



PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)
REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

DIRECTOR: ALMEIDA GARRETT, Prof. na Faculdade de Medicina do Porto.
SECRETÁRIOS DA REDACÇÃO: JOSÉ DE GOUVEIA MONTEIRO, Assistente na Faculdade de Medicina de Coimbra; LUDGERO PINTO BASTO, Interno dos Hospitais Cívis de Lisboa. — ADMINISTRADOR e EDITOR: António Garrett.

SUMÁRIO

A. MELIÇO SILVESTRE — O cloreto de sódio em dietética.

JOÃO COSTA — Vésico-intestinoplastia na «bexiga contraída».

MOVIMENTO NACIONAL — Revistas e boletins: *A Medicina Contemporânea* (Influência das perturbações do equilíbrio hidroelectrolítico nas perturbações cardíacas da insuficiência suprarrenal. A biopsia por punção dos corpos vertebrais. Fisiologia das emoções). *Clinica, Higiene e Hidrologia* (Intoxicações alimentares. Tratamento médico das osteomielites). *Imprensa Médica* (Avitaminose B₁₂ cardíaca. Raízes da sabedoria popular médica). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (Tuberculose cirúrgica. A vitamina E nas glomérulo-nefrites agudas). *Jornal do Médico* (Reacções de adaptação nos estados de subnutrição). *Gazeta Médica Portuguesa* (Adenoma brônquico. Estudo experimental sobre a hipertensão portal. Tumores linfáticos do intestino delgado. Ascariidose com migração de vermes adultos pela veia porta. Físio-mecânica respiratória). *Revista Portuguesa de Obstetrícia, Ginecologia e Cirurgia* (Hipertensão portal). *O Médico* (Intoxicação alimentar colectiva. Hemosiderose pulmonar).

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — Gangrena simétrica das extremidades e fenómeno de Raynaud. A vacinação pela B. C. G. em relação com outras vacinações. Regras para o emprego das irrigações vaginais. A cortisona em oftalmologia. Pequeno sinal de insuficiência cardíaca.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES — A Ordem dos Médicos e a Previdência Social. Sociedades médicas. Conferências. Intercâmbio. Dia Mundial da Saúde. Cursos de aperfeiçoamento. Faculdade de Medicina de Coimbra. Novas revistas médicas. Necrologia.

Registo de livros novos (em face da pág. 221).

Aos Srs. Assinantes (em face da pág. 225).

Redacção e Administração — Rua do Doutor Pedro Dias, 139, PORTO

Depositário em Lisboa — LIVRARIA PORTUGAL. Depositário em Coimbra — LIVRARIA DO CASTELO



*Na fadiga
primaveril
pense no*

NESTROVIT



PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXVII — N.º 4

ABRIL DE 1953

O cloreto de sódio em dietética

por A. MELIÇO SILVESTRE

Prof. de Higiene na Fac. de Med. de Coimbra

Escolhi para tema da minha lição de Curso de Férias um assunto de alimentação — O Cloreto de Sódio em Dietética — precisamente por estar convencido de que, a maior parte dos Colegas que me dão a honra de a ela assistir, raras vezes deverão ter ouvido falar de problemas científicos de dietética, durante a sua preparação escolar. E não é de estranhar a minha suposição, porque era ainda assim há duas dezenas e meia de anos, quando nós cursámos a Faculdade, e assim continuou sendo durante mais algum tempo, não só em Coimbra como em outras Universidades, quer portuguesas, quer do estrangeiro. À parte as doenças da nutrição, nomeadamente a diabetes, que era objecto de algumas lições clínicas, a dietética foi sempre considerada factor de somenos importância na evolução clínica duma doença.

Falava-se muito vagamente de vitaminas e avitaminoses, que então se consideravam temas destituídos de interesse prático e apenas meras curiosidades científicas, envoltas ainda em nebulosa fantasia. Ao médico interessava sobretudo o diagnóstico e o tratamento específico das doenças; a *culinária*, como desdenhosamente lhe chamávamos, quando nos referíamos à alimentação, essa pertencia ao pessoal de enfermagem. Outra é hoje a opinião a tal respeito.

Foi em seguida às duas grandes guerras europeias que o problema alimentar passou a assumir, por toda a parte, aspecto científico, convergindo sobre ele as atenções de numerosas equipas de investigadores.

De problema social e económico que sempre foi, a alimentação passou a ser, também, problema científico e sanitário de primeiro plano. Cedo se verificou que não apresentava só aspecto quantitativo, ou energético, como se aceitou durante a 1.ª Grande Guerra. Começaram então a conhecer-se as acções orgânicas desempenhadas por cada uma das espécies químicas que compunham a alimentação dos diferentes povos e raças, usando-se



para tal fim, métodos novos que tinham a recomendá-los grande rigor de técnica e, conseqüentemente, maior precisão de resultados* obtidos. E assim, ao desenvolvimento progressivo da vitamínologia, veio agregar-se logo um conhecimento cada vez mais detalhado e completo das acções desempenhadas por proteínas, gorduras, hidrocarbonados e sais minerais na alimentação.

Numa nova etapa destes estudos passaram a considerar-se pormenorizadamente, as funções que no organismo vinham desempenhar cada um dos ácidos aminados que resultavam da degradação dos proteicos alimentares, quer essenciais, quer secundários. Estudaram-se separadamente e em conjuntos equilibrados as acções orgânicas desempenhadas pelos sais minerais, enfim, onde até há pouco só havia empirismo e ignorância, organizou-se assim, sólidamente, um conjunto de conhecimentos do mais alto interesse para a vida dos indivíduos e dos povos, uma ciência nova, delicada e complexa que é a ciência da nutrição humana. Ciência nova é certo e por isso ainda cheia de dificuldades e enigmas, mas ciência real, verdadeira e com a mais elevada projecção na vida do indivíduo e na vida dos povos.

Sendo já delicada e complexa quando se trata do individuo normal, pode bem avaliar-se quanto essas dificuldades se avolumarão quando passamos a considerar o individuo doente em que, mais ou menos, se encontram diminuídos, funcionalmente, um ou mais órgãos com papel proeminente em funções metabólicas.

*

Vários destes aspectos do problema alimentar temos tido ocasião de focar em lições do Curso de Férias de anos anteriores, reservando para este ano as acções orgânicas do *cloreto de sódio*.

Antes de mais convém desde já dar um esclarecimento. Quem tiver consultado a literatura relativa ao assunto, saída das escolas europeia e americana, há-de certamente ter notado que, enquanto na primeira se avaliam as necessidades do organismo em cloro, na escola americana o cálculo é feito sempre para as necessidades do organismo em *sódio* (sodium restriction), de técnica de dosagem mais delicada.

Evidentemente os dois números têm que ser diferentes:

1.º — porque os dois elementos, cloro e sódio, têm pesos atômicos diferentes;

2.º — embora entrem quase sempre juntos na alimentação e do mesmo modo se encontrem no organismo, casos há em que isso não sucede, pois é certo também que o ião *Na*, por vezes, nos aparece neutralizado pelos iões CO_3H e PO_4H_2 ;

3.º — porque os dois iões *Na* e *Cl* possuem acções fisiopatológicas que não são inteiramente iguais.

Com efeito, se é certo que sob certos aspectos, os iões Na^+ e Cl^- apresentam acções orgânicas idênticas, também é menos verdade que, sob outros pontos de vista, as suas acções divergem bastante.

Assim, tratando-se (v. g.) do problema do *metabolismo da água*, experiências feitas por vários investigadores demonstram, iniludivelmente, que é o Na^+ , e não o Cl^- , que aqui intervem.

Com efeito J. BOEK injectou num coelho 178 c.c. dum soluto isotónico com os humores do animal, contendo, em número igual, equivalentes de Na e K ; analisando a urina nas horas seguintes, verificou J. BOEK que na primeira meia hora a diurese era abundante, diminuindo em seguida para tornar a elevar-se depois duma hora e manter-se assim durante 4 horas. Ao fim de 6 horas havia na urina: — 77 % de água; — 100 % de % K ; — 58 % de Na . Daqui se conclui que o K sendo diurético, é eliminado, e o Na fica retido com uma certa percentagem de água.

Se a experiência for feita só com ClK , observa-se diminuição progressiva do K e nota-se um aumento secundário da diurese.

Pode, portanto, concluir-se destas experiências que, se injectarmos ao animal, *água*, K e Na , é eliminado todo o K e só uma parte da água junta, ficando a água restante, retida nos tecidos pelo Na da injeccção. Se injectarmos sòmente K e água, serão os dois produtos eliminados integralmente pela urina, visto não haver Na que retenha essa água. Fica deste modo provada a interferência do ião Na^+ no metabolismo da água.

Além destas provas de medicina experimental conhecem-se factos da observação clínica que confirmam inteiramente este modo de ver:

a) a prescrição de bicarbonato de sódio a diabéticos dá por vezes lugar, simultâneamente, a aumento brusco do peso individual e do sódio do organismo;

b) em doentes portadores de nefrite edematosa constata-se que, quer o aumento de $ClNa$, quer de CO_3HNa provocam edema e aumentos de peso semelhantes; pelo contrário, o aumento de ClK , longe de fazer subir o edema, exerce a acção diurética, que sabemos ser devida ao potássio.

A resultado idêntico, quanto à constância do edema, se chega com qualquer outro cloreto, como aliás acontece com qualquer outro sal de potássio.

Portanto, destes iões, sòmente o ião Na^+ exerce acção no *metabolismo hidrico*.

No *equilíbrio ácido-básico* ocupa o sódio também lugar de relevo e, do mesmo modo, na *insuficiência supra-renal*, as perturbações graves observadas, só desaparecerão com a applicação de doses maciças de $NaCl$, pois só dessa forma se poderá res-

tabelecer o equilíbrio que, normalmente, deve existir entre os iões alcalinos K e Na .

Mas já as coisas se passam de modo diferente no capítulo da *pressão osmótica*. Aqui, a influência do sódio já não pode considerar-se específica, visto outros iões (catiões ou aniões) tais como Cl , K , Ca poderem exercer acções semelhantes. Convém em todo o caso acrescentar que, fisiologicamente, esse papel compete apenas ao sódio e ao cloro, visto que, para os iões K e Ca poderem exercer acções semelhantes precisariam encontrar-se nos meios humorais em concentrações tais que, por outras acções, se tornariam contra-indicados. O potássio seria tóxico e o cálcio exerceria, nessas condições, acções diuréticas, predominantemente.

Fica, portanto, assente que embora haja acções comuns aos iões Na^+ e Cl^- há funções que são específicas para o ião Na^+ e, conseqüentemente, surge a necessidade de estabelecer a correspondência entre os valores apresentados pelas duas escolas. O conhecimento dos pesos atômicos do Na e do Cl e do peso molecular do $NaCl$, mostra-nos

$$\begin{array}{r} Na = 23 \\ Cl = 35,5 \\ NaCl \longrightarrow 35,5 \end{array}$$

daqui se deduz imediatamente,

$$\frac{Na}{NaCl} = \frac{23}{58,5} = \frac{1}{2,54} = \frac{0,39}{1} \quad (1)$$

e

$$\frac{Cl}{NaCl} = \frac{35,5}{58,5} = \frac{1}{1,65} = \frac{0,6}{1} \quad (2)$$

Dividindo ordenadamente (1) e (2), vem

$$\frac{Na}{Cl} = \frac{0,65}{1} = \frac{1}{2,54} \quad (3)$$

As equações (1), (2) e (3) resolvem todos os problemas de correspondência, ou de conversão, que possam apresentar-se quando o cálculo seja feito em cloro, sódio, ou em cloreto de sódio. Assim, por exemplo, aplicando as equações (1) e (2) facilmente se verifica que os 175 grs. de $NaCl$ que normalmente deve conter o organismo humano, correspondem a 68,8 de sódio ou a 105 de cloro.

A estes dois iões Na^+ e Cl^- anda associado também, quer no organismo, quer na natureza, um outro ião, igualmente importante, que é o K^+ . Embora haja entre os iões Na^+ e K^+ uma grande semelhança de propriedades químicas, convém desde já acentuar que, fisiologicamente, eles são muito distintos. Quanto

à sua distribuição podemos dizer que o sódio se encontra em maior quantidade nos meios líquidos do organismo (meios humorais), enquanto o potássio predomina nos meios celulares. Por outro lado, quanto à sua distribuição na natureza, enquanto o potássio abunda em todos os alimentos naturais, o sódio apenas

ALIMENTOS

Ricos em ClNa grs. %		Pobres em ClNa grs. %	
<i>Carnes</i>			
Fumeiro (enchido)	} 6-10	Vitela	} 0,1 a 0,3
Conserva		Porco	
Peixe do mar	} 2-10	Vaca	
		Peixe do rio	
<i>Ovos</i>			
Ovo	0,31	Gema	30 mgrs.
Clara de ovo	90 mgr.		
<i>Leite e derivados</i>			
Queijos	1,3 a 2	Nata	} 0,1
Leite de vaca	1,6 a 1	Leite descloretado	
		Leite em pó	
<i>Corpos gordos</i>			
Manteiga salgada	1,5	Azeite	vestígios
		Gord. aliment.	0,13
		Manteiga sem sal	0,1
<i>Farinhas</i>			
Flocos de aveia	0,1	Massas alimentícias	0,08
Pão branco	0,8	Arroz	0,08
Pão integral	1 a 2		
<i>Confeitaria</i>			
Cacau (pó).	0,1	Açúcar	0
		Mel	} vestígios
		Pastéis	
<i>Frutos</i>			
Frutos secos.	0,2 a 0,3	Outros frutos	0,05
Bananas	0,1		
<i>Legumes</i>			
Espinafres	0,2 a 0,3	Leguminosas	} 0,1
		Couves	
		Outros legumes	

existe em escassas quantidades e nalguns, por exemplo em vegetais, praticamente não existe. Podemos deste modo classificar os alimentos naturais em dois grupos, ricos, ou pobres, em *NaCl*, consoante o teor por eles apresentado nesse sal.

ABSORÇÃO DIGESTIVA. — Por difusão, osmose e outras forças físicas se dá a absorção intestinal dos dois iões *K* e *Na* que rapidamente, através da mucosa digestiva, passam ao sangue e ali se vão encontrar em percentagens que, nos casos normais, são sensivelmente constantes. A circulação do *K* no sangue é digna de especial registo. Em cada seis horas todo o *K* plasmático passa pelas secreções do tubo gastro-intestinal sendo imediatamente reabsorvido.

Em cada 2 h. a 2 h. e 30 m., o rim elimina a totalidade do *K* plasmático. A distribuição do *K* e *Na* pelo plasma e hemácias humanas é diferente do que se observa noutras espécies, podendo estabelecer-se, nas condições normais, o quadro seguinte:

	Sangue mgrs. 0/100		Soro ou plasma mgrs. 0/100		Hemácias mgrs. 0/100	
	<i>K</i>	<i>Na</i>	<i>K</i>	<i>Na</i>	<i>K</i>	<i>Na</i>
Cão	0,212	2,71	0,202	3,17	0,226	2,10
Gato	0,216	2,72	0,218	3,29	0,214	2,01
Cabra.	0,328	2,65	0,204	3,21	0,564	1,61
Carneiro	0,337	2,71	0,212	3,19	0,617	1,67
Boi	0,338	2,69	0,212	3,20	0,600	1,65
Homem	1,73	1,91	0,216	3,45	3,32	0,55 a 0,141
Coelho	1,75	2,05	0,216	2,54 a 3,30	4,34	0,52
Porco.	1,92	1,79	0,224	2,16 a 3,70	4,12	0,215
Cavalo	2,27	2	0,218	3,29	4,10	0,60

Este quadro mostra que, no homem, o potássio se encontra em grande quantidade nas hemácias e em pequena percentagem no plasma, enquanto o sódio se distribui precisamente ao contrário do potássio, isto é, predomina no plasma e existe em pequena quantidade nas hemácias. No cão e no gato a distribuição é feita ao contrário do que se passa no homem. Nos restantes animais a distribuição obedece a um esquema intermédio dos que acabamos de indicar.

TROCAS GLOBULÒ-PLASMÁTICAS. — Tem sido estudada a permeabilidade dos glóbulos vermelhos aos catiões tendo-se verificado que há substâncias tais como *citratos*, *oxalatos* e *soluções velhas de heparina*, que diminuem, ou impedem mesmo, a permeabilidade. Fluoretos, pelo contrário, determinam o seu aumento.

Sabe-se mais que a permeabilidade aumenta quando baixa a temperatura (a 0° é maior do que a 20°), o que tem importância para a conservação do sangue, pois é sabido que a coagulação sanguínea está na dependência das variações de permeabilidade dos glóbulos para os catiões.

Pelo emprego de metais radio-activos pôde já verificar-se que, nas condições normais, somente uma pequena parte de substâncias minerais intracelulares é deslocável e que forças fisiológicas consideráveis se opõem à troca de posições dos iões Na^+ e K^+ . Porém, nos regimes carenciados, já as coisas se passam de modo diverso.

Experiências de ultra-filtração e de diálise em solutos de $CINa$, com valores variáveis de pH , e, por outro lado, medidas directas, potenciométricas, da concentração de iões de Na^+ , confirmam que este elemento existe totalmente ionizado no soro, o mesmo acontecendo ao ião K^+ .

Admite-se no entanto que à superfície das fibras musculares existe depositada uma fracção desse metal (Na), como por outro lado se supõe, também, que 4/5 do potássio total se encontram ligados aos colóides. O teor de K livre depende de determinadas circunstâncias fisiológicas que dizem respeito ao trabalho orgânico. Ligado ao ião PO_4 e à glicose, forma o potássio as chamadas *substâncias anódicas intra-celulares*, por opposição às *substâncias catódicas de K e Na* dos meios humorais. Não se conhecem ainda as verdadeiras causas desta distribuição desigual do sódio e do potássio e, quando muito, poderemos afirmar que as células podem ser mais ou menos permeáveis ao potássio e que a sua fixação nas células pode ser devida às suas ligações com certos aniões ou ainda à falta, dentro da célula, doutros catiões que sejam capazes de desalojar o potássio.

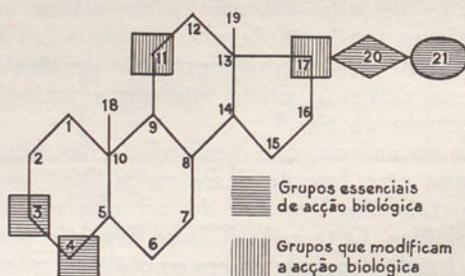
EXCREÇÃO DE Na , K e Cl (mgrs. %)

	Plasma	Urina	Concentração
Sódio . .	0,32	0,35	1
Potássio . .	0,02	0,15	7
Cloro . .	0,37	0,6	2

EXCREÇÃO. — O organismo economiza ao máximo o elemento sódio porque esse elemento lhe é indispensável. A excreção de *Na* e de *K* faz-se pelo rim, como se vê no quadro.

Pelas fezes elimina-se 1/6 do potássio e sòmente vestígios de sódio.

METABOLISMO E ACÇÕES FISIOLÓGICAS. — Não é ainda inteiramente conhecido em todos os seus pormenores, todavia os notáveis trabalhos realizados por diversos investigadores, sobretudo químicos e biólogos das escolas suíça e americana, conseguiram esclarecer numerosos pontos e demonstrar o papel de capital importância desempenhado pelas hormonas isoladas da parte cortical das *cápsulas suprarrenais* nesse metabolismo. Foram isolados daí três dezenas de compostos com estrutura esteróide formando três grupos distintos, sendo alguns deles possuidores de elevada actividade biológica.



Entre estes compostos encontram-se alguns possuindo um átomo de oxigénio ligado ao carbono 11, quer sob a forma de hidróxilo, quer de carbonilo. Todos os compostos possuidores dum átomo de oxigénio, nessas condições, actuam essencialmente no metabolismo dos hidrocarbonados (glucocorticóides), enquanto os outros actuam na parte mineral (minerò-corticóides), como se exemplifica no quadro seguinte.

O grupo A, dos minerò-corticóides, tem como substância fundamental a *desoxicorticosterona*, mais conhecida pela designação de DOCA e tem no nosso caso o maior interesse. São elaborados na chamada zona glomerular.

O grupo B, dos gluco-corticóides, tem como substância fundamental a *cortisona* que além da sua poderosa acção no metabolismo dos hidrocarbonados e das proteínas, actua como medicamento poderoso no combate ao reumatismo e outras afecções. São elaborados na zona fascicular.

O grupo C é formado pelos corticóides de acção genital (adrenosterona), tem um grupo cetónico em C_{17} e é elaborado na zona X.

HORMONAS DO CÓRTEX DAS SUPRARRENAIS

Grupos	Hormonas	Ações
<p>Grupo A</p> <p>Minerò-corticoides Zona glomerular</p>	<p>11 Desoxicorticoides Desoxicorticosterona-Doca 17 Hidroxi-11 Desoxicorticosterona</p>	<p>Retenção de NaCl Eliminação de K Equilíbrio aquoso</p>
<p>Grupo B</p> <p>Glucocorticoides Zona fascicular</p>	<p>11 Oxicorticosteroides Corticosterona 11 Dehidrocorticosterona 17 Hidroxicorticosterona Cortisona</p>	<p>Aumento de glucogenia e Neo-glucogenia Diminue oxid. de H. C. Aproveita melhor as gord. Melhora os estados reumáticos</p>
<p>Grupo C</p> <p>Androgenocorticoides Zona X</p>	<p>Adrenosterona Progesterona Esterona</p>	<p>Função sexual Acção anabólica (Retenção de N, P, K, Na e Cl).</p>

A insuficiência cortical na zona glomerular traduz-se pela baixa dos iões de Na e de Cl do plasma (hipo-natremia e hipoclorémia) e por elevação do K, que dos tecidos se desloca então para o plasma (hiper-kaliemia).

Concomitantemente, a água elimina-se em maior quantidade pelos rins e, em parte, se desloca também do plasma para as células e para os espaços inter-celulares. Todas estas perturbações melhoram consideravelmente prescrevendo minerò-corticóides.

Como actuam essas substâncias?

Consideremos separadamente as acções dessas substâncias sobre o rim, electrolitos e no metabolismo da água.

No rim a actividade parece exercer-se ao nível dos *tubuli contorti* dificultando a reabsorção dos iões Na e Cl que tinham sido filtrados pelo glomérulo. Os ratos a que se extirparam as cápsulas supra-renais perderam a capacidade de adaptação renal aos electrolitos e à água. Estas alterações porém, são reversíveis pois podem desaparecer por vezes sob a acção dum tratamento hormonal bem orientado.

Não se sabe se a hiper-kaliémia é devida a uma elevação do limiar renal, ou a perda de potássio pelas células.

Sobre o metabolismo da água observa-se diurese consecutiva à excessiva eliminação de Cl Na, mas há também deslocamento

de água para as células e para os espaços inter-celulares. Todas estas perturbações desaparecem pelo uso de esteróides do Grupo A.

ACÇÕES SOBRE O METABOLISMO HIDROCARBONADO. — Na insuficiência supra-renal encontra-se perturbada a absorção, a acumulação e a utilização dos hidrocarbonados.

Para VERZAR a absorção dos hidrocarbonados só tem lugar depois de devidamente fosforilizados por fosfatases da mucosa intestinal que são activadas por hormonas corticais. O ião *K* fará equilíbrio ao ião fosfórico no interior das células; com a entrada da glucose forma-se o ester hexose-fosfórico tornando-se livre o ião *K* que vem para o exterior; na fase seguinte forma-se glucogénio e o ião fosfórico tornando-se livre atrai de novo o ião *K* para a célula. Com a contracção muscular o glucogénio desdobra-se, o ião fosfórico liberta-se do *K* e volta a ligar-se à hexose e assim sucessivamente. Outros, porém, supõem que a glucose é actuada por fermentos de natureza diferente da fosforilase, afirmando ser a hexaquinase, ou a fosfoglucomutase, como vem indicado neste quadro:

ACÇÃO METABÓLICA DA HORMONA CORTICO-SUPRARRENAL

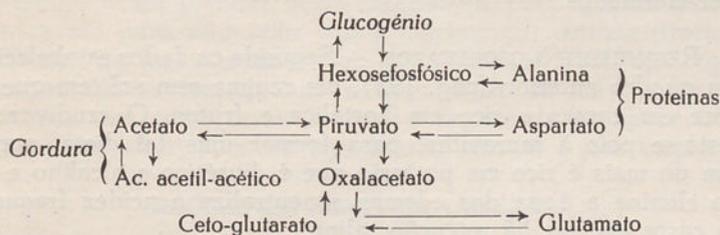
Glucose + <i>ATF</i>	$\begin{array}{c} \longrightarrow \\ \text{Hexaquinase} \\ \longleftarrow \end{array}$	Glucose 6 fosfórico
Piruvato	$\begin{array}{c} \longrightarrow \\ \longleftarrow \end{array}$	Glucose 6 fosfórico
Glucose 6 fosfórico	$\begin{array}{c} \longrightarrow \\ \text{Fosfaglucomutase} \\ \longleftarrow \end{array}$	Glucose 1 fosfórico
Glucose 1 fosfórico	$\begin{array}{c} \longrightarrow \\ \text{Fosforilase} \\ \longleftarrow \end{array}$	Glucogénio + PO_3H_3

Para a escola americana a reabsorção dos hidrocarbonados é prejudicada pela perturbação do equilíbrio hidro-salino e pode por isso melhorar-se pelo emprego de doses convenientes de *Cl Na*. A difusão dos hidrocarbonados do sangue pelos tecidos é prejudicada sempre que haja insuficiência supra-renal, o mesmo acontecendo com os depósitos de glucogénio no fígado. A prescrição de extractos gluco-corticóides favorece essas acções. A formação de glucose a partir das proteínas — gluconeogenese — reduz-se também com a ablação das supra-renais, como se confirma pela redução observada na eliminação do azoto urinário. Na insuficiência supra-renal é elevada a utilização dos hidrocarbonados



porque se observa então aumento de quociente respiratório. Os glucò-corticóides, pelo contrário, diminuem o quociente respiratório e, segundo se julga, é por acção inibitória, quer sobre a hexoquinase, quer sobre a fosfoglucomutase.

Além destas acções das hormonas do córtex supra-renal descrevem-se outras sobre o metabolismo de gorduras, proteínas, esteróides urinários, e ainda acções inter-endócrinas, hemáticas, cardio-vasculares, psíquicas e termo-reguladoras, uma parte das quais se encontra, esquemáticamente, representada neste quadro:



VARIAÇÕES PATOLÓGICAS DE Na E K SANGUÍNEOS. — Normalmente o organismo tem necessidade de 4 a 5 gr. de Na e 2 a 3 de K por dia, mas parece adaptar-se, fácil e rapidamente, quer ao excesso, quer à insuficiência de alcalinos.

Nos ratos carenciados (0,3 % na alimentação) observa-se paragem do crescimento, diminuição de apetite, não há formação de gordura nem de massas musculares, há perda de calor, o quociente respiratório eleva-se, há perturbações oculares, genitais, estados infecciosos, acidose e perturbações osmóticas acentuadas.

O sódio é, praticamente, destituído de acções tóxicas, mas já não sucede o mesmo com o potássio que, aplicado em injeções endovenosas, faz parar o coração em diástole.

O sódio sanguíneo aumenta em certas afecções renais e hepáticas e diminui na insuficiência cortico-supra-renal, em queimaduras, na epilepsia, em certas intoxicações, em diarreias e oclusões intestinais altas.

O potássio aumenta em nefrites graves, em infecções graves (difteria), depois duma colectomia, depois da irradiação esplênica pelos raios X, em asfixias, na anoxemia, em tetanias, na asma e nas doenças hemolíticas. Na anemia perniciosa, aumentam Na e K no plasma e diminuem nos glóbulos, dando-se o contrário nas anemias secundárias a quaisquer processos infecciosos, ou carenciais.

O potássio diminui na refrigeração, depois do emprego de narcóticos (morfina, nicotina, etc.) e depois do emprego de produtos como estrofantina, ergotamina, lactoflavina e ácido nicotínico.

Pelas considerações que acabamos de fazer, relativas a acções fisiológicas e metabolismo dos iões alcalinos, se avalia a enorme importância que o sal tem na alimentação humana e que, embora empiricamente, lhe vinha sendo já reconhecida desde a Idade Média.

Ao lado da alimentação do individuo normal temos a considerar a alimentação do individuo doente, nos diferentes estados patológicos a que acabamos de aludir, e que terá de ser corrigida nuns casos com regimes hipò-cloretados e noutros com regimes hipèr-cloretados.

REGIMES HIPÒ-CLORETADOS. — Segundo os dados estabelecidos num quadro anterior, (pág. 193), um regime sem sal tem que ser pobre em carnes e rico em hortalíça e frutos. O crudivorismo presta-se pois à maravilha, para formar uma tal dieta, porque além do mais é rico em potássio que é diurético e alcalino e por isso elimina a água dos edemas e neutraliza a acidez frequente nos casos em que há retenção salina.

Além das carnes suprimem-se, neste regime, o enchido e peixe do mar. Dos ovos só se deve aproveitar a gema, porque a clara é bastante rica em *Na Cl*. Deve-se pôr de lado o queijo (2 a 3 %) e mesmo o leite (1,6 %) e a nata. Aconselha-se, como sucedâneo, leite em pó que, diluído em água, pode vir para 0,23 g. $\frac{0}{100}$. Quanto ao pão vulgar, convém ter presente que é alimento rico em sal pois aparece, por vezes, à venda com quantidades que excedem 15 g. $\frac{0}{100}$. Usam-se biscoitos e pão sem sal, açúcar, legumes e frutos. Tem-se procurado satisfazer o paladar dos doentes com misturas de sabor parecido ao do sal. Nesse sentido usa-se o *aminò-sal Byla* que é um extracto de amido e frutas (sem iodetos, nem brometos, nem fosfatos), que se deve juntar aos alimentos, já depois de cozinhados, pois o calor provoca a sua alteração. Também se empregam, com o mesmo fim, condimentos exóticos (cravo, canela, baunilha, etc.) e ervas aromáticas.

O regime de Otth, que é formado por:

pão (sem sal)	400 g.
leite descloretado	5 dl.
frutos (média)	500 g.
legumes (média)	500 g.
batata	200 g.
amêndoas	100 g.
açúcar	100 g.
gordura, ou óleo de f b	50 g.
gemas de ovos	2

é considerado já um bom regime hipò-cloretado e serve em grande número de casos.

Há porém doentes (renais, cardíacos, hipertensos arteriais, etc.) em que é conveniente restringir ainda mais o cloreto de sódio, baixando-o à cifra de 1 a 2 g. por dia aproximadamente.

REG. DE KEMPNER (americ.). — Os regimes hipò-cloretados a princípio, costumam a suportar, sobretudo quando são formados por legumes e outros vegetais mas, a breve trecho, o doente vai-se adaptando a ele, mesmo sem o emprego das ervas aromáticas e dos condimentos sem sal (sumo de limão, etc. amino-sal, etc.) que muitas vezes se usam, como sucedâneos, para facilitar a adaptação e até para não criar maior inapetência, astenia profunda e estados de hiperazotémia por hipoclorémia. Pode ser regime hipocloretado severo, quando a quantidade de sal não excede 2 gr. por dia, como acontece com o regime de Kempner muito usado pelos americanos na hipertensão arterial e nos brighticos.

REGIME DE KEMPNER (AMERIC.)

<i>Peq. almoço</i>	— 60-90 grs. de arroz doce (ou com mel) 3 dl. de sumo de abrunhos 1 maçã coz. ou uva
<i>10 horas</i>	— 3 dl. de sumo de laranja 1 laranja ou 1 uva
<i>Almoço</i>	— 60-90 grs. de arroz doce (ou com mel) 3 dl. de sumo de laranja 1 banana, 2 maçãs, 1 fatia de ananás e uvas secas
<i>15 horas</i>	— 3 dl. de sumo de laranjas 1 maçã, pêssegos secos
<i>Jantar</i>	— 60-90 grs. de arroz doce (ou com mel) 3 dl. sumo de laranja 1 prato de frutos (damascos, uvas, laranjas, figos)
<i>21 horas</i>	— 3 dl. de sumo de laranja

a) — *Três meses depois acrescentar:*

- 1 ovo (por semana)
- 1 chávena de café, ou chá (sem leite)
- $\frac{1}{2}$ prato de legumes cozidos.

b) — *Um mês depois acrescentar:*

- 120 grs. de galinha (carne branca), cozida sem sal (3 vezes por semana)
- 1 ovo (3 vezes por semana)
- 1 prato de legumes cozidos (1 vez por semana)

c) — *Desde o 2.º mês, acrescentar:*

- 125 grs. de carne magra (4 vezes por semana)
- 3 ovos e batatas cozidas.

REGIME DE RESTRIÇÃO MENOS SEVERA. — Na Europa é costume seguir regimes mais moderados do que este: segue-se por exemplo o regime de REVERDIN. Estes regimes são indicados nos renais, cardíacos, cardio-renais, nos tuberculosos, sobretudo no lúpus e na tuberculose renal (GERSON, SAUERBRÜCK e HERMANDSORFFER)

em Dermatologia, em Neurologia e na mulher grávida no final da gravidez para facilitar o trabalho do parto.

REGIME DE SAUERBRÜCH — HERMANDSDORFFER

Peq. almoço: Sopa grossa $\frac{1}{2}$ l. leite, Maizena ou tapioca; meio ovo
1 colher de manteiga, açúcar, limão, canela e baunilha
1 colher do óleo de fígado de bacalhau fosfor.

9 horas: Café com leite, pão com manteiga, marmelada ou mel.
1 colher de café de mineralógeno.

10 horas: Fruta crua ou composta.

Almoço: Sopa; prato de carne, peixe, ovos ou farinhas;
Fruta; 1 colher de mineralog.

16 horas: Cacau ou café com leite, bolos, manteiga, marmelada, mel.

Jantar: Um prato de carne, peixe, ovo ou queijo. Fruta. Mineralógeno.

20 horas: Como ao Pequeno Almoço.

REGIME DE REVERDIN (EUROPEU)

		Prot.	Gluc.	Lip.
<i>Almoço</i>				
1) Arroz	{ 75 grs. de arroz	6	58	0,2
	{ 15 de açúcar	—	15	—
2) Compota	{ 225 grs. de maçã	1	30	—
	{ 15 de açúcar	—	15	—
<i>Jantar</i>				
1) Arroz	{ 75 grs. de arroz	6	58	0,2
	{ 15 de açúcar	—	15	—
	{ 200 grs. de maçãs	1	27	—
2) Pudim	{ 20 floc. aveia	2	12	—
	{ 10 grs. de açúcar	—	10	—
	{ 20 grs. leite cond.	2	4	2
	{ 2 bananas (250 grs.)	3	57	} 2
3) Fruta	{ 3 laranjas (350)	3	44	
	{ 3 a 4 maçãs (400)	2	53	
	{ 200 grs. pão (sem sal)	18	100	
		44	498	7,4
2.290 calorias				

REGIME DE GERSON

Restrições	{	Sal	(1,5 gr. / dia)
		Carne	(100 grs. carne / sem.) (70 grs. peixe / sem.)
		Bebidas	(250 grs. leite / dia)
			(frutos e legumes em abundância)
	{	Valorener- gético	{ H. C. — 34 0/0 prot. — 10 0/0 Gordura (gemas), óleo de fig. bac. — 56 0/0

INDICAÇÕES DO REGIME HIPO-CLORETADO. — a) *Doenças de rim* — Aconselha-se o regime hipo-cloretado na glomérulo-nefrite aguda, nas nefrites crônicas parenquimatosas, nos estados nefróticos (nefroses lipóides), nas nefropatias vasculares com esclerose hipertensivas, primitivas ou secundárias.

b) Hipertensão arterial. Segue-se na hipertensão quer seja primitiva ou essencial, quer secundária a uma lesão renal.

c) No tratamento e prevenção da eclampsia.

d) Na insuficiência cardíaca.

e) Na ascite da cirrose hepática.

f) Nos derrames pleurais, peritoniais e pericárdicos.

g) Nos hiperclorídricos.

h) Na epilepsia, chegando-se mesmo a substituir os cloretos por brometos.

i) Na hipertensão craniana.

j) Nas dermatoses (eczema húmido, pênfigo).

l) Nas tuberculoses cutânea, renal e pulmonar.

m) No glaucoma.

Convém ter presente que nem todas as perturbações do metabolismo hídrico cedem à terapêutica hipo-cloretada, visto que elas podem ser devidas a outras causas (relação serina/globulina, colesterol/ácido gordos, etc.

REGIMES HIPERCLORETADOS. — Os regimes hiperclorretados, fáceis de constituir, com auxílio do quadro anterior (pág. 193), estão indicados em situações clínicas opostas, isto é, motivadas pela carência de sódio, ou em que haja falta desse elemento.

1.º — Na hipocloremia consecutiva a perdas acentuadas de cloro do aparelho digestivo, por exemplo na estenose pilórica, oclusão intestinal aguda, ileus post-operatório, gastro-enterites agudas acompanhadas de diarreia.

Em tais casos não há perda simultânea dos dois iões *Na* e *Cl*, mas apenas do ião *Cl*, visto que o sódio permanece quase invariável no sangue e nos tecidos. A hipocloremia vem acompanhada de *alcalose* (retenção de *Na* nos humores e tecidos) e de *hiper-azotemia* (3 a 5 grs. %) por desintegração das proteínas dos tecidos e de *aumento de CO₂* no sangue, pelo esforço do organismo para compensar a perda de ácidos. A hiper-azotemia pode levar o médico a supor tratar-se duma nefrite azotêmica e começar então por suprimir os cloretos o que é erro de consequências graves. Só com regime hiper-cloretado poderá vencer essa situação clínica.

A análise do sangue esclarece o caso e permitirá saber se a hiper-azotemia é de origem renal, ou extra-renal, porque a primeira vem acompanhada de *acidose* e de *redução de CO₂ hemático*.

2.^o — *Hipoclorémia dos operados.* — No post-operatório das intervenções abdominais, e por vezes mesmo de outras operações, podem surgir estados de ileus paralítico, com hipocloremia, alcalose, hiperazotemia e aumento de CO_2 sanguíneo, como no caso anterior, em seguida a vômitos repetidos, meteorismo, pulso fraco e tendência para estados de choque, o que leva a suspeitar tratar-se duma peritonite como complicação do post-operatório. O exame do sangue, porém, revelando as características que apontamos, esclarece o caso e só as injeções de soluto de cloreto de sódio resolvem, e quase sempre rapidamente, a situação clínica criada.

3.^o — Nos operados de determinadas afecções hepáticas pode, por vezes, produzir-se insuficiência hepática aguda com acidose. O doente começa por apresentar meteorismo, vômitos repetidos, pulso fraco, etc., isto é, também um síndrome pseudo-peritonial como no caso anterior em que havia hipocloremia com alcalose. A análise do sangue, porém, revela que os dois casos são bem diferentes, pois que neste último se encontra baixa da reserva alcalina (acidose) sem hiperazotemia, nem hipocloremia e nem aumento do CO_2 do sangue. Esta situação clínica domina-se com *soro glucosado* e não com soro fisiológico.

4.^o — *Nas queimaduras.*

5.^o — Na insuficiência supra-renal, na astenia constitucional, na fadiga e em visceroptoses.

*

O problema dos sais minerais na alimentação começa a ser encarado sob pontos de vista mais gerais.

A escola americana tem dedicado nos últimos tempos, sobretudo nos domínios da cirurgia, as suas melhores atenções para os chamados problemas clínicos do equilíbrio electrolítico. Não basta o conhecimento, mais ou menos perfeito, das acções fisiológicas exercidas por cada um dos iões tomados isoladamente, é fundamental saber também quais as relações em que normalmente eles existem ou devem existir, num ou noutro departamento do organismo e equilibrá-las, sempre que se encontrem afastadas do normal. Tais desequilíbrios electrolíticos podem englobar-se dentro de três categorias, ou grupos:

1.^a — desidratação e perdas de electrolitos devidas a doença do paciente, observadas na estenose pilórica, oclusão intestinal, peritonite, pancreatite e queimaduras graves;

2.^a — desequilíbrios provocados pela técnica operatória e suas

ALARGANDO O EXPECTRO ANTIBIÓTICO
DA OMNACILINA PELA ASSOCIAÇÃO
D A E S T R E P T O M I C I N A
OS LABORATÓRIOS AZEVEDOS
APRESENTAM

OMNACILINA «E»

- ACÇÃO ANTIBIÓTICA ESPECIFICA, DA ASSOCIAÇÃO PENICILINA + ESTREPTOMICINA.
- ACÇÃO IMUNIZANTE INESPECIFICA, DO LISADO BACTERIANO DE ESTIRPES SELECIONADAS.
- ACÇÃO BIOCATALIZADORA, MODIFICADORA DO TERRENO DUM COMPLEXO DE ESSÊNCIAS ANTI-SÉPTICAS E BALSÂMICOS VEGETAIS.

“...combatendo o síndrome infeccioso por três vias diferentes, encurta o período agudo da doença modificando o terreno e prevenindo as recaídas...”

LABORATÓRIOS AZEVEDOS

M E D I C A M E N T O S E M 1 7 7 5

Os antibióticos de J.L.F.
são rigorosamente doseados
em câmaras assépticas
especiais e submetidos
a constante controle.



PROCILINA
PROMICINA



*...dois antibióticos
de grande eficácia e
reconhecida confiança*

consequências imediatas (ileostomia, fistulas biliar e pancreática) e por drenagem intestinal;

3.^a — desequilíbrios provocados por errada substituição de líquidos.

O problema dos electrolitos é importante em todos os doentes, mas adquire, nos desidratados, uma acuidade muito especial.

O doente desidratado tem, não só reduzido o volume sanguíneo, como diminuta é também a reserva de liquido intersticial, apresentando consequentemente aumento da viscosidade do sangue, facto que compromete bastante a sua velocidade através dos tecidos. A hipertensão, embora transitória, a anestesia, a redução de volume sanguíneo provocada pela operação e ainda o choque operatório podem agravar bastante a situação clínica. No entanto o volume e a qualidade do liquido de substituição variarão não só com o grau de desidratação, como também com a origem do liquido que há que substituir.

Assim se a desidratação é devida a obstrução pilórica (vômitos), predominam no liquido perdido pelo organismo as secreções gástricas que, como se sabe, são ácidas; se houver obstrução intestinal baixa, predominará no liquido perdido pelo organismo a secreção intestinal que é alcalina, como se sabe, e o valor relativo de sódio, potássio, cloro e bicarbonato perdidos variarão ainda conforme o local donde se fez a espoliação. Torna-se, portanto, necessário conhecer a composição dos diferentes meios humorais (plasma, vômitos, urina e outros) nestes elementos.

Daqui se conclue já que não bastam as aplicações sistemáticas de soro fisiológico ao doente, como é de uso fazer-se em grande número de clínicas, para corrigir a sua desidratação, não pensando sequer na provada incapacidade do rim para excretar cloreto de sódio durante o período post-operatório imediato. Consecutivo a esta disfunção renal encontra-se, por vezes, um edema de insuficiência cardíaca.

Por outro lado convém ter presente que, por vezes, o rim pode reter sódio e eliminar cloro em quantidades normais, ou quase normais, o que implica para o organismo necessidades diferentes em sódio e em cloro.

Como regra, não se deve administrar diàriamente ao doente mais de 250 a 500 c. c. de soro, o que equivale em cloreto de sódio de 2 a 4 gramas. Se a desidratação for mais acentuada deve corrigir-se com soluto aquoso de glucose a 5 %. Num interessante trabalho publicado por S. LOCKWOOD e RANDALL no *Bull. of the New York Acad. of. Med.* de Abril de 1949 apresentam estes autores um quadro com a composição electrolítica, em miliequivalentes por litro, das diversas secreções gastro-intestinais:

PERDAS DE *Na*, *K* E *Cl* DE LÍQUIDOS QUE SAEM
DO APARELHO DIGESTIVO

	<i>Na</i>	<i>K</i>	<i>Cl</i>
Gástricas (jejum)	60,4	9,2	84
Intest. delgado	111,3	4,6	104,2
Ileostomia (rec.)	129,4	11,2	116,2
Ileostomia (adaptada)	46	3	21,4
Cecostomia	52,5	7,9	42,5
Fezes moldadas	10	10	15
Bilis	148,9	4,98	100,6
S. pancreático	141,1	4,6	76,6
Urina { normal	40 → 90	20 → 60	40 → 120
{ patol.	0,5 → 312	5 → 166	5 → 210
Transudatos	130 → 145	2,5 → 5	90 → 110

Por ele poderemos apreciar as perdas de *Na*, *K* e *Cl* que adveem para o organismo, variáveis consoante o lugar onde se faz a espoliação do liquido intestinal e se verá como é erróneo o princípio, seguido em muitas clínicas, de procurar compensar todas as desidratações do organismo pela aplicação sistemática de soro fisiológico. Para fazer face a tais perdas salinas propõem os autores citados um quadro com a composição electrolítica que segue:

	<i>Na</i>	<i>K</i>	<i>Cl</i>	<i>CO₃H</i>
<i>Na Cl</i> a 0,85 0/0	146	0	146	0
<i>Na Cl</i> a 0,9 0/0	154	0	154	0
110 <i>Na</i> + 30 <i>K</i>	110	30	140	0
1/6 mol. de lactato de <i>Na</i>	166	0	0	166
Dextrose + <i>K Cl</i>	0	30	30	0
Sol. de Darrow	120	35	105	50
Sol. de Hartman	136	5,3	112	33
Dextrose em água	0	0	0	0
Plasma normal	140,8	4,28	108	27,6

Convém ainda ter presente que se o doente a quem se prescreve uma terapêutica salina for hipoproteinémico só com dieta rica em proteínas, ou com transfusões de sangue, plasma ou albumina poderemos conseguir a correcção completa da sua situação clínica.

Aparecem ainda, por vezes, certas formas de desidratação (v. g. certos estados diarreicos infantis) agravados pela perda de potássio intra-celular. A análise das suas secreções gastro-intestinais,

especialmente a bilis e o suco pancreático revelam o aumento desse elemento. Estes doentes apresentam astenia muscular acentuada (atonía gástrica e intestinal) e bastante falta de apetite. Em tais casos, a terapêutica naturalmente indicada é a prescrição de soluto de *CIK*, que, rapidamente, corrige todas essas perturbações.

As contra-indicações a uma terapêutica intensiva por *CIK* de que falam alguns autores diz respeito a certas formas de insuficiência renal grave e pode sobrevir apenas naqueles doentes em que se administra excesso de sódio. Tem-se reduzido consideravelmente a mortalidade nas clínicas em que estes factos são levados na devida consideração.

Tais são os aspectos, relativos ao emprego do cloreto de sódio, em Dietética, que eu pretendia apresentar-lhes nesta lição.

BIBLIOGRAFIA

- FLEISCH (A.), DEMOLE (M. J.) y PETITPIERRE (C.) — Dietética y Dioterapia (Trad. espanhola, 1951).
- DEMOLE (M. J.) — Dietetique Clinique de l'Adulte (Masson, 1951).
- ABDERHALDEN y MOURIQUAND — Vitaminas y vitaminoterapia (Trad. esp.).
- RICHET (CH.) y MARAÑON (G.) — Alimentacion y Regimenes Alimentarios (Madrid, 1942).
- POLONOVSKI (M.) — Exposés annuels de Biochimie Médicale (6ème série).
- LASSABLIÈRE (P.) — Aliments et Regimes (1933).
- VALENZUELA y SALAS — Corticosteroides — Acciones y Aplicaciones Terapeuticas (D. Alter, 1951).
- MAC LEOD (G.) and SHERMAN — Recommended Dietary Allowances (Philadelphia, 1951).
- MAC CANCE and WIDDOWSON — Mineral metabolism of healthy adults on white and brown bread dietarie (*J. Physiol.*, 1942).
- MITCHEL (H.) — Adaptation to under-nutrition (*Am. J. Diet. Assn.*, 1944).
- BOULANGER (P.) — Le sodium et le potassium dans l'organisme animal (Exposés an. Bioch. Med., 1946).
- GAMBLE (J. L.) — Constitution Chimique, Physiologie et Pathologie du Liquide Extra-cellulaire (Doin, edit. 1948). Paris.
- LOCHWOOD (J. S.) e RANDALL (H. T.) — A importância dos electrólitos nos doentes cirúrgicos (Bigliog. Cientif. do Inst. Pasteur de Lx., vol. v, 1950).
- FLEURY (P.) et COURTOIS (J.) — Les Diastases, Paris (Armand Colin, edit. 1948).

Vésico-intestinoplastia na «bexiga contraída»

por JOÃO COSTA

Urologista (Porto)

A «bexiga contraída» ou «bexiga pequena», *reliquat* frequente dos nefrectomizados por tuberculose renal, é um dos estados finais, bastante vulgares, da tuberculose vesical. Já HALLÉ e MOTZ notaram nesta três estados: no primeiro, apenas há lesões da mucosa e da submucosa, no segundo a camada muscular está mais ou menos atingida, no terceiro toda a parede vesical se alterou. Este terceiro estado leva muitas vezes à redução considerável da cavidade vesical, acompanhada de espessamento, por vezes notável, da parede da bexiga. As alterações musculares deste órgão não são prejudiciais apenas pela redução da capacidade vesical, mas ainda pela sua repercussão nos orifícios vesicais, isto é, no cólo — espessamento da comissura posterior, originando considerável «barra mediana», ou pelo contrário, abertura permanente do mesmo — e nos orifícios ureterais. Destes, o mais importante é, sem dúvida, o do uretere do rim restante ou do rim são, pois as suas alterações, especialmente a estenose, provocam a perda deste órgão.

O tratamento correcto da «bexiga contraída» ou «pequena» exige observação cuidadosa do doente. Passaremos em revista os elementos essenciais do seu diagnóstico:

Sintomas — Mais frequentemente, trata-se de indivíduos com polaquiúria acentuadíssima, diurna e nocturna, com disúria total por vezes, de acentuação terminal, quase sempre. Muitos destes indivíduos emagrecem por perda do sono e do apetite. Outras vezes encontra-se incontinência permanente ou intermitente, surgindo quando a função do esfíncter vesical cessou, associada, muito frequentemente, a hidro-nefro-uretere, com acentuado refluxo véstico-ureteral.

Na primeira modalidade, a mais frequente, como dissemos — a forma álgica de COUVELAIRE — encontram-se muitas vezes sinais de cistite, isto é, piúria com ou sem bacilúria, o que explica o seu mecanismo (espasmo esfíncteriano, contractura de todo o detrusor, lesões da mucosa).

Diagnóstico — Impõem-se nesta altura algumas considerações acerca do diagnóstico da «pequena bexiga». Visto que a cistite por

*Os
preparados originais*



KNOLL A.G. · Ludwigshafen/Rheno · **ALEMANHA**

Toniazol



Novo!

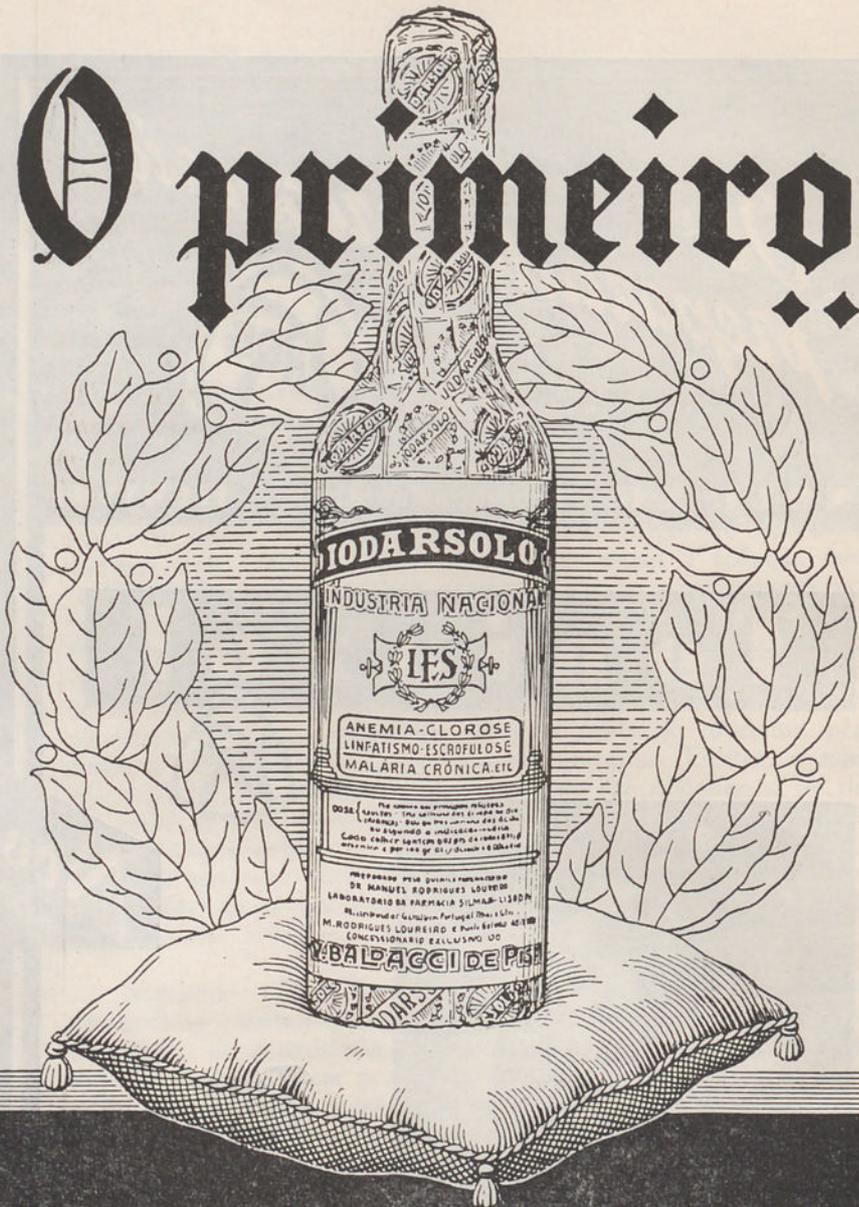
*Tónico
hemodinámico*

Frasco com 170 gr.

AUGUST VEITH · Herdeiros · Rua da Palma, 146 · Tel. 25137 · LISBOA

O

primeiro



dos preparados iodo-arsenicais

M. RODRIGUES LOUREIRO

— RUA DUARTE GALVÃO, 44 - LISBOA. —

si só pode provocar espasmo vesical e, portanto, diminuir a capacidade da bexiga, teremos de proceder a determinado número de exames que nos permitam concluir se tal diminuição é definitiva, isto é, devida a esclerose da parede, ou se é simplesmente espasmódica. Como facilmente se prevê, da conclusão a que chegarmos dependerá a atitude terapêutica.

Deve proceder-se aos seguintes exames ou provas especiais:

1 — *Análise cito-bacteriológica do sedimento urinário* — Por vezes, na esclerose vesical, a urina é límpida ou quase, havendo apenas piúria microscópica. É esta a condição encontrada em alguns nefrectomizados por tuberculose renal, com rim e uretere restantes sãos. Pode encontrar-se o bacilo de Koch ou outros agentes microbianos. Outras vezes, a piúria é acentuada, a urina turva. Estamos então em face duma cistite que poderá ser a única responsável pelos sintomas de disúria e polaquiúria, ou poderá estar associada a esclerose da parede vesical.

2 — *Urografia descendente* — Fornecer-nos-á elementos preciosos. Se se trata de doentes já nefrectomizados, ilucidar-nos-á acerca do estado do rim e do uretere restantes e, principalmente, acerca do tamanho e do contorno da área vesical. No caso de tuberculose renal ainda não tratada, o interesse deste exame, assim como do seguinte, é secundário sob o ponto de vista vesical, pois os cuidados terapêuticos convergirão para o lado renal, antes de mais nada.

3 — *Cistografia* — Além da pesquisa do refluxo vésico-ureteral, permite-nos averiguar da existência de *incisuras* e de *linhas de duplo contorno*, sinais de esclerose vesical.

4 — *Cisto-uretroscopia* — A maior parte das vezes não é realizável, a não ser à custa de grande sofrimento do doente, e neste caso ser-lhe-á mais prejudicial que útil. Pode mesmo comportar sérios riscos, principalmente perfuração vesical. A ausência de lesões da mucosa é a favor de esclerose vesical. Quando, pelo contrário, existem alterações acentuadas da mucosa, nenhuma conclusão se pode tirar, visto que, como já dissemos, cistite e esclerose associam-se frequentemente.

5 — *Medida da capacidade vesical e cisto-uretrografia sob anestesia* — É um dos exames mais importantes. Preferimos a raquianestesia, mas também pode usar-se a anestesia geral, com o emprego de relaxantes musculares na altura precisa do exame. Na esclerose vesical persistirá ou aumentará muito pouco a capa-

cidade vesical, ao passo que esta atingirá números muito mais altos tratando-se de espasmo do detrusor, provocado por estados inflamatórios.

6 — *Palpação vesical* — Far-se-á pelo toque rectal que nos fará sentir uma bexiga globosa, endurecida, e após laparotomia, uma vez decidida a intervenção cirúrgica, mas antes de definitivamente assente a técnica a usar-se. Nesta ocasião poderemos então palpar cuidadosamente a bexiga, avaliar da espessura das suas paredes e do grau das lesões de pericistite.

7 — *Prova terapêutica* — Uso de estreptomocina, do PAS e da hidrazida do ácido isonicotínico, etc., em suma o tratamento da tuberculose renal, e de outras drogas, sulfonamidas ou anti-bióticos, de acordo com a flora microbiana existente.

Depois de realizados os exames e provas descritos, excepto, é claro, a segunda parte do N.º 6, põe-se a indicação terapêutica. Se nos encontrarmos, como no caso do doente referido neste trabalho, em presença duma esclerose vesical, que atitude terapêutica tomar? Estamos plenamente de acordo com COUVELAIRE que, neste assunto, como noutros, tem uma visão clara dos processos patológicos e suas consequências. Podemos esquematizar a atitude terapêutica assim: a) — *esclerose vesical isolada*: cisto-ileoplastia; b) — *esclerose vesical + ureterite estenosante do segmento inferior do uretere*: vésico-ileo-ureteroplastia; c) — *estenose do colo vesical associada a qualquer das lesões anteriores*: uma das atitudes terapêuticas mencionadas + ressecção do colo.

A ideia das anastomoses intestinais à bexiga, ou seja, as vésico-intestinoplastias, não é nova. Datam de 1888 as primeiras tentativas feitas por TIZZONI e FOGGI no Cão. No Homem, foi MIKULICZ o primeiro a tentar semelhante intervenção em 1898. Desde então, publicaram-se mais algumas intervenções desse género, sobressaindo especialmente os de COUVELAIRE e SCHEELE. O uso dos antibióticos veio, evidentemente, facilitar muito a intervenção, mesmo quando esta se realiza numa bexiga tuberculosa, como é o caso aqui referido, os de COUVELAIRE e os de CIBERT, ultimamente publicados.

As «pequenas bexigas» esclerosas, não tuberculosas, com aparelho urinário superior normal, ou após nefrectomia por tuberculose renal unilateral em que se vislumbra a destruição do rim restante, sem lesões tuberculosas, por refluxo vésico-ureteral, ou por estenose do segmento inferior do uretere, constituem a indicação para este género de intervenção cirúrgica, juntando-se no último caso — estenose ureteral inferior — à anastomose vésico-intestinal, a do uretere ao mesmo segmento intestinal transplan-

tado. Assim, além de se aumentar a capacidade da bexiga, contra-se o obstáculo à passagem da urina no segmento inferior do uretere.

SCHEELE e COUVELAIRE acentuam que as vésico-intestino-plastias só devem praticar-se em indivíduos com bexigas esclerosas, isto é, que tenham perdido toda a contractilidade, caso contrário a boca anastomótica terá tendência para fechar. Além disso, é indispensável que o operado não tenha tido sinais de tuberculose peritoneal e seja fisicamente capaz de suportar uma intervenção relativamente longa.

SABADINI e DUCASSOU publicaram em 1951 uma comunicação de um caso de vésico-ënteroplastia em que anastomosaram à bexiga um segmento intestinal bastante curto, anastomosando em seguida o intestino delgado topo a topo. A avaliar pelas gravuras que ilustram o referido artigo, a parede vesical era extremamente espessa, de forma que não fizeram a sutura da mucosa intestinal à mucosa vesical. A nosso ver, isto tem inconvenientes, não só pela maior possibilidade de oclusão da boca anastomótica, mas ainda porque o segmento intestinal ficou a servir mais de tampa ou opérculo, do que câmara acessória.

Passamos agora a descrever o nosso caso:

M. O. S., de 33 anos, casado, cerralheiro. Nefrectomia direita em Fevereiro de 1952, por tuberculose renal. Após a intervenção, e apesar do contínuo uso de estreptomina e PAS, agravaram-se continuamente os sintomas de disúria e polaquiúria. Esta, especialmente, chegou a ser intensíssima, urinando o doente, por vezes, de cinco em cinco minutos.

Trata-se de um indivíduo fisicamente bem constituído, com bom estado de nutrição, sem quaisquer alterações, além das do aparelho urinário. A primeira análise da urina mandada fazer revelou a existência de piúria discreta e de raríssimos bacilos de Koch.

Após intensa terapêutica pela estreptomina, pelo PAS e pela hidrazida do ácido isonicotínico, a piúria desapareceu quase totalmente, assim como não voltaram a ver-se bacilos de Koch, em análises sucessivas. A urina tornou-se transparente, notando-se apenas discretos filamentos. Apesar disso, os sintomas vesicais não diminuíram de intensidade.

Além da polaquiúria e da disúria, referia ainda diminuição do calibre do jacto urinário.

Ao toque rectal a próstata era pequena, de consistência irregular, com zonas nodulares. Na linha média havia uma pequena depressão. Acima da próstata palpava-se a bexiga, pequena, globosa e endurecida, mesmo com o doente sob anestesia geral.

A urografia descendente mostra integridade morfológica e funcional do rim e do uretere esquerdos. A área vesical é de pequenas dimensões, de contorno irregular, com incisuras. A Fig. N.º 1 reproduz a chapa feita aos 30 minutos.



Fig. 1

A cistografia feita sob anestesia geral mostra pequeno aumento da área vesical, refluxo vésico-uretral e, principalmente, tríplice contorno da imagem da bexiga, sinal de cicatrizes (Fig. N.º 2).

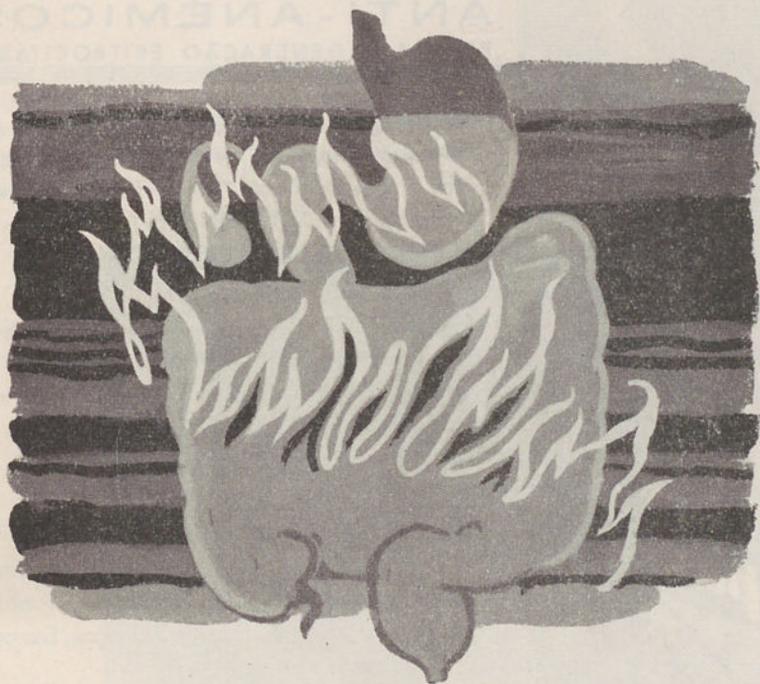
Os restantes exames não forneceram dados dignos de registo.

Decidida a cisto-ênteroplastia, submetemos o doente, durante cinco dias, a preparação prè-operatória que consistiu em sulfonamias (formo-cibazol), estreptomycin e penicilina.

A intervenção cirúrgica, após anestesia geral pelo *pentothal*, agente curarizante e éter, compreendeu os seguintes tempos:

1 — Laparotomia infra-umbilical, estendendo-se a incisão

NAS DORES ANGIOCOLÍTICAS



BILAMIDE

Suprime: As causas da inflamação, pelos seus princípios anti-infecciosos.
O estado espasmódico, pelas suas propriedades espasmolíticas.

Contra: Hepato-colepatias,
inflamações intestinais,
fístulas de infecção mista.



CILAG, S. A.
SCHAFFHOUSE - SUÍÇA

Representante exclusivo para Portugal:

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA, S. A. R. L. — LISBOA

UMA GAMA DE
ANTI-ANÉMICOS
PARA A REGENERAÇÃO ERITROCITÁRIA

Hepanemil
SCIENTIA

Hepanemil
SCIENTIA

Hepanemil
SCIENTIA

Hepanemil
SCIENTIA

Ferranemil
SCIENTIA

normal INJECTÁVEL — Em ampolas de 1,1 c. c. de extracto hepático concentrado, isento de proteínas com actividade histamínica, contendo por ampola 10 microgramas de VITAMINA B₁₂ equivalentes a 13 unidades anti-anémicas F. E. U.

forte INJECTÁVEL — Em ampolas de 2,2 c. c. de extracto hepático concentrado, isento de proteínas com actividade histamínica, contendo por ampola 30 microgramas de VITAMINA B₁₂ equivalentes a 40 unidades anti-anémicas F. E. U.

elixir Cada 100 grs. contém: Extracto de fígado 1:200, 6,25 grs.; Vitamina B₁, 41,625 mgrs.; Vitamina B₂, 41,625 mgrs.; Vitamina B₆, 18,75 mgrs.; Pantotenato de cálcio, 125 mgrs.; Nicotinamida 375 mgrs.; Excipiente q. b.

B₁₂ ELIXIR — Cada 100 grs. contém: Extracto de fígado 1:200, 6,25 grs.; Vitamina B₁₂, 0,100 mgrs.; Vitamina B₁, 41,625 mgrs.; Vitamina B₂, 41,625 mgrs.; Vitamina B₆, 18,75 mgrs.; Pantotenato de cálcio, 125 mgrs.; Nicotinamida, 375 mgrs.; Excipiente q. b.

elixir Cada 100 grs. contém: Extracto de fígado 1:200, 6,25 grs.; Sulfato ferroso, 1,875 grs.; Vitamina B₁, 41,625 mgrs.; Vitamina B₂, 41,625 mgrs.; Vitamina B₆, 18,75 mgrs.; Pantotenato de cálcio, 125 mgrs.; Nicotinamida, 375 mgrs.; Excipiente q. b.



Alfredo Cavalleiro Lda.

LABORATÓRIO QUÍMICO - FARMACÊUTICO

"SCIENTIA"

LABORATÓRIO: RUA DE ENTRE-CAMPOS, 15 — LISBOA
ESCRITÓRIO: AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 164
TELEFONE: P. P. C. (2 LINHAS) 7 3 0 5 7

desde a raiz do pênis ao umbigo. Colocação do afastador de *Sabadini*.

2 — Palpação da bexiga, para confirmação da esclerose, e exploração da bacia, do peritoneu vesical, do fundo de saco vésico-rectal.



Fig. 2

3 — Escolha de um segmento de intestino delgado, com cerca de 30 cm. de comprimento, que melhor se deslocava até à parede vesical, sem repuxamento do mesentério. Referenciação do mesmo com dois pontos de fio de seda, após verificação da vascularização do mesentério respectivo.

4 — Introdução de um *béniqué* N.º 48. Incisão transversal do peritoneu vesical, a toda a largura da bexiga — cerca de 4 cm —, a 1 cm para trás do fundo de saco prê-vesical. Deslocamento do peritoneu vesical para a frente e para trás da incisão. Incisão dos

planos muscular e mucoso sobre o *béniqué*. A mucosa vesical não estava ulcerada nem apresentava vegetações.

5 — Preparada assim a bexiga, isolámos a seguir o segmento de ileon já referenciado e fechámos-lhe os dois topos, da forma habitual, isto é, com suturas totais, invaginadas por suturas sero-serosas, depois de termos recortado cerca de 2 cm em cada topo. Cortámos o mesentério radialmente, em zona avascular, na extensão de 4 cm. Fizemos a anastomose látero-lateral do ileon à frente do mesentério da ansa anastomosada à bexiga.

6 — Incisão transversal, no bordo livre do segmento intestinal isolado, perto da sua extremidade direita, com cerca de 4 cm.

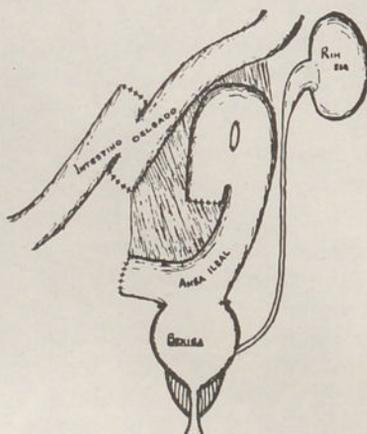


Fig. 3

7 — Introdução na bexiga e a seguir na ansa intestinal, pela abertura atrás referida, de uma sonda uretral N.º 24, com vários orifícios.

8 — Anastomose da ansa intestinal à bexiga, em dois planos, um músculo-mucoso, outro sero-seroso.

9 — Verificada a impossibilidade da anastomose da ansa intestinal ao uretere, neste caso, aliás desnecessária, realizámos nova anastomose entre as paredes da porção esquerda daquela, para facilitar a circulação da urina.

Na Fig. N.º 3 mostrámos um esquema da intervenção realizada.

Na Fig. N.º 4 vemos a forma como se realizou a drenagem da bexiga e da ansa anastomosada. Introduzimos até à extremidade profunda da sonda de drenagem N.º 24, mencionada anteriormente, uma sonda ureteral N.º 8, passando por um dos ramos dum tubo de vidro em Y, adaptado ao pavilhão da primeira. Na

extremidade desse mesmo ramo, havia uma pequena rolha de borracha, através da qual passámos a sonda ureteral, de forma que a aspiração exercida por uma pequena bomba de Stedman no outro ramo do tubo em Y, obrigava o ar a entrar até à extremidade profunda da sonda mais grossa.

O post-operatório foi absolutamente normal. Duas semanas depois da cisto-ileoplastia, ressecámos parte do colo vesical, por

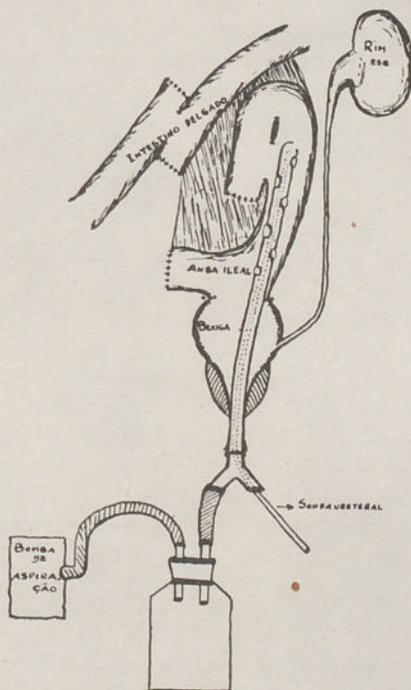


Fig. 4

este se encontrar esclerosado e retraído. Introduzimos facilmente a extremidade da bainha do panendoscópio de McCarthy na ansa intestinal anastomosada à bexiga.

A Fig. N.º 5 é a reprodução duma cistografia feita no 12.º dia do post-operatório. Vêem-se claramente as imagens da bexiga e da ansa anastomosada, assim como a largura da anastomose.

Logo no 1.º dia em que se retirou a sonda, o doente teve um intervalo de mais de três horas entre as micções.

Para terminar, queremos apenas notar o seguinte:

1.º — A operação foi notavelmente bem suportada, não havendo, no post-operatório, qualquer incidente.

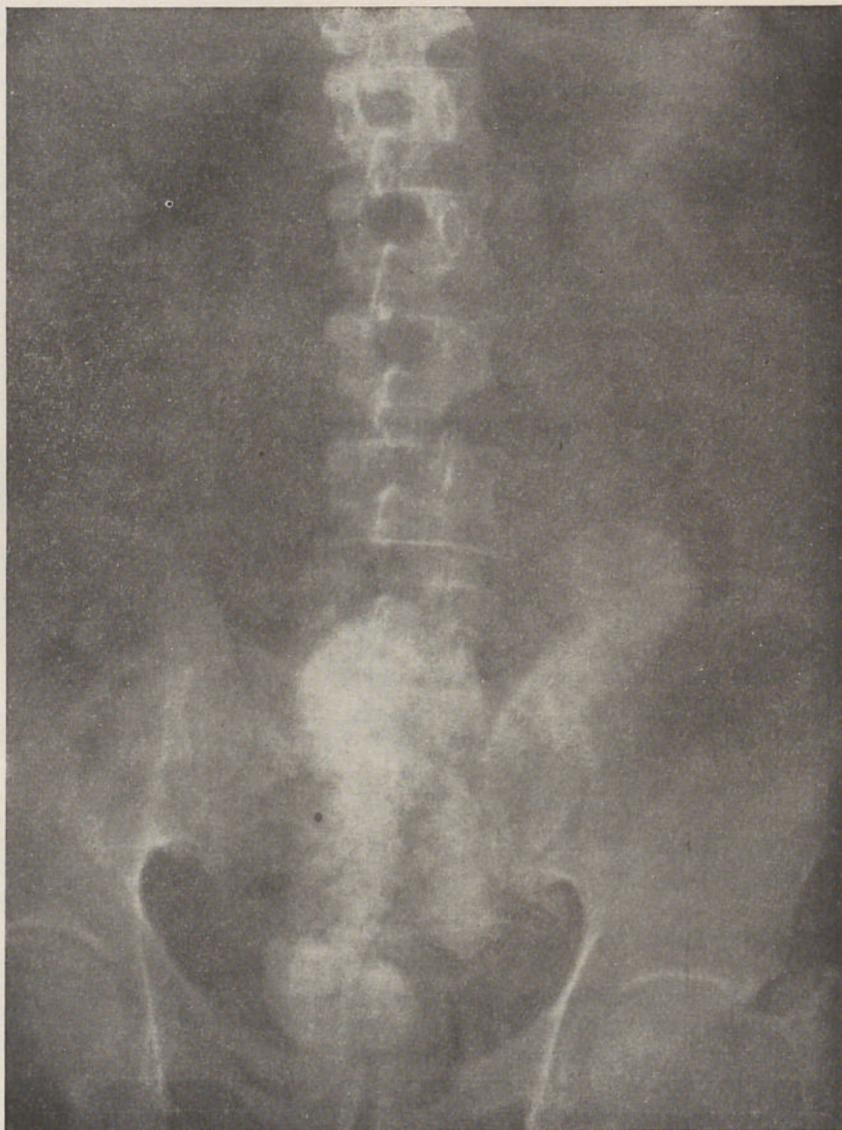


Fig. 5

2.º — O sistema de drenagem usado dispensa, a nosso ver, a nefrostomia prévia. A drenagem é perfeita e a lavagem da ansa e da bexiga é imensamente facilitada.

Cada ampola de 3 c.c. contém:

Quinina anidra, 0,09 gr.
Cânfora . . . 0,12 gr.
Essências antisépticas (limão e eucalipto), 0,15 gr.
Vitamina A, 7.500 U.
Exc. q. b.

Composição por supositório de 3 gramas (adultos):

Sulfato de quinina, 0,08 gr. Cânfora, 0,08 gr.
Timolsulfonato de trietanolamina, 0,25 gr.
Dietilbarbiturato de codeína, 0,015 gr. Vitamina A, 7.000 U. Vitamina D, 150 U. Vitamina K, 0,0015 gr. Essências antisépticas, 0,20 gr. Veículo apropriado q. b.

Supositórios de 1,5 gr. (Infantil)

FORTE

RECTAL

AMPOLAS de 3 c.c.

ADULTOS e INFANTIL

TRANSBRONQUINA

GOTAS

"P"

FRASCO de 20 gramas

(COM PENICILINA)

Timolsulfonato de trietanolamina, 25 0/0
Dietilbarbiturato de codeína . . . 1,5 0/0

Cada embalagem contém:

Um frasco com Penicilina-Procaína G, 300.000 U. I. e Penicilina G cristalizada, 100.000 U. I. e uma ampola de Transbronquina.

CALMANTE SEGURO DA TOSSE

Embalagem de uma e três unidades.

LABORATÓRIOS LAB — Avenida do Brasil, 99 — Lisboa-N

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

PROPULMIL

Bial

AFECÇÕES
AGUDAS, SUBAGUDAS
E CRÓNICAS DAS VIAS
RESPIRATÓRIAS

PROPULMIL INJECTÁVEL

PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 10.000 U. I. QUININA BÁSICA 0,06 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,05 gr. EUCALIPTOL 0,05 gr. HEXAIDROISOPROPILMETILFENOL 0,02 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por ampola.

PROPULMIL SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 300.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 10.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,1 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,2 gr. EUCALIPTOL 0,2 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por supositório.

PROPULMIL INFANTIL SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 200.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I. VITAMINA A 25.000 U. I. VITAMINA D₂ 5.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,05 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,1 gr. EUCALIPTOL 0,1 gr. CÂNFORA 0,05 gr. Por supositório.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

A MEDICINA CONTEMPORÂNEA, LXX, 1953 — N.º 1 (Jan.): *O 1.º Congresso Internacional de histopatologia do sistema nervoso*, por António Flores; *A influência das perturbações do equilíbrio hidroelectrolítico nas perturbações cardíacas da insuficiência suprarrenal* (em francês), por Eduardo Coelho; *O tratamento da policitemia verdadeira com o fósforo radioactivo* (em inglês), por John D. Abhatt; *A biopsia por punção dos corpos vertebrais como auxiliar do diagnóstico*, por J. Gama Imaginário; *Papiloma da uretra anterior*, por L. Ravara Alves; *Prof. António Flores*, por Almeida Lima. N.º 2 (Fev.): *Cinquenta anos de neurologia*, por António Flores; *Fisiologia das emoções*, por Miller Guerra; *Intoxicações e outros acidentes causados por flagelados marinhos*, por J. Santos Pinto.

INFLUÊNCIA DAS PERTURBAÇÕES DO EQUILÍBRIO HIDROELECTROLÍTICO NAS PERTURBAÇÕES CARDÍACAS DA INSUFICIÊNCIA SUPRARRENAL. — As modificações das curvas eléctricas e o aumento do volume do coração não podem atribuir-se a alterações no equilíbrio hídrico, à hidratação. As relações entre as modificações electrocardiográficas e a baixa do potássio do sangue não são tão estreitas como alguns autores afirmam.

A BIOPSIA POR PUNÇÃO DOS CORPOS VERTEBRAIS. — Nos casos em que a radiologia deixa indeciso o diagnóstico da causa de compressão medular, a punção dos corpos vertebrais é excelente meio de averiguação, que deve vulgarizar-se. Pode executar-se pelo processo simples e inócuo, original do Prof. Valls, que o A. descreve. Cita casos elucidativos da sua utilidade.

FISIOLOGIA DAS EMOÇÕES. — Diversos conceitos tem sido emitidos sobre o carácter das emoções; o A. considera a emoção como estado afectivo-orgânico brusco, violento e passageiro; definição que, não sendo perfeita, tem a vantagem de ser facilmente inteligível e aplicável aos fenómenos que o fisiologista tem estudado sob este nome, e de fazer a distinção com outros fenómenos afectivos, designadamente com os sentimentos, com os quais muitos psicólogos a confundem.

Clássicamente distinguem-se na vida psíquica três grupos de actividades: intelectuais, volitivas e afectivas. As situações interiores determinadas pelas vivências afectivas possuem propriedades específicas que as distinguem dos outros dois grupos de fenómenos psíquicos. Todo o afecto tende sempre a preencher a totalidade do campo da consciência. Uma percepção ou uma representação, um juízo ou um raciocínio, um acto que se pratique, trazem consigo uma certa disposição afectiva, positiva ou

negativa; todo o fenómeno psíquico está impregnado de qualidades afectivas, num estado que é a qualidade total a envolver, dar cor e relevo a qualquer manifestação da consciência. Assim, os fenómenos affectivos não são uma espécie de acompanhamento dos fenómenos intellectuais ou volitivos, mas sim o estado inicial (embora confuso e indeterminado) de qualquer processo psíquico. E a affectividade é o vínculo que liga o *eu* ao mundo; por isso o mundo dos affectos é poderoso factor da personalidade.

Caracterizada assim a vida affectiva, o A. escreve as suas variedades, partindo das propriedades mais gerais: intensidade, qualidade, polaridade e profundidade. Citando experiências em animais e factos de observação clínica, tendentes a dar uma explicação somática às emoções, em corrente oposta às das teorias puramente psicológicas, o A. opina que o caminho a seguir deve ser o da fisiologia cerebral, pois as perturbações no domínio do sector nervoso periférico, visceral ou somático, as mais observáveis, dependem de factores causais situados em vários planos do sistema nervoso central.

Uma emoção é, sob o aspecto neuro-fisiológico, uma manifestação complexa, com mobilização de todo o sistema nervoso, tanto na sua porção cérebro-espinal como na sua porção vegetativa. As emoções são, neste ponto de vista, um caso excepcional da fisiologia, pois poucos estímulos normais ou patológicos solicitam uma acção tão ampla e intensa, tão claramente perceptível. No complexo do comportamento emocional podem descrever-se três aspectos principais: vegetativo, endócrino e central, sendo este último o mais interessante e o que tem sido ultimamente mais estudado. O A. expõe-nos da seguinte maneira:

«— Os aspectos vegetativos do comportamento emocional são conhecidos de toda a gente. O sistema vegetativo, chamado expressivamente por Cannon «enterofectivo», tem sob a sua dependência o meio orgânico interno visceral, e a sua participação nos processos emocionais patenteia-se claramente sobretudo naquelas emoções que podem ser interpretadas como preparação para o ataque ou para a defesa do indivíduo, tais a cólera e o medo. Por este motivo se denominam reacções de emergência.

A maioria dos efeitos vegetativos pertence ao sistema simpático e corresponde a perturbações do aparelho vegetativo: a actividade das glândulas salivares, os movimentos do estômago, a secreção do suco gástrico e os movimentos peristálticos do intestino são total ou parcialmente inibidos. Estes efeitos retardam ou interrompem as funções digestivas. Os efeitos provenientes das desinibições esfinterianas vesicais e rectais, e que derivam da acção antagonica do parassimpático, são bem conhecidas. A reacção simpática cardiovascular traduz-se pela aceleração do ritmo cardíaco, pela elevação da tensão arterial, pela constrição no domínio do esplâncnico — o sangue é impulsionado para a periferia, sobretudo para aqueles órgãos que têm importância maior na preparação e na execução dos movimentos de que o animal necessita para a luta.

O resultado final destas alterações na cólera — a emoção que mais tem sido estudada — é uma paragem ou uma diminuição dos processos que conservam e restauram a energia, em favor daqueles que a despendem e utilizam. As situações de emergência são por conseguinte antieconómicas e dissipadoras das reservas orgânicas.

A reacção vegetativa, que, como vimos, é predominantemente simpática e não se limita aos efeitos efectores sobre a musculatura lisa, determina também perturbações no domínio endócrino, particularmente, como é bem sabido, depois das célebres experiências de Cannon. A descarga adrenalínica reproduz o efeito da excitação simpática: taquicardia, mobilização do glicogénio hepático, aumento da taxa de glicemia e da secreção tireóidea.

Assim, o sistema endócrino-vegetativo, sob a ameaça de um perigo vital, põe à disposição das funções de relação as máximas possibilidades de adaptação e de domínio do meio.

Além destes mecanismos, há outros também simpáticos que participam e que resumidamente citamos: o aumento da secreção sudoral, a horripilação, as perturbações do aparelho respiratório, etc.

Passemos agora a considerar os mecanismos nervosos centrais implicados no comportamento emocional. Permita-se-nos primeiro recordar algumas noções basilares acerca da organização e do significado teórico da função do sistema nervoso central. O seu conhecimento permitir-nos-á compreender os fenómenos sensório-motores das emoções e servir-nos-á de guia na descrição. Por outro lado, adoptando o método expositivo apontado, colhe-se o benefício de poder colocar em paralelo as funções nervosas que intervêm no mecanismo das emoções com as outras funções dependentes do sistema nervoso central, em cuja investigação se emprega o mesmo método analítico e os mesmos conceitos teóricos.

Não se afigura ter bom fundamento a ideia, defendida por certas correntes psicológicas, de que os fenómenos emocionais, tendo uma vertente psíquica, se não podem apreender por outros meios que não seja a introspecção, visto que, desde que se abstraia a vivência, anula-se *ipso-jacto* a sua essência e, conseqüentemente, toda a investigação é vã.

Este ponto de vista é insustentável e incompreensível para a mente de um investigador reflectido e crítico que conhece as limitações dos métodos que utiliza e a complexidade extrema da realidade. Uma e outra constituem condições irremovíveis do seu saber. A aplicação dos processos de conhecimento que se revelaram fecundos noutros domínios das funções nervosas aconselha a utilizá-los mais uma vez nos problemas que surgirem de novo, por mais complexos que se antolhem, por mais distante que se situe o termo final da sua pesquisa. O que o fisiologista não aceita é a ideia de que existem áreas funcionais fechadas aprioristicamente à indagação.

O que acabamos de dizer são quase lugares comuns da metodologia científico-natural, mas julgámos proveitoso relembrá-lo aqui, no limiar

do estudo dos processos cerebrais das emoções, que, como dissemos de começo, constituem um dos pontos de contacto entre as actividades fisiológicas e os fenómenos da consciência, ou seja, em termos metafísicos que aqui têm cabimento, entre duas categorias do ser.

Desçamos agora de nível, não no sentido de categoria ontológica, mas no sentido de plano de integração funcional, neurológico. Relembramos, com Walshe, os princípios gerais que governam o funcionamento do sistema nervoso. Distinguem-se nele três níveis de função:

O *nível inferior* é representado pelos neurónios aferentes e eferentes dos vários segmentos. Possui já, quando o indivíduo nasce, uma perfeita organização e um campo de actividade definido; ambas estas propriedades são insusceptíveis de variação ou de amplificação durante a vida. É a este nível que se realiza a coordenação elementar do movimento, isto é, a coordenação pela actividade reflexa, e também, em alto grau, as reacções reflexas. Estas reacções compreendem as reacções fásicas espinhais, o reflexo de distensão e vários tipos de reacções tónico-posturais cujos centros estão situados no tronco cerebral. Em suma: a função deste nível reside na coordenação do movimento com a postura.

O *nível médio* compreende anatómicamente os sistemas de projecção do córtex cerebral e talvez ainda certas estruturas basais. Este nível assegura a representação das actividades já mencionadas, porém sob uma forma altamente diferenciada. A sua função consiste na análise ou na fragmentação dos movimentos dependentes do nível inferior, e na síntese, na combinação e na seriação dos movimentos reflexos e das actividades posturais que constituem o repertório dos movimentos voluntários normais.

Finalmente, o *terceiro nível* é constituído pela combinação das funções descritas com as dos telerreceptores cefálicos, processo em que se consome a integração suprema e permite a adaptação do organismo ao meio. É pois neste nível que se organizam os processos neurofisiológicos que determinam o comportamento.

A esta disposição estratificada segundo níveis ou planos de progressiva hierarquia chamou Jakson «evolução interna».

A perda de actividade (provocada ou espontaneamente criada pela doença) de um destes níveis altera a relação funcional em que se encontram. Esta alteração não é contudo anárquica, é ordenada e submetida a certas regras. Os níveis mais recentemente adquiridos, isto é, mais especializados e mais independentes da função que desempenham, são mais lábeis e, por conseguinte, sofrem mais precoce e profundamente os efeitos do agente nocivo. Este fenómeno denomina-se dissolução, que, como se vê, é paralelo mas antagónico do da evolução. A dissolução determina no nível inferior subjacente, menos organizado, menos evoluído e, portanto, mais estável, a desinibição da sua função, isto é, a libertação da influência inibidora exercida normalmente pelo nível superior.

Existem pois numa dada afecção do sistema nervoso funções anuladas e funções libertadas. As primeiras manifestam-se semiolologicamente

Novidade!

Em dores intensas

POLAMIDON»C«

»HOECHST«

Bem tolerado devido a um componente de acção vagolítica

Especialmente apropriado á clínica quotidiana

Embalagens:

Para uso oral: gotas a 1%, frascos de 10 cc
tubos de 10 comprimidos a 5,25 mg

Soluto injectavel a 1/2%: 10 ampolas de 1 cc



FARBWERKE HOECHST

vormal's Meister Lucius & Brüning

Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal:

Mecius Lda.

Rua do Telhal, 8-1.º E — LISBOA

REGISTO DE LIVROS NOVOS

JEAN QUÉNU — *Nouvelle Pratique-Chirurgicale Illustrée, Fasc. VI* — 1 vol. de 270 págs. com 249 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1952 — 2.250 fr.).

Continua, com a habitual elevação, esta colecção de monografias sobre prática clínica cirúrgica, escritas por cirurgiões especialmente qualificados para tratar cada assunto. Este volume, o 6.º da série, colige os seguintes trabalhos: Esofagotomia por cancro de esófago torácico situado acima da crossa da aorta, com anastomose esófago-gástrica cervical; por G. Thomeret. Esofago-gastrostomia por via torácica por mega-esófago; por J. Perrotin. Gastropexia parietal como tratamento de uma eventração diafragmática; por J. Quénu. Gastrostomia total por via abdomino-torácica por cancro de estômago; por J. Perrotin. Operação de Noble; por G. Thomeret.

MICHEL POLONOVSKI — *Exposés annuels de biochimie médicale*; Série 14.ª, 1 vol. de 283 págs. com 64 figuras e 34 quadros. (Masson, Edit., Paris, 1952. — 2.200 fr.).

Cada ano, desde 1938, um volume compendia o estado actual de um grupo de assuntos de actualidade, apresentados por forma a sua leitura não ser só para químicos e biólogos, mas também para clínicos, por a exposição vir de maneira acessível e mencionando as relações com a medicina prática.

O volume de este ano vem colaborado por especialistas em cada assunto dos nele incluídos e que são os seguintes: Progressos recentes no domínio do metabolismo dos lípideos, por E. B. CHAIN; O metabolismo da fructose, por F. LENTHARDT e E. TESTA; A separação dos constituintes celulares por centrifugação fraccionada, por C. DE DUVE; Mecanismo enzimático da ossificação, por P. CARTIER; Dados recentes sobre a vitamina B₁₂, por R. WOLFF; A reacção de precipitação antigénio-anticorpo, por F. TAYEAU; O método de electroforese sobre papel e as suas limitações, por CH. WUNDERLY; Biogénese e metabolismo intermediário da foliculina, por M. F. JAYLE; Aspectos físico-químicos da condução nervosa, por A. DE MURALT; Alguns dados recentes sobre o papel do fósforo em bioquímica, por J. E. COURTOIS.

LÉAN VANNIER — *Les cancerigéniques e leur traitement homoeopathique* — 1 vol. de 326 págs. com 5 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1952 — 1.350 fr.).

Pretende o autor que o cancro, clinicamente evidenciável, é precedido por um estado anormal que dura anos; aos indivíduos que mais tarde apresentarão o processo canceroso, chama cancerigénicos, e expõe o que, em seu entender, permite reconhecê-los. Depois, indica o tratamento destinado a combater esse estado pré-cancro, feito com pequenas medicações, à maneira homeopática. A orientação na matéria diverge em certos pontos, dos conceitos frequentes; mas nem por isso, ou por isso mesmo, merecem atenção e averiguações que os elucidem, confirmando-os ou contestando-os.

L. MARCHAND & MIGNOT — *Manuel technique de l'infirmier des établissements psychiatriques*. 1 vol. de 446 págs., com 107 figuras. (G. Doin, Edit., Paris, 1952 — 1.700 fr.).

O facto de se tratar de uma 5.ª edição prova a utilidade da obra. Escrita por médicos de hospitais psiquiátricos, conhecendo perfeitamente as necessidades da enfermagem psiquiátrica, o que o pessoal de tais estabelecimentos precisa de saber, esta obra, a cada edição reformada de acordo com os progressos da terapêutica, corresponde perfeitamente à finalidade visada. Constitue um bom guia para o ensino de essa espécie de enfermagem, tão particular.

F. MACQUET & L. WEMEAU — *La chirurgie du rein en fer a cheval*. 1 vol. de 102 págs., com 39 figuras (Masson, Edit., Paris, 1952 — 1.200 fr.).

Trabalho da Clínica Urológica Universitária de Lille, constitue uma monografia em que os vários aspectos do assunto são tratados com competência e minúcia. Começa pelo estudo anatómico; passando ao diagnóstico tanto clínico como radiológico, depois trata do rim em ferradura doente e do que, sendo são, provoca dores. O tratamento é discutido para os diferentes casos.

Uma bibliografia cuidada e numerosa fecha o livro, cuja leitura não pode deixar de interessar os urologistas.

por perda ou *deficit* funcional — são os sintomas negativos; as segundas por aumento ou exagero de função — são os sintomas positivos.

Estes princípios aplicam-se tanto ao sistema cérebro-espinal como ao sistema vegetativo.

Sabemos hoje que as funções da vida vegetativa estão representadas em todos os níveis e que, para o dizer em termos Jaksonianos, têm uma evolução paralela às das funções da vida animal. Estes sistemas integram-se um com o outro; embora a actividade de um deles possa preponderar numa dada região e obscurecer a actividade do outro, todavia não deixam por isso de estar intimamente ligados, de modo que a sua acção é sinérgica, como convém à unificação das reacções do organismo, que funciona como um todo.

Os princípios que deixamos estabelecidos regem o comportamento dos processos emocionais e prestam grande auxílio na sua interpretação.

Começaremos portanto, pelo estudo das actividades inferiores do sistema nervoso, seguindo principalmente os trabalhos de Filipe Bard, o neurofisiologista que mais se tem distinguido neste campo.

Devemos dizer que, por dificuldades técnicas, os animais utilizados nestas experiências são quase exclusivamente o cão e o gato, porque os tipos de resposta emocionais são fáceis de provocar e de reconhecer. Todavia a única emoção bem estudada é a cólera.

O método consiste na secção do sistema nervoso a várias alturas, desde a medula até às ablações parciais ou totais do córtex cerebral. Peço licença para recordar, a fim de facilitar a compreensão do que vamos transcrever, e que é forçosamente muito condensado, que se denominam da seguinte maneira as preparações laboratoriais obtidas pela secção do eixo cérebro-espinal: preparação ou animal espinal, bulbar, ponto-bulbar, descerebrado, talâmico, descorticado (total ou parcialmente). O componente vegetativo da reacção emocional do *animal espinal* é perfeitamente claro. As respostas simpáticas podem ser determinadas por toda a espécie de estímulos nociceptivos, tais como a picada, o corte, etc. O *animal bulbar* é aquele em que a secção feita entre o bulbo e a protuberância dá uma imagem negativa muito mais coerente, em virtude de os centros respiratório e circulatório ficarem intactos. Além das reacções vegetativas, determinam-se simultaneamente reacções somáticas correspondentes.

Há relativamente pouco tempo discutia-se a possibilidade de os *animais descerebrados* possuírem típicas reacções emocionais. Certos fisiologistas afirmavam que elas existiam, porque obtinham verdadeiros acessos de cólera aparentemente idênticos aos do animal intacto. Outros, particularmente Bard, opinavam que a reacção emocional era incompleta e imperfeita, parecida mas não idêntica à do gato normal. Hoje, pela multiplicação das experiências e pela análise minuciosa dos efeitos provocados por estímulos aplicados em condições apropriadas, está assente que há certa diferença entre a preparação descerebrada e o animal intacto.

Todavia, como vamos ver, as expressões aproximam-se muito mais do que seria de esperar.

A primeira e mais importante conclusão que deriva destes trabalhos é que as reacções da preparação descerebrada são apenas fragmentos da resposta total. O animal manifesta certo número de reacções, tanto somáticas como vegetativas, por exemplo: rosna, eriça o pêlo, arqueia o dorso, deita as unhas de fora, emite urina, etc.; no entanto, estas reacções aparecem muitas vezes isoladas ou imperfeitamente combinadas entre si e, facto mais importante, aliás previsível, a reacção neuro-muscular-postural correspondente (atitude de ataque) não se manifesta. Por conseguinte, o animal bulbo-espinal e o descerebrado são capazes de realizar apenas fragmentos da reacção emocional, mas sem que estas se combinem de uma maneira harmónica com a situação total. Isto quer dizer que o comportamento motor referido à emoção (cólera) tem um nível de integração mais elevado que o tronco cerebral.

A segunda característica de preparação vem a ser que quanto mais baixas são as secções tanto mais fragmentárias se mostram as respostas.

Um outro ponto a considerar no problema da função dos centros inferiores é a natureza do estímulo eficaz nos animais descerebrados aos quais a operação privou de órgãos receptores importantes, tais a visão e a audição. Neste caso o estímulo eficaz empregado é sobretudo exteroceptivo (dor).

Está hoje muito divulgada, e pela maioria dos livros de psicologia e de neurofisiologia, a ideia de que a sede ou o centro das emoções está no hipotálamo. Esta conclusão, assim formulada, é manifestamente inexacta; na devida altura esclareceremos como deve ser entendido o importante papel desta formação nervosa. Eis os factos:

«A demonstração do papel do hipotálamo no comportamento do animal enfurecido baseia-se em dois grupos de resultados experimentais.

a) O primeiro provém de que a extirpação do córtex cerebral (descorticação) determina o conhecido fenómeno da falsa cólera (*sham rage*), a qual não aparece nas secções mais baixas. Como vimos há pouco, o animal descerebrado, submetido mesmo a enérgicos estímulos nociceptivos, apenas exhibe reacções parcelares. Isto indica que entre a preparação descerebrada e a hipotalâmica existem diferenças na integração dos mecanismos do comportamento emocional e que este depende de centros cerebrais de nível superior.

b) O segundo grupo de factos refere-se a que o complexo grupo de reacções que exprime a cólera depende directamente da citada estrutura nervosa. Estimulando o hipotálamo de gatos não anestesiados e com o cérebro intacto, tem-se obtido uma reacção idêntica à que o animal manifesta quando encontra, por exemplo, um cão. Esta resposta é certamente específica do hipotálamo, pois o mesmo estímulo é inoperante quando aplicado a outras regiões cerebrais circunvizinhas: tálamo, cápsula interna, etc.»

A contraprova destas experiências obtém-se lesando o hipotálamo; neste caso obém-se a imagem inversa da determinada pela excitação, isto é, em vez da cólera, apatia e sonolência.

Estes resultados não deixam dúvidas acerca da grande importância do hipotálamo na expressão das emoções. Mas o problema tem de ser examinado mais de perto, porque ainda aqui se notam diferenças com as da expressão colérica do animal intacto. Por exemplo: o limiar da excitabilidade é mais baixo, quer dizer, os animais reagem mais facilmente aos estímulos; espontâneamente são menos activos que os animais normais, carecem de um certo número de reflexos posturais, como os de rectificação óptica, e de reacções especiais, por exemplo: a reacção magnética e as chamadas *placing* e *hopping reactions*, etc.

Em suma: a resposta emocional hipotalámica ainda não é uma resposta normal, aproxima-se dela, imita-a; falta-lhe porém certos elementos que só possui o animal intacto. Trata-se pois de um mecanismo já altamente integrado de um nível hierárquico superior, no entanto imperfeito; de certo modo, a *sham rage* é uma reacção fragmentária, imperfeitamente integrada.

Estamos, segundo os princípios Jaksonianos, num nível funcional médio. Há pois que subir o nível seguinte, onde estas actividades atingem a última integração. É precisamente esta a orientação que os fisiologistas últimamente seguiram; depois de ficarem um tempo à volta do hipotálamo, reconheceram, contra o que os primeiros resultados pareciam indicar, que não era ali que se consumava a função que preside a este tipo de reacções. As conclusões iniciais eram, na verdade, prematuras.

Partamos da hipótese de que o córtex cerebral exerce sobre a actividade hipotalámica uma função facilitadora e inibidora, semelhante à que está descrita para o sistema tónico-postural. Esta hipótese é perfeitamente aceitável, pois vimos já que o animal hipotalámico possuía uma reactividade exagerada aos estímulos que provocavam a cólera. Procuraremos agora na experimentação precisar o papel do córtex.

Os fisiologistas estudam o problema empregando animais totalmente descorticados e animais que apenas estão privados de pequenas porções do manto cerebral (descorticção parcial). No primeiro caso, isto é, os animais sem córtex, possuem um certo número de propriedades que os distinguem dos animais normais:

A *primeira* característica da resposta emocional da preparação descorticada é o baixo limiar para os estímulos. A cólera desencadeia-se por meio de excitações de mínima intensidade (picada leve, pressão em qualquer parte do corpo) e a reacção é anormalmente intensa. O fenómeno tem pois as características gerais dos fenómenos de desinibição; por consequência, o papel do córtex pode ser interpretado como um mecanismo que exerce sobre o hipotálamo uma influência inibidora ou supressora.

A *segunda* característica do comportamento do animal descorticado é a «falta de orientação ou de direcção na resposta». Este fenómeno advém,

em parte, da privação das imagens ópticas e das percepções próprio e exteroceptivas anuladas pela operação e que normalmente se organizam no neocórtex.

A terceira característica importante é a «fugacidade da reacção». A emoção no animal normal prolonga-se um certo tempo. Pelo contrário, na preparação descorticada a reacção é mais intensa mas termina rápida e quase súbitamente. Em termos fisiológicos, pode dizer-se que «não há pós-descarga» na reacção.

Concluiu-se destas experiências: 1.º — que o córtex é um sistema inibidor do hipotálamo; 2.º — que tem também uma acção facilitadora sobre os mecanismos emocionais. Destas propriedades resulta que no animal normal a resposta emocional é mais difícil de provocar (limiar mais alto) e, por outro lado, os seus efeitos são mais prolongados, possuem uma gradação que é afinal a base fisiológica da intensidade das diferentes variedades das emoções. Falta-nos descrever os resultados das experiências da *ablação parcelar* do córtex, pelas quais se procura conhecer quais são as estruturas corticais que, especificamente determinam os efeitos, inibidores ou facilitadores, que acabamos de mencionar.

Importa referir, embora muito sucintamente, a sua base anatómica. Relembremos que o córtex se divide em duas partes. Uma, filogeneticamente antiga, que se encontra bem desenvolvida nos vertebrados inferiores — é o arquicórtex, alocórtex ou rinencéfalo. A outra, mais recente, encontra-se quase exclusivamente nos mamíferos — é o pálio ou neocórtex. Entre ambas existem áreas intermediárias ou de transição que se designam pelo termo «mesocórtex». Estas áreas alquiriram desde há pouco uma importância fisiológica capital, porque constituem zonas de projecção e de integração das aferências viscerais (enteroceptivas), das aferências proprioceptivas e outras. Compreendem as áreas corticais que se dispõem em redor do corpo caloso, a circunvolução límbica, o cíngulo e outras.

Esta descrição é muitíssimo incompleta, mas basta para compreender o que temos para expor sobre a significação destas diferentes estruturas no comportamento emocional.

A extirpação parcelar ou isolada destas áreas determina típicas alterações do comportamento. Certas operações tornam o animal excessivamente calmo e até apático. Outras tornam-no extremamente excitável e até mesmo feroz. Outras, ainda, não modificam, ou modificam pouco, o comportamento afectivo. Eis, em suma, os principais factos, alguns deles ainda dependentes da confirmação de novas experiências:

Provoca-se uma profunda apatia no gato extirpando o neocórtex, mas conservando intacto o arquicórtex e o mesocórtex, ou sejam as formações filogénicas mais antigas; nestes casos é quase impossível provocar a cólera ao animal. Obtém-se assim a imagem inversa da que descrevemos no gato totalmente descorticado, o qual, como vimos, manifestava uma hiper-reatividade emocional.

A interpretação destes factos é a seguinte: a) As influências supres-

DOLVIRAN

«Aspirina» 0,2 g, Fenacetina 0,2 g, fosfato de codeína 0,01 g, cafeína anidrica 0,05 g e «Luminal» (feniletimalonilureia) 0,025 g

ANALGÉSICO

de acção segura garantida
pelos variados pontos de ataque
de cada uma das suas partes componentes
também em
estados dolorosos graves

Embalagens originais: Tubos de 10e 20 comprimidos



»Bayer« Leverkusen, Alemanha

Representante para Portugal:

»Bayer«, Limitada, L. do Barão de Quintela, 11, 2º Lisboa

BROMOCALCIUM BARRAL

Associação sinérgica
de bromo e de cálcio,
isenta de fenómenos
de bromismo

**NEURO-SEDATIVO
ESTABILIZADOR DO SISTEMA
NERVOSO**

Granulado e Injectável

PASI - PASI F. - PASI M.

Fósforo, arsénio e iodo associados
aos extractos ovárico e orquíptico

**ESTADOS DE ESGOTAMENTO
FÍSICO E INTELLECTUAL —
PERTURBAÇÕES NERVOSAS
E MENSURUAIS — INSUFICIÊNCIA
OVÁRICA E TESTICULAR**

Injectável

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, L.^{DA}

Syphilis:

Bismogenol

Fama Mundial

Laboratório E. Tosse & Co., Hamburgo

Dep. geral S. Lencart — Farmácia Central — Porto.

AOS SRS. ASSINANTES:

Na 2.^a quinzena de Maio vão para o correio os títulos de cobrança das assinaturas. Para evitar o incómodo de mandar pagar a importância da assinatura (45\$00) à respectiva estação postal, roga-se aos Srs. assinantes o favor de deixarem em suas casas ordem para pagamento na ocasião em que o recibo for apresentado.

soras ou inibidoras provêm das formações arcaicas; b) As influências facilitadoras do neocórtex, isto é, das formações recentes.

A fisiologia das reacções expostas, ou melhor, daquelas que se caracterizam pela hiper-reacção (ferocidade), é muito mais complexa e ainda cheia de obscuridades. Consegue-se, por exemplo, converter um gato apático num animal extremamente feroz, se, numa segunda intervenção, se extirpam certas áreas do mesocórtex (amígdala, hipocampo, etc.). O comportamento dos animais parcialmente descorticados é semelhante ao dos animais hipotalâmicos. Dois pontos todavia os distinguem: primeiro, a melhor adaptação ao estímulo, isto é, a reacção é orientada directamente contra o agressor; em segundo lugar há uma pós-descarga manifesta, cuja duração se aproxima da normal.

Apesar das múltiplas incertezas que ainda reinam sobre os mecanismos corticais da emoção, parece que poderemos tirar algumas conclusões do que se conhece já.

1.^a — É evidente que certas áreas da face interna dos hemisférios cerebrais, às quais tradicionalmente se atribuíam vagas funções olfativas, constituem centros de importância relevante na fisiologia das emoções;

2.^a — Parece que certas áreas exercem um efeito inibidor sobre o hipotálamo;

3.^a — O neocórtex, contrariamente ao páleo-córtex, possui uma influência facilitadora sobre as formações hipotalâmicas.»

Em resumo: os hemisférios cerebrais exercem um efeito dual e antagonico sobre a função emocional hipotalâmica, conforme a filogenia das áreas de que se trate: as mais antigas são inibidoras, as mais recentes facilitadoras.

O hipotálamo, por consequência, não deve ser considerado o centro da vida emocional, mas apenas um elo (talvez o mais potente) da cadeia de um vasto aparelho que tem representação em todos os níveis do Sistema Nervoso.

Prossigamos na exposição, descrevendo mais alguns aspectos das reacções emocionais e instintivas, umas no animal, outras no homem.

Quando se estimula o hipotálamo em condições tais que o animal conserva durante a experiência toda a liberdade de acção, portanto em condições que se aproximam muito das normais, verificam-se dois modos fundamentais de reacção perfeitamente integrados, coerentes e adaptados ao meio. Um reproduz um comportamento *agressivo* («atitude de alarme»), que é idêntico ao do animal normal; o outro um comportamento passivo, de *refúgio* ou de calma: o animal enrosca-se e adormece tranquilamente. Tem-se pretendido ver nestas manifestações a prova de que os actos instintivos se localizam no hipotálamo. Ora, estas experiências apenas demonstram, como aliás as que anteriormente citámos, que esta formação nervosa é uma área de integração dos fenómenos afectivo-activos básicos e fixos, filogenicamente antigos e de direcção antagonica: a atitude da agressividade e a atitude de refúgio ou de repouso.

Hess, autor destas experiências, estabelece correlação entre cada um destes tipos de reacção com as duas actividades do sistema vegetativo: a actividade *ergotropa*, na qual há dispêndio de energia, descarga, e a actividade *trofotropa*, em que há acréscimo ou aumento das reservas energéticas. As reacções víscero-endócrinas, que descrevemos na emoção, subordinam-se, adaptam-se, orientam-se num sentido ou noutro conforme a situação em que o animal se encontra e a reacção que exige: agressão ou refúgio.

Digamos de passagem que o hipotálamo integra ainda outras funções vitais basilares, cuja nota característica é o ritmo, tais o sono e a vigília, elementos que integram o organismo numa das dimensões do comportamento — o tempo biológico (Rof).

Finalmente, na mesma formação nervosa estão integrados os grandes sistemas da homeostásis, isto é, da constância do meio interior, os sistemas que regulam a temperatura corporal, a vasomotilidade, o metabolismo aquoso, a composição morfológica do sangue, etc.

A ideia de Kleist de localizar a este nível funcional uma forma muito rudimentar, e por assim dizer potencial, da representação do próprio corpo, isto é, um *eu* corporal embrionário, que foi muito combatida, veio encontrar apoio nos resultados experimentais. A este nível encontram-se os impulsos instintivos primordiais (da conservação, da agressão, da luta, da reprodução) e os elementos energéticos das representações de orientação do organismo no mundo (espaço meio vital) e do fluir da vida ao longo do tempo (Rof).

Esta complexa estrutura ocupa, anatómica e fisiologicamente, o ponto central, em que recebem a primeira integração os mecanismos reguladores da vida instintiva. Sofre no decurso da evolução filogénica a influência gradual das actividades cerebrais corticais, que integram a energia libertada na esfera hipotalâmica, transformando-a e condicionando-a às solicitações do meio e às reacções de comportamento adequado do indivíduo.

Vimos anteriormente quais eram as áreas corticais onde se integravam os mecanismos primários do comportamento emocional. Lembremos que Kleist, precedendo as modernas ideias sobre o assunto, reuniu todas estas regiões sob o nome de «cérebro interno», por considerar esta parte do córtex cerebral a zona de confluência e de integração das aferências do mundo interno, corporal, que tanta importância tem na vida instintiva e afectivo-activa. Nesta zona vêm confluir também as sensações do gosto e do olfato, assim como as que procedem da boca, das fossas nasais, do ânus, dos órgãos genitais, isto é, das regiões em que o interior do organismo se abre para o exterior. O conjunto de sensações que emanam de esferas corporais profundamente vinculadas à vida instintiva (da fome, da sede, da defecação, da micção, da sexualidade) possui um componente emocional intensíssimo e, como diria Sherrington, prepotente.

É sabida a enorme importância que as teorias psicoanalíticas concedem

aos afectos e às tendências instintivas no desenvolvimento da vida psíquica e na dinâmica das neuroses. A decadência em que se encontra a teoria ortodoxa não impede de reconhecer o valor da contribuição que trouxe à compreensão psicológica do homem, acrescentando-lhe uma dimensão ignorada pelos médicos e obscurecida pelas tendências intelectualistas e metafísicas da psicologia tradicional.

Ultimamente ampliou-se ainda a acção do cérebro interno, que Kleist considerava a zona de contacto entre o mundo exterior e o mundo interior do organismo. Primeiramente descobriu-se que possuía uma actividade «supressora» sobre outros sectores do córtex cerebral; certas experiências, porém, tendem a demonstrar que a sua acção não é só supressora ou inibidora, mas também facilitadora, isto é, tratar-se-ia de uma zona reguladora córtico-cortical influenciando sobretudo certas áreas da face externa do hemisfério, em especial a área motora e sensitiva.

Por outro lado, a extirpação da parte anterior do cíngulo (em macacos) mostrou a enorme importância desta circunvolução na regulação da vida afectiva destes animais, que perdem o receio e o medo que habitualmente lhes causa o homem. Ao mesmo tempo manifestam uma frialdade afectiva para com os outros macacos com quem conviviam e para com as pessoas que lhes eram familiares anteriormente.

Em suma: a exposição que acabamos de fazer dá uma ideia do progresso que tem realizado a fisiologia das emoções e as prometedoras perspectivas que se lhes abrem para o futuro. Há que saber, contudo, ser prudente ao applicá-las ao comportamento do homem. Sob a pressão da urgência que põem os problemas da medicina, e particularmente os que levanta a sua moderna orientação psicológica, e ainda pela tendência da mente humana para a fantasia e para o devaneio, têm-se construído já sobre certos resultados da experimentação animal complicadas sistematizações teóricas, que obscurecem em vez de elucidar o até há pouco inacessível terreno do comportamento emotivo.

Falamos de «comportamento» intencionalmente, dando ao termo a significação que tem na psicologia objectiva, isto é, naquela escola ou corrente psicológica que abstrai do seu labor o aspecto subjectivo, interno, dos fenómenos psíquicos. Quer isto dizer que não penetramos nas esferas superiores da realidade. Fizemo-lo propositadamente por método, que não por adesão ou concordância às doutrinas behavioristas.

Entendemos contudo que devíamos manter-nos fiéis ao objecto do nosso trabalho, descrevendo experiências, resultados, e nada mais. Perdeu talvez a matéria em altura o que ganhou em objectividade. A neurofisiologia é uma ciência positiva, empírica, que não pode fornecer, pelo menos por enquanto, conhecimentos utilizáveis para uma interpretação total dos factos psicológicos, e, porventura, não os fornecerá nunca. —»

E o A. remata notando que pôr o problema das relações entre a actividade do cérebro e a actividade psíquica serve, pelo menos, para dar

precisão às ideias, para comparar o que sabem psicólogos e fisiologistas, que, embora seguindo cada qual o seu caminho, ficarão mais cultos.

CLÍNICA, HIGIENE E HIDROLOGIA, XVIII, 1952 — N.º 11 (Nov.): *Intoxicações alimentares*, por Bernardino de Pinho; *Higiene da alimentação e nutrição em saúde pública*, por Bernardino de Pinho, N.º 12 (Dez.): *Osteomielites e seu tratamento médico*, por Abílio Mendes; *Profilaxia da surdez na criança* (em francês), por J. M. le Mée.

INTOXICAÇÕES ALIMENTARES. — Para descrever as intoxicações a que pode dar lugar a ingestão de alimentos, divide-as em 4 grupos: A) por alimentos avariados ou corruptos; B) por agentes químicos; C) por tóxicos de origem animal ou vegetal; D) por bactérias ou seus produtos. Resumo da exposição de cada um de estes grupos:

Nas *carnes* a caminho da putrefacção, várias raças de colibacilos transformam a histidina em histamina, que quando se liberta se torna tóxica. Na carne em decomposição encontram-se ptomaínas, hipotensoras, e neste ponto de vista tem sobretudo interesse as carnes conservadas em frigoríficos, que rapidamente se alteram, devendo ser cozinhadas sem demora.

Dos agentes químicos, são de citar: — O *arsénio*, cuja existência nos géneros alimentícios é hoje rara, mercê do melhoramento dos processos de preparação do ácido sulfúrico, outrora preparado com pirites arsenicais, e empregado na indústria de açúcares, fermentos, corantes, etc.; as intoxicações graves que se tem registado são devidas a enganos ou intenções criminosas. O *chumbo* tem dado lugar a saturnismo, quer por meio de água em contacto com canalizações de chumbo, quer por farinha moída em mós reparadas com o metal; pode este aparecer ainda, mas em menor quantidade, nas conservas de peixe cujas latas são soldadas a chumbo, nos frutos pulverizados com arseniato de chumbo como insecticida, na caça morta a tiro, nos utensílios de cozinha envernizados com óxidos do metal. O *cobre* não dá geralmente intoxicações notáveis, por ser pequena a quantidade ingerida, que pode provir do verdete de vasilhas, de vinho proveniente de uvas tratadas com calda bordaleza, de frutos ou vegetais sujeitos a esse tratamento. O *zinco* raras vezes tem dado lugar a intoxicações; provém de panelas de ferro galvanizado. O *alumínio* é duvidoso que intoxique; no entanto, é bom não deixar, durante muito tempo, em recipientes de alumínio, alimentos ácidos. O *carbonato de bário*, usado como raticida, por vezes se tem misturado à farinha armazenada, e causado assim intoxicações. As intoxicações pelo *fluoreto de sódio*, empregado para matar insectos, tem resultado de confusão com o fermento usado nas cozinhas; além das perturbações do tubo digestivo (comuns a todas as intoxicações químicas) a intoxicação produz espasmos musculares. Finalmente, neste grupo de tóxicos, tem de incluir-se os insecticidas organo-sintéticos, o *D. D. T.*, o *gamexana*, o *paration*, o

THE SOURO APOLLINEO,

GALENICO, CHIMICO,

Chirurgico, Pharmaceutico,

OU COMPENDIO DE REMEDIOS

para ricos, & pobres.

CONTEM A INDIVIDUAÇAM DOS REMEDIOS

simplices, compostos, & Chimicos com as suas proporcionadas
dozes, postos em particulares classes pela distincção de capitulos
dos achaques, que costumaõ infectar o corpo humano.

*ACRESCENTASE HUMA BREVE RACIOCINAC, AM
da Escola Moderna sobre as causas efficientes: como, & quando se
devem applicar certos remedios.*

Ultimamente formulas de receitas preciosas para os Magnates, &
de menos preço para os Plebéos.

DIVIDESE EM DUAS PARTES;

*A primeyra contem remedios para os achaques internos; a segunda
para os externos.*

OFFERECIDO AO EXCELLENTISSIMO SENHOR

**D. NUNO ALVAREZ
PEREYRA DE MELLO,**

Duque do Cadaval, Marquez de Ferreira, Conde de
Tentugal, &c.

POR JOAM VIGIER

Nacional do Reyno de França, & morador nesta Corte
de Lisboa.



L I S B O A,

Na Officina Real DES LANDESIANA.

M. DCCXIV.

Com todas as licenças necessarias, & Privilegio Real,

CAPITULO XLV.

Dos remedios contra pleurizes.

O Pleuriz, & a Peripneumonia são duas doenças muyto semelhantes em suas causas, em seus symptomas, & em sua cura: a primeyra he hũ fangue parado nos musculos intercostaes, & nos vazos da pleura. A segunda he hum fangue parado nos vazos do bofe; raras vezes se vé a pleura com inflammação, sem que o bofe padeça, & raras vezes se vê o bofe sem inflammação, que a pleura esteja juntamente affecta.

Pleuriz,
& peri-
pneu-
menia.

Mas quando o fangue está algum tanto dissoluto, & que se quer fazer transpirar os fermentos estranhos que estão no fangue, & embaraçallos com partes balsamicas, usa-se de cardo santo, de eiva cidreira, de flor de papoulas, de pós de genital de veado, ou de touro, do fangue de bode, que se tira depois de aver maltratado este animal, amarrandolhe os pés de detraz nas pôtas, & cortados os testiculos, & assim irritado de colera o sangraõ, para que os espiritos com aquelles movimentos se misturem intimamente com as partes do fangue; o que o faz capaz de dissolver os grumos do nosso fangue.

Na dif-
solução
do fangue.

MIOCILINA

frascos de 300.000 e de 500.000 U.



procaína-penicilina G
suspensão aquosa

ESTÁVEL



LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA
LISBOA PORTO COIMBRA

ciordana, etc.; mas só inalados ou ingeridos em grandes doses ou de maneira prolongada causam fenómenos tóxicos.

Os tóxicos de origem animal provêm de *moluscos* (amêijoas, mexilhões), e são metilotóxicas, metilcongestina, e um alcalóide proveniente de um dinoflagelado microscópico de que se alimenta o mexilhão; são intoxicações bem conhecidas, com sintomatologia gastro-intestinal e nervosa, por vezes grave.

As intoxicações de origem vegetal devem-se a *cogumelos* (em que a morte pode sobrevir por paralisia respiratória); aos *alcalóides da cravagem de centeio*, que passaram para a farinha; à *batata mal amadurecida ou grelada*, pela solanina que contém e causa cólicas, vômitos, cefaleia, suores, etc.; ao *chicharo*, pela latirina, provocadora das paraplegias espasmódicas do latirismo; a *farinha de pau*, quando proveniente da raiz da mandioca amarga, se é ingerida fresca pode conter ácido cianídrico; a *fava*, em certas condições de desenvolvimento da planta, e em indivíduos susceptíveis, conduz às perturbações próprias do favismo.

Por fim, vem as intoxicações por bactérias e seus produtos, devidas geralmente aos seguintes micróbios: *Clostridium botulinum*, *Staphylococcus*, *Salmonellas*, *Streptococcus faecalis*. O primeiro é um anaérobio que pode desenvolver-se nas conservas de carne; hoje é rara esta intoxicação, dados os métodos higiênicos da respectiva indústria. O segundo, estafilococo dourado com propriedades hemolíticas, produz uma enterotoxina que resiste ao calor, pelo que pode existir em alimentos cozinhados, sendo condutores geralmente os ovos ou menos frequentemente o leite, mas tendo-se registado casos devidos a picados de carne e conservas de peixe. O terceiro compreende várias salmonelas tóxi-infecciosas; são também os ovos os seus transportadores habituais. O último agente mencionado não produz propriamente uma intoxicação mas sim uma infecção gastro-intestinal, por alimentos por ele conspiscados. Os quadros mórbidos distinguem-se pelos seguintes caracteres:

Botulismo — Dificuldade em engolir, diplopia, afonia, dificuldade em respirar, seguida pela morte se sobrevém paralisia dos músculos respiratórios. Os sintomas aparecem precocemente ou tardiamente: 2 horas a 2 dias.

Enterointoxicação pelo estafilococo — Náuseas, vômitos, diarreia, prostração aguda, cáimbras abdominais. Aparecem 1 a 6 horas depois da ingestão.

Infecção por salmonelas (*S. typhimurium*, *S. enteritidis*, *S. cholerae-suis*) — Dor abdominal, diarreia, calafrios, febre, vômitos frequentes, prostração. Surgem 7 a 72 horas depois da infecção.

Infecção pelo estreptococo fecal — Náuseas, algumas vezes vômitos, cólicas e diarreia. Aparecimento 2 a 18 horas depois da ingestão.

Há outras bactérias que podem entrar com os alimentos e provocar fenómenos tóxicos, mas são excepcionais.

TRATAMENTO MÉDICO DAS OSTEOMIELITES. — Com a menção de 3 casos pessoais (osteomielite fistulizada pós-operação, do fémur direito; osteomielite do maxilar inferior; osteomielite do cúbito), o A. exemplifica os benefícios que pode trazer o emprego dos antibióticos, mormente da penicilina, ajudado pela vitamina D₂.

IMPRESA MÉDICA, XVII, 1953 — N.º 1 (Jan.): *Algumas notas sobre micoses das amígdalas que simulam amigdalites diftéricas e folliculares* (em inglês), por Aldo Castellani; *Os médicos judeus na Grã-Bretanha* (em francês), por Jacques Pines; *Aritaminose B₁₂ cardíaca*, por José Manrique; *Conselho psicoterápico*, por A. Austregésilo; *Abreugrafia em saúde pública*, por J. Lopes Dias e M. Lopes Louro; *A velhice de Pio Baroja* (em espanhol), por Luís Granjel; *Sabões e sabonetes hexaclo-rofénicos*, por R. S. Casely. N.º 2 (Fev.): *Enfermagem e saúde mental*, por Fernando Ilharco; *A medicina na Bíblia* (em francês), por Jacques Pine; *Prurido anal micótico* (em inglês), por Aldo Castellani; *A família do médico* (em espanhol, conclusão do N.º anterior), por Florêncio Escardó; *Arabescos*, por M. da Silva Leal. N.º 3 (Março): *Raízes da sabedoria popular médica* (conclusão do N.º anterior), por Luís de Pina; *A medicina no Talmud* (em francês), por Jacques Pines; *O Instituto de Anatomia do Prof. J. A. Pires de Lima*, por M. da Silva Leal; *As doenças do coração nos homens do mar*, por F. Martins Eleutério; *Estudo experimental das terapêuticas de líquido céfalo-raquídeo* (em espanhol), por Prieto Aguirre; *O bem e o mal da vida*, por A. Austregésilo; *Portugal na história da medicina social* (continuação dos N.ºs anteriores), por Fernando da Silva Correia.

AVITAMINOSE B₁₂ CARDÍACA. — O facto de muitos doentes de insuficiência cardíaca serem também anémicos levou o A. ao estudo da acção de vitamina B₁₂ sobre o estado circulatório de esses enfermos; depois, verificados os efeitos benéficos da medicação, passou a ensaiá-la em casos de insuficiência cardíaca sem anemia, e iguais efeitos observou. Em 20 doentes com estado avançado de insuficiência cardíaca, injeções intramusculares diárias de 30 microgramas da substância fizeram desaparecer toda a sintomatologia num espaço de tempo de 8 a 16 dias; nalguns houve modificações sensíveis no traçado electrocardiográfico e em todos houve redução da área cardíaca. Outros doentes, em número de cinco, insuficientes com cardite reumatisal, nada lucraram. Em outros tantos, submetidos apenas a repouso, não observou as melhoras registadas nos que, em condições semelhantes, haviam recebido a vitamina B₁₂. Houve mais oito casos em que a medicação falhou.

De esta série de ensaios conclui que é possível a existência de uma forma cardíaca de avitaminose B₁₂, e que é inegável possuir este princípio, além da conhecida acção hematopoiética, uma nítida acção sobre o miocárdio.

RAÍZES DA SABEDORIA POPULAR MÉDICA. — As tradições médicas populares provêm de três fontes: a primitiva ou ancestral, a que podemos chamar original; a dos charlatães, curões e feiticeiros; a dos médicos e cirurgiões diplomados. No dédalo de estas origens, dois problemas se devem pôr: qual a parte com que a ciência médica oficial contribuiu para a medicina popular, e inversamente quantos elementos esta deu àquela. Trata-se de um círculo de interpenetrações curiosíssimas, embora difíceis de compreender, muitas vezes. Para o seu estudo, o A. inventariou uma série de factos elucidativos da influência que sobre o saber médico popular tiveram vários livros de médicos e não médicos, vulgarizadores de terapêuticas da época, a partir do século XVI; e, indo mais longe, a tempos anteriores à nossa era, já escritos de então indicavam remédios hoje ainda adoptados na medicina popular.

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, XVI, 1953 — N.º 2 (Fev.): *Atraso mental e disartria espasmódica* (em francês), por M. Schachter; *Tuberculose cirúrgica*, por E. Rosado Pinto; *A vitamina E no tratamento das glomérulo-nefrites agudas*, por Nuno Cordeiro Ferreira.

TUBERCULOSE CIRÚRGICA. — Depois de definir o seu âmbito no actual conceito, de inserir noções sobre a etiologia e patologia do processo bacilar, e de expor o quadro clínico e sua evolução das diversas localizações, bem como os elementos do diagnóstico e do prognóstico, aborda a parte da profilaxia e da terapêutica, que passamos a registar quase integralmente.

Em matéria de profilaxia, nunca é demais repetir que a tuberculose cirúrgica não é mais que uma forma acessória, metastática, de uma doença actual ou em potência, e portanto a prevenção cai na condição da relativa à tuberculose em geral, com toda a complexidade de tal problema; mas há dois pontos que merecem destaque: a premunização pelo B. C. G. e a eliminação do bacilo bovino, agente da maior parte dos casos de tuberculose cirúrgica, eliminação que respeita à produção de leite inócuo.

Relativamente à terapêutica, divide o assunto em: tratamento médico, fisioterapia, tratamento cirúrgico.

Sobre tratamento médico, se alguma coisa de actual há que dizer da tuberculose cirúrgica é no capítulo dos antibióticos que se mantém um certo e continuado trabalho de investigação clínica. A estreptomina veio abrir uma nova era de esperanças no tratamento da tuberculose e de facto, se essas esperanças não foram totalmente realizadas, um grande passo no entanto se está dando na segurança e no sucesso do tratamento, e de um modo geral na melhoria do prognóstico das afecções tuberculosas.

O papel da estreptomina tem sido completado por outros agentes de origem química como as sulfonas (promizol), PAS e TB₁.

A evolução dos antibióticos e dos quimioterapêuticos parece ter atin-

gido um certo grau de estabilização no momento actual, pelo menos no campo clínico, embora os investigadores continuem nas suas pesquisas de novos agentes e continuadores de efeitos antibióticos específicos; mas, por enquanto, sem resultados mais vantajosos.

O aparecimento e desenvolvimento dos antibióticos veio quase eclipsar as auras efémeras ou duradouras de tantos métodos terapêuticos da era pré-antibiótica de que dispúnhamos e aos quais alguma coisa se ficou devendo. Esses tratamentos, tal como os actuais englobavam dois processos: o geral e o local.

Entre os primeiros, se citam o cálcio, as vitaminas C e D associadas, o fósforo. O método de Finikoff também gozou de certa aura e a ele se atribuíram bons resultados, constando da administração do iodo em óleo de amendoim em solução extemporânea por via intramuscular com concomitante ingestão de cálcio.

Um dos últimos métodos aparecidos antes da era antibiótica, divulgado já depois da guerra foi o método de Charpy, o qual consistia num tratamento de ataque com 15 mgrs. de vitamina D₂ em solução alcoólica, semanais durante três meses, a que se seguia um tratamento de consolidação também com 15 mgrs. todos os quinze dias durante três meses e de um tratamento de segurança com 15 mgrs. por mês durante os três meses seguintes, com concomitante ingestão de cálcio durante o tratamento. Este método preconizado para certas formas de tuberculose cutânea foi empregado em casos de tuberculose cirúrgica com alguns bons resultados, em casos de t. osteo-articular e de adenites. Tem o inconveniente dadas as altas doses de vitamina D₂ que maneja, de acidentes tóxicos de hipervitaminose que pode desencadear e que podem atingir séria gravidade especialmente no sector renal, metabólico mineral (cálcio e fósforo) e neurológico; pelo que é preciso manter uma vigilância da calcémia e fosforémia.

No tratamento local, especialmente nas formas supuradas (gânglios, abscessos frios, ossifluentes) as injeções de líquidos modificadores (Calot, etc.), tão apregoadas, não dão melhores resultados do que as punções simples evacuadoras, e levam quase sistematicamente à fistulização. A vitamina D₂ foi empregada pelos italianos Ventura e Raina recentemente por via local infiltrando os tecidos periféricos com retrocesso da lesão; na fase da transformação purulenta conseguem uma fibrose fazendo punções, introduzindo líquido de Calot e ao fim de 4 a 5 dias aspirando-o e substituindo-o por vitamina D₂.

Volvendo à estreptomina, o A. aponta as conclusões da última reunião (25.^a) anual da Sociedade Francesa de Ortopedia e Traumatologia realizada no ano passado em Paris, que condensaram as opiniões gerais. Dois princípios básicos: — Não existe diferença essencial no modo de actuação dos antibióticos micóticos (estreptomina) e dos de origem química (PAS, TB₁). Os antibióticos não curam no sentido anatómopatológico a lesão tuberculosa; permitem ao organismo resistir e eliminar

o agressor; aliviam-no de agressões reiteradas pondo-o na melhor das disposições, com a condição de serem utilizados os antibióticos segundo regras precisas baseadas no estudo das suas propriedades.

Nos casos de tuberculose ósteo-articular, sobre o estado geral a estreptomina possui uma acção constante promovendo a queda da temperatura, retorno do apetite, ganho de peso e transformação psíquica, transformação mais precoce do que durável.

Sobre os *abscessos*, a estreptomina por via geral mostra-se muito inconstante mas por via local dá habitualmente sucessos sendo no entanto necessário empregá-la correctamente. Deve-se escolher o local da punção e praticá-la segundo as regras da cirurgia e da assépsia. Quando haja focos septados, variar os locais da punção de modo a atingir zonas diferentes. Modificar a profundidade e a orientação da agulha de forma a aumentar ao máximo o contacto da estreptomina com os tecidos. O objectivo é forçar as barreiras, aumentar a concentração local, levar a droga a regiões inacessíveis por via geral. Não traumatizar nem fazer sangrar para se evitarem descargas bacilémicas. Utilizar a anestesia local e a mistura de estreptomina (do soluto a injectar) com novocaína. As doses a injectar variam entre 0,25 e 1 grama e no dia da punção, injeção por via geral deve ser diminuída para metade ou três quartos. O ritmo deste tratamento local pode ser diário, bi ou tri-semanal ou simplesmente semanal durante várias semanas, comportando em geral 10 a 20 injeções.

Rocher e Cuenot em crianças injectam após a evacuação do abscesso, 0,25 gramas de estreptomina juntamente com 50.000 unidades de penicilina. As punções a princípio são muito repetidas mas logo após a primeira injeção o pus se torna muito fluido e pela 4.^a já é seroso e claro. Às vezes os abscessos curam apenas com 4 ou 5 punções, rareando as punções de modo a fazerem-se de mês a mês ou de dois em dois meses.

Nas *fístulas* há que empregar maior quantidade de antibiótico que nos abscessos pois grande parte do medicamento se perde. A aplicação será diária três semanas e não mais porque se torna irritante. A quantidade é a mesma: 0,25 de estreptomina mais 50.000 de penicilina em cada fístula.

Com a terapêutica antibiótica, a duração da doença não parece ser muito modificada, mas pode falar-se no entanto de uma diminuição do tempo de evolução, e diminuição da gravidade das lesões. No entanto, estas ideias não são universalmente aceites, e assim Creyssel não crê que a estreptomina influencie, mesmo administrada prolongamente e em doses altas, a evolução radiográfica da tuberculose ósteo-articular; dispensa-a, para não ir criar um estado de estreptomino-resistência e ficar com uma arma intacta para o caso de uma complicação meníngea no episódio evolutivo grave ao nível de uma segunda localização.

Allenbach e Wiest mostram-se entusiastas com o tratamento local nas formas de sinovite do joelho, que de acordo com vários outros autores constitui uma das mais brilhantes indicações do tratamento-estreptomínico

local. Consegue com este tratamento (total de 30 a 60 gramas intra-articulares), com uma imobilização passageira e não rigorosa, uma cura em 5 a 6 meses.

A posologia para crianças deve cifrar-se por 0,50 grs. diários em crianças acima dos 5 anos de idade e 0,25 abaixo dessa idade. As doses médias totais devem andar à volta de 30 a 50 gramas e a duração do tratamento de 2 a 4 meses em média. A incidência de fenómenos de toxicidade, intolerância ou incompatibilidade é bastante rara, com estes esquemas de tratamento da T. ósteo-articular.

Nas *adenites*, Lester refere resultados surpreendentemente bons nos processos fistulizados considerando-a mais activa durante a fase inicial exsudativa; dá 20 miligramas por quilo de peso não ultrapassando a dose de 1 grama diário. Giuntini e Biondini utilizam a seguinte técnica: após punção ganglionar, injeção semanal de estreptomicina nas doses de 0,25 a 0,50 gramas diluído em 1, 2 ou 3 cc. de soro fisiológico de acordo com o tamanho do gânglio, podendo punccionar-se vários gânglios durante a mesma sessão; se a adenite está já fistulizada, será o processo abordado pelo tracto fistuloso.

Na *peritonite* bacilosa, que Matter e Ibañez consideram como complicação mais grave da infância depois da meningite, não existia anteriormente à estreptomicina nenhuma terapêutica francamente eficaz. Estes autores, seguindo a técnica de injeções intramusculares de estreptomicina, com intervalos de 4, depois 6 e finalmente 8 horas e com uma duração do tratamento total de 2 a 3 meses, tiveram resultados imediatos brilhantes, desaparecendo os sintomas em prazos relativamente curtos, mantendo-se a melhoria da suspensão da medicação.

Não se pode completar o ciclo dos agentes terapêuticos sem menção da quimioterapia e nesta sem referência aos dois agentes mais activos e mais empregados: o ácido para-amino-salicílico e a tio-semicarbazona ou T B₁.

O PAS goza de grande e merecida popularidade neste campo em especial associado à estreptomicina, com a vantagem da diminuição dos casos de resistência a esta droga. Passando em revista brevemente as indicações brilhantes deste agente, nota-se um grande entusiasmo nas formas abdominais especialmente na tuberculose intestinal (Corach), com regressões «cinematográficas» tal a expressão empregada pelo autor, tão rapidamente retrocediam os sintomas agudos. Uma outra indicação brilhante do PAS em matéria de tuberculose cirúrgica e aqui tem o A. experiência é no tratamento local das fístulas. As lavagens locais e infiltrações em volta do tracto com o PAS a 4 ou 5 % conduzem a resultados surpreendentemente bons.

O T B₁ tem sido acusado de grandemente tóxico e daí a desconfiança com que foi recebido a princípio. Essas reacções eram de tipo digestivo (náuseas, vómitos) e as alterações hepáticas e renais consideradas potencial é realmente graves. Parece que tais acidentes resultavam do exagero

de doses que se empregaram nas primeiras fases clínico-experimentais e das impurezas que continha. Uma vez ajustadas as doses e purificada a droga esses acidentes (pelo menos os graves) tornaram-se raros e apareceu a droga com todas as suas vantagens terapêuticas reais.

Em comparação com o PAS, o T B₁ não é tão activo (cerca de 100 vezes menos «in vitro»), mas «in vivo» produz os mesmos efeitos do que ele em dose 50 vezes menor. Daqui se infere a primeira grande vantagem. A dosagem do T B₁ é mínima; actua com doses da ordem dos 2 miligramas por quilo de peso donde resulta uma enorme economia da sua aplicação. As necessidades terapêuticas que com o PAS se cifram na ordem dos 15 a 20 gramas; satisfazem-se apenas com 10 a 25 centigramas de T B₁. Sendo os comprimidos doseados a 50 miligramas, é este o gasto diário (1 comprimido) de uma criança de 25 quilos.

Se não bateu a estreptomycina, é de salientar a sua acção sobre as fistulas tuberculosas de natureza óssea cujo efeito é surpreendente e rápido.

A *fisioterapia* desempenha um papel tão importante no tratamento da tuberculose cirúrgica que merece referências. O *clima* não constitui um elemento directamente curativo da doença mas é um importante adjuvante; o estímulo climático depende principalmente das radiações, com os seus três elementos a considerar: as radiações totais da atmosfera, os raios solares e a respectiva zona ultra-violeta. Há toda a vantagem numa máxima permanência ao ar livre, embora a habituação deva ser progressiva; essa permanência pode ser levada até à exposição durante a noite sempre que as condições térmicas o permitam.

A *helioterapia*, utilização directa da luz solar, especialmente dos componentes infra-vermelho e ultra-violeta, é um tratamento excitante geral elevando a qualidade de defesa do organismo em geral, melhoria de balanço cálcio/fósforo, aumento do metabolismo da gordura, dos eritrócitos e da hemoglobina, e produção de anti-corpos; e a própria atrofia óssea é particularmente reduzida. A cura de sol pode praticar-se em toda a parte onde o sol chegue, mas os centros desta terapêutica ficam sendo, por motivos físicos e climáticos, a montanha e o mar.

Um factor importante na técnica da helioterapia é que ao estímulo se siga o repouso, alternado o sol com a sombra. O contraste acentua os efeitos. As radiações devem ser dosificadas, ou melhor, graduadas observando-se cuidadosamente a temperatura, a velocidade de sedimentação, o apetite e outros elementos de ordem geral. Quanto mais jovem for o doente maior é a sensibilidade e mais cuidado há que ter. Deve começar-se pela dose minuto, e em cada dois dias aumentar-se o tempo de dois minutos e por regiões: gradualmente, os pés, pernas, coxas, baixo ventre, abdómen, peito e pescoço, alternando o plano anterior com o posterior. A duração total do banho não deverá ultrapassar as três horas por dia em doentes aclimatados e em estações com muito sol. Em zonas menos soalheiras este tempo pode no entanto aumentar.

A *actinoterapia artificial*, destina-se a substituir a helioterapia quando

ela não possa ser realizada (climas com pouco sol, durante o inverno) mas os resultados não são tão bons.

A radioterapia pelos raios X utiliza-se especialmente nos casos de adenite bacilosa; as opiniões são discordantes sobre a utilidade de este método.

Finalmente, a respeito da *terapêutica cirúrgica*, deve ser conservadora, pois trata-se de crianças com organismo em crescimento.

A *tuberculose ósteo-articular* tem uma evolução cíclica, com uma duração variável mas necessariamente longa, da qual não se podem apresentar senão valores aproximados que vão desde os seis meses nas pequenas articulações até aos quatro anos nas localizações coxofemurais ou espinhais; períodos estes podem ser alargados de modo inconstante e irregular por vários factores complicantes de ordem local e geral.

A evolução cíclica indicada explica como as T. O. A. possuem uma tendência natural para a cura após o período destrutivo, e este período reparador espontâneo permite que muitos dos casos de cura se observem sem terapêutica alguma. É pois esta tendência natural para a cura que o ortopedista tem obrigação de acompanhar, vigiando-a e favorecendo-o de modo que a cicatrização seja a mais adequada ao bom funcionalismo da parte afectada.

Esse desideratum consegue-se com o repouso, imobilização e descarga da articulação afectada, o que se realiza mediante dois métodos correntes: a extensão contínua e o aparelho de gesso. De qualquer dos modos se vai dominar a contractura muscular e evitar a ulceração compressiva. Qualquer destes dois métodos, quando se podem aplicar igualmente (e isto em casos de tuberculose ósteo-articular do membro inferior), apresenta as suas vantagens e desvantagens.

O aparelho de gesso tem a vantagem de melhor transportabilidade do doente mas imobiliza mais articulações do que a afectada, favorece a atrofia muscular e a descalcificação do sector imobilizado, inconvenientes estes que não existem quando se usa a extensão contínua a qual ainda permite uma melhor exposição para as curas de ar e sol. A extensão contínua requer uma vigilância mais cuidadosa e mais aturada, sendo difícil de manter em doentes privados e mais própria em instituições hospitalares ou sanatoriais.

Os objectivos do tratamento operatório são quatro:

1 — *Evacuação e drenagem* — Trata-se de um processo de emergência de um abcesso frio o qual deve ser sempre tratado por meios conservadores como punção, e incisão só feita no sentido de evacuar um conteúdo porventura muito espesso.

2 — *Descompressão* — A qual se torna necessária quando uma acumulação abcedária ou destrutiva invade tecidos ou cavidades que contenham órgãos vitais pondo em perigo a sua função. Também se trata de um processo de emergência.

3 — *Eliminação ou controle da doença* — É o objectivo mais impor-

tante cujo resultado procurado é a obliteração total da articulação tuberculosa. Numa anquilose articular obtida quer naturalmente ou por meio de operação, o futuro dessa articulação fica muito melhor salvaguardado e o perigo de recidiva é muito mais raro. A artrodesse desempenha pois um papel muito importante no tratamento da tuberculose articular mas também tem as suas indicações precisas e definidas.

Quando a aquilose se consegue naturalmente, como é o caso da infância, a intervenção já não tem lugar (uma vez que essa aquilose se deu em boas condições e em boa posição) e não tem lugar porque sendo essa aquilose óssea, já se realizou aquilo que a operação ia realizar: uma fixação articular. No adulto, pelo contrário, em que as aquiloses não são de tipo ósseo puro mas sim fibroso, onde a união das superfícies articulares cicatrizadas não oferece aquela garantia de segurança e fixidez da infância, onde se albergam bacilos em estado de latência prontos a entrar em acção quando se destruam as barreiras que os mantêm isolados em silêncio, aí está então indicada a intervenção que lhe vai conferir ou reforçar o bloqueio da sua articulação.

Uma outra consideração relativa à intervenção operatória diz respeito ao momento em que se deve realizar. Muitos cirurgiões defendem a precocidade da intervenção com o objectivo de encurtar o período da doença. O A. não concorda. Que a estreptomycin venha a encurtar a evolução de uma tuberculosa ósteo-articular, aceita-se; mas a intervenção operatória (no sentido de fixação, artrodesse das grandes articulações) é imprópria, inoportuna, e até perigosa. A intervenção não deve ser considerada como um processo de cura mas sim de após-cura, de consolidação, de prótese interna: deve-se esperar tal como no tratamento conservador, a estabilização e a reconstrução do processo local.

Uma intervenção intempestiva intra-articular mesmo em plena era estreptomycinica, que já permite certos arrojões, pode ter consequências desagradáveis, mas mesmo que essa intervenção não interfira com a articulação doente como é o caso das artodeses extra-articulares num doente ainda em fase de destruição constitui um traumatismo operatório que pesará duramente num doente debilitado por um processo infeccioso geral e grave. Em matéria de tuberculose ósteo-articular o factor tempo tem de continuar a ser largamente consumido.

4 — O quarto e último objectivo é o tratamento das deformidades ou posições viciosas que se formaram durante o tratamento conservador. Oferece-se nas formas infantis muitas vezes a indicação de tal tratamento que consta na sua essência de uma operação correctora, como uma osteotomia ou outra qualquer operação estabilizante.

Quanto a *tuberculose ganglionar*, como para a tuberculose ósteo-articular entrecrocavam-se os dois critérios opostos: o intervencionista e o conservador.

O método conservador hoje largamente apoiado pela estreptomycinoterapia geral reduz-se a punções periódicas quando se dá liquefacção

puriforme ou ao sedenho quando a flutuação é muito nítida e possa haver o receio de uma ulceração dos planos superficiais. Pessoalmente damos preferência a este método em formas mono ou pauciganglionares, pela sua facilidade e segurança, conseguindo-se em média numa semana esvaziar o conteúdo da bolsa ganglionar purulenta em localizações cervicais ou axilares.

O A. não aceita com simpatia os métodos intervencionistas, desde a simples incisão, esvaziamento e tamponamento com gase iodoformada até aos métodos de excisão em massa sobretudo dos gânglios cervicais, operações extensas com grandes cicatrizes residuais e de técnica difícil dada a região delicada que se explora e não isenta da possibilidade de acidentes de ordem nervosa principalmente sobre os 7.º e 11.º par. A fase óptima para se proceder a uma tal operação corresponde ao estado em que os gânglios ainda estão discretamente aumentados; a caseificação e fusão purulenta dificultam a intervenção e têm de ser excisados todos os gânglios sob o risco de ter de se intervir novamente.

A intervenção operatória nos casos de *tuberculose peritoneal* pode consistir em: 1 — Laparotomia simples com remoção do líquido e encerramento do abdómen sem drenagem; 2 — Remoção dos focos de infecção (apendicectomia, oóforectomia, salpingectomia; 3 — Insuflação de oxigénio intraperitoneal, contraindicada nos estados agudos, nos casos de tuberculose intestinal ulcerada avançada e nas formas plásticas; 4 — Introdução de solutos salinos intraperitonealmente no fim da operação para se evitar a formação de aderências; 5 — Intervenção para resolver uma obstrução intestinal.

Nas formas infantis poucas oportunidades há de intervir em qualquer destas situações, mais patentes nas formas adultas, as quais por seu turno desde o advento da estreptomina sofreram uma importante evolução no sentido conservador, com considerável melhoria prognóstica.

A VITAMINA E NAS GLOMÉRULO-NEFRITES AGUDAS. — Preconizada por Shute em 1946, foi este método de tratamento empregado, com resultados favoráveis por Escudero e por Prosperi. Seguindo as suas indicações o A. experimentou-o em 10 crianças doentes, na dose de 50 miligramas por dia de vitamina, tratamento que se prolongou por períodos de tempo nunca inferiores a 20 dias. Não obteve os efeitos observados por aqueles autores, pois só em dois de aqueles casos foram notáveis as melhoras.

JORNAL DO MÉDICO — N.º 528 (7-III-1953): *O tratamento hospitalar e o domiciliário*, por L. Macias Teixeira; *A saúde escolar no ensino primário infantil*, por Ludgero Parreira; *Doentes com nevos e atrasados mentais*, por M. Schachter. N.º 529 (14-III): *O dique e a claque*, por Celestino Gomes; *Sobre as amputações amiotómicas na raiz dos membros*, por F. Pais de Vasconcelos; *Reacções de adaptação nos estados de subnutrição*, por Dutra de Oliveira; *Cholesterol e doenças pre-*

cipitantes, por J. Loeper. N.º 530 (21-III): *A hereditariedade dos tumores e malformações vasculares, do encéfalo*, por Gerhard Koch; *Hipertensão essencial*, por M. Teles Leitão; *Acerca da aplicação do B. C. G. em emulsão fresca na Província de S. Tomé e Príncipe*, por A. M. Amaro Nogueira. N.º 531 (28-III): *A pessoa humana segundo o existencialismo*, por Raúl Ribeiro; *Gastro-ileostomia com fistula gastro-ileo-cólica*, por Joaquim Bastos e Albano Ramos; *Surdez no trabalho, dúvida sobre a sua génese*, por Fausto Dias; *A radioterapia das espondiloses cervicais com manifestações oto-neuro-oftalmológicas*, por Ch. M. Gros, G. Greiner e S. Burg.

REACÇÕES DE ADAPTAÇÃO NOS ESTADOS DE SUBNUTRIÇÃO. — A hiponutrição provoca reacções anormais a agentes vulnerantes de vária ordem. Estados de nervosismo, de fadiga, de adinamia e de insónia podem, no fundo, depender da carências alimentares. São, por vezes mesmo, despertados por uma causa fisiológica, como seja a menstruação. Podem aparecer ao instalar-se uma infecção aguda, que actua como factor desencadeante; assim sucede nos distúrbios intestinais das crianças.

A razão dos distúrbios está numa disfunção hepática, por carência de proteicos; são reacções de adaptação às condições de depleção hepato-plasmática de que sofrem os desnutridos.

Tanto os factos experimentais como os clínicos mostram as lesões hepáticas produzidas pela alimentação hipoproteica. Em crianças alimentadas quase só com hidratos de carbono observam-se os sintomas da distrofia pluricarencial hidropigénica; tratadas com vitaminoterapia intensiva, muitas morrem e a autópsia mostra fígado gorduroso, porque não se atende que, em primeiro lugar, há que estabelecer o teor normal proteico do organismo. Por outro lado, as vitaminas tem de ser combinadas adequadamente, importando mais o critério de escolha dos componentes das preparações farmacêuticas, que as altas doses na mistura; escolha difícil, pelo que respeita ao complexo B.

GAZETA MÉDICA PORTUGUESA, V, 1952 — N.º 4 (4.º Trimestre): *Adenoma brônquico*, por Tomé G. Villar e A. Pereira Dias; *Hipertensão portal, contribuição para o seu estudo experimental*, por Joaquim Bastos, A. Salvador Júnior e Abel S. Tavares; *Tumores linfáticos do intestino delgado*, por J. de Borja Araújo; *Ascariidose, migração de numerosos vermes adultos pela veia porta, focos de necrose do fígado de morfologia particular*, por Jorge Horta e Jácome Delfim; *Um caso de mioma do útero de especial aspecto macroscópico*, por Maria Eugénia Horta; *Córtex suprarrenal*, por Joaquim Fontes; *Valor clínico da electroquimografia no estudo do infarto do miocárdio*, por Aleu Saldanha e P. Madeira Pinto; *Hallux valgus* (em inglês), por Carlos Khoury; *Nota prévia sobre febre Q*, por João Tendeiro; *Temas de fisio-mecânica respiratória*, por Celso Horta e Vale; *Lobectomia por bronquiectasias secundárias a um processo tuberculoso*, por Rui de Lima e F. Rosa Santos;

Alterações hormonais no cancro do colo uterino, por M. P. Hargreaves e Gil da Costa Filho; *Os grandes desvios reno-ureterais e as suas imagens piolográficas*, por A. Carneiro de Moura; *Pneumo-retroperitoneu e pielografia ascendente no estudo dos tumores da loca renal*, por Pinto de Carvalho e C. Rocha Pinto; *Anestesia em cesariana*, por A. Vaz Caldas; *Considerações sobre o valor das culturas no diagnóstico da tuberculose*, por Ângelo F. Moreno.

ADENOMA BRÔNQUICO. — Quando se trata de tumores bronco-pulmonares é por vezes difícil separar nitidamente os tumores benignos dos malignos. A existência de tipos de transição, que umas vezes se comportam como benignos, outras como malignos, levou Jackson a estabelecer um grupo à parte, intermediário entre uns e outros, e é neste grupo que se deve colocar o adenoma brônquico, à volta do qual se tem levantado grande polémica. Uns autores, com Jackson à frente, consideravam estes tumores como benignos, sempre. Outros, como Graham e Womack, pensam tratar-se de tumores pelo menos potencialmente malignos, pois podem originar metástases ganglionares, ósseas ou hepáticas, ou apresentar degenerescência maligna. Ora, chegar-se a um acordo neste ponto é de capital importância para a orientação terapêutica.

O adenoma brônquico, histologicamente, é bastante polimorfo, mas é de crer que a sua benignidade ou malignidade dependa do tipo citológico predominante. Assim, o adenoma propriamente dito, de células pequenas, regulares, de núcleos ovóides e hiperromáticos, sem mitoses atípicas e com disposição alveolar, não se infiltra habitualmente, não dá metástases, cresce lentamente, é essencialmente benigno.

Já o mesmo não acontece com o chamado cilindroma, de células cúbicas dispostas em volta de um estroma que sofreu degenerescência hialina ou mucóide, o qual invade com frequência os gânglios linfáticos regionais, tende a alastrar para fora do brônquio. Maior poder evolutivo tem as formas pluritissulares, poder cuja intensidade está ligada ao tipo de célula predominante.

Finalmente, o adenoma mio-epitelial, em que predominam as células fusiformes, representa o tipo com maior tendência invasora e metastasiante.

Os adenomas brônquicos são tumores que geralmente se manifestam em indivíduos entre os 30 e os 40 anos de idade, com leve preferência pelo sexo feminino. Constituem 6 a 12 por cento da totalidade dos tumores bronco-pulmonares.

Localizam-se habitualmente nos grandes brônquios, e mais vezes à direita; raramente aparecem na traqueia, preferindo a parte inferior.

Ao contrário do que acontece com o carcinoma, o adenoma não destrói a mucosa ao invadir o lume brônquico, mas empurra-a à sua frente, mantendo-a intacta durante bastante tempo; só tardiamente se nota hiperplasia da mucosa, e às vezes erosão, produzidas pela compressão exercida

pelo tumor. Este comportamento da mucosa torna impossível o diagnóstico pelo exame citológico da expectoração.

Os sintomas que denunciam a sua presença são a hemoptise (o mais precoce e o mais constante) e os sinais de irritação dos brônquios e da sua obstrução. Perante tal sintomatologia, o doente deve ser estudado nos seguintes aspectos: 1 — estado do parênquima pulmonar servido pelo brônquio no qual existe o tumor; 2 — desenvolvimento extra-brônquico do tumor; 3 — localização e tipo macroscópico e tipo histológico do adenoma.

A não ser que o diagnóstico seja muito precoce, o tecido pulmonar servido pelo brônquio afectado sofre alterações que vão da atelectasia à supuração e formação de dilatações brônquicas e abscessos; o exame clínico e a telerradiografia elucidam este ponto.

O estudo da porção extra-brônquica do adenoma tem a maior importância para a terapêutica, porque muitas vezes é maior que a porção intra-brônquica; a tomografia dará a precisa elucidação.

Finalmente, a broncografia fornece os dados relativos à localização exacta do tumor e à sua forma anatómica, e permite a biopsia para exame histológico; biopsia que deve ser grande, para evitar o errado diagnóstico de carcinoma motivado pela metaplasia da mucosa, sendo raramente graves as hemorragias que provoca, as quais se dominam com insuflação de subnitrito de bismuto ou por meio da electrocoagulação.

Perante um adenoma brônquico, três métodos terapêuticos podem empregar-se: radioterapia, extirpação endoscópica, cirurgia directa.

A radioterapia diminui consideravelmente a vascularização do tumor, e conseqüentemente o volume das hemoptises. Tratamento sitomático útil, é também benéfico como preparação para o tratamento endoscópico, que se torna menos perigoso.

A extirpação endoscópica está indicada nos casos em que, com parênquima pulmonar relativamente íntegro, não há apreciável desenvolvimento extra-brônquico do tumor, este está situado na traqueia ou nos grossos brônquios, e é de tipo histológico habitualmente benigno.

A cirurgia directa pode fazer-se por broncotomia ou por exérese pulmonar. A escolha da intervenção depende da localização e extensão das lesões.

Os AA. apresentam 5 observações clínicas, sendo 4 de adenoma e 1 do tipo intermediário, histologicamente maligno mas com aspecto clínico de benignidade.

ESTUDO EXPERIMENTAL SOBRE A HIPERTENSÃO PORTAL. — As relações entre a hipertensão portal, a esplenomegalia e as varizes do esófago constituem assunto ainda cheio de incertezas. Procurando esclarecê-las, os AA. trabalharam em cães, provocando obstáculos à circulação portal, em diversos pontos do sistema venoso porta; nalguns dos animais fizeram também simpaticectomias. Chegaram às seguintes conclusões:

1 — As dificuldades da dinâmica circulatória no sistema porta não produzem sempre aumento de volume do baço. Se no decurso dos primeiros dias se observa congestão passiva do baço (associada a hiperemia activa quando se fez também simpaticectomia regional), nunca se obtém verdadeiras esplenomegalias; mais tardiamente, a congestão passiva dá origem a esclerose e atrofia do órgão. Produz-se fácil e rápida formação de novas vias de derivação venosa que asseguram satisfatória circulação de retorno.

2 — A esplenomegalia não é indispensável para a produção de varizes esofágicas. Encontraram varizes por constrição da veia porta sem aumento de volume do baço, e até em animais sem este órgão.

3 — Dos vários procedimentos operatórios destinados a realizar a hipertensão do sistema porta e a provocar a formação de varizes esofágicas, os melhores são os que visam directamente a veia porta.

4 — Consecutivamente ao obstáculo venoso, com frequência e importância se estabelecem anastomoses entre a porta e a cava; o organismo procura assim compensar a perturbação circulatória, criando relações directas entre a veia porta e a circulação sistémica.

5 — Pelo que respeita à acção exclusiva da hiperemia activa na génese da esplenomegalia, não colheram elementos suficientes para tirar conclusões.

6 — Nos casos em que associaram as simpaticectomias às obstruções do sistema porta, notaram que a rede venosa de derivação é formada por vasos mais finos; algumas vezes manteve-se um aspecto nitidamente congestivo do baço, parecendo que a hiperemia activa provocada desempenha papel adjuvante no estabelecimento dos fenómenos veno-hipertensivos regionais.

TUMORES LINFÁTICOS DO INTESINO DELGADO. — Estudo de 3 casos, em dois dos quais havia tumores múltiplos, denunciando proliferação simultânea de grande parte do tecido retículo-linfático, e vários aspectos de semelhança com as doenças leucóticas. Todos foram operados de urgência, com sobrevida, um por obstrução intestinal e dois por perfuração; o que leva a pensar ser este acidente mais frequente do que tem sido considerado.

ASCARIDIOSE COM MIGRAÇÃO DE VERMES ADULTOS PELA VEIA PORTA. — Se a ascaridiose, só por si, não tem grande importância clínica, as complicações a que dá lugar a migração dos vermes constituem doenças, geralmente graves e por vezes mortais. Essas migrações podem fazer-se para os mais variados pontos, originando quadros cuja etiologia por vezes é difícil descortinar.

O caso apresentado aqui refere-se a uma criança de 7 anos que fora hospitalizada por doença febril que já tinha quinze dias de evolução, com variadas manifestações digestivas, icterícia e erupção cutânea petequential. Pouco a pouco foi melhorando, e doze dias depois de internada,

quando já só apresentava leve hipertrofia do fígado, teve uma melena e três dias depois surgiu uma hemorragia intestinal tão profusa que a vitimou, sem dar tempo a fazer-se uma transfusão sanguínea.

Na autópsia verificou-se que as hemorragias foram devidas a rotura da veia porta, em cujos ramos se encontraram numerosos vermes, que lá chegaram por perfuração do duodeno, que estava inflamado e cuja mucosa, na primeira e segunda porções, estava necrosada. O fígado tinha lesões importantes, notavelmente focos de necrose, uns recentes, outros mais antigos; focos que devem ter sido produzidos pela reacção antigénio-anticorpo motivada pela presença dos vermes e seus produtos.

A propósito de este caso interessante e raro, os AA. fazem uma completa revisão das migrações dos áscaris e suas consequências, com referência à importância que a verminose pode ter no aparecimento de fenómenos alérgicos.

FISIO-MECÂNICA RESPIRATÓRIA. — Sobre fisiologia da respiração há várias doutrinas, em diversos pontos contraditórias. Neste trabalho, o A. critica-as, procurando conceitos firmes. Concorde com Donders em que as forças de tracção inspiratória se repartem uniformemente pela superfície do pulmão, pois a pressão na cavidade pleural é normalmente uniforme; mas o mediastino está excluído de este regime tensional, pois representa, entre os dois hemitórax, um espaço aberto, estranho à actividade dos compartimentos vizinhos.

O pulmão é um órgão contractil, o que principalmente se deve à parede endotelial do alvéolo, identificável com a dos capilares, cuja contractilidade é por todos reconhecida; é à falta de esta propriedade, e não ao espasmo dos brônquios, que principalmente se deve a dispneia expiratória do acesso de asma.

Os movimentos peristálticos activos, de torsão, na expiração, seguidos de distorsão passiva na inspiração, explicam o alongamento e alargamento dos canais na inspiração e o encurtamento e estreitamento na expiração. Este mecanismo é mais importante para a expulsão da mucosidade que o papel dos cílios vibráteis.

Não é aceitável a explicação clássica da insuflação retrógrada com o esforço da tosse, para o fenómeno da iluminação dos vértices.

No mecanismo da tosse, não é lícita a explicação tradicional de ser a glote o opérculo geral da árvore bronco-alveolar; devem existir formações esfinterianas que barram o caminho que vai dos alvéolos aos grandes brônquios e à traqueia, o que corresponde às diferenças de estrutura histológica de uns e outros condutos. Provavelmente, essa disposição desempenha importante papel no mecanismo da tosse, como dique de separação entre a vastíssima represa alveolar e os tubos colectores representados pelas arborizações tráqueo-brônquicas; na preparação da tosse, ao mesmo tempo que se tapa a glote, fechar-se-iam os esfínteres bronquiolares, e o ar seria comprimido e represado nos alvéolos.

REVISTA PORTUGUESA DE OBSTETRÍCIA, GINECOLOGIA E CIRURGIA, V, 1952 — N.º 4 (Julho-Agosto): *A colpocitologia no diagnóstico do pré-cancro*, por Francisco Gentil; *Considerações sobre a importância clínica do factor RH*; *Uma situação clínica de urgência: edema angioneurótico*, por J. S. Veiga Vieira. N.º 5 (Set.-Out.): *Colpocitologia em Obstetrícia*, por O. Rodrigues Lima e M. de Benning Kamnitzer; *O cirurgião não deve ser abstencionista em face da hipertensão portal*, por J. Gouveia Monteiro; *Manobra de Bracht*, por M. B. Rodrigues Lopes.

HIPERTENSÃO PORTAL. — O síndrome de hipertensão portal pode ter causas muito diversas, de bloqueio intra-hepático ou extra-hepático. O primeiro pode dever-se a anomalias congénitas, quistos, tumores, gomas sífilíticas, etc.; mas na imensa maioria dos casos deve-se a um processo de cirrose. O bloqueio extra-hepático resulta da obstrução do sistema-porta por estenose, trombose ou compressão extrínseca, da mais variada natureza; o obstáculo localiza-se geralmente na própria veia porta, mas pode estar também na veia esplénica.

Se as causas podem ser muito diversas, a sintomatologia é sempre a mesma: aumento de volume do baço inicialmente só congestiva, depois com fibrose (podendo dar hiperesplenismo em regra rotulado de doença Banti); deficiências nutritivas, meteorismo e flatulência, por estase intestinal ocasionada pela hipertensão das mesaraicas; desenvolvida rede venosa abdominal, varizes hemorroidárias e sobretudo esofágicas, pela vicariação venosa que se estabelece em direcção aos sistemas das veias cavas; ascite, devida principalmente à hipertensão nos capilares portais e à pressão coloidosmótica de um plasma rico em proteínas, patogenia esta em jogo na grande maioria dos casos; restrição da diurese e da natriurese, provocada pela expoliação de água e sódio condicionada pela ascite.

Esta é a sintomatologia própria da hipertensão por obstáculo intra-hepático ou no tronco da veia porta. Se este está na veia esplénica, haverá sobretudo esplenomegalia fibro-congestiva; não dá estase intestinal e a ascite é escassa, mas origina varizes esofágicas. Se o entrave existe na mesentérica superior, há estase intestinal com ascite muita vez, mas não se formam varizes esofágicas.

Como o tratamento médico não pode remediar a hipertensão portal, tem de contentar-se com o propósito de corrigir a hipoproteinemia e a retenção hidrosalina. O repouso, a dietética, os extractos hepáticos e os lipotrópicos podem promover a reabsorção da ascite em muitos cirróticos, principalmente quando a doença não está ainda em fase avançada. Por vezes, porém, esses procedimentos não são operantes, e, dentro da terapêutica médica, tem-se tentado outros mais enérgicos, mas na verdade de duvidoso proveito: injeccção parenteral de albuminas, severa restrição de sódio.

O tratamento médico da ascite, orientado segundo o estudo minucioso

da sua patogenia, deve fazer-se com energia e perseverança; devem banir-se as paracenteses e os diuréticos mercuriais, que apenas servem para empobrecer o organismo em sal e proteínas. Se bons resultados se podem conseguir assim, a medicina, porém, nada pode contra as varizes esofágicas e contra o hiperesplenismo. Por isso, nestas duas situações, bem como nos casos de ascite irremovível medicamente, é lícito tentar a cirurgia, cujas indicações gerais podem apontar-se da seguinte maneira: como regra, quando se trate de bloqueios extra-hepáticos, de hemorragias por varizes esofágicas, ou de hiperesplenismo intenso. Nas ascites a conveniência de uma intervenção depende do balanço a fazer entre o perigo da doença e o risco da operação.

O MÉDICO — N.º 79 (5-III-1953): *O problema da «causa» ou do «factor precipitante» nos síndromas psicossomáticos*, por Amílcar Moura; *A luz azul*, por M. Azevedo Fernandes; *Em véspera de um debate sobre segurança social dos trabalhadores*, por Eurico Paes; *O socialismo do Dr. Rocha Páris*, por Mário Cardia; *A propósito dos hospitais escolares*, por M. da Silva Leal. N.º 80 (12-III): *Intoxicação alimentar colectiva*, por Castro Soares, Bernardino Pinho e Melo Caeiro; *A distócia nos meios rurais*, por Freitas Simões; *Intoxicações alimentares*, por J. Andresen Leitão; *Carta aberta ao Sr. Dr. Cerqueira Gomes*, por J. Pacheco Neves; *A medicina inglesa*, por J. Paiva Chaves. N.º 81 (19-III): *Helminíase intestinal e apendicite*, por João de Melo; *O problema da infância*, por Maria F. da Costa Andrade; *Evolução da avitaminose C*, por G. Di Maggio; *Ainda os Hospitais Escolares*, por M. da Silva Leal; *Os loucos e o folclore médico*, por Castillo de Lucas; *Hemosiderose pulmonar*, por João Porto e Antunes de Azevedo; *Legislação e organização da luta anti-venérea em França*, por Aureliano da Fonseca; *Homenagem ao Prof. Reynaldo dos Santos em Madrid*, por Castillo de Lucas.

INTOXICAÇÃO ALIMENTAR COLECTIVA. — Em Outubro do ano passado, num colégio de Lisboa, surgiu uma série de casos de doença, de aparecimento súbito, pouco tempo depois da refeição do almoço e com caracteres de toxi-infecção alimentar: cefaleias, náuseas e vômitos, cólicas intestinais, e nalguns doentes cáimbras abdominais e colapso. Os dados clínicos e epidemiológicos indicaram tratar-se provavelmente de um quadro produzido por toxina estafilocócica; as análises efectuadas vieram favorecer este ponto de vista. A indagação sobre os alimentos ingeridos na aludida refeição incriminaram um prato de peixe, pargo, em salada, com ou sem maionese, e nele foi encontrado o estafilococo. O peixe deve ter sido infectado pelo moço da cozinha, de cuja nasofaringe se isolou o coco em questão. O peixe fora comprado dois dias antes e guardado no frigorífico; quatro horas antes da refeição intoxicante fora cozido e mantido na cozinha, cuja temperatura era favorável à produção da toxina, circunstância que explica a intoxicação proveniente da infecção

do peixe ao preparar-se a salada, três horas antes de ser consumida, espaço de tempo bastante para se dar a pululação microbiana e consequente produção da toxina.

HEMOSIDEROSE PULMONAR. — Muitos cardiopatas com aspecto radiológico de numerosas imagens micronodulares (com cerca de um milímetro de diâmetro, disseminadas por ambos os campos pulmonares e associadas a outras de rede fina) tem passado erradamente por sanatórios para tuberculosos e sido sujeitos a tratamentos intempestivos, com diagnóstico de granúlia fria. Tais imagens são devidas à sobreposição radiológica de conglomerados celulo-pigmentares. Outras entidades mórbidas podem motivar diagnóstico diferencial, tais a carcinose miliar, a silicose, a forma pulmonar da doença de Besnier-Baeck-Schaumann; mas é com a tuberculose miliar que as confusões podem ser mais fáceis. Neste caso, a certeza é dada pela pesquisa das células cardíacas, características, pelo exame da expectoração ou da polpa colhida por punção pulmonar.

De hemosiderose pulmonar em cardiopatas apresentam-se aqui 3 casos, em homens, confirmados por exame histológico. Alude-se a casos da doença sem cardiopatia, forma idiopática, rara, própria das crianças; é afecção cíclica, com surtos agudos separados por períodos de acalmia, e sintomatologia que lembraria a da icterícia hemolítica se não fora o facto de ser normal a resistência globular.

Esta doença encerra problemas de patogenia por resolver. Não se sabe o motivo pelo qual, havendo tantos cardíacos que apresentam hemoptises, só alguns de eles elas aparecem. Também se ignora a razão do aparecimento da doença em indivíduos que não são cardíacos. Por enquanto estamos ainda no campo das hipóteses.

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

Gangrena simétrica das extremidades e fenómeno de Raynaud

ARNALDO MARQUES, professor de Clínica Propedéutica Médica na Universidade do Recife, apresenta o assunto (*O Hospital*, Fev. de 1953) nos seguintes termos:

« — Dentre os distúrbios circulatórios periféricos sobressaem, pela sua frequência e relativa gravidade, os estados necróticos das obliterações arteriais. É muito rica, porém, a semiótica das extremidades em suas relações com a circulação sanguínea e a vaso-motricidade. Relacionando-se de longe com a Acrocianose crónica, com o Hipocratismo digital e com a Eritromelalgia, três outros syndromes, de veras enigmáticos, vêm despertando, de há muito, a contínua atenção dos clínicos e dos fisiologistas. São eles o «Dedo morto» de Dieulafoy, as «Crises banais de espasmo arteriolo-capilar» e a «Doença de Raynaud». Os dois últimos, sobretudo, estão ligados por parentesco muito próximo. Compulsando as obras clássicas e cotejando as descrições clínicas nelas contidas com as modernas caracterizações do «Fenómeno

de Raynaud», devidas sobretudo aos estudos de T. Lewis, não há como fugir à aproximação dos três quadros clínicos, embora apenas aparente seja esta similitude.

As crises de espasmo capilar ou de hipertonia arterial local devidas ao frio, com a fuga momentânea do sangue de um ou mais dedos, ocorrem em indivíduos perfeitamente hígidos, apenas portadores de uma especial predisposição mórbida. Uma tal hipertonia arteriolar paroxística é um «Fenómeno de Raynaud» esboçado, que não constitui doença e, de facto, quase nunca é levado ao conhecimento do médico. Thomas Lewis e Pickering o definiram como: «a oclusão activa e intermitente das pequenas artérias do tipo das digitais que levam sangue às extremidades; manifesta-se clinicamente pelo descoramento das partes afectadas que tomam um aspecto cianótico ou céreo, entumescimento frequente e queda da temperatura até à do meio ambiente». O paciente pode acusar, durante a crise, uma fugaz sensação de dormência ou peso no segmento afectado. É o «dedo morto» de Reil, o dedo de cera ou de marfim, simples exagero da reacção normal ao frio (Leriche).

Não muito diferentes são os angioespasmos dos portadores de hipertensão e de nefrite azotémica, embora bem diversa seja a significação clínica destes fenómenos, tão frequentes e característicos. Georges Dieulafoy catalogou-os entre os pequenos sinais do brightismo. Foi o primeiro a assinalar este sintoma do «Mal de Bright» e descreveu-o como se segue: «C'est la sensation du *Doigt Mort*, sensation analogue à celle qu'on éprouve quand on a exposé ses mains à un froid vif. Les malades accusent des fourmillements, des douleurs, des crampes dans les doigts; et parfois l'extrémité des doigts devient exanque, pâle, insensible. Cet état dure quelques minutes, un quart d'heure, une demi-heure, et revient par accès. Ce symptôme atteint les doigts et rarement les orteils; il se localise tantôt à un doigt, tantôt à un autre, ou à plusieurs doigts, parfois il y a symétrie; rarement tous les doigts de la main sont atteints».

Do complexo sintomático descrito magistralmente por Maurice Raynaud, em 1862, fazem parte, sem dúvida, as sensações e os sinais objectivos assinalados nos dois quadros acima. Outros elementos porém são apontados como imprescindíveis à caracterização da «nova doença» que o célebre clínico francês pretendeu haver descoberto. Evolução crónica, de dois anos ao menos, crises intermitentes de síncope local, seguida de cianose, tudo motivado pelo frio ou pelas emoções, ausência de perturbação orgânica como causa, distribuição simétrica, ficando poupados os dedos polegares, e podendo terminar com distúrbios tróficos da pele, constituídos sobretudo por flictenas, esclerodermia ou gangrena superficial.

O conceito de «Doença de Raynaud» dominou por certo tempo. Tal como muitos dos quadros mórbidos que levam o nome de um patologista célebre, teve magnífica acolhida. Muito cômoda e elástica, igualmente como o «Mal de Banti» ou o «Mal de Basedow», a nova rubrica motivou, sem dúvida, um grande número de desastrosos erros de diagnóstico. Entretanto, a revisão dos estudos de Raynaud, leva a crer, como acentua R. Richards, que não se trata em absoluto de nova entidade mórbida, mas de uma série de transtornos locais que podem ocorrer nas extremidades, no decurso de numerosas formas de doenças vasculares periféricas. Ao autor francês cabe o mérito de haver descrito magistralmente o fenómeno fundamental de síncope seguida de asfixia e localizado nas mãos; dentre os seus 25 casos, sobre que baseou o seu memorável estudo, podem ser todavia distinguidas, pelo menos, dez doenças diversas.

Fica pois de pé, neste controvertido terreno da patologia clínica, tão sòmente o curioso fenómeno vaso-motor a que está definitivamente ligado o nome de Maurice Raynaud. O seu mecanismo íntimo é, como sempre acontece, matéria de dúvidas. — Espasmo dos vasos digitais, por distonia vasomotora (hipótese de Raynaud), lesão das artérias dos dedos, condicionando hiper-

-sensibilidade reaccional das suas paredes (teoria de Lewis) e simples distúrbio funcional do sistema simpático (conceito patogénico defendido por Homans e Smithwick), eis as três tendências em lide. As duas fases essenciais do fenómeno corresponderiam, respectivamente, ao espasmo do segmento arterio-capilar (síncope) e à dilatação passiva subsequente da secção venosa (asfixia). As perturbações tróficas sobreviriam em consequência da desnutrição, por falta de circulação, reinante em ambas as fases.

No que tange às relações entre a gangrena simétrica e os espasmos vasculares, jamais foi negado que estes, se muito intensos ou prolongados, podem condicionar a extrema perturbação trófica; esta representada pela necrose (gangrena seca e superficial) é, não raramente, a consequência de uma longa série de espasmos. Podem entretanto os dois fenómenos manifestar-se isoladamente, sem qualquer ligação entre si. Os portadores de crises vasculares espasmódicas poderão jamais apresentar manifestação trófica dos dedos; do mesmo modo, a gangrena simétrica das extremidades em dados casos surgirá inopinadamente em indivíduo até então isento de todo e qualquer distúrbio vascular evidente. — »

De este último feito é o caso de um doente, homem de cor branca, operário, de 67 anos, portador de arteriosclerose cerebral, o qual é acometido, súbitamente, de um síndrome de espasmo arteriolar, complicado de perturbações tróficas intensamente dolorosas na primeira semana de evolução, quando se acompanhou de acentuada astenia muscular. As lesões de gangrena localizaram-se em 4 dos dedos da mão direita, em 2 da esquerda, havendo também zonas de necrose no grande dedo do pé direito, no terço superior de ambas as coxas e na face externa da perna direita. Artérias duras. Nem hipertensão nem oclusões arteriais.

O doente que foi observado durante 14 meses consecutivos, apresentou hiperglicemia nos dois primeiros meses de doença e, na fase de cicatrização, lesões cutâneas das pernas e pés (dermoepidermite, com vesículas e descamação) e sinais discretos de comprometimento renal.

A gangrena, de tipo superficial, seca e mumificante, curou lentamente, tendo as cicatrizes das mãos alterado as impressões digitais.

Além de tratar-se de uma afecção que o autor considera de extrema raridade o facto é curioso pelas circunstâncias em que se processou. Com efeito, o paciente, que viveu durante 40 anos no Estado do Paraná, onde a temperatura do inverno não raro desce abaixo de zero, jamais apresentou ali manifestações similares, nem ao menos manifestações espasmódicas dos vasos periféricos, tipo «fenómeno Raynaud»; surpreendentemente veio a ser acometido de gangrena simétrica das extremidades na capital de Pernambuco, aliás o seu estado natal, na estação chuvosa de 1951, com temperatura variando entre 21 e 28 graus centígrados e a humidade relativa de 83 a 85 %.

O autor faz considerações em torno da etiopatogenia do «Síndrome de Raynaud» e dos quadros clínicos limítrofes, abstendo-se contudo de firmar opinião sobre a causa da gangrena simétrica do seu doente, a que não poderiam ser estranhos contudo a arteriosclerose de que era portador e as privações e o desconforto de que foi vítima, afligindo-o moralmente e expondo-o à acentuada humidade ambiente.

Depois de referências sumárias a um caso típico de fenómeno Raynaud não patológico (dedo-marfim banal) e a dois outros de estase capilar aguda por injeção oleosa em um braço, remata com as seguintes conclusões:

1) O fenómeno das crises de vaso-constricção das extremidades, de que participam, provavelmente, o ramo arteriolar do capilar, com o esfíncter pre-capilar, a metarteriola (Chambers e Zweifack) e também a artéria digital, relaciona-se directamente com uma disfunção neuro-vegetativa e é idêntico em todos os casos, variando apenas quanto à sua duração e as suas consequências.

2) Há uma grande confusão em torno das expressões «dedo morto» e doença, síndrome e fenómeno de Raynaud. É de muita importância metodizar a terminologia neste terreno, adoptando para as crises de vaso-constricção esporádicas, simples ou não patológicas a rubrica de «Dedo marfim». Aquela de «Síndrome de Raynaud», exigindo sempre uma especificação, teria assim uma mais clara significação. Deste modo os dois estados, que afinal são intimamente relacionados, teriam uma discriminação prática e se diferenciariam do clássico «dedo morto de Dieulafoy» dos nefroescleróticos.

3) As maiores dúvidas estão justamente na questão etiológica e, em especial, no apontar os factores desencadeantes das crises vasoconstritivas das extremidades, que são múltiplos, dentre eles destacando-se o frio húmido e as emoções. Papel saliente goza também a predisposição constitucional, representada por uma regulação térmica deficiente.

4) Na clínica, a separação entre o «Síndrome de Raynaud» e os estados de obliteração arterial é absolutamente possível e deve ser feita em todos os casos. Na prática, porém, por leviandade ou comodismo, vemos com frequência o emprego abusivo e desastroso da rubrica diagnóstica «Síndrome ou Doença de Raynaud» para os mais diversos estados de necrose das extremidades, tendência aliás inspirada nas descrições clássicas, bastante imprecisas, sobre o assunto.

A vacinação pela B. C. G. em relação com outras vacinações

Escrevendo sobre a vacinação pela B.C.G. em meio familiar tuberculoso, sem separação das crianças (à qual se mostra favorável quando a intradermo-reacção à tuberculina for negativa), M. FOURESTIER e colaboradores (*La Presse médicale*, 22-xi-952) aconselham a que não se juntem à anti-tuberculosa outras vacinações, devendo entre elas haver um intervalo de pelo menos três meses quando a B.C.G. é a segunda a fazer-se, e de seis meses quando é a primeira vacinação efectuada.

A razão está nos choques provocados pelas vacinações, que diminuem resistências às infecções. Recentemente, Rendu coligiu uma centena de observações de manifestações bacilares consecutivas a vacinações diversas, que não a feita pela B.C.G.

A junção da B.C.G., apesar de esta ser pouco chocante, a outras vacinas, é má, pois pode provocar acidentes consideráveis, principalmente se o vacinado estiver em contacto com tuberculosos. Não tem razão um trabalho recente, de Ivenskaja e Feyguina, que dizem ter associado a B.C.G. à vacina antidiftérica, em 150 crianças, sem qualquer incidente, porque o número é pequeno para se poder concluir pela inocuidade do processo. Aliás, nenhum trabalho provou vantagem em tal associação, por pretensão sinergismo de actividade.

Regras para o emprego das irrigações vaginais

Segundo D. V. HIRTS (*Amer. J. of Obstet. and Gyne.*, Julho de 1952) são as seguintes, que resultam de larga investigação sobre hábitos das suas doentes e sobre casos de doença provocados por inadequadas práticas:

1 — Não devem administrar-se com pressão, para evitar a infecção retrógrada.

2 — O soluto empregado deve ser sempre ácido (nunca alcalino), com um *pH* abaixo de 5, para manter ou promover a acidez fisiológica da vagina.

3 — As irrigações alcalinas pre-copulares, para facilitar a concepção, são ineficazes e estão contra-indicadas.

4 — O uso das irrigações alcalinas no tratamento da colpíte micósica não é mais eficaz que o emprego das ácidas e é antifisiológico.

5 — A irrigação deve fazer-se sempre com a mulher deitada, as pernas em flexão, os joelhos afastados, e as nádegas mais altas que a superfície em que o tronco assenta.

6 — As irrigações vaginais são ineficazes como meio anti-concepcional.

7 — São desnecessárias na higiene de post-coito.

8 — Não há perigo no uso correcto da irrigação vaginal durante a menstruação.

9 — Os utensílios para a irrigação devem limpar-se com água e sabão depois de se empregarem, e ser frequentemente esterilizados por ebulição.

A cortisona em oftalmologia

Sem dúvida é em oftalmologia que a cortisona tem aplicações mais frequentes e úteis. Calma os fenómenos de fluxão, a hiperemia e o edema, minora ou faz desaparecer as dores e a fotobia. M. F. ROUHER expôs o assunto em *La Presse Médicale* (24-v-1952), dando as indicações e a técnica a empregar.

As indicações são: conjuntivites alérgicas, queratites filectenulares, queratites parenquimatosas, queratites escrofulosas, uveites principalmente as hipertensivas, oftalmia simpática, coroidites exudativas. Tem utilidade em muitas outras afecções oculares, mas como adjuvante.

Quanto ao meio de administração é como tópico, por instilação no fundo de saco conjuntival, de colírio a 1 por cento, hora a hora durante o dia, e de 2 em 2 horas de noite; isto durante semanas, para evitar as recaídas. A via parenteral ou oral é muito excepcional em oftalmologia.

Deve notar-se que a cortisona é medicamento sintomático e não etiológico. Por isso o seu emprego destina-se a melhorar o doente e não a curá-lo; para a cura há que visar a causa da afecção.

Pequeno sinal de Insuficiência cardíaca

G. PELUFFO nota que os acessos súbitos de sudação nocturna são, por vezes, o único sintoma de insuficiência funcional do ventrículo esquerdo ou de mau funcionamento das coronárias. Pelo que, em face de tal sintoma, convém fazer-se uma cuidadosa exploração de aparelho circulatório. (*Gaz. It. di Med. e Chir.*, Maio de 1952).

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

A ORDEM DOS MÉDICOS E A PREVIDÊNCIA SOCIAL. — O relatório da gerência finda ocupa-se principalmente do problema da situação da classe perante as Caixas de Previdência e sua Federação, e foi este o assunto debatido na Assembleia Geral realizada no dia 30 do mês passado. Anteriormente a este, na Assembleia Nacional, o bastonário, Prof. Dr. Cerqueira Gomes havia, como aviso-prévio, tratado de esse problema, em discurso notável, que constitui valiosíssimo subsídio para a reforma dos organismos em questão, procurando a efectivação de uma satisfatória orgânica de assistência e previdência, do mesmo passo que defende os legítimos interesses dos médicos. A Assembleia Geral demonstrou o seu aplauso à atitude do bastonário, reelegendo-o com manifestações de homenagem agradecida.

As opiniões expressas nesse documento podem resumir-se, excluindo pormenores, nos seguintes tópicos, relativos a cada uma das partes em que dividiu o discurso: organização da previdência social, sua estrutura administrativa, campo de aplicação do seguro social, benefícios respectivos, prestação dos serviços médicos.

Defende a concentração em caixas únicas distritais, de administração parietária, com delegados dos organismos corporativos, para ela revertendo todas as contribuições da área, sendo a encarregada da gestão dos vários seguros e prestando directamente os benefícios respectivos; e uma caixa central, para articular as caixas autónomas distritais.

O campo de aplicação do seguro social, limitado aos economicamente débeis, deve estender-se aos trabalhadores rurais. Os trabalhadores independentes, não sindicalizados, devem ter direito à admissão no esquema total ou parcial dos seguros.

Tem de completar-se o esquema da assistência médica, para que haja um verdadeiro seguro de doença, estendendo-a a todos os estados patológicos e a todos os respectivos tratamentos. E o melhor esforço tem de voltar-se para as doenças de longo curso, que são aquelas que o trabalhador menos suporta.

Sobre o regime financeiro da organização, mostrando ser excessiva a parte das receitas com destino à capitalização, para pensões de reforma e sobrevivência, entende que deve diminuir-se e gastar-se mais com o seguro na doença e na invalidez.

Finalmente, quanto a prestação de serviços médicos, recorda os princípios estabelecidos em 1951 por uma comissão nomeada pela Subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social: — 1) O direito de prestar serviços concedido a todos os médicos da área de um posto; 2) Consultas nos consultórios médicos e aproveitamento dos postos como centros administrativos da área; 3) Faculdade de o beneficiário escolher todos os médicos da área; 4) Remuneração dos médicos em função dos serviços prestados ou pelo sistema de capitação no caso de haver bastantes doentes para a assistência, ou então remuneração por serviço ou acto médico.

Como se vê, este trabalho não visou apenas a situação da classe, mas abarcou o vasto tema da segurança social dos trabalhadores, que ninguém, melhor que os médicos, pode sentir com verdadeira consciência.

SOCIEDADES MÉDICAS. — Trabalhos ultimamente apresentados: Na *Sociedade das Ciências Médicas*: A inactivação da histamina, por Andresen Leitão; O Conde de Ficalho e a flora medicinal, por Américo Pires de Lima. Na *Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos*: Tumores vesicais, por Fortunato Levy; Sacro horizontal, por Diogo Furtado e Paiva Chaves. Na *Sociedade P. de Pediatria*: Epidermite bolhosa, por Moreira Braga; Acerca de um caso de icterícia hemolítica constitucional, por Fernando Sabido e Herculano Coutinho; O valor do electroencefalograma no prognóstico do hipotiroidismo, por Maria de Lourdes Levy; Acerca de dois casos de hemorragia meníngea espongiada, por Ferreira Gomes; O tratamento da escarlatina pela associação penicilina-soro, por N. Cordeiro Ferreira. Nas *Reuniões da Faculdade de Medicina do Porto*: Sobre o tratamento cirúrgico das varizes dos membros inferiores, por Júlio Costa; Alterações quimográficas consecutivas à interrupção da inervação simpática cervical, por Sousa Pereira e Pereira Leite; Perturbações circulatorias da veia mesentérica superior na apendicite crónica, por Aguiar Nogueira; Estudo da circulação venosa superficial e profunda do membro inferior, por Lino Rodrigues e Aguiar Nogueira; Enxertos ósseos diafisários e sua evolução tardia, por Sousa Pereira; Histeropexia abdominal pelo método de Grigoriu, por Silva Carvalho; Da terapêutica da hipertensão essencial pela vitamina K, por José Garrett; A derivação venosa na laqueação isolada de algumas veias supra-hepáticas, por Abel Tavares; A propósito da úlcera péptica do esófago, por Bártolo do Vale Pereira; Radiologia das fistulas digestivas, por Joaquim Bastos e Albano Ramos. Na *Sociedade P. de Endocrinologia*: Hiperneurocrinia, por M. Mosinger; Histofisiologia da medula suprarrenal, por Tavares de Sousa; Um caso de doença de Lawrence-Moon, por Bruno da Costa; Estudo histológico de corações submetidos à acção da cortisona e da Doca, por Eurico

Pais. Na *Sociedade P. de Neuro-psiquiatria*: O problema das facomatoses, por Teixeira de Sousa; Um caso de doença de Sturge-Weber, por Serra de Lemos. Na *Sociedade de Oto-neuro-oftalmologia*: Miopatia ocular, por Diogo Furtado e Mendonça Silva; Aneurisma do tronco basilar, por Mendonça Silva e Álvaro Ataíde. Na *Sociedade P. de Hidrologia Médica*: Homenagens à memória do Dr. Armando Narciso, por J. Cid de Oliveira, António Emílio de Magalhães e Varejão Castelo Branco.

CONFERÊNCIAS. — No *Instituto P. de Oncologia*: Diagnóstico das hérnias diafragmáticas, por Rogério Monteiro; Diagnóstico com isótopos radio-activos, por Júlio Palácios. Na *Sociedade de Geografia*: O pioneiro da medicina tropical Dr. Manuel Ferreira Ribeiro, por A. Rita Martins; Iodo radio-activo na bioquímica e na fisiopatologia da tiróide, por Santos Pereira; O diagnóstico dos tumores cerebrais pelos isótopos radio-activos, por Diogo Furtado. Na *Maternidade de Alfredo da Costa*: Sobre estatística sanitária, por Meliço Silvestre. Na *Universidade do Porto*: A universidade e o seu mandato, por Fernando Magano.

INTERCÂMBIO. — O Prof. Du Chosal falou sobre fonocardiografia e vecto-cardiografia nos hospitais escolares de Lisboa e Coimbra. No Instituto P. de Oncologia, conferência de R. Mach sobre os efeitos biológicos da cortisona e da ACTH. Na Faculdade de Medicina de Salamanca, do Prof. Hernâni Monteiro sobre enxerto do grande epiloon na resvascularização e drenagem venosa do rim. Nos dias 9 a 11 de Abril realizou-se em Salamanca, com grande participação portuguesa a reunião da Associação Luso-hispano-americana de Anatomia. Nos dias 7 a 10 de Maio reúne em Sevilha o 1.º Congresso Luso-espanhol de Cardiologia.

DIA MUNDIAL DA SAÚDE. — Comemorando a data da entrada em vigor da constituição da O. M. S., a 7 de Abril, respectivamente em Coimbra, Lisboa e Porto, fizeram conferências os Drs. Santos Bessa, Arnaldo Sampaio e Alcino Pinto.

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO. — Na Sociedade P. de Radiologia Médica, com a colaboração dos Profs. Carlos Santos e Benard Guedes e dos radiologistas estrangeiros R. Coliez, P. Lamarque, De Plaen, F. Arce, De White e Cignalini. No Instituto de Medicina Tropical, sobre Bio-estatística, pelo Dr. Marcelino Pascua, director dos serviços de estatística sanitária da O. M. S.

FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA. — Mediante as respectivas provas de concurso, vai ocupar a cátedra de Fisiologia o Dr. João de Oliveira e Silva.

NOVAS REVISTAS MÉDICAS. — Reapareceu, sob a direcção do Instituto de Oncologia, a «Clínica Contemporânea», cujos 1.ºs números já registamos na secção «Movimento Nacional». Iniciou-se a publicação da «Revista Portuguesa de Medicina Militar», editada pela Escola do Serviço de Saúde Militar. A ambos os colegas, as nossas saudações.

NECROLOGIA. — No Porto faleceram os nossos estimados assinantes desde a primeira hora de esta revista, Drs. Adolfo Pinto Leite e Eduardo Correia da Costa Guimarães; o primeiro foi figura de destaque no meio médico português e gastro-enteroologista de renome, o segundo foi considerado clínico e ornamento do corpo médico do Hospital de Santo António; ambos interviram activamente na vida corporativa da classe. Tenente-coronel médico reformado Dr. António A. da Veiga e Sousa, Dr. Amândio Augusto Simões, clínico na Guiné.





MARTINHO & C.ª L.ª

TUDO O QUE INTERESSA À MEDICINA E CIRURGIA

Rua de Avis, 13-2.º — PORTO — Telef. P. P. C. 27583 — Teleg. «MARTICA»

Quinarrhenina Vitaminada

Elixir e granulado

Alcalóides integrais da quina, metilarsinato de sódio e — vitamina C
em veículo estabilizador

Soberano em anemias, anorexia, convalescenças difíceis. Muito útil no tratamento do paludismo. Reforça a energia muscular, pelo que é recomendável aos desportistas e aos enfraquecidos.

Fórmula segundo os trabalhos de Jusaty e as experiências do Prof. Pfannestiel

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO
NAS BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO

TRICALCOSE

SAIS CÁLCICOS ASSIMILÁVEIS
COM GLUCONATO DE CÁLCIO

Depósito geral: FARMÁCIA GAMA — Calçada da Estrela, 130 — LISBOA



VITAMINA F

Conjunto de ácidos gordos superiores não saturados
(ácidos linoleico, linolénico e araquidónico)

Estados eczematosos

Certos acnes

Estados de rugosidade e descamação da pele

Estados de carência de lípidos

Bisnaga de 30 g. — 15\$00

Frasco de 30 cc. — 68\$00

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Sal:
Est:
Tab:
N.º