, dentro do possível, tal deficiência terapêutica e com base nos trabalhos de Loewi e Navratil, associou-se à acetilcolina a prostigmina ⁽²⁾ (fazendo a dissolução dos 0,10 grs. de cloridrato de acetilcolina em 1 c.c. de prostigmina, contendo 0,0005 grs. da substância) — com o intuito de inibir a acção da esterase — no tratamento dos dois últimos casos de dismenorreia funcional que me foi dado tratar. Ainda é cedo para formar opinião, mas desde já se pode registrar que em ambos uma única injeção foi suficiente

(1) Usou-se em todos os ensaios a «Acétylcholine "Roche,,».

(2) Usou-se a «Prostigmine "Roche,,».

para debelar as dores num surto dismenorreico, as quais em outros surtos anteriores foram intensas e duradouras.

Os estudos de Krebs e Johnson permitem supor do papel benéfico da aplicação concomitante da vitamina B₁. Disso se procurará ter noção em futuros ensaios.

*

Os resultados obtidos são, parece, de molde a justificar a introdução da acetilcolina na terapêutica da dismenorreia, sem ilusões de especificidade ou pretensões de panaceia.

As conclusões que se possam vir a tirar em nada deslocam a interpretação da dismenorreia na sua essência patogénica e não levam ao conhecimento da causa primeira de sua génese. Nem, crê-se, ao contrário de Clavero Nuñez, provavelmente desviarão de maneira irrevogável o conceito fisiopatológico da menalgia como sendo resultante de intensa e prolongada contracção muscular uterina porque, se bem que se admita que a acetilcolina estimula a actividade contráctil do útero, Ruhmann mostrou que um músculo liso em estado de hipertonia é relaxado pela acetilcolina, como pela acção do calor. Fica portanto margem para objectar aos contraditores da teoria clássica que a acetilcolina actuará benêficamente nas dismenorreias, relaxando um útero em exagerada contracção muscular. Êles poderão invocar a seu favor, entretanto, os resultados a que chegaram Wilson e Kurzrok que, usando o método do balão intrauterino, verificaram não haver diferença na amplitude da contracção uterina nas mulheres normais e nas dismenorreicas.

Destas reflexões e do que se observou é-se tentado a emitir uma hipótese conciliadora: não será por via da contracção espasmódica do útero que surgirá a isquemia funcional relativa dêsse órgão cuja irrigação pode estar orgânica ou funcional, transitória ou permanentemente alterada?

É pelo menos assim que se interpreta a claudicação intermitente dos membros.

É pela valorização da actividade circulatória do membro que se previne, ou julga prevenir, a claudicação intermitente dos músculos quando êles se contraem. Parece razoável supor que em relação ao útero se possa passar factu idêntico.

BIBLIOGRAFIA

- A. CLAVERO NUÑEZ — *Medicina Española*, t. X, pág. 671, 1943.
CROSSEN AND CROSSEN — *Diseases of Women*, 9.th ed., 1941.
KREBS, H. A. Y JOHNSON, W. A. — *Bioch. Journ.*, 1937, 31.
V. STOECKEL — *Tratado de ginecología*, 3.^a ed., 1942.

SULFAMIDAS «AZEVEDOS»

SEPTIL

P. aminobenzenosulfonamida

COMPRIMIDOS DE 0,5 GRs. EM TUBOS DE 10 E 20

PÓ EM CRIVO DE 10 GRs.

ÓVULOS EM CX. DE 12

INJECTÁVEL EM CXs. DE 6 × 5 CC.

» » FRASCOS DE 125 CC.

POMADA (**Dermoseptil**) EM BISNAGAS DE 25 GRs.

NEO-SEPTIL

Sulfapiridina

EM TUBOS DE 20 COMP. DE 0,5 GR.

SEPTIAZOL

Sulfatiazol

EM TUBOS DE 10 E DE 20 COMP. DE 0,5 GR.

SEPTILGUANIDINA

Sulfaguanidina

EM TUBOS DE 20 COMP. DE 0,5 GR.

SEPTILDIAZINA

Sulfadiazina

EM TUBOS DE 10 E DE 20 COMP. DE 0,5 GR.



LABORATÓRIOS "AZEVEDOS"

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA — LISBOA



ESPECÍFICO DA SARNA

Felix combinação de :

NAFTOL B
BÁLSAMO DE PERÚ
RESORCINA
ÁCIDO SALICÍLICO
SALICILATO DE METILO EM
VEÍCULO ALCOOLICO GLICERINADO

Ex.^{mo} Senhor Doutor

*Os incomodativos aracnídeos da sarna, seus ovos e outras doenças parasitárias da pele, encontram em **SARCOPTIL** o medicamento ideal para a sua rápida destruição.*

Um produto de reconhecido valor terapêutico à disposição de V. Ex.^a

LABORATÓRIO PEDROSO

Sob a Direcção Técnica de ISAURA FIGUEIREDO FONSECA

Licenciada em Farmácia

COVILHÃ

- C. STRECHT RIBEIRO — *Jornal do Médico*, (105), 261-265, Jan.º 45.
 Z. M. BACQ — *Fisiologia y Farmacologia del sistema neurovegetativo* — Espasa
 — Calpe, S. A., 1939.
 W. RUHMANN — *Zeitschr. f. d. ges. exp. Med.*, 1927, voi. 57, fasc. 5/6.
 W. RUHMANN — *Journ. Suisse de Med.*, 1933, n.º 7, pág. 163.
 COTTE Y PALLOT (M.^{lle}) — *Presse médicale*, 50, 1934, pág. 209.
 COTTE — *Lyon Chir.*, 24, 1927, pág. 741.
 R. LERICHE — *Presse médicale*, 1925, pág. 465.
 S. WRIGHT — *Applied Physiology*, 7th ed., 1943.

Mais dois casos de espiroquetose íctero-hemorrágica no Pôrto

(ESCLARECIMENTO)

Após a publicação do artigo que com êste título saiu no último número verifiquei que, por lapso, na revisão das provas, foi suprimida a parte final do terceiro período — que dizia «caso que era o terceiro diagnosticado nesse serviço, a partir de 1941». Como êste involuntário lapso pode dar motivo a que o leitor que se dispense de lêr os artigos ali citados julgue que o primeiro caso de espiroquetose íctero-hemorrágica no Pôrto foi por mim descrito, quando, na realidade, o foi pelo Prof. Doutor Carlos Ramalhão, gostosamente completo o meu citado artigo, cujo início era assim:

No decorrer do ano de 1944 e no curto espaço de sete meses, tivemos ocasião de estudar dois casos de espiroquetose íctero-hemorrágica que passaram pelo Instituto de Medicina Legal do Pôrto, Em Julho de 1942, havíamos referido um outro (1) (o primeiro, cujo diagnóstico foi confirmado pelo Laboratório de Anatomia-Histologia Patológica do nosso Instituto) aproveitando, então, a oportunidade de mostrar alguns aspectos médico-legais e salientar a sua importância em Medicina Forense. Posteriormente, Julho de 1943, o Prof. Dr. Ramalhão (2), em colaboração com Machado Vaz e Gilberto Macêdo, apresentou mais um caso que transitou pelo serviço de Doenças Infecciosas da Faculdade de Medicina do Pôrto, com sero-reacção de Petit e prova de inoculação no cobaio positivas, caso que era o terceiro diagnosticado nesse serviço a partir de 1941.

MARIA HORTENSIA CRUZ

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

LISBOA MÉDICA, XXI, 1944. — N.º 7 (Julho): *Sobre a embolectomia*, por J. Cid dos Santos; *Duplo linfosarcoma do jejuno*, por J. Cid dos Santos; *Ação das substâncias albuminóides sobre a tiroideia do coelho*, por F. Geraldês Barba; *Prática anátomo-clínica*, por F. Wohlwill. N.º 8 (Agosto): *Alguns aspectos da assistência hospitalar*, por Reynaldo dos Santos; *O tratamento da bexiga medular traumática pela drenagem-irrigação permanente*, por A. Carneiro de Moura; *Prática anátomo-clínica*, por F. Wohlwill. N.º 9-10 (Out.): *Diabetes melita infantil*, por Castro Freire; *O método de doseamento da glicémia de Fiorentino e Boni*, por Carlos Trincão; *Extirpação de tumor sub-dural da segunda raiz dorsal com paraplegia recente*, por Cid dos Santos, L. Pacheco e O. Fragoso; *Prática anátomo-clínica*, por F. Wohlwill.

Diabetes melita infantil. — A propósito de um caso, expõe-se os caracteres e o tratamento da diabetes açucarada nas crianças. Doença constitucional, hereditária, faz a sua aparição a seguir a influências várias: traumatismo, choque nervoso, abuso alimentar de glúcidos, infecções. A hereditariedade pode ser dominante, mas é mais freqüente ser recessiva e com anteposição, o que comporta agravamento do prognóstico.

A regulação do metabolismo dos hidrocarbonados depende de um complexo sistema, pelo qual a produção de insulina é activada por uma hormona hipofisária, e, pelo contrário, uma contra-regulação frenadora é exercida por outra hormona da hipófise, e pelas secreções da tiróide, da suprarrenal, com intervenção do simpático e de centros diencefálicos. A intervenção destes diversos factores é variável de caso para caso; e ainda se deve contar com a função hepática e muscular de fixação do glucogéneo, e com a produção da glucose pelos alimentos e não apenas pelos hidrocarbonados. Compreende-se assim como é variável a patogenia da diabetes, não se devendo apenas a déficit da função insulínica do pâncreas.

A sintomatologia é semelhante à do adulto, havendo a notar contudo: evolução mais rápida e grave; menor freqüência das lesões cutâneas, oculares e nervosas; vulgar rubeose da face. O diagnóstico diferencial terá de fazer-se com a glicosúria alimentar por inundação de H. C., com a lactosúria do lactente e crianças de tenra idade, com os estados de toxémia e convulsões e especialmente com a glicosúria renal, diabetes inócua, talvez por abaixamento do limiar de excreção, síndrome que, no entanto, pode constituir o prelúdio de uma verdadeira D. M. No estudo da curva da glicémia provocada, que tem o maior interêsse para o diagnóstico diferencial nos casos de dúvida, deve-se ligar a maior

importância sobretudo à fase final da curva, a fase hipoglicêmica, que é a que verdadeiramente corresponde à excitação insular.

O estado de pré-coma caracteriza-se pela acidose, com o hálito característico, com abundantes corpos cetônicos na urina e baixa da reserva alcalina, por vezes por exantema purpúrico, intensas gastralgias, vômitos, língua sêca, obstipação, excicose e ligeira perturbação do sensorio. Quando esta situação não é reconhecida e correctamente tratada, sobrevém o coma, com perda da consciência, grande respiração acidótica (tipo Kussmaul, podendo aparecer em situações terminais o ritmo de Cheyne Stokes) e colapso cãrdio-vascular (pulso hipotenso, filiforme — 160 a 200 pulsações — arrefecimento das extremidades, etc. . .). Tratado sem insulina, é morte certa. A febre não é pertença propriamente do coma, mas freqüentemente da infecção que o destravou, e carece de ser despistada. A cetonúria é um dos sintomas importantes do coma diabético mas não é obrigatório; tem-se descrito casos de coma diabético com insignificante cetonúria e elevada cetose no liquor. O diagnóstico diferencial do coma terá de ser feito com o coma urémico, com o coma trofopático ou da toxicose, com os vômitos acetonêmicos e ainda, nos casos de predomínio de vômitos e gastralgia, com a apendicite e peritonite agudas; neste último caso é bom não esquecer que o colapso hemodinâmico que caracteriza o coma diabético pode determinar, por hemocentração, leucocitoses elevadas no exame do sangue periférico. Importa ainda encarar no diagnóstico diferencial a distinção entre o coma e o choque hipoglicêmico, freqüente nos casos tratados, pela hipersensibilidade insulínica, que tantas vezes caracteriza a criança diabética, a qual assim pode oscilar entre estas duas situações críticas.

Pode aparecer a reacção hipoglicêmica na criança mais rapidamente, como de surpresa e não tendo o início marcado como no adulto; pode evoluir e importa frisá-lo, com glicosúria. São os seus sintomas mais importantes: suores profusos com hipotermia, fraqueza geral, sonolência, olhar fixo, tremores, abalos tónicos e clónicos, rigidez muscular; a ausência de sintomas respiratórios, de alterações do pulso e de vômitos, são outros tantos elementos que permitem isolar a reacção hipoglicêmica do coma diabético; em casos de dúvida deve-se proceder imediatamente à determinação da glicémia e, não sendo isso possível, injectar por via endovenosa 5, 10, 15 c.c. de um soluto glicosado a 20, 30 ou 50 %, o que não agrava o coma diabético e resolve rapidamente o coma hipoglicêmico. Qualquer que seja a perturbação de regulamento do metabolismo dos H. C. (hipo-insulinémia ou hipercontraregulação), a D. M. I. só se pode compensar pelo tratamento insulínico, em conjugação com o tratamento dietético. Os casos susceptíveis de exclusivo tratamento dietético, se existem, são raríssimos, por isso se pode dizer que o tratamento da D. M. I. obriga ao emprêgo da insulina.

No tratamento da D. M. I. há vários problemas a resolver: tratamento do coma e pré-coma; tratamento de dura ou da diabetes com-

pensada; vigilância e comportamento social dos doentes; profilaxia e tratamento do choque hipoglicémico.

Na grave situação de coma o tratamento, de extrema urgência, visa combater a acidose, a exsiccose, restabelecendo o equilíbrio hídrico e combatendo o colapso cardiovascular. Doses fortes de insulina, com o *contrôle* da glicosúria e da glicémia, regime de fome, fornecer largamente líquidos e administrar cardiotónicos, eis, na essência, a terapêutica do coma diabético. Diz John que o clínico que se dedica ao tratamento da D. I. deve ter sempre no consultório, na sua mala, insulina para a primeira injeção de urgência, mesmo antes do doente ser internado. A primeira injeção deve ser de 40, 50 u., intravenosa, se a gravidade da situação assim o exigir.

Depois, em lugar de doses maciças, espaçadas, é preferível administrar 5 ou 10 u. de hora a hora até que, melhorando a situação, se possa ingressar a pouco e pouco no regime de 3 ou 2 injeções diárias. Ao mesmo tempo que se institue o tratamento insulínico, injecta-se sôro fisiológico ou de Ringer, com 5 0/0 de glicose, na dose de 300 a 500 cc. por dia e administra-se clister gota a gota com 3 0/0 de bicarbonato de sódio. Nos casos graves deve-se recorrer à injeção intravenosa de sôro bicarbonatado ou glicosado ou à venoclise gota a gota (Karelitz). O colapso cardiovascular será tratado com coramina, combetina, estricnina, etc. No pré-coma e coma diabéticos podem aparecer vômitos pó de café, o que indica dilatação gástrica; em tais casos estão indicadas lavagens do estômago com soluto alcalino, deixando ficar no estômago a última porção de líquido.

Durante o coma a criança não deve comer e nas primeiras 24, 48 horas a seguir, é preferível dar só frutos; nos dias seguintes o alimento será ainda reduzido, como predomínio de hidratos de carbono e escassez de proteicos e gordura, dieta anticetogénica, portanto, à medida que, sob o *contrôle* de análises de urina e de sangue, se vai reduzindo e regulando a quantidade de insulina.

No caso de diabetes descompensada, sem iminência de coma, pode-se estabelecer logo uma dieta anticetogénica, dando a quantidade de insulina que se julga conveniente, pouco mais ou menos, e que se ajusta depois consoante a evolução do caso, estabelecendo a seguir a dieta de estabilização ou de compensação.

Para o cálculo da quantidade de insulina, serve de guia o equivalente da glicose, referida à quantidade eliminada na urina (1 u. para 2 gr. de glicose, variável também conforme a quantidade de H. C. fornecidos. Se a acidose é avultada, a quantidade de início deve ser mais elevada e maior a redução de gorduras na dieta inicial. Devemos exigir rapidamente o desaparecimento completo dos corpos cetónicos na urina; a regulação da insulina, pelo que toca à glicosúria, é preferível ajustá-la para que fique um pequeno resíduo glicosúrico, que não deve exceder, no entanto, 10 gr. por dia, o que defende com mais segurança dos pos-

Sulfametazina cálcica

Absorção mais rápida do que a sulfapiridina, sulfafiazol 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 Correios, 41-2.º · LISBOA

Os Laboratórios Dr. A. Wander S. A. de Berne, têm a honra de informar o Ilustre Corpo Clínico que acabam de reabastecer o mercado português com todos os seus produtos, esperando poder manter a continuação destes fornecimentos, visto a melhoria nas comunicações se ter últimamente acentuado.

Por intermédio dos seus representantes em Portugal, devem V. Ex.^{as} receber a comunicação das disponibilidades presentes.

DR. A. WANDER S. A.

Representantes em Portugal:

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41-2.^o

LISBOA

síveis choques hipoglicêmicos. Alguns AA., fora das situações graves, pela insegurança do cálculo baseado na equivalência da glicose, Stolte entre outros, dão, de início, 3 vezes ao dia, tantas unidades de insulina como de anos tem a criança.

As doses de insulina serão administradas, de início, 3 vezes por dia, meia hora antes das 3 refeições mais importantes, sendo a maior dose da manhã. Mais tarde passa-se para 2 injeções diárias e finalmente pode tentar-se a passagem para insulina de depósito (zinco-protamina, p. ex.), de início preferivelmente em combinação com a insulina vulgar e depois uma só injeção de insulina-depósito; tem a vantagem, pelo fornecimento mais regular, de ser mais econômica e reduzir o tratamento a uma só injeção, o que constitui um apreciável benefício para a criança, que terá de ser injectada tôda a vida, e facilita muito o tratamento em casa. Esta passagem deve ser cuidadosamente vigiada na clínica, visto que pode haver de início piora na perturbação metabólica e o choque hipoglicêmico pode dar-se muitas horas depois da injeção, de madrugada mesmo no caso de insulina-depósito.

Os cuidados a haver com as injeções são naturalmente os mesmos que para o adulto; a lipodistrofia, é no entanto, muito mais rara na criança. Os intervalos para 2 injeções serão de 10 a 12 horas, para 3 injeções de 6 a 8 horas.

O choque hipoglicêmico será facilmente tratado pela administração de 10 a 20 gr. de açúcar ou de sumo de 1 laranja. Apenas em casos mais graves se terá de recorrer à injeção de sôro glicosado subcutâneo ou hipertônico em aplicação endovenosa, com eventual associação de adrenalina ou hipofisina.

Resolvido o problema do tratamento insulínico, dominado o coma, compensada a diabetes, resta a 2.^a parte, a dieta de dura, de estabilização. Estão hoje absolutamente postas de banda as dietas pobres em H. C. e ricas em G. Esta terapêutica agrava, por um lado, a grave perturbação metabólica, expondo mais facilmente aos perigos da ceto-acidose e não é fisiológica, pois não basta compensar a diabetes e é necessário que a criança cresça, se desenvolva, e para isso carece de um regime que se não afaste grandemente da dieta regrada habitual.

Muitos AA. são de opinião que, em períodos normais, a criança deve ter uma alimentação livre, sem consumo de luxo, especialmente de hidrocarbonados, tomando a quantidade de insulina para bem metabolizar uma tal alimentação, permitindo ou antes desejando que se mantenha uma leve glicosúria (válvula de segurança da hipoglicémia). Tem esta conduta dietética a vantagem de facilitar a vida social da criança, sem dietas estritas e complicadas, permitindo com comodidade a alimentação em casa; mas tem, por outro lado, o perigo de facilitar a superalimentação e de ser menos econômica para o gasto de insulina.

Hoje em dia a maioria dos AA. (Rominger, Nobel, muitos AA. americanos) preferem ter a criança com um valor calórico ligeiramente mais

reduzido e com um equilíbrio mais perfeito nas várias substâncias alimentares. O quociente de energia será de 90 a 70 calorias abaixo de 4 anos, 50-60 entre os 4 e 8 anos, 40-30 acima dos 8 anos. As calorias serão distribuídas por forma a que 10 % sejam para os proteicos, 50 a 60 % para as gorduras e 30 a 40 % para os hidratos de carbono. Rominger aconselha também, como método mais simples, dar 1 a 2 gr. por quilo e 24 horas para proteicos, 2 a 4 gr. para gorduras e 4 a 8 para hidratos de carbono; com as tabelas de calorias facilmente se compõem, dentro destas normas, dietas variadas e adequadas ao pêso e idade.

A escola de Viena prefere manter a criança sempre com dieta anti-betogénica: 180 a 240 gr. de H. C., 80 a 120 de P., 2 a 5 ovos ou o seu equivalente, 250 a 500 gr. de legumes e apenas 25 a 50 gr. de G. Para os legumes estabelece a seguinte equivalência: 250 gr. de espinafres podem ser substituídos por: 250 gr. de couve-flor, ou couve azêda («Choucroute», «Sauerkohl»); 400 gr. de espargos ou tomate e 500 gr. de salada (chicória, alface, pepino). Para o cálculo das dietas usam as tabelas de Priesel e Wagner com a equivalência em pão de trigo («Semmelwert», isto é, 10 gr. de pão branco com 75 % de H. C.).

Na dieta livre os AA. americanos dão as seguintes indicações: serão proibidos os doces (permitidas nozes e avelãs); redução da batata e pão; são permitidos 1 ôvo, peixe ou carne como habitualmente na criança sã, 2 a 3 decilitros de leite. Entre os 5 e 8 anos 1600 cal.; 60 gr. de P., 160 gr. de H. C. e 80 gr. de G.

Compensada a diabetes, organize-se a vida da criança em casa, garantindo-lhe a insulina de que carece para viver, estabelecendo a dieta que fôr mais apropriada, graduando o exercício físico; prevenir o coma hipoglicémico, levando sempre nos passeios uns torrões de açúcar ou uma laranja, e, sendo a criança tratada com protamina-zinco-insulina, lembrar que a reacção hipoglicémica não segue de perto a injeccção, como acontece com a insulina vulgar, mas pôde aparecer muito mais tarde, de madrugada mesmo; nos casos de hesitação e nas reacções intensas deve-se empregar a injeccção endovenosa de 5 ou 10 c.c. do soluto de glicose a 50 %. Há que lembrar também a existência de pequenos simuladores de choque hipoglicémico, cujo fito é apanharem açúcar, laranjas, etc.!

Em caso de lipodistrofia mudar o lugar das injeccções, empregar insulina cristalizada, que é mais pura, e usar solutos concentrados de modo que a cada injeccção não vá além de 0,25 c.c.

Se aparece sêde e poliúria, deve a mãe procurar imediatamente o médico e se a diabetes piora, aumentar a insulina em 5 a 10 u. De tempos a tempos deve a criança voltar a ser examinada, para se fazer o estudo do metabolismo hidrocarbonado e reajustar, em face da evolução da doença, as necessidades da dieta e das quantidades de insulina.

Uma recomendação muito importante a fazer às famílias é a que se refere às infecções, dados os conhecidos perigos de agravamento da doença

diabética, indo até ao coma. É um êrro, porque a criança tem febre e não se alimenta, reduzir a insulina. A infecção bloqueia a acção da insulina e favorece, portanto, a acidose. Ao lado da hipodermoclise ou clister de gota a gota rectal, pode-se actuar por duas formas: deixar a criança alimentar-se e, se não há sintomas das vias digestivas, elevar a quantidade de insulina — ou reduzir a alimentação, deixando a quantidade habitual de insulina. Dentre as infecções merece especial referência a tuberculose, que, quando manifesta, obriga a vigilância e cuidados especiais pelas variadas formas e reacções, pelo arrastamento da infecção, necessidade de alimentação robustecedora, etc. O hipertiroidismo pubertário também pode alterar as condições de equilíbrio hidrocarbonado e, em casos de dúvida, deve-se mandar proceder à determinação do M. B. e tratar a criança conseqüentemente. A cirurgia infantil, num diabético, obriga igualmente à vigilância e a determinações frequentes da glicéria, e à modificação da dieta e das doses de insulina, fazendo-se a adaptação necessária durante o acto cirúrgico e no período post-operatório.

IMPRESA MÉDICA, X, 1944. — N.º 21-22 (25 de Nov.): *Egas Moniz*, por Diogo Furtado; *O professor Egas Moniz e a sua obra*, por António Flores; *Considerações e observações a propósito de cefaleias*, por Almeida Lima; *Leucotomia préfrontal de Egas Moniz*, por Barahona Fernandes; *Estudo experimental comparativo da acção vasodilatadora cerebral do ácido nicotínico e de outros fármacos*, por Diogo Furtado, Henrique Moutinho e Orlando Carvalho; *Cisticercose cerebral*, por Miranda Rodrigues e Vasconcelos Marques; *Sobre a compressão quiásmática por tumor*, por J. Gama Imaginário; *Complicações neurológicas da linfogranulomatose*, por V. Sousa Chichorro; *Diagnóstico do ataque convulsivo epiléptico em medicina militar*, por Miller Guerra; *Diagnóstico electroencefalográfico da epilepsia*, por Francisco Alvim; *A sugestão cirúrgica na pintura medieval*, por Diogo Furtado. N.º 23 (10 de Dez.): *Psicanálise de uma neurose obsessiva*, por Rosales Teixeira; *Um caso de crises extrapiramidais com sintomatologia complexa*, por Telo N. da Costa. N.º 24 (25 de Dez.): *Anciania*, por Egas Moniz; *Penicilina em urologia*, por A. Carneiro de Moura.

Cefaleias. — De observações clínicas, de estudos experimentais e, sobretudo, dos fenómenos verificados pela angiografia cerebral e no decurso de intervenções cirúrgicas intracranianas, colhem-se elementos elucidativos da patogenia das cefaleias, que não tem sido suficientemente estudada e esclarecida. O A., analisando todos êsses elementos, chegou às seguintes conclusões, que resumem o seu trabalho:

Dentro do crânio as únicas formações anatómicas sensíveis à dor são, com excepção dos nervos sensitivos, os grandes vasos arteriais e venosos. Os grandes seios da dura-máter e a porção justa-sinusal das veias sinusinas, quando directamente excitados, dão origem a «dores referidas» com grande freqüência à região frontal. As grandes artérias

cerebrais, porção intracraniana da carótida, porção inicial das artérias do grupo silvico, artéria basilar e artérias vertebrais, provocam também, quando excitadas, sensações dolorosas. A artéria meníngea média é extremamente sensível à dor, que pode ser provocada por qualquer estímulo empregado; a cefaleia, que provoca, é localizada.

O estímulo adequado à produção da cefaleia de origem arterial é o aumento de amplitude das pulsações, e no caso da meníngea média também a compressão directa.

Podem dividir-se as cefaleias de origem arterial em dois grupos, aquelas que têm o ponto de partida nas artérias pertencentes ao sistema da carótida interna e as que se originam nas artérias do sistema da carótida externa. Às primeiras correspondem os tipos clínicos da cefaleia dos hipertensos e dos estados febris, às segundas, a enxaqueca e a cefaleia histamínica. Há síndromas de hemicrânia simulando a enxaqueca que são provocados por lesões focais da artéria meníngea média. O tratamento cirúrgico, remoção da lesão e laqueação da artéria meníngea média, cura a hemicrânia que tem essa origem. Nalguns casos de enxaqueca grave, rebelde ao tratamento médico, está indicada a laqueação da artéria meníngea média e provavelmente também da artéria temporal superficial.

A hipotensão intracraniana causa sempre cefaleias; a hipertensão só quando extremamente elevada.

A cefaleia nos tumores intracranianos pode ser de origem arterial ou venosa, e quando convenientemente interpretada tem grande valor como elemento de diagnóstico topográfico.

Leucotomia préfrontal. — Esta intervenção, a que pode com justiça dar-se o nome de Egas Moniz, seu proponente, pretende modificar a psique dos doentes por meio de uma intervenção mutilante sobre o lobo frontal, cuja importância na vida psíquica é bem conhecida. Embora o fundamento teórico do processo se não tenha demonstrado, a prática mostrou que êle veio revolucionar o tratamento de muitas psicoses, esclarecer a fisiologia cerebral, sendo hoje largamente praticado com êxitos em todo o mundo, e levando Freeman e Watts a ir mais longe, fazendo a lobotomia frontal. Os melhores resultados tem-se obtido na melancolia ansiosa, na melancolia da involução, nas psicoses obsessivas e ansiosas e nas depressões hipocondríacas. Nos casos crónicos, de evolução arrastada, é de tentar, muitas vezes. A resolução da intervenção deve, porém, ser considerada em cada caso, atendendo a tôdas as circunstâncias que o caracterizam. O assunto é pormenorizadamente analisado pelo A., neste artigo.

Ação vasodilatadora cerebral do ácido nicotínico e de outros fármacos. — Estudo experimental, no coelho, cuja técnica se descreve. Os resultados obtidos mostram intensa acção vasodilatadora do ácido nicotínico sobre os vasos cerebrais e retinianos, quasi identicos aos verificados com a acetilcolina; a aminofilina, a trinitroglicerina e a padutina

TONOCÁLCIO - CÊ

SIMPLES

GLUCONATO DE CÁLCIO A 20 %
VITAMINA C A 5 %
6 EMPOLAS + 6 EMPOLAS

FORTE

GLUCONATO DE CÁLCIO A 20 %
VITAMINA C A 10 %
12 EMPOLAS + 12 EMPOLAS

*Aplicação conjunta em
volume reduzido de soluto*



DIRECÇÃO TÉCNICA DO PROF. COSTA SIMÕES
LABORATÓRIOS LAB/LISBOA N.

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, litíatismo, raquitismo, fraqueza geral, pleurísias, 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 habitação e morfomania dentro de certos limites

Proteion

Medicamento não específico actuando efectivamente sobre os estados infecciosos.

PULMÃO-SORO

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

SUAVINA

Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.

Terpioquina

Medicação anti-infecciosa.

Transpneumol

Quimioterapia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.

não mostraram qualquer acção; a histamina provocou vasodilatação dos capilares e das pequenas arteríolas da superfície do cérebro, permanecendo inalterados ou quasi os mais volumosos troncos arteriais.

Anciana. — Dado o carácter, simultaneamente literário deste trabalho, e em homenagem ao prof. Egas Moniz, seu autor, com a devida vénia o transcrevemos integralmente noutra lugar do presente número do «Portugal Médico».

Penicilina e urologia. — São as primeiras oito observações portuguesas de doenças do fôro urológico tratadas pela penicilina: 3 de blenorragia aguda, 1 de vesiculite gonocócica crónica, 1 de prostatite e epididimite gonocócica; 2 de vulvo-vaginite gonocócica infantil, 1 de prostatite crónica cavitária com infecção estafilocócica. Confirmam os bons resultados obtidos nas clínicas norte-americanas, e a sensibilidade extraordinária da gonococia ao medicamento. Precedem a exposição dos casos, considerações gerais que na sua maior parte vamos transcrever.

«A melhor maneira de atacar os gérmenes que os investigadores nos indicaram como sendo *penicilino-sensíveis* consiste em fazer chegar a droga aos tecidos infectados por meio dos vasos sanguíneos, ou então em aplicação local directa. A particularidade especialmente feliz de a penicilina não sofrer qualquer acção inibitória pelo contacto com pus, peptonas e autolisados teciduais, sangue, sôro ou bactérias em grande quantidade — o que não sucede com as sulfamidazidas — permite a aplicação local em muitas situações — (queimaduras, feridas superficiais, cavidades de abscessos, mastoidites, feridas de guerra), poupando-se assim muito a droga, pois a aplicação local emprega 50 vezes menos produto que a via geral.

A penicilina é um ácido instável, e os preparados usados na terapêutica são os seus sais. O sal de sódio — *Penicilina sódica*, empregado para tratamento geral é higroscópico e mais delicado de manejar que o sal de cálcio — *Penicilina cálcica*, empregado principalmente em aplicação local.

Em certas situações urológicas (pielites, cistites, prostatites) se poderia ser fácil fazer chegar às regiões infectadas a droga em aplicação local, já não será fácil mantê-la aí em concentração suficiente, devido à diluição que a urina constantemente segregada ou em passagem periódica fatalmente provocará. No entanto, Alfonso e Emilio Peña injectaram na uretra penicilina para tratamento da blenorragia; esta observação dos autores espanhóis, publicada em nota clínica, num último número da «Revista Clínica Española» é, porém, um pouco imprecisa, pois da sua leitura fica-se com a impressão de o tratamento ter sido efectuado com uma dose única de quasi de 100.000 unidades diluídas em 5 cc. de sôro fisiológico, dada por via intramuscular, e da injeccção local na uretra de uma certa quantidade de penicilina, 1 cc. da solução, o que não está perfeitamente de acôrdo com as normas gerais da administração repetida e prolongada da droga.

Quanto ao tratamento local, deve-se contar com um fracasso habitual dêste, quando a situação anátomo-patológica não permita o soluto chegar a tôdas as partes da lesão, ou não persistir nelas o tempo suficiente, ou então quando não existam bactérias que produzam *penicilinase*, enzima que certas bactérias penicilo-resistentes produzem activamente e que pode destruir a penicilina na lesão. Esta penicilinase (provavelmente um fermento) tem sido encontrada em certas bactérias saprofitas, em bacilos gram-negativos, e em muitas estirpes de bacilo coli. O bacilo *paracolon* mostrou-se a Abraham e Chain, dos mais ricos em penicilinase.

A via bucal — embora a penicilina seja absorvida pelas vias digestivas — não pode ser usada, por a droga ser destruída pela acidez gástrica.

Para manter um nível terapêutico suficiente no sangue, é necessário introduzir a penicilina por injeção intravenosa contínua, ou mediante injeções intramusculares repetidas, a intervalos nunca superiores a 3 horas, por vezes de 2 em 2 horas. Florey, numa frase feliz, comparou a dificuldade de manter uma quantidade útil de penicilina, sempre em actividade no organismo, devida à sua rápida eliminação pela urina, ao esforço que representa conservar uma banheira cheia, com a válvula retirada.

Esta rápida excreção da penicilina pela urina apresenta, porém, vantagens para tratamento das infecções urinárias, pois, considerando uma dose habitual, a urina de 24 horas contém aproximadamente 3 unidades *Oxford* por cc. o que significa que a terceira parte ou até a metade da droga se elimina por êste emunctório, permitindo não só a possibilidade de recuperação da droga (que se chegou a realizar nos períodos iniciais, em que cada unidade contava) como também um tratamento mais eficaz nas infecções urinárias, pois que sendo a droga concentrada pelos rins, após uma pequena dose encontra-se na urina durante 24 horas, mesmo que a concentração não tenha sido em momento algum notável pela sua quantidade no sangue. Por isso nas infecções urinárias, estafilocócicas e estreptocócicas, foi possível debelá-las com doses pequenas, repetidas uma ou duas vezes apenas nas 24 horas.

Após a injeção intramuscular a penicilina pode ser encontrada na urina quasi imediatamente. Aos dois minutos após a injeção intramuscular encontra-se já o medicamento no sangue, alcançando aos 10 minutos a mesma concentração que quando se empregou a via intravenosa. Esta via provoca facilmente trombose no local da injeção, e uma ou outra vez, reacções — (impurezas do produto), por isso a via intramuscular é a geralmente adoptada, substituindo a injeção intravenosa contínua, que à primeira vista poderia parecer indispensável. Na prática o ideal é a injeção intramuscular de 3 em 3 horas, relativamente bem tolerada e fácil de realizar.

A dose diária para um adulto oscila entre 100.000 a 120.000 unidades, e nos casos graves um tratamento prolongado durante alguns dias (dia e noite), árduo para quem o administra e incómodo para o doente pode ser um preço obrigatório do êxito (Florey). Situação esta bem dife-

rente da terapêutica pelas sulfamidas tão fáceis de administrar por via bucal sem diminuição da sua acção terapêutica. Por êsse facto, se outros pelo menos de momento o não justificassem, a penicilina nunca se deverá aplicar sistematicamente, reservando-se só para os casos que se revelarem resistentes às sulfamidas, ou então para aquêles que pela sua gravidade extrema e conhecimento de habitual resistência às sulfo-drogas o impõe de «emblée», como por exemplo a septicémia estafilocócica.»

O A. descreve a utilização da penicilina em algumas infecções urológicas. Vamos transcrever o que se refere à blenorragia.

«As primeiras aplicações da penicilina no tratamento da blenorragia resistente foram realizadas na *Clínica Mayo*, há mais de 2 anos, e pouco tempo mediou entre o trabalho de Abraham e colaboradores (1941) que comprovaram que a penicilina em diluições fraquíssimas inibia o desenvolvimento de seis estirpes diferentes de gonococos, até aos de Mahoney, Fergusson, Van Slyke, Bucholtz (1945) que apresentaram já uma grande estatística, bem típica do poder da droga: 753 doentes foram tratados previamente com sulfamidas com doses correctas sem resultado, após o que foram submetidos ao tratamento pela penicilina, que só fracassou em 29 doentes, isto é, 4 0/0. Estes doentes obtêm, porém, a cura após piroterápia e maiores doses de penicilina.

A *via intramuscular* tem sido a mais utilizada para o tratamento da gonorreia; as doses oscilam entre 10.000 a 20.000 unidades por injeção, dadas cada 3 horas, dia e noite, quer dizer, uma dose total entre 80.000 a 160.000 unidades; va iável com a intensidade da infecção e o tempo do tratamento que geralmente não passa de 48 horas. Van Slyke dá conta de 75 doentes tratados com dose total de 160.000 unidades por doente fraccionadas em 10.000 cada 3 horas. Um bom tratamento é aquele que administra 20.000 unidades de 3 em 3 horas, dadas 5 vezes (15 horas de tratamento). A mistura penicilina-novocaína torna menos irritantes as injeções intramusculares (Vaughan-Hudson). No exército norte-americano e britânico, segundo as últimas notícias, curam-se as gonorreias com uma dose de 100.000 unidades administradas em 24 horas.

A *via intravenosa* foi empregada na blenorragia por Thompson, Cooks, Herrel, baseados na rápida eliminação da penicilina pelo rim.

J. N. Robinson dá conta de 95 gonorreias sulfamido-resistentes e 3 casos de artrites. Em 92 doentes, administraram-se 10.000 unidades cada hora, durante 10 horas (100.000 unidades); num portador de artrite gonocócica duplicou-se o número de unidades e nos restantes aplicou-se a injeção intravenosa gôta a gôta durante vários dias. Resultados: 94 curas totais. Fracasso: numa das artrites. Praticamente as culturas tornaram-se negativas em 24 horas.

Herrel, Cooks, Thompson (Mayo Clinic) expõem 14 casos sulfamido-resistentes, entre êles 3 mulheres com lesões útero-anexiais graves. Em 11 homens, as culturas tornaram-se negativas entre 17 e 48 horas. Das

três mulheres tratadas, uma com uma evolução de 8 meses, cura ao fim de 6 horas de injeção intravenosa (120.000 unidades). Êstes autores accentuam, que além do critério bacteriológico que permite afirmar a cura, as modificações do quadro clínico surpreendem pela sua rapidez. A disúria desaparece às primeiras horas, o corrimento pára também — imediata paragem da supuração «como ao fechar uma torneira» (Garrod) —, ou persiste sob a forma duma secreção sem gonococos. Êstes factos são facilmente apreciados nas minhas observações, que mais adiante exporei, embora algumas delas tenham revelado uma certa resistência à medicação.

Além da blenorragia aguda e da blenorragia anaxial na mulher, tôdas as localizações gonocócicas devem beneficiar dêste tratamento, tanto mais justo e indicado quando se tratar de artrite, localização rectal, oftalmia, epididimite, vulvo-vaginite infantil, endocardite, meningite, septicémia, pielonefrite. Não nos devemos esquecer que no respeitante a endocardite gonocócica, numa época já em plena sulfamidoterápia em que se fez uma revisão da literatura, só fôra possível obter 7 casos de cura em 108 observações conhecidas (Freund. «J. Amer. Med. Assoc.» 1938). Quanto à meningite gonocócica, haverá sempre a idéia de considerar como duvidosos os casos publicados; no entanto, estatísticas muito sérias dão 45 % de mortes nos casos conhecidos, é certo êstes antes da época da sulfamidoterápia.

E quanto à vulvo-vaginite gonocócica infantil, trata-se de uma das localizações mais ingratas de tratar, verdadeiramente desesperante, a maior parte das vezes, para o urologista e para o pediatra, e que quer a sulfamidoterápia, quer a foliculinoterápia não conseguem dominar por completo. As duas observações que adiante transcrevo, são bem um exemplo do que acabo de expôr.»

Percorridas as afecções devidos a outros agentes (estafilococos, estreptococos, anaeróbios, etc.), o A. conclue:

«Como urologistas parece-me que devemos lançar mão da terapêutica penicilínica com certa frequência, mas não devemos esperar no nosso território resultados sempre totais, devido à percentagem elevadíssima dos gérmes gram-negativos nas infecções urinárias. Nunca os nossos resultados por isso se poderão aproximar dos obtidos em cirurgia geral, ou ainda em cirurgia de guerra, onde a penicilina é dum alcance único, pois entre os organismos mais sensíveis encontram-se três dos mais nocivos nas feridas de guerra — o *Streptococcus pyogenes*, as diversas variedades de estafilococos e os clostrídias.

Encarando novamente — e para terminar — a questão urológica, deve-se concluir que, exceptuando a infecção gonocócica, 80 % das infecções urinárias são devidas ao colibacilo, 10 % são tuberculosas, e as restantes 10 % são devidas ao estafilococo, ao estreptococo e aos restantes gérmes.

Portanto, a penicilina, em números muitos redondos, é inútil pelo menos em 90 % das infecções urinárias, facto que deveremos ter sempre

MALTOVITE

VITAMINAS A B₁ B₂ C & D, CÁLCIO, FÓSFORO E MALTE



PEDIATRIA E PUERICULTURA

A dificuldade actual em manter o valor nutritivo das refeições das crianças constitui uma preocupação diária para as mãis. Na maioria dos casos, o Maltovite pode suprir parcial ou totalmente certas deficiências alimentares mas só o Médico é a entidade competente para os indicar.



LABORATÓRIO ~ FIDELIS

DIRECTOR-TÉCNICO: FERREIRA PINTO • 77, RUA D. DINIS, LISBOA

Quinarrrhenina

ANEMIAS
PALUDISMO
OU
SEZÕES
CONVALESCENÇAS
DIFICEIS, ETC.

ELIXIR — GRANULADO

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

Um novo Sedativo da TOSSE

Uma nova medicação anti-bacilar

TIOCOSE

(G A M A)

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

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. :: ::

XAROPE STEPP DE BROMOFORMIO COMPOSTO

Na **tosse convulsa** é o

remédio mais eficaz.

48 horas depois da sua aplicação, os acessos tornam-se mais moderados

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

presente. A infecção gonocócica não entra nestes números, que aliás não são dum rigor extremo, e poderiam dar lugar a controvérsia. A gonococia é, porém, um dos territórios mais favoráveis ao uso da penicilino-terapia pelo urologista, como o provam os trabalhos publicados e até as minhas simples observações.»

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, VII, 1944.— N.º 3 (Junho): *Panorama da consulta de puericultura do Dispensário de Alcântara*, por Brito e Abreu. N.º 4 (Agosto): *A terapêutica de choque na febre tifoide*, por C. Salazar de Sousa. N.º 5 (Out.): *Tratamento da tosse convulsa pela vitamina C*, por A. Bártolo da Silva; *Sobre um caso de cura de meningite pneumocócica*, por A. Pedroso Ferreira.

Terapêutica de choque na febre tifoide.— Consiste na injeccção intravenosa de vacina, que provoca um choque violento, ao qual se segue a cura imediata ou uma evidente melhoria. Na literatura médica há perto de 400 observações registadas, com curas rapidamente obtidas em proporções que vão de 20 a 50 por cento dos casos; apenas dois óbitos, que não devem atribuir-se à injeccção. Esta é inócua, sempre que se respeitem as contra-indicações, que são: estado de colapso, ou lesão grave de algum órgão interno. As percentagens de êxitos notáveis foram subindo à medida que se aperfeiçoava a técnica, provocando o choque de maneira mais segura. As concepções de interpretação do modo de actuar da vacina são várias, e não satisfazem; o facto inegável é que o choque vacinal modifica a evolução da doença. As recaídas são susceptíveis da repetição do choque. Há em regra uma relação estreita entre a intensidade da reacção e a rapidez da cura.

O A. apresenta 11 observações de crianças tratadas, com 6 a 13 dias de decurso febril. Em 5 o successo foi completo, pois a cura deu-se a seguir à primeira injeccção, em crise ou em lise. Em 3 casos, foi preciso repetir o choque, obtendo-se a cura em 6, 7 e 8 dias depois da primeira injeccção. Num dos casos, o choque foi provocado somente por ocasião de uma recaída, verificando-se a queda imediata da temperatura. Em duas crianças tratadas, não se obtiveram os resultados desejados, mostrando-se casos de vacino-resistência; numa delas, com 4 injeccções, nunca se produziu reacção, e na outra houve descida ligeira da temperatura com melhoria do estado geral. A técnica foi a mais aconselhável: injeccção endovenosa de vacina diluída em sôro glucosado hipertónico. Nos dois primeiros casos usou a vacina T. A. B. Pasteur, que provocou violenta reacção, embora com as pequenas doses de 0,25 a 0,30 c.c. Fixou-se na vacina antitífica Behring, doseada a 1.000 milhões de germens por c.c., com dose inicial de 0,3 a 0,4 c.c.

A conclusão geral é a de que se trata de um processo terapêutico que não merece o pouco interêsse que tem despertado, pois nenhum outro oferece tantos êxitos a justificá-lo.

Tratamento da tosse convulsa pela vitamina C.— A experiência

de 22 casos, junta à análise das observações por diversos autores consideradas como de sucesso terapêutica, leva a concluir que a percentagem dos casos em que a vitamina C (cuja acção específica não existe) parece exercer uma acção útil, é muito pequena; pode empregar-se com vantagem como adjuvante, nas formas muito graves ou quando o estado geral é mau e faz prever complicações sérias. A melhor terapêutica continua a ser a sedativa, especialmente pelo sulfato de magnésio no período de estado, e pelas vacinas na fase catarral ou no início do período convulsivo.

Cura de meningite pneumocócica.— Numa criança de 2 $\frac{1}{2}$ anos de idade, obteve-se a cura por meio da administração, precoce e intensivamente, de sulfatiazol. A propósito deste caso, o A. discorre sobre o estado actual do tratamento desta forma grave de meningite purulenta, que encontrou na penicilina um agente terapêutico de alto valor, que dá elevada percentagem de êxitos, sendo recomendável a seguinte norma de aplicação: diariamente, 5 a 20 mil unidades em soluto a 500 U por c. c., por via intra-raquidiana (menos vezes cisternal ou ventricular), e, concomitantemente, 5.000 U por via endovenosa de hora a hora nas primeiras quatro horas, depois 15.000 de 3 em 3 horas por via intramuscular; como tratamento adjuvante, drenagem do liquor e do foco, tal como se faz na sulfamidoterapia.

JORNAL DO MÉDICO.— N.º 93 (1-X-44): *Estudo histórico dos aneurismas da aorta*, por Pereira Viana. N.º 94 (15-X): *A tinha na tradição popular e na literatura portuguesa*, por A. Lima Carneiro; *Os deuses da Medicina*, por Pedro Vitorino. N.º 95 (1-XI): *Aspectos da natalidade e mortalidade infantil em Angola*, por Alexandre Sarmiento; *Displasia poliostótica fibrosa*, por Andresen Leitão; *Parotidite de origem palúdica*, por J. Menezes de Almeida. N.º 96 (15-XI): *Sobre o aspecto e profilaxia sociais do aborto-crime*, por Gonçalves Moreno; *Organização e técnica da assistência rural*, por J. Lopes Dias. N.º 97 (2-XII): *A localização dos tumores glômicos*, por Amândio Tavares; *Retencionistas distendidos e assépticos*, por Alves Pereira; *No cinquentenário de Brown-Séquard*, por Egas Moniz; *Algumas razões com que se pretende justificar o aborto*, por J. Paiva Boléo; *A gravidez na medicina popular*, por Lima Carneiro; *A doença da princesa D. Maria Amélia de Bragança*, por José Crespo. N.º 99 (16-XII): *Estudos demográficos e serviço militar*, por Macias Teixeira; *A penicilina no furúnculo antracoide do lábio superior*, por António Braga; *Torsão do quisto do ovário e ileíte regional*, por José Delerue; *Um caso de hematomamola*, por Bernardino Pargana. N.º 100 (23-XII): *Consequências da habitação*, por M. Vicente Moreira. N.º 101 (30-XII): *As alterações hepáticas consecutivas à pancreatemia e ao desperdício biliar*, por Silva Pinto; *Um caso de anomalia venosa dos membros inferiores*, por José Aroso e Albino Aroso; *Plasmoterapia*, por José Pestana; *Para a história do jornalismo médico*, por Ferreira de Castro; *Roberto Carvalho*, por M. Cer-

queira Gomes; *Mordeduras de cão danado na medicina popular*, por J. A. Pires de Lima. N.º 102 (6-I-1945): *António Maria de Sena*, por A. Pinto de Almeida. N.º 103 (13-I): *Vagido intra-uterino e docimásia pulmonar*, por Costa Sacadura; *Desenvolvimento físico dos escolares no Liceu de Huila*, por Alexandre Sarmiento; *A profilaxia social em Moçambique*, por Felisberto Ferreirinha; *Mortalidade e morbidez no aborto provocado*, por J. Paiva Boléo. N.º 105 (27-I): *Sobre a hiperneurogênese na ovarite esclero-quística*, por Strecht Ribeiro; *Alguns aspectos da sífilis nervosa*, por Diogo Furtado; *Problemas de enfermagem*, por Mendonça e Moura; *O parto na medicina popular*, por Lima Carneiro. N.º 107 (10-II): *Anemia de células falciformes nas colónias portuguesas*, por Alexandre Sarmiento. N.º 109 (24-II): *Epidemia de glomérulo-nefrite aguda difusa*, por Jaime Barros; *O professor Sena e a assistência psiquiátrica*, por Barahona Fernandes; *A amamentação materna na medicina popular*, por Lima Carneiro. N.º 111 (10-III): *Assistência médica ao trabalho e aos trabalhadores portugueses*, por Luís Guerreiro; *Linguagem médica: atresia e não atresia*, por C. Strecht Ribeiro. N.º 112 (17-III): *Terapêutica popular duriense*, por Armando Leão. N.º 113 (24-III): *A saúde escolar no ensino primário da cidade do Pôrto*, por Armando Lucas. N.º 114 (31-III): *Obstetrícia popular*, por R. de Sá Coelho. Em todos os números, artigos de medicina literária e sobre interesses profissionais.

Parotidite de origem palúdica.— Numa criança de 4 anos, parotidite esquerda aguda, sem explicação, traumática ou infecciosa, cede ao tratamento pela quinina, depois de, durante oito dias, se terem ensaiado vários meios terapêuticos.

A penicilina no furúnculo antracóide do lábio superior.— Furúnculos antracóides do lábio superior, num rapaz de 17 anos, com enorme edema da face que se estendia até à base do pescoço e região mastoideia, com estado geral grave, sintomatologia que não amainou com a terapêutica instituída (cardiotónicos, cibazol, pensos de soluto de oxicianeto de mercúrio, pomada de colargol). Com 10.000 unidades de penicilina, de 3 em 3 horas, num total de 400.000 unidades, o doente ficou curado; as melhoras começaram com a quarta injeção.

As alterações hepáticas consecutivas à pancreatemia e ao desperdício biliar.— As pancreatemias e as intervenções sobre as vias biliares, no cão, provocam alterações do parênquima hepático, cuja gravidade anda de par com a produção das úlceras gástricas, o que parece indicar relação entre a etiologia destas e o sofrimento hepato-biliar.

Plasmoterapia.— Está substituindo os soros artificiais, que só dão resultados transitórios, em muitas circunstâncias em que aquêles eram sistematicamente empregados; em muitos casos podem substituir a transfusão sangüínea, com a vantagem de não ser preciso fazer a determinação do grupo sangüíneo, e a de maiores facilidades de transporte, manipulação e prazo de utilização. O plasma contém a totalidade dos prótidos sangüíneos. Sêco, pode conservar-se por muito tempo.

Na cirurgia é vasto o campo de acção da plasmoterapia: casos de alta hemoconcentração; oclusão intestinal com grande desidratação, tensões baixas e diminuição do volume/minuto da massa circulante; choque operatório com tensão baixa, post-operatório com diurese reduzida, queimaduras extensas, hemorragias agudas com colapso circulatório. Em clínica médica, e especialmente em pediatria, os estados de toxicose tem nela a terapêutica de eleição; ainda se tem mostrado útil na debilidade congénita, na hipotrepisia por perturbações digestivas prolongadas ou mesmo sem essa causa ostensiva; e últimamente tem-se referido as indicações da nefrose, das cirroses, e para diminuir a pressão intracraniana. Em injeccção de muito pequenas quantidades, tem-se utilizado como hemostático.

Aspectos da sífilis nervosa. — Três são estudados: as relações do quadro clínico com a anatomia patológica do tabes, os resultados da malarioterapia, o estado actual da patogenia da sífilis parenquimatosa.

Quadro clínico e anatomia patológica do tabes. — A produção dos sintomas é hoje interpretada de modo diverso do clássico, principalmente por motivo dos trabalhos de Richter, que a explica por lesões que começariam por granuloma ao nível da aracnoideia que envolve os nervos radiculares, lesão inicial a partir da qual se daria a alteração degenerativa das raízes nervosas lombares, tanto posteriores como anteriores, sucedendo-se depois as conhecidas lesões medulares.

Resultados da malarioterapia. — Comquanto esteja longe de resolver a totalidade dos casos, a malarioterapia é a mais poderosa arma de que dispomos para combater a sífilis nervosa. Actua como piretogénica, tanto melhor quanto mais precocemente fôr aplicada. Os bons resultados referem-se a doentes tratados logo depois da eclosão dos primeiros sintomas, ou ainda antes; todo o doente que apresente, no liquor, aumento de células e de albumina, e R. W. positiva, sem ceder à quimioterapia, deve ser submetido à malarioterapia, (ou à piretoterapia electrica), fazendo-se assim a profilaxia das manifestações nervosas da sífilis.

Patogenia da sífilis nervosa. — Posta de lado a presunção da existência de um espiroqueta particularmente neurótopo, e a influência da terapêutica, reconhece-se que dos factores constitucionais dos sifilizados depende a maior ou menor freqüência das formas nervosas: são taras familiares, de psicóticos e psicopáticos que pesam como principal circunstância das localizações nervosas e da sua forma evolutiva.

Epidemia de glomérulo-nefrite aguda difusa. — Em Paços de Ferreira, em Agosto e Setembro de 1944, o A. observou uma cincoentena de casos, que não puderam relacionar-se com a escarlatina, e que talvez dependessem de piodermites. A sintomatologia contou com: edema e palidez constantes, hipertensão em regra acentuada, hematuria num têrço dos casos, oligúria raramente, albuminúria geralmente moderada, sintomas cardíacos (que variavam entre dispneia ligeira e edema agudo do pulmão) na grande maioria dos doentes, sinais pouco importantes de encefalopatia

Para a alimentação infantil



Nestogéno

O leite em pó meio-gordo da



AL. — QUALIDADE — DIGESTIBILIDADE — CONSERVAÇÃO —
 REDACÇÃO CIENTÍFICA: ALEXES KOSZK, prof. juv. de Fisiologia de Medicina
 TROJAN; ERASZ MAYER, prof. juv. de Fisiologia de Medicina de Linceo; FROBANO DE
 MARE, director da Escola Médica, Ciências de Nova Góia; J. A. PÉREZ DE LIMA, prof.
 director do Instituto de Anatomia de Faculdade de Medicina de São Paulo; RÓCHA RIBEIRO,
 prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra; RÓCHA FERREIRA, prof.
 de Clínica Médica na Faculdade de Medicina de Porto.

AL. — QUALIDADE — DIGESTIBILIDADE — CONSERVAÇÃO —
 REDACÇÃO CIENTÍFICA: ALEXES KOSZK, prof. juv. de Fisiologia de Medicina
 TROJAN; ERASZ MAYER, prof. juv. de Fisiologia de Medicina de Linceo; FROBANO DE
 MARE, director da Escola Médica, Ciências de Nova Góia; J. A. PÉREZ DE LIMA, prof.
 director do Instituto de Anatomia de Faculdade de Medicina de São Paulo; RÓCHA RIBEIRO,
 prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra; RÓCHA FERREIRA, prof.
 de Clínica Médica na Faculdade de Medicina de Porto.

AL. — QUALIDADE — DIGESTIBILIDADE — CONSERVAÇÃO —
 REDACÇÃO CIENTÍFICA: ALEXES KOSZK, prof. juv. de Fisiologia de Medicina
 TROJAN; ERASZ MAYER, prof. juv. de Fisiologia de Medicina de Linceo; FROBANO DE
 MARE, director da Escola Médica, Ciências de Nova Góia; J. A. PÉREZ DE LIMA, prof.
 director do Instituto de Anatomia de Faculdade de Medicina de São Paulo; RÓCHA RIBEIRO,
 prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra; RÓCHA FERREIRA, prof.
 de Clínica Médica na Faculdade de Medicina de Porto.

Condições de assinatura (por ano — série de 12 números):
 Heteros — 30\$00 Ultramar — 10\$00 Áustria — 20\$00 Alemanha — 20\$00
 Redacção e Administração: Rua Cândido das Neves, 47 — PORTO

”

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 intestinaes — Especial
para crianças, velhos, convalescentes e
doentes do estomago.

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

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

PORTUGAL MÉDICO

DIRECÇÃO CIENTÍFICA: AYRES KOPKE, prof. jub. do Instituto de Medicina Tropical; EGAS MONIZ, prof. jub. da Faculdade de Medicina de Lisboa; FROLANO DE MELO, director da Escola Médico-Cirúrgica de Nova Gôa; 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 Fac. de Medicina do Pôrto — REDACTOR PRINCIPAL.

REDACÇÃO: ALBERTO DE MENDONÇA, Oto-rino-laringologista nos Hospitais Civis; 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. da Faculdade de Medicina de Lisboa; FERNANDO MAGANO, prof. de Cirurgia na Faculdade de Medicina do Pôrto; FERREIRA DA COSTA, Estomatologista nos Hospitais Civis de Lisboa; FONSECA E CASTRO, prof. agregado de Pediatria na Faculdade de Medicina do Pôrto; LADISLAU PATRÍCIO, director do Sanatório Sousa Martins; LOPES DE ANDRADE, prof. de Oftalmologia na Faculdade de Medicina de Lisboa; VAZ SERRA, prof. de Patologia Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra.

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

Metrópole—30\$00 Ultramar—40\$00 Estrangeiro—30\$00 N.º avulso—3\$00

Redacção e Administração: Rua Cândido dos Reis, 47 — PÓRTO

hipertensiva, febre pouco marcada, Todos curaram, excepto um, em que a morte foi devida a insuficiência cardíaca. Evolução clínica relativamente benigna, em geral; só o tempo poderá dizer que lesões residuais ficarão da inflamação renal. O tratamento foi o habitual, pelo repouso e pela dieta, empregando-se medicamentos só quando a sintomatologia ou complicações os impunham.

ACÇÃO MÉDICA. N.º 29 (Julho-Set. de 1943): *Do segrêdo profissional em medicina*, por L. Duarte Santos; *Pasteur na vida e na morte*, por Fausto Dias; *Aptidões profissionais do candidato a médico*, por Braz Nogueira; *Plano de organização da assistência à maternidade e à infância no conelho de Sabugal*, por Pereira Marques. N.º 30 (Out.-Dez. de 1943): *Problemas da sexualidade*, por Serras e Silva. N.º 31 (Jan.-Março de 1944): *Um aspecto do segrêdo médico*, por L. Duarte Santos. N.º 32 (Abril-Junho de 1944): *A medicina e a evolução social*, por Braz Nogueira. N.º 33-34 (Julho-Dez. de 1944): *Cantigas populares da Beira Baixa lidas e ouvidas por um médico*, por J. Lopes Dias; *A profilaxia da tuberculose nos liceus*, por V. Santana Carlos.

Segrêdo médico.— Expondo o assunto, o A. conclue que o segrêdo médico, como instituição de utilidade pública, que deve abranger assuntos de natureza médica e extra-médica, deve ser absoluto, só sendo permitida a comunicação de casos impostos claramente pela lei com fins de profilaxia e quando actuamos como peritos, e a quebra do segrêdo em situações de altíssima gravidade, expressamente previstas e estabelecidas, mas mesmo assim sem obrigatoriedade de declaração.

ARQUIVOS DE ANATOMIA PATOLOGICA. N.º 30 (1943): *Neuro-endocrinologia e neuro-ergonologia*, por Michel Mosinger; *A frequência relativa das histiocito e hemo-linfopatas malignas*, por M. Mosinger; *Inervação e regulação nervosa da hipófise*, por M. Mosinger; *A orocrinia*, por M. Mosinger; *Inclusões eosinófilas nos pericariónios do sistema neuro-vegetativo*, por M. Mosinger e Manuel da Silva; *Contribuição para o estudo da patologia do sistema neuro-vegetativo*, por M. Mosinger e O. Firmo; *Aspectos linfo-epiteliais da amígdala humana*, por Cardoso Teixeira; *A pesquisa do bacilo de Hansen nos cortes histológicos*, por João Novo; *Contribuição ao estudo dos melanomas malignos*, por João Novo, O. Firmo, Micaela Proença e M. Mosinger.

Frequência dos processos malignos dos órgãos hemo-linfo-poiéticos.— Em 431 casos de patologia destes órgãos, registados no Instituto de Anatomia Patológica de Coimbra, 148 dizem respeito a processos malignos. Numa série de 110 autópsias com exame histológico dos órgãos, encontraram-se 10 casos de proliferação maligna; em 7 desses casos, a morte foi devida ao síndrome tumoral, e em 3 as lesões malignas foram descoberta de autópsia.

REVISTA GERAL

Avaliação dos factores etiopatogénicos da úlcera gástrica (*)

Quando Kalk afirma que a úlcera do estômago é uma forma de reacção do organismo em face de processos complexos, não faz outra coisa que não seja aplicar ao caso particular da úlcera o que é norma geral da patologia. Efectivamente, o essencial em tôdas as doenças é a maneira de reagir do indivíduo que adoece, e as causas tem papel secundário na manifestação global do processo mórbido.

Entre os factores não-vivos, é vulgar desapreciar-se a importância da produção mecânica de uma solução de continuidade no estômago, e isto por duas circunstâncias: primeiro, por se saber que as feridas da mucosa gástrica curam espontânea e rapidamente (recorde-se a pronta cicatrização das cirúrgicas), e, em segundo lugar, por se saber perfeitamente que a úlcera pode instalar-se sem ser precedida por insulto mecânico. No entanto, não pode esquecer-se êste factor causal, a que é preciso atender e ao qual, em verdade, se atende na terapêutica.

Ninguém contestará que uma solução de continuidade da mucosa gástrica pode ser o bastante para romper uma situação de equilíbrio instável, e que ao produzir-se com ela surja a doença ulcerosa, porque a resistência do estômago, que era suficiente para evitar o aparecimento da lesão, já não pode lograr a restauração anatómica. Depois, se as erosões se sucedem, com a junção de outros factores adiante enunciados, fâcilmente se esgotará a fôrça de resistência do órgão para esta afecção, e assim o que uma só não poderia conseguir, pode ser conseguido por várias. Com êstes argumentos fica também valorizado o papel importante que desempenha na persistência do nicho, ainda mais sensível que a parede sem soluções de continuidade, aos insultos traumáticos, pois no melhor dos casos aquele continua a ser uma parte de esta, participando portanto das acções que se exercem sobre ela.

Aschoff dá grande importância aos factores mecânicos de atrito dos alimentos sobre o nicho, principalmente na «rua do estômago»; sem embargo, úlceras fora de essa região, experimentais (Merkel) ou expontâneas, passam também à cronicidade, sendo muito duvidoso o papel assinalado por Aschoff à «rua do estômago». Da medicina experimental recolheu Bergman um facto que valorisa essa acção me-

(*) Pelo Prof. de Patologia Médica da F. M. de Zaragoza, Dr. FERNANDO CIVEIRA. In *Medicina*, de Madrid, T. XIII, N.º I. Jan. de 1945.

cânica: as vitelas desmamadas, alimentadas com forragem de palha, apresentam com relativa frequência lesões ulcerosas do duodeno.

Por outro lado, uma erosão inicial pode abrir porta de entrada a dois importantes factores patogénicos: a infecção (local ou regional) e a acção péptica do suco; ambos com papel fundamental.

Não são frequentes, mas existem, os casos em que a úlcera aparece como consequência de um traumatismo externo ou de compressão, que produz erosão ou equimose, lesão anatómica local que representa o ponto de menor resistência no qual a forma de resposta do ulceroso encontra a ocasião para se manifestar. Evidentemente como em todos os demais casos, se não houver capacidade de resposta patológica, não aparecerá a doença ulcerosa.

Um elemento importante na manutenção da úlcera, quando não o é na sua produção, é a temperatura dos alimentos ingeridos. Frios em extremo, e ainda mais os excessivamente quentes, ao provocar intensa reacção gástrica e actuando sobre o nicho, elles alteram as condições locais de tendência para a cura, dificultando-a ou mesmo impedindo-a.

Contudo, maior interesse tem a clara relação que há, por vezes, entre o desencadeamento do processo e os arrefecimentos gerais. Da mesma maneira que o amigdalítico crónico tem na garganta o órgão de ressonância das influências cósmicas nocivas e de esse grande complexo de factores que costumamos englobar com o termo de resfriamento, há indivíduos nos quais o estômago é o seu órgão de ressonância, e às vezes a manifestam, precisamente, com a forma de úlcera; a clínica oferece com frequência casos de esta ordem. O resfriamento exercerá a sua acção por reacção total do organismo, por irritação de focos de infecção focal ou de croniinfecção.

Fundamental é o papel dos agentes químicos, e sobretudo do suco gástrico. A úlcera do estômago é, classicamente, uma úlcera péptica (Quincke, Büchner). A acção péptica é um problema discutido e discutível. Mas, em face de todos os argumentos contrários (úlceras com hipocloridria ou normocloridria) está o facto incontestável de que a úlcera só aparece em zonas submetidas à acção do suco: parte final do esôfago, estômago, porção inicial do duodeno (até à ampola de Vater), divertículo de Meckel (quando contém partes de mucosa gástrica activa), jejuno (na boca anastomótica criada por gastro-enterostomia ou ressecções, e tanto mais frequente quanto a acidez do estômago é mais elevada), e íleon (nos casos de gastro-ileostomia por erro cirúrgico (Rivers). A úlcera só aparece em zonas sujeitas à acção do suco, e não em tôdas (como adiante se referirá), não parecendo, portanto, aventureosa a afirmação do papel importantíssimo desempenhado pelo suco gástrico activo.

Claro é que a acção péptica, além da sua participação no estabelecimento da solução de continuidade, tem maior importância na ma-

nutenção da mesma. Se é discutível a acção lítica sobre a mucosa intacta, já não o é uma vez feita a úlcera. Considerámo-la um factor essencial neste ponto de vista. Essa acção irritativa expressa-se pela dor típica da úlcera (não qualquer outra dor das que nesta doença podem aparecer).

Sem ser na verdade um sinal patognomónico, a dor da úlcera é, em nosso entender, mais interessante que a existência de acidez livre. Com efeito, a acção péptica do suco não depende só da sua capacidade digestiva, mas também da situação de defeza da mucosa. Do jôgo variável destes dois factores resultará a possível acção nociva (Büchner). Isto é: há sem dúvida estômagos que não são ulcerosos e tem cifras altas de acidez, e há outros com cifras baixas e que o são. Isto porque a acidez do suco só nos mostra um dos factores em causa, e não a resultante de todos, que é o que nos interessa. Ora a dor, pelo menos em grande parte, é a expressão de essa resultante, e ao apresentar-se revela claramente o momento em que a acção do suco começou a ser perniciosa, colocando por esta forma na mão do médico um dado de excepcional interesse terapêutico.

Em suma, pois, a acção péptica prejudicial do suco depende de uma alteração da situação digestiva gástrica normal, na qual se equilibram a acidez e a resistência da mucosa, por forma tal que esta condiciona aquela; quando não se liberta da alteração por meio do reflexo expulsivo, recentemente descrito por Enriquez de Salamanca. Talvez, uma perturbação dos mecanismos reguladores de essa mútua dependência, ao permitir ou provocar acidez superior àquela que a mucosa pode suportar, condicione a intervenção deste factor.

Neste aspecto, e como ruturas artificiais de tal equilíbrio no sentido de aumentar a acção péptica, devem interpretar-se os resultados das experiências que provocam a formação de úlceras por meio de injeção de histamina (Bürkle de la Camp, Silbermann, Puhl, Vasco, Hay, Code e Wangenstein, etc.), se bem que não seja possível excluir, com este fármaco, a simultânea provocação de alterações vasculares; e por meio da cafeína (Hanke) ou por introdução directa no estômago do suco gástrico. Pelo contrário, deve ter muita escassa participação causal a possível existência de alterações metabólicas de tendência para a acidose, como supôs Balint.

E' aqui o lugar apropriado para recordar a possível aparição de úlceras em indivíduos com predomínio da porção basófila da hipófise (embora o facto não seja corrente) e nos quais existe, em vez de anemia, aumento do número das hemácias, que pode coincidir com um suco hiperactivo. Nos indivíduos com palicitemia, por este mecanismo ou pela sua maior facilidade para sofrer trombozes, é relativamente frequente apparecem úlceras (10 a 15 por cento; Tinney, Hall, Giffin).

Nalgumas ocasiões a hiperacidez ou hipersecreção pode relacionar-se com processos de hipersensibilidade gástrica a certos antigénios,

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

ODORGAN «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

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

Notas médicas da guerra mundial. — Um dos problemas que tem despertado maior atenção é o da recuperação funcional dos feridos. Clínicas especiais dedicam-se a essa tarefa, e procuram aperfeiçoar os métodos. Tal como sucedeu na guerra de 1914-18, hão-de fazer-se progressos notáveis neste campo. Desta preocupação é prova interessante o donativo que Bernarde Baruch, conselheiro da Junta de Mobilização de Guerra dos Estados Unidos fêz, no valor de um milhão de dólares, para estudos de Fisioterapia aplicada aos feridos de guerra; a parte mais importante d'este donativo, 400.000 dólares, foi entregue à Escola de Medicina da Universidade de Columbia, para que, durante dez anos, prepare especialistas em reabilitação física dos mutilados.

No campo da profilaxia das doenças epidémicas, é curiosa a utilização das sulfamidas como preventivos do reumatismo agudo, da escarlatina, da meningite epidémica, da gonococia e do cancro mole. A administração de pequenas doses de sulfamida nos reumatizantes impede que apresentem faringites com estreptococos hemolíticos e também recaídas da doença reumatismal. Doses diárias de 1 gr. de sulfadiazina, por ocasião de uma epidemia de escarlatina numa estação naval, dominaram o surto, diminuindo rapidamente o número dos casos; só três dos medicamentos apresentaram erupções devidas à droga.

As medidas de higiene tem evitado as doenças contagiosas, duma maneira notável, sempre que as condições permitem a sua aplicação. Na Europa, nos teatros de guerra mais movimentada, principalmente na frente oriental, não tem podido evitar-se muitos casos. Mas onde a disciplina sanitária é observada, a eficácia das medidas protectoras mostrou-se, mais uma vez, brilhantemente eficaz. Exemplo nítido é o que mostraram as expedições norte-americanas à China e Índia, aos quais foram excepcionais os casos de doenças infecciosas; no norte da África, apesar de as tropas estarem em contacto com indígenas em regiões onde abundam os piolhos e as pulgas, os soldados ficaram indemnes de tifo exantemático e de outras doenças epidémicas.

A defesa estende-se às populações civis. Em 1943, o governo norte-americano decidiu fornecer vacina contra o tifo a todos os países do Oriente Médio, para ser utilizada em todas as regiões em que se manifestarem surtos epidémicos. A eficácia das vacinas foi confirmada largamente, agora.

A alimentação dos exércitos em campanha, tanto ingleses como norte-americanos veio, em grande escala, dar a demonstração da prática dos novos conhecimentos sobre o poder das vitaminas na boa utilização das substâncias nutritivas, permitindo reduzir-se a ração calórica calculada pelas normas clássicas. A este respeito são interessantes os estudos sobre a persistência das vitaminas nos alimentos conservados. Resolveu-se uma das maiores dificuldades da introdução dos legumes na ração do soldado, por ser muito difícil reduzir o peso e volume de géneros que contém 80 a 90 por cento de água. Com novos processos de desidratação, muito superiores à secagem antigamente usada, conseguiu-se conservar a cor, a estrutura, o calor e o valor nutritivo das hortaliças, sem redução sensível da vitamina C; assim, por exemplo, a couve-repolho fica com cerca de 300 mgr. de ácido ascórbico por 100 gr., quasi tanto como continha antes de desidratada.

Assistência psiquiátrica. — O «Diário do Governo» de 18 do corrente, publicou o decreto que reorganiza a assistência psiquiátrica na metrópole. O país fica dividido em 3 zonas, com sede, respectivamente em Pôrto, Coimbra e Lisboa (esta incluindo as ilhas adjacentes). Em cada centro de zona fica existindo um centro, constituído por: direcção, dispensário central, dispensários regionais, hospitais regionais, hospitais e clínicas, asilos. Competirá à direcção do centro: a orientação, coordenação e fiscalização de todos os serviços de assistência psiquiátrica da zona; a organização dos processos de admissão nos estabelecimentos de assistência; assegurar o registro dos doentes admitidos em qualquer instituição; propor a concessão de subsídios aos que dêles carecerem; elaborar as estatísticas dos afectados de anomalias mentais. Enquanto não houver dispensários regionais especializado, o serviço de observação dos doentes e mais deligências decorrentes, incluindo a promoção de internamento, e o trabalho que lhes é designado, incumbirá às consultas dos hospitais locais a quem tal encargo fôr entregue. Os hospitais psiquiá-

para os quais a mucosa se tenha sensibilizado; provocariam reacções inflamatórias, e a libertação de histamina produziria a hipersecreção (Dzsnich). Nos casos de cefalalgia histamínica, também podem aparecer úlceras, em relação directa com subidas da acidez gástrica (Horton).

Para Hands, Greengard, Preston, Fauley e Ivy, dependeria da deficiente produção de enterogastona, pois esta substância é capaz de prevenir a formação de úlceras experimentais, e parece que existe em menor quantidade nos ulcerosos activos que nos indivíduos normais (Beaver, Sanchweiss, Saltzstein, Farbmann e Sanders).

Por outro lado, as determinações da histaminemia efectuadas por Parrot, Debray e Richet, e por Guichard, Roche e Moinecourt, mostram elevação das cifras de histamina (que condicionaria a hipersecreção) no sangue dos ulcerosos, em relação às dos sãos, principalmente nas ocasiões em que há dores; e a acção anti-histamínica da 2339RP explicaria o abaixamento da acidez gástrica e consequente alívio da dor, que esta substância provoca nos doentes.

Nada trazem, para a valorização da possível acção desencadeadora de este factor péptico, os resultados muitíssimo diversos da análise química do suco gástrico (Katsch e Kalk, Enriquez de Salamanca e Frade, Berk, Rehfuss e Thomas) nos doentes de úlcera. Essas avaliações são feitas, não antes da aparição da úlcera, mas quando esta já existe, introduzindo-se portanto novos elementos que invalidam a apreciação, neste aspecto, dos resultados; são a própria acção irritativa da úlcera e o tempo decorrido que criam condições funcionais gástricas diferentes das que existiam anteriormente, e que não consentem, por isso, formular juízo sobre a possível acção provocadora do suco.

Os agentes biológicos condicionam geralmente, como forma de resposta patológica, a inflamação; a úlcera não é um processo inflamatório. Os germens só exercem a sua acção indirecta ou mediata. De modo indirecto, por meio de focos de infecção bucal, que tem fundamental papel na criação e persistência da instabilidade vegetativa do ulceroso. Secundariamente, infectando a úlcera já formada, e assim impedindo a sua cicatrização; ou servindo-se de ela para produzir a gastrite peri-ulcerosa, ou até como agentes causais de uma gastrite primitiva. A reinfeção continuada da úlcera por intermédio de amigdalite crónica, piorreia ou gengivite, impede sistematicamente, quando existe, a cura da lesão gástrica; a este respeito, o papel das reinfeções é preponderante.

Também os traumas psíquicos podem provocar o desencadeamento da doença, mediante prévia excitabilidade vegetativa, de origem diversa, que situe a resposta nos pontos anatómicos das úlceras. O aumento dos traumas psíquicos explica, segundo Kalk, o aumento do número de úlceras no tempo de guerra; poderia assim condicionar-se a suposta forma especial de úlcera descrita por Henning com o nome

de úlcus de guerra, caracterizada principalmente por história curta, grande nicho, obstipação acentuada, dores precoces. E talvez, também, por vezes estímulos psíquicos despertarão, em jejum, secreção de suco gástrico, que obrará como ulcerigénio, por estar o estômago vazio.

Passaremos por alto sôbre a importância de possíveis alterações motoras do estômago, muito menor decerto do que a da acção péptica do suco e do quimismo gástrico. Mas já pode ser importante a situação trófica da mucosa gástrica relacionada por vezes com deficiências dietéticas anteriores: alimentação pobre em vitamina A, em proteicos indispensáveis, e ainda mais em vitamina C; ou com carência da suposta vitamina U por provável déficit hepático (Cheney), ou de cistina, riboflavina, piridoxina, colina (Sharpless).

A gastrite foi considerada por Konjetzny como o factor fundamental. Sem dúvida, a úlcera pode suceder a uma gastrite aguda que origine soluções de continuidade, que directamente se transformem em úlceras (como quer aquele A.), ou que a produzem por intermédio do suco gástrico (Büchner, Puhl, Hanke); gastrites que podem fazer-se de fora para dentro por ingestão de substâncias irritantes, ou de dentro para fora por via hematogénea. Sôbre a gastrite pode assentar a úlcera, mas para esta não é indispensável a prévia existência de aquela. Em troca, a gastrite peri-ulceroza é elemento basilar da persistência e cronicidade da úlcera, como foi repetidamente evidenciado (Hohlweg, Gutzeit, Stoerk, Moskowicz, Orato); já dissemos que a úlcera pode dar entrada à gastrite, e que esta vai criar as condições necessárias para impedir a cura de aquela, fechando-se assim um círculo vicioso de fundamental importância. Acresce que, desde que se emprega mais a gastroscopia, sabemos que novas ulcerações tem por causa a prévia reacção da gastrite concomitante.

Estas reacções inflamatórias podem provir de reacções alérgicas hiperérgicas em face de antigénios para os quais se tenha produzido sensibilização (Dzsnich) ou de reinfecções provenientes do exterior.

Mais importantes que as alterações do próprio órgão são as alterações da irrigação. A úlcera pode ser a expressão de isquemia, ou de embolia, ou de capilaropatia localizada que origine necrose (em última análise a úlcera não é mais que a consequência de uma necrose); e assim, experimentalmente, por oclusões arteriais ou venosas (Honda, Payr) tem sido possível produzi-la. A isquemia por espasmo vascular (relacionado com a inervação, como veremos), as contracções espásticas da «*muscularis mucosae*» que comprimam pequenos vasos e causem defeitos de irrigação (Aschoff, Bergmann), são para considerar. Uma embolia partida de focos de infecção (apêndice, principalmente) pode originar infartos, a que Cruveilhier e Beneke ligaram grande importância; muitas vezes, não só em úlceras recentes mas também nas antigas, é tão característica de infarto a lesão anatómica que é difícil não aceitar esta origem. As capilaropatias podem resultar de

um déficit de vitamina C, ou por caminho semelhante ao seguido por Merkel, que conseguiu produzir úlceras experimentais com grandes doses de histamina, as quais provocam vaso-dilatação, estase, e depois infartos necrosantes. Como o suco activo, quando não há lesões vasculares, não causa úlceras e a histamina é hipersecretora, concluem de aquelas experiências, Staemmler e Merkel, que à acção do suco se juntam, para eficiência ulcerativa, lesões vasculares. Aproxime-se de isto a formação de úlceras a seguir a queimaduras (Whigham).

Outras vezes, a menor-valia vascular é apenas a expressão local de afecções vasculares gerais: coincidência de úlceras tórpidas em outros órgãos, capilares anormais (alterações das ansas, alargamentos, etc), vistos por capilaroscopia noutras regiões (Müller), perturbação da regulação da permeabilidade (Nothhaas); e, talvez, da produção de dilatações vasculares como testemunho de reacções hiperérgicas por sensibilização a albuminas animais, preferentemente (Nothhaas, Meyer-List e Kauffmann).

Mas estas alterações do órgão ou da sua irrigação (espasmos, contracções musculares, etc.) estão geralmente condicionadas por transtornos da inervação vegetativa, muito rica nos vasos gástricos, como é sabido. Foi a importância do factor nervoso que levou Rössle a formular a sua teoria da úlcera como «segunda doença». A irritabilidade vegetativa parece ser a expressão local de um estado que afecta todo o organismo e que, por motivos (que adiante analisaremos) encontra no estômago o lugar próprio para se manifestar.

Fundamental para Bergmann e seus colaboradores é a labilidade vegetativa, a estigmatização vegetativa (superando os conceitos de vagotonia de Eppinger e Hess) relacionada com factores constitucionais, hereditários ou não, com estímulos psíquicos, ou com circunstâncias accidentais entre as quais figura em primeiro plano a existência de focos de cronioc infecção que tem assim a sua mais importante maneira de agir; e o mundo hormonal, conhecidas como são as influências que sobre o sistema vegetativo e sobre o estômago têm as secreções da tiroide, dos ilhotes, das suprarrenais, e ainda das gónadas (há maior frequência da úlcera no homem que na mulher, que dela se cura muitas vezes durante a gravidez (Culmen, Atkinsson e Ivy). À alterada inervação vegetativa de predomínio vagotónico se atribuiu a causa das relações, não raras, entre *ulcus* e *angina pectoris* ou afecções com *angor* (Hochrein e Schleicher, Levy e Boas).

Cushing, e com elle outros investigadores e clínicos, notam a importância das lesões do sistema nervoso central, baseando-se em estudos experimentais: lesões do tálamo óptico e pedúnculo cerebral (Schiff), tubérculo quadrigémio anterior (Ebstein), região subtalâmica (Burdenko), hipotálamo (Watts e Fulton), pavimento do terceiro ventrículo (Beattie e Schechan, etc.); na coincidência clínica de tumores cerebrais e úlceras (Arndt, Winiwarer, Burdenko, Bodechtel, etc.); e

no facto do aparecimento de úlceras a seguir a operações ou traumatismos cerebrais (Cushing, Kalk, etc.). Estes dados foram coligidos por Modena, de onde os colhemos.

Outras vezes, seria somente local a irritabilidade vegetativa, fruto quasi sempre de causas que nos escapam, ou que figuram entre factores de localização adiante referidos e que podem assentar em lesões nervosas locais, como sejam as alterações dos plexos gástricos (Stöhr), processos irritativos ou congestivos que affectam o vago; irritações (Keppich, Stahnke) ou secções (Alvarez), excitações eléctricas do vago e injeções de fisostigmina (Manning, Hall e Banting), produzidas experimemente, fazem aparecer úlceras.

De todas as formas, e apesar da consideração a ter pelas alterações da intervenção vegetativa, decerto elas não são capazes, só por si, de originar a doença; assim se deduz claramente das recentes e interessantes experiências de Hetenyi e Kalapos sobre produção experimental da úlcera pelo atofán: a acetilcolina, com a sua acção para-simpática, não é capaz de produzir o úlcus, mas empregando-se simultaneamente o atofán, a úlcera a este devida produz-se com muito maior rapidez e maior segurança. Concluem que para a produção do ulcus não basta o aumento da excitabilidade do para-simpático, pois é preciso que actue outro ou outros factores que preparam o estômago para a formação do processo.

A úlcera é uma doença localizada, essencialmente localizada. A discussão relativa aos conceitos de doença geral e local é bisantina, porque tal classificação das doenças é inteiramente fictícia. Toda a doença affecta em maior ou menor grau todo o organismo, e apresenta, também em grau mais ou menos considerável, elementos de localização que a caracterizam e definem. Isto passa-se com todas as doenças, e o ulcus não faz excepção. Por isso é necessário no seu caso estudar os elementos de localização, que tem uma importância fundamental, porque o ulcus não é apenas uma doença do estômago, mas de certas zonas gástricas, e de lesão única.

A este último propósito, verdade é que não é pequeno o número de casos de úlceras duplas: úlceras bulbares contíguas, úlcera bulbar e da bôca anastomótica, etc. Mas estas excepções só confirmam a regra da tendência unitária, pois que esta só não existiria se encontrássemos uma série grande de úlceras, um estômago semeado por soluções de continuidade, o que nunca se vê na doença ulcerosa. Quando há duas ou mais úlceras, isso só indica que coincidiram dois ou mais elementos de localização.

O argumento postó contra a acção do suco, precisamente por ser única a úlcera (se o suco fôsse factor principal, deveriam ulcerar-se, diz-se, muitas zonas da mucosa) não invalida aquela acção, já avaliada, mas sim mais afirma a importância dos factores de localização. Entre estes resalta, em primeira plana, o facto de assentar a úlcera preci-

Muitas centenas de milhares de unidades utilizadas durante oito longos anos deram à

Hemohepatina

Andrade

a honra de ser considerada, pela ilustre Classe Médica, uma especialidade de incontestável valor terapêutico.

APRESENTAÇÃO:

PER-OS: conjunto dos princípios activos do fígado e baço glicero-fosfato de sódio, magnésio, manganéz, ferro e cobre.

INJECTÁVEL: extracto concentrado a 20 %.

INJECTÁVEL-FORTE: idem a 40 %.



Pedir amostras aos Representantes no Norte de Portugal:

MARTINHO & C.^A, L.^{DA}

TRAV. DA FÁBRICA, 13 ♦ PORTO ♦ TELEF. P. B. X. 7583



Mobiliário Cirúrgico «Albar».

Aparelhagem de electro-medicina.

Material médico-cirúrgico.

Material de Laboratório, etc.

Termómetros clínicos «Febrimetro» por sistema de relojoaria, maravilhosa concepção da mecânica suíça. Duram uma vida.

Vendas e Exposição:

RUA DA FÁBRICA, 74

TRAV. DA FÁBRICA, 1 A 9

tricos serão formados pelo conjunto de uma clínica e de um asilo; os hospitais gerais das localidades onde não houver estabelecimentos psiquiátricos deverão ter instalações para isolamento e tratamento temporários dos doentes. As instituições particulares que tenham internatos de fóro psiquiátrico ficam obrigadas a comunicar as admissões e altas ao centro da zona em que estiverem situadas, por forma a participarem do sistema orgânico prescrito. As Faculdades de Medicina devem ter clínicas psiquiátricas privativas; enquanto as não tiverem poderão requisitar a estabelecimentos particulares as instalações e doentes de que precisem para o exercício docente.

Prof. Marañón. — Solenizando a criação, na Universidade do Pôrto, do «Centro de estudos de etnografia peninsular» veio à Faculdade de Medicina o Prof. Gregório Marañón fazer uma série de 3 conferências, que foram ouvidas por muitos médicos. Os assuntos nelas versados foram os seguintes:

1 — Malformações congénitas e endocrinopatias. Insuficiência hipofisária de tipo genital puro. Inércia uterina de origem hipofisária.

2 — Síndromes abdominais agudas de origem endócrina. Síndromes extracutâneas do mixedema. Forma miasténica do hipertiroidismo.

3 — Úlcera gástrica de origem hipotálamo-hipofisária. Síndrome de debilidade ligamentosa hipo-genital. Hipametabolismo no mixedematoso.

Instituto Pasteur de Lisboa. — Completou, no dia 7, cincoenta anos de existência, o Instituto Pasteur de Lisboa, cuja seriedade de actuação conquistou a confiança da classe médica. Celebrando a data, todo o pessoal da sede e das sucursais se reuniu num banquete de homenagem ao fundador da casa, Sr. Virgínio Leitão Vieira dos Santos; colocou-se uma lápide comemorativa no edifício da actual sede.

Penicilina. — Aumenta constantemente a produção da penicilina, nos Estados Unidos. As últimas notícias dos jornais dizem que a produção, para venda, se eleva já á 1.500.000 empolas de 100.000 unidades cada uma, pelo que as autorizações para exportação vão ser concedidas com mais larguesa. A Cruz Vermelha Portuguesa acaba de receber 1.000 empolas; as requisições devem fazer-se com tôdas as indicações relativas aos doentes (identidade, diagnóstico, tempo de doença, etc.); para a provincia, as empolas irão dentro de termo cheio de gelo. A Delegação da C. V. no Pôrto tem depósito do medicamento.

Faculdade de Medicina de Lisboa. — Em consequência dos concursos realizados para a secção cirúrgica, foi nomeado professor catedrático de Medicina operatória, o sr. dr. Adelino Costa, e foram nomeados professores extraordinários os srs. drs. Virgílio Morais e J. Cid dos Santos. Por ter pedido a sua exoneração de director da Faculdade o sr. prof. Reynaldo dos Santos, foi provido neste cargo o sr. prof. António Flôres.

Homenagens. — No Hospital da Misericórdia de Famalicão foi prestada homenagem aos especialistas do Pôrto que ali benemeritamente prestam serviços, srs. drs. Abel Pacheco, Alcino Pinto, Alvarenga de Andrade, Antunes Lemor e Espregueira Mendes. Lagos prestou homenagem ao seu médico dr. António Guerreiro Telo, por motivo da celebração das bodas de prata de exercício profissional; no hospital da Misericórdia, de que é provedor, foi dado o seu nome a uma das enfermarias. Em Paços de Ferreira comemorou-se o 85.º aniversário do dr. João Meireles, que ali fêz, com geral consideração, a sua vida clínica.

Partidos médicos, a concurso: Monte Redondo, concelho de Leiria; Freixo de Numão, Foscôa; Fuzeta, Olhão. Está aberto concurso para o lugar de delegado de saúde e guarda-mor da Ilha do Corvo (Açores).

Imposto profissional dos médicos municipais. — Um acórdão do Supremo Tribunal Administrativo, de 14 do corrente, mais uma vez esclarece que os facultativos municipais não tem que pagar imposto pelo exercício clínico dentro da área do seu partido. Outro acórdão anterior, de 9 de Março último, afirmava a mesma doutrina. Em 9 de Janeiro anterior, o Supremo Tribunal negara provimento ao recurso interposto pela Fazenda Nacional contra a anulação do imposto requerida por um facultativo municipal, tributado pelo facto de exercer, cumulativamente com êsse cargo, o de médico de duas Casas do Povo, baseando-se em que estas estavam dentro da área do partido. Isto é: pelo serviço clínico, seja prestado a quem fôr, dentro da respectiva área, o médico municipal não tem que pagar imposto profissional.

Necrologia. — Dr. Manuel Suzano, coronel-médico reformado.

samente nas zonas de trânsito epiteliaes, como se nelas a capacidade de defesa fôsse mais pequena. Em segundo lugar, são fundamentais os factores vasculares: as zonas do ulcus são também aquelas em que são mais escassas as anastomoses marginaes (Jatrou, Reeves), e é mais rica a inervação vegetativa dos vasos; as zonas mais propensas a apresentar infartos.

Mas também é preciso ponderar os conceitos de doença local e geral para ter em conta os factores de personificação da doença (entendendo a pessoa no sentido de Lain Entralgo) e acima de todos elles a constituição, não só no que tenha de hereditário mas também de adquirido. Manifestação constitucional que pode ter expressão no aspecto e nas maneiras mais típicamente do ulcerado (doente magro e carácter áspero, lábil e irritado) ou, referir-se especialmente a determinados elementos etiopatogénicos que oferecem particular relêvo: a vagotonia no sentido já velho de Eppinger e Hess, a estigmatização vegetativa de Bergmann, a constituição hipertideósica, o marcado astenismo, ou (com menor freqüência) as manifestações constitucionais com predomínio hipofisário de sentido basófilo, a que já nos referimos. Mas, em todos os casos, sempre a constituição determina e modela a forma de resposta, tornando possível o predomínio causal dos factores ou limitando a sua acção.

Abarcar totalmenté o problema da herança na úlcera obrigaria a prévia revisão dos antigos conceitos genéticos, já apontados. Basta recordar que é daquelas afecções em que com maior freqüência se encontra uma relação familiar; muitas vezes são típicas úlceras noutros membros da família, outras vezes são várias moléstias gástricas mais ou menos definidas. O factor hereditário pode afastar também alguns dos elementos etiopatogénicos a que fizemos referência e que se herdam: labilidade vegetativa ou vascular, etc.

Necessário é insistir também, entre os elementos de personificação da doença, na transcendência patogénica da valorização que o próprio doente faz do seu mal, na qual influem muito, em primeira linha, os factores affectivos e a «história» individual, que repercutem sôbre êle de modo basilar, potenciando ou abrandando a acção de outros factores (formação do bolo alimentar, por exemplo), definindo e dando forma a todo o síndrome, a tôda a manifestação de resposta (no sentido de Grote) da doença.

O estudo analítico effectuado leva a expor sinteticamente a maneira como se ordenam e encadeiam no espaço e no tempo os citados factores. Concebemos a sua acção da seguinte forma:

Como base da possibilidade do processo colocamos a hipersensibilidade vegetativa, ancorada ou não no constitucional, hereditária ou adquirida, local ou geral, e, neste último caso, ou funcional e preferentemente periférica (à Bergmann), ou central e preferentemente

lesional (à Cushing). Sobre esta base faz-se o que se pode chamar a preparação do estômago para a úlcera (segundo Hetenyi e Kalapos), a qual estará representada pela gastrite de Konyetzny, ou por autênticas menor-valias da parede gástrica. Então surgirá a solução de continuidade, como conseqüência de acções mecânicas ou de afecções vasculares (espasmos de irritação vascular ou da inervação, seguidos por esquemias; contracções musculares; etc.) ou de embolias sépticas. E a solução de continuidade, por virtude dos factores de localização já referidos, converte-se em úlcera, umas vezes rapidamente (úlcera aguda), outras vezes progressivamente.

Estabelecido o *ulcus*, êste mantém-se, principalmente por persistirem os anteriores factores, a acção péptica e a infecção focal. E assim fica a doença perfeitamente estabelecida e em evolução, e com manifestação sintomática em relação, acima de tudo, e além de outros factores, com os elementos de personificação que foram mencionados.

Evidentemente, isto não é um esquema rígido. Compreende-se bem que não devam seguir-se sempre rigorosamente todos os seus passos, nem tão pouco se exclue possível intervenção de outros factores, em certas circunstâncias; o estudo analítico pormenorizado a que procedemos poupa-nos fazer aqui mais considerações.

NOTAS CIENTÍFICAS E PRÁTICAS

O coração artificial periférico no tratamento dos estados do déficit circulatório das extremidades

M. MARTINEZ-GONZALEZ & F. ANDREU começam o artigo dedicado a êste assunto (*Medicina Española*, n.º 72, Jan.-Fev. de 1945) por acentuar que importa fundamentalmente distinguir os processos orgânicos (arterite diabética, endoarterite obliterante, doença de Buerger, arteriosclerose periférica) dos processos funcionais (arterite reumática, eritromelalgia, doença de Reynaud, etc.); pois é nos estados orgânicos que o método tem indicação. Mas não deve esquecer-se que o factor funcional, de vaso-espasmo, se junta muitas vezes à causa orgânica, e que é preciso eliminá-lo; em muitos casos é preciso associar várias terapêuticas ao método de aspiração-compressão. Como espasmolíticos recorre-se à papaverina, ao octínium, às ondas curtas, à radioterapia, às infiltrações anestésicas dos troncos nervosos e dos gânglios simpáticos, balneoterapia, etc. A endoterapia, o soro salino hipertónico, pelo método de Sibert, consegue tanta vez evitar a amputação. Esta só deve fazer-se quando falhem todos os meios conservadores de tratamento.

A ginástica vascular passiva, método pneumático de aspiração-com-

pressão, não é processo novo; mas a prática larga dêste meio terapêutico só começou depois que Landis e Gibbon, em 1933, realizaram o instrumental mecânico adequado e sistematizaram o seu emprêgo. O aparelho, chamado «Pavaex», assim como os similares que em vários países se constroem, consta de uma bota, de vidro ou metal, na qual se encerra a extremidade doente, e dentro da qual se faz o vácuo, alternadamente com sôbrepressão. Na fase de compressão facilita-se o esvaziamento das veias; na fase de aspiração favorece-se a chegada do sangue arterial.

A técnica a seguir depende de cada caso, tanto para a intensidade de funcionamento do aparelho, como para a duração de cada ciclo aspiração-compressão, como para a freqüência e tempo das sessões. Como orientação geral, ao começo as aplicações devem ser diárias, de meia a uma hora de duração; se houver perigo iminente de necrose, mais largas e freqüentes. Como médias, 8 a 10 segundos de pressão positiva de 20 mm.; depois vai-se aumentando a pressão e reduzindo a duração dos ciclos, segundo as circunstâncias. Para impedir o arrefecimento da extremidade, devido à entrada do ar, fazer aplicações quentes na região da virilha. Preferíveis as botas altas, que vão até metade da coxa, do que as que trazem muitos dos aparelhos, e que só abrangem a perna.

Os A. A. usaram o processo em casos de arteriosclerose periférica, deficiência circulatória post-embolia, claudicação intermitente, lesões necróticas pouco extensas e não infectadas, e flebites. A dor, a impotência funcional ou claudicação, cederam com facilidade. As ulcerações levam bastante tempo a fechar. Consolidar a cura exige por vezes repetições de séries de sessões.

A doença cronóxica na criança

MOURIQAND interpreta os estados de distrofia assintomática das crianças, estudando a cronaxia e mostrando que esta desce antes de se apresentarem os primeiros sinais clínicos: astenia muscular e perda do apetite, que antecedem os clássicos da avitaminose B₁. Por isso entende que êsse estado prévio da distrofia inoparente constitue já nma doença, por hipovitaminose B₁, a que chama «doença cronóxica». Experiências em animais e ensaios clínicos coincidem, verificando-se que a administração da vitamina evita a baixa da cronaxia, e eleva-a nos casos em que desceu. Conhecimentos interessantes foram colhidos relativamente à influência anuladora dos efeitos da vitamina B₁ que exercem alguns fármacos: tiroxina, ácido acetil-salicílico, cafeína, sulfato de quinina, antipirina e insulina; tôdas estas substâncias fazem baixar consideravelmente a cronaxia; e esta acção pode ser contrariada com a administração da vitamina B₁. (*J. de Med. de Lyon*, 20-IV-1944).

Ciáticas por fracturas do sacro

A par dos processos da articulação sacro-iliaca, deve ter-se em conta o achatamento do canal sagrado, por fractura do osso, na etiolo-

gia da ciática. Esta pode aparecer muito tempo depois do traumatismo, e o diagnóstico da lesão deixa de fazer-se muitas vezes porque as fracturas são parciais, dificilmente visíveis, e para as ver é preciso fazer chapas radiográficas em várias incidências, o que em geral se não procura. A. RICHARD apresentou à *Academie de Chirurgie de Paris* (3-III-1943) um caso desta ordem, do qual as primeiras radiografias, feitas depois do acidente traumático mostraram fractura do sacro ao nível da segunda vértebra, e as efectuadas mais tarde, quando surgiu a ciática, mostraram sinais de afundamento da parede posterior do canal sagrado. Praticou-se a laminectomia (da S II à LV) e as dores desapareceram definitivamente.

Tratamento da úlcera serpigíosa da córnea

Vulgar nos trabalhadores do campo, esta afecção é responsável por muitos casos de cegueira. Deve-se ao pneumococo de Fränkel-Weichselbaum; muitas vezes há infecções associadas, que dificultam o tratamento. Para êste deve contribuir a remoção de focos septicos, se existem, tais como a dacriocistite ou a conjuntivite crónica.

Se os casos chegam precocemente à mão do médico, pode-se tentar deter a marcha do processo ulcerativo por meio de toques com tintura de iodo a 5 por cento, soluto de sublimado a 1 para 3.000, sulfato de zinco a 20 por cento, etc. Marin Amat louva o mercuro-cromo a 4 por cento e a atropina a 1 por cento.

Em qualquer circunstância, a sulfamidoterapia geral é necessária. L. TORRECILLA diz que obteve resultados satisfatórios (*Medicina Espa. ñola*, Outubro de 1944) com a seguinte norma: 4 gr. de sulfopiridinas no primeiro dia, e 3 gr. nos dias seguintes, associando auto-vacina (obtida por sementeira em agar-sangue vitaminado de secreção colhida com ansa de platina) na dose inicial de cem milhões de germens, dose que aumenta segundo as circunstâncias; como tratamento local, instilação tôdas as 3 horas, da seguinte preparação: cloridrato de optoquina—0,2 gr, bromidrato de escopolamina—0,02 gr., soluto de azul de metilena a 1 para 1.500—10 gramas.

Modo de actuar da levedura na furunculose

A levedura de cerveja, líquida (a sêca não é bastante activa) é ainda medicamento útil na terapêutica da furunculose. Julgava-se que a sua acção era devida a propriedades fermentativas; agora pensa-se dever, muito provavelmente, atribuir-se ao seu conteúdo em «penicillum glaucum», com poder sôbre o estafilococo dourado. A idéia parte do conhecimento das substâncias bacteriostáticas de muitos fungos, cujo expoente máximo em terapêutica é representado pela penicilina. Os resultados desiguais verificados na clínica podem explicar-se, segundo WATSON SMITH, pela acção destrutiva do ácido clorídrico do suco gástrico, maior ou menor segundo os indivíduos, pelo que sugere a adjuvante alcalinização do suco. (*British Med. Journal*, n.º 4363, 19-VIII-1944).





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

XAROPE DE EFEDRINA

"PASTEUR"

Associação de cloridrato de 1-efedrina com vários expectorantes bem conhecidos que, pelos diferentes mecanismos de acção dos seus componentes, assegura uma notável eficácia terapêutica nas mais diversas condições patológicas (constipações, bronquites agudas e crónicas, pneumonia, gripe, asma e, de um modo geral, tôdas as afecções das vias respiratórias).

XAROPE-FRASCO

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

HEXESTROL

"PASTEUR"

Substância sintética que possui tôdas as propriedades biológicas específicas da hormona folicular. Indicada na menopausa, amenorreia, dismenorreia, perturbações consecutivas à ovariectomia, endometrite puerperal, etc.

Frascos de 40 grajeias a
0,3 mg. e 1,0 mg. (série forte)

