

# PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

**SUMÁRIO:** Algumas considerações a propósito de cistites crónicas, por JOÃO COSTA. Mais um caso de malformação do aparelho genital feminino, por ÁLVARO MOITAS.

**Movimento nacional** — *Arquivo de Patologia* (Acção organotrópica das sulfonamidas). *Coimbra Médica* (Derivações especiais em electrocardiografia. Cardiopatias e hipertiroidismo). *Clínica, Higiene e Hidrologia* (Problemas da alimentação. Farinha, pão e ácido fítico). *Boletim Clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa* (Tratamento das apendicites agudas. A bilirrubinémia no diagnóstico das hemorragias cerebrais). *Anais do Instituto de Medicina Tropical* (Parasitismo por vermes intestinais numa povoação rural. Lipoatrofia com albuminúria). *Jornal do Médico* (A estreptomomicina na meningite por *Haemophilus influenzae*).

**Notas científicas e práticas** — A ginástica médica e o problema da escoliose. Tratamento precoce das queimaduras do esófago. Bacilos tuberculosos mortos e alergia à tuberculina. A Mianesine, novo relaxador muscular. Infiltrações de soluto de penicilina e novocaína nos processos inflamatórios locais. Frequência das lesões das grandes artérias. Radioterapia na epilepsia. Dieta cloretada nas afecções congénitas do coração. Exploração da circulação periférica pela prova da fluoresceína. Nova fórmula de tópicos contra as fricções. O fluor na prevenção da cárie dentária.

**ANEXOS** — Sobre o «Curso de repetição e actualização de conhecimentos médicos», por A. GARRETT. Registo de livros novos. Notícias e informações.



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

# NÉO-ANTERGAN

*granjeias doseadas a 0gr.10 e 0gr.05  
(Tubos de 50)*

**MELHOR TOLERADO  
MAIS ACTIVO  
QUE O ANTERGAN**

*Literatura e amostras mediante pedido*

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA



MARCA POULENG FRERES & USINES DU RHONE

21, RUE JEAN GOUJON

PARIS (8<sup>e</sup>)

Soc. Com. CARLOS FARINHA, Lda - R. dos Sapateiros, 30, 3.<sup>o</sup> - Lisboa



## Sobre o «Curso de repetição e actualização de conhecimentos médicos»

O Conselho Regional da Ordem dos Médicos, da Secção do Norte, rompendo com a apatia do meio, tomou a iniciativa da organização de um curso destinado a dar, aos médicos que vivem fora dos centros urbanos, a oportunidade de passar alguns dias em contacto com os colegas do centro universitário em cuja área residem, ouvindo-os sobre conceitos e práticas da medicina actual. A apreciação do valor desta iniciativa merece uns momentos de reflexão.

Quando o jóvem licenciado sai dos bancos escolares, leva uma bagagem de conhecimentos, que, satisfatória no ponto de vista teórico, é incompleta e insegura no ponto de vista prático. Sempre assim foi e sempre há-de ser, porque não é possível dar, a todos os que terminam a série dos exames do curso médico, os meios de uma prática de consulta e enfermagem, pela qual se habituem a resolver os variadíssimos casos da clínica geral. Certo é que o ensino pode melhorar-se, com a instituição do estágio post-escolar obrigatório, que entre nós foi decretado na reforma que transformou em Faculdades de Medicina as antigas Escolas Medico-Cirurgicas, sem, porem, chegar a efectivar-se. De toda a maneira, só a vida clínica, com as prementes dificuldades a resolver que dia a dia oferece, irá dando ao médico a plenitude da eficiência profissional, esta em conformidade, dentro da capacidade individual, com a soma de conhecimento que a escola forneceu.

Se o médico não adquirisse, com o andar do tempo, novas noções científicas, a sua actuação clínica ficaria subordinada às que trouxera da frequência escolar. A medicina, porém, está em contínua evolução, pelo sucessivo acrescimento dos meios de diagnóstico e de terapêutica, e pela correcção que ele provoca nos próprios conceitos em que assenta a arte médica. Não há profissional que não procure estar ao par dos progressos que vão realizando-se, na medida permitida pelas condições em que vive. Sucede, porém, que é difficil a muitos deles (talvez à maioria, que tem de labutar todo o dia no exercício clínico) apreender das coisas novas aquilo que verdadeiramente interessa. Tudo o que se fizer no sentido de facilitar a actualização de conhecimentos é tarefa meritória.

Pelas revistas médicas se faz a divulgação dos progressos da ciência e da arte. A utilidade das revistas é tão evidente que pode dizer-se que sem elas estagnaria o nível da capacidade profissional. O recurso aos livros novos só a poucos é lícito, pela dupla razão da falta de tempo para os ler e do elevado dispendio com a sua compra.

Mas, se o médico, assinando duas ou três revistas, pode conhecer as coisas novas que vão aparecendo, aperfeiçoando os seus conhecimen-





tos, é da mais alta conveniência que essas aquisições fragmentárias se completem com ordenadas exposições, sínteses do que, da amálgama de noções novas, se deve extrair de realmente importante; e que as aplicações práticas, quando impliquem progressos de técnica, sejam vistas directamente, vividas junto dos colegas que delas já tem experiência pessoal. E isto só pode fazer-se por meio de cursos, com programa definido e frequência regulada. Os cursos de actualização são indispensáveis para manter sempre elevado o nível profissional daqueles médicos que não podem dedicar grande parte do seu tempo a aumentar o seu cabedal científico, e que devem ser a maioria.

Entre eles, os mais necessitados de esse meio de actualização são os que vivem longe dos núcleos urbanos, e que por tal motivo menos possibilidades tem de entrar em contacto com os progressos da medicina. Para eles, ainda, a estadia de alguns dias em centro importante (entre nós numa das cidades universitárias) quebrará a linha da rotina profissional, disporá o seu espírito para a retomar com novo alento; e, por certo, os doentes verão com bons olhos o médico que quiz aperfeiçoar a sua ciência, para melhor os servir.

Os benefícios dos cursos de actualização de conhecimentos são, pois, variados e importantes. E serão tanto maiores, evidentemente, quanto melhores forem os respectivos programas, isto é, mais adequados ao objectivo visado. Esse objectivo tem um duplo aspecto: o da teoria e o da prática. As lições devem destinar-se a expor as remodelações que os conceitos fundamentais da ciência médica vão sofrendo com as sucessivas aquisições que a análise e a experimentação vão dando; por outro lado devem ensinar as novas aplicações práticas, em diagnose e terapêutica, que estejam ao alcance do clínico geral que vive em localidade onde não há nem gabinetes de radiologia, nem laboratórios de análises, nem especialistas a que recorrer; e indicar quando o doente deve ser remetido a centro onde existam tais meios de acção, por impossibilidade de ser devidamente tratado no lugar da sua residência. Esta é, lógicamente, a feição própria dos cursos de actualização. Para repetir o que vem nos livros correntes de patologia ou terapêutica, mesmo que não tenham muitos anos de edição, não valia a pena instituí-los; como seria inútil, em sessões práticas, mostrar aquilo que todos sabem já fazer, ou que só é dado praticar a especializados, ou que só pode executar-se em centros munidos de apropriada aparelhagem; sem interesse, portanto, no curso em questão.

O curso agora realizado foi quase exclusivamente um curso de actualização de conhecimentos; e, a meu ver, muito bem andou, assim, a Faculdade que organizou o programa. Do número, muito passante da centena, dos que pediram inscrição, foi escolhida, para aceitação e para concessão de subsídio, a parte formada pelos vindos das zonas rurais e com mais anos de formatura; pelo que só louvores são devi-



dos ao Conselho Regional. Foi feliz a organização do curso; se um ou outro senão é possível apontar-se-lhe (e qual é a iniciativa que o não tem?), dilue-se na massa do muito que nele houve de provavelmente bom. A medicina do Norte está de parabens.

O que é preciso, agora, é que a obra lançada tão auspiciosamente tenha continuidade, como salientou, no discurso de encerramento, o sr. Prof. Dr. Ernesto Morais, presidente do Conselho Regional. Se tiver sequência, se todos os anos se fizer um curso com a índole citada, dentro de uma década terão passado pelo Porto, em renovação da sua bagagem científica e técnica, quase todos os colegas que, no Norte, vivem longe de esta cidade. O que isso representa para a elevação da medicina é desnecessário, uma vez mais, salientar.

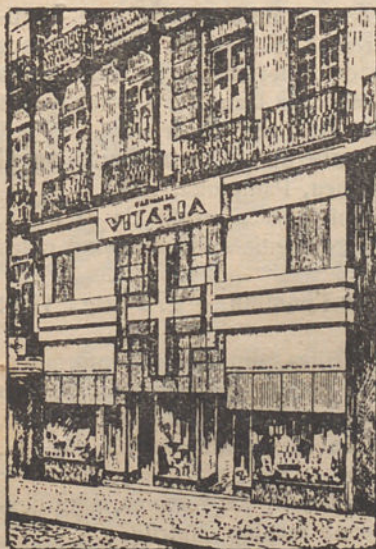
Para se atingir este objectivo é preciso, porém, estabelecer um apoio económico seguro, duradouro, persistente. Agora, foi uma verba do Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência que permitiu a realização do curso. Mas é claro que um apoio como este

## FARMÁCIA VITÁLIA

DIRECÇÃO TÉCNICA DO SÓCIO 34, PRAÇA DA LIBERDADE, 37—PORTO Telef.: 828 e 4134  
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 B<sub>1</sub>, doseadas a 0,005 (2.500 U.I.).

**Vitabê forte** — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B<sub>1</sub>, 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).



pode ser apenas ocasional, não dá garantia de continuidade à obra agora iniciada. Torna-se imprescindível dar-lhe estabilidade, o que só pode operar-se por meio de previdência governativa. Que ela venha e com o carácter institucional necessário para que se consiga essa finalidade, são os meus ardentes votos.

A. GARRETT

---

## REGISTO DE LIVROS NOVOS

---

**RAFAEL RAMOS — Diagnóstico e tratamento de los transtornos nutritivos del lactante.** — 530 pág. com 107 fig. — Barcelona, 1947, 200 pt.

Trata-se da quarta edição do livro muito justamente reputado do mestre pediatra cujos trabalhos primam pela matéria e pela forma, ambas cuidadas apuradamente, com base em larga prática clínica e talento de expositor. Muitos dos capítulos da edição anterior foram revistos, em face dos últimos progressos de diagnose e terapêutica, acrescentando-se-lhes novas noções e indicações práticas. Como nota o autor, no prefácio, as perturbações nutritivas do lactente não são hoje um assunto obscuro, para especialistas, mas campo aberto a todos os clínicos.

**T. CERVIÁ — Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central e del Sanatorio Antituberculoso de Ofra.** — 360 pág.. Fasc. VII, 1944-45. — Santa Cruz de Tenerife, 1946.

Além do relatório destas instituições, contém este volume 7 artigos originais devidos quer ao seu director, T. Cerviá, quer aos seus colaboradores, assim como 15 lições de tuberculologia. O todo forma uma valiosa colectanea, que mostra quanto se trabalha, e bem, nestes centros de assistência aos tuberculosos das Ilhas Canárias.

**J. VINES IBARROLA — Una epidemia de peste bubónica en el siglo XVI.** — 134 pág., Editorial Aramburu, Pamplona, 1947.

Interessantes notícias sobre epidemiologia e profilaxia da peste, segundo documentos inéditos de médicos espanhóis seiscentistas, cujos textos são em parte reproduzidos.

**JULIEN BESANÇON — Les jours de l'homme.** — 172 pág., Vigot Frères, Edit., Paris, 1946 (80 fr.).

Com propósitos de divulgação higiénica, em estilo humorístico, de mistura com sensatas reflexões, vem extranhas discordâncias com vários conceitos médicos; põe a nu alguns vícios da nossa profissão.

**JULIEN BESANÇON — Le visage de la femme.** — 170 pág., il., Vigot Frères, Edit., Paris, 1946 (80 fr.).

Assim como o volume anterior, dedicado aos homens, este destina-se ao sexo feminino, e está escrito no mesmo espírito.



7.500

UNIDADES  
INTERNACIONAIS

de VITAMINA «A», associadas à  
Quinina básica (0,03), Cânfora e  
essências antissépticas, por c. c.

asseguram o valor  
terapêutico da

# Bronquitina



The illustration shows a hand in a suit sleeve holding a glass ampoule of Bronquitina and a box of JABA medicine. The ampoule is tilted, and the box is partially open, showing the text 'TOSSSES ASMA BRONQUITES GRIPES'. The bottle has a label with the 'Jaba' logo and the word 'BRONQUITINA'.

ampolas  
xarope

TOSSSES  
ASMA  
BRONQUITES  
GRIPES

*nas*  
*afecções bronco-*  
*pulmonares*

Preparação dos

**LABORATÓRIOS JABA**

R. ACTOR TABORDA, 5 — LISBOA

Delegação no Porto:  
R. Mártires da Liberdade, 120

Depósito em Coimbra:  
Avenida Navarro, 53



## NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

**Na sessão de encerramento do Curso de repetição e actualização de conhecimentos médicos.** — O Sr. Prof. Ernesto Morais, presidente do Conselho Regional da Ordem dos Médicos, proferiu um discurso em que se referiu a vários problemas de interesse para a classe: posição corporativa da Ordem, Federação das Caixas de Previdência, aperfeiçoamento profissional dos médicos pelos cursos de actualização; mostrou a necessidade de se valorizar a Ordem, de se defenderem os interesses dos clínicos pela restrição dos benefícios sindicais aos que deles realmente precisam, e de dar continuidade á obra iniciada pelo Curso que se encerra.

O Sub-secretário de Estado das Corporações e Previdência, Sr. Dr. Castro Fernandes, como que em resposta a esse discurso, fez uma larga exposição sobre os aludidos problemas, Relativamente á posição da Ordem, reforçou a opinião transmitida ao Conselho Geral e que consta do Boletim da gerência de 1946; as relações directas com o Subsecretariado sanarão os inconvenientes que á dependência foram atribuídos. Quanto á assistência médica no terreno do seguro social, expôs a indispensabilidade de se dar uma boa assistência áqueles que, não sendo nem ricos nem indigentes, ocupam uma posição intermédia, para a qual só será eficiente uma organização de previdência, com extensa metodização; há que garantir a todos os portugueses uma assistência satisfatória, e isso nenhum prejuízo trará á classe, que prestava gratuitamente, ou quase, os seus serviços aos que vão aproveitar-se da assistência das Caixas.

As importantes afirmações feitas nesta sessão, das quais deixamos aqui brevíssimo resumo, constituem elementos valiosos para definir a orientação que os órgãos responsáveis da classe terão de seguir para defeza dos interesses colectivos.

**Congresso de Anatomia.** — Nos últimos dias de Setembro e primeiros de Outubro realizou-se em Granada o Congresso da Sociedade Luso-espanhola de Anatomia, a que preside o Sr. Prof. Dr. Hernâni Monteiro, e que teve larga e valiosa colaboração de trabalhos portugueses.

**Homenagens.** — Em Santo Tirso, a Câmara Municipal deu o nome do Prof. J. A. Pires de Lima a uma rua da vila, descerrando-se solenemente a respectiva lápide; também a Junta de S. Simão de Novais deu o nome do illustre anatómico e polígrafo ao largo fronteiro á casa de sua residência estival, em cerimónia na qual participaram a Universidade e a Faculdade de Medicina do Porto, com grande número de admiradores. No Caramulo descerrou-se solenemente o busto do fundador e antigo director da Estância, Dr. Jerónimo Lacerda; á cerimónia presidiu o Sr. Sub-secretário de Estado da Assistência Social. No Hospital dos Capuchos foi prestada homenagem ao cirurgião dos Hospitais Civis, Dr. Silva Araújo, que deixou o serviço por ter atingido o limite de idade. Na povoação de Cerdeira descerrou-se uma lápide na rua que ficou com o nome do Dr. Alberto do Vale, antigo e distinto médico municipal de Coja, no mesmo concelho de Arganil. Um banquete, que reuniu dezenas de médicos militares, foi oferecido ao Dr. Américo Pinto da Rocha, festejando a sua promoção ao posto de brigadeiro-médico.

**Intercâmbio médico.** — O professor da Faculdade de Medicina de Buenos Ayres, Dr. Juan Tato, fez na Faculdade de Medicina de Lisboa uma conferência sobre o tratamento das polisinusites. O Dr. André Richard, cirurgião dos Hospitais de Paris e cirurgião-principal do Sanatório Marítimo de Berck-Plage, fez conferências sobre coxalgia e mal de Pott, na Sociedade das Ciências Médicas e nas Faculdades de Medicina de Lisboa e Porto.

**Asilo Psiquiátrico Miguel Bombarda.** — Foi alterada a tabela de preços das diárias dos pensionistas, as quais passam a ser de 60, 40 e 20 escudos, respectivamente para 1.ª, 2.ª e 3.ª classes.

**Necrologia.** — Em Lisboa, o Dr. Artur Maximo Brou, antigo capitão-médico, que há muito se dedicava ao jornalismo. Dr. João Evangelista Mendes Calisto, médico em Mira. Dr. António Luís Pereira de Almeida, clínico em Setúbal. Dr. Adérito da Assunção Pereira, que exercia em Estremoz. Barão Henri de Rothschild, que há muito vivia no Estoril, fundador que foi da conhecida clinica de Paris que tinha o seu nome e que durante 30 anos dirigiu; era distinto escritor.



# 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 ——— BARCELONA

Representantes para Portugal e Colónias

**GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>ª</sup>**

240, Rua da Palma, 246 ——— LISBOA





# ALTURA

REVISTA MENSAL

**SUMÁRIO do N.º de Dezembro:** A legião dos homens anónimos — *Irving Wallace*. Tribulações de um homem engraçado — *Luís Mealha*. As crianças na praia — *Azarin*. Submarinos de algibeira — *Nappy Danton*. A caverna do Dente de Crolles. O ponto de contacto. O dia 10 de Março de 1876, em Boston — *Victor Jameson*. Onde estão as tribus perdidas de Israel? — *E. O. Hoppé*. Mapa ilustrado do mar Egeu. Os sábios criam a chuva. Já conhece estas nove? A conquista e destruição de Samarcanda por Gengis-Kan — *E. Stickelberger*. O eclipse do sol de 20 de Maio de 1947. Caras novas — *Maxwel Maltz*. O templo dos mil degraus — *Richard Ceough*. São espertos os peixes? — *Frank W. Lane*. A ciência declara todos os «records» desportivos falsos — *Pierre Devaux*. O suicida vingativo — *Ele*. Filmes de amadores — *D. Mascarenhas*. A origem das Olimpíadas — *Clipton Levy*. Marte e os seus segredos — *E. Riggenbach*. O laboratório de física das fábricas Philips de Eindhoven — *E. J. W. Verwey*. Passatempo.



BREVEMENTE: Número especial de NATAL e ANO NOVO

BELA CAPA ILUSTRADA. MAIS PÁGINAS. MAIS ARTIGOS.  
MAIS ILUSTRAÇÕES COLORIDAS. NOVAS SECÇÕES.

AO MESMO PREÇO DO NÚMERO NORMAL — 5\$00



ALTURA vende-se em todos quiosques de TODO O PAÍS





# PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXI — N.º 11

NOVEMBRO DE 1947

## Algumas considerações a propósito de cistites crónicas

por JOÃO COSTA

As cistites crónicas são certamente umas das mais banais afecções das vias urinárias e das que melhor têm sido estudadas. Isto não obsta a que, porém, encontremos, com frequência relativamente elevada, casos de cistite crónica em que todos os tratamentos ensaiados falham sucessivamente, com grave prejuízo dos seus portadores que por vezes levam uma vida miserável, com os seus sintomas de dor, polaquiúria e micção imperiosa. Conhecemos casos em que se tem sido obrigado a recorrer a medidas extremas, para alívio destes doentes, como o transplante dos ureteres para o intestino. Ainda muito recentemente, NESBIT apresentou à Associação Americana de Urologia uma comunicação acêrca de dois doentes, portadores de fibrose submucosa localizada, em que tentou, aliás com pleno sucesso, a cordotomia bilateral para alívio dos seus sintomas.

Os elementos que neste artigo apresentamos, foram colhidos na *Brady Foundation*, do New-York Hospital, de que é ilustre director o conhecido urologista OSWALD S. LOWSLEY. Foi com a sua amável autorização e aprovação que consultei perto de 100 histórias, todas de internados no serviço, uns — a minoria, — com o único diagnóstico de cistite crónica, outros, em percentagem muito maior, com diversas afecções, urinárias ou extra-urinárias, associadas. Estas histórias foram escolhidas ao acaso e abrangem um período superior a 10 anos. Foram excluídas desta revisão as cistites específicas, especialmente a tuberculose vesical.

Neste modesto artigo, pretendemos apenas focar um ou outro aspecto diagnóstico, etiológico ou terapêutico, que nos pareceu mais interessante.

Naturalmente, faremos especial referência aos casos clínicos que tivemos ocasião de estudar e observar directamente.





O aparecimento das sulfonamidas e, mais tarde, dos antibióticos, especialmente a penicilina e a estreptomycin, assim como os mais recentes estudos sobre a importância da constituição da dieta no que respeita à sua influência no pH urinário, vieram certamente contribuir para um melhor tratamento das cistites crónicas. O que é facto, porém, é que as dificuldades continuam, e não só no diagnóstico etiológico, como no tratamento. As cistites de tipo senil, as que aparecem depois da menopausa (nas quais se põe o problema não só da sua origem infecciosa como da endocrínica), as cistites relacionadas com perturbações metabólicas (como as que por vezes aparecem nos gotosos e diabéticos), oferecem-nos campo para vasta meditação e sagacidade clínica.

Raramente uma cistite é primária. Em regra acompanha ou segue-se a outras afecções localizadas no aparelho urinário, incluindo a própria bexiga, ou noutros sistemas ou aparelhos, especialmente o genital e o gastro-intestinal. Tais são as cistites consecutivas a apendicites, hemorroidas, tumores do recto, etc.; ou as que estão tão intimamente ligadas a infecções útero-vaginais e anexiais; ou ainda as que acompanham lesões inflamatórias das vesículas seminais, próstata, etc.

Temos, por outro lado, as cistites relacionadas com afecções do sistema nervoso central, traumáticas ou inflamatórias, as que surgem a seguir a intervenções cirúrgicas, especialmente as realizadas no aparelho genital feminino e recto.

Os exemplos poderiam multiplicar-se quase indefinidamente. Apenas queremos, com o que fica dito nestas breves linhas, acentuar a importância que tem para o estudo e tratamento das cistites crónicas, o exame completo do doente, tanto sob o ponto de vista clínico, como laboratorial.

\*

#### DOENÇAS ASSOCIADAS, IDADE, SEXO :

Em cêrca de 24 das histórias consultadas figura apenas o diagnóstico de cistite crónica, o que vem a dar um pouco mais de 20 % para este grupo, no qual contudo figura uma criança de nove anos que, segundo todas as probabilidades, era portadora de uma pielite crónica concomitante.

No quadro a seguir, resumimos as afecções génito-urinárias associadas aos vários tipos de cistites crónicas, que encontramos:

Pielonefrite crónica . . . . .	11
Hidronefroze . . . . .	2
Pionefrose . . . . .	1



Glomérulo-nefrite crónica + tumor vesical . . . . .	I
Pielonefrite crónica associada a outras afecções, como tumor vesical, hipertrofia prostática, uretrite não gonocócica, etc.	6
Estenoses ureterais . . . . .	2
Tumores vesicais . . . . .	4
Hipertrofia prostática (adenoma sub-uretral) . . . . .	9
Hipertrofia prostática + calculose vesical . . . . .	2
Prostatite crónica . . . . .	3
Contractura (disectasia) do colo, só ou associada a uretrite, epididimite e fimose. . . . .	6
Calculose vesical . . . . .	3
Vesiculite crónica. . . . .	1
Uretrite não gonocócica . . . . .	3
Carúncula uretral . . . . .	2
Divertículo uretral . . . . .	2
Abcesso peri-vesical . . . . .	1
Incontinência urinária . . . . .	3

De acordo com o que aqui expomos, vemos que a afecção urinária mais frequentemente encontrada em associação com a cistite crónica, foi a pielonefrite crónica, vindo a seguir, por ordem de frequência, os adenomas da próstata e os tumores vesicais.

Das afecções extra-urinárias associadas à cistite crónica, figuram as seguintes:

Cervicite crónica . . . . .	I
Cancro do útero . . . . .	2
Prolapso uterino . . . . .	2
Salpingite crónica . . . . .	I
Fibro-miomas uterinos . . . . .	2
Celulite pélvica. . . . .	1
Post-partum. . . . .	1
Menopausa . . . . .	2
Colite ulcerativa . . . . .	2
Diabetes. . . . .	2
Post-gripal . . . . .	I
Post-laringite . . . . .	I
Post-septicémica . . . . .	I
Anemia perniciosa . . . . .	I
Acidose . . . . .	I
Colecistite . . . . .	I
Dermatite . . . . .	I

Na lista acima, predominam, como vemos, as afecções do aparelho genital feminino.

Quanto ao sexo, os doentes portadores de cistite crónica, que aqui consideramos, distribuem-se da seguinte forma:

Cistites crónicas não associadas e outras afecções:

Indivíduos do sexo masculino . . . . .	11
Indivíduos do sexo feminino . . . . .	13



Cistites crónicas associadas a outras afeções urinárias ou extra-urinárias :

Indivíduos do sexo masculino . . . . .	20
Indivíduos do sexo feminino . . . . .	39

Notamos predomínio dos indivíduos do sexo feminino.

Quanto às idades, verificamos que predominam os indivíduos de um e outro sexo, entre os 40 e 60 anos. O doente mais novo tinha 3 anos, o mais idoso 83.

#### BACTERIOLOGIA :

Em todos os casos de cistite, foi sempre colhida urina em condições assépticas, para cultura, em regra mais de duas vezes no mesmo doente. As culturas foram repetidas para confirmação e como critério de cura ou estabilização do processo infeccioso.

Transcrevemos no quadro seguinte os dados bacteriológicos que colhemos das histórias consultadas :

Colibacilo . . . . .	22
Estafilococo áureo. . . . .	5
B. piocianico . . . . .	4
B. proteus vulgaris . . . . .	2
B. lactis aerogenes . . . . .	4
B. disentérico tipo Flexner . . . . .	1
B. fecalis alkaligenes . . . . .	2
Micrococcus tetragenus . . . . .	1
B. difteróide . . . . .	3
Estafilococo branco . . . . .	5
Estreptococo hemolítico . . . . .	1
Estreptococo não hemolítico g ma. . . . .	1
Estreptococo não hemolítico alfa . . . . .	4

Nos restantes casos em que as culturas foram positivas, apareceram associações de vários micro-organismos, como Estafilococo-Colibacilo, B. piocianico-Colibacilo, B. proteus vulgaris-Colibacilo, etc. As culturas foram negativas em 10 doentes.

Pelo que atrás fica exposto, vemos que, como é usual, o micro-organismo mais vezes encontrado foi o Colibacilo, quer só, quer associado a outros agentes microbianos. Muitos destes foram encontrados primitivamente, outros correspondem a uma invasão secundária da bexiga, como tantas vezes acontece em doentes com drenagem permanente, sujeitos a instrumentações repetidas, etc., e isto por maiores que sejam as precauções de assepsia tomadas.

Entre os agentes microbianos mencionados, não podemos deixar de chamar a atenção para o B. disentérico tipo Flexner, pois não é agente que com frequência seja causador de cistites ou outras infecções do aparelho urinário. Tratava-se dum doente de 59 anos



de idade, internado no New York Hospital em 1936, com alta temperatura, calafrios, dor no flanco direito, e sintomas urinários de disúria, polaquiúria e micção imperiosa. Foi positiva para o B. disentérico tipo Flexner a cultura da urina ureteral direita e vesical, assim como teve igual resultado a cultura de fezes. E' claro que neste primeiro internamento, predominavam os sintomas de pielonefrite aguda. E' interessante notar que a história anterior deste doente era irrelevante. O exame cistoscópico revelou acentuada congestão do colo e trígono, e edema de ambos os orifícios ureterais. O doente teve alta clinicamente curado, após um tratamento que consistiu em diurese forçada, urotropina associada ao fosfato ácido de sódio e codeína, mas com as culturas urinárias ainda positivas para o referido B. disentérico. Em 1937 o mesmo doente foi readmitido duas vezes no hospital, a primeira por recorrência dos sintomas, mas desta vez com predomínio vesical, a segunda para controle e tratamento que então consistiu em dilatações ureterais, irrigações dos bacinets e ureteres com solução de ácido bórico e rivanol-dextrose a 1/20.000, instilações vesicais com este último soluto e diurese forçada. A partir de então, as culturas de urina tornaram-se negativas.

#### SINTOMATOLOGIA:

Os portadores de cistite crônica a cujas histórias nos estamos referindo, cabem quanto à sua sintomatologia, dentro das descrições clássicas. Assim, o sintoma mais frequentemente encontrado foi polaquiúria, umas vezes predominantemente diurna, outras diurna e nocturna: 10 doentes para o primeiro grupo, 55 para o segundo. Num caso a que voltaremos a fazer referência mais tarde, o doente era obrigado a urinar de cinco em cinco minutos; a solução para este caso foi uma anastomose uretérò-intestinal.

Em 22 histórias é mencionado o sintoma micção imperiosa que os doentes por vezes confundem com incontínência.

Em 38 doentes havia o sintoma dor, localizada em 25 na região supra-púbica, abdominal em 3, durante a micção em 3, uretral em 1, perineal em 2, lombar em 5, tenesmo vesical em 8. O sintoma disúria é também frequentemente mencionado.

Numa criança de 3 anos, do sexo feminino, em que o exame cistoscópico revelou intensa cistite generalizada, com edema bolhoso no colo e à volta dos orifícios ureterais, com hidronefrose e hidro-uretere de causa não determinada, o único sintoma local foi dor hipogástrica, sem qualquer sintoma urinário.

Como é usual, a piúria foi encontrada quase constantemente.

Em 29 casos havia hematúria, macroscópica ou microscópica, dependente nalguns deles doutras afecções, como tumores, cálculos, etc.



## ASPECTO CISTOSCÓPICO:

Em 10 casos, o exame cistoscópico mostrou tratar-se de úlcera de Hunner ou fibrose submucosa localizada: 8 eram do sexo feminino, 2 do sexo masculino. A doente mais nova tinha 44 anos, a mais velha 72. Em 7, a capacidade vesical estava muito reduzida. Em todos eram muito acentuados os sintomas de polaquiúria diurna e nocturna, e de dôr vesical. Em 9 havia piúria moderada; no outro não havia piúria. Em 2 destes doentes só foi possível o exame cistoscópico sob anestesia geral ou epidural, exame que mostrou lesões de diferentes tipos e em diferentes períodos de evolução. Numa das doentes, de 76 anos de idade, havia uma pequena ulceração um pouco para trás do orifício ureteral direito, muito sensível ao toque e sangrando facilmente. Noutro caso, a área ulcerada encontrava-se na porção esquerda do *fundus*. Nos restantes 8 casos, as lesões estavam localizadas no vértice da bexiga, e variavam entre uma pequena abrasão, sangrando facilmente, rodeada de numerosos e finos vasos, e áreas mais ou menos lineares de descoloração submucosa que durante a distensão vesical produziram pontos hemorrágicos minúsculos, chegando em 3 dos casos a ficar o campo de observação completamente obscurecido. Neste grupo de doentes a urina era límpida e de reacção ácida e a mucosa vesical, fora das áreas afectadas, de aspecto normal, excepto em dois casos em que havia tumores vesicais. Em todos estes doentes foi feita a pesquisa do B. de Koch; em 6 cultivou-se na urina o Colibacilo, noutro apareceu um Estreptococo não hemolítico, noutro ainda Estafilococo dourado; nos dois restantes a urina era estéril.

Noutras 3 histórias figura o diagnóstico de cistite hemorrágica. Um destes doentes apresentou ao exame cistoscópico áreas equimóticas generalizadas a toda a bexiga, granulações, edema bolhoso no trígono e numerosos polipoides no colo vesical; tinha piúria pouco intensa, bacilúria — Colibacilo na cultura —, urina de reacção ácida. Num outro caso, um indivíduo do sexo masculino, de 15 anos de idade, a cistite foi precedida duma infecção do ouvido médio e duma septicemia, devidas a um Estreptococo não hemolítico, tendo este mesmo micro-organismo sido cultivado na urina colhida da bexiga assépticamente. Neste doente, toda a mucosa vesical se encontrava congestionada, com áreas elevadas, de côr mais carregada, irregulares, no trígono e à volta dos orifícios ureterais.

Noutro pequeno grupo de três doentes, foram observadas lesões vesicais características de cistite cística. Estas doentes, todas do sexo feminino, de 37, 47 e 57 anos de idade, apresentavam os habituais sintomas de cistite crónica. Num dos casos os sintomas começaram a manifestar-se algum tempo depois de feita uma plitatura da uretra para incontinência post-partum. Em dois dos casos



a urina era de reacção ácida, alcalina no terceiro; numa das doentes não havia piúria, nas outras duas a piúria era ligeira.

Em quatro outros doentes foram vistas lesões de cistite incrustada. Num destes casos, um indivíduo do sexo feminino, de 47 anos de idade, vimos na porção posterior do trígono uma massa esbranquiçada, aderente ao mesmo, cobrindo a área de implantação dum papiloma histològicamente benigno, que umas semanas antes fora fulgurado transuretralmente; esta doente tinha um pH urinário de 7,5, uns 30 piócitos por campo microscópico, alguns glóbulos rubros; na urina cultivou-se o Colibacilo. O resto do aparelho urinário era normal. Uma outra doente de 50 anos de idade, com sintomas de intensa micção imperiosa, dor, polaquiúria, apresentava, a par duma placa de leucoplasia, diagnosticada histològicamente, congestão trigonal. O trígono encontrava-se em vários pontos coberto de depósitos calcáreos, e de tecido de granulação (este também comprovado histològicamente). Viam-se lesões idênticas sobre o *fundus*. Esta doente urinava, por vezes, «areias» esbranquiçadas que lhe provocavam dor na utetra. A urina era de reacção alcalina, piúrica; foi cultivado Colibacilo e mais tarde Estreptococo não hemolítico alfa. O resto do aparelho urinário era normal.

Os restantes doentes que observamos ou cujas histórias tivemos ocasião de rever cabem dentro da designação geral de *cistites crônicas*, grupo que, como era de esperar, apresentou os mais variados aspectos cistoscópicos. As lesões mais frequentemente observadas foram congestão e edema do trígono, congestão generalizada, edema, diminuição da capacidade vesical, edema bolhoso, congestão do colo. Em três casos havia leucoplasia trigonal. Foram frequentemente observadas granulações, em regra no trígono; em quatro casos — dois dos quais tivemos ocasião de estudar, — as massas de tecido inflamatório tinham aspecto tumoral; é claro que nestes casos de cistite granular, e muito especialmente quando há grandes massas de tecido proliferativo, o diagnóstico definitivo só é feito após um ou mais exames histológicos. As ulcerações e equimoses trigonais e do *fundus* foram também observadas com certa frequência. Leve trabeculação, congestão e edema dos orifícios ureterais, úlceras do colo, pseudo-membranas, foram lesões observadas com menor frequência. Em três casos tratava-se de cistite de tipo necrótico. A um destes doentes voltaremos a fazer referência mais adiante.

Em cerca de uma dezena de casos observaram-se formações císticas ou polipoides do colo. Excepto um, todos os doentes eram do sexo feminino. Nuns casos notaram-se apenas formações císticas, noutros polipoides vascularizados, por vezes assemelhando-se a vilosidades. Em duas destas doentes a urina foi estéril à cultura. Noutras encontrou-se Colibacilo e Estreptococo não hemolítico. Em um dos casos não havia piúria.



## DIAGNÓSTICO:

Todos os doentes com sintomas de cistite crónica são submetidos, na *Brady Foundation* do New York Hospital, a um determinado número de exames clínicos e laboratoriais, quer se trate de indivíduos internados no Serviço ou examinados na consulta externa. O exame é iniciado pela colheita duma história tão completa quanto possível, em que é especialmente chamada a atenção dos doentes para sintomas que traduzam possíveis lesões doutros órgãos do aparelho urinário, tuberculose, lesões do recto, perturbações gastro-intestinais, doenças dos órgãos genitais, intervenções cirúrgicas anteriores. Depois do exame, em que naturalmente se presta maior atenção aos aparelhos urinário e genital, verifica-se se o doente tem urina residual. E' enviada ao laboratório urina para cultura, determinação do pH, aspecto, pesquisa de albumina e glucose e exame do sedimento. Durante este primeiro exame é sistematicamente colhido sangue para a reacção de Wassermann. Havendo indicação especial, são ainda feitos outros exames, variáveis conforme o caso, como pesquisa do B. de Koch na urina, exame do fluido prostático e vesicular, etc. Na hipótese da gravidade do caso exigir o internamento do doente, outros exames serão feitos a seguir, como fórmula hemoleucocitária, doseamento de hemoglobina, determinação do grupo sanguíneo, determinação do azoto ureico, «test» global da fenolsulfonftaleína, electrocardiograma, etc. Não havendo indicação para internamento do doente, é a este indicado o dia em que deve voltar ao Serviço para exame cistoscópico, ou melhor cistouretroscópico; sempre que haja suspeita de lesões altas, ou que persistam os sintomas ou a piúria, recorre-se à pielografia intra-venosa ou ascendente.

## TRATAMENTO:

Começaremos por analisar o tratamento ensaiado nas cistites intersticiais. Numa das doentes, de 70 anos de idade, foram usadas, como calmante da dor, codeína e tintura de *Hyoscyamus* composta; a doente foi submetida a várias distensões vesicais sob anestesia local ou caudal e foi posta a dieta semi-líquida não irritante. Os diferentes tratamentos foram sempre de resultados transitórios. Em duas doentes deste grupo, com 50 e 51 anos respectivamente, depois de terem falhado todos os tratamentos quer de ordem geral quer locais, foi feita uma anastomose uretero-intestinal, com bons resultados. Ainda noutra doente, de 73 anos, foram ensaiados vários tratamentos, como fulguração da área ulcerada e regiões circunvizinhas, aplicações tópicas de nitrato de prata, seguidas por vezes de instilações de soluto de novocaína a 2 0/0, dilatações vesicais e uretrais, tratamento anti-infeccioso pelas sulfonamidas, pirídio, urotropina,



etc., com resultados sempre transitórios. Apenas num dos casos se conseguiram resultados definitivos com a fulguração superficial.

Nos casos de cistite hemorrágica obtiveram-se bons resultados com instilações de nitrato de prata a 1/10.000, irrigações intermitentes com ácido bórico a 3<sup>o</sup>/<sub>o</sub> ou com solução salina fisiológica, além da medicação geral anti-infecciosa, de acordo com o organismo infestante. Num caso foi necessário recorrer à cistostomia suprapúbica por ter sido impossível esvaziar os coágulos por via uretral.

Do grupo dos portadores de cistite incrustada, num foram transplantados os ureteres para o intestino, depois de terem falhado todos os tratamentos de ordem local, dietéticos e anti-infecciosos. Tratava-se duma doente de 50 anos de idade, com uma capacidade vesical de 60 cc., e que além de numerosas incrustações calcáreas do trígono, apresentava uma massa tumoral que o exame histológico revelou ser tecido inflamatório. Num outro doente obtiveram-se bons resultados após prolongado tratamento que consistiu no seguinte: dieta de resíduo ácido, sulfonamidoterapia, irrigações pielo-ureterais bilaterais e vesicais com soluto de ácido fosfórico, vitamínoterapia. Neste doente a cultura de urina mostrou que era o *Proteus vulgaris* o organismo infectante. Noutro caso foi satisfatório o resultado obtido com terapêutica semelhante à anterior, a que foi associada a raspagem das incrustações, seguida de aplicações de soluto de nitrato de prata a 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, tratamento este, digamos de passagem, que nunca deve usar-se sem que previamente se saiba que as incrustações não assentam sobre tecido tuberculoso ou neoplásico. Como acidificante local, foi também usada a chamada solução G, de Suby e Albright.

Vamos por fim considerar o tratamento usado no último grupo das cistites crónicas, em geral, grupo vasto e que abrange variados tipos clínicos e anátomo-patológicos. Procuraremos escolher, para não alongar demasiadamente este artigo, alguns doentes que tivemos ocasião de examinar e focaremos os princípios e técnicas basilares usados no seu tratamento. Como frizamos no começo deste artigo, raramente uma cistite crónica é primária; infelizmente, nem sempre conseguimos descobrir o factor ou factores determinantes. Um dos princípios, pois, que presidem ao tratamento das cistites crónicas, é a descoberta e eliminação do agente causal, o que implica, como já dissemos, o exame clínico, instrumental e laboratorial completo do doente.

O segundo princípio que nos orienta no tratamento das cistites crónicas, é a eliminação de quaisquer causas de obstrução, isto é, a obtenção duma drenagem vesical perfeita, assim como dos órgãos a montante da bexiga. Todo o portador de cistite crónica que tenha urina de retenção, mesmo em pequena escala, dificilmente conseguirá ver-se livre da sua infecção, seja qual for o anti-



séptico urinário usado ou solução instilada. Este princípio da boa drenagem urinária tem especial interesse no caso de haver indicações para o uso da estreptomicina; a resistência microbiana a este anti-biótico desenvolve-se muito rapidamente, por vezes em 24 horas.

Outro princípio a ter em mente é a aplicação de medidas higiénicas convenientes, especialmente no que diz respeito à alimentação, funcionamento intestinal, exposição a grandes variações de temperatura. Em determinados casos, a composição da dieta tem dupla importância: pela eliminação de alimentos irritantes e pela reacção que os seus produtos catabólicos podem emprestar à urina, modificando-lhe o pH. A dieta cetogénica, proposta ha anos por CLARK e HELMOZ, para o tratamento das infecções urinárias devidas ao Colibacilo, com a qual se obtém uma urina fortemente ácida e em que está presente o ácido l-betahidroxitúrico que parece inibir aquele organismo, tem acção nítida sobre o mesmo, mas não é de aplicação prática, por ser mal tolerada pela maioria dos doentes, nos quais produz perturbações gastro-intestinais; além disso requiere hospitalização e uma vigilância rigorosa. A dieta proposta por HIGGINS, de resíduo ácido, e rica em vitaminas, é largamente usada, ao contrário da anterior, por ser de fácil administração.

Faz parte do tratamento das cistites crónicas, naturalmente, o tratamento local, que consiste correntemente em irrigações ou instilações com soluções de drogas não irritantes. A irrigação contínua, em gota a gota — «tidal drainage» — oferece por vezes auxílio precioso em certos tipos de cistite. Já nos referimos a outros tratamentos locais usados, como a fulguração de úlceras ou placas de leucoplasia. No caso de quistos polipoides do colo também é costume usar-se a fulguração; em alguns doentes nossos, temos usado a simples cauterização dos mesmos com a mistura ácido fénico-glicerina, em partes iguais, feita através das bainha do panendoscópio e temos verificado que muitas vezes, logo após a primeira aplicação, e antes que todos os pólipos sejam destruídos, os sintomas urinários calmam.

Como medicação de tipo calmante, é muito usada a poção à base de tintura de Hyoscyamos, a que já fizemos referência. Seria certamente fastidioso e inútil entrar em pormenores quanto a este tipo de medicação.

Resta-nos falar da medicação anti-infecciosa, dos chamados antissépticos urinários, que nos últimos anos têm vindo enriquecer o nosso arsenal terapêutico. Referimo-nos à urotropina, ácido mandélico e seus derivados, pirídio, sulfonamidas, penicilina, estreptomicina. Infelizmente, os resultados obtidos nem sempre têm correspondido às esperanças neles depositados, o que em muitos casos é devido ao seu uso indiscriminado, sem se atender a determinados factores que causam e mantêm as cistites crónicas e outras infec-



ções urinárias. Recordamo-nos dum doente que vimos há relativamente pouco tempo, que por afecção estranha ao aparelho urinário se encontrava imobilizado no leito. Este doente fazia um certo grau de retenção urinária, com regurgitação, supomos que devida a obstrução do colo. Não nos foi possível exame detalhado deste caso, por ser muito grave o estado geral do doente. Teve anteriormente este indivíduo terríveis «poussés» de reagudização da sua cistite crónica, acompanhadas de sintomas de pielonefrite, que nunca cederam ás mais variadas terapêuticas de ordem geral e local. A partir do momento em que o doente foi posto com drenagem permanente, com sonda de Foley, a urina tornou-se clara e todos os sintomas gerais desapareceram. Depois de retirada a sonda, cinco dias mais tarde, a obstrução urinária era muito menos acentuada, certamente porque deve ter-se atenuado ou desaparecido o edema associado à causa ou causas de obstrucção.

Dos diferentes antissépticos urinários, o mais recentemente ensaiado é a estreptomina. É uma droga que requiere um certo número de precauções antes e durante a sua aplicação, que deve ser seguida de perto. Tem a sua principal indicação nas infecções urinárias devidas a bacilos Gram negativo. O desenvolvimento da resistência microbiana é mais rápido do que com a penicilina. O aparecimento desta resistência dá-se com especial rapidez nas infecções complicadas que são a regra, por exemplo, nas infecções que acompanham os tumores ou calculoses. Por vezes assiste-se ao desaparecimento dos micro-organismos da urina, para passados cinco ou seis dias voltarem os mesmos a ser cultivados. A alcalinização da urina parece aumentar o efeito da estreptomina, ao contrário do que acontece com a penicilina que actua independentemente do pH urinário; na urina ácida a estreptomina é inactiva. Por vezes a infecção persiste durante o tratamento para depois ceder, uma vez interrompida a administração da droga. Não se sabe se um determinado micro-organismo é resistente ou sensível, a não ser que se ensaie «in vitro» a sua sensibilidade e se determine a concentração mínima da droga capaz de deter o seu crescimento; é portanto aconselhável este prévio «test» antes de se iniciar o tratamento.

Atendendo ás doses maciças usadas especialmente na tuberculose, não se pode dizer que a estreptomina seja excessivamente tóxica; contudo pode produzir acidentes desagradáveis. A toxidade da estreptomina pode resumir-se em:

- 1 — Reacções de tipo alérgico, semelhantes ás observadas após a administração doutras drogas, como sulfonamidas, arsenicais, etc.
- 2 — Acção nefrotóxica, manifestada por albuminúria e por cilindrúria, que desaparecem quando se alcaliniza a urina e que parecem não ter grave prognóstico.



3 — Perturbações neurológicas, as mais graves, que podem ser de dois tipos: a) — Vertigem por disfunção vestibular; quando, por exemplo, o doente se senta na cama, tem a sensação de cair para a frente ou para o lado, isto é, há uma perturbação do movimento linear. Dum modo geral, mas sem que esta regra tenha qualquer fixidês, pode prever-se o comêço deste tipo de reacção ao 11.º dia, quando se injectam 4 gramas por dia, ao 21.º dia, quando se usam 3 gramas por dia, ao 28.º dia, quando a dose é de dois gramas diários. A recuperação desta reacção vestibular faz-se muitas vezes aos nove ou dez dias depois de terminado o tratamento, por compensação doutros mecanismos do equilíbrio. Isto é muito importante em Urologia, visto que uma grande percentagem dos nossos doentes são velhos prostáticos, com diminuta capacidade de compensação, e nos quais, pois, as perturbações do equilíbrio podem manter-se durante largos períodos. b) — A surdez é outra possível complicação da medicação pela estreptomycin; antes de iniciar-se o tratamento por esta droga, é aconselhável um exame do ouvido. Este acidente tem-se dado nos indivíduos tratados com altas doses durante longos períodos, e naqueles que acumulam a droga, por insuficiência da função excretora do rim.

Antes de iniciar o tratamento pela estreptomycin, nas infecções urológicas, é indispensável corrigir quaisquer anomalias existentes, como calculoses, fistulas, tumores, etc., que se oponham a uma boa drenagem da urina.

Certas raças de Estafilococos resistentes à penicilina são sensíveis a estreptomycin. O *B. piociânico* é o menos sensível à droga, vindo a seguir o *Colibacilo*. A estreptomycin tem sido ultimamente usada nas piúrias amicrobianas, aparentemente com bons resultados.

As precauções a tomar antes e durante o tratamento, devem consistir em exames de urina diários — cilindrúria, albuminúria —, contagem de glóbulos brancos e fórmula leucocitária, doseamento da ureia ou azoto ureico sanguíneo, feitos com frequência.

Para terminar este já longo artigo, referir-nos-emos a dois dos casos que tivemos ocasião de estudar, e que nos pareceram interessantes pela série de problemas que tiveram sucessivamente de ser estudados e resolvidos.

1 — M. B., 77 anos, sexo masculino, diabético, portador de pequeno adenoma prostático, sem urina residual. Cistite crónica, ureterite cística esquerda, pielonefrite no mesmo lado. Sintomas de polaquiúria e micção imperiosa acentuadas. Urina purulenta. Dados laboratoriais: Wassermann negativa; outros exames sanguíneos normais; urina: reacção umas vezes ácida, outras neutra, piúria, leve albuminúria. Culturas urinárias: *Colibacilo* e *Estreptococo* não hemolítico gama. Exame cistoscópico: congestão generalizada, edema do colo, hipertrofia da próstata, pouco acentuada. Vários tratamentos anteriores locais e gerais; sulfamidoterapia, penicilinoterapia sempre com resultados negativos. Todos os outros antissépticos urinários foram usados sem qualquer resultado. Notemos, mais uma vez, que neste doente não havia retenção de urina. Em 1946 foi



submetido a dois tratamentos pela estreptomicina; o primeiro consistiu na aplicação de 6,5 milhões de unidades e foi interrompido devido à subida do azoto ureico sanguíneo. Uma semana mais tarde foi iniciado o segundo tratamento pela mesma droga, na dose de 7,5 milhões de unidades, durante o qual se manifestaram perturbações do equilíbrio que somente se atenuaram ao fim de meses. Sob o ponto de vista da infecção urinária o resultado foi bom: os sintomas desapareceram e a urina tornou-se negativa, sob o ponto de vista bacteriológico. Sucessivos exames a que o doente foi submetido mostraram idênticos resultados.

2 — H. S., sexo masculino, de 51 anos de idade, visto no Serviço pela primeira vez em 1945, com hematuria, disúria, polaquíuria muito intensa, chegando por vezes a ter que urinar de cinco em cinco minutos. Os sintomas aumentaram de intensidade nos dois anos anteriores à admissão do doente no New York Hospital. História anterior sem interesse, excepto uma cistostomia feita para tentativa de melhorar o seu lamentável estado. Exames cistoscópicos repetidos revelaram pequena capacidade (60 c. c.), congestão e edema acentuados, generalizados a toda a bexiga, incrustações calcáreas, massas de tecido de granulação. Várias biópsias feitas revelaram sempre cistite de tipo necrótico. Exames do sedimento urinário, culturas e inoculações na cobaia foram sempre negativas para o B. de Koch. Culturas de urina foram positivas para o *Streptococo* não hemolítico gama e *Aerobacter aerógenes*; urina de reacção alcalina. Foram ensaiados os mais variados tratamentos de ordem geral e local, sem qualquer resultado aparente. Por fim, dois tipos de tratamento foram propostos e discutidos: simpaticectomia pre-sagrada e transplante dos ureteres para o intestino. Foi o doente submetido à última operação, com êxito. Pielografias intra-venosas, feitas três semanas e alguns meses após a operação, mostraram boa função renal e morfologia normal dos cálices, bacinets e ureteres.

## BIBLIOGRAFIA

- BONET-MAURY, P. & PERAULT, H. — Photometric Records of the Mode of Action of Penicillin and Dagenan in Association. *Nature*, 157:131, 1946.
- CRISTOL, D. S. & GREENE, L. F. — Gangrenous Cystitis: Etiology, Classification and Treatment. *Surgery*, 18:343, 1945.
- EISENDRATH, D. N. & ROLNICK, H. C. — *Urology*. Philadelphia, 1943.
- HINMAN, F. — The Principles and Practice of Urology. Philadelphia: 1937.
- HINSHAW, H. C. & FELDMAN, W. H. — Streptomycin: a Summary of Clinical and Experimental Observations. *J. Pediat.*, 28:269, 1946.
- KLINMAN, A. M. & SHEARER, T. P. etc. — Streptomycin Therapy in Urinary Tract Infections. *J. Urol.*, 57:599, 1947.
- LOWSLEY, O. S. & KIRWIN, T. J. — *Clinical Urology*. Baltimore, 1944.
- PETROF, B. P. & LUCAS, F. W. — Streptomycin in Urinary Infections. *Ann. Surg.*, 123:808, 1946.
- MARION, G. — *Traité d'Urology*. Paris, 1940.
- MARION & HEITZ-BOYER — *Traité de Cystocopie*. Paris, 1921.
- MCCREA, L. E. — *Clinical Cystoscopy*. Philadelphia, 1945.
- MULHOLLAND, S. W. — The Sulfonamides and Penicillin as of Today. *J. Urol.*, 57:196, 1947.
- PENN, O. J. and CHRISTOPHER, F. — Alkalinization of Urine During Sulfonamide Therapy. *J. A. M. A.*, 131:1067, 1946.
- POWELL, T. O. — Studies on the Etiology of Hunner Ulcer. *J. Urol.*, 53:823, 1945.
- SIMMONS, R. T. — Penicillin Sensitivity of Streptococci Mostly of Groups A, B, C, and G. *M. J. Australia*, 1:349, 1946.



FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO — INSTITUTO DE ANATOMIA  
(Director : Prof. Dr. J. A. PIRES DE LIMA)

## Mais um caso de malformação do aparelho genital feminino

por ÁLVARO MOITAS

Assistente voluntário e preparador do Instituto

A publicação, nesta revista, de diversos casos de malformação do aparelho genital feminino torna legítimo o registo, aqui, de mais uma observação deste género, que, há cerca de dois anos, tive ocasião de fazer.

Trata-se de Maria S., de 29 anos de idade, casada e natural da freguesia de Carreira, concelho de Famalicão.

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS — O pai é vivo e sofre de bronquite crónica ; não se julga sífilítico. A mãe também vive, mas é pouco saudável, pois, de vez em quando, tem hemoptises, cuja etiologia não pude averiguar. Diz que teve um aborto de 8 meses ; ou se enganou no tempo de gestação ou foi, na realidade, um parto prematuro de feto morto.

Maria S. tem, vivos, um irmão e duas irmãs. O primeiro apresenta, com frequência, acessos de «neurastenia», atribuídos à sífilis, motivo por que faz tratamento anti-luético. As irmãs são ambas regularmente menstruadas, sendo uma casada e outra solteira ; a primeira, que nunca gravidou, é de constituição normal ; a segunda tem os pés botos paralíticos, com atrofia dos membros inferiores, e sofre do fígado. É interessante notar a carregada patologia verificada nesta série de irmãs.

Vitimados por doenças intestinais, faleceram dois irmãos de Maria S., um aos 4 anos de idade e outro aos 5.

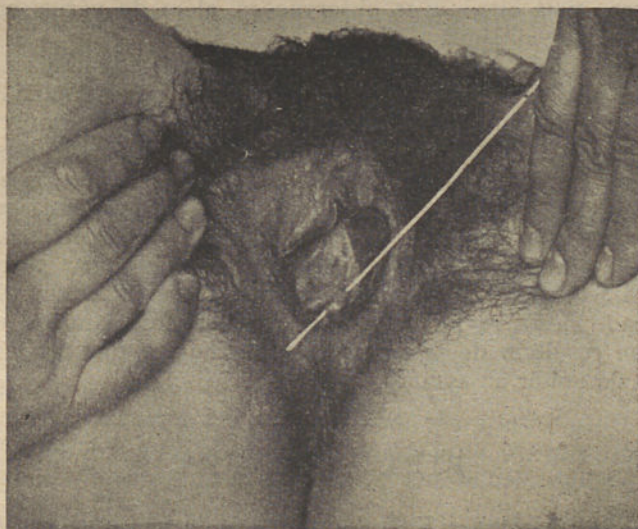
Em nenhum outro membro da família foi notada qualquer anomalia ou malformação, quer do aparelho genital, quer de outros órgãos.

ANTECEDENTES PESSOAIS — Maria S. teve sarampo em pequena. Há 10 anos sentiu pontadas no tórax, principalmente do lado direito e teve expectoração hemoptóica, de que melhorou mediante revulsão torácica e medicação tónica. Desde essa altura, tem-se sentido fraca, com pontadas torácicas, sensação de quebreira nos membros inferiores e astenia. Há oito anos começou a fazer tratamento anti-sifilítico, melhorando bastante. Contudo, ainda se queixa de acessos de cefalalgia, acompanhada de suores e vômitos, ora mucosos ora alimentares, conforme são matutinos ou pós-prandiais. De vez em quando, mas com uma certa periodicidade, sente uma dor na fossa ilíaca direita, com irradiação para a coxa do mesmo lado, donde dificuldade em mover o respectivo membro inferior. Nessas ocasiões, a cefalalgia intensifica-se, aparece polaquíuria, sobrevêm fogachos de calor e a visão enfraquece (dificuldade de enfiar uma agulha, etc.).



Mas, nos antecedentes pessoais de Maria S., o que há de maior interesse é o seu passado genital: nunca foi menstruada e, apesar de casada há cerca de 8 anos, jamais pôde realizar o coito. Quer por pudor, quer por o seu libido ser extremamente reduzido, só ao fim deste largo período de cópula vulvar é que resolveu consultar o clínico da região onde vive. Aquele colega, em face da malformação dos órgãos genitais de Maria S., aconselhou-a a internar-se no Hospital Geral de Santo António da Misericórdia do Porto, onde se procedeu ao exame clínico e à intervenção correctora.

EXAME CLÍNICO — A observação clínica, inclusivé a auscultação torácica, nada revelou de especial. Muito mais importante foi o resultado do exame do aparelho genital, único motivo da presente nota.



Os órgãos genitais externos eram bem conformados, salvo a ausência, apesar de se tratar duma mulher casada há 8 anos, do orifício de entrada da vagina. Na realidade, notava-se um hímen com espessas colunas carnosas, principalmente na sua circunferência posterior, que apresentava dois pequenos orifícios (representados na fotografia junta, atravessados por um estilete). Esta membrana encontrava-se muito distendida e podia ser facilmente deprimida, provàvelmente em consequência das repetidas tentativas de cópula.

O toque rectal, combinado com a palpação abdominal, não revelou a presença de útero, não falando já nos anexos, visto que estes, quando normais, não são perceptíveis. Este facto e a ausência de menstruação, apesar da existência dos caracteres sexuais secundários, revelam a atrofia acentuada dos órgãos genitais internos.

Maria S. foi submetida a uma intervenção, a que não me foi dado assistir. Fui informado pelo director da enfermaria (Dr. Manuel de Carvalho) de que lhe fizera a incisão do hímen, não se encontrando hematocolpos, e de que, no lugar da vagina,



existia uma depressão, que o cirurgião aprofundou, aproveitando um plano de clivagem, e evitando a união dos lábios da ferida mediante pensos compressivos. Não pude examinar o doente posteriormente, como era meu desejo.

Tratava-se, dum caso de hímen imperfurado, com agenesia quase total da vagina e provável atrofia dos restantes órgãos internos do aparelho genital feminino.

A bibliografia portuguesa referente às malformações deste aparelho e publicada até 1929 encontra-se bem exposta num trabalho do Prof. J. A. Pires de Lima (1), em que também se registam, salvo erro, mais oito novas observações, além de vários casos de pseudo-hermafroditismo.

Depois desta data, tive conhecimento das seguintes observações: um caso de infantilismo genital feminino de carácter familiar, por Óscar Ribeiro & J. R. Gomes (2); dois casos de imperfuração do hímen, por C. Salazar de Sousa (3) e Joaquim Monteiro Bastos (4); dois casos de ausência de hímen, por Carlos Lopes (5) e Carlos Lopes & Raúl Tavares (6); um caso de brida vaginal, outro de imperfuração do hímen complicado de hematocolpometria e um terceiro de ausência dos terços superior e médio da vagina, por R. Sousa Santos (7). Neste último trabalho, o mais recente da série, e publicado nesta revista, alude-se aos aspectos clínicos e cirúrgicos que resultam de tais anomalias, razão por que me julgo dispensado de voltar ao assunto.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) J. A. PIRES DE LIMA — *Vícios de conformação do sistema uro-genital*. p. 150, Porto, 1930.
- (2) ÓSCAR RIBEIRO & J. R. GOMES — *Aplasia útero-anexial familiar*. Portugal Médico, Vol. XVI, p. 27, Porto, 1932.
- (3) C. SALAZAR DE SOUSA — *Manifestations rares d'une imperforation de l'hymen*. Archives de Médecine des Enfants, N.º 12, p. 721, Paris, 1934.
- (4) JOAQUIM MONTEIRO BASTOS — *Imperfuração do hímen. Rim único em ectopia lombar baixa*. Imprensa Médica, Ano III, N.º 12, p. 203, Lisboa, 1937.
- (5) CARLOS LOPES — *Raríssimo caso de ausência de hímen*. Portugal Médico, Vol. XXV, N.º 7, p. 301, Porto, 1942.
- (6) CARLOS LOPES & RAÚL TAVARES — *Nova observação de ausência de hímen*. Portugal Médico, Vol. XXIX, N.º 4, p. 149, Porto, 1945.
- (7) R. SOUSA SANTOS — *Acerca de três casos de malformação do aparelho genital feminino*, Portugal Médico, Vol. XXX, N.º 12, p. 466, Porto, 1946.



# MOVIMENTO NACIONAL

## REVISTAS E BOLETINS

ARQUIVO DE PATOLOGIA, Vol. XVIII, 1946 — N.º 2: *Ações organotrópicas das sulfonamidas*, por Miguel A. Mendes Alves; *Iconografia oncológica*.

**Ação organotrópica das sulfonamidas.** — Depois de, em introdução, expor as principais ideias emitidas sobre o mecanismo da acção bacteriostática das sulfonamidas, destacando a interferência nos processos metabólicos dos agentes infecciosos, sobretudo nos que dizem respeito ás funções da cozimase, passa em revista as acções das sulfonamidas sobre as funções dos organismos superiores, como o do homem. Dela infere que muitas de essas acções podem explicar-se pela interferência de estes medicamentos nas funções da nicotilamida, particularmente no campo do metabolismo dos hidratos de carbono. Analisando os trabalhos publicados sobre os resultados das associações das sulfonamidas com outros medicamentos, verifica que, também neste domínio, podem encontrar-se relações com os coenzimas de que a nicotinalamida faz parte.

Pelas experiências que fez em animais (rato e coelho) viu que a administração prévia de sulfanilamida diminue a actividade da insulina, defendendo-os das convulsões e da morte devidas a doses suficientes da insulina; e que a mesma droga, quer administrada por via subcutânea quer endovenosa, diminue a hipoglicémia provocada. Mostra que estes factos não podem atribuir-se a uma acção directa sobre a hormona, nem a produção de acidose. Tudo parece indicar que a acção anti-insulínica das sulfonamidas depende, pelo menos em parte, da perturbação nas funções da nicotilamida, em relação com o metabolismo dos hidratos de carbono.

No decurso das suas investigações, observou que a sulfonamida aumenta a toxicidade da papaverina e do álcool etílico, e não modifica a da coramina e do cardiazol.

COIMBRA MÉDICA, XIV, 1947 — N.º 3 (Março): *Derivações especiais em electrocardiografia*, por Luís M. da Costa Providência; *Cardiopatias e hipertiroidismo*, por M. Ramos Lopes.

**Derivações especiais em electrocardiografia.** — Até 1930 as únicas derivações usadas foram as clássicas, de Einthoven, embora houvesse estudos anteriores que procuraram o aproveitamento de outras. Reconheceu-se por vezes que essas derivações não são suficientes para elucidar certas lesões, por só darem informações sobre as diferenças de potências originadas pela acção cardíaca em globo, e não de determinada zona do miocárdio. Colocando-se os electrodos exploradores sobre a região precordial pode-se explorar a face anterior do coração, e para a



face posterior podem empregar-se os electrodos introduzidos com uma sonda esofágica. As derivações especiais são de grande utilidade para localizar os enfartes do miocárdio, principalmente; são também utilizáveis para melhor estudar os bloqueios de ramo e para indicar a ordem cronológica de activação dos ventrículos no síndrome de White-Parkinson-Wolf.

Expondo a teoria e a técnica das derivações torácicas e esofágicas, o A. descreve também as derivações unipolares das extremidades, e as suas relações com as derivações torácicas, e aponta os subsídios que dão ao melhor conhecimento de diversos estados patológicos.

**Cardiopatias e hipertiroidismo.** — São muito conhecidas as dependências em que o aparelho circulatório está do funcionamento da glândula tiroide. Recordando-as, o A. passa em revista os mecanismos de produção das perturbações que se observam nos hipertiroideus, e que são atribuíveis à sobrecarga de trabalho, à viciação do metabolismo, à acção tóxica de produtos intermediários do catabolismo glucídico, e à precipitação da fadiga do miocárdio pela exagerada sensibilidade à anoxémia. No ponto de vista clínico, expõe assim as dificuldades de diagnóstico:

Muitas vezes, é extremamente fácil considerar tireo-tóxicas as manifestações cardíacas dos doentes que vêm até nós. O bócio, a exoftalmia, os tremores, a cor rosada da pele, a sudação e hipertermia, a vivacidade intelectual, trazem a marca do hipertiroidismo. Porém, nem sempre assim acontece. Há doentes que nos consultam, sem bócio, sem exoftalmia, sem aspecto de hipertiroidismo e que simplesmente se queixam de sintomas cárdio-circulatórios. Referem dispneia, tosse, palpitações, debilidade, pontadas e edemas, tal como o faria outro qualquer doente. Examinámo-los e não encontrámos sinais de hipertiroidismo. E, como por outro lado, são evidentes os sintomas da afeção cardíaca, começámos a fazer uma terapêutica cardiotónica, deixando escapar o factor causal. É por isso que não é demais insistir sobre estes quadros.

Às vezes não se pensa em hipertiroidismo porque não encontramos taquicardia. E no entanto, como salienta Levine, não há que esperar taquicardia em todos os casos de tiróide tóxica. Sobretudo em homens o ritmo pode ser inferior a 80 ou 70/m. e haver hipertiroidismo.

Mais rara é a verificação de perturbações cardíacas tireo-tóxicas em presença de uma cifra de metabolismo basal considerada normal. Entretanto a tiroidectomia resolve a situação. Como compreender este facto? Há autores que admitem existir, nestes casos, uma viciação da secreção da tiróide, que passaria a fabricar, em excesso, uma hormona cardiotóxica, mas não hiper-metabolizante. Outros sustentam que não há necessidade de invocar tal distiroídia, e partem do princípio que existe realmente um hipertiroidismo relativo. Há doentes sem qualquer sintoma patológico, que apresentam uma taxa metabólica de  $-15$  ou  $-20\%$ . Quando um destes doentes passasse a apresentar uma taxa de  $+10$  ou  $+15\%$ ,



considerada normal, as manifestações tireo-tóxicas surgiriam, em correspondência com um hipermetabolismo relativo, indiscutível.

Portanto, nem a falta de taquicardia, nem uma taxa de metabolismo basal considerada normal, excluem, em absoluto, a etiologia tireo-tóxica de determinadas manifestações cardíacas.

Às vezes, certos doentes hipertiroideos são diagnosticados de astenia neuro-circulatória. A astenia neuro-circulatória ou síndrome do esforço é sobretudo um episódio da medicina castrense, conhecida desde a guerra da Sucessão e observada com extraordinária frequência nas duas últimas guerras. Era o «coração do Soldado», o «coração irritável» de Da Costa. Hoje, com a agitação e o dinamismo da vida moderna, é também um episódio de frequência relativa, na clínica civil. São doentes que se queixam da fadiga fácil, dispneia, dores pré-cordiais, palpitações, tremores, vertigens, suores.

Portanto a confusão pode parecer justificada, mas ao cardiologista experimentado não é difícil fazer a diagnose diferencial. Eis como, a este respeito, nos fala William Leaman. Diz ele: «É muito digno de nota que o doente com hipertiroidismo, no início, é optimista e se queixa muito pouco, ao passo que o da astenia neuro-circulatória é desencorajado e queixa-se constantemente de muitos sintomas vagos. O doente hipertiroideu é audaz, ambicioso, alerta e movimenta-se rapidamente, ao passo que o da astenia neuro-circulatória está constantemente exausto e tardo no movimentar-se. Na doença da tiróide o apetite é normal ou aumentado, ao passo que no síndrome do esforço é reduzido. No hipertiroideu a pele é quente, rósea, e de textura incomumente fina, ao passo que na astenia neuro-circulatória as extremidades são frias e úmidas, frequentemente cianóticas. Até a taquicardia difere nos dois estados: quando causada pela superactividade da tiróide, é duradoura e contínua, ao passo que na astenia neuro-circulatória é variável». E a este respeito salienta um autor:— Durante o sono a pulsação é normal na astenia neuro-circulatória, ao passo que no hipertiroidismo a taquicardia, ainda que menor, persiste todavia. Sabe-se que o quadro da astenia neuro-circulatória, se desencadeia como consequência do esgotamento físico ou mental e que parece depender de um fundo constitucional, muitas vezes neuropático. Crile faz depender este síndrome de uma hiperactividade supra-renal, afirmando obter bons resultados pela desinervação desta glândula, combinada, em certos casos, com a ressecção dos esplâncnicos.

Muitas vezes os doentes hipertiroideos são diagnosticados de cardiopatias valvulares. Na verdade é frequente a confusão com o aperto mitral e a insuficiência aórtica. Compreende-se.

O hipertiroidismo pode simular todo o síndrome do aperto mitral. Em ambas as situações há sintomas de afecção cardíaca, em ambas há reforço do 1.º ruído, em ambas temos sopros e podemos perceber um frémito. É certo que frémito e sopro são sistólicos no hipertiroidismo e pré-sistólicos no aperto mitral. Porém a taquicardia pode tornar difícil a



caracterização de um e outro. E muitas vezes esta simulação de aperto mitral pelo hipertiroidismo, vai tão longe que persiste no electrocardiograma e na radiografia do tórax: em ambas as afecções é corrente a fibrilação auricular e em ambas o coração pode apresentar a mesma imagem radiológica — exagero do arco médio do rebordo esquerdo e até saliência do arco da aurícula direita. Simplesmente, no hipertiroidismo, o exagero do arco médio do rebordo esquerdo, deve-se à saliência do cone da artéria pulmonar; no aperto mitral, deve-se à dilatação da aurícula esquerda. Quando — o que será raro — com todos estes elementos o diagnóstico diferencial se não faça, ou quando o factor tireo-tóxico se associe a um verdadeiro aperto mitral, de etiologia reumatismal, temos ainda o recurso da prova terapêutica. Instituída a digital em dose conveniente, há que esperar sempre uma boa resposta do aperto mitral puro. Se tal não acontece, isto é, se os sintomas de insuficiência são mal influenciados e, sobretudo, se o rimo ventricular se não torna mais lento, devemos pensar em tireo-toxicose, simples ou associada.

A confusão com a insuficiência aórtica ocorre também algumas vezes, o que compreendemos bem se nos lembrarmos de que no hipertiroidismo é vulgar a observação de um choque da ponta difuso e impulsivo, de um sopro aórtico, embora sistólico, e de sintomas arteriais em relação com o exagero da tensão diferencial, como a dança das artérias, o sinal de Musset, o pulso de Corrigan, o sinal da perna, o pulso capilar, etc.

Finalmente, em lesões bem diagnosticadas pode haver uma associação tireo-tóxica, difícil de destrinçar. Sobretudo quando o hipertiroidismo surge tardiamente, complicando cardiopatias antigas, ou exacerbando o sofrimento dos doentes com afecções cárdio-degenerativas próprias da idade avançada, como o são as cardiopatias hipertensiva e ertenocárdica. Às vezes é uma doente com hipertensão arterial, certo erectismo cárdíaco, emotividade fácil, nervosismo. Passa pèssimamente, mas o médico leva tudo à conta da sua hipertensão, ou invoca as perturbações próprias de menopausa, se a doente se encontra nessa idade. Outras vezes é um quadro anginoso intenso ou uma insuficiência cárdíaca irredutível.

Hamilton, descreveu cerca de 50 casos de insuficiência cárdíaca congestiva, de natureza comprovadamente tireo-tóxica, em que no entanto se não evidenciavam os sintomas comuns do hipertiroidismo, como bócio, exoftalmia, tremores ou nervosismo. E todavia este A. pode suspeitar e comprovar a verdadeira etiologia. Outro tanto conseguiremos nós se nos deixarmos guiar por pequenos sinais, que, quando valorizados à luz de um critério sensato, são a grande chave do diagnóstico etiológico. E é assim que: — se a taquicardia não responde como esperamos à digitalização; se encontrarmos uma história de perda de peso inexplicável, às vezes associada a um bom apetite; se surpreendemos uma vivacidade do nosso doente apesar do quadro franco de insuficiência; se descobrirmos uma pele húmida, quente ou pigmentada; devemos pensar em hipertiroidismo e fazer a determinação do metabolismo de base. Na insuficiên-





# PULMOSAL

PNEUMONIAS  
BRONCO-  
-PNEUMONIAS  
CONSTIPAÇÕES  
GRIPES

QUININA ANIDRA  
CANFORA DEXTROGIRA  
MENTOL  
ESSÊNCIAS  
ANTISSÉPTICAS

LABORATÓRIOS AZEVEDOS

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA



**NA FRAQUEZA  
GERAL E  
PSÍQUICA**



**EMONEURA**

MEDICAMENTO ALIMENTO

MEDICAMENTO ALIMENTO



DEPÓSITO GERAL:

**A.A.MOZ TEIXEIRA**

115-R. POÇO DOS NEGROS-117-TELEF. 63961-LISBOA



cia tirotoxicosa o metabolismo basal encontrar-se-á elevado, como aliás se pode encontrar na insuficiência cardíaca de outra etiologia. Simplesmente neste último caso, nunca os valores atingirão o nível que podem alcançar no hipertiroidismo. E de resto, se tivermos dúvidas, podemos achar meio de fazer a distinção entre o hipermetabolismo devido à insuficiência cardíaca e o resultante do hipertiroidismo, calculando a acção dinâmico-específica dos prótidos. Segundo Gibert-Queraltó, administrando 150 a 200 grs. de carne aos nossos doentes, provocamos uma descida de metabolismo basal nos descompensados cardíacos não hipertiroideos, e um aumento nos hipertiroideos. Levine valoriza ainda como factores distintivos da insuficiência cardíaca hipertiroidea, a determinação da velocidade circulatória e da taxa do colesterol. Insuficiência cardíaca congestiva com uma velocidade circulatória de 12 a 15 seg., isto é, normal, deve ser suspeita de tirotoxicosa, pois, caso contrário, encontraremos valores mais baixos, à roda de 20 seg. ou mesmo mais. Pelo que toca a colesterolemia, na insuficiência cardíaca ordinária sobe a roda dos 2 grs., ao passo que na tirotoxicosa os valores são normais ou inferiores (1,3 a 1,5 grs.  $\frac{0}{100}$ ).

Em resumo, a verificação de pequenos sinais de hipertiroidismo, de má resposta à digitalização, de boa velocidade circulatória — do lado da clínica — e de baixa do colesterol e hipermetabolismo — do lado do laboratório — devem levar-nos à suspeita da etiologia tirotoxicosa de qualquer quadro de insuficiência cardíaca. Ora, como a forma tiroidea e outras formas de cardiopatia, com frequência coexistem no mesmo indivíduo e os sintomas de hiperactividade da tiróide podem ser muito obscuros, é sobremaneira importante conhecer os meios de diagnóstico que servem para distinguir uma das outras.

Só o diagnóstico etiológico nos pode permitir uma perfeita orientação terapêutica. Esta é — diz-nos Levine — a matéria mais importante de todas as cardiopatias, pois compreende o grande grupo de casos em que a diferença entre um diagnóstico e tratamento exatos e um diagnóstico e tratamento erróneos é a mesma que há entre a invalidez crónica ou a morte e o restabelecimento da saúde e a vida.

O tratamento dos distúrbios circulatórios e complicações cardíacas da tirotoxicose é, fundamentalmente, o mesmo do próprio hipertiroidismo. Convém remover o factor etiológico antes de mais, muito embora se deva fazer em muitos casos, subsidiariamente, a terapêutica toni-cardíaca comum. Quer como fase preparatória para a intervenção cirúrgica, quer como tratamento exclusivo, temos que fazer aos nossos doentes tiro-cardíacos o tratamento médico do seu hipertiroidismo.

Esta terapêutica assenta em três pilares que são: o repouso físico e mental, o uso de uma alimentação racional e equilibrada, e o emprego de medicamentos frenadores da hiperactividade glandular.

O repouso físico e psíquico, quando, por uma colaboração franca dos nossos doentes, seja perfeitamente realizado, é, por si só, capaz de



melhorar extraordinariamente os quadros clínicos mais aparatosos. Muitas vezes, para tornar este repouso mais perfeito, teremos vantagem no uso de medicamentos sedantes.

Uma razão alimentar equilibrada, energéticamente rica e contendo os diversos princípios vitaminados, é também factor da mais alta importância, uma vez que o hipermetabolismo conduz a maiores necessidades energéticas e a variadas carências vitamínicas. Assim a vitamina A, como aliás diversos princípios contidos no complexo B, antagonizam os efeitos da tiroxina. Animais em que se produziu o hipertiroidismo experimental, não emagrecem enquanto recebem abundantes quantidades de complexo B. As vitaminas C e D seriam igualmente de utilidade no hipertiroidismo, a primeira corrigindo a creatinúria, a segunda regularizando o balanço do cálcio, perturbado nestes doentes.

Quanto aos frenadores da hiperfunção glandular lembraremos o iodo e a diodotirosina, mas ocupar-nos-emos simplesmente dos modernos quimioterápicos anti-tiroideos.

Foi Astwood quem pela primeira vez, há 4 anos, culminando uma série de trabalhos pessoais e de outros experimentadores, empregou no hipertiroidismo humano os sulfo-derivados da ureia. Desde 1928 que se conhecia a propriedade bociogénica de certos vegetais como o repolho e outras plantas do grupo das brássicas. Verificava-se que os animais alimentados com estes vegetais desenvolviam um bócio e depois se notou que, com a continuação, adquiriam sintomas de hipotiroidismo. Foi este conhecimento que constitui o ponto de partida de variadas pesquisas, a que se entregaram muitos experimentadores. Depois de ensaiarem, em animais de laboratório, os vegetais deste grupo e as suas sementes, usaram substâncias químicas diversas como o acetoneitrilo e a sulfaguanidina, que igualmente se revelaram possuidoras de actividade bociogénica e anti-tiroidea, conduzindo o seu uso prolongado ao mixedema destes animais.

Kennedy e seus colaboradores, verificam em 1941 que a actividade bociogénica das brássicas não é modificada pela administração de iodo, mas é totalmente inibida pela hipofisectomia. Cerca de um ano depois este mesmo autor consegue demonstrar que a actividade bociogénica destes vegetais se deve a uma substância química que é a tio-ureia, e é então que Astwood, a partir deste conhecimento, enceta um extenso trabalho relativo à eficácia anti-tiroidea de uma longa série de compostos derivados da tio-ureia e da anilina, ensaiados em ratos. Em seguida emprega estas substâncias no tratamento do hipertiroidismo humano, publicando em 1943 o relatório de 6 casos assim tratados. Desde então a experiência obtida com a tio-ureia e derivados, atinge alguns milhares de casos, muitos dos quais se encontram relatados e publicados.

A maneira porque estas drogas inibem a função da tiróide ao mesmo tempo que produzem hiperplasia da glândula, tem sido objecto de variadas investigações, aceitando-se ainda hoje a hipótese inicial de Astwood



segundo a qual estas substâncias inibem a formação de tiroxina ao nível da glândula. Dada a inter-relação tireo-hipofisária segundo a qual a hipófise estimula, por sua hormona tireotropa, o funcionamento da tiróide, ao mesmo tempo que a tiroxina actuando sobre a hipófise inibe a produção de hormona tireotropa, dada esta inter-relação, ao diminuir a formação de tiroxina, por acção das substâncias químicas que consideramos, a hipófise segrega uma maior quantidade de endocrino-estimulina tiroideia, a qual conduz a uma hiperplasia glandular.

É a prova de que as coisas se passam assim, está num certo número de factos: — 1.º Quando nos animais de laboratório se pratica a hipofisectomia, não se obtém esta hiperplasia glandular. 2.º O aspecto histológico da tiróide dos animais tratados por estas substâncias, é o mesmo das tiróides hiperplasiadas por virtude da injeção experimental da hormona tireotropa. 3.º Quando aos animais tratados por estas drogas, administramos tiroxina, esta inibe a produção da hormona tireotropa e a hiperplasia tiroidea reduz-se.

E como inibem estas substâncias anti-tiroideas, a formação de tiroxina? Em condições normais, a tiróide extrai dos iodetos, por acção de uma peroxidase, o iodo necessário para ser incorporado na tirosina e formar assim a diiodo-tirosina. Depois duas moléculas de diiodo-tirosina, unem-se para originar uma molécula de tiroxina. Ora, parece provado que os tio-derivados ureicos inibem o sistema peroxidásico encarregado de libertar o iodo a partir dos iodetos, impedindo assim a iodinação da tirosina e a formação ulterior de tiroxina. As sulfamidazinas não inibiriam a peroxidase, mas combinar-se-iam com o iodo libertado, impedindo-o de se unir à tirosina.

Tem sido muitas as drogas usadas como inibidoras da função tiroidea, desde a tio-ureia, ao ácido paramino-benzóico. De todas a mais experimentada tem sido o tio-uracilo, que se revelou também a mais eficaz.

O tio-uracilo é uma substância que se absorve muito facilmente por via digestiva, atingindo no sangue a máxima concentração 20 ou 30 minutos após a ingestão. Fixa-se nos glóbulos brancos e vermelhos, difunde com grande facilidade por todos os líquidos orgânicos, inclusivamente o líquido céfalo-raquideo, onde atinge uma concentração igual à do sangue. Fixa-se nos diversos órgãos e tecidos atingindo a maior concentração na medula óssea e zonas adenomatosas da tiróide.

Passa através do filtro placentar, atingindo no sangue fetal uma concentração igual a metade da do sangue materno, e existe, igualmente, no leite onde a sua concentração é três vezes superior à do sangue. Entretanto é preciso dizer que estas drogas têm sido administradas a hipertiroideas grávidas, sem que a gravidez e o parto deixem de ser normais, e sem que a criança apresente ao nascer, ou ulteriormente, qualquer anomalia do desenvolvimento. Num caso referiu-se aumento de volume da tiróide do recém-nascido, que regressou rapidamente pouco depois.



O tio-uracilo elimina-se sobretudo pela urina (70 %) começando a eliminação cerca de meia hora após a ingestão e atingindo o máximo durante a segunda hora.

Nesta travessia do organismo, o tio-uracilo e drogas similares, sofrem o poder destrutivo, aliás de pouca importância, dos sucos digestivos e tecidos orgânicos, podendo, por sua vez, determinar lesões discretas dos vários órgãos, evidenciadas clinicamente pelo aparecimento de reacções tóxicas, de que adiante trataremos.

Pelo que respeita aos efeitos clínicos, eles são quase sempre verdadeiramente espectaculares. O metabolismo cai para valores próximos do normal, melhora o nervosismo e a emotividade, modifica-se o quadro humoral, corrige-se o emagrecimento e as perturbações cardíacas. Existem, na literatura, descritos vários casos de normalização de fibrilações auriculares por acção exclusiva deste medicamento, e a esta série nós juntamos uma bela observação. A taquicardia, em alguns casos, é particularmente difícil de remover e, quanto à exoftalmia, diz-se que estas drogas anti-tiróideas não têm sobre ela qualquer efeito, ou quando o têm, esse efeito é agravador. Esta verificação, por si só interessantíssima, parece dar razão àqueles que dizem ser a exoftalmia um sintoma dependente de hipersecreção hipofisária de hormona tireotropa.

Pelo que respeita à dosagem destas substâncias, costuma usar-se a dose diária de 40 a 50 cgr. de metil-tio-uracilo, durante cerca de 2 semanas, mudando depois para 20 a 30 cgr. que se mantém até normalização do metabolismo. Recomendam-se por fim doses de manutenção à roda de 5 e 10 cgr. por dia.

A resposta terapêutica ao tio-uracilo, verifica-se em mais de 98 % dos casos, variando o período latente que decorre entre o início do tratamento e a resposta clínica, de alguns dias a cinco meses. Os doentes que mais resistem são os portadores de adenoma tóxico e os que fizeram, previamente, um tratamento pelo iodo. O iodo, aumentando as reservas de tiroxina da glândula, aumentaria assim a demora na resposta terapêutica.

A duração dos resultados obtidos após a suspensão do tratamento, não está definitivamente estabelecida. Muitos doentes continuaram bem depois da suspensão da droga, mas outros, sobretudo os doentes tratados por períodos menores que seis meses, tiveram recidivas do seu hipertiroidismo.

Às vezes, surgem no decorrer da medicação complicações de super-dosagem, conduzindo a sintomas de hipertiroidismo ou mixedema. Evitam-se facilmente, com uma dosificação correcta. As outras, mais interessantes, são manifestações tóxicas ou de intolerância medicamentosa, que actualmente se encontram bem estudadas em vários dos seus aspectos. Por um curioso inquérito realizado pela revista «The Journal of the American Medical Association» junto de vários hospitais norte-americanos e um hospital londrino, em que foram reunidos 1091 casos bem



**·Aparelhos de Electro-medicina  
«Purtschert» e «Belmag» — Suíça**

**PARA ENTREGA IMEDIATA:**

**Diatermias, Radioscopos, Electro-cirurgia, Electrochques, Pantostatos, Ultra-violetas, Lampadas de luz sem sombra, Corte de aderências Maurer, etc., etc.**

**Mobiliário para Hospitais, Maternidades, Casas de Saúde, Casas do Povo, Consultórios, etc.**

**Instrumentos cirurgicos, seringas, agulhas, luvas, etc.**

Representação de especialidades farmacêuticas dos:

**Laboratórios da Farmácia Andrade — Lisboa**

**Laboratórios de Vacinas do Dr. Matos Beja — Coimbra**

**Laboratórios Lux — Coimbra**



**MARTINHO & C.<sup>A</sup>, L.<sup>DA</sup>**

Exposição e vendas:

**Rua da Fábrica, 74 — Tr. da Fábrica, 1 a 9**

Escritório e propaganda:

**Tr. da Fábrica, 13-2.º (c/ elevador)**

**TELEFONE, P. B. X. 27583 — End. Teleg. MARTICA — PORTO**





## ESPECIFICO DA SARNA

*Feliz combinação de:*

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

*Ex.<sup>mo</sup> Senhor Doutor*

*Os incomodativos aracnídios 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.<sup>a</sup>*

---

# LABORATÓRIO PEDROSO

Sob a Direcção Técnica de ISAURA FIGUEIREDO FONSECA

Licenciada em Farmácia

## COVILHÃ



documentados, verifica-se que estas reacções surgem em cerca de 10 0/0 dos doentes tratados.

Febre, cefaleias, artralgias, náuseas, vômitos, diarreia, icterícia, hematuria, albuminúria, cristalúria, edema dos membros inferiores, urticária, exantemas, conjuntivite, tumefacções glandulares, linfadenopatia, síndrome de Mikulicz, esplenomegália, manifestações psicóticas, leucopénia, tudo foram manifestações observadas nesses ou noutros doentes, de carácter benigno, dominadas pela suspensão ou redução do medicamento.

Outro tanto porém não acontece com a única manifestação grave — a agranulocitose. Esta complicação, ainda que rara (1,80/0), reveste-se de especial gravidade, tendo uma parte dos doentes em que ela se registou falecido em curto prazo. Precisamos por isso de estar prevenidos contra a agranulocitose, controlando o tratamento feito com fórmulas leucocitárias e contagens de glóbulos, semanais ou bi-semanais. Na estatística apresentada por «The Journal» verificou-se que o «período de máximo perigo» ou «período de máxima incidência neutropénica», é o que vai da quarta à oitava semana do tratamento. Neste período, sobretudo, devemos estar àlerta. Todavia é necessário saber que principalmente em doentes anteriormente tratados com tio-uracilo este período do máximo perigo pode ser precipitado, ocorrendo na segunda ou terceira semana.

Declarada a agranulocitose devemos suspender imediatamente a droga e dar penicilina em doses altas, à roda de 500 mil unidades por dia. Evitamos que o nosso doente sucumba, vítima de infecções variadas, enquanto a medula não reage e produz os granulócitos necessários à defesa biológica do organismo.

Hoje com derivados dia a dia menos tóxicos e mais activos, permitindo, por isso, uma menor dosagem, diminuíram os perigos da agranulocitose. E se a taxa de mortalidade, referida ao conjunto dos casos, era até aqui de menos de meio por cento, menor se tornará com o rodar dos anos, não constituindo esta complicação, e muito menos as anteriormente citadas, um obstáculo à medicação anti-tiroidea, pelos sulfoderivados de ureia.

CLÍNICA, HIGIENE E HIDROLOGIA, XIII, 1947. — N.º 4 (Abril): *Problemas da alimentação*, por J. A. Maia Loureiro; *Problemas médico-sociais da alimentação*, por Celestino Maia; *Pereira Salgado*, por Armando Narciso. N.º 6 (Maio): *Água carbonatada sulfatada sódica de Moamba*, por Armando Narciso; *A obesidade nas estâncias termais*, por Amaro de Almeida; *As termas dos Cucos e as suas indicações terapêuticas*, por Neiva Vieira; *O Prof. Egas Moniz na Reunião Internacional de Neuro-cirurgia*, por Armando Narciso. N.º 6 (Junho): *O Gerês e as suas termas*, por Celestino Maia. N.º 7 (Julho): *A Suíça e as suas tradições médicas*, por A. Narciso; *A Academia Suíça das Ciências Médicas*, por C. Wegelin; *Reflexões sobre o diagnóstico e o tratamento cirúrgico das sequelas da pericardite*, por P. Decker; *Do mecanismo patogénico e da*



*localização na forma aguda da doença de Sudeck*, por A. Jentzer; *A pneumonia intersticial de plasmocitos no recém-nascido prematuro*, por F. Roulet.

**Problemas da alimentação.**—Na ciência da nutrição há duas questões a distinguir: a qualitativa e a quantitativa. Tem-se procurado determinar os mínimos de cada um dos componentes da ração alimentar (prótidos, glúcidos, lípidos, água, iões minerais e vitaminas), os quais variam com as espécies animais e para cada uma com vários factores, principalmente com a idade. Esta noção dos mínimos indispensáveis está, porém, ligada à questão das relações entre os diversos componentes da dieta, pois os valores de cada um variarão com as quantidades dos outros; questão ainda cheia de incertezas. E o que sucede para os valores mínimos sucede para os valores óptimos, cuja determinação é muito difícil fazer-se experimentalmente. No ponto de vista quantitativo há uma noção global muito clara, que é a do valor energético da ração, expresso em calorias; mas, passando às quantidades dos 3 grandes componentes da dieta, o caso é mais complicado, pois com excepção da matéria azotada, são até certo ponto intersubstituíveis. No entanto, as cifras estabelecidas geralmente como constituintes de uma ração equilibrada parecem estar dentro das necessidades orgânicas. E, pelo que respeita aos iões minerais e às vitaminas, os estudos modernos mostraram a necessidade de certas quantidades de estes elementos para a normalidade nutritiva. Finalmente, vem o problema dos condimentos e excitantes, que desempenham um papel importante na digestão a juntar-se ao exercido pela proveniência e qualidade dos alimentos.

**Farinha, pão e ácido fítico.**—Escrevendo sobre os «problemas médico-sociais da alimentação», a propósito das determinações das autoridades inglesas a respeito da farinha para o pão, o A. expõe as comparações entre o valor nutritivo da farinha trigueira e da farinha branca. A primeira mais rica em proteínas, em sais de cálcio, de ferro e magnésio, em compostos fosforados e em vitaminas E do grupo B; portanto, com mais elementos nutritivos, o que levou a adoptá-las. Verificou-se, porém, que são mais ricas em ácido fítico, substância que insolubiliza os sais de cálcio e de ferro, exercendo assim uma acção prejudicial, principalmente na infância. O A., estudando a riqueza em ácido fítico das farinhas e do pão usado na Ilha da Madeira, confirma o facto de a destruição de ácido fítico, pela panificação, ser maior no pão fino do que no pão grosseiro. O problema da extracção da farinha para fabricação do pão é complexo, e está na ordem do dia em face das investigações de este género e da falta de cereal suficiente para abastecimento das populações.

BOLETIM CLÍNICO DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA.—N.º 29-30 (Março-Junho de 1946): *Tratamento das apendicites agudas*, por Domingos Bentes Pimenta; *A bilirrubinémia no diagnóstico das hemorragias cerebrais*, por Vasco de Sousa Chichorro; *Novo caso de doença de Lutz-Jeanselme*, por J. Paiva Chaves.



**Tratamento das apendicites agudas.** — O A. justifica tratar de um assunto tão conhecido por, apesar de todos os progressos, a mortalidade por apendicite aguda ser ainda, em valor absoluto, das mais elevadas entre as afecções cirúrgicas agudas do ventre. De 1935 a 1939, nos Hospitais da Universidade de Minesota as percentagens de mortalidade variaram entre 0,8 para as apendicites sem extensão extra-apendicular a 19,1 para os casos de peritonite difusa, com uma média geral de 7,72. A última estatística publicada, do Hospital de S. José, relativa a 1943 e a 647 casos, apresenta os seguintes números: Apendicites sem extensão extra-apendicular — 0,59 por cento; Com extensão extra-apendicular do processo — 6,13; Com perfuração simples — 2,9; Com abscesso — 6,5; Com peritonite difusa — 9 por cento.

Justifica ainda a apresentação da sua estatística de cirurgião do Banco do Hospital, contendo apenas 168 casos, pelo significado que decorre de os doentes haverem sido tratados todos segundo o mesmo critério e terem sido operados dentro de curto espaço de tempo, portanto com paridade de condições, podendo assim apreciar-se o resultado obtido pelo procedimento clínico adoptado.

Por estas razões, tem interesse a leitura de este trabalho, que não pode resumir-se; pelo que passamos a transcrevê-lo.

« — No nosso trabalho adoptaremos como classificação das apendicites agudas sensivelmente aquela que é actualmente seguida no Banco do Hospital de S. José. O critério em que ela se fundamenta é: classificar as apendicites que não apresentavam lesões extra-apendiculares apreciáveis, conforme a natureza das suas lesões histo-patológicas e, pelo que diz respeito aquelas que eram acompanhadas de extensão extra-apendicular intensa do processo, segundo a natureza anotomo-patológica dessa extensão, independentemente da natureza das lesões apendiculares.

Por sua vez dividiremos as apendicites simples, isto é, sem lesões extra-apendiculares em: apendicites superficiais, apendicites fleimonosas e apendicites gangrenosas. Como apendicites superficiais consideraremos aquelas cujo exame histo-patológico só revelou a existência de lesões da da camada mucosa. Como apendicites fleimonosas aquelas que apresentavam lesões não só mucosas como das outras camadas, no sentido purulento. Como apendicites gangrenosas aquelas que apresentavam lesões apreciáveis de necrose dos tecidos apendiculares, mas não acompanhadas de perfuração ou peritonite.

Pelo que diz respeito às apendicites com extensão extra-apendicular do processo, dividi-las-emos em 3 categorias: com perfuração simples, com peritonite localizada e com peritonite difusa. Como apendicite com perfuração simples consideraremos aquelas em que, por falta de tempo, ou pela perfuração ter sido defendida com aderências, não havia abscesso ou peritonite difusa constituídos. Como apendicites com peritonite localizada consideraremos dois tipos: as com peritonite localizada plástica ou



fibro-adesiva e aquelas com abscesso. Como apendicites com peritonite difusa só consideraremos aquelas que eram acompanhadas de grande exsudato purulento ou sero-purulento livre na grande cavidade peritoneal e que, ao mesmo tempo, apresentavam evidentes sinais inflamatórios difusos pela serosa peritoneal, quer parietal, quer visceral.

De acordo com essa classificação, apresentaremos no quadro que se segue a estatística dos casos clínicos que se serviram de base a este nosso trabalho:

	N.º de casos	Mortalidade
A) Apendicites sem extensão extra-apendicular . . . . .	101	0
a) Apendicites superficiais . . . . .	58	0
q) Apendicites fleimonosas . . . . .	40	0
c) Apendicites gangrenosas . . . . .	3	0
B) Apendicites com extensão extra-apendicular . . . . .	67	1,47 %
a) com perfuração simples . . . . .	7	0
b) com peritonite localizada plástica . . . . .	4	0
c) Apendicites com abscesso . . . . .	26	0
d) Apendicites com peritonite difusa . . . . .	30	3,33 %
Total . . . . .	168	0,59 %

Desde que Dieulafoy negou a existência dum tratamento médico, que fosse curativo, para as apendicites agudas, mantém-se de pé universalmente, como regra soberana, que só o tratamento operatório é verdadeiramente eficaz, não passando os métodos médicos de simples adjuvantes muito embora de grande valor. A aceitação por todos os cirurgiões desse princípio não significa, todavia, que não haja entre eles, ainda na actualidade, muitas discordâncias, as quais revestem a maior importância em relação aos bons resultados que se possam obter. Reportam-se essas diversidades de opinião ou diferentes critérios a vários problemas tais como: a oportunidade da intervenção, a escolha da anestesia, as regras a que deve obedecer a operação, o valor e modo de empregar os diferentes processos de tratamento médico — problemas êsses que iremos sucessivamente analisar à face da nossa experiência, guardando para o fim da exposição as complicações que tivemos e o tempo de hospitalização dos doentes.

**OPORTUNIDADE DA INTERVENÇÃO.** — O momento em que se deve praticar a operação depende, acima de tudo, do diagnóstico, do horário da crise e da forma anatomo-clínica da apendicite — assuntos esses que, por sua vez, iremos analisar respectiva e sucessivamente.

a) *Diagnóstico* — A certeza do diagnóstico pré-operatório é de importância capital para uma boa terapêutica das apendicites agudas, mas, infelizmente, o problema desse diagnóstico é muitas vezes erissado de grandes dificuldades, porquanto essa afecção não tem sinais patognomônicos, ou, mesmo mais modestamente, sinais que lhe sejam próprios e, além disso sendo dado o extraordinário polimorfismo do seu quadro clínico, o qual, algumas ocasiões chega, inclusivé, a ser irremediavelmente



# NESTLÉ APRESENTA A V. EX.<sup>A</sup> UM NOVO PRODUTO DIETÉTICO

## Pelargon

LEITE EM PÓ COMPLETO, ACIDIFICADO E  
ADICIONADO DE HIDRATOS DE CARBONO

### ANÁLISE-TIPO

Matéria gorda . . . . .	17,0 %	Maltose-dextrina . . . . .	12,5 %
Matérias proteicas . . . . .	16,5 %	Amido . . . . .	8,5 %
Lactose . . . . .	23,5 %	Substâncias minerais . . . . .	4,3 %
Sacarose . . . . .	12,5 %	Ácido láctico . . . . .	2,2 %
	Água . . . . .		3,0 %

100 grs. de PELARGON=460 calorías

**DEFINIÇÃO:** O PELARGON (rótulo vermelho) é preparado com leite completo especialmente seleccionado, pasteurizado, acidificado em média a 0,5 % com ácido láctico, homogeneizado e adicionado de 2 % de farinha e 5 % de açúcares (2,5 % de sacarose + 2,5 % de açúcar nutritivo).

**INDICAÇÕES:** O PELARGON é especialmente indicado para a alimentação regular ou mista do lactente são desde a nascença; para os prematuros, vomitadores, hipotrópicos e para o tratamento de certas perturbações digestivas.

**VANTAGENS:** Elevada pureza bacteriológica. Acidificação feita com precisão, de maneira que a caseína, exactamente descalcificada, resulta directamente acessível à acção enzimática.

Composição constante e preparação fácil.

## SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS

LISBOA

AVANCA

PORTO



MEDICAÇÃO CARDIO-TÓNICA  
**CARDIO-SISTOLINA**

INJECTÁVEL

Sulfato de Estricnina  
Sulfato de Esparteína



MEDICAÇÃO EXCITOMOTORA  
E ANTIESPASMÓDICA

**ESTRICNO-CÂNFORA**

INJECTÁVEL

Estricnina  
Cânfora  
Eter etílico  
Azeite neutro

COMBINAÇÃO ORGÂNICA DE  
IODO TITULADA A 5 CENTI-  
GRS. POR 20 GOTAS NORMAIS

**I O D A L O S A**

N. R. N.º 34 194



TÓNICO DO CORAÇÃO E DO  
CÉREBRO

**KOLA S. THOMÉ**

Sacareto aromatizado de extrato integral  
de noz de kola, titulado a 1 centigr. de  
caféina por colher de chá.

ANESTESIA LOCAL, ANESTESIA REGIONAL

**ADRENOCAINA**

Novocaína, Adrenalina,  $SO_4K_2$

MEDICAMENTOS  
PORTUGUESES



TOTALIDADE DOS ALCALÓIDES DO ÓPIO

**N A R C O T Y L**

SOB A FORMA DE CLORIDRATOS



MEDICAÇÃO HIPNÓTICA E ADJUVANTE DA ANESTESIA GERAL

**A T R O P O M O R F I N A**

Cloridrato de Morfina  
Sulfato de Atropina



AMOSTRAS PARA ENSAIO : RUA BERNARDO LIMA, 50 — LISBOA



enganador. Não entrando na análise dos diferentes elementos que dispomos para fazer esse diagnóstico em face das numerosas afecções agudas, quer abdominais, quer extra-abdominais, com as quais as apendicites agudas se podem confundir — matéria que não constitui assunto deste nosso trabalho e que, além disso, é de todos bem conhecida — limitar-nos-emos, em tal capítulo, a citar os erros de diagnóstico que praticámos em alguns dos nossos doentes :

1.º Consideramos como peritonite difusa de origem apendicular uma peritonite pneumocócica numa criança em que o quadro clínico juntamente com uma história de diarreia persistente nos devia ter levado à suspeita desse último diagnóstico, com alguma convicção.

2.º Consideramos como peritonite difusa de origem apendicular um outro caso em que a fonte dessa peritonite era uma colecistite aguda não perfurada.

3.º O erro de diagnóstico que praticámos mais vezes, e que em algumas circunstâncias não sabemos como remediar no futuro, foi aquele com a úlcera perfurada do estômago em peritoneu livre. Assim, consideramos como úlcera perfurada dois casos em que, na realidade se tratava de apendicites agudas com peritonite difusa, nos quais havia uma maior localização da dor, espontânea e provocada pela palpação, ao epigastro, e em que a defesa muscular era mais intensa a esse nível. Por outro lado, diagnosticamos de apendicite aguda uma situação de úlcera perfurada do estômago em que não havia antecedentes de sofrimento gástrico e em que as dores se localizavam igualmente no epigastro e na fossa ilíaca direita e em que a defesa muscular era mais intensa a esse nível.

4.º Diagnosticamos como perfuração de apendicite um caso de perfuração tífica numa febre tifóide ambulatória, em que a doença só se manifestou claramente ao doente pela dor aguda produzida pela perfuração. Este caso foi muito interessante não só por esse facto, mas também porque o diagnóstico no decurso da operação foi facilitado, na ausência de sinais de apendicite, pela presença duma grande lombriga na cavidade peritoneal. Além disso, tratava-se duma dupla perfuração do íleon, cujo diagnóstico «de certeza» foi feito, antes que as análises serológicas o tivessem posto em evidência, pelo exame histo-patológico dum gânglio mesentérico, a cuja biopsia se procedeu no decurso do acto cirúrgico. Para o interesse deste caso ser completo, este doente saiu do hospital curado da peritonite e da febre tifóide.

5.º O caso da autópsia n.º 286, que revelou tratar-se dum hematoma retro-peritoneal por ruptura dum aneurisma da aorta abdominal, junto da saída da arteria renal direita, em que também fizemos o diagnóstico pré-operatório de apendicite aguda. A exploração do ventre não revelou as lesões apendiculares que esperávamos encontrar, mas sim o hematoma retro-peritoneal, que abrimos e tamponamos, não nos tendo sido possível continuar a operação em consequência do estado geral do doente se ter mostrado, nessa altura, incompatível com tal.



6.º Doente que nos foi enviado do Manicómio com o diagnóstico de apendicite aguda e que tinha, afinal de contas, um hematoma em via de supuração da bainha do recto direito do abdomen. Este caso parece-me também ter interesse para os psiquiatras porque esse hematoma tinha sido provocado pela rotura completa do músculo recto em seguida a uma sessão de electro-choque — facto que só depois da intervenção pudemos averiguar.

7.º Consideramos como peritonite difusa de origem pielo-renal um caso de apendicite aguda em que esta evoluiu conjuntamente com uma pielo-nefrite e na qual os sintomas eram mais intensos nos quadrantes esquerdos do ventre.

8.º Diagnosticamos como peri-colite esquerda supurada um caso de peritonite de origem apendicular em que os sintomas subjectivos e objectivos eram, dum modo claro, muito mais marcados também nos quadrantes esquerdos do ventre.

Tirando estes casos, que puderam ser controlados cirurgicamente, aceitamos a hipótese de ter praticado mais alguns erros de diagnóstico em doentes que deixamos de operar e que não pudemos controlar por impossibilidade prática de seguirmos a evolução clínica de todos aqueles que nos passam pelas mãos durante o serviço no Banco e cujo destino é ou não serem internados ou serem hospitalizados em serviços diferentes do nosso.

Ainda a propósito do diagnóstico julgamos interessante mencionar que durante o estudo dos doentes que figuram no nosso trabalho tivemos ocasião de verificar que, com relativa frequência, houve discordância entre os valores do quadro hemático e a forma anatómica da apendicite. Assim, operamos doentes com formas graves e alguns, mesmo, com supuração intensa em que as leucocitoses e neutrofilias eram muito moderadas, ao passo que outros com formas das mais benignas apresentavam leucocitoses e neutrofilias muito grandes. Por esse facto, fomos levados a concluir que não devemos fazer depender, com demasiado exclusivismo, o critério da intervenção da análise do sangue, pois esta é, pelo menos, tão falível como o próprio exame clínico.

b) *Horário da crise* — O tempo que medeia entre o início da crise da apendicite e a primeira observação pelo cirurgião desempenha a maior importância não só pelo que diz respeito à oportunidade da intervenção cirúrgica, mas inclusivé às particularidades da intervenção e ao próprio prognóstico.

É clássico separar, pelo que diz respeito a esses problemas, as apendicites agudas vistas nas primeiras 24 a 36 horas e aquelas passadas desse horário. Muito embora essa classificação tenha bastante de artificial, aceitamos a sua importância atendendo a que sob o ponto de vista prático ela marca a diferença, respectivamente, antre aqueles casos em que, a maioria das vezes, a doença se mantém localizada ao apêndice e aqueles outros em que já existem bastantes probabilidades da infecção



sê ter propagado, de maneira sensível, ás estruturas peri-ependiculares, e até a todo o peritoneu — com a inerente gravidade duma forte repercussão geral do organismo.

No primeiro caso, isto é, nos doentes vistos precocemente só há uma atitude a tomar: operar imediatamente, pois só actuando desta forma podemos, na grande maioria dos casos, ou suprimir a doença ou evitar muitas das suas graves complicações, ou pelo menos, actuar sobre estas na sua fase inicial e, por consequência, com muito mais probabilidades de êxito.

Infelizmente, pele que diz respeito aos nossos casos clínicos, tivemos ocasião de verificar que muitos doentes só nos chegaram às mãos tardiamente — sinal de que toda a propaganda que se tem feito entre os médicos e o público, respeitante à necessidade de enviar inicialmente ao cirurgião todo o doente suspeito de apendicite aguda, não tem produzido entre nós todos os seus frutos, donde resulta não só uma maior mortalidade mas também um tempo de hospitalização e de sofrimento mais prolongados. Para comprovarmos essas afirmações mencionaremos que o único doente da nossa estatística que morreu (um caso de peritonite difusa purulenta) só foi por nós visto 4 dias depois do início da crise; e além disso, citaremos os seguintes números: — Doentes operados com menos de 36 horas de crise: — 55, com uma média de 11,5 dias de hospitalização; doentes operados com mais de 36 horas de crise — 113 com uma média de 18,9 dias de hospitalização.

Pelo que diz respeito aos doentes vistos pela 1.<sup>a</sup> vez passadas 36 horas do início da crise, pensamos que não se deve adoptar uma atitude intervencionista standardizada, mas que temos necessidade de ser um pouco mais ecléticos, variando o critério de maior ou menor urgência da intervenção conforme a forma anátomo-clínica da apendicite.

c) *Forma anátomoclínica* — Sob este ponto de vista iremos considerar em separado, conforme se trata de doentes sem sinais clínicos de extensão extra-ependicular do processo ou de doentes com sinais clínicos de lesões extra-ependiculares—peritonites localizadas ou difusas.

1) Doentes sem sinais de lesão extra-ependicular. Devemos operar imediatamente, por sistema, pelas mesmas razões que naqueles vistos antes das primeiras 36 horas.

2) Doentes com sinais de peritonite localizada. Existem duas formas anatomo-clínicas que devem ser consideradas separadamente:

3) Com peritonite localizada plástica ou fibro-adesiva. São as formas que se traduzem clinicamente pela existência à palpação dum empastamento ou «plastron» e pela ausência de sinais de supuração e e hematologicamente por leucocitoses e neutrofilias pouco elevadas. Nestas formas o ideal é praticar a operação retardada porque a operação imediata não só muitas vezes é de grande dificuldade técnica, como arrisca ao perigo de difusão da infecção a todo o peritoneu, vísceras intra-abdominaes e tecido celular retro-peritoneal. Essa espera, visando



o resfriamento ou absorção da peri-apendicite, só se deve realizar sob condição de tratamento médico (repouso, gelo, morfina, etc.) e da maior vigilância clínica e laboratorial, para, dessa maneira, sempre que se notem sinais de agravamento do processo, recorrer então à operação imediata e, dessa forma, evitar que o processo chegue à difusão peritoneal. Na nossa estatística só figuram quatro doentes com este tipo de apencites, muito embora tenhamos visto mais alguns, que todavia não operamos em consequência de terem seguido para outros serviços hospitalares.

4) Com abcesso peri-apendicular. A indicação é operar o mais precocemente possível sempre que uma apendicite dê sinais de existência duma supuração coléctada, porque só com essa atitude poderemos ter garantias de evitar que o pús rompa a barreira de defeza peritoneal. Nestas circunstâncias a operação deve visar, acima de tudo, a simples drenagem do abcesso. Todavia, pensamos que só há vantagem em praticar, concomitantemente, a apendicectomia, sob a restrição dessa exêrese do apendice não implicar a prática de manobras que arrisquem a difundir o processo. Procedendo desta última maneira, evitamos supurações demasiadamente prolongadas pelo local da drenagem, fistulas e algumas vezes novas intervenções cirúrgicas. Dos 26 doentes com abcessos peri-apendiculares que constam da nossa estatística só em 8 deles não praticamos a apendicectomia. Por isso, só tivemos um caso de fístula que teve necessidade de ser operada para se curar. Por outro lado nenhum deles evoluiu para a difusão peritoneal.

5) Com peritonite difusa. As peritonites difusas de origem apendicular, pela considerável mortalidade que ainda recentemente têm acarretado (cerca de 18 a 20% em algumas estatísticas), e pela sua grande frequência (que chega a 30% de todas as formas de apendicite em algumas dessas estatísticas), constituem sem dúvida alguma a mais grave das formas ou complicações das apendicites agudas. O seu tratamento, encerra ainda na actualidade, problemas acêrca dos quais se dividem bastante os critérios dos diversos cirurgiões, particularmente pelo que diz respeito à melhor oportunidade de se praticar a operação. Assim, ao lado dum grande número de cirurgiões que são sistematicamente partidários da intervenção imediata, com o fim de suprimir o apendice — causa e fonte da infecção peritoneal —, existem outros, principalmente na América do Norte e Inglaterra, que pensam que a operação feita retardadamente, depois de conveniente e cuidado tratamento médico — a chamada técnica retardada de Ochsner — é de superiores resultados, sobretudo nas peritonites por perfuração.

Os que seguem esta última escola admitem que o destino dos doentes com peritonites difusas depende acima de tudo da habilidade das defesas naturais do seu organismo em combater a infecção. Nessa ordem de ideias, pensam que o que é de importância primária é fornecer ao organismo as melhores condições para ele combater essa infecção, a sua difusão e inerentes consequências, principalmente a toxémia, só se



# DI-SULFA-«LAB»

Sulfatiazol {  
Sulfadiazina { ã ã 0,25 grs. por comprimido

Tubos de 20 comprimidos — 30\$00

Poder terapêutico equivalente à soma dos componentes,  
toxicidade notavelmente reduzida, segundo o quadro seguinte:

	Cristaluria	Toxicidade renal	Febre
Sulfatiazol . . .	70 % . . .	3 a 5 %	10 %
Sulfadiazina. . .	29 % . . .	3 a 5 %	2,4 %
Di-Sulfa-Lab . . .	7 % . . .	0	1,4 %

*É um produto dos* LABORATÓRIOS «LAB»

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

Avenida Alferes Malheiro, 99 — LISBOA — Norte



# Quinarrhenina

ANEMIAS  
PALUDISMO  
OU  
SEZÕES  
CONVALESCENÇAS  
DIFÍCEIS, ETC.

ELIXIR — GRANULADO

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

---

## XAROPE GAMA DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO

---

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

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

---

## 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. :: ::

---

## IODOLOSE "GAMA,"

●

Combinação orgânica de iodo e peptona de carne, usada há longo tempo por numerosos clínicos  
~~~~~ que a preferem a outras similares. ~~~~~

---

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



devendo praticar a operação depois da infecção estar localizada, pois a operação imediata seria mais uma causa de depressão do estado geral dos doentes, o qual, nestas condições, é, geralmente, bastante precário. O tratamento pelo método de Ochsner bate, em algumas estatísticas, os resultados de outros em que foi praticada a operação precoce e afirma-se mesmo que tem permitido salvar doentes duma forma quase milagrosa.

Pela nossa parte, seguimos o critério de actuar diferentemente conforme nos encontramos em presença de doentes ainda numa fase não muito adiantada da sua peritonite ou então de doentes vistos já muito tardiamente.

Nas primeiras circunstâncias, actuamos cirurgicamente com a maior precocidade, fundamentados em que só a laparotomia nos permite fazer um diagnóstico com segurança e, além disso, em que só a supressão do apêndice e, muitas vezes, a drenagem conveniente, nos permite evitar que a peritonite se estenda aos andares superiores do ventre — factor da máxima gravidade. Em todo o caso só praticamos a intervenção cirúrgica depois de, mediante um tratamento médico conveniente e rápido, termos posto os doentes em condições de suportar bem essa intervenção. Consiste esse tratamento médico em: aquecimento, tonificação cardíaca enérgica, ministração de soros em dose alta, transfusão de plasma sanguíneo (sempre que for possível), morfina em dose alta e aspiração do conteúdo gástrico e intestinal quando em presença de grande distensão do ventre. Actuámos com esta técnica de intervenção imediata em 29 dos nossos doentes, dos quais só um faleceu. Tratava-se dum caso com 4 dias de evolução em que a operação decorreu normalmente e sem shock considerável, tendo o doente sido drenado e recebido dose alta de sulfamida intra-peritoneal. O seu falecimento deu-se 4 dias depois de ser operado, tendo a autópsia revelado simplesmente como causa da morte: «peritonite difusa purulenta (cerca de 1 litro de exsudato purulento na na grande cavidade peritoneal).»

Nos doentes vistos já muito tardiamente, em estado muito adiantado da sua peritonite, e, conseqüentemente, com condições gerais que nos pareçam incompatíveis com a intervenção, devemos recorrer ao método de Ochsner, sob condição de grande vigilância. Se no decurso desse tratamento verificamos que o estado geral do doente melhora, de forma a parecer já compatível com a operação, e, por outro lado, o estado local não melhora correspondentemente, devemos recorrer logo à intervenção. Pelo contrário, se os estados geral e local forem melhorando duma forma sincrónica, devemos esperar até à completa reabsorção ou localização da peritonite, e só então devemos praticar a exérese do apêndice, a qual, todavia, nunca deve deixar de se fazer, pois, caso contrário, arriscaríamos o doente à contingência de ter novas crises futuras.

Pelo que diz respeito aos casos que fazem parte deste nosso trabalho, só tivemos um em que praticamos a técnica retardada. «Tratava-se



dum rapaz de 11 anos cujo estado geral precário nos pareceu incompatível com a operação, muito embora tivéssemos pôsto em prática um tratamento médico enérgico durante o tempo que estivemos de serviço no Banco. Resolvemos optar pela técnica de Ochsner, com tantas mais razões porquanto o doente apresentava inicialmente uma sintomatologia mais marcada no hipocondrio esquerdo, a qual juntamente com um passado de perturbações intestinais intensas, nos levou a admitir a hipótese da peritonite ter tido origem numa colite. Com o tratamento médico o doente foi melhorando progressivamente de tal forma que, quando o operamos—18 dias depois de o termos observado a primeira vez—, todas as lesões consistiam apenas em alterações do tipo destrutivo duma parte do apêndice e num certo grau, não muito acentuado, de peri-apêndice fibro-adesiva. Quer dizer, em última análise: a peritonite difusa tinha-se reabsorvido quase totalmente, sòmente com a ajuda do tratamento médico e o doente teve alta, completamente curado, cerca de 10 dias depois da operação.

**ANESTESIA** — As anestésias que usamos nos nossos operados foram a raqui-novocaina e a geral pelo éter. Não praticamos vez alguma, só por si, a local pela novocaina, porque pensamos que em matéria de apêndices agudas — ao contrário do que sucede com as crónicas — essa anestesia não permite uma boa exploração do ventre e tratamento das lesões. A raqui-anestesia foi empregada em 85 doentes — naqueles em que o exame clínico e tensional nos forneceu elementos para julgarmos que ainda tinham o seu aparelho cardio-vascular com a reserva de energia suficiente para restaurar a queda de pressão sistólica inerente à fase inicial dessa anestesia. Só em quatro desses doentes tivemos insucesso e em três sucesso incompleto, pelo que se tornou necessário associar a essa espécie de anestesia, respectivamente a geral pelo éter e a local pela novocaina. Em todos os nossos casos desta estatística não tivemos quaisquer acidentes ou complicações anestésicas, que tivessem sido graves ou sejam dignas de menção.

**OPERAÇÃO** — *Via de acesso*: Tirando três vezes em que usamos incisões medianas, em consequência de erros de diagnóstico pre-operatórios, as incisões que empregamos foram as de Mac-Burney e de Jalaguier, respectivamente em 117 e em 48 casos; esta última foi empregada sempre que a incerteza de diagnóstico nos levou a admitir a hipótese de poder haver necessidade duma larga exploração do ventre. *Técnica operatória*: Sem entrar em pormenores, que não merecem ser mencionados devido à sua banalidade, limitar-nos-emos, em tal assunto, a acentuar a nossa profunda convicção que o bom resultado do tratamento das apêndices agudas depende, em grande parte, da perfeição da técnica que se pratica, a qual deve consistir, essencialmente, em usar manobras simples e da máxima suavidade, de forma a lesar o menos possível as estruturas peritoneais ou sub-peritoneais, pois essas lesões, a darem-se, são quase sempre a fonte ou agravamento de infecções peritoneais ou do



tecido celular sub-peritoneal, que podem atingir grande gravidade e até a própria morte do doente.

*Sulfamidoterapia local* — A aplicação intra-peritoneal de sulfamida no decurso da intervenção cirúrgica, constitui — segundo a nossa experiência pessoal — um meio do mais alto valor em relação ao bom sucesso terapêutico de muitas formas graves de apendicite aguda. Podemos mesmo afirmar que é nossa impressão clínica só se terem podido salvar alguns dos nossos doentes operados, graças à acção bacteriostática desse importante elemento adjuvante do tratamento cirúrgico. E usamos este termo adjuvante para marcar bem que está assente não se poder apresentar a sulfamidoterapia como um substituto de qualquer das regras fundamentais que tem sido praticadas e reconhecidas como essenciais para o devido tratamento de qualquer forma de apendicite aguda: — um diagnóstico precoce e uma operação correctamente executada.

Uma outra noção fundamental nesta matéria é que as sulfamidas não devem ser empregadas localmente, por sistema, naqueles casos em que a cavidade peritoneal não contenha pús. Fora dessa circunstância, elas só devem ser usadas quando tenha havido uma grande contaminação peritoneal no decurso do acto operatório, ou quando haja outras complicações, como por exemplo, uma pneumonia. As razões de tal são: por um lado o seu uso ser desnecessário, fora dessas circunstâncias; e, por outro lado, o facto de não se poder afirmar que as sulfamidas intra-peritoneais são perfeitamente inócuas. Assim, por exemplo, existem trabalhos de Boys e Lehman que pretendem demonstrar que as sulfamidas podem ser causa de adherências peritoneais. Muito embora esses trabalhos sejam puramente experimentais e não fundamentados clinicamente e, pela nossa parte, não tenhamos tido ocasião de ter observado em qualquer dos nossos doentes, que receberam sulfamida intraperitonealmente, quaisquer complicações ou perturbações que podessem ter essas adherências por causa — julgamos, em boa verdade, não ter elementos suficientes para negar que o uso local das sulfamidas possa ter inconvenientes, muito embora mal conhecidos ou desconhecidos na actualidade.

No problema do efeito das sulfamidas nas apendicitis seria do maior interesse o conhecimento da acção da droga sobre os microorganismos causadores da doença, mas tal estudo ainda não pode ser feito satisfatoriamente até ao momento presente. A sua principal dificuldade consiste no facto da flora microbiana intestinal não só não ser bem conhecida, como é inconstante. Pensa-se que a maior parte dos seus microorganismos não é patogénica, mas sabe-se que alguns deles, em determinadas circunstâncias, podem ser ou tornar-se patogénicos. Ora, são esses microorganismos existentes normalmente no intestino os principais factores de apendicite, mas não se sabe ainda quais os que desempenham os principais factores excitantes. Desde que a flora microbiana intestinal seja alterada por mudança na dieta, pode surgir uma apendicite aguda, de cujas bactérias causadoras algumas se sabe serem influenciadas



pela acção das sulfamidas. Há mesmo quem admita ser possível que as sulfamidas tenham algum efeito inibitório sobre a actividade sinérgica de duas ou mais bactérias em questão, donde resulta, como consequência, uma diminuição da sua actividade destruidora, que, antes do emprego das sulfamidas, se observava nas peritonites apendiculares, localizadas ou difusas.

Quer dizer, em última análise: os nossos conhecimentos, pelo que diz respeito à terapêutica intra-peritoneal das sulfamidas, ainda estão numa fase em que há bastante de empírico. Por isso, sob o ponto de vista prático, o que mais agora nos interessa são os resultados do seu uso clínico.

Nos nossos doentes a sulfamida foi usada: nas formas com extensão extra-apendicular em todos os casos, nas formas superficiais em nenhum caso, nas formas fleimónicas em 13 casos, nas formas gangrenosas em um caso. A única droga que empregamos foi o sulfatiazol esterilizado, em virtude de ser esta a única idónea que nos foi fornecida nos Hospitais. Por isso, não nos é possível apresentar impressões clínicas acerca do valor relativo dos variados compostos sulfamídicos que para tal fim têm sido usados. As doses foram vulgarmente de 5 a 10 gramas — quantidade suficiente, na maior parte dos casos, para se conseguir concentrações sanguíneas de valor bacteriostático útil, no dia seguinte à operação, isto é concentração de 0,6 a 0,8 por cento. Nos casos de peritonites difusas muito graves, empregamos frequentemente doses de 15 a 20 gramas. Esta medicação sulfamídica intra-peritoneal foi seguida da ministração «por os» de 4 gramas diárias durante 4 a 5 dias a seguir à operação. Mesmo nos doentes em que empregamos doses elevadas não tivemos quaisquer complicações tóxicas graves, tais como agranulocitosis, anemia hemolítica, cianose intensa e progressiva, icterícia intensa, nevrites, eritemas, etc. — sinal de que o uso intra-peritoneal das sulfamidas, apesar da sua rapidez de absorção, não é, sob esse ponto de vista, dum perigo muito apreciável. Os únicos acidentes que tivemos foram, além de alguns casos de dores de cabeça, um caso de ligeira icterícia e outro de cianose — os quais passaram rapidamente com a suspensão da medicação sulfamídica por via bucal.

Para demonstrarmos a convicção com que ficamos do alto valor da sulfamidoterapia intra-peritoneal, gostaríamos de apresentar uma estatística pessoal comparada dos resultados do tratamento das apendicitis agudas sem e com o uso dessa terapêutica. Mas, infelizmente, não podemos fazer tal, por falta de estatística ordenada dos nossos casos antes de termos começado a usar as sulfamidas. Por isso e com o mesmo fim, teremos que nos limitar a apresentar mais uma estatística americana, aliás bem elucidativa, a dos Hospitais da cidade de Baltimore (Aycock and Farris — *Annals of Surgery* — Maio de 1945). Esta estatística compreende 1151 casos de apendicite, operados desde Janeiro de 1935 a 1 de Maio de 1944, dos quais 651 foram operados antes de 19 de Junho





Todos num só...  
**ANALGÉSICO... RESOLUTIVO... ANTIPIRÉTICO...** e localmente aplicado

# NEUMOTISINA

Emplastro medicinal à base do caolino

No tratamento de inflamações locais os benefícios observados depois da aplicação desta cataplasma aperfeiçoada, são múltiplos. Os efeitos locais são a analgesia da área inflamada e, pelo aumento da circulação, promover a remoção dos produtos inflamatórios.

Sistematicamente, a NEUMOTISINA exerce as acções analgésicas e antipiréticas bem conhecidas, do guaiacol e do cresoto. Estes efeitos são produzidos sem a irritação gástrica que tantas vezes acompanha a medicação per os.

**INDICAÇÕES:** Entre as principais indicações para a NEUMOTISINA figuram as seguintes:

**PERTURBAÇÕES TORÁXICAS**  
**FURÚNCULOS**

**ENTORSES**  
**CONTUSÕES**

**AFECCÕES GLANDULARES**  
**PICADAS DE INSECTOS**

Em boiões de vidro de 57,114 e 228 grs.

**NUMOTIZINE INC.**

900 NORTH FRANKLIN STREET

CHICAGO, E. U. A.

Representantes: **E. BRUNNER & C., LDA.**

TRAV. DA FÁBRICA, 13-2.º

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

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

**FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA**  
 Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>  
 240, Rua da Palma, 246  
 LISBOA



**O QUE A GRANDE IMPRENSA  
 DIZ DESTA REVISTA**

«Revista resumo da imprensa mundial. Uma variada e excelente escolha de artigos, sob um aspecto gráfico atraente, impõe esta publicação portuense com grande interesse de leitura».

*Diário de Notícias*

«Todos os números deste *magazine* inserem artigos do mais palpitante interesse e da maior variedade».

*O Século*

«Revista de cultura e recreio, com assuntos criteriosamente seleccionados e gráficamente bem apresentada, interessa a toda a gente».

*O Comércio do Porto*

«Interessante revista que insere atraente e bem seleccionada colaboração».

*O Primeiro de Janeiro*

Representantes: E. BRUNNER & C. LDA.  
 TRAV. DA FABRICA, 124  
 PORTO



de 1940 e sem se ter empregado a sulfamida — tendo tido uma taxa de mortalidade de 5,2 % — e 500 casos depois dessa data, com o emprego da sulfamida — tendo tido uma taxa de mortalidade de 1,2 %. Julgamos conveniente citar que os autores dessa estatística confessam que 144 desses 1151 casos não apresentavam lesões microscópicas de apendicite. Os casos que a compõem são os seguintes:

*Doentes operados e tratados sem sulfamida*

|                                  |    |                       |       |
|----------------------------------|----|-----------------------|-------|
| Com perfuração precoce . . . . . | 51 | Mortalidade . . . . . | 1,8%  |
| Com abcesso . . . . .            | 31 | Mortalidade . . . . . | 9,7%  |
| Com peritonite difusa . . . . .  | 87 | Mortalidade . . . . . | 31,0% |

*Doentes operados e tratados com sulfamida*

|                                  |    |                       |       |
|----------------------------------|----|-----------------------|-------|
| Com perfuração precoce . . . . . | 26 | Mortalidade . . . . . | 0     |
| Com abcesso . . . . .            | 27 | Mortalidade . . . . . | 3,7%  |
| Com peritonite difusa . . . . .  | 29 | Mortalidade . . . . . | 10,4% |

*Drenagem.* A drenagem, para ser empregada judiciosamente, constitui, ainda na actualidade, um dos mais importantes e delicados problemas do tratamento das apendicites agudas — tão importante que do critério com que é praticada depende, em muitas circunstâncias, a evolução post-operatória e, em alguns casos, a própria vida do doente. Sendo um dos mais primitivos e experimentados métodos de tratamento das infecções intra-peritoneais, tem evoluído extraordinariamente através dos tempos e de forma a drenar-se hoje muito menos do que se drenava anteriormente, mercê dum mais perfeito conhecimento dessas infecções, da forma como a drenagem actua e, ao lado das suas grandes vantagens, dos inconvenientes sérios que também pode ocasionar.

Apesar de toda a enorme experiência passada o problema da drenagem ainda não é encarado presentemente da mesma forma por todos os cirurgiões, quer sob o ponto de vista quantitativo, quer também pelo que diz respeito à natureza dos casos em que o método deve ser empregado, bem como a qualidade do material a usar. Deve-se reconhecer, todavia, que é difícil em tal assunto estabelecer regras muito fixas, porquanto o conceito que cada um pode ter do valor da drenagem resulta não só da própria experiência individual, mas inclusivé da sua maneira pessoal de tratar as lesões no decurso do acto operatório.

Pel nossa parte, pensamos que o critério da drenagem deve depender, além da própria experiência individual, acima de tudo, da noção que ela obedece menos às leis da hidráulica do que propriamente às propriedades fisiopatológicas do peritoneu. É conhecida a enorme resistência que o peritoneu oferece à infecção — tão grande que experimentalmente para se conseguir desencadear uma peritonite não chega a simples inoculação microbiana, é também necessário, como factor adjuvante, a traumatização desse órgão. Além disso conhecem-se as notáveis quali-



dades de reconstrução "ad integrum", que o peritoneu tem quando se suprime a sua infecção. Dessas duas noções nasce o conceito não só de que é perfeitamente inútil drenar um peritoneu quando se conseguiu suprimir o órgão seu infectante (sob condição do peritoneu não ter ainda lesões muito avançadas), mas também que a drenagem — sendo, como é, um agente traumatizante — pode favorecer o desenvolvimento da infecção.

O conhecimento das propriedades absorventes e secretórias do peritoneu leva-nos também a outras noções que, de algum modo, também põem restrição ao emprego da drenagem: — O poder de absorção do peritoneu, sendo o grande factor de toxémia nas peritonites, é, todavia e na sua essência, uma das maneiras que ele tem de se libertar dos produtos nocivos ao seu contacto, tanto mais que essa absorção só se faz depois dos produtos da infecção terem sido diluídos e neutralizados pelas próprias secreções do peritoneu. Por sua vez o poder de secreção do peritoneu é duma notável acção contra a infecção graças ao poder neutralizante de tóxicas e opsónico que as suas secreções têm e graças à fibrina dessas secreções, mercê da qual o peritoneu cria aderências e se defende da expansão dos processos infecciosos que o atingem. É essa notável propriedade de criar aderências que faz que seja quase illusória a pretensão de fazer escoar para o exterior os líquidos contidos na grande cavidade peritoneal — qualquer que seja o material de drenagem empregado.

De resto, se a drenagem pela sua acção irritante aumenta as secreções peritoneais — o que pode ter vantagens, pelas razões acima expostas, sob o ponto de vista local — tem, sob o ponto de vista geral, o grave inconveniente de aumentar a hemoconcentração e, por consequência, o grau de toxémia. Além dessas desvantagens, que somos levados a admitir por razões de natureza fisiopatológica — as quais, aliás, temos visto serem confirmadas pela experiência clínica — a drenagem oferece na prática outros inconvenientes de considerável importância, tais como: retardos de consolidação, eventrações, fístulas, perturbações do dinamismo intestinal, é, até, oclusões por bridas e aderências.

Mas, ao lado de todas essas desvantagens, a drenagem oferece, em determinadas situações e em contra-partida, benefícios de enorme importância, os quais só ela é susceptível de realizar. Consistem eles, essencialmente, em duas espécies de natureza: — *a)* Arrasta para o exterior, de alguma maneira, produtos de secreção ou substâncias estranhas muito sépticas, localizadas em zonas limitadas do peritoneu — cuja absorção ou entrada na circulação geral originariam estados de toxémia e infecções gerais incompatíveis com a vida. — *b)* Por outro lado, em determinadas circunstâncias, defende a extensão da infecção a outras regiões do peritoneu ou a outros órgãos, sobretudo ao tecido celular sub-peritoneal — cujo poder de defesa anti-infecciosa é muito inferior ao do peritoneu.

Sobre o ponto de vista eminentemente prático, pensamos que a drenagem deve ser rigorosamente posta em prática nas seguintes circuns-



tâncias, nas quais ela é absolutamente insubstituível: *a)* Nos abscessos peri-apendiculares. — *b)* Quando não seja possível fazer uma peritonização perfeita. — *c)* Quando hajam tecidos a necrosados ou bastante desvitalizados cuja exérese tenha sido impossível. — *d)* Quando a cavidade peritoneal contenha fézes ou pús muito fétido. — *e)* Quando hajam lesões muito intensas no peritoneu peri-apendicular, com o fim de isolar ou excluir essa zona do restante peritoneu.

Fora destas circunstâncias a drenagem é inútil e prejudicial.

Nos doentes em que se baseia o nosso trabalho a drenagem foi feita em 54 casos, sendo: em 58 casos de A. superficiais — 0, em 40 casos de A. gangrenosas — 0, em 7 casos de A. com perfuração precoce — 3, em 4 casos de A. com peritonite localizada plástica — 0, em 26 casos de A. com abscesso — 26, em 30 casos de A. com peritonite difusa — 23.

Uma referência especial é devida à drenagem nas peritonites difusas, no sentido de pôr em evidência os bons resultados que obtivemos nos 7 casos em que praticamos o encerramento total do ventre, depois de prévia aplicação local de dose elevada de sulfamida, casos esses que, evidentemente, eram aqueles em que havia sinais menos intensos da infecção peritoneal. Neles o post-operatório foi excelente, tendo decorrido sem qualquer complicação. O tempo médico de hospitalização foi nesses doentes de 9,9 dias, ao passo que nos restantes 26 (abstraindo o caso mortal) foi de 28 dias. O conhecimento desses bons resultados que obtivemos com a supressão da drenagem nesses doentes com peritonite difusa purulenta, levam-nos a reconhecer mais um benefício da sulfamidoterapia intra-peritoneal e, além disso, a tendência de, no futuro, estendermos ainda mais as indicações da aplicação deste método.

TRATAMENTO MÉDICO — Esteja ou não a operação indicada inicialmente, todos os doentes com apendicite aguda e especialmente aqueles com peritonite localizada ou difusa necessitam dum cuidadoso tratamento médico pré e post-operatório — com os fins essenciais de combater a infecção, a toxémia e neutralizar os efeitos desta. A sua importância é tal que, em determinadas circunstâncias, o doente só poderá suportar os efeitos do acto operatório se previamente tiver sido sujeito a tratamento médico apropriado, e noutras, independentemente das condições do tratamento cirúrgico, o doente só poderá restabelecer-se graças aos benefícios desse tratamento médico. O tratamento médico comporta medidas de vária natureza, visando determinados factores, dentro os quais só abordaremos aqueles que nos parecem ter uma importância particular em relação a este nosso trabalho e que são:

*a) A restauração do equilíbrio fluido* — A perda de líquidos orgânicos pelos vômitos, exsudação na cavidade peritoneal, transpiração e, excepcionalmente, pela diarreia ou pela aspiração do conteúdo gastro-intestinal por meios médicos, pode provocar um estado de severa desidratação; o qual chega a atingir 6 0/0 do peso do organismo (Coller e



Moddak). Nessas condições a diurese é baixa e pode, mesmo, sobrevir a anúria. Por essas principais razões devem ser ministrados ao doente líquidos em quantidade suficiente, de forma a compensar essa perda e a restaurar o equilíbrio normal. Qual essa quantidade? Além de cerca de 2 litros (correspondentes á diurese de 1.500 C. C. e à perda d'água pela pele e pulmões) a quantidade suficiente para compensar a perda que houve pelos vômitos, diarreias, etc.

b) *Restauração do equilíbrio electrolítico.* — Em consequência da perda de líquido pela via gastro-intestinal, os quais contêm electrolitos fundamentais para a vida do organismo, a hipocloremia é constante e a alcalose bastante frequente. Esta espoliação em cloretos deve ser corrigida, concomitantemente com a desidratação mediante a ministration de soro cloretado. Como a ministration deste em excesso pode ser responsável pela retenção de líquidos, que pode chegar ao aparecimento de edema pulmonar, não devemos ir além da dose de 500 c. c. nas 24 horas. O que falta em líquidos deve ser dado sob a forma de soro glucosado isotónico; o qual tem também a grande vantagem de combater a acetonémia — consequência da diminuição das reservas glicogenéticas do fígado e do jejum, com a inerente incompleta combustão das gorduras.

c) *Restauração do equilíbrio proteico.* — Para compensar a hipoproteïnemia, além da deminuição dos outros elementos sanguíneos, devemos nas formas graves de apendicite aguda fazer proceder a operação duma transfusão de plasma sanguíneo — a qual deve ser repetida pouco depois de realisada a intervenção. Se no decurso do post-operatório apparecem edemas ou se os valores dos glóbulos sanguíneos são muito baixos, devemos proceder ao doseamento das proteínas no soro sanguíneo, o qual, sempre que acuse valores baixos, indica nova transfusão de plasma ou de sangue total.

d) *Restabelecimento da motibilidade normal do aparelho gastro-intestinal.* O ileus paralítico, ocasionando a supressão do trânsito de fezes e gases e, além disso a distenção intestinal e estase dos segmentos superiores do intestino, é uma complicação frequente e grave das apendicites agudas, a qual pode, mesmo, chegar a ocasionar a morte. Para a combater pode haver necessidade de praticar uma jejunostomia alta, à Witzel — meio esse a que, felizmente, não tivemos necessidade de recorrer em qualquer dos doentes que foram por nós operados. Neles a parésia intestinal foi sempre eficazmente combatida pela medicação com clísteres purgativos e pelas injeccões de morfina em dose alta, pituitrina e prostigmina. Quanto ao uso da morfina temos dela uma magnífica impressão clínica — de acordo com os trabalhos de Orr, que demonstraram a sua acção estimulante das contracções e do tonus intestinais, além do benefício da sua acção analgésica, já anteriormente tão nosso conhecido. Para conseguir-mos essa acção de estímulo intestinal temos chegado a empregar doses de 0,25 gr. nas 24 horas.

e) *Combate da infecção.* — Com tal fim é subretudo útil o emprego



da sulfamidoterapia «per os» e da seroterapia. A primeira dessas medicações foi por nós usada em todos os casos severos, na dose de 4 a 6 gramas nas 24 horas, a começar no dia seguinte ao da operação. A segunda sob a forma de soro anti-peritonite, foi por nós usada somente nos casos graves, acompanhados de sinais de considerável toxemia.

**COMPLICAÇÕES** — As complicações que tivemos foram as seguintes:

Nas apendicites superficiais — 3 casos de celulites supuradas sub-cutâneas, 1 caso de hematoma supurado da parede do ventre, 1 caso de pneumonia.

Nas apendicites fleimonosas — 1 caso de hematoma supurado da parede do ventre.

Nas apendicites gangrenosas simples — Não tivemos complicação alguma.

Nas com perfuração precoce — 1 caso de celulite supurada sub-cutânea.

Nas com peritonite localizada plástica — 2 casos de celulite supurada sub-cutânea.

Nas com abscesso — Vários casos de supuração prolongada pelo local da drenagem, 1 caso de fístula estercoral que teve necessidade de ser operada para curar.

Nas com peritonite difusa — 2 casos de hematoma supurado da parede do ventre, 1 caso de enterite aguda, 1 caso de broncopneumonia, 1 caso de pneumonia e pleurisia, seguido mais tarde pelo aparecimento dum abscesso sub-frênico que curou pela operação de drenagem, 1 caso de fístula estercoral — que curou sem necessidade de intervenção cirúrgica.

**TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO** — A média de tempo de hospitalização nos nossos operados foi de 19,82 dias, assim distribuída conforme o tipo da apendicite: A. superficiais 9,15; A. fleimonosas 8,07; A. gangrenosas 8; A. com perfuração simples 22; A. com peritonite localizada plástica 19,75; A. com abscesso 54,58; A. com peritonite difusa 26,73.

**A bilirrubinemia no diagnóstico das hemorragias cerebrais.** —

Em face de um caso de hemiplegia mais ou menos completa, quer a sua instalação tenha súbita ou lenta, com perda ou não do conhecimento, acompanhada ou não de outros sinais focais cerebrais, pode sentir-se embargo em diagnosticar, ficando-se na dúvida, por vezes, entre hemorragia cerebral, trombose e angiospasmto cerebral; e isto apesar dos elementos colhidos no exame do doente e pela punção lombar que pode dar líquido cristalino em caso de hemorragia intracerebral. Hoje, que se dispõe da terapêutica pelo ácido nicotínico, como vasodilatador cefálico, o problema tem grande interesse prático, pois este fármaco tem tanto mais probabilidades de ser útil quanto mais precocemente for administrado, sendo inútil quando a mortificação do foco cerebral já se encontra completamente instalada.



Partindo dos trabalhos de J. Walder, o A. estudou as variações da bilirrubina do sangue nas hemorragias cerebrais, a qual deve estar aumentada, pois é noção assente que a hemoglobina é a única origem da bilirrubina. Para avaliar a influência da presença de sangue extravasado nos tecidos sobre a cota da bilirrubinemia, injectou auto-sangue, 10 a 20 c. c., e viu que aquela cota começa a elevar-se no fim de 3 horas, sobe durante o dia e persiste elevada ainda uma semana depois. Determinou a taxa bilirrubicinémica no indivíduo são, a diversas horas do dia; os valores são máximos em jejum e mínimos depois da última refeição, com variação muito grande, entre 0,05 e 0,5 ‰. Contando com estes factos e tomando para base o valor máximo normal de 0,60 (excluídos os casos de alta bilirrubicinemia crónica constitucional), fez as determinações da bilirrubina no soro sanguíneo nos casos, certos ou suspeitos, de trombose ou embolia (7 casos), de hemorragia cerebral (6 casos), de hemorragia meníngea (8 casos).

Os resultados que obteve resumem-se assim: nos casos de trombose ou embolia cerebral, de diagnóstico baseado nos habituais indícios (começo lento e progressivo, falta de perda de conhecimento, regressão, existência de arritmia cardíaca, etc.) as taxas foram sempre inferiores ao valor máximo normal; nas hemorragias meníngeas, de fácil diagnóstico, as taxas são sempre altas, e o mesmo acontece quando há hemorragia cerebral, desde que tenha decorrido o espaço de tempo suficiente (3 a 4 horas) para que do sangue extravasado passe para o soro a bilirrubina.

ANAIS DO INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL. Vol. III (Dez. de 1946): *Novos dados sobre a biologia das espécies de Phlebotomus de Lisboa e arredores*, por J. Fraga de Azevedo; *Parasitismo da pele e anexos por estirpes de Tricophyton rubrum*, por A. Salazar Leite e J. Bastos da Luz; *Protozoários intestinais de uma Criptotermes indiana*, por Froilano de Melo; *O mielograma na anemia de células falciformes*, por Carlos Trincão; *Biologia da Glossina palpalis da Guiné Portuguesa*, por F. Simões da Cruz Ferreira; *O sezonismo em Quelimane*, por António Rebelo; *Sobre as preferências hemáticas das espécies portuguesas de Phlebotomus*, por Fraga de Azevedo; *Uma anomalia rara numa fêmea de Phlebotomus perniciosus*, por Fraga de Azevedo; *Esporotricoses na Província de Moçambique*, por Salazar Leite e Bastos da Luz; *Estudo experimental de uma estirpe de dermatofita produtora de tinhas humanas*, por Bastos da Luz e Pinto Nogueira; *A contagem dos glóbulos rubros no colorímetro foto-eléctrico*, por Carlos Trincão; *Culicoides do Transval*, por Amadeu Colaço; *Helmintas intestinais de macacos da Guiné Portuguesa*, por Fraga de Azevedo e Manuel Meira; *Parasitismo por vermes intestinais em habitantes de uma povoação rural portuguesa*, por Manuel Meira e António Coito; *Monstro simélico e ectrómelo*, por Constâncio Mascarenhas e G. Sinai Dubaxi; *Culicídeos da África Oriental Portuguesa*, por Mário de Carvalho Pereira; *A prova do ácido fénico para a pesquisa de quinina na urina*,



por Aldo Castelani; *Lipoatrofia albumosúrica*, por Aldo Castelani; *Uma razão alimentar para trabalhadores negros*, por Tito Serras Simões; *Um caso de miase interna*, por F. Fraga de Azevedo e H. Moreira; *Contribuição para o estudo dos tumores oculares nos indígenas de Angola*, por Tito Serras Simões; *Relatório de uma missão de estudo ao Brasil*, por Fraga de Azevedo e Salazar Leite; *Relatório sobre as actividades do Instituto de Medicina Tropical em 1945*, por Fraga de Azevedo.

**Parasitismo por vermes intestinais numa povoação rural.** —

Na aldeia portuguesa de Quiaios, Figueira da Foz, foram examinados 151 indivíduos, 74 do sexo masculino e 77 do feminino, com idades entre os 2 e os 22 anos. Verificaram-se as seguintes infestações: 10 indivíduos por *Ascaris lumbricoides*; 5 por *Tricocephalus*; 3 por *Ascaris*, *Tricocephalus* e *Enterobius vermicularis*; 2 por *Ascaris*, *Tricocephalus* e *Hymenolopis nana*. Não havia pois indivíduo algum isento de infestação por vermes.

**Lipoatrofia com abuminuria.** — O A. observou 3 casos de uma rara afecção, com sintomatologia curiosa. O começo é muito lento, queixando-se o doente de fadiga e desinteresse pelo trabalho. Na pele de algumas regiões do corpo começam a aparecer manchas avermelhadas ou purpúreas. Pode haver dores nevralgias. A pouco e pouco desaparece o tecido adiposo e a pele cai em pregas. O progresso da afecção é bastante rápido durante um certo período, mas depois torna-se muito lento, podendo parar e mesmo retroceder um pouco. Pode haver anemia de tipo hipocrômico e linfocitose relativa. A urina contém albumina em grande quantidade. O prognóstico é grave, porque a afecção, apesar da sua lenta evolução, de anos, não tem tendência para a cura. Os tratamentos ensaiados foram inúteis, parecendo ter dado algum benefício a administração de extracto de paratiroideia.

JORNAL DO MÉDICO. — N.º 228 (7-VI-47): *O conceito do progresso na crítica científica*, por J. Correia Guimarães. N.º 229 (14-VI): *A imunidade e a identidade das cardites reumáticas e a imunização dos cardíacos pela vacinoterapia*, por F. Gonzalez Suarez; *As afecções de foro oto-rino-laringológico como causa da incapacidade para o trabalho*, por A. de Mendonça e Moura. N.º 230 (21-VI): *Tuberculose do ouvido médio e da laringe*, por Carlos Larroudé; *Um caso de glossite actinomicótica*, por Manuel Tender; *Récipes pouco usados*, por Armando Leão; *A investigação científica e o valor da eugénica e genética em pediatria*, por E. Aparício Pereira; *Notas ao curso de aperfeiçoamento sobre tuberculose*, por José Crespo. N.º 231 (28-VI): *Hipertensão arterial e tratamento gereziano*, por Celestino Maia; *Casuística médico-legal dos desastre do trabalho*, por Luís Guerreiro; *Novas concepções sobre as causas e os tratamentos das nevralgias ciáticas*, por A. Keplan. N.º 232 (5-VII): *Dermatoses profissionais*, por Aureliano da Fonseca. N.º 233 (12-VII): *A estreptomicina no tratamento da meningite por Haemophilus influenzae*, por Eduardo



Coelho e Manuel Nazaré; *Considerações sobre um livro de Manuel da Silva e um artigo de Ferreira de Mira*, por E. Aparício Pereira. N.º 234 (19-VII): *Meningite tuberculosa circunscrita com osteíte do crânio*, por Diogo Furtado, Vasconcelos Marques e Mendonça e Silva. N.º 235 (26-VII): *Importância da zonulectomia directa para a execução de uma facetectomia total*, por Lopes de Andrade; *A patogenia das alterações electrocardiográficas na pericardite*, por Eduardo Coelho. (Em vários números, artigos sobre assuntos profissionais).

**A estreptomicina na meningite por *Haemophylus influenzae*.**—

Caso clínico, em mulher de 52 anos, diabética, a quem, começando a sua doença por sintomatologia febril, fora administrada penicilina. A febre desapareceu estando medicada com sulfadiazina; depois de 6 dias de apirexia, apareceram sinais meníngeos. Liquor purulento, no qual se encontraram bacilos com os caracteres de *Haemophylus*. A doença evoluiu com a forma de meningo-encefalite supurada, sem sinais de hipertensão craniana. Com sulfadiazina e penicilina, os sinais meníngeos regressaram; depois, com estreptomicina normalizaram-se os elementos celulares do liquor e este esterilizou-se. Como se mantivessem os sinais de infecção, fez-se a trepanação da região frontal direita, encontrando-se uma loca com líquido turvo, hemático, na qual se injectou estreptomicina; a doente morreu 24 horas depois, com edema cerebral. A identificação da estirpe de *Haemophylus* fez-se pela sementeira do exudado peritoneal. Apesar das lesões que vitimaram a doente não terem podido ser influenciadas pela estreptomicina, a acção de esta na meningite foi evidente, o que confirma a já divulgada indicação da droga nas infecções produzidas pelo agente em questão.

---

## NOTAS CIENTÍFICAS E PRÁTICAS

---

### A ginástica médica e o problema da escoliose

J. V. DUBOIS formula um certo número de conceitos, que resumem o assunto (*Bruxelles Médical*, 11-V-1947):

1 — Só excepcionalmente a coluna vertebral normal é perfeitamente direita. As razões invocadas para explicar o facto são: volume e peso desiguais das vísceras de uma e outra metade do tronco, musculatura vertebral assimétrica, atitudes habituais. As observações anatómicas, clínicas e radiográficas o provam, como regra.

2 — Pode determinar-se um tipo frequente de assimetria vertebral constituicional. Consiste em desvio das vértebras dorsais inferiores esquerdas, com saliência torácica esquerda e achatamento torácico direito; no adulto há também curvatura dorsal superior, convexa, para o lado do braço que trabalha mais.



3 — Podem distinguir-se as variações vertebrais constitucionais dos desvios da verdadeira escoliose. Quando esta se está formando, há desequilíbrio da totalidade da coluna; um fio com um peso na extremidade, colocado na fosseta da nuca, deixa de passar pela prega inter-nadegueira. Quando a escoliose está constituída os desvios são tão nítidos que não podem confundir-se com as assimetrias fisiológicas.

4 — A ginástica não deve procurar corrigir os defeitos constitucionais pela realização de movimentos assimétricos; deve actuar igualmente sobre toda a musculatura.

### **Tratamento precoce das queimaduras do esófago**

A passividade perante um caso de queimadura do esófago (que não é rara, sobretudo em crianças) leva a resultados deploráveis, pois se estabelece uma estenose cicatricial cuja gravidade é evidente. A conduta a seguir é, segundo J. JORGE, a seguinte (*Arch. Argentinos de Pediatria*, Maio de 1947):

Como tratamento imediato, calmar e hidratar o doente, administrar solutos, alcalinos ou ácidos, fazer a lavagem do estomago.

Calmada a fase aguda, sondar com tubo de borracha mole, de diâmetro adequado, um pouco menor do que o que o esófago deve ter. Depois, proceder à intubação do esófago, com o tubo de borracha que se reconheceu ser apropriado, cortado em pedaço um pouco mais curto do que o comprimento do esófago, com fio grosso de seda preso à extremidade superior, para que possa retirar-se; a passagem do fio pela faringe e pela boca não impede a deglutição.

O tubo deve ficar no esófago durante 3 a 4 semanas, tempo preciso para se fazer a cicatrização. Depois de retirado suavemente, diariamente, durante uns minutos, introduzir velas de grossura adequada, para favorecer a dilatação.

### **Bacilos tuberculosos mortos e alergia à tuberculina**

M. MACLOUF, expondo este interessante tema, conclue: (*Presse Médicale*, 26-X-46).

1 — Os bacilos tuberculosos mortos podem sensibilizar à tuberculina; não há o direito de afirmar que todo o indivíduo que reage albergue bacilos vivos.

2 — A alergia não tem, obrigatoriamente, um significado de protecção.

3 — A alergia e a imunidade não são estritamente solidárias; a imunidade pode existir sem alergia e a alergia pode observar-se sem imunidade.

4 — Observa-se a activação retardada das provas tuberculínicas depois da injeção de bacilos tuberculosos mortos; mas a aparição deste fenómeno é muito inconstante.



### **A Mianesine, novo relaxador muscular**

*The Lancet* (18-I-1947) publica os trabalhos de BERGER & BRADLEY e de MALLINSON, respectivamente sobre a farmacologia e a aplicação de uma substância sintética, de acção semelhante à do curare, mas sem os inconvenientes deste, que são a dificuldade de doseamento e a toxicidade. Trata-se do  $\alpha\beta$  dihidroxil - $\gamma$  (2-metil-fenoxil) propana, a que se deu o nome de Mianesine.

As experiências em animais mostraram que a droga produz a paralisia dos músculos, sem afectar nem a respiração nem a tensão arterial, e que suprime as convulsões provocadas pela estricnina.

As aplicações clínicas confirmaram estes resultados. Com a injeccção endovenosa de 5 a 10 c.c. o relaxamento muscular verifica-se rapidamente; podem repetir-se as injeccções quando seja preciso manter o efeito produzido, porque a droga não é tóxica. A principal vantagem da Mianesine está em poupar anestésicos quando é preciso empregá-los com prudência, como, por exemplo nas cesarianas.

### **Infiltrações de soluto de penicilina e novocaína nos processos inflamatórios locais**

Os mais variados aspectos de processos inflamatórios causados por micróbios sensíveis à penicilina (feridas infectadas, abscessos, antraz, úlceras, panarícios, celulite orbitária, sinusites, etc.) tem sido tratados por J. ARENSEN por meio de infiltrações com penicilina, em soluto de novocaína a 2 por cento (3.000 unidades de penicilina por c. c. de soluto). As infiltrações fazem-se como se fosse para anestesia local. Díz que o tratamento suprime imediatamente a dor, e jugula o processo mais depressa do que o faria a penicilina empregada por outro qualquer método. Também emprega o mesmo procedimento como preventivo da infecção nos casos de fracturas e ferimentos com porta de entrada para os agentes infecciosos. (*Arch. Med. Mexicanos*, Março de 1947).

### **Frequência das lesões das grandes artérias**

G. ALEJO inventaria as lesões encontradas nas grandes artérias, em autópsias de 1.000 cadáveres de indivíduos cuja idade superava os vinte anos, lesões que foram encontradas em 445 casos, com tanta maior frequência quanto mais idosos eram os indivíduos. As escleroses apresentaram-se nas seguintes proporções: no tronco da aorta — 277 casos (associadas, em ordem decrescente a lesões das coronárias, das artérias do cérebro e das renais), nas coronárias — 244 protocolos (sendo exclusivas em 92 casos), nas artérias cerebrais — 100, nas renais — 90, nas dos membros — 147. A sífilis intervinha, com lesões múltiplas, em 49 casos, 9 dos quais apresentavam aneurismas dissecantes e 6 insuficiência das válvulas aórticas. (*Prensa Med. Argentina*, 26-X-1945).



### **Radioterapia na epilepsia**

A experiência de 130 casos de epilepsia, no decurso de 8 anos, permitiu a E. ZANETTI formular opinião sobre o valor da radioterapia nesta afecção. Todos os casos eram de epilepsia essencial, sem qualquer sinal clínico de foco, mas alguns apresentavam anomalias no encefalograma.

Os resultados que o A. obteve foram; 13 casos curados, 80 melhorados, 22 sem benefício e 15 piorados. A epilepsia post-traumática foi a que se mostrou mais sensível a este tratamento, assim como a dos doentes com hidrocefalia simétrica e a daqueles em que havia desigual distribuição de ar nos espaços subaracnoideus. (*Minerva Médica*, Fev. de 1946).

### **Dieta cloretada nas afecções congénitas do coração**

WHEELER, BRIDGES & WHITE dão conta dos resultados obtidos com a dieta rica em cloreto de sódio, e liberdade na ingestão de líquidos, em 50 doentes com afecções digestivas do coração, medicados pela forma habitual. Durante ano e meio, os doentes estiveram em observação, tendo-se verificado os resultados em 39 casos. De estes, 4 não tiveram melhoras, 13 melhoraram e 11 curaram. Os portadores de doenças coronárias e hipertensivas reagiram melhor do que os reumáticos. Em face de estes resultados e dos obtidos semelhantemente por outros autores, propõe uma mais larga utilização de esta dieta. (*J. American Med. Ass.*, 4-1-1947).

### **Exploração da circulação periférica pela prova da fluoresceína**

L. LEGER expõe esta nova meio de diagnóstico, começando por recordar que, incitado por Faulong, ele e seus colaboradores foram os primeiros, em 1943, a apresentar uma prova desta natureza: injeção numa artéria, por exemplo na femural, de um soluto a 5 por cento de uranina (10 a 20 c.c.) e observação da coloração que os tegumentos vão apresentando, quer à luz ordinária quer à luz Wood; o atraso na aquisição da cor, e pequena intensidade de esta, denuncia deficiência de irrigação. Mais recentes trabalhos americanos (de Lange e Boyd, Neller e Schmidt) preconizam a administração, por via endovenosa, de soluto fluorescente, observando-se, à luz ultravioleta, a velocidade e o modo de aparição da luminescência nos tegumentos. Para utilização do processo em clínica, procede-se do seguinte modo: injeção de 5 c. c. de soluto de fluoresceína a 20 por cento, com 5 por cento de bicarbonato de soda; um a dois minutos depois, examinar à luz ultravioleta o que se passa. Tendo-se feito previamente umas arranhaduras em diversos pontos do membro cujo estado circulatório se pretende averiguar, vê-se que a fluorescência que apresentam (muito mais nítida que a da pele intacta) é tanto mais viva quanto melhor se faz a circulação; o que permite loca-



lizar as obstruções vasculares, marcar a altura em que deve fazer-se uma amputação, etc. Também nas úlceras (limpo o seu fundo, porque o depósito fibinoso mascara a fluorescência) o processo indica os pontos em que há condições circulatórias próprias à implantação de um enxerto. (*La Presse Médicale*, 15 II-1947).

### Nova fórmula de tópicos contra as frieiras

Reverendo os tópicos indicados para tratamento das frieiras, e vários processos terapêuticos recomendados para esta afecção, WINNER e COOPER-WILLIE elogiam a seguinte fórmula, com a qual dizem obter rápida sedação do sofrimento, seguida pela cura. A fórmula contém:

|                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| Ácido fénico . . . . .                | 1 gr.   |
| Cânfora . . . . .                     | 6 gr.   |
| Balsamo de Perú . . . . .             | 2 gr.   |
| Parafina mole . . . . .               | 25 gr.  |
| Parafina dura. . . . .                | 7,5 gr. |
| Lanoliua anidra, q. b. para . . . . . | 100 gr. |

Meter as partes atingidas em água muito quente, secá-las bem, e em seguida aplicar a pomada. (*Lancet*, 9-XI-46).

### O fluor na prevenção da cárie dentária

De extenso trabalho sobre o fluor em estomatologia (*J. American Dental Ass.*, I-VI-1947), tirou W. BELLINGER as seguintes conclusões:

1 — Está demonstrado que a incidência da cárie dentária em pessoas cuja água de consumo possui uma concentração fluorada de uma parte por milhão ou mais, é duas a três vezes menor do que naquelas que ingerem águas isentas de fluor.

2 — A aplicação tópica de fluoreto de sódio em dentes jovens, em zonas cujas águas são isentas de fluor, diminui de 40% a incidência da cárie.

3 — A experimentação animal confirma estas observações.

4 — Está demonstrada a estreita relação entre o número de *Lactobacillus acidophilus* e a incidência da cárie, diminuindo muito aquele número com a ingestão de águas fluoretadas.

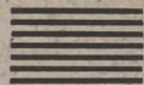
5 — A redução da cárie dentária pela ingestão de água rica em flor, ou pelo menos com o teor óptimo (o mínimo é como já dissemos I parte por milhão (concentração esta que constitui o limiar para a formação dos chamados «dentes mosqueados», ou «motbled Tooth» pelos americanos ou «dentineri» pelos italianos), só se manifesta durante a calcificação dentária, isto é, durante os primeiros oito ou dez anos de vida, carecendo de efeito, quando está completada essa calcificação.

---

ERRATA à tabela **Mortinatalidade na multiparidade** (N.º 10, pág. 379): Total de nado-vivos — 20.187; Mortinatalidade em partos duplos — 11,78; Idem no total — 13,22. Na linha 5.ª do texto da mesma página — 13 em vez de 11.







# SULFARSENOL

SAL DE SÓDIO DO ÉTER SULFUROSO ÁCIDO METILOLAMINOARSENOFENOL

## ANTISIFILITICO TREPONOCIDA

EXTRAORDINÀRIAMENTE 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.<sup>ª</sup>, L.<sup>DA</sup>

RUA AUREA, 154-156

TELEF. 24816 — LISBOA



# VACINAS « PASTEUR »

PARA USO TERAPÊUTICO

## VACINA MIXTA ANTI-CATARRAL

CADA CC. CONTÉM:

15.000 milhões de germes gram-positivos e gram-negativos isolados de catarros das vias respiratórias, em data recente, e protegidos contra a autólise e a degradação dos antigéneos capsulares.

## VACINA ANTI-ESTAFILOCÓCICA

CADA CC. CONTÉM:

5.000 milhões de germes isolados de várias supurações a estafilococos em excipiente sacarosado.

## VACINA ANTI-GONOCÓCICA

CADA CC. CONTÉM:

1.000 milhões de gonococos recém-isolados de uretrites agudas e crónicas e protegidos contra a autólise por um tratamento com solventes orgânicos.

## VACINA MIXTA ANTI-PIELÍTICA

CADA CC. CONTÉM:

7.500 milhões de germes isolados de supurações e catarros das vias urinárias, esterilizados pelo mertiolato.

## VACINA-MIXTA ANTI-PIOGÉNICA

CADA CC. CONTÉM:

7.500 milhões de germes isolados de supurações agudas e crónicas em excipiente sacarosado

LABORATÓRIO DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA