

PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

SUMÁRIO: Trombo-flebite por esforço do membro superior direito, por JOAQUIM BASTOS e JÚLIO COSTA. Analgesia do trabalho de parto pelo Demerol associado à anestesia troncular, por ROLANDO VAN ZELLER. Aplicações da higiene na prática clínica, por ALMEIDA GARRETT.

Movimento nacional — *A Medicina Contemporânea* (Topografias médicas. A micro-radiografia ao serviço da profilaxia da tuberculose. As funções dos lobos frontais segundo os resultados da leucotomia prefrontal). *Arquivo de Patologia* (Sarcoma dos lábios. Cancro da mama). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (Ritmias nas crianças. Leite de mulher comercializado. Doença por incompatibilidade sanguínea do recém-nascido. Lágrimas de sangue) *Revista Clínica do Instituto Maternal* (Anestesia raquidiana sub-aracnoideia fraccionada em ginecologia. Beta-glicerofosfato de sódio em clínica obstétrica. Etiologia de prematuridade e debilidade congénita. Para-amino-benzeno-sulfamida no tratamento da infecção puerperal). *Jornal do Médico* (Apendicites agudas. Inalação combinada de antistina-privina e penicilina na asma brônquica e na bronquite crónica). *Cadernos Científicos* (Epidemiologia da poliomielite. Primo-infecção tuberculosa em militares). *Livros e Opúsculos*.

Revisão de tema clínico — Posição do pediatra perante a operação das amígdalas, por F. BAMATTER.

Notas científicas e práticas — Formas de início da tuberculose clínica. Etiologia virica das úlceras gastro-duodenais pépticas, recidivantes. Grave choque anafilático por injeção de vitamina B₁. Sobre o valor da cutirreacção e da intradermo-reacção em diversas diluições na demonstração da alergia tuberculínica. Oxigenoterapia no infarto do miocárdio. O problema da antrotomia nos estados neurotóxicos do lactente. Tratamento da úlcera dolorosa da perna post-flebitica. Nodosidades subcutâneas dolorosas de evolução aguda. Sobrevida após gastrectomia total. O repouso nas afecções cardíacas. O síndrome dos gastrectomizados. O alho na tosse convulsa. Resultado das intervenções na perfuração da úlcera péptica. Insolação torácica e tuberculose pulmonar. Vantagens da di-insulina. Tratamento da poliomielite. Propriedades da aminofilina.

ANEXOS — Hospitais, dispensários, clínica domiciliária e funcionalização do exercício da medicina, por A. GARRETT. Registo de livros novos. Notícias e informações.

Nova aquisição
da

ARSENOTERAPIA

FONTARSOL

2.591 R. P.

Cloridrato de hidroxí-4-amino-3-fenildielorarsina

permite

o emprego directo da Arsenona
vector da actividade dos
arsenicais trivalentes (Novar) e
a cura intensiva e rápida da

S I F I L I S

Empôlas doseadas a Ogr. 12 de
composto arsenical activo
a dissolver extemporaneamente
em 5 cc. de água destilada

(CAIXAS DE 10)

Injecções diárias exclusivamente intravenosas
(séries de 15 a 20)

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA

— 21, RUE JEAN GOUJON



MARCA POULENC FRERES & USINES DU RHONE

PARIS (8^e)

Soc. Com. CARLOS FARINHA, L.^{da} — R. dos Sapateiros, 30, 3.^o — Lisboa

Hospitais, dispensários, clínica domiciliária e funcionalização do exercício da medicina

O artigo que neste lugar inseri no passado número de esta revista precisa de um complemento indispensável. Nele me referi, de um modo geral à tendência para a crescente funcionalização do exercício da medicina, resultante dos novos conceitos do direito de toda a gente à assistência médica e do character que esta tomou, tanto pelo sentido da maior amplitude das práticas preventivas da doença, como pela complexidade das técnicas de diagnose e terapêutica, o que tudo leva a concentrar em estabelecimentos apropriadamente apetrechados os variados serviços de que tem de dispor os indivíduos a atender; e, conseqüentemente, a que os médicos de esses estabelecimentos passem a ser funcionários da respectiva entidade administrativa.

O artigo foi reproduzido no «Jornal do Médico», e o seu director e meu amigo, colega Mário Cardia, acrescentou-lhe comentários a que desde já quero aludir, depois de agradecer, penhorado, as amáveis referências que o meu parecer lhe suscitou.

Pergunta, em primeiro lugar, o colega Mário Cardia onde deve exercer-se a clínica colectiva feita em centros dotados de meios de especialização técnica. E refere-se aos hospitais e dispensários já existentes e ao seu aproveitamento pelos beneficiários da Federação das Caixas de Previdência, objectivando assim, para o nosso meio, uma orientação que tracei em termos gerais, puramente teóricos. Não o acompanharei nesse campo, porque não tenho elementos suficientes para discutir esse aspecto da questão, e assim o manifestei em carta que ao referido colega escrevi. Mas o comentário dá-me ensejo a considerar o assunto, ainda que sempre num ponto de vista geral.

Também nota não lhe parecer que a clínica geral tenha de exercer-se em centros de especialização técnica, pois o policlínico pode, muitas vezes, aproveitando um simples auxílio técnico, resolver os seus problemas clínicos; e que não é possível, na generalidade dos casos, juntar no mesmo centro de especializações técnicas, os clínicos gerais e os especializados que tem de os esclarecer. E isto é assim mesmo, e só por incompleta expressão do meu pensamento pude ter ocasionado este justo comentário.

Mas agora, tratando das relações entre as diversas modalidades do exercício da medicina, dentro da orientação moderna, que cada vez mais se radica e estende, completarei o meu parecer sobre este tema de tão transcendente importância médica e social.

Puz em destaque os centros dotados de todos os recursos técnicos da actual fase da arte clínica, como peças essenciais da orgânica assistencial, à volta dos quais trabalhem os clínicos gerais. Estes,

* (H)



porém, continuarão a ser, por mais voltas que dê o progresso da ciência e da técnica, os elementos basilares da assistência aos doentes, e até da feição profiláctica do exercício clínico.

Quer o doente vá ao consultório ou dispensário, quer o médico vá a casa do doente, cada indivíduo a atender deve ter o seu médico, policlínico, que o conheça e o siga através das vicissitudes da sua saúde, e tanto melhor quanto mais duradoiras forem as relações entre um e outro; o conceito do médico de família, acompanhando-a através da vida, é e será sempre, por mais que façam para a desprezar, a melhor forma de garantir a higidez dos assistidos, de zelar pela manutenção da sua existência.

O costume cada vez mais espalhado de consultar directamente especialistas, de variar de médico ao sabor das circunstâncias de doença e até mesmo de outras que nada tem com o carácter de esta, é evidentemente pernicioso, fruto da atracção exercida pelas especializações técnicas. Creio bem que, passada esta época de transição evolutiva do exercício médico, há-de reconhecer-se esta verdade e hão-de organizar-se os serviços assistenciais nessa salutar orientação.

Os estabelecimentos onde se encontrem todos os recursos especializados, em pessoal e material, para diagnose e terapêutica, terão de ser, não o fulcro de onde irradiem os clínicos gerais, mas o centro a que recorram para desfazer as suas dúvidas e completar ou delegar a sua acção, quando a não possam exercer plenamente com os seus próprios meios.

Tudo isto é tão intuitivo, tão conforme com as realidades de todos os dias, que não carece de exemplificações justificativas.

Semelhantermente, tem de encarar-se o hospital, como casa de internamento dos que não podem ser tratados em casa, embora, a este respeito, se tenham formulado ceneceitos diversos, que apenas, por hoje, me limito a resumir nos dois aspectos extremos: o de largo e o de estreito âmbito de actividades.

Pensam uns que o hospital deve ser o centro primacial da clínica, atendendo o doente, ambulatório ou acamado, com o seu pessoal próprio, e estendendo para fora do edifício a sua esfera de acção, por meio de clínicos visitantes e de agentes de serviço social. Pensam outros que o hospital, embora dotado de médicos especializados e de toda a aparelhagem correspondente, deve ser uma casa aberta aos clínicos gerais, médicos e cirurgiões, recurso a aproveitar por todos, tal como se faz presentemente em casas de saúde que trabalham em regimen de hospedagem retribuída.

O transporte de qualquer de estes conceitos para a medicina aplicada a colectividades encontraria dificuldades de realização, quase insuperáveis. Por isso me parece que o único imprescindível papel que o hospital, em tal caso (que é o de que agora se trata) terá de desempenhar, é o de casa para tratamento dos doentes enviados pelos médicos da entidade assistencial; e o doente será naturalmente tra-

tado pelos médicos do hospital, pois neles delegou a sua acção o clínico que o atendia fora de ele. As relações económicas e de deontologia entre as duas entidades é assunto delicado, que merece artigo à parte, colocando-me, evidentemente, no pouto de vista da defeza dos dos interesses da classe médica.

Quanto a servir o hospital de dispensário, mesmo sòmente para serviços especializados, poderá ter essa utilidade, sem dúvida, quando a entidade assistencial não dispuzer de centro de esse género, mas se o número de indivíduos nela filiados for grande, é natural que queira evitar complicações inerentes às relações entre organismos de diversa administração, e instale e mantenha um centro próprio, para tal fim.

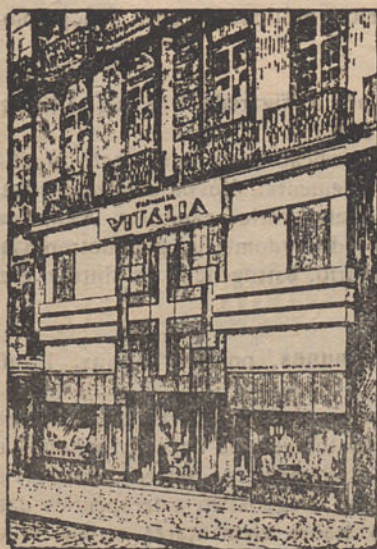
Em suma: a tendência para a socialização do exercício da medicina, pela progressiva extensão dos serviços de assistência a grandes grupos populacionais, em sistema de mutualidade ou de seguro contra a doença, levará à instauração de organismos apropriados ao desempenho cabal de tais serviços, de acôrdo com os progressos da ciência. Implicará essa orgânica uma crescente funcionalização dos médicos,

FARMÁCIA VITALIA

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 B₁, doseadas a 0,005 (2.500 U.I.).

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

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

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

apesar dos protestos da classe, que em todo o mundo se levantam contra ela, por grandes maiorias. Temos que contar com esta verdade, por dura que seja, como já por mais de uma vez frisei.

Nessa orgânica, o clínico geral há-de continuar a ser o factor principal da assistência médica, mas tendo à sua disposição os recursos das técnicas modernas, em centros de diagnóstico e tratamento especializados, e o hospital para os casos que o exijam. Isto quer estes recursos pertençam ou não à entidade de medicina colectiva em que exerce a sua actividade.

Há muito que deslindar nestes temas de tanto interesse; por hoje bastam estas considerações de generalidade, como complemento do artigo do passado número.

A. GARRETT

REGISTO DE LIVROS NOVOS

La dénutrition, por M. Lamy, M. Lamotte, S. Lamotte-Barrillon. 408 pág., 26 fig. (G. Doin & C.^a, Edit., Paris, 1948 — 1.150 fr.).

O estudo da decadência física em que se encontravam os detidos durante a ocupação alemã da França levou à instalação de centros de assistência médica, para o respectivo tratamento. Num deles os autores estudaram o problema da desnutrição, que agora expõe, baseados na observação pessoal e nas noções teóricas actuais. Escrevem sobre: necessidades alimentares, metabolismo das substâncias ingeridas, aspectos clínicos da nutrição, seu estudo anatómico, prótidos do soro, fisiopatologia e terapêutica.

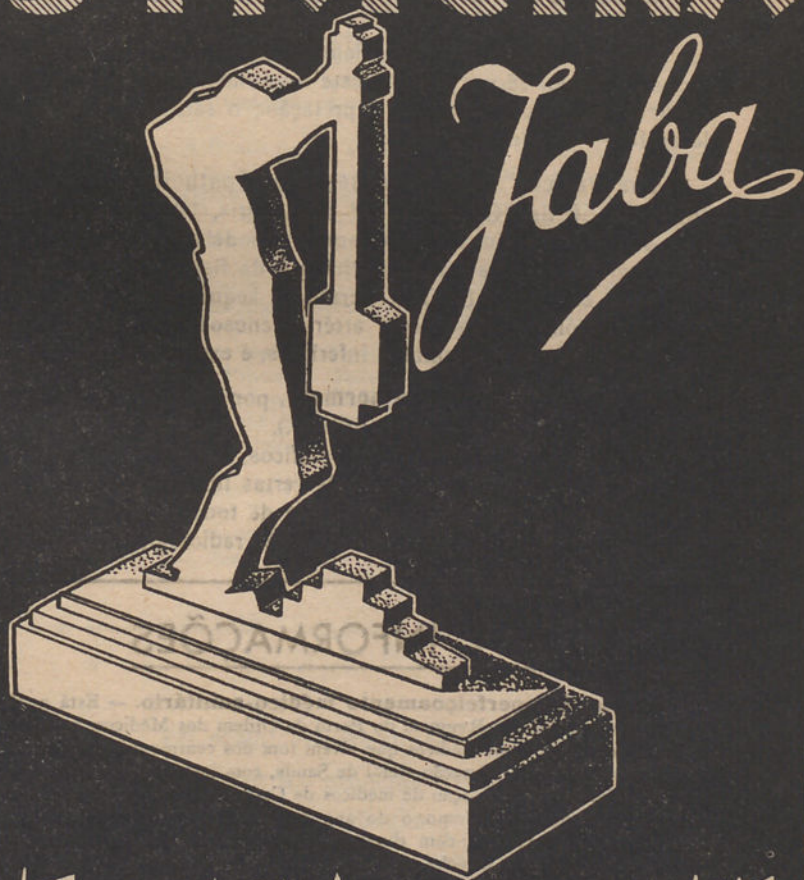
Traité de gynécologie pratique, por J. Figarella. 512 pág., 143 fig. (G. Doin & C.^a, Edit., Paris, 1948. — 1.500 fr.).

Rapidamente se esgotou a primeira edição deste livro, facto justificado pelo seu carácter prático, sem ser elementar. Novos conhecimentos, de recente actualidade, levaram a remodelar vários capítulos. Assim os de: laparoscopia, histofisiologia do ciclo do endométrio, gonadotropinas, crise intermenstrual e hemorragias do ovário, estrogéneos de síntese, etc. Boa apresentação material.

Traitement des dermatoses communes, por A. Desaux. 1.300 pág., 320 fig. (Masson & C.^o, Edit., Paris, 1948).

Embora a terapêutica constitua a parte principal do livro, precedem-na capítulos dedicados a noções sobre a histofisiologia da pele, métodos e técnicas de exame, classificação das lesões elementares, testes de alergia e hereditariedade. Servem de introdução ao diagnóstico e terapêutica das afecções, seriadas por predomínio das lesões elementares e por sede

NUTRICINA



*Aumento rápido de força, peso e apetite.
Valioso auxiliar da convalescença.
Recomendavel no periodo de férias.*

DELEGAÇÃO DO PORTO:
R. Mártires da Liberdade, 120

LABORATÓRIOS JABA
R. Actor Taborda, 5 - LISBOA

DEPÓSITO EM COIMBRA:
Avenida Navarro, 53

regional. Cada afecção cutânea é apresentada em esquema, orientado clinicamente, com a documentação gráfica correspondente. Obra de manifesta utilidade para o policlínico, e que o especialista gostará de ler.

Médecine de l'aviation, por J. Malméjac. 330 pág., 79 fig. (Masson & C.º Edit, Paris, 1948).

As bases fisiológicas e fisiopatológicas das perturbações que os vôos provocam, são expostas neste livro interessante, com descrição dos estados patológicos e sua interpretação; o estudo da selecção dos aviadores fecha o volume.

Les varices et leurs associations pathologiques, por L. Gerson. 260 pág., 56 fig. (G. Doin & C.ª Edit., Paris, 1948. — 850 fr.).

Segunda edição, completamente remodelada e acrescentada, em face dos progressos feitos no conhecimento da fisiopatologia e da terapêutica médica e cirúrgica. Ulceras, dermatites, sequelas de flebites, periflebites agudas e crónicas, síndromes artério-venosas, tudo o que está ligado às lesões das veias dos membros inferiores, é exposto com util feição prática.

Anatomie radiologique normale, por Henrytillier. 234 pág., 350 fig. (G. Doin, Edit., Paris, 1947 — 600 gr.).

Ensinar a ler os filmes radiográficos, indicando os erros que podem cometer-se por desconhecimento de certas imagens normais, é o objectivo desta obra, que devia estar na estante de todo o clínico, como base para a interpretação dos clichés enviados pelo radiologista.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

Curso de aperfeiçoamento médico-sanitário. — Está a efectuar-se, organizado pelo Conselho Regional do Porto da Ordem dos Médicos, o segundo curso destinado especialmente aos médicos que vivem fora dos centros urbanos, este ano principalmente subsidiado pela Direcção Geral de Saúde, com inscrição de sub-delegados de saúde concelhios, e com participação de médicos de Casas de Povo, auxiliados pelo sub-secretariado das Corporações. Como o do ano anterior, consta de conferências e lições, e de sessões de índole prática, com distribuição por turmas dos alunos inscritos. Começou no dia 25 de Outubro e fecha no dia 6 de Novembro, em sessão presidida pelo Sr. sub-secretário de Estado da Assistência Social. As conferências e lições são umas de índole clínica e outras de índole sanitária. As primeiras estão entregues aos Srs. Drs. Alberto Saavedra, Alvaro Rodrigues, Bernardes Pereira, Bruno da Costa, Celestino Maia, Cerqueira Gomes, Corino de Andrade, Espregueira Mendes, Ferraz Júnior, Joaquim Bastos, Ladislau Patrício, Macedo Chaves, Mário Cardoso, Morais Frias, Paulino Ferreira, Pereira Viana, Reynaldo dos Santos, Rocha Pereira, Serrano Júnior, Sousa Pereira e Vitor Ramos. As segundas aos Srs. Drs. Almeida Garrett, Augusto Travassos, Bernardino Pinho, Costa Júnior, Couto Nogueira, Fernando Correia, Francisco Cambournac. A última lição será de deontologia, a cargo do Prof. Hernâni Monteiro. A variedade dos assuntos, tanto das lições como das sessões práticas, valorisa o programa traçado para este curso. Prossegue assim a meritória actualidade do Conselho Regional do Porto.

Reunião dos sub-delegados de saúde do Distrito de Aveiro. — Promovida pelo Delegado de Saúde de Aveiro, e com a assistência do Director Geral de Saúde, efectuou-se a primeira reunião dos médicos sanitários do Distrito, em que se tro-

caram impressões sobre as actividades a desenvolver a bem da saúde pública na respectiva região.

Assistência e sanidade das Beiras. — No Congresso Beirão, efectuado em Julho último, foram emitidos votos que interessam à medicina e que por isso não queremos deixar de registar aqui. Referem-se aos seguintes pontos: luta anti-sezonática pelo repovoamento florestal, irrigação intermitente e protecção dos ranchos migratórios; criação de centros da saúde e assistência na sede dos partidos médicos, casas de residência para os respectivos titulares, sua única subordinação à Direcção geral de Saúde; melhoramento e ampliação da luta contra a tuberculose e aproveitamento climatoterápico da Serra da Estrela; instauração da luta contra a cegueira, e criação de obras de protecção à maternidade e à infância.

Prémios Sanitas. — A Sociedade das Ciências Médicas distribuiu os prémios Sanitas para o corrente ano, da seguinte maneira: Prémio Sousa Martins, ao trabalho — Estados entero-espásticos psicogénicos e ventre agudo, de Luis Navarro Soeiro; Prémio Manuel Bento de Sousa ao trabalho — Uma primeira série de mil casos de grande cirurgia do sistema nervoso central, de Almeida Lima, Gama Imaginário e Lobo Antunes; Prémio Costa Simões aos trabalhos — Aneurina e mecanismo de acção vagal sobre o coração, de Jacinto Bettencourt, e ao trabalho — Micro-reacção de Wassermann, de Gustavo Igrejas; Prémio Ricardo Jorge ao trabalho — Primo-infeccção tuberculosa e serviço militar, de José Cutileiro.

Homenagens. — Em solene sessão, foi prestada calorosa homenagem ao médico municipal de Espinhal (concelho de Penela), dr. Júlio Lopes. No Sanatório Sousa Martins foi homenageado o Dr. Manuel Cardoso, pelos doentes ali internados.

Faculdade de Medicina de Lisboa. — Mediante concurso foi nomeado professor catedrático de Anatomia Patológica o professor extraordinário Dr. Jorge da Silva Horta.

Necrologia. — Dr. Guilherme da Cunha Vaz, antigo clínico em Fundão e nosso estimado leitor, Dr. Manuel Simões Barreiros, de Figueiró dos Vinhos. Em Lisboa: Dr. Marcelino Dias de Almeida, tenente-coronel médico reformado; Dr. João Carlos Simões Alves, major médico; Dr. Pedro Coutinho da Silveira Ramos e Dr. Anibal Mendonça de Sousa Cid.



Vai enviar um exemplar, como amostra gratuita, a todos os srs. assinantes do «Portugal Médico».

Agradece a atenção que lhe dispensem.

Sumário do n.º de Outubro:

A morte de Dina, por Arthur Koestler. *Actualidades cinematográficas*, por Domingos Mascarenhas. *O ouro de Staline*, por Pierre Grobel. *Maurice Chevalier*, por Rogest Malher. *Mulheres*, por Bourbon e Menezes. *Gatunos de Recordações*, por John Kobler. *David Swan*, por Nathaniel Hawthorne. *Desporto*, por Quádrilo Raposo. *Curiosidades médicas e etnográficas*, por José Crespo. *A influência das côres*, por Dr. A. Bernaerts. *Uma questão discreta*, por Andor Gabor. *Passatempo*.

Anedotas e notas diversas.



NEUMOTISINA

Um emplastro medicinal que se aplica facilmente e se tira com comodidade.

Analgésico, antipirético, antiflogístico, rubificante e descongestivo, alivia a dor e reduz a congestão, ajuda o tratamento em casos de

Perturbações respiratórias — Afecções glandulares
Inflamações neuro-musculares

NUZINE

Auxiliar no tratamento de hemorroidas
para o alívio da dor e da inflamação.

O seu uso também é recomendável em períodos post-operativos das hemorroidas, para aliviar as dores e a inflamação.

NUMOTIZINE INC.

900 NORTH FRANKLIN STREET

CHICAGO, E. U. A.

Representantes: E. BRUNNER & C., LDA.

TRAV. DA FÁBRICA, 13-2.º

PORTO

PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXII — N.º 10

OUTUBRO DE 1948

SERVIÇO DE PROPEDÊUTICA CIRÚRGICA DA FAC. DE M. DO PORTO

“Trombo-flebite por esforço” do membro superior direito

por JOAQUIM BASTOS e JÚLIO COSTA

Prof. extraordinário

Assistente

Dentre as formas clínicas com que pode apresentar-se a trombo-flebite nos membros superiores, destaca-se, pela sua especial sintomatologia, relativa raridade de aparecimento e considerações de ordem terapêutica e etio-patogénica a que a sua observação dá lugar, a chamada «flebite por esforço». Afecção de indivíduos jovens e robustos, em regra trabalhadores manuais, aparecendo espontaneamente ou depois de um esforço, que, à primeira vista, parece primitivo, não secundária a qualquer doença geral ou a infecção evidente do membro atingido, nem a fractura dos ossos do membro superior ou a lesão da cavidade axilar, sem que seja possível colher noção de traumatismo externo directo, afecção puramente local, por todas estas características e ainda pelo facto do esforço não ultrapassar o que habitualmente o indivíduo executa no seu labor diário, mereceu de PIULACHS o nome de flebite autóctona do membro superior em substituição do antigo rótulo de trombo-flebite por esforço, designação esta mantida desde que VON SCHRÖTTER, em primeiro lugar, chamou a atenção para o possível papel que o esforço muscular teria na génese de tal padecimento.

Não é frequente a doença nem por demais conhecida a sua sintomatologia. O seu conhecimento obriga ainda a considerar diversos factores, agora muito estudados nos síndromos dolorosos do membro superior. A análise de cada observação clínica, fornecendo um ou outro pormenor de ordem semiológica ou patogénica, contribue para o esclarecimento desta ainda mal definida doença.

* (31)



C. F. M. A., 20 anos de idade, solteiro, auxiliar de guarda-freio, internado em 20 de Agosto de 1945 no Serviço de Propedêutica Cirúrgica (Reg. clínico n.º 294). Dois meses antes do internamento, acordou com o membro superior direito todo edemaciado, vermelho, mais frio que o membro simétrico e já com desenvolvida rede venosa superficial que do braço caminhava para o tórax. Não sentiu dores nem teve febre, mas havia grande dificuldade na movimentação do membro atingido. Como não sentisse melhoras com a terapêutica antiflogística local e várias outras medicações, internou-se no Serviço de Propedêutica Cirúrgica.

Não se recordava de ter realizado qualquer esforço além dos que habitualmente a profissão lhe exigia.

Indivíduo de constituição média, conformação esquelética normal e bom estado de nutrição. Apirético, sem pormenores de importância nos antecedentes pessoais ou familiares nem no estudo dos diversos aparelhos ou sistemas.

Ao examinar a região doente, notavam-se logo numerosas veias dilatadas e sinuosas, não mui volumosas, nas faces interna e anterior do braço direito e na parte posterior do cotovelo do mesmo lado e uma veia bastante dilatada, que se dirigia da parte posterior do braço para a espádua e tórax.

Havia nítida diferença volumétrica entre os dois membros homólogos, embora não se conseguisse marcar sinal de «godet». A comparação dos perímetros dos dois membros superiores, medidos a alturas idênticas objectiva bem a desproporção.

	Direito	Esquerdo
1/3 médio do braço	27 cm.	24 cm.
1/3 superior do ante-braço ...	26 cm.	24 cm.
1/3 inferior do ante-braço.....	19 cm.	18 cm.

Notava-se ainda um tom cianótico difuso em ambas as mãos, coloração esta anterior ao início da doença.

Embora o doente sentisse temperatura mais alta do lado atingido, não se conseguia, objectivamente, colher noção da existência de qualquer diferença térmica. Ausência de dores ou parestesias, a não ser sensação de entorpecimento do membro lesado depois de esforços musculares consideráveis.

Diminuição da força muscular dinamométrica à direita (M.D.—37 Kg. M.E.—40 Kg.).

O exame do membro superior não permitia anotar mais qualquer pormenor digno de registo. A palpação do feixe vasculo-nervoso e da cavidade axilar não mostrava nenhum facto anormal; apenas o estudo comparativo dos dois pulsos radiais evidenciava menor amplitude à direita, facto observável nos traçados oscilométricos.

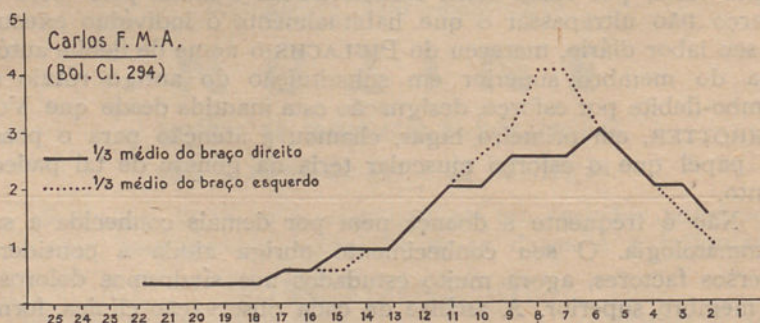


Fig. 1

Dos diferentes exames analíticos efectuados para o estudo do doente e da doença, só é necessário destacar o resultado do hemograma, pela leucopenia pouco acentuada, eosinofilia e linfocitoses encontradas.

A história da doença e os dados colhidos no exame objectivo pareciam permitir o diagnóstico de trombo-flebite por esforço. Faltava apenas confirmar a existência da trombose venosa pela flebografia, meio óptimo de diagnóstico no dizer de vários autores, como por exemplo BAUER. Utilizamos o *torotrast*, injectando 10 cc. numa veia do dorso da mão. A imagem obtida, reproduzida na figura n.º 2, mostra além da rica e sinuosa circulação venosa suplementar sub-cutânea, a existência da trombose venosa das veias humerais ou da totalidade da veia axilar.

Confirmado o diagnóstico de trombose humero-axilar e observado o doente em fase de estabilização do padecimento, a terapêutica deve dirigir-se fundamentalmente no sentido de suprimir o mecanismo fisio-patológico, isto é, cortando o arco reflexo vasoconstrictor, de preferência na sua origem ou seja na veia lesada. No período agudo ainda pode usar-se terapêutica médica anti-infecciosa, anti-espasmódica e anti-trombosante, a última sobretudo feita com heparina e dicumarol. Perante a ineficácia do tratamento médico e depois da hora da trombectomia só a ressecção do segmento venoso trombosado pode resolver o problema, pois não só evita a progressão da trombose como também suprime uma série de reflexos vaso-motores prejudiciais. Alguns autores aconselham que se espere pela recanalização do trombo, mas verificou-se que, na maioria dos



Fig. 2

casos, tal permeabilização microscópica não é suficiente para o restabelecimento de uma útil circulação venosa local.

De acordo com este modo de ver, operamos o doente em 28 de Setembro de 1945 (Op. n.º 174).

Anestesia geral pela mistura de Scleich + C O 2. Incisão de descoberta da artéria humeral, prolongada para o tórax, paralelamente à clavícula. Descoberta do feixe vasculo-nervoso, libertação do grande peitoral. Observou-se então a extensão da tromboflebite que atingia toda a veia axilar, prolongando-se para a veia humeral interna. Intensa reacção peri-vascular, com adenite e periadenite. Isolamento cuidadoso da veia, laqueação da veia axilar junto da terminação da cefálica, laqueação da humeral externa a 2 cm. da confluência e a da humeral interna a 5 cm. da confluência. Ablação dos segmentos venosos entre as laqueações. Sutura da aponevrose com catgut e da pele com fio de linho.

Post-operatório normal.

O exame histológico confirmou o diagnóstico, permitindo verificar a existência de trombo-flebite parietal ou obliterante e com organização total ou parcial do trombo, consoante os segmentos do vaso; intensa infiltração leuco-linfocitária das túnicas vasculares. (Ex. histo-patológico n.º 10.591 — Prof. A. Tavares).

Logo depois da saída, o doente começou a trabalhar normalmente, sem qualquer perturbação, estado que se mantinha dois anos depois.

Flebite infecciosa ou puramente traumática são as duas modalidades etio-patogénicas que se discutem na tentativa de explicar a afecção que estudamos neste momento. MATAS, de 27 casos operados, sujeitou 7 segmentos venosos a exame cultural e obteve resultados positivos só em 3, verificando em todos, pelo exame microscópico, sinais inflamatórios acentuados de flebite séptica. KAPLAN acentua, contudo, que esta doença aparece independentemente de qualquer pormenor séptico anterior, sem temperatura febril ou outro sinal relacionável com infecção evolutiva. Quando se comparam exames histológicos desta afecção com os de outras flebites, em que o papel infeccioso não merece discussão, não deixa de impressionar a semelhança obtida; por outro lado, a revisão cuidadosa dos antecedentes de indivíduos que sofreram trombo-flebite por esforço revela a existência de insignificante supuração cutânea de vizinhança, em alguns casos ainda não cicatrizados por completo; e nem mesmo a alta percentagem de negatividade cultural do coágulo parece elemento contraditório, tão certo é que, em geral, se pratica já na fase de estabilização da doença.

O problema, porém, é mais complexo. VON SCHRÖTTER, em primeiro lugar, afirmou a origem traumática pura, por possível distensão da veia, o que daria origem a compressão, flebite localizada e trombose consecutiva. LOWENSTEIN afirmou que a compressão dependia do estrangulamento feito pelo ligamento costocoracoideu e pelo músculo sub-clávio, o que levou GOULD e PATEY a fazerem a repleção das veias axilares de cadáveres com gêsso, experiências que, em parte, confirmaram a hipótese de trabalho. Nem todos os autores que defendem a teoria traumática, admitem o

mesmo local de compressão. VEAL e MC TETRIDGE, por exemplo, baseados em estudos flebográficos, afirmaram que a compressão se efectuava abaixo da cabeça humeral contra o infra-escapular, enquanto WILLIAM considera da maior importância o atrito da veia contra a primeira costela durante os movimentos da abdução brusca.

Voltaremos a esta afirmação que interessa directamente ao estudo da nossa observação clínica mas desejávamos, referirmo-nos, antes disso, à teoria da irritação da adventícia da veia com fenómenos espasmódicos consecutivos, teoria nascida do facto de não se encontrar qualquer segmento trombosado durante operações realizadas por flebite por esforço. De acordo com a opinião de OLIVIER e LÉGER é necessário muita prudência na interpretação de tais factos, dada a dificuldade de explorar por completo todo o trajecto venoso, não se identificando, assim, pequenas zonas de trombose que são origem de fenómenos veno-dinâmicos consecutivos. A flebografia, por outro lado, não pode também resolver o problema, pois, a seguir aos trabalhos de LÖHR, sabe-se perfeitamente que só é possível tornar visível a axilar até ao ponto de cruzamento com a clavícula pois a partir desta zona o líquido de contraste dilui-se muito por virtude das colaterais venosas que aí afluem.

O mecanismo deve ser idêntico ao de outras flebites. Com ou sem participação de factores sépticos, há sempre fenómenos trombóticos e espasmódicos, estes últimos favorecendo a progressão da trombose, dificultando o restabelecimento da circulação colateral e determinando ainda contracção das artérias regionais como se verifica pela comparação das curvas oscilométricas. A irritação do simpático teria assim importância idêntica à considerada nas outras flebites.

Como já dissemos, WILLIAM dá grande importância ao atrito da veia contra a primeira costela na abdução brusca. Movimentos análogos praticava, dia a dia, o nosso doente, na sua prática profissional de auxiliar de guarda-freio. Por isso, tentamos verificar em cadáveres, com auxílio da flebografia, se na verdade existia qualquer compressão da axilar ou da sub-clávia quando colocávamos o membro superior direito em abdução e hiperextensão (posição terminal de travagem num carro eléctrico atrelado de modelo antigo). A interpretação dos resultados obtidos é difícil, tanto mais que trabalhos idênticos anteriores consentiram conclusões diversas, LUIGI BADER, pretendendo estudar os traumatismos do plexo braquial, afirmou que o feixe vasculo-nervoso só sofre compressão na elevação forçada do braço, posição em que as relações anatómicas se modificam muito pela diminuição do espaço costo-clavicular, onde o plexo pode ser gravemente lesado. Quando se combinam, contudo, os movimentos do pescoço com os do membro superior, os resul-

tados são diversos; FALCONER e WEDDELL concluem das suas pesquisas que a hiperextensão do pescoço associada à abdução posterior da espádua produz uma diminuição do espaço costo-clavicular onde veia e artéria são comprimidas a ponto de poder desa-



Fsg. 3

parecer o pulso radial. As nossas experiências parecem dar razão a estes últimos autores, pois nas diferentes imagens colhidas (fig. 3), nota-se sempre uma diminuição de calibre da veia na travessia costo-clavicular.

BIBLIOGRAFIA

- BADER (L.) — Note di anatomia della regione laterale del collo in rapporto alle lesione traumatiche del plesso brachiale — *La Chirurgia degli Organi di Movimento* — 26, 99, 1940.
- BAUER (G.) — Venous thrombosis and venography — *In J. A. M. A.* — 117, 1052, 1941.
- COUCHOIX (J.) et PETIT (P.) — *Nouveau précis de Pathologie Chirurgicale* — Masson — Paris — 1947.
- COHEN (H. H.) — Strain thrombosis of the axillary vein — *Int. Abst. Surg.* — 75, 277, 1942.
- EATON (L. M.) — Neurologic causes of pain in the upper extremities — *Surg. Clin. of North Am.* — 26, 810, 1946.
- FALCONER (M. A.) and WEDDELL (G.) — Costo-clavicular compression of the subclavian artery and vein — *Lancet* — 2-539, 543, 1943.
- KAPLAN (T.) — Thrombosis of the axillary vein — *J. A. M. A.* — 110, 2059, 1938.
- KAPLAN (T.) — Thrombosis of the axillary vein — *Int. Abst. Surg.* — 76, 165, 1943.
- OLIVIER (Cl) et LÉGER (L) — Les thrombo-phlebitis dites «par effort» du membre supérieur — Masson — Paris — 1941.
- PELNER (L) and COHEN (I) — Primary thrombosis of the axillary and subclavian veins — *Int. Abst. Surg.* — 75, 74, 1942.
- PINELLI (L) — Contributo clinico allo studio della trombo-flebite detta «spontânea» o «da sforço» — *La Chirurgia degli Organi di Movimento* — 17, 537, 1933.
- PIULACHS (P), ARIAS (A. R.), ARANDES (R) — La tromboflebitis autoctona del miembro superior — Massó — Barcelona — 1946.
- ROELSEN (E.) — Primary thrombosis of the axillary vein: 7 verified cases of thrombus formation — *J. A. M. A.* — 129, 837, 1945.
- SANTOS (R.) — Síndrome causálgico post-flebite axilar. Resecção do gânglio estrelado. Cura — *A Med. Contemp.* — 55, 7, 1937.

Analgesia do trabalho de parto pelo "Demerol" associado à anestesia troncular ⁽¹⁾

por ROLANDO VAN ZELLER

Director do Serviço de Obstetria
do Hospital Geral de S.to António (Porto)

O desejo de todo o parteiro é eliminar os fenómenos dolorosos do trabalho de parto sem que isso traga prejuízo para a mãe ou para o filho. Desde o clorofórmio até à anestesia caudal contínua, todos os processos tem sido ensaiados com maior ou menor êxito. De início o entusiasmo é grande, depois começam a surgir contra indicações, insucessos vários, acompanhados por vezes de casos

(1) Trabalho apresentado ao II Congresso Luso-Espanhol de Obstetria e Ginecologia.

fatais e o método com tanta esperança iniciado é posto de parte como inútil ou perigoso.

Numa magistral crítica sobre todos os anestésicos empregados, GREENHILL diz: «pode-se afirmar que é nos Estados Unidos aonde se emprega com maior frequência a analgesia em obstetrícia. Se por isso a mulher americana é feliz, em contra partida, todos os anos, paga pesado tributo devido ao seu emprego».

Numa estatística feita por HENSON sobre um milhão de casos verifica-se que toda a anestesia acarreta uma mortalidade que chega a ser elevada com o emprego da via raquidiana.

O quadro seguinte é elucidativo:

ANESTÉSICO	CASOS	MORTALIDADE
Etileno	31.426	0 por 100.000
Local	146.970	11 » 100.000
Protóxido de azote	188.820	13 » 100.000
Ciclopropana	12.707	15 » 100.000
Éter.	513.560	15 » 100.000
Clorofórmio	3.842	25 » 100.000
Raquidiana	91.262	42 » 100.000

Os casos fatais que aparecem com a anestesia local foram devidos a soluções demasiadamente concentrados ou ao emprego de substâncias de toxicidade elevada.

Outra estatística, esta feita por TRENT e GASTER, mostrou que em 13.151 anestésias locais a mortalidade foi nula.

As vantagens deste modo de anestesia são sobejamente conhecidas para serem aqui apontadas e se insucessos existem são devidos ou a falta de técnica ou a indicação mal posta.

Todavia durante o trabalho de parto só é útil na altura do período expulsivo.

Uma infiltração bem feita, seja qual for a técnica seguida, faz com que este período seja quase sempre indolor ao mesmo tempo que facilita as suturas das lesões perineais ou episiotomias que o parteiro achou necessário realizar.

Resta-nos pois eliminar ou amortecer a dor dos períodos de dilatação e extinção do colo uterino. Como é sabido inúmeros anestésicos têm sido empregados (éter, vinethene, clorofórmio, protóxido de azote, etileno, ciclopropana, raqui-anestésias, caudal contínua, barbitúricos vários, escopolamina, morfina, etc.), mas todos apresentam técnica difícil ou mortalidade mais ou menos elevada.

Ultimamente, porém, (1939) apareceu um, sintetizado por ESLAB e SCHAUMAN, a que foi dado o nome de pethidina, dolan-

tina ou demerol e que foi ensaiado com grande êxito durante o trabalho de parto por GALLEN e PRESCOTT, e por SPITZER, em 1944.

Nas doses de 50 miligramas por via oral, e caso fosse necessário mais 25 miligramas, este último autor relatou sucessos apreciáveis em 70 % dos casos.

Como GALLEN e PRESCOTT verificassem ser mais eficaz a via parentérica iniciaram os seus ensaios com doses de 100 milig. todas as horas, associando a escopolamina para que a anestesia fosse mais perfeita. Se bem que os resultados fossem melhores começaram a surgir fenómenos tóxicos na mãe e asfixia em alguns fetos (9 %), principalmente atribuídos ao emprego da escopolamina. (STEINBERG apresenta quatro casos de edema da uvula).

GILBERT e DIXON (1943) achando excessiva a dose administrada por estes últimos empregaram uma média de 300 miligramas de demerol por via intramuscular, com bons resultados.

Ao estudar este produto ROBERTO GOTTSCHALK afirmou que a pethidina não tinha qualquer efeito nocivo sobre o recém-nascido e FRANÇOIS SERNACLENS por sua vez concluiu depois de ensaios sobre 167 casos: — «O trabalho de parto normal, tanto na primípara como na multipara, torna-se indolor e mais rápido quando sob a acção do Demerol»; e acrescenta «2,25% dos recém-nascidos encontram-se como que adormecidos e 8,25% nasceram com fenómenos asfíxicos». A estes informes há a juntar aqueles resultantes das observações de JOSEFINE BARNES que em 500 casos observou asfixia em 55 fetos, não havendo porém mortalidade fetal.

CARTER, GREENHILL, GOLD e HORI verificaram que nas doses habitualmente empregadas o demerol é inocuo para a mãe e que o efeito tóxico sobre alguns fetos não tem acarretado até hoje mortalidade.

Dado as vantagens apresentadas resolvi associar estes dois métodos de anestesia durante o trabalho de parto.

Com o colo extinto e dilatação cerca de dois centímetros injecto 100 miligramas de demerol por via intramuscular. Passado pouco tempo a mulher apresenta um estado de sonolência queixando-se muito durante as contracções uterinas que todavia continuam enérgicas e rítmicas. O trabalho progride sendo algumas vezes muito rápido o período de dilatação. Caso seja necessário injecto mais 100 milig. passadas 4 horas. Mantenho assim a parturiente debaixo da acção anestésica durante o período de dilatação.

Ao iniciar-se o período expulsivo a mulher começa a sentir dores. Nesta altura procedo à anestesia da região vulvo-perineal. Como é sabido a vulva e períneo são enervados pelos ramos genitais dos nervos genito-cruais e pelos ramos colaterais do plexo sagradó; deste o mais importante é o nervo vergonhoso interno

que, nascendo do bordo inferior do plexo, próximo do vértice, sai da bacia juntamente com a artéria vergonhosa interna pela parte inferior da grande chanfradura ciática. Depois de contornar a espinha ciática entra na fossa isquio-rectal e ao passar pela face interna da tuberosidade do isquion divide-se em dois ramos, um inferior que fornece ramos aos músculos perineais, vagina e grandes lábios, outro superior, que se ramifica nos corpos cavernosos do clitoris. É no ponto onde o nervo vergonhoso interno se divide que injecto o soluto anestésico. Para isso coloco a parturiente em posição ginecológica, localizo as tuberosidades isquiáticas e ao nível do bordo interno introduzo a agulha numa direcção normal à pele. Uma vez atingida a face interna da tuberosidade injecto 15 c.c. de soluto anestésico. (sol. 1^o/₀ de scurocaina).

Procedo de igual forma do lado oposto. Passado algum tempo verifico analgesia da região vulvo-perineal, que se prolonga cerca de 2 horas a 2 1/2 h., tempo suficiente para que o parto se dê em casos normais.

Esta técnica simples permite um trabalho de parto a maior parte das vezes indolor. Os casos seguintes ilustram bem o efeito anestésico:

1.^o caso — C. F. A., natural de Famalicão. VII para. Bol: n.º 309.

Gestação a termo. O. D. T. Ruidos cardíacos fetais positivos no quadrante inferior direito. Início do trabalho a 15-III-1948:

As 11,50 h. — Descida por iniciar, colo extinto, dilatação 4 cm., membranas intactas.

12 h. — 100 milig. de demerol.

12, 25 h. — Início anestesia troncular com sol. de scurocaina.

12,30 h. — rutura artificial das membranas.

12,50 h. — parto.

Analgesia completa do períneo.

2.^o caso — A. S. S. 18 anos, natural do Porto. I para. Bol: 297.

Gestação a termo. O. E. T. Auscultação fetal positiva. Entrada a 12-III-1948.

10,30 h. — Descida iniciada, colo extinto, dilatação 3 1/2 cm, membranas intactas.

10, 40 h. — Injecção de 100 milig. de demerol.

10, 55 h. — Descida efectuada, colo extinto, dilatação 5 cm. Rutura artificial das membranas.

12, 25 h. — Anestesia troncular, segundo técnica habitual.

14, 45 h. — Parto. Feto normal.

Durante o período expulsivo só sentiu dores no fundo do útero. Períneo insensível. Ausência de lesões perineais.

Algumas vezes a parturiente queixa-se de dores fúndicas no máximo da contracção uterina, mantendo-se sempre a analgesia da

região perineal. Verifica-se, apesar do anestésico, contrações enérgicas, sem todavia se manifestarem fenómenos de hipertonia.

A anestesia troncular, diminuindo a tonicidade do períneo, permite a sua distensão, sendo raro realizar episiotomias. Casos observei em que um períneo de início pouco elástico, após a anestesia, tornou-se flácido, deixando dilatar a vulva com a maior facilidade.

A hemorragia do dequite é pequena e observei com frequência contrações dolorosas do puerpério e portanto uma involução uterina rápida.

Não emprego esta técnica nos casos que prevejo distócicos nem tão pouco nas mulheres que apresentam sintomas de toxemia gravídica.

Apesar da série ser ainda reduzida o que não permite realizar trabalho estatístico, tenho a impressão que este processo resolve na maioria dos casos, duma maneira prática e inócua, o almejado problema do parto indolor.

BIBLIOGRAFIA

- Anestesia and Analgesia in Obstetrics. *Recent Advances in Obs. and Gyn.*, 1945.
- CARTER. H. M. — Role of Demerol in Obstetrics — *Wiscousin M. G.* — Dec. 1947. — Referencia *Year Book Obst. and Gyn.* 1946, pág. 136.
- FRANÇOIS de SENRCLENS — The effect of Dolantins upon delivery. — *Gynaecologia*, 121 — 1946. Referencia *Am. G. Obst. Gyn.* Maio 1947.
- GALLEN and PRESCOTT — British M. J. — February 1944 — Referencia *Recent advances of Obst. Gyn.* 1945.
- GILBERT AND DIXON — *Recent Advances in Obst and Gyn* 1945.
- GOTTSCHALK, R. — Respiration during the first hour of life. — *Am. J. Obst. and Gin.* 1946 — pág. 651.
- GREENHILL, J. P. — Local infiltration anesthesia in obstetrics and gynaecology. *Gynaecologia*, Dec 1947. Referencia *Year Book Obst. and Gyn.* 1947.
- GREENHILL, J. P. — Anesthesia in Obstetrics. *Am. J. Obs. Gyn.* Julho, 1947.
- HORI. C. G. e GOLD. S. — Demerol in Surgery and Obstetrics. *Canadian M. A. J.*, Dec., 1944. Referencia *Year Book of Obs and Gyn.* 1945.
- JOSEPHINE BARNES — Pethidine in labor. Results in 500 cases. *Brit. M. J.*, April, 5, 1947. Referencia *Year Book of Obs. and Gyn.* 1947.
- ROSS MITCHELL. — Local anesthesia in obs. and gyn. — *Canad. M. A. J.* Dec., 1946 Referencia *Year Book of Obs. and Gyn.* 1947.
- STEINBERG. M. — Edema of uvula and glottis. Reatipn to Demerol Soopolamine analgesia. *Am. J. Obs. Gyn.*, November, 1945.

Aplicações da higiene na prática clínica (1)

por ALMEIDA GARRETT

Prof. na Faculdade de Medicina do Porto

Tem o médico, no exercício da clínica, de ordenar prescrições higiénicas para tratamento dos doentes, e muita vez sucede que um conselho de esta natureza supera em importância a administração de medicamentos; sempre, porém, as medidas higiénicas a observar no decurso da doença são uma parte notável dos meios que se empregam para a debelar. Torna-se, pois, necessário ter sempre presente aquilo que neste campo de acção deve prescrever-se; e porque se trata aqui de repetir e actualizar conhecimentos, não será descabido recordar o que a este respeito manda a ciência, primeiramente no vasto sector da hygiene geral, e depois no campo da prevenção específica das doenças infecto-contagiosas.

Em tal matéria, o clínico não só desempenha o seu papel de assistência ao doente como contribue para a saúde do povo. Bem o disse, por forma magistral Ricardo Jorge, quando escreveu: *«sem que o médico compreenda que, por imposição deontológica e necessidade impreterível, tem de na assistência individual zelar a assistência colectiva, não há hygiene publica viável».*

I

A ATMOSFERA DO QUARTO DO DOENTE

Em primeiro lugar, algumas palavras sobre a necessidade de uma boa atmosfera para o doente.

Se respirar ar puro é condição primacial para a manutenção da saúde, no estado de doença ela assume especial importância, por então ser preciso evitar todas as causas de perturbação do metabolismo, favorecer ao máximo o regular funcionamento de todos os órgãos.

Isto é noção banalíssima, mas, talvez por o ser, é ás vezes esquecida, e os livros de terapêutica, lamentavelmente, não lhe dão o relevo que merece. Eles deviam, todos, repetir o que Lemoine escreveu (no volume consagrado à hygiene do conhecido tratado de Patologia Médica, de Sergent, Ribadeau-Dumas & Babonneix) referindo-se à hospitalização: «A ventilação dos locais de habitação, e principalmente dos destinados ao tratamento dos doentes, é a mais importante das regras higiénicas a observar».

Se assim é em todos os casos, mais incisivamente se impõe essa regra quando se trata de uma doença infecciosa, febril, com meta-

(1) Excerptos da lição proferida no Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra, em Julho de 1948; a que se juntaram alguns pormenores na ocasião omitidos por escassês de tempo.

bolismo exagerado e perturbado, ou quando o doente é forçado a estar retido num compartimento da casa durante longas semanas ou meses.

Ora ar puro não quer dizer somente ar não inquinado por produtos químicos, e isento de poeiras abundantes ou nocivas. A pureza do ar no ponto de vista químico, e a ausência de poeiras prejudiciais pela sua quantidade ou qualidade, são elementos importantes para assegurar uma boa atmosfera dos interiores; mas tem de considerar-se um outro factor que, habitualmente, tem importância muito maior, por ser excepcional a circunstância de no quarto de um doente o ar adquirir um grau de inquinação, gasosa ou por poeiras, que o torne prejudicial. Quero referir-me à movimentação.

Atmosfera pura quer dizer também: ar correnteio, ar que se desloca. Noção esta que, nas condições vulgares da prática clínica, se sobrepõe à clássica interpretação da nocividade da atmosfera pela sobrecarga de anidrido carbónico, e dos gases exalados pelo organismo, de cuja quantidade aquele é consagrado indicador; porque para que essa sobrecarga se torne perigosa, será preciso que se junte à exiguidade da cubagem grande falta de renovação de ar, circunstâncias excepcionálissimas; antes de elas aparecerem, já a falta de movimentação do ar se fez sentir.

Estranho que livros, mesmo de recente edição, não destaquem este aspecto de problema, quando há muitos anos já foi provada, experimentalmente, a sua enorme influência nas alterações fisiológicas provocadas pelas atmosferas confinadas. Basta recordar a célebre experiência de Leonard Hill, repetida ao depois por outros com resultados semelhantes.

Num recinto envidraçado, herméticamente fechado, com capacidade apenas suficiente para conter oito estudantes que nele se encerraram, verificou-se que, ao fim de meia hora, com a face congestionada, sentiam torpor, lassidão; a proporção de gás carbónico era de uns quatro por cento. Puzeram-se então em movimento, no interior do recinto, pequenas ventoinhas que remexiam o ar, e viu-se que aqueles sinais de intoxicação desapareciam rapidamente, e os estudantes sentiam voltar a boa disposição com que haviam começado a experiência, adquiriam o facies normal e a vivacidade anterior. Depois, a mesma experiência foi repetida, com dispositivo que conduzia o ar do recinto para o exterior; esse ar, respirado em máscara, não mostrou qualquer poder de intoxicar.

A explicação do facto é simples. Um indivíduo parado, numa atmosfera parada, está envolvido por uma camada de ar em que os produtos de exalação, vapor de água e gás carbónico, existem em maior percentagem do que na atmosfera do compartimento respectivo; o que já é de considerar, embora em pequeno grau, no ponto de vista da inquinação gasosa. Depois, o que é mais impor-

tante, por estar carregado de humidade, a quietação de esse ar difículta, ou mesmo impede, a exalação cutânea e a defesa contra o aquecimento exercida pela secreção sudoral. O embaraço criado por esta maneira às funções da pele que interferem no metabolismo geral é a causa primacial da chamada inquinação da atmosfera dos interiores, que se reduz, pode dizer-se, à persistência de um envoltório de ar húmido e quente, bastando a sua remoção para fazer desaparecer os efeitos atribuídos ao excesso de vapor de água e de impurezas químicas, já que a quantidade de oxigénio nunca chega a ser insuficiente para o jogo respiratório.

A movimentação do ar tem tão grande importância em hygiene habitacional que há muito, na América do Norte, se reconheceu praticamente o seu valor na eficiência do trabalho e saúde dos trabalhadores. Numerosos exemplos, foram constituindo uma prática hoje corrente; entre eles citarei apenas, de entre os primeiros de uma longa série, o da Manhattan Trust Company, de New York, que desde que ventitou bem as suas oficinas observou tal aumento da produção que pôde dispensar quatro por cento dos seus empregados; e o da Towsendo, Grace & Co., de Baltimore, que edificou um arranha-céu sem dispositivos de ventilação, vendo que no primeiro inverno os habitantes adoeceram numa proporção de 27 por cento; mas que, feitas as instalações apropriadas, no inverno seguinte tal proporção desceu a 7 por cento.

Se isto é assim para os sãos, com mais razão o é para os doentes febris, com metabolismo exagerado, exalação excessiva, e consequentemente mais necessidade de refrigeração cutânea pela movimentação do ar.

De longa data, empiricamente, já a clínica havia mostrado os benefícios da atmosfera livre, ou largamente renovada pela ventilação (o que implica movimentação), na boa marcha de muitas doenças, a começar pela tuberculose. Das oscilantes opiniões sobre a influência dos climas na cura de esta doença, à parte o reconhecimento das virtudes e dos perigos de certos factores meteorológicos, ficou esta verdade incontroversa: que é preciso ar livre. De aí as varandas dos sanatórios, de que só se privam os doentes quando o vento, a chuva ou o nevoeiro (os tais factores perigosos) obrigam a recolher aos quartos e a fechar as janelas.

Sabem muitos médicos, e sobretudo os pediatras, que a tosse convulsa corre geralmente mal quando se fecham as crianças em casa, (apesar de ainda haver quem escreva o contrário). De velhos tempos veio o costume de ir passear as crianças coqueluchosas para os pinheirais, que afinal é andar ao ar livre. E modernamente são as excursões em automóvel aberto e os vôos em avião, a exercer a sua acção terapêutica cujo processo corresponde, de certo modo, ao de uma ventilação intensiva, influido pela deslocação

rápida do ar que envolve o corpo, com todas as suas consequências sobre a pele e a respiração, promovendo em alto grau as excitações que da periferia vão impressionar o sistema nervoso.

Quando se deu a pandemia gripal de 1918, a chamada «pneumónica», viu-se baixar a mortalidade nos hospitais depois de se ter tomado a resolução de abrir largamente as janelas das enfermarias, deixando correr livremente o ar.

Não seria necessário citar mais exemplos da acção benéfica, demonstrada pela prática, da renovação do ar que envolve os doentes. Mas não quero omitir um que recentemente conheci. Quando há pouco nos visitou o professor Fanconi, o pediatra de universal renome, disse em conferência que a única maneira com que conseguiu prolongar a vida das crianças portadoras de atrofia fibro-cística do pâncreas foi a de as colocar ao ar livre, dia e noite. Contou-me depois, no final da conferência que fez sobre essa afecção, que fora obrigado a travar uma luta com a administração hospitalar e até com os colegas, para instalar o sistema do ar livre numa parte do seu hospital de Zurique; mas que os resultados foram tão evidentes que agora são as próprias famílias dos doentes que pedem para os colocar nessa secção hospitalar.

Assente, pois, que o problema de evitar a inquinação do ar das casas é (como sinteticamente formulou Rosnar) mais físico do que químico, mais cutâneo do que respiratório, e que o doente, mais do que o são, precisa de atmosfera movimentada, vejamos como aplicar na prática clínica esta norma de hygiene.

O ideal seria que os doentes estivessem ao ar livre, salvo, já se vê, as excepções devidas às circunstâncias especiais de sensibilidade individual e de excessos de variação dos factores meteorológicos. Isto, porém, é difficil de realizar, seja por falta de locais apropriados, seja pela opposição das famílias a uma prescrição que vai de encontro ao inveterado hábito de resguardar os doentes das deslocações do ar, pondo o leito a um canto do quarto, quando não é numa escura alcova.

Temos de nos contentar, em regra, com mudar a cama para sítio conveniente, onde o ar circule sem peias, e obrigar a abrir as janelas, a ter sempre ar renovado. Põe-nos logo, porém, a objecção das correntes de ar. E com razão.

As correntes de ar são acusadas de malefícios, e justamente. Suportamos sem qualquer prejuízo fortíssimas deslocações de ar, quando incidindo sobre a totalidade do corpo; como acontece na atmosfera livre, em dias de ventania. No interior das casas tal se não dá. O ar desloca-se em faixas, mais ou menos largas, que sempre tocam sòmente uma porção limitada do revestimento corporal; e todos sabem que é esse arrefecimento circunscrito, e as excitações

assim localizadas, que provocam os reflexos incómodos e as perturbações locais ou a distância que as correntes de ar são capazes de produzir.

A conciliação entre a necessidade de grande movimentação do ar, de ventilação suficientemente intensa, e a de evitar as correntes de ar, é facilmente conseguida pela interposição de um pequeno obstáculo, anteparo ou biombo, entre a corrente e o corpo do enfermo. Por este singelo artifício se atinge o objectivo desejado, quebrando-se as resistências à prática da janela aberta no quarto do doente.

Mas não basta, embora seja o principal. Diminue-se consideravelmente o benefício se a pele do doente está impedida de o receber, por estar abafada com peças de vestuário coladas ao corpo, e com cobertores que a isolam da atmosfera do quarto.

Ora o que correntemente se observa é justamente isso. Pensam as famílias que os atacados por doença infecciosa aguda precisam de muito agasalho; e, a meu ver, só tem razão num caso, que é o de querer provocar-se forte sudação. Fora de essa circunstância ocasional, o procedimento é francamente nocivo. E precisamente a sua nocividade realça naqueles estados mórbidos em que mais se faz sentir, que são os de localização predominantemente respiratória; o impedimento ao exercício das funções cutâneas acarreta um acréscimo de trabalho pulmonar com a correspondente congestão.

Há uma doença em que tal prejuízo está profundamente enraizado: é o sarampo. Nele, a liberdade das funções cutâneas é fundamental para a boa evolução da doença e para a prevenção das complicações broncopneumónicas; bastas vezes tive ocasião de o observar na clínica. A crença popular sobre essas complicações é de que o sarampo «recolhe», como se o mal passasse da superfície para o interior do organismo; ora à falta da respiração cutânea e do seu papel na circulação e no metabolismo tem de se atribuir esse «recolher» do sarampo.

Deve deixar-se a pele livre, com cobertura apenas suficiente, graduada segundo a temperatura do doente e a temperatura ambiente, mas solta, sem adesão à pele.

Nesta matéria, há que fazer larga campanha educativa, destruindo preconceitos velhos, que continuam a vigorar; já que hoje os nossos conhecimentos de fisiologia os repudiam inteiramente.

Choca o contraste entre o receio do ar fresco e a facilidade com que aceitam a aplicação do saco de gelo, ou mesmo de panos molhados com água fria, sobre uma parte do corpo. O efeito (á parte o benefício sobre a lesão contra a qual se faz tal indicação terapêutica) é perturbador da vida vegetativa e particularmente da circulação, podendo provocar fenómenos congestivos das vias respirató-

rias e o aparecimento nelas de processos inflamatórios de origem microbiana.

Apesar da profunda transformação que os costumes tem sofrido nestas últimas quatro décadas, mercê da difusão dos desportos, sobretudo, ainda há muito caminho a percorrer para que se debele o infundado receio da movimentação do ar na habitação do doente e a crença do calor como factor favorável à boa evolução das doenças agudas.

Somos assim levados a reflectir sobre outro pormenor: o da temperatura.

Ao falar da terapêutica de diversas doenças infecciosas agudas, e mormente das respiratórias, vários autores mencionam a conveniência de ter os quartos dos doentes a uma temperatura de cêrca de 18 graus centígrados. O motivo de esta prescrição é de ser a essa temperatura que o sistema termo-regulador está praticamente inerte, que não há necessidade de reacções defensivas das variações atmosféricas para manter constante a temperatura interna.

Valerá a pena sacrificar a ventilação a esta indicação terapêutica? Respondo rotundamente com uma negativa.

Se é possível conciliar as duas prescrições, não contesto a possível utilidade da fixação da temperatura ambiente naquele nível. Mas isso só é realizável com aquecimento central bem distribuído ou com o sistema de ar condicionado; o que, entre nós, poucas vezes se encontra. E não sendo possível tal conciliação, em primeiro lugar e em plano muito superior, quanto à utilidade terapêutica, está a ventilação e conseqüente renovação do ar à superfície do corpo.

Decerto, é lógico evitar-se quanto possível as baixas temperaturas, que obrigam à activação de um metabolismo já alterado, se bem que o inconveniente seja problemático, e mesmo não exista, nos estados mórbidos com febre, desde que se evitem os extremos de frio e os arrefecimentos parciais. Basta lembrarmo-nos de que muita vez se prescreve a balneoterapia a temperatura relativamente baixa em relação à temperatura do doente, como medida hipotermisante. E embora a paridade, no ponto de vista fisiológico não possa estabelecer-se entre as duas circunstâncias, a lembrança serve para nos obrigar a pensar na duvidosa legitimidade da indicação de temperatura promotora da quietação do metabolismo energético, como medida terapêutica de valor.

Mas o que está certo é que são prejudiciais as temperaturas superiores áquele nível. Quanto mais alta é a temperatura ambiente mais difícil é a ventilação das habitações, que nas diferenças entre o grau térmico dos interiores e o da atmosfera livre encontra uma das principais razões da sua intensidade. Acresce a isto a obriga-

ção de maior actividade das funções cutâneas para arrefecimento do sangue, e a acção depressora que sobre o sistema vegetativo exerce o calor.

Não devemos esquecer que esta questão da temperatura ambiente se prende intimamente com a da humidade do ar, pois quanto maior for esta mais dificuldade há na evaporação à superfície da pele, mais espessa é a camada humida e quente que nos envolve e que a isola da atmosfera; de onde a maior necessidade de remoção de essa camada, de ventilação das habitações. Promover, na medida em que se possa fazer, e que infelizmente é pequena, a secura do ar quente, é diminuir a acção nociva das temperaturas altas.

O arrefecimento, nas condições habituais das nossas casas (sem dispositivos especiais para esse fim), consegue-se aumentando a movimentação do ar, por meio de ventoiinhas. Sempre que se possam instalar, deve-se recorrer a elas, pois prestarão inestimável serviço, colocando-as por forma a agitar, sem excesso evidentemente, o ar que cerca o corpo do enfermo.

A medida tem particular interesse em clínica pediátrica, por, como de todos é bem sabido, ser o organismo da criança muito mais sensível que o do adulto ás variações térmicas do ambiente, sobretudo á elevação, por menos perfeito funcionamento do sistema termo-regulador, e pela acção fortemente enfraquecedora das resistências orgânicas que o calor possui.

Não será talvez inoportuno recordar alguns factos nessa esfera clínica.

O mais relevante e comum é o das diarreias estivais da primeira infância. Entre os factores que as determinam, o calor atmosférico ocupa o primeiro lugar. Tão grande é a sua importância que hoje, nos hospícios habitados por criancinhas, em cujas salas se mantém no verão uma temperatura abaixo dos 18 graus, não há tal patologia sazonal.

Em quase todas as doenças infecciosas agudas, semelhante influência se manifesta, se bem que menos salientemente. Mostram as estatísticas da mortalidade, pelos meses do ano, que maior número de óbitos nesse grupo nosológico se regista nos meses de verão do que nas outras estações do ano; a coqueluche e ainda o sarampo avultam neste caso.

Em resumo: altas e baixas temperaturas ambientes são prejudiciais, aquelas muito mais do que estas, sobretudo às crianças.

Certo é que nos meses de inverno abundam as afecções congestivas e inflamatórias, sobretudo do aparelho pulmonar. Este facto, porém, se deve levar à moderação da temperatura no interior do quarto do doente, não deve prejudicar a necessidade de ventilação suficiente, aliás facilitada nessas circunstâncias pela inferior

temperatura do exterior. Assim pensam muitos eminentes pediatras, como o citado Fanconi, e, para não indicar mais do que outro, Finkelstein, de cujo conhecido Tratado das Doenças do Lactente aspo as seguintes frases, a respeito do tratamento das complicações respiratórias da gripe, no sentido de procurar ao doente o máximo de quietação: «A sedação consegue-se frequentemente fazendo respirar ar fresco e, sendo possível, tendo o doente ao ar livre», E acrescenta sobre a forma de executar esta prescrição: «O tratamento ao ar livre não deve praticar-se segundo um esquema rígido; o colocar a cama do doente junto da janela entreaberta ou completamente aberta, o ter o doente durante algumas horas do dia, ou constantemente, ao ar livre, depende em cada caso da época do ano, da temperatura do ambiente, do estado atmosférico, e dos hábitos da criança antes de adoecer. Como a acção favorável depende em parte das alternativas da circulação da pele, determinadas pela diferença de temperatura ambiente, parece especialmente recomendável um tratamento de «mudança de ar», mantendo o doente ao ar livre e frio durante seis horas, e o resto no quarto (método de Jochims)».

Quanto aos perigos do arrefecimento, se existem para infância, também existem, e ainda em maior grau, para a velhice. Os velhos, pela morosidade das reacções fisiológicas, pelo menos activo metabolismo, defendem-se mal do frio. Temos de contar com isso na prescrição do ar livre. Em qualquer idade, e principalmente nas extremas, não pode haver a rigidez de uma norma inflexível.

Seja qual for a modalidade que se adoptar, tudo se reduz a considerar fundamental na terapêutica a acção do ar fresco, que o mesmo é dizer ar renovado, sobre o revestimento cutâneo. E a aproveitar a excelência do ar livre, que reúne todas as boas condições, e por isso devemos, quando não se puder utilizar, tomar as medidas tendentes a aproximar, tanto quanto possível, a atmosfera das habitações da atmosfera exterior. As precauções tomadas para evitar as grandes ou bruscas variações meteorológicas e as correntes de ar (forma particular de essas variações) não anulam a observância do preceito geral de higiene terapêutica que acabo de expor, e que recordo por o ter por muito valioso, e o ver tanta vez esquecido ou postergado.

Possam estas palavras servir para que nos lembremos de que podemos com prescrições higiénicas de esta índole proporcionar aos doentes benefícios de que todos podem gosar, pobres ou ricos, ao contrário do que sucede por vezes com a terapêutica medicamentosa, de elevado custo. Lá o diz o ditado inglês, pitorescamente expressivo: «Fresh air is the best thing and cost nothing».

II

SOBRE EXERCÍCIO E REPOUSO

Este importante capítulo da higiene individual também interessa à clínica, mesmo independentemente das aplicações de mecanoterapia, das indicações de ginástica médica e das contra-indicações do esforço. Quero referir-me somente à prescrição daquele exercício que todos, mais ou menos, fazemos diariamente, andando e movendo-nos para a satisfação das necessidades correntes da vida, e à do repouso em decúbito, como factor terapêutico. E limitado assim o tema, algumas poucas palavras sobre casos que, pela sua vulgaridade, reclamam normas de conduta a ter sempre presentes.

Nas doenças agudas, que obrigam a acamar, o repouso contribue para a cura, porque poupa trabalho orgânico, dispêndio de energia e portanto de alimento, e a posição favorece a circulação do sangue por todo o corpo; isto está classicamente estabelecido, e os próprios doentes, geralmente, procuram o leito, mesmo quando a febre os não obriga a esse recolhimento. Mas será tal conduta sempre vantajosa? Não haverá excepções?

Suponho não estar fora da verdade dizendo que os doentes de afecções catarrais agudas das vias respiratórias, quando a febre não os prostra, curam melhor a pé do que deitados. E isto tem uma explicação singela: o decúbito congestiona passivamente os pulmões e entorpece a liquefacção das secreções, do mesmo passo diminuindo a facilidade da sua expulsão. É evidente que o exercício que provoque sensível aumento do número e amplitude dos movimentos respiratórios pode ser prejudicial, por activar demasiadamente a irrigação do aparelho respiratório; mas a marcha em passeio vagaroso, numa atmosfera pura, sem sol e sem vento, só tem vantagens, teòricamente defensáveis, e praticamente provadas.

Há, porém, a este respeito, uma indicação, a meu ver formal: a da tuberculose. Estou inteiramente de acordo com Ladislau Patrício quando este nosso illustre tubercologista afirma, seguindo o preceito de Stéphaní: «Não há, pode dizer-se, tratamento ambulatório da tuberculose pulmonar em início». Bem sei que as circunstâncias não permitem, tanta vez, adoptar o preceito; nem por isso deixa de ter validade, a aproveitar sempre que se possa. A restrição aos tuberculosos febris do repouso, o mais completo, representa a exclusão de um dos melhores auxiliares do tratamento, que só deverá dispensar-se quando cessar toda a sintomatologia geral. E não há contradição com o conceito anteriormente citado.

porque aqui a congestão do órgão, por imobilidade relativa, ajuda a produção do tecido cicatricial.

Essa quietação do local lesionado procura-se, de um modo geral em toda a patologia, e constitue agente terapêutico de primeira plana em afecções comuns, como, por exemplo a úlcera gastro-duodenal. As exceções vem de situações particulares em que a imobilidade trás prejuizos a breve trecho, como, para lembrar apenas um exemplo, o caso das lesões articulares em que atrofias musculares e estados de rigidez se evitam obrigando os doentes a movimentar-se.

Tudo isto é tão elementar e tão sabido que não valeria a pena falar neste assunto se ele não viesse a pelo, como complemento do ar, de que há pouco tratei. A marcha, no regimen dos doentes, supõe a utilização dos elementos da atmosfera livre, como modificadora do funcionamento geral do organismo, e não é esse um dos menores benefícios que dela se colhem.

Nos doentes crônicos tem de aconselhar-se, frequentemente, como prescrição de grande valia. Todos os de metabolismo lento, essa multidão de doentes que eram abrangidos pela designação de sofredores da diátese artrítica, precisam de ela, tanto como da dietética e da farmacoterapia. E, confessemos-lo: quanta vez se esquece essa indicação? Dizer a um doente que se mexa, que ande, não é nada; o exercício tem de ser receitado como se receita uma droga, e porque tais doentes, sedentários inveterados, são em regra refractários à obediência nesse ponto, há que por vezes disfarçar a indicação, como se faz a um medicamento de sabor desagradável.

O sedentarismo é nocivo a uma multidão de doentes crônicos: aos atônicos intestinais, aos diabéticos, aos vagotônicos, aos hipotiroideus, etc..

Uma média diária de hora e meia de marcha, repartida em vários períodos, de modo a evitar cansaço, é o mínimo de exercício diário para o indivíduo são que quer manter a elasticidade orgânica, o tónus cárdio-vascular e a amplitude respiratória normal. Mais necessário é o preceito higiênico para aqueles cujo jogo fisiológico se entorpeceu.

E nada direi das influências salutaes do exercício sobre as funções digestivas, sobre os emunctórios, etc.; ou, voltando a face à moeda, dos prejuizos da vida sedentária, das situações patológicas que tem nela a sua principal causa. São noções singelas de higiene que todos sabem perfeitamente. Cabe aqui lembrar, somente, que espalhando-as, entre os clientes, desempenhamos uma das mais nobres missões da nossa arte: a de procurar evitar a doença.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

A *MEDICINA CONTEMPORANEA*, LXVI, 1948.— N.º 6 (Junho): *Alocação inaugural da Sociedade Portuguesa de Oto-neuro-oftalmologia*, por António Flores; *Causas de insucesso escolar*, por José de Paiva Boléo. N.º 7 (Julho): *O estudo do meio social — Topografias médicas*, por Fernando da Silva Correia; *Cartas abertas a um jovem médico: os nossos amigos farmacêuticos*, por Velho Galeno; *A micro-radiografia ao serviço da profilaxia da tuberculose*, por Casanova Alves. N.º 9 (Set.): *Ramon y Cajal*, por Egas Moniz; *Elogio do Prof. Walter Freeman* (conclusão do n.º 8), por Egas Moniz e Almeida Lima, e *As funções dos lobos frontais segundo os resultados da leucotomia prefrontal*, por Walter Freeman.

Topografias médicas.— Depois de comentários sobre higiene e medicina social, expõe as vantagens da elaboração de estudos de topografia médica, recordando que já a lei sanitária de Passos Manuel, em 1837, dava aos delegados de saúde distritais a obrigação de elaborarem semestralmente topografias médicas, e publicou o plano a adoptar para esses trabalhos. Notando o pequeno número de monografias que viram a luz da publicidade, apresenta um programa para realização da topografia médica de um concelho.

A micro-radiografia ao serviço da profilaxia da tuberculose.— A micro-radiografia está destinada a substituir a radioscopia nos exames em série necessários para averiguação das lesões pulmonares nos dispensários, assim como o uso de papel fotográfico, empregado por economia nos serviços de assistência. Dá um rendimento muito maior, porque gasta-se com ela um tempo muito inferior ao de qualquer dos dois processos citados, fixa imagens (o que não sucede com a radioscopia), é muito mais económica do que a radiografia em papel (e muitíssimo mais do que feita em filme), e não expõe o médico aos perigos de demoradas sessões nos gabinetes de radioscopia. Ela permite descobrir lesões com escassa sintomatologia e fazer os diagnósticos mais correntes; que poderão depois, se fôr preciso, esclarecer-se melhor por meio da tele-radiografia.

As funções dos lobos frontais segundo os resultados da leucotomia prefrontal.— «Não é nossa intenção nesta ocasião ocuparmo-nos dos aspectos práticos da leucotomia, pois eles vão ser tratados na próxima semana no Congresso Internacional de Psicocirurgia. Antes preferimos discutir alguns dos aspectos teóricos que surgiram, em consequência das investigações originais, as quais se dirigiam ao alívio dos sintomas. Durante o aperfeiçoamento da operação da leucotomia frontal, assistimos ao desenvolvimento de muitas modificações destinadas a obter melhor resultado e a evitar os inconvenientes que surgem tanto nas operações

inadequadas como demasiado extensas dos lobos frontais. Em alguns casos a primeira operação foi ineficaz e uma segunda operação teve de ser feita posteriormente. Em metade destes casos de múltiplas operações os resultados foram satisfatórios; mas em alguns as incisões foram feitas excessivamente atrás e reduziram o indivíduo a uma mais ou menos completa incapacidade. Watts e eu aprendemos muito com estes fracassos. Tivemos uma série de casos, primeiro na clínica e mais tarde na necropsia, em que as lesões tinham sido feitas em várias partes dos lobos frontais. O estudo destes casos, e o muito que tem sido acumulado em anos de investigação em várias clínicas e laboratórios, permite-nos propor uma hipótese acerca das funções dos lobos frontais. Esta hipótese encontra-se de algum modo entre as teorias quantitativas, ou de acção de massa, de Lashley, e a teoria de mosaicos de Kleist. Ela repousa sobre a conhecida elaboração pelos lobos frontais das funções sensoriais e motoras em um mais alto nível adaptativo que sabemos existir apenas no homem.

Funções motoras — As funções motoras dos lobos frontais são bem conhecidas. A área 4 de Brodmann, contendo as células gigantes multipolares de Betz, controla os movimentos individuais discriminados. A área 6, ou área premotora, está relacionada com adaptações posturais e reacções um tanto mais completas. A área 8 está relacionada com as aptidões motoras resultantes da actividade coordenada de 4 e 6. Mesmo quando esta área está completamente seccionada o doente pode ainda dançar, tocar piano, conversar, vestir-se e tomar banho sozinho, comer as suas refeições e ter um aspecto aparentemente normal. Falta-lhe, no entanto, a iniciativa para fazer estas coisas espontaneamente, não adquire habilidades novas, não toca peças novas, não tem pensamentos novos. É um Robot, mal mostrando as emoções humanas de alegria, tristeza, raiva e amor.

Quando a área 8 é poupada, em maior ou menor grau, não só são preservadas as aptidões motoras, mas também as aptidões sociais, a capacidade para se adaptar em casa ou no hospital, a capacidade para tomar parte nas actividades domésticas, mas sem aquela centelha de incentivo que permite a uma pessoa tomar conta de uma casa. Parece razoável dizermos que é preciso mais habilidade para se viver fora do que dentro de uma instituição. Também se requerem maiores aptidões para trabalhar regularmente por um ganha-pão, do que para viver simplesmente em casa. Uma pessoa empregada tem de controlar as suas próprias actividades no interesse do patrão, tem de ser pontual, cortês, trabalhadora, e rápida em prever as suas situações, como se seguem ou desenvolvem. Estas capacidades estão perdidas para o indivíduo privado de uma boa parte da área 8. É surpreendente no entanto como é preciso tão pouco no lobo frontal para se ganhar a vida.

Tomar conta de uma casa parece requerer mais. Há aptidões mais altas do que as requeridas para se ganhar a vida. Nós vimos muitas

vezes doentes que exerciam as suas funções adequadamente ao nível de empregos ou governo de casa, mas a quem faltava a capacidade para actividades recreativas, artísticas, de benemerência social e criadoras. Só raras vezes depois da lobotomia fica o doente apto para exercer uma actividade meritória num nível social superior; e os poucos que isso fizeram tiveram todas as suas incisões feitas no plano anterior à sutura coronal, crise esfenoidal e ventrículos.

As áreas 9 e 10 parecem deste modo mediar as aptidões humanas mais elevadas no campo das realizações sociais e recreativas. Estas aptidões requerem o que parece ser a mais complicada forma de comportamento motor, a imaginação, a fantasia, um vislumbre de capricho. Todos os que fizeram uma lobotomia tiveram uma redução na vida da fantasia. Isto é indicado mais adiante, e justificado pelo facto de que a maior parte destes doentes perde a capacidade de sonhar.

Funções sensoriais — Investigações recentes da arquitectura cortical revelaram que o córtex da superfície orbitária dos lobos frontais é do tipo granular sensorial. Os fisiologistas demonstraram que a estimulação da extremidade do nervo vago origina um aumento de actividade eléctrica nesta região. É aceitável a pressuposição de que a sensibilidade orgânica ou visceral encontra a sua estação terminal cortical na base dos lobos frontais, provavelmente na sua porção posterior. Doentes cujos lobos frontais foram seccionados muito posteriormente, no decurso da leucotomia frontal, morrem usualmente de inanição, colapso pulmonar, estran-gulação ou qualquer outra disfunção visceral. Se estas áreas são pou-padas pode haver grande indolência, bulimia, incontinência e indiferença ao aspecto pessoal, que pode tornar necessária a hospitalização. Incisões mais anteriores permitem ao indivíduo tomar conta de si mesmo nestas funções estritamente pessoais, mas deixam-no inadequadamente provido com o que é vulgarmente chamado consciência do próprio ou, mais estritamente, consciência do próprio, como unidade, no organismo social. Tais doentes são rápidos na zanga ou no rir, não têm tacto, são descuidados e inconsiderados. Não são viciosos, mas são falhos na apreciação das suas responsabilidades. Eles não procedem harmoniosamente no meio social. São como crianças no seu egoísmo e satisfação própria.

Nos doentes cujas incisões foram feitas bastante anteriormente em relação à base do lobo frontal, a consciência social é adequadamente retida; apesar disso estas pessoas possuem ainda uma certa consciência espiritual, base do sentimento de união com Deus. Falta-lhes a capacidade de entrarem em ressonância espiritual. A consciência espiritual no aspecto sensorial parece combinar-se com a fantasia no lado motor, para culminar no êxtase.

Afectos — A mudança mais constante nas pessoas que sofreram uma leucotomia frontal é a alteração do affecto, ligada às ideias que foram elaboradas durante a neurose ou psicose. Por um período maior ou menor as ideias e o comportamento podem mostrar relativamente pequenas

mudanças intrínsecas; mas a força impulsionadora do afecto é imediatamente reduzida pela operação. Watts e eu temos repetidamente insistido no apagamento dos afectos ligados ao *Ego*.

Recordando o esquema das funções motoras e sensoriais descritas acima, nota-se facilmente que existe um aumento progressivamente crescente da carga afectiva, à medida que se avança das formas mais simples para as mais complexas de adaptação aos níveis social, recreativo e espiritual. Pouco affecto é necessário ao sentarmo-nos a uma mesa e tomarmos uma refeição, enquanto é preciso muito mais para realizar um acto criador de carácter espiritual ou de devoção. A partir das percepções sensoriais elementares, quer sejam viscerais ou cinestésicas, desenvolve-se progressivamente um colorido afectivo das sensações e experiências que culmina no êxtase. O affecto é uma parte constituída por todas as mais altas actividades humanas. Sem o constante interjogo de affecto, sensação e actividade, a vida humana, como a compreendemos, fica reduzida a um nível existente. O affecto parece ser a força impulsionadora necessária à elaboração dos esquemas ideativos e funcionais que caracterizam o comportamento humano.

O tálamo parece ser a fonte dos affectos, pois nos doentes que foram autopsiados longo tempo depois da leucotomia prefrontal o córtex do lobo frontal encontra-se intacto, enquanto que as células, especialmente as do núcleo dorsomediano do tálamo, estão notavelmente reduzidas em número.

Mecanismos — É bom distinguir neste ponto entre funções e mecanismos, tais como são exercidos pelos lobos frontais. Função é o resultado final harmonioso de um número de mecanismos, do mesmo modo que o suave andamento de um automóvel é o resultado final de um largo número de mecanismos químicos e mecânicos inerentes à estrutura da máquina. Watts e eu temos discutido alguns destes mecanismos, e outros autores têm-nos estudado consideravelmente. Os lobos frontais não têm grande importância no que se refere à inteligência. Doentes com ressecções extensas podem ainda completar os vários tests da inteligência de uma maneira normal. Factores motivacionais, os quais são naturalmente dotados de affecto, são, no entanto, de muito maior importância. Um chimpanzé pode aprender a comer as suas refeições com faca e garfo, e fumar num cachimbo, mas ele não faz estas coisas quando está em casa com a família. Um homem sem pólos frontais pode resolver problemas quando lhe são apresentados, mas ele não inventa problemas para divertimento próprio. Falta-lhe uma certa curiosidade, um desejo de realização e a aspiração pela perfeição.

Os mais importantes mecanismos pelos quais os lobos frontais produzem o comportamento normal do indivíduo são a previsão e o discernimento, particularmente no que respeita às suas aplicações pessoais. O indivíduo com os lobos frontais normalmente activos é capaz de se lembrar das suas experiências passadas e através da imaginação consegue

projectar no *écran* do futuro as consequências da actividade que vai começar. Também está habilitado pelos lobos frontais a ver-se a si próprio como os outros o vêem, e a conduzir a sua vida em relação àqueles que estão à sua volta.

Os lobos frontais têm mecanismos e longo circuito de actividade que permitem adiar as respostas às situações. Eles têm a deliberação, a contemplação, a maturação crítica, o sacrifício do presente imediato pela esperança de maior vantagem no futuro; a insatisfação saudável com as coisas, como elas são; e a exploração mental das coisas que hão-de vir. Mais uma vez se torna claro que o componente afectivo relativo a estas actividades é de alta ordem.

Alterações dos mecanismos — Nas doenças mentais funcionais, os mecanismos acabados de descrever alteram-se e os afectos que os acompanham aumentam, tendendo a produzir uma certa fixação ou acentuação patológica das suas características. O indivíduo obsessivo olha excessivamente longe dentro do futuro, vê desmedidas possibilidades, é esmagado pelas dificuldades de escolha e cria um receio de acção, muitas vezes cercado por uma variedade de compulsões. O doente com uma depressão da involução pensa, tempos infinitos, sobre algum acontecimento passado, projecta as suas consequências sobre o futuro e fica alarmado e preocupado com vastas possibilidades de tragédia. O hipocondríaco regista as sensações corporais e constrói sobre este fundamento uma superstrutura de doença, incapacidade e morte. O esquisofrénico primeiro interroga-se: «O que acontecerá se...?» Ele então povoa o seu mundo com criações horríveis da fantasia e, apressada ou vagarosamente, retira-se do mundo desagradável da realidade.

Há muitas maneiras pelas quais os mecanismos atribuídos aos lobos frontais podem produzir perturbações da função total. Parece seguro dizer-se que sem os lobos frontais não pode haver doenças mentais funcionais.

Alterações das funções dos lobos frontais — O efeito do mecanismo alterado dos lobos frontais é produzir o funcionamento patológico. Este é caracterizado pela fixação dos mecanismos, exagero dos seus componentes emocionais e regressão e simplificação do comportamento no seu conjunto. A teoria de Egas Moniz de que o comportamento estereotipado é acompanhado pela estabilização das conexões no cérebro e particularmente nos lobos frontais, é de grande auxílio para o compreensão deste processo. As doenças mentais funcionais começam nas mais elevadas funções nervosas, nomeadamente naquelas relativas à fantasia e imaginação. A fixação dos circuitos nervosos naquelas áreas, relativos à fantasia, tende a diminuir os mecanismos adaptativos do indivíduo como totalidade. Podemos conceber que isto se realiza pela facilitação das vias nervosas (no sentido neurofisiológico) e incorporação das áreas celulares adjacentes na constelação dominante. A carga afectiva derivada do tálamo parece ter o papel principal na facilitação de tal processo, tendendo a fixar

os componentes individuais e produzir uma certa reverberação (mais uma vez no sentido neurofisiológico) nos circuitos vizinhos. Facilitação, fixação e reverberação combinam-se por conseguinte para estabelecer um círculo vicioso de actividade neural com uma forte tendência para a inclusão de circuitos são numa constante expansão de mecanismos alterados.

O efeito desta extensão é produzir ainda mais distúrbios da função no lobo frontal, com regressão do comportamento a mais baixos níveis de eficiência. O enfermo que está em curso de desenvolver uma doença mental funcional, regressa através de várias fases, já descritas, de sucessivas incisões feitas nos lobos frontais. Perde primeiro a sua capacidade para a imaginação construtiva e criadora, depois o interesse e eficácia nas actividades de grupo para o melhoramento social, em seguida o prazer das actividades recreativas, a capacidade da actividade produtiva e de cuidar adequadamente de si próprio e, finalmente, perde a capacidade para prosseguir com as actividades motoras da vida diária, isto é, comer, lavar-se, e, duma maneira geral, o comportamento motor coordenado.

O doente em estupor catatónico tem uma considerável parecença com o indivíduo em que os lobos frontais foram removidos até à área 6. O facto, no entanto, de que o estado catatónico pode ser abolido temporariamente por uma variedade de métodos de choque, todos produzindo algum prejuízo no organismo das células nervosas, demonstra a essencial integridade dos mecanismos subjacentes quando são libertados do domínio das áreas dos lobos frontais primariamente relacionados com a fantasia.

Leucotomia — A leucotomia frontal desliga as células na região pré-frontal dos núcleos medianos do tálamo, dos quais deriva o componente afectivo. Assim a função da fantasia perde o seu cargo afectivo e deixa, daí em diante, de ser interessante. O doente acorda do seu mundo de sonhos. Ele pode fazer frente à realidade, e os seus restantes mecanismos podem ajudá-lo a adaptar-se de modo normal e eficaz. Não se deve supor que o tratamento cirúrgico das psicoses é tão simples como parece. As incisões têm de ser feitas no lobo frontal suficientemente atrás para eliminar os núcleos emocionais da psicose; contudo cada milímetro de tecido sacrificado faz aumentar as dificuldades na adaptação do doente ao meio. A maior atenção encontra-se agora dirigida para a colocação das incisões nos lobos frontais, de sorte a aliviar a psicose, sem deixar a personalidade estropiada. Felizmente há um poder considerável de recuperação, especialmente visível em gente nova. A duração da doença mental tem alguma importância, pois que os circuitos reverberantes, aparentemente fechados, estabilizam-se e portanto são mais difíceis de abrir de novo. A deterioração afectiva pode raramente ser vencida em grau considerável, e é uma contradição clara a intervenção cirúrgica. Nós ainda não compreendemos o mecanismo da deterioração afectiva, mas a leucotomia deve realizar-se antes que a deterioração tenha progredido em grau considerável.

A leucotomia prefrontal parece exercer os seus melhores efeitos nas doenças mentais funcionais quando consegue abolir o componente emocional ligado à vida da fantasia. Se é praticada antes de se ter desenvolvido um grave grau de fixação e reverberação, uma intervenção mínima do tipo transorbital pode ser suficiente. As doenças graves e crónicas podem exigir uma incisão mais extensa e mais posterior, no interior do lobo frontal. Finalmente, se tudo o que é desejado pela família ou pelas autoridades do hospital é conseguir um doente sossegado e inofensivo em quem tenha sido, durante anos, ameaça para si próprio ou para os outros, uma incisão máxima deve ser feita.

A utilidade futura do psicocirurgião consiste nesta capacidade de escolher o tipo indicado da operação para cada doente, tornando-se claro que se deve preferir a mais simples desde que traga os resultados desejados. A intervenção cirúrgica é simples e as probabilidades de sucesso são grandes nos doentes que não têm deterioração afectiva. — »

ARQUIVO DE PATOLOGIA, XIX, 1947 — N.º 2 (Agosto): *Lesões malignas da mama*, por Maria Clementina Maia; *Alguns casos de sarcoma dos lábios*, por Mário Andrade; *Cancro da mama*, por Soledade do Carmo Silva; *Regras de Paterson-Parker em curieterapia superficial*, por A. Gibert; *Subsídio para o estudo das condições de protecção dos trabalhos do I. P. O.*, por A. Gibert.

Sarcoma dos lábios. — Ao contrário do que sucede com as neoplasias de natureza epitelial, as de tipo conjuntivo são relativamente raras nos lábios. O seu estudo tem interesse, porque os resultados da terapêutica são pouco satisfatórios, em comparação com os obtidos nos carcinomas. No Instituto Português de Oncologia, de 1940 a 1947, apareceram 5 casos, que o A. descreve; 4 em homens e 1 em mulher. A terapêutica empregada não foi uniforme, dependeu das condições locais. Ela mostrou que: a extirpação é o tratamento indicado sempre que é possível, devendo ser muito larga e preferentemente feita por electrodiérese; a celulectomia é muito importante para evitar as metástases ganglionares; a roentgenoterapia (especialmente o Chaoul) tem interesse nas regiões ulceradas e superficiais, e a roentgenoterapia profunda, menos eficaz que a cirurgia, pode dar bons resultados, sobretudo nas metástases; a curieterapia é um bom auxiliar, mas a sua eficácia varia com o tipo histotógico e a localização das lesões.

Cancro da mama. — Os dois artigos sobre este assunto publicados neste numero do Arquivo de Patologia são a sequência dos trabalhos de Maria Fernandes Marques, que coligiu a casuística de 1912 até ao fim de 1935 (V. Portugal Médico, n.º 6 de 1940). No primeiro relata-se a estatística dos casos inscritos nos anos de 1939 a 1942; no segundo a dos casos inscritos de 1936 a 1938. O conjunto dos três apanhados dá um total de 3.100 casos, sendo 48 do sexo masculino; a frequência das inscrições tem aumentado progressivamente.

Nas estatísticas agora apresentadas adoptou-se a orientação que presidiu ao trabalho anterior, sendo os casos revistos cinco anos depois do tratamento.

A estatística de 1936-38 compreende 640 casos, sendo 13 do sexo masculino. Dos 627 casos na mulher, 126 desapareceram sem tratamento, e 127 tinham sido operados noutros serviços. Dos que foram tratados no Instituto, em 146 foi feita apenas a radioterapia, que se mostrou muito inferior à cirurgia nos resultados verificados, sendo excelente complemento da ablação e podendo nalguns casos reduzir consideravelmente o tumor. Os restantes foram tratados com a técnica: raios X préoperatório, duas semanas depois a intervenção cirúrgica, com a aplicação de rádio na axila, e quando a ferida operatória o permite raios X. Os resultados foram semelhantes aos consignados no segundo trabalho, que passamos a resumir.

De 1949 a 1942 registaram-se 932 casos (14 do sexo masculino), sendo a maioria em indivíduos em idades de 40 a 50 anos. O tempo que medeia entre o início provável das lesões e a consulta é muito variável: vai desde alguns dias até muitos anos. O primeiro sinal mais frequente é a tumefacção, sem dor. Na grande maioria (617 casos) o aspecto da pele era normal. Quanto a aderências, verifica-se que as superficiais são em maior número que as profundas; umas e outras nem sempre estão em relação com a malignidade do tumor, podendo observar-se uma evolução muito lenta e às vezes com cura, em casos que clinicamente, pela larga invasão, pertenciam ao tipo III e estavam no limite da operabilidade. A retracção do mamilo manifesta-se na maior parte das vezes, sem que o facto constitua sinal patognomónico.

Nas doentes registadas, 598 foram tratadas exclusivamente no serviço, e as restantes vieram já operadas de fora. Deixando estas de parte, a estatística mostra que 340 foram operadas e 258 foram somente irradiadas, quer porque a cirurgia não estivesse indicada, quer porque recusassem a intervenção.

Nas doentes apenas irradiadas (sem diagnóstico histológico), os resultados foram os seguintes: Tipo I (26 casos): curadas 2, pioradas 1, falecidas 10, desaparecidas 13. Tipo II (169 casos): curadas 4, melhoradas 6, mesmo estado 9, pioradas 4, falecidas 82, desaparecidas 64. Tipo III (63 casos): curadas 1, pioradas 1, falecidas 31, desaparecidas 30.

Nas doentes operadas: Tipo I (50 casos): curadas 20, pioradas 1, falecidas 10, desaparecidas 19. Tipo II (280 casos): curadas 73, melhoradas 8, mesmo estado 7, pioradas 6, falecidas 92, desaparecidas 94. Tipo III (10 casos): curadas 0, pioradas 1, falecidas 5, desaparecidas 4.

Tanto nas doentes irradiadas como nas operadas a percentagem de curas é muito maior nas doentes que se apresentaram na fase I (tumor móvel sem gânglios palpáveis) do que na fase II (já com aderências e gânglios palpáveis), e mais ainda na III. Respectivamente, foram, para as irradiadas: 7,69; 2,37; 1,59. Para as operadas: 40,00; 26,08; 0,00.

Segundo o tipo histológico do tumor, os resultados constam do seguinte quadro, que regista as percentagens de curas:

Tipo histológico	Tipo clínico			Média
	I	II	III	
Adenocarcinoma	42,82	33,34	—	38,08
Carcinoma cirroso	18,18	23,77	0,00	13,98
> alveolar	40,00	15,39	0,00	18,46
> medular	0,00	32,15	—	16,06
> cirroso e alveolar	—	19,60	—	19,60
> em mastite	53,84	47,06	—	50,45

Aos casos que deram estas percentagens haveria que acrescentar os de cura nas doentes que desapareceram antes dos cinco anos sobre o tratamento, uma parte das quais devem ter curado, pois estavam bem dois, três ou mesmo quatro anos após a sua saída do Instituto. Semelhante correcção deveria fazer-se para as percentagens de mortalidade, que constam deste quadro:

Tipo histológico	Tipo clínico			Média
	I	II	III	
Adenocarcinoma	28,89	29,62	—	29,25
Carcinoma cirroso	36,36	36,25	60,00	44,20
> alveolar	0,00	35,89	—	17,94
> medular	33,34	42,85	—	38,09
> cirroso e alveolar	—	41,17	—	41,17
> em mastite	7,69	0,00	—	3,84

Dos 14 casos de cancro da mama em homens, 5 não fizeram qualquer tratamento, por desaparecerem depois da primeira consulta, e 1 só fez radioterapia, tendo desaparecido, curado, ao fim de 3 anos. Dos 8 casos operados, registou-se: curados 4, falecidos 1, desaparecidos 3.

Não faz o A. comentários a esta estatística, mas ela mostra que, apesar do aperfeiçoamento das técnicas, pela cirurgia e pelas radiações, ainda se está longe da obtenção dos resultados desejáveis na maioria dos casos, havendo ainda uma mortalidade, dentro de cinco anos, em cerca de uma terça parte dos doentes, isto nas melhores condições, que são as que oferecem os de adenocarcinoma na primeira fase evolutiva.

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, XI, 1948.— N.º 1 (Jan.-Fev.): *Psicodiagnóstico de Rorschach e personalidade infantil*, por M. Schachter; *O factor Rh nos portugueses*, por Silva Nunes. N.º 2 (Março-Abril): *A propósito das ritmias nas crianças*, por Isaura Gonçalves; *Leite de mulher comercializado*, por Constantino Esteves.

N.º 3 (Maio-Junho): *Doença por incompatibilidade sanguínea do recém-nascido* (conclusão do n.º 2), por L. Castro Freire; *A propósito da doença hemorrágica do recém-nascido (apresentação de um caso com uma localização pouco vulgar: lágrimas de sangue)*, por Lopes dos Santos; *Método para pesquisa do bacilo de Koch no liquor*, por Custódio Teixeira.

Ritmias nas crianças.— A propósito de um caso de ritmia, numa criança de seis meses de idade, que desde os quatro meses apresenta movimentos de rotação da cabeça, pouco amplos e muito frequentes, que se atenuam no decúbito, e com nistagmo de aparecimento irregular, o A. nota a dificuldade de catalogar o síndrome, cujas formas típicas, geralmente admitidas, são o Espasmo nutans e o Tic de Salaam. Há, porém, autores que descrevem várias outras modalidades de ritmia, considerando-as como formas de uma única entidade mórbida, não aceitando o dualismo habitual nas descrições dos livros didáticos. E se não há uniformidade de conceitos sobre a nosologia, também ela não existe no que respeita à etiopatogenia; parece dever adoptar-se uma atitude conciliatória entre os que julgam preponderante o factor endógeno, a constituição neuropática, e os que ligam mais valor ao hábito criado pela repetição de movimentos despertados por uma causa externa, irritativa.

Leite de mulher comercializado.— Na Maternidade Alfredo da Costa, em Lisboa, criou-se um serviço de recolha de leite materno, fornecido pelas puérperas ali internadas, a quem se paga à razão de 20 escudos por litro de leite que dão. O leite, conservado em geladeiras, solidificado, é dado ou vendido, conforme as circunstâncias dos necessitados. A capital dispõe assim de um precioso elemento de dietética infantil.

Doença por incompatibilidade sanguínea do recém-nascido.— De há muito se conheciam o edema e hidropisia dos recém-nascidos (hoje designados por edema fetoplacentário) e a icterícia grave dos recém-nascidos (ou doença de Pfannenstiehl) confundida inicialmente com a atresia das vias biliares e a septicemia; por outro lado conheciam-se as anemias de causa obscura, no mesmo período da vida. A clínica foi agrupando as três entidades, por terem de comum uma anomalia do sangue, a eritroblastose, e serem estados mórbidos com carácter familiar. Englobaram-se sob o nome de eritroblastose fetal, apesar de haver casos em que essa alteração sanguínea quase não existe. Nos últimos anos os trabalhos sobre o factor Rh e o conhecimento do papel que a hemólise desempenha nesses casos, levaram a preferir a designação de doença hemolítica do recém-nascido.

O edema fetoplacentário pode dizer-se que não tem interesse clínico, pois na maioria das vezes a criança nasce morta, e quando muito vive horas, raramente dias.

A icterícia grave do recém-nascido aparece nas primeiras 24 horas, raramente no segundo dia, e atinge rapidamente a sua maior intensidade. A côr é de um verde amarelado; fígado e baço estão aumentados de

volume; há frequentemente perturbações do estado geral, principalmente digestivas, e sinais de irritação meníngea. A mortalidade é grande e tanto maior quanto mais precoce é o aparecimento do mal, e sobrevém quer por junção da anemia, quer por acidose tóxica.

A anemia, de tipo macrocitário, hiperocrômico, geralmente mas nem sempre com eritroblastose, atinge o seu máximo pela terceira semana; por vezes há tendência para hemorragias. Depois que, em 1937, Landsteiner e Wiener descobriram que o soro antirhesus era capaz de aglutinar as células sanguíneas de certos indivíduos, e que, em 1940, Levine e seus colaboradores verificaram a existência, no soro de muitas parturientes, de isoaglutininas relacionadas com o factor Rh, numerosos trabalhos mostraram que os referidos estados mórbidos estavam na dependência da diversidade de comportamento, da gestante e do feto, perante o factor em questão; e de aí o nome de doença hemolítica do recém-nascido, produzida pelas aglutininas maternas que destruíram os eritrócitos fetais.

A designação não é, porém, correcta, porque hoje, pelos estudos da escola de Fanconi, sabe-se que o factor Rh não existe apenas nos eritrócitos mas nas células de grande número de tecidos, podendo as reacções que despertam produzir lesões degenerativas, além dos fenómenos de hemólise. Por isso, o A. prefere o nome de doença por incompatibilidade sanguínea do recém-nascido.

Depois verificou-se que o factor Rh não é um antigénio simples, uniforme, porque os anti-soros obtidos pela sensibilização de indivíduos Rh negativos com o factor Rh mostraram especificidade variável; reconheceram-se a existência de duas variedades de aglutininas, uma dando 70% de reacções positivas (anti-Rh') e outra apenas 30% (anti-Rh''), além do padrão (anti-Rh₀) que dá cerca de 85%. De aí as variadas combinações que podem dar-se, que levaram a estabelecer quadros de tipos sanguíneos, alguns complexos. Tem grande interesse biológico o estudo das questões suscitadas pelo factor Rh, mas na prática clínica temos de nos contentar com o saber se um indivíduo é Rh negativo ou positivo, e se os anticorpos que possui são do tipo das aglutininas ou das congulininas.

O conhecimento das congulininas resultou de se ter verificado que em certos casos de incompatibilidade para o factor Rh não foi possível evidenciar aglutininas anti-Rh no indivíduo Rh negativo, usando-se suspensão salina de eritrócitos Rh positivos, mas que a reacção aparecia quando se juntava soro normal ou um meio albuminoso; do que se inferiu existir um elemento que impede a reacção corrente, de antigénio-anticorpo, elemento existente no soro, sendo assim a aglutinação de eritrócitos a resultante de três factores: o antigénio, a aglutinina e a congulinina. Haveria aglutininas bivalentes, bastantes para se dar a reacção, e simples glutininas, que precisarão da presença da congulinina.

NESTLÉ APRESENTA A V. EX.^A UM NOVO PRODUTO DIETÉTICO

Pelargon

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

ANÁLISE-TIPO

Matéria gorda	17,0 %	Maltose-dextrins	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 gra. 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, hipotrépsicos 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

BRONQUIASMOL

" SCIENTIA "

Xarope para a terapêutica das vias respiratórias

CADA 100 GRS. CONTÉM :

Cloridrato de efedrina	0,200 grs.
Cloridrato de etilmorfina	0,100 grs.
Benzoato de sódio	0,300 grs.
Pirâmido	0,500 grs.
Fenobarbital	0,190 grs.
Xarope aromatizado q. b. p.	100,000 grs.

INDICAÇÕES : — BRONQUITES, ASMAS, TOSSES, RETENÇÃO DE EXPECTORAÇÃO E EM GERAL NAS AFECÇÕES DAS VIAS RESPIRATÓRIAS SUPERIORES.

CALCIFEDROL

" SCIENTIA "

Comprimidos e Ampolas

CADA COMPRIMIDO CONTÉM :

Cloreto de efedrina	0,050 grs.
Canfosulfonato de cálcio	0,250 grs.
Fenobarbital	0,010 grs.
Alcaloides totais de <i>Átropa Beladona</i> e de <i>Lobélia inflata</i>	0,000125 grs.

CADA AMPOLA CONTÉM :

Cloridrato de efedrina	0,025 grs.
Canfosulfonato de cálcio	0,330 grs.

INDICAÇÕES : — ASMA BRÔNQUICA E OUTRAS CRISES ALÉRGICAS (CORIZA VASO-MOTORA, COLITE ALÉRGICA, URTICÁRIA, EDEMA ANGINEURÓTICO, ETC.).

LABORATÓRIO QUÍMICO - FARMACÊUTICO " SCIENTIA ,,

DE ALFREDO CAVALHEIRO, L.^{DA}

AV. 5 DE OUTUBRO, 164 - LISBOA - TELEF. 70578

Director Técnico : A. QUEIROZ DA FONSECA (Lic. em Farmácia)

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

Expostas estas noções (que aqui vão resumidas), o A. aponta os elementos da doutrina que pretende não reduzir toda a fisiopatologia da doença hemolítica do recém-nascido ao fenómeno da hemolise, e analisa as dúvidas e as críticas que se tem feito à concepção, aliás bem provada, de que o factor Rh e a isoimunização respectiva são a causa da referida doença.

Finalmente, aborda a parte clínica, de profilaxia e tratamento, nos seguintes termos:

«— O impedimento de casamento entre uma mulher Rh negativo e um homem Rh positivo seria um meio seguro para evitar a doença hemolítica e já alguns estados americanos tentaram uma lei nesse sentido e todos nós conhecemos casos de divórcio provocados por incompatibilidade do factor Rh. No entanto sabemos que muitos casos de tal incompatibilidade dos conjugues não manifestam a doença na descendência; por outro lado a obrigatoriedade do exame do factor Rh para consentimento de casamento exigiria um dispêndio de tempo, dinheiro e pessoal, que não estaria de acordo com o fim que se tem em vista. Conhecida a situação dos conjugues relativamente ao factor Rh, nos casos de incompatibilidade e não havendo imunização prévia da mãe por transfusão ou aborto anterior, o primeiro filho tem fortes probabilidades de nascer indemne e os pais poderão ser esclarecidos nesse sentido e também do perigo de futuras crianças.

Outro processo de evitar a eritroblastose seria a inseminação artificial de uma mãe imunizada, pelo esperma de um dador Rh negativo, facto que já tem sido verificado experimentalmente mas que, por razões óbvias, será sempre um processo de excepção.

Recomendável é sempre o estudo do factor Rh para transfusões em indivíduos do sexo feminino, evitando-se a transfusão de um sangue Rh positivo em mulher Rh negativo; e bem assim evitar abortos, sobretudo com raspagem, visto que lesões vasculares podem favorecer a passagem de células fetais para a circulação materna.

Fora disto, todas as tentativas para durante a gravidez desensibilizar a mãe e impedir assim a doença hemolítica, tem fracassado (administração de ferro, de vitaminas, de extractos hepáticos, emprego de soros e vacinas no sentido de impedir a acção das aglutininas Rh, etc...); mesmo a interrupção da gravidez, por cesariana antes do termo e quando já se nota aumento do título das aglutininas, processo no qual se depositaram grandes esperanças, não deu, como atrás dissemos, os resultados desejados, crescendo os perigos que a prematuridade consigo traz.

O tratamento de escolha para a doença hemolítica do recém-nascido é a transfusão e deve estar tudo a postos para o nascimento de um filho quando já houve casos de eritroblastose ou quando, conhecida a situação do Rh, se encontram aglutininas no sangue materno. O tipo do sangue a empregar, estudado o grupo da criança, deve ser Rh negativo, à excepção do sangue materno; pode ser de mulher Rh negativo, na ausência

de gravidez ou de transfusão prévia; na impossibilidade de se obter um tal sangue podem-se empregar os glóbulos da mãe lavados e suspensos em soro isotónico ou plasma normal. O parto deve seguir o seu curso habitual e apenas é recomendável, sobretudo quando existem anticorpos no sangue materno, laquear imediatamente o cordão após o nascimento, afim de evitar a passagem para a circulação do filho de sangue da placenta. Na laqueação imediata pode-se transfundir logo 75 c. c. de sangue, que corresponde aproximadamente ao volume de sangue placentário que teria entrado até à paragem espontânea da circulação no cordão.

Tem-se discutido se se deve fazer a transfusão imediatamente, aproveitando como via a veia umbilical, repetindo-a mesmo nas primeiras horas, deixando a agulha fixada no cordão, ou se se deve esperar pelos sintomas alarmantes: anemia e icterícia. Se esperamos um caso de doença e se a criança é Rh positivo é preferível transfundir precocemente; a transfusão não pode prejudicar a criança e pode evitar uma situação de maior gravidade. Se as transfusões pelo grau intenso e duração da anemia, tiverem de ser repetidas, haverá que escolher outras vias.

De uma maneira geral devemos agir rápida e repetidamente sempre que o número de eritrocitos seja de 3.500.000 ou 3.000.000. Quanto à nascença o número de eritrocitos é de 2.000.000 ou menos, já nem mesmo a transfusão poderá salvar a criança, pois os prejuízos da anoxémia intrauterina são irreversíveis.

Não há ainda pareceres sobre a sugestão de Davis de se empregar sangue concentrado pela remoção de plasma de preferência ao sangue, normal. Aquele permitiria aumentar mais rapidamente o número de eritrocitos sem forçar a circulação. De uma maneira geral a quantidade a injectar não deve exceder 20 c. c. por quilo de peso. Os pediatras e serologistas ingleses recomendam o dobro pelo sistema de gota a gota.

Os resultados das transfusões simples são, em muitos casos de icterícia grave, precários. Segundo as ideias de Wiener é isso devido a que elas actuam sobretudo combatendo a hemolise por conglutinação, a anemia portanto, por substituições sucessivas até que os glóbulos Rh positivo produzidos pela reacção medular já não encontrem no sangue os anticorpos univalentes, mas não evitam a aglutinação maciça pela passagem brusca das aglutininas com graves prejuízos da circulação capilar.

Afim de evitar estes graves prejuízos empregaram os americanos recentemente o método "*exsanguination transfusion*," procurando normalizar o sangue patológico da criança, tirando a um tempo os glóbulos Rh positivo e os anticorpos maternos que só são evacuados espontaneamente ao fim de algumas semanas. Wiener aconselha a manter sempre a hemoglobina a 15 gr. por 100 c. c. e os eritrocitos a 5.000.000, afim de evitar que a medula seja estimulada e produza maior quantidade de eritrocitos Rh positivo; associa ao método sangria-transfusão de início, transfusões simples secundárias.

Consiste a sangria-transfusão em retirar, em tempos sucessivos à volta de 250 c. c. de sangue substituindo-os por 300 c. c., conseguindo-se assim renovar o sangue no valor de $3/4$. Segundo Wiener é preciso ir além, até 500 c. c. para atingir uma renovação sanguínea de 86 $\frac{0}{10}$.

Este método foi executado pela primeira vez pelo canadiano Hart. As técnicas são bastante complicadas obrigando à descoberta de dois vasos e à necessidade de heparinização afim de evitar que o sangue coagule nas agulhas que permanecem nos vasos durante algumas horas. Outra dificuldade que surge é a determinação rápida do grupo da criança, visto que a "*exsanguination transfusion*," deve ser executada logo à nascença e apenas num certo número de casos pode ser escolhido o dador só com o conhecimento dos grupos materno e paterno. É preciso, pois, actuar com grande rapidez.

A técnica mais interessante é a de Diamond, a cuja demonstração assistimos no serviço do Dr. Bass (Mont-Synay Hosp. N. Y.). Consiste em introduzir na veia umbilical uma agulha armada com um cateter maleável, feito de substância plástica, que com um certo geito se conduz até à veia cava; cateter e agulha ficam "*in situ*," umas horas, permitindo realizar facilmente os vários tempos da "*exsanguination transfusion*,". Este método pretende não só tratar a anemia mas sobretudo tratar radicalmente a doença como dissemos, evitando os graves prejuízos sobre o fígado e o S. N. central. É o que justifica a maior dificuldade de execução. Potter refere na sua excelente monografia dois casos pessoais assim tratados em Chicago e que ficaram sem sequelas; mas pela mesma ocasião tratou um caso que se antolhava como mais grave ainda, pelas simples transfusões e que igualmente decorreu bem, ficando a criança sem sequelas do S. N. É necessário, portanto, aguardar dados estatísticos numerosos para sabermos se é o novo método o que deve ser sistematicamente seguido.

Todo o restante tratamento, ferro, extractos hepáticos vitaminas C e K, etc., deve acompanhar naturalmente as transfusões. Davis sugere a administração de colina para melhorar a actividade do fígado e Mac Kinley recomenda o gluconato de Ca; outros autores o uso de dieta sem lipídios, o que evitaria, até certo ponto, a destruição dos eritrocitos. Todas estas sugestões parecem de pouca valia.

Um grande número de A. A., sem grande base de verificação clínica e laboratorial, insiste pelo impedimento da amamentação pela mãe, afim de evitar a presumível passagem de aglutininas veiculadas pelo leite através da barreira intestinal. Em contraposição com este possível prejuízo, temos que lançar no outro prato da balança as desvantagens da alimentação artificial em recém-nascidos dotados de insuficiente vitalidade, como são por via de regra os que manifestam a eritroblastose.

A esplenectomia, que foi tentada antes da era do Rh, nenhuns benefícios trouxe e está hoje completamente abandonada.—»

Lágrimas de sangue — Caso curioso, de hemorragia conjuntival, surgida ao terceiro dia da vida do recém-nascido, juntamente com hemorragias da boca e génito-urinárias, tendo porém, babado sangue desde o nascimento. Consultou ao oitavo dia; medicada com vitamina K, em dois dias as hemorragias cessaram, fosse pela acção do medicamento, fosse por ter decorrido o tempo em que o déficit da protrombina se compensa espontâneamente.

A propósito, o A. nota que, se está perfeitamente estabelecido que a doença hemorrágica do recém-nascido é devida à deficiência de protrombina, deficiência atribuída a um déficit em vitamina K, indispensável para a sua formação, põe-se em dúvida que esta seja a causa única da doença. Com efeito, é necessário considerar o factor vascular, porque a protrombina só actua quando se rompe o sistema fechado em que o sangue circula, e portanto a sua baixa só poderá prolongar, por falta de coagulação, uma hemorragia já feita. Para que esta se inicie é preciso supor uma alteração capilar. Ora a vitamina K resolve o problema profilático e terapêutico, e por isso somos levados a crêr que este princípio tem um papel activo na manutenção da integridade vascular. O que também é indicado pelo facto de haver grandes descidas da protrombina sem que apareçam hemorragias. O campo das investigações sobre o mecanismo da doença hemorrágica do recém-nascido não está ainda encerrado.

REVISTA CLÍNICA DO INSTITUTO MATERNAL, I. N.º 3 (1948) — *Anestesia raquidiana sub-aracnoideia fraccionada em ginecologia*, por Meleiro de Sousa e Kirio Gomes; *O beta-glicerofosfato de sódio em clínica obstétrica*, por Elísio Montargil e Oliveira Pinto; *O problema etiológico da prematuridade e debilidade congénita*, por Carlos Areias; *Rim único*, por Machado Macedo; *Fístula temporária coxo-vesical*, por Machado Macedo; *Resultados obtidos com o para-amino-benzeno-sulfamida no tratamento de 867 casos de infecção puerperal*, por Albertino Barros; *Relatório da minha vitita de estudo ao Brasil e Argentina*, por Constantino Esteves.

Anestesia raquidiana sub-aracnoideia fraccionada em ginecologia. — Baseado na prática de 100 casos, o A. louva o processo, que considera o melhor em cirurgia genicológica, apresentando sobre o método de dose única reais vantagens, que enumera.

Beta-glicerofosfato de sódio em clínica obstétrica. — A acção sedante sobre a fibra muscular uterina, do beta-glicerofosfato de sódio, bem estabelecida experimentalmente por Velasquez e seus colaboradores, foi confirmada na clínica por Botella Llusá e Garcia Funcasta, que estabeleceram as indicações seguintes: ameaça de aborto, ameaça de parto prematuro, distócias dinâmicas por hipertomia durante o trabalho de parto, retenções placentares, hipertonia do puerpério.

O A. ensaiou a aplicação do medicamento nalgumas destas situações de hiperquinésia da fibra muscular uterina, colhendo os efeitos que a seguir resumimos.



PULMOSAL

Quinina anidra.....	00,6 grs.
Cânfora dextrogira.....	0,10 grs.
Mentol.....	0,01 grs.
Essências antissépticas.....	0,20 grs.
Por empola de 2 cm ³	

**PNEUMONIAS • CONSTIPAÇÕES
GRIPES • BRONCO-PNEUMONIAS**

Caixa de 6 ampolas de 2 cm ³	16\$50
Caixa de 12 ampolas de 2 cm ³	29\$00

LABORATÓRIOS AZEVEDOS

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA

ANTISEPTICO-PERFUME

ASEPTAL

BASE: Metanal e Ionona

SÔRO NEVROSTÉNICO
CACODIL-FOSFOGLICÉRICO

DYNAMOL

SIMPLES

MARCIAL

INJECTÁVEL
GOTAS
ELIXIR

Normal.

* Magnésia hidrato e carbonato,
carbonato de bismuto, pancrea-
tina e maltina.

FRASCOS DE 125 c.c.

Hiper-acidez

ALCALINESIA

Simples

Gastrites

BISMUTICA *

Beladonada



Purgante suave

ALCALINESIA DOCE †

Anizada

Sem aroma

† Hidrato de magnésia
levigado

AMOSTRAS PARA ENSAIOS: RUA BERNARDO LIMA, 50 — LISBOA

De 22 casos de ameaças de abortamentos, só 3 terminaram pela expulsão do embrião, o que atribui em parte ao início tardio da medicação, intervindo num de eles um traumatismo abdominal.

De 7 casos de ameaça de parto prematuro, apenas 1 terminou pela expulsão do feto antes do termo, notando-se que nele a terapêutica foi iniciada já com o colo apagado e entreaberto, portanto demasiadamente tarde.

Em 40 casos de hipertônias do útero durante o trabalho de parto, sendo 30 em primíparas, os resultados, por vezes brilhantes, foram francamente bons quase sempre; em 4 gestantes foi preciso aplicar o forceps, em outras 4 praticar a cesariana, e num, de parto gemelar, extrair um feto a forceps e fazer a versão para o outro, intervenções estas impostas por esgotamento da mãe ou sofrimento fetal.

Em 12 casos de hipertônias do puerpério, os resultados foram satisfatórios.

Segundo Velasquez, o medicamento pode empregar-se em doses pequenas (2,5 a 5 gr.), doses médias (5 a 10 gr.) e fortes (10 a 15 gr.), sempre em soluto aquoso a cinquenta por cento. A experiência do A. mostrou que não deve haver receio de, quando for necessário, dar doses que em injeções sucessivas alcancem 15 gr. numa hora, tendo mesmo injectado esta quantidade (30 cm³) de uma só vez. Não é de temer a esclerose venosa, que a droga poderia provocar. O medicamento não actua quando a parturiente tem hipovitaminose B₁, pelo que, havendo dificuldade em diagnosticar esta deficiência, convém, imediatamente antes de o aplicar, injectar endovenosamente 25 a 50 miligramas de aneurina ou misturar os dois solutos para a primeira injeção. Os produtos do beta-glicerofosfato de sódio que usou foram os especializados Utero-sedol e Tokosedan.

Etiologia da prematuridade e debilidade congénita. — Em 1946, na Maternidade Júlio Diniz, nasceram 123 prematuros e débeis, o que dá uma percentagem de 9 em relação ao total dos nascimentos, proporção semelhante à registada em maternidades estrangeiras. Cêrca de metade era de prematuros. Os pesos eram de 1.500 a 2.000 gr. em 14,5 % dos casos e superior nos restantes; é pequena a percentagem de grandes débeis.

As causas são difíceis de apurar, podendo contudo incriminar-se, como factor mais frequente a doença da mãe (36 %) e principalmente a sífilis (13 %).

Para-amino-benzeno-sulfamida no tratamento da infecção puerperal. — Desde Julho de 1940 emprega o A. este sulfamidado, tendo primeiramente reunido 230 observações em que o usou nas doses diárias de 2 a 3 gr.; e depois passou a dar 4 a 5 gr. e algumas raras vezes 6 a 7, recolhendo, nessa segunda série mais 637 observações. Da análise minuciosa de todos esses casos, tirou as seguintes conclusões:

1 — O para-amino-benzeno-sulfamida é muito bem tolerado pelas

mulheres jovens, só se registando reacções secundárias em cerca de 3 0/0 dos casos.

2 — Quanda prescrito nas primeiras 24 horas que se seguem a um parto febril ou a intervenção muito traumatizante e infectante, reduz o número de infecções generalizadas a 2,5 0/0, e o de localizadas, sempre benignas, a 36 0/0.

3 — É um magnífico medicamento para as infecções uterinas do post-partum e do post-abortum: de 515 doentes nenhuma faleceu e só em 5 a infecção se propagou (4 flebites e 1 pelviperitonite).

4 — Tem uma acção favorável, embora menos nítida, nas flebites simples e nas infecções não supuradas dos seios.

5 — Actua eficazmente nos pequenos empastamentos peri-uterinos e em alguns casos de fleimão do ligamento largo ou de pelviperitonite em início, assim como em muitas anexites agudas, mas é ineficaz nas pelviperitonites altas, bem constituídas.

6 — Como todos os medicamentos anteriormente experimentados, que muitas vezes lhe foram associados, não tem qualquer acção benéfica sobre as septicemias agudas e peritonites generalizadas.

7 — Em contrapartida é capaz de curar 38 0/0 das temíveis flebites útero-pélicas supuradas, outrora quase sempre mortais.

JORNAL DO MÉDICO.— N.º 284 (3-VII-48): *As termas do Carvalho*, por Constantino Carneiro e Freitas. N.º 285 (10-VII): *Apendicites agudas* (conclusão do n.º 284), por A. E. Mendes Ferreira; *A medicina e os doentes*, por Cruz Ferreira. N.º 288 (17-VII): *O tratamento dos cancro da pele*, por R. Degos; *Asma brônquica e bronquite crónica, seu tratamento pela inalação combinada de antistina-privina e penicilina*, por Aires Duarte; *Alguns aspectos da crenoterapia na península ibérica*, por Ascensão Contreiras. N.º 287 (24-VII): *Profilaxia do crime*, por Gregório Pereira; *A clínica e o laboratório*, por Manuel Moreno. N.º 288 (31-VII): *Tratamento das ulcerações tuberculosas da faringe pelo actinocautério*, por A. Pires de Lima; *Os quistos aéreos do pulmão*, por Manuel Moreno; *A função da escola na luta contra a cegueira*, por Bertino Daciano.

Apendicites agudas.— Análise da estatística do Banco do Hospital de S. José, em 1944 e 1945, contando 1.422 casos. A percentagem de curas foi de 97,33. A mortalidade foi de: 0,15 0/0 nas apendicites agudas simples, de 5,81 nas com abcesso, de 1,7 nas com peritonite localizada, e de 17,24 nas com peritonite difusa.

Inalação combinada de antistina-privina e penicilina na asma brônquica e na bronquite crónica.— Tendo ensaiado, com impressionante resultado, em crise violenta de asma, a nebulização de penicilina com algumas gotas de uma ampola de antistina-privina, empregou o mesmo procedimento em outros casos de asma brônquica ou bronquite crónica, com efeitos que aconselham o estudo do método. Destacam-se, nas seis observações que apresenta, a do primeiro doente, que apresentava

dispneia inspiratória intensa, cianose, pulso rápido e fugidio (feita inalação de 20.000 unidades de penicilina em soro fisiológico, com V gotas de antistina-privina, as melhoras foram rápidas; prosseguiu com cinco inalações diárias, durante dois dias, e as melhoras persistiram, mês e meio decorrido), e de outro caso semelhante, com efeitos iguais, tratado durante cinco dias pela mesma norma. E o de um bronquítico crônico, com noites seguidas mal podendo dormir pela tosse e dispneia, e que melhorou notavelmente, sentindo benefícios logo a seguir ás primeiras nebulizações.

CADERNOS CIENTÍFICOS, I.—N.º 5 (Março de 1948): *Uma grande incógnita da epidemiologia, a poliomielite*, por Marques Cardoso; *Primo-infecção tuberculosa e serviço militar*, por José Cutileiro; *Determinação in-vitro da actividade bacteriostática de algumas sulfamidas*, por J. M. de Loureiro e Ruy da Gama e Costa.

Epidemiologia da poliomielite.—Primeiramente refere as desconcertantes incógnitas que obscurecem a compreensão da epidemiologia da paralisia infantil.

Estranho facto é o de serem os países mais florescentes e bem apetrechados em matéria de saúde pública aqueles que pagam maior tributo à doença, e de esta grassar mais nos meios rurais do que nos centros urbanos e nos meses de calor.

Tem-se explicado a mais larga aparição da poliomielite nos povos mais avançados, precisamente por a hygiene pública estar muito desenvolvida, e por isso serem pouco frequentes os contágios, ao contrário do que se dá nos países onde a promiscuidade os torna frequentes logo desde a primeira infância, criando-se assim estados de imunidade. Assenta a explicação no facto, de em tais regiões, quase indennes do mal, apresentar a população anticorpos específicos em cerca de 90 por cento dos indivíduos; é que os casos em que a doença segue um curso abortivo são 4 a 6 vezes mais frequentes do que aqueles em que se mostra com os sinais característicos, e é provável que sejam ainda em maior número os de doença completamente inaparente. No entanto, reflectindo, a explicação não colhe inteiramente. Supondo que os casos de forma fruste ou inaparente sejam 100 vezes mais abundantes que os de forma franca, proporção muito superior à inferida das observações epidemiológicas, isso corresponderia a 1 por cento de casos de paralisia na população, o que, felizmente, está muito longe de se verificar, mesmo nas regiões mais atingidas dos países fortemente affectados, como sejam os Estados Unidos. E admitindo-se que a endemização sem casos clínicos é enorme, qual a razão porque dos infectados só um ou outro apresenta a doença com os seus caracteres? Grande incógnita é esta, como o é a relativa à deslocação da incidência por idades, pois enquanto há trinta anos quase todos os casos se davam em crianças até aos cinco anos, agora quase uma terça parte de eles aparece em indivíduos de 10 a 19 anos de idade,

sem que se verifique aumento da presença de anticorpos na população infantil.

A maior incidência nos meios rurais também não encontra explicação segura, pois a de uma forte epidemização latente é abalada pelo facto que acaba de referir-se da deslocação etária da frequência da doença franca, a qual se tem observado tanto nos campos como nas cidades.

Quanto a serem as epidemias mais frequentes no verão, talvez influa a transmissão por insectos e sobretudo pelas moscas, hipótese que assenta em dados experimentais.

Seguidamente, cita o que já se adquiriu no conhecimento da matéria: que a doença é devida a um vírus identificável pelo seu comportamento serológico e patogeneidade para os animais de experiências; que se elimina por várias secreções orgânicas e em particular pelas fezes; que é resistente aos agentes físicos e químicos, sendo por isso concebível a possibilidade da sua transmissão por contacto, por via hídrica e pelas moscas; que a doença é mais generalizada à economia do que a princípio se supunha, limitando as lesões aos cornos anteriores da medula, o que explica a regressão das paralisias em muitos casos e a existência de muitas formas frustes.

Primo-infecção tuberculosa em militares. — Um surto grave da doença numa pequena unidade continental aquartelada na Ilha Terceira, em 1942-43, mostrou ter sido a tuberculose seis vezes mais frequente nos soldados provenientes das aldeias do que nos vindos da cidade, o que mostra haver naqueles menor defesa imunitária específica. A tuberculose pulmonar apresentou-se com mais frequência nas tropas continentais do que nas açoreanas, ao passo que nestas foi maior o número de pleurisias sero-fibrinosas. A percentagem de tuberculino-negativos foi de 2,7 para os provenientes das cidades e de 25,7 para os oriundos do campo. Confrontando as três ordens de factos, assinala a importância da proveniência dos recrutas na resistência à infecção; o contraste entre a gravidade do surto dos Açores e a relativa benignidade da primo-infecção nos soldados em Lisboa deve atribuir-se à mudança de clima e de hábitos de vida e à intensidade e ao tempo da exposição aos contágios.

LIVROS E OPÚSCULOS

História da medicina portuguesa, por M. Ferreira de Mira. Lisboa, 1948.

Em volume de 560 páginas, ilustrado com 61 figuras, dá-nos o autor, cuja reputação de escritor médico de há muito se firmou sólidamente, pela vasta cultura e pela maneira atraente por que expõe os temas que versa, uma obra do mais alto interesse para quem queira conhecer a evolução e os factos da medicina nacional, no território português e lá fora, onde brilharam muitos dos médicos que de cá saíram. Sucessivamente, desde os tempos mais recuados até à actualidade, nada de impor-

tri-sulfa-lab

3SULFA MERAZINA ()



Sulfatiazol	0,20	} Por comprimido
Sulfadiazina.	0,20	
Sulfamerazina	0,10	

Tubos de 20 comprimidos 29\$00

UM NOVO PRODUTO «LAB» BASEADO NA SULFO-COMBINAÇÃO INTRODUZIDA EM PORTUGAL PELO LABORATÓRIO «LAB»

Vantagens da sulfocombinação	}	Poder terapêutico igual à soma dos componentes	} Consideravelmente diminuídos
		Toxicidade	
		Cristaluria	
		Intolerância	

Indicada em especial nas pneumococcias, nas gonococcias e em geral em todas as infecções para que estão indicados o Sulfatiazol, a Sulfadiazina e a Sulfamerazina.

di-sulfa-lab

2SULFA DIAZINA TIAZOL



Sulfatiazol	0,25	} Por comprimido
Sulfadiazina.	0,25	

Tubos de 20 comprimidos 27\$00

Labdiazina

Sulfadiazina.	0,50	} Por comprimido
-----------------------	------	------------------

Tubos de 10 comprimidos 18\$00

Tubos de 20 comprimidos 31\$50

Laboratórios LAB — Av. Alferes Malheiro, 99 — Tel. 74812

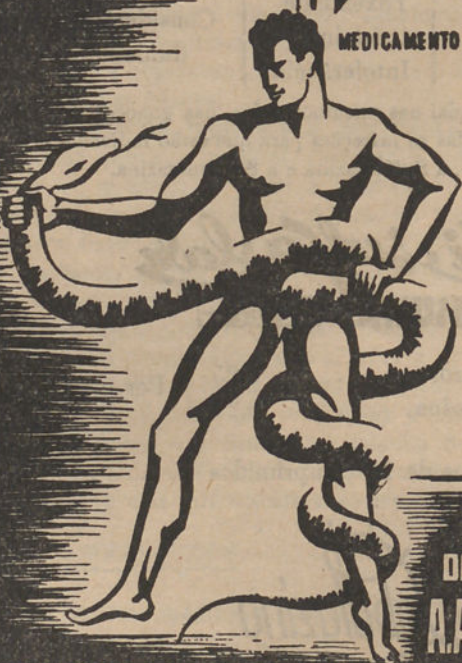
Direcção Técnica do PROF. COSTA SIMÕES

**NA FRAQUESA
GERAL E
PSÍQUICA**



EMONEURA

MEDICAMENTO ALIMENTO



MEDICAMENTO ALIMENTO

DEPÓSITO GERAL:

A.A. MOZ TEIXEIRA

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

tante na matéria foi omitido. Trata-se, pois, de uma obra meritória, de cultura e patriotismo, que nenhum médico deixará de ler com prazer espiritual e que deve fazer parte da biblioteca fundamental do estudante de medicina. A edição é muito boa e corresponde ao valor intrínseco do trabalho literário.

Bibliografia médica portuguesa, 1945; coordenada por Zeferino Paulo. Publicação do Instituto para a Alta Cultura; Lisboa, 1948.— Prossegue a benemérita e patriótica iniciativa, de registar toda a produção médica nacional; oxalá ela concorra, como deve ser, para que os médicos portugueses, ao escrever sobre um dado assunto, não se esqueçam de mencionar os colegas compatriotas que sobre ele tenham escrito.

As micoses em Portugal (revista crítica), por A. Lima Carneiro. Porto, 1948.— Inventário dos trabalhos portugueses sobre micoses.

Estância Sanatorial do Caramulo.— Recebemos os opúsculos que contém as estatísticas de 1945 a 1946, relativas ao movimento de doentes e resultados, e aos diversos serviços da estância.

REVISÃO DE TEMA CLÍNICO

Posição do pediatra perante a operação das amígdalas ⁽¹⁾

O valor de uma intervenção cirúrgica depende dos seus resultados curativos. O facto de a amigdalectomia já ser conhecida há dois mil anos permite supor que nesses tempos se tinha observado que era benéfica para a saúde.

Vai fazer um século que Barthez e Rilliet escreveram no seu Tratado, referindo-se à hipertrofia das amígdalas e à intervenção que nos ocupa, o seguinte: «Esta operação leve, fácil de executar até em crianças pequenas, e desprovida de perigos, é um dos meios que temos aconselhado com melhor fortuna, tanto em Paris como em Genebra, para livrar as crianças de este transtorno.»

Milhões de vezes a extirpação das amígdalas proporcionou alívio a esses pequenos pacientes e os libertou de inflamações crónicas do anel faríngeo. Não há dúvida alguma sobre o valor da operação.

De antes só se praticava a amigdalotomia. Contra a opinião hoje dominante na maioria dos otorrinolaringólogos, este método não produzia

(1) Do livro «El problema de las amígdalas en la infancia», por F. BAMATTER, tradução espanhola (Barcelona, 1948).

sòmente fracassos, porque, se assim fosse, não poderia sustentar-se durante tanto tempo. Não quer isto dizer que nas afecções crónicas das amígdalas não consideremos a amigdalectomia como um valioso progresso no tratamento cirúrgico, e até como o único método eficaz.

Com muita razão foi conquistando terreno o critério de que todas as operações nas amígdalas devem ser feitas por otorrinolaringólogo exercitado. Como a operação corrente, a amigdalotomia, foi substituída pela enucleação total, e como, na escolha da maneira de a praticar continuam a influir, ainda hoje, os costumes locais, para julgar os resultados não é suficiente, na maior parte das vezes, comparar as diversas estatísticas operatórias.

Ao exame histológico das amígdalas extirpadas devia prestar-se maior atenção, sempre que ele seja possível.

Nas crianças observa-se também a faringite tonsilopriva, combinada em alguns casos com rouquidão; esta complicação não tem importância suficiente para ser tomada em conta ao estabelecer a indicação de amigdalectomia. O caso é análogo aos das aderências que se formam depois de extirpar o apêndice.

Em que casos a extirpação das amígdalas promete a cura ou pelo menos melhoras? A resposta a esta pergunta servirá para expor as indicações da operação.

Na hipertrofia simples das amígdalas, que não produza obstáculo mecânico nem predisponha a infecções, não é de esperar que a amigdalectomia influa vantajosamente sobre a totalidade do organismo. Tem razão os especialistas da garganta que geralmente não operam essas crianças, pois o tecido amigdaliano são, e mesmo moderadamente hipertrofiado, não deixa de exercer uma função de defesa, nos primeiros anos da vida e provavelmente também mais tarde.

A extirpação de umas amígdalas hipertrofiadas a ponto de constituir obstáculo à respiração e à deglutição é uma das operações que em pediatria dá mais belos resultados. Se estes, a princípio, parecem insuficientes, melhoram muito, na maioria das vezes, com a ginástica racional de respirar pelo nariz. Muito frequentemente só a amígdala faríngea está essencialmente hipertrofiada, e só ela pode ser responsável da mudança operada na expressão e forma de rosto, na rinite crónica, das dores nos ouvidos e da diminuição da audição. Neste caso não está indicado, de modo algum, extirpar ao mesmo tempo as amígdalas palatinas.

Antes do quarto ano de idade deve ponderar-se muito a indicação operatória.

Também podemos esperar resultados positivos da operação nas rinites e faringites recidivantes, com as suas complicações, sobretudo a otite. Nestes casos dá bons resultados, igualmente, a simples adenotomia. Se o doente tem, além de isso, amigdalites repetidas, deve extirpar-se também as amígdalas palatinas.

Medida de boa precaução é a de advertir os pais das crianças, pro-

pensas a infecções, de que depois da operação podem aparecer faringites com otite, etc. Esta explicação evita muitos desenganos, pois é frequente esperar-se da amigdalectomia tudo quanto possa imaginar-se, até um aumento da inteligência. Kaiser opina que a amigdalectomia nunca evita a aparição de otites médias, sinusites e laringites.

As doenças alérgicas do nariz, dos brônquios ou dos pulmões, contra-indicam a operação. Esta não influe de maneira apreciável nem na frequência nem nas complicações das doenças infecciosas da infância (como o sarampo, a escarlatina, a tosse convulsa, etc.) que a criança sofra depois de ela.

Pelo contrário, parece que a extirpação das amígdalas evita a aparição de linfomas cervicais agudos e crónicos. Também se diz que actua benèficamente quando existem adenias tuberculosas.

Os portadores de bacilos diftéricos são esterilizados, com segurança quase absoluta, por meio da amigdalectomia.

A operação não exerce qualquer influência sobre a morbidade geral por poliomielite. Mas conta-se maior frequência das formas bulbares depois da intervenção.

A enucleação das amígdalas como medida profilática contra a infecção reumatismal não correspondeu às esperanças que de começo nela se haviam depositado, principalmente na América (Kaiser). Também a amigdalectomia como terapêutica do reumatismo verdadeiro e das poliartrites crónicas das crianças não tem o valor de um tratamento causal.

As enfermidades focais tonsilogénicas são mais raras na criança do que no adulto. Até hoje não há processo seguro de diagnóstico da amigdalite crónica. Ainda o melhor é um interrogatório bem feito. Se o médico da família ou o pediatra conhece bem o estado de saúde e a predisposição hereditária do paciente, pode contribuir muito para estabelecer a indicação operatória.

É absolutamente necessária a colaboração entre o otorrinolaringólogo e o médico de crianças. Quando se trata de estabelecer a indicação é a este último que compete a autoridade; no acto operatório ela passa para o especialista da garganta.

O máximo dos bons resultados só se consegue pesando bem as indicações. O esquematismo, isto é o sistema de fazer amigdalectomias sem pensar nos prós e nos contras em cada caso individual, desacredita uma operação tão valiosa como esta é. O médico tem obrigação, cabe-lhe essa responsabilidade, de velar pelas conquistas terapêuticas, não as deixando desprestigiar por um emprego inadequado.

Finalmente, como disse Ruedi, a propósito da posição cada vez mais interessada dos doentes a respeito dos médicos, pode aplicar-se entre nós o conceito chinês, segundo o qual «o médico é elogiado pelo êxito e castigado pelo fracasso da sua arte.»

NOTAS CIENTÍFICAS E PRÁTICAS

Formas de início da tuberculose clínica

Conclusões de um trabalho de MANUEL DE ABREU, em *Clínica Tisiológica* (Janeiro-Março de 1948).

1 — Imagem radiológica não significa lesão anatomopatológica. Uma pequena mancha pode ser um nódulo, um infiltrado ou um campo de endurecimento. Também uma pequena atelectasia pode parecer um infiltrado, etc. A lesão «básica» que se traduz no quadro radiológico, é o enchimento alveolar.

2 — Duas condições principais condicionam o aparecimento e o aspecto da sombra: a absorção maior do processo em referência ao ar alveolar e a transição da mesma absorção entre a zona mais densa e a menos densa. Na transição lenta e progressiva dá-se o apagamento das imagens, que pode ser parcial ou completo. As imagens são sempre menores que as lesões. Estas, embora importantes, podem ser invisíveis.

3 — No exame sistemático e periódico de toda a população, sem excepção, a fluorografia por nós imaginada e aplicada desde 1936, tem praticamente a mesma eficiência da radiografia, pois a visibilidade das lesões depende mais das condições radio-geométricas acima referidas, do que do seu volume.

4 — Em relação ao exame individual (não colectivo) é preciso empregar várias técnicas que modificam o quadro radiológico: incidências diferentes, radiografias de selecção, tomografias finas e espessas. Campos limpos ou pequenos nódulos se transformam, às vezes, em infiltrados relativamente extensos.

5 — Do ponto de vista prático, o início da tuberculose pulmonar se acompanha de eliminação de bacilos na secreção traqueo-brônquica. Os doentes não apresentam suficiente expectoração ou a apresentam imprópria para a pesquisa bacteriológica. Revela-se falho e inconstante o lavado gástrico. Apresentamos o novo método do lavado traque-bronco-pulmonar por via supra-glótica, cuja eficiência nos parece muito superior, além de ser de mais fácil execução.

6 — Na infância, a primo-infecção se apresenta silenciosamente (cerca de 90 %), sendo apenas constatada pela tuberculino-reacção. Em 10 %, a imagem radiológica é característica. Ela se limita ao espessamento e empastamento dos hilos pulmonares (de 6 a 7 %), sendo intensa nos restantes 3 a 4 %. Nesta última categoria predominam as formas difusas ou generalizadas, acompanhadas de infiltrados fugazes, localizados na metade inferior dos pulmões, e de adenopatia traqueo-brônquica.

7 — No adolescente e adulto, a primo-infecção tem raramente o aspecto verificado na infância. Na maioria dos casos o processo se con-

ALUCOL

WANDER

O anti-ácido completo desprovido das desvantagens da terapêutica alcalina.

À base de Hidróxido de Alumínio Coloidal, apresenta-se também associado ao extracto de beladona, ao cloridrato de papaverina e ao paraminobenzoato de étilo, constituindo o ALUCOL COMPOSTO que além de todas as propriedades anti-ácidas do Alucol simples possui também uma notável acção espasmolítica e analgésica.

APRESENTAÇÃO:

Alucol simples — Cx. de 36 e 60 comprimidos.

Cx. de 100 gr. de pó.

Alucol composto — Cx. de 36 comprimidos.

Carbietol

WANDER

Carvão animal ultra-adsorvente

COMPOSIÇÃO:

Hidrato de Alumínio Coloidal.

Carvão adsorvente activado.

Pectina.

Benzonaftol.

Hexametilenatetramina e

Massa granulada.

Particularmente indicado no tratamento da má digestão, indigestões, diarreias, cólicas, gastro-enterites, intoxicações por alimentos alterados, ardores, regurgitações, etc.

APRESENTAÇÃO: Cx. de 85 gr.

Amostras e literatura à disposição da Ex.^{ma} Classe Médica

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PRODUTOS WANDER, L.^{DA}

Quinarrhenina Vitaminada

Elixir e granulado

Composição — Alcalóides integrais da Quina, metilarsinato de sódio e — Vitamina C —.

Indicações — Anemias, Anorexia, Convalescenças difíceis, Tratamento e profilaxia do Paludismo. Reforço da energia muscular.

A potência da — Quinarrhenina — é notavelmente aumentada pela adição da — Vitamina C —, pois esta tem uma acção especial como tónico celular, como excitante do poder bactericida do sangue e da resistência do organismo às infecções. No «Paludismo» há sempre grandes perdas de — Vitamina C —, que vão aumentando com a duração e gravidade da doença: a — Quinarrhenina Vitaminada — garante eficácia no tratamento dos impaludados, pela associação medicamentosa que realiza.

Como estimulante neuro-muscular é recomendável aos desportistas e a todos os que tem de fazer grandes esforços.

É uma fórmula que corresponde aos trabalhos de Jusaty e às experiências do Prof. Pfannestiel.

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-
-FOSFATADO

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-
FOSFATADO

BASE — Glicerofosfatos ÁCIDOS e kola

TRICALCOSE

COM
GLUCONATO DE CÁLCIO
Um dos melhores recal-
cificantes do organismo.

BASE — Sais cálcicos assimiláveis

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

funde com a reinfeção, sendo a adenopatia discreta, o que exige o emprego da tomografia para a sua identificação. Novos estudos são necessários para o perfeito conhecimento do mencionado problema, sobretudo importante no «hinterland» do Brasil, onde as populações apresentam o índice de tuberculização muito baixo.

8 — O início da reinfeção, à luz do exame sistemático e periódico em 32.779 indivíduos, supostos sãos, apresenta o seguinte quadro radiológico: 1 — Condensações acino-lobulilares, sem reacção peri-focal aparente e exame bacteriológico negativo, de tipo pre-clínico — 0,5 %.

2 — Quadros clínicos, com expectoração espontânea ou provocada, positiva para o bacilo de Koch: a) sombras mínimas com reacção peri-focal nula ou discreta — 0,84 %; b) formas exsudativas manifestas, embora limitadas — 0,17 %. Não estão computadas na estatística acima, as reacções pleurais, muito frequentes, isoladas ou acompanhadas de modificações do parênquima, os quadros extensos ou graves «d'embée» e as excavações precoces, também frequentes nos dispensários clínicos.

9 — Muitas vezes o início não representa o broto inicial, mas simplesmente o início de um novo surto, pois a tuberculose se faz muitas vezes por fases de actividade, separadas por longos intervalos de equilíbrio, em que as lesões desaparecem parcialmente (às vezes totalmente).

10 — Encaramos as formas de início da tuberculose no momento actual, dominado pelo conceito do cadastro torácico das populações, do qual depende o tratamento oportuno e as medidas de profilaxia: isolamento dos doentes e protecção dos ameaçados. Toda a política sanitária contra a tuberculose está desse modo estabelecida sobre a base da fluorografia em massa, de tipo periódico, para o diagnóstico precoce dos contagiantes.

Etiologia vírica das úlceras gastro-duodevais pépticas, recidivantes

LOFORTE GONÇALVES (*S. Paulo Médico*, Janeiro-Fevereiro de 1947), baseado em conclusões clínicas e experimentais defende a hipótese de que sejam as úlceras gástricas e duodenais, pépticas, crónicas, recidivantes, determinadas por um vírus. Após um grande número de considerações a respeito das mais conhecidas teorias sobre a étiopatogenia das úlceras gástricas e duodenais, conclui que todas apresentam uma grande parte de verdade mas que o agente causante da recidiva é um vírus.

Através de uma lesão da mucosa gástrica ou duodenal se iria ele instalar sobre o simpático ou o parassimpático, determinando uma septinevrite crónica. Esta variável localização explicaria a diversidade clínica encontrada. Instala a septinevrite a cada desequilíbrio químico-biológico da mucosa determinado pelas mais variadas causas, um novo surto se desencadearia, de uma maneira muito semelhante ao que acontece com o vírus do herpes simples. Daí se concluir que se não é este vírus o cau-

sante da recidivação nas úlceras é outro que a ele muito se assemelha. Explica desta maneira alguns pontos falhos das teorias infecciosas.

Apresenta nesta nota prévia os seus primeiros resultados experimentais com a intenção de comprovar a sua hipótese. Sua experimentação, concorda, ainda necessita confirmação, mas chama a atenção para o facto de que, com macerados de úlceras pépticas recidivantes ou de nervos que iam terminar nas mesmas, conseguiu determinar um grande número de encefalites macroscópicamente diagnosticadas. O ponto de partida seria a eliminação do vírus pela saliva que iria, juntamente com os alimentos, infectar a lesão da mucosa. A septinevrite igualmente explicaria não só as lesões frequentemente encontradas no vago e simpático dos ulcerados mas ainda os desequilíbrios vegetativos e talvez psíquicos desses doentes. Seria ainda a causa dos desequilíbrios químico e citológico do líquido céfalo-raquidiano que encontrou em alguns doentes. A dor igualmente encontraria explicação na mesma septinevrite.

A localização frequente da úlcera é explicada pela capacidade da bilis em destruir rapidamente o vírus herpético. A frequência de úlceras em indivíduos com disfunções hepato-biliares e nos colecistectomizados encontraria aí a sua explicação. Crê que esta concepção possa ser de grande utilidade sob o ponto de vista terapêutico pois grande número de substâncias capazes de destruir o vírus são compatíveis com o organismo humano.

Grave choque anafilático por injeção de vitamina B₁

DÉCIO OLINTO (*Rev. Brasileira de Medicina*, Março de 1948), depois de citar alguns casos da literatura médica referentes a crises alérgicas provocadas por injeções de cloridrato de tiamina, descreve reacção semelhante e de certa gravidade, desencadeada por uma injeção intramuscular de 60 miligramas de cloridrato de tiamina em paciente de 48 anos, anteriormente medicada, por várias vezes, com a referida substância.

O autor assinala que, estudando os casos descritos, verifica-se o facto de ter havido crises de espirro por ocasião das últimas injeções sensibilizantes de tiamina, em todos os pacientes que sobreviveram ao choque anafilático e que foram, posteriormente, interrogados. O autor termina o artigo com a seguinte conclusão: O cloridrato de tiamina pode provocar fenómenos alérgicos de extrema gravidade em organismos previamente sensibilizados. Em todo o paciente já submetido anteriormente a um tratamento por via parenteral com cloridrato de tiamina, é aconselhável, quando indicado, receitar a mesma preparação por via oral. Nos casos nos quais se impõe a administração parenteral, justifica-se verificação prévia, para avaliar a sensibilidade do paciente em face do medicamento.

Nos pacientes que manifestaram qualquer sintoma anormal após a

introdução parenteral de cloridrato de tiamina, a medicação deverá ser suspensa ou empregada, subsequentemente, por via oral. O estudo das observações assinaladas no presente trabalho justifica a suposição de que uma crise de espirros, sobrevinda depois de injeção de cloridrato de tiamina, seja um sintoma clínico característico de hipersensibilidade ao medicamento.

Sobre o valor da cutirreacção e da intradermorreacção em diversas diluições na demonstração da alergia tuberculínica

Resumo de um trabalho de ALVIMAR DE CARVALHO, publicado em *Clínica Tisiológica* (Jan.-Março de 1948).

Visando o uso de um só teste, no alergo-diagnóstico tuberculínico colectivo, o autor procura estudar comparativamente o valor da cutirreacção e da intradermorreacção na revelação da alergia tuberculínica.

O autor recomenda a cutirreacção com quatro escarificações (na face anterior do braço) e sua leitura cuidadosa, para total aproveitamento de todos os casos cuti-positivos.

Foram utilizados cinco diluições de tuberculina bruta, segundo Koch em líquido diluidor de Gottchall-Bunney: um milhão, cem mil, dez mil, mil e cem.

São examinados 790 adolescentes (13-17 anos), de ambos os sexos brancos, pardos e negros, de condições sociais modestas (adolescente que trabalha).

Os 790 indivíduos examinados foram divididos em dois grupos: 571 cuti-positivos, e 219 cuti-negativos.

No grupo dos cuti-positivos, foram injectadas, progressivamente, as diluições de tuberculina (duas a duas). A contra-indicação à injeção de determinada diluição foi a ocorrência de reacções fortes ou muito fortes, com a diluição imediatamente anterior.

A diluição por um milhão revelou a alergia tuberculínica em 19,4% dos cuti-positivos; a diluição seguinte — por cem mil — revelou mais 12,6%: total 32,0%; a diluição III — por dez mil — revelou mais 35,4%: total 67,4%; a diluição por mil revelou mais 26,6% restantes: total 100,6% dos cuti-positivos.

O estudo intradérmico dos 219 indivíduos cuti-negativos mostrou oito resultados positivos (fracos) com a diluição centesimal — 32,4%

O autor é de opinião que a cuti-reacção por escarificação, correctamente feita e bem interpretada, é de sensibilidade semelhante à intra-dermo por mil na revelação da alergia tuberculínica, com a vantagem de ser inteiramente inócua (ausência de reacção forte, potencialmente danosa ao organismo).

No cadastro tuberculínico colectivo em que seja necessário um só teste tuberculínico, o autor aconselha a cutirreacção com quatro escarificações.

Oxigenoterapia no infarto do miocárdio

Estudo de 12 casos de infarto de miocárdio, tratadas pela oxigenoterapia, por L. PESCADOR & B. MARTIN DE PRADO. Passando em revista os fármacos indicados usualmente (sedativos vasculares, tonicardíacos de tipo da estrofantina, vitamina B₁, etc.) conclue que o único útil é a morfina, por calmar a dor; tudo o mais apenas ajuda o miocárdio a tolerar o infarto, mas não a atacar o mecanismo da produção do infarto, fornecendo ao órgão o oxigénio que lhe falta. Só depois que Boland, em 1940, instituiu o uso do oxigénio em inalação, se entrou nessa via, que tem dado resultados muito bons nos casos tratados precocemente; assim sucedeu nos referidos doentes, com excepção de um, em que precedentemente havia notável insuficiência coronária por atheroma generalizado. Nos casos tratados tardiamente só conseguiu recuperação total num caso; todos os demais ficaram com infarto residual evidente, e um faleceu. Parece que é necessário, para boa recuperação do infarto, que o sistema coronário conserve algumas condições de vitalidade, e por isso a terapêutica deve ser precoce, logo que, pela sintomatologia se suspeite de infarto, mesmo sem confirmação pelo electrocardiograma. Em todos os doentes a inalação de oxigénio fez ceder a dor, excepto num, em que foi preciso injectar morfina, que aliás tinha anteriormente sido ineficaz. (*Revista Española de Tuberculosis*, Fev. de 1948).

O problema da antrotomia nos estados neurotóxicos do lactente

LEVESQUE e LAFOURCADE expõe opiniões baseadas em cinco anos de observações clínicas (*Le Nourrisson*, Fev. de 1948), e afirmam que o facto da antrotomia, mesmo quando elimina um foco infeccioso, não curar a criança, deriva do estado tóxico de esta não ter por causa o referido foco otomastoideu. A existência de uma otite do decurso de um síndrome de grave desnutrição não implica que ela seja a causa de esta. Por isso a limitação ao tratamento local dá fracassos em 40 a 50 por cento das vezes. Quando há inflamação do cavo faríngeo, é preciso pensar que ela é secundária, complicação da doença que é preciso procurar.

Há 3 tipos clínicos de oto-mastoidites:

1 — A chamada «otite latente», que é uma faringite subaguda neurotóxica essencial, desenvolvendo-se lentamente durante cinco ou seis semanas, até que aparece a perturbação do sensório, a agravar o estado tóxico.

2 — A chamada «otite gripal», em que os fenómenos são agudos, com muito precoce perturbação de sensório.

3 — A rino-faringite banal com propagação ao ouvido.

A intervenção (antrotómica ou paracentese) dá bons resultados no terceiro tipo clínico e nas primeiras semanas do primeiro tipo. Nas outras circunstâncias é inútil e pode ser prejudicial. A terapêutica deve ser,

variando segundo os casos: agentes anti-infecciosos; punções lombares repetidas, com injeção de pequenas quantidades de ar que distendem os ventrículos e melhoram a circulação cerebral; injeções intraventriculares de novocaína a 10 0/0 (3 c. c., três vezes por dia); plasma ou soro intravenoso, com 3 0/0 de novocaína; abscesso de fixação e ionização cálcica transcerebral.

Tratamento da úlcera dolorosa da perna pós-flebítica

As úlceras chamadas varicosas, quando não são flebíticas, curam-se por meio de enxertos, depois de esterilizadas por acção da simpatectomia perifemoral, segundo a prescrição feita em 1935 por RENÉ LERICHE, que, ocupando-se agora das úlceras pós-flebíticas dolorosas, indica procedimento novo (*La Presse Medicale*, 5-VI-1948) que passamos a expor.

As úlceras dolorosas que ficam da flebite tem uma evolução progressiva, resistente às terapêuticas que para elas tem sido preconizadas. Por haver trombose da veia profunda, a safenectomia não é possível, e a gangliectomia, eficaz contra as dores, não promove a cicatrização. Há, porém, uma pequena intervenção cirúrgica que presta grandes serviços nestes casos.

Notando que a exploração digital permite reconhecer a existência de um pequeno cordão venoso, duro, alguns centímetros acima da úlcera, o qual parece enterrar-se por debaixo de esta, e sabendo-se que, por vezes, a úlcera começa ao nível de uma ampola intradérmica que adelgaçou uma pele mal nutrida, de há dez anos para cá que, nas úlceras que não tem grandes dimensões, excisa esse cordão venoso.

Faz duas pequenas incisões transversais, uma a montante e outra a jusante, à distância de duas ou três grossuras de dedo, dos bordos da úlcera. Fazendo tracção suave, completada por libertação junto dos bordos da úlcera, o cordão venoso destaca-se bem; se se rompe, extrai-se a outra metade, pela outra extremidade. Fecham-se incompletamente as incisões, e penso sulfamidado; quando se fez previamente penicilino-terapia, sutura-se completamente.

A cicatrização dá-se dentro de oito ou dez dias, e as dores desaparecem. Não se pode garantir que para sempre. Mas obtendo-se a acalmia durante anos, já se consegue muito.

Nodosidades subcutâneas dolorosas de evolução aguda

H. THIERS publica quatro observações de doentes que apresentavam nodosidades dolorosas, muito consistentes, localizadas frequentemente na região superior da cabeça e acompanhadas por adenia cervical posterior que não caminhava para a supuração. A afecção começou sem pródromos por estado febril prolongada, com emagrecimento rápido, tendente para a caquexia. O exame clínico dos aparelhos nada mostrou de anormal;

um dos doentes tinha artralguas e leve tumefacção da articulação rádio-cárpica; em dois casos havia faringite eritematosa com granulações, sendo negativa a hemocultura. Em dois casos, o salicilato de sódio, e num deles a antipirina, produziram a reabsorção dos nódulos, sem sequelas; no outro, sem tratamento, assistiu-se à generalização das nodosidades. As sulfamidas foram inoperantes. (*J. de Méd. de Lyon*, 20-VII-1947).

Sobrevida após gastrectomia total

FRANCES SMITH publica os resultados obtidos em 89 doentes (todos de cancro, excepto um) operados de 1927 a 1945. Ao começo a mortalidade operatória era de 29 por cento, mas ultimamente baixara a 16 por cento. Metade dos doentes que sobrevivem à operação morrem dentro de um ano. As percentagens de sobrevida superior a um ano que obteve foram: 28 a 38 durante 18 meses, 16 a 30 durante dois anos e 9 a 31 durante três ou mais anos. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Abril de 1947).

○ repouso nas afecções cardíacas

BLAS MOIA & EMÍLIO VIDAL, na *Revista Argentina de Cardiologia* (Março de 1948) lembram que a indicação de prolongado repouso no leito é ainda adoptada por autores modernos, como Lewis, Davis e Fishberg; o que não deve estar certo, porque o decúbito dorsal reflecte-se desfavoravelmente sobre a dinâmica circulatória assim como sobre a hemodiluição; provoca diminuição da capacidade vital, aumento do volume minuto e da pressão venosa, diminuição da velocidade circulatória, ou seja em suma um manifesto aumento do sangue circulante. Mas há um prejuizo maior: o desprendimento das trombos marasmáticos.

Vozes autorizadas, como as de Levine e de Harrison levantaram-se contra tal procedimento. Na maioria dos casos o repouso é desnecessário além do curto período de cinco a sete dias, até que o tratamento digitálico e diurético tenham operado; e, como diz Levine, em repouso o doente deve ter a cabeça alta e mover as pernas amiudadamente. Os casos de insuficiência cardíaca moderada, sem edêmas periféricos nem acidentados de dispneia paroxística podem ser tratados ambulatòriamente; com excepção dos de febre reumática e de infarto do miocárdio.

○ síndrome dos gastrectomizados

ALDSBERG e HAMMERSCHLAG estudaram 14 doentes que anos depois da gastrectomia por úlcera não haviam aumentado de peso e sofriam de perturbações digestivas diversas. Fizeram vários exames do suco gástrico e do sangue, sem que tenham esclarecido o problema; apenas em todos eles havia glicemia post-prandial elevada, com glicosúria, e a administração de açúcar provocava perturbações digestivas análogas às de que frequentemente sofriam os doentes. O tratamento é difícil e tem de ser simultaneamente dietético e psicológico. (*Surgery*, Maio de 1947).

O alho na tosse convulsa

HENRY LECLERC noticia a informação recebida de um médico de Sofia, M. Vassileff, que tem tratado crianças com coqueluche, obtendo belos resultados, por meio de infuso de alho (40 gr. de alho limpo e dividido em pequenos bocados, em 250 gr. de água fervente, filtrando depois), do qual administra, nas crianças de mais de 10 anos, uma colher de sopa de duas em duas horas. Para crianças com menos de 10 anos a quantidade de alho empregada no infuso é reduzida a 15 gr. (para lactentes) e a 25 gr. para crianças de 2 a 5 anos. Pode juntar-se-lhe xarope, para que seja mais bem aceite; a dose será de colher de café ou de sobremesa, segundo a idade de criança. Também diz o autor do método que o infuso tem propriedades profiláticas. (*La Presse Médicale*, 13-III-48).

Resultado das intervenções na perfuração da úlcera péptica

H. KINGSBURY e J. SCHILLING, em 224 casos, tiveram 194 sobrevividas. De 36 casos seguidos durante menos de um ano, 58 % não apresentavam sintomas de doença, 8 % responderam ao tratamento médico, em 13 % foi preciso operar. De 71 casos seguidos durante mais de um ano, 32 % não tinham sintomas, 2 % foram tratados medicamente, 30 % foram operados. A grande maioria dos que apresentaram perfurações tinha antecedentes subjectivos de úlcera (85 %). O tratamento de eleição é o simples encerramento da perfuração; a drenagem da parede é recomendável, e a da cavidade peritoneal quando há peritonite é indiscutível. A mortalidade operatória foi de 12 %, mas reduziu-se a 5,1 % nos doentes operados menos de seis horas passadas sobre a perfuração. (*New York State J. of Med.*, 15-II-1947).

Insolação torácica e tuberculose pulmonar

M. BARIETY & R. LESOBRE notam que, no verão de 1947, a insolação torácica, pela moda dos banhos de sol, foi um dos factores mais frequentes do aparecimento de casos de tuberculose pulmonar. Publicam 6 observações bem demonstrativas da importância de essa causa da doença. A propósito recordam que os banhos de sol devem ser formalmente proibidos aos convalescentes de pleurisia e a todos os indivíduos com lesões pulmonares, mesmo mínimas e estabilizadas. (*Concours Médical*, 26-VI-48).

Vantagens da di-insulina

Num ensaio clínico de 42 casos, L. BRULL e seus colaboradores (*Rev. Méd. de Liège*, 15-XII-47) confirmam a utilidade da di-insulina, tendo sobre os outros produtos as vantagens de reduzir a dose total e o número de injeções por dia; os casos graves requerem administração duas vezes por dia, mas nos casos leves basta uma injeção diária.

Tratamento da poliomielite

Na Conferência Internacional da Poliomielite, reunida em Maio último, em Bruxelas, adoptaram-se resoluções sobre epidemiologia, profilaxia e terapêutica, dos quais recortamos (segundo a notícia publicada por *Bruxelles Médical*, 29-VIII-48) as relativas ao tratamento.

A seroterapia não provou eficácia e por isso não se pode preconisar o emprego sistemático do soro; os médicos que o queiram utilizar devem administrá-lo precocemente, tendo porém em conta as contra-indicações de alguns estados patológicos.

O problema clínico do diagnóstico e do tratamento requer a intervenção de pessoal médico e auxiliar especialmente instruído e de equipamento apropriado; os casos graves de tipo respiratório exigem longa estadia em respirador mecânico, o que leva a desejar a instalação de centros terapêuticos convenientemente dotados e com precários económicos.

O tratamento deve começar logo que terminar o período febril e que seja possível por não haver dores nem hiperestesia. Os seus elementos são: calor, mobilização passiva, acompanhada o mais cedo possível por mobilização activa, apelando para a vontade e a atenção do doente. Este tratamento deve ser feito por quinesiterapeutas experimentados, trabalhando sob a direcção do médico. Medidas auxiliares favorecedoras da recuperação: ginástica no banho, estimulação eléctrica, exercicios e trabalhos adequados à idade do doente.

Nunca esquecer que o período de recuperação é muito lento e portanto que o tratamento deve prolongar-se por anos. Só 6 a 8 meses depois do início da doença se pode saber que músculos ficaram paralisados, e só depois (e mais tardiamente para a tenotomia e a transplantação de tendões) se pode pensar em correcções cirúrgicas.

Passado o período de recuperação funcional começará o de reeducação profissional; em regra tal não pode fazer-se antes de decorridos três anos.

Propriedades da aminofilina

No *Journal des Praticiens* (14-XI-47), M. F. DUBOUC estuda largamente este diurético poderoso, salientando as suas propriedades accesorias, de vaso-dilatador (sobretudo na esfera coronária) e de eupneico. As doses são, como diurético, de 2 a 6 comprimidos de 10 centig. cada, por dia, havendo vantagem em lhes associar o cálcio; ou em supositórios, 2 a 3 por dia, de 35 centigr.; ou ainda em injecções intramusculares de 48 centigr., e nos casos graves endovenosas, de 24 centigr. (indicadas na angina de peito associadas à trinitrina, e no infarto do miocárdio com a morfina). Os supositórios são úteis na asma essencial e na asma cardíaca.



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

PARA ENTREGA IMEDIATA:

Diatermias, Radioscopos, Electro-cirurgia, Electrochoques, Pantostatos, Ultra-violetas, Lâmpadas de luz sem sombra, Corte de aderências Maurer, etc., etc.

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

Instrumentos cirúrgicos, 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.^A, L.^{DA}

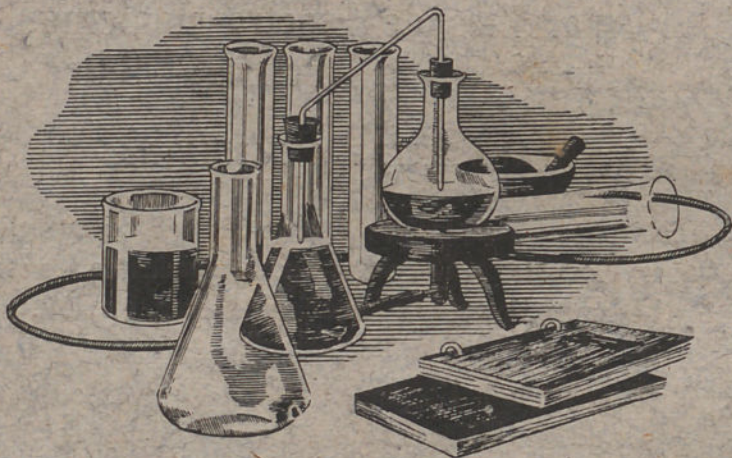
Exposição e vendas:

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



AMINO TÓNICO "PASTEUR"

AMINOÁCIDOS • VITAMINAS
FERRO E FÓSFORO

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA