



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, 1.º Assistente na Faculdade de Medicina de Coimbra; LUDGERO PINTO BASTO e PEDRO PAIS DE VASCONCELOS, Internos dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

ADMINISTRADOR e EDITOR: António Garrett.

SUMÁRIO

CARLOS LOPES, RAÚL TAVARES e MATEUS NEVES — Diagnóstico da curta distância em ferimentos por arma de fogo curto.

J. GOUVEIA MONTEIRO — A prova do ácido hipúrico em semiologia hepática.

MOVIMENTO NACIONAL — Revistas e boletins: *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas* (Sobre obesidade e diabetes. Sobre um caso de bócio gigante. Tratamento da sífilis recente pela PAM). *Acção Médica* (S. João de Deus e a Ordem Hospitaleira). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (Febre reumática na criança. Patologia clínica do umbigo no recém-nascido. Sobre prematuridade). *Jornal do Médico* (Tromboses venosas dos membros inferiores. A piridostigmina no tratamento da miastenia. O parto sem dor por psicoterapia). *Anais do Instituto de Medicina Tropical* (Aureomicina e vírus vacinal). *Clínica Contemporânea* (Crescimento somático e fisiopatologia endócrina. Diabetes e hipertiroidismo). *O Médico* (Os ultra-sons em terapêutica. Pneumonia primária atípica). *Tuberculose e Doenças Torácicas* (A ressecção pulmonar no tratamento da tuberculose. A pneumolise intrapleurale sob a protecção da estreptomina. A readesão precoce localizada post-pneumolise intrapleurale). *Cadernos Científicos* (O ácido glutâmico em terapêutica). *Coimbra Médica* (Terapêutica medicamentosa da tuberculose pulmonar. Úlcera ou cancro do estômago?. Etiopatogenia da psoríase). *Revista Portuguesa de Medicina Militar* (Direito médico internacional. Linfosarcomas primitivos do estômago. Provas funcionais do pulmão. O B.C.G. na pré-munição anti-tuberculosa).

SÍNTESES E EXCERTOS — O brometo de bantina no piloro-espasmo dos lactentes. Evolução do tratamento dietético da arteriosclerose. ACTH e cortisona nos acessos de asma. A «Pendiomide» na terapêutica da embolia pulmonar.

NOTAS E NOTÍCIAS — Assistência médica e sanitária em Angola. Trabalhos apresentados a reuniões médicas. Intercâmbio. Conferências. Cursos de aperfeiçoamento. Faculdade de Medicina de Lisboa. Sub-secretário da Assistência Social. Fernando Aníbal de Castro. Ncrologia.

Redacção e Administração — Rua do Doutor Pedro Dias, 139, PORTO
Depositário em Lisboa — LIVRARIA PORTUGAL. Depositário em Coimbra — LIVRARIA DO CASTELO

MILO *alimento moderno*

base duma "bela" saúde

AO PEQUENO ALMOÇO
AO LANCHE
AO DEITAR
UM COPO DE
MILO TÓNICO



COMPLETA EFICAZMENTE
A ALIMENTAÇÃO
DAS CRIANÇAS
DOS ADOLESCENTES
DOS ADULTOS

MILO contém sob
uma forma concentra-
da e perfeitamente assimilável os elemen-
tos essenciais de que o organismo necessita
para se desenvolver harmoniosamente:
leite completo, açúcar, cereais malteados,
cacau, vitaminas (A, B1 e D), fosfatos orgânicos
e sais minerais (cálcio, magnésio,
sódio, potássio, iodo e ferro).

MILO é um alimento pre-
parado pela Nestlé. Es-
ta é a vossa melhor
garantia.



UM NOVO PRODUTO

NESTLÉ



PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXVIII — N.º 6

JUNHO DE 1954

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DO PORTO

Director : Prof. FRANCISCO COIMBRA

Diagnóstico da curta distância em ferimentos por arma de fogo curta

(Causa do erro a afastar devida à pólvora transportada pelo projectil)

por

CARLOS LOPES

*Prof. Extr. da Fac. de Med.
do Porto*

RAÚL TAVARES

*Chefe de Serviço do Instituto
de Med. Legal do Porto*

MATEUS NEVES

2.º Assistente da Fac. de Med. do Porto

La question de la distance du tir d'un coup de feu loin d'être aussi facile à résoudre qu'on pourrait se l'imaginer. Chaque cas nouveau qui se présente, instruit, pourrait-on dire et intrigue l'expert qui en est chargé, car il s'agit chaque fois d'un problème différent des précédents. Le solutionner demande toujours une étude très attentive et réserve parfois des surprises.

P. CHAVIGNY.

Avaliar da distância de disparo é problema fundamental a resolver nos ferimentos por arma de fogo.

Se muitas vezes, mercê dos efeitos produzidos na pele ou vestuário, pela deflagração da pólvora — queimadura, negro de fumo e tatuagem — se pode marcar a curta distância, outras há em que esta só pode ser caracterizada pela presença de parti-



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DO PORTO

culas de pólvora a nível das lesões produzidas pela entrada ou simples contacto do projectil no ou com o corpo do indivíduo.

Desde longa data se tem concentrado a atenção dos estudiosos, sobre as pesquisas de pólvora com o fim de determinar a distância do disparo, do que resultou terem sido propostas variadas técnicas. Não é alheio a este facto o uso cada vez mais frequente de armas de fogo como instrumento de agressão.

A ausência de partículas de pólvora, pressupondo minuciosa observação, não permite deduzir, por contingências várias, que a arma não pudesse ter sido desfechada a curta distância. Assentou-se também, em que a presença dessas partículas junto do orifício de entrada, permite concluir por curta distância de disparo. É justamente esta afirmação que requer uma limitação, aliás já referida (2), (19) a qual, por não ser habitualmente tomada na devida consideração, pode dar lugar a erros de diagnóstico.

CHAVIGNY (3), (4) demonstrou que os projecteis percorrendo o cano se sujam nas escórias lá existentes e se limpam no bordo do orifício de entrada, onde podem deixar do que transportam; e que esta deposição deriva do estado de limpeza do cano e é independente da distância de disparo. Os detritos que se encontram no cano da arma, após seu uso (15), (20), como carvão, ferrugem ou pólvora incombusta são transportados pelos projecteis. Deste facto advém que eventualmente haja, marginando os orifícios de entrada, partículas de pólvora. Assim o referem os autores, caracterizando-as nesse bordo (8), (23), ou mesmo embutidas na parte inicial do trajecto (17), (19).

A par destas observações práticas, numerosas experiências confirmam que uma bala pode transportar pós (azul de metileno (2), (24), eosina (10)), bactérias (11), ampolas de vidro (19), fibras de tecidos (5), (9), (18), (21), (25), etc.

Em suma, a prática mostrou e as experiências corroboram que os projecteis podem transportar resíduos existentes no cano das armas e esses resíduos podem conglobar fragmentos de pólvora incombusta. Deste modo, além de tatuagem (pólvora projectada) pode haver pólvora transportada.

Tendo tudo isto sido minuciosamente estudado, importa agora ponderar se, na prática, se tem procurado excluir esta causa de erro, pois que tomar pólvora transportada por pólvora projectada equivale a concluir por curta distância, quando o não é.

BENITEZ (1) recomenda que se comprimam, sobre as superfícies cutâneas ou peças de vestuário, placas de parafina amole-

cida e que, nas partículas para elas assim transferidas se façam actuar os reagentes.

FOYATIER (7) propugna a colheita de resíduos suspeitos, com o auxílio de lupa, e a sua caracterização química em vidro de relógio.

SIMONIN (22) aconselha a limpar os orifícios cutâneos com um pouco de gaze humedecida, evitando as partículas de sangue. Em seguida, essa gaze seria dissolvida pelo ácido sulfúrico, em vidro de relógio ou tubo de ensaio, após o que se submeteriam os resíduos à acção do reagente. Para o vestuário manda recortar à volta do orifício e proceder sobre vidro de relógio, como anteriormente.

PIÉDELIÈVRE (19) perfilha a técnica de SIMONIN.

MANCZARSKI e NEUMANN (16) costumam escovar os tecidos sobre uma folha de papel branco.

DYRENFURTH (6) sugere encastamento em betume por aposição do tecido.

KIPPER (12) substitui o betume por papel mata-borrão humedecido.

KOCKEL (13) manda sobrepor o papel humedecido, mas planificando-o com um vidro.

STRASSMANN (26) propõe a compressão entre duas lâminas de vidro, uma das quais, parafinada, contacta com a superfície suspeita de vestuário.

Alguns destes métodos destinam-se à pesquisa de partículas de pólvora em todas as superfícies em que possam estar presentes; outros só a peças de vestuário. Uns, conservadores dos suportes, podem impedir que se desprendam fragmentos de pólvora embutidos ou retidos entre as fibras; outros, implicando a destruição dos suportes, englobam todos os detritos, entre eles a pólvora transportada pelo projectil.

Da revisão a que procedemos, sobressai a impressão de que este pormenor — o transporte de resíduos de pólvora — não foi suficientemente objectivado e acautelado. As técnicas que envolvem maceração dos orifícios recortados, ou raspagem, incorrerão em reacções positivas devido ao transporte pelo projectil. Também aqueles que sugerem o transplante, não nos dizem se meditaram na posição, relativa ao orifício, dos detritos que revelem nitratos.

Parece-nos assim que o transporte não tem sido tomado na devida conta. Conhece-se, mas, na prática, procede-se como se ele não existisse.

E porque assim não pensávamos, impunha-se-nos experimentar (14) se com essas técnicas e nas condições habituais de uso e manejo de armas de fogo, esse facto carecia ou não de sentido.

Condições em que actuámos:

— Pistola F.N., calibre 6,35 mm., cano cuidadosamente limpo antes de iniciarmos as experiências.

— Cartuchos F.N., carregados com pólvora piroxilica e projectil blindado («camisa» de latão).

— Alvo constituído por retalho de pano cru, almofadado por placa de borracha esponjosa, com meio centimetro de espessura. Fixação sobre caixa de cartão cheia de algodão, para reter as balas.

— Cada retalho de pano era alvejado e numerado.

— Alvos a cinco metros e, no último tiro, o n.º 32, a mais de oito metros.

— Recorte dos orificios de entrada com pequena margem; observação directa ao microscópio binocular de Reiss; maceração em ácido sulfúrico puro, seguida, após dissolução das fibras, de junção de soluto sulfúrico de difenilamina a 0,4 % em volume tanto quanto possível igual ao usado na maceração, ajustando assim a concentração óptima 0,2 % (22).

— Observação persistente durante alguns minutos.

Primeira série de tiros — 6 alvos não foram atingidos (1.º, 3.º, 6.º, 7.º, 9.º e 11.º).

2.º — Não revelou pólvora.

4.º — » » »

5.º — » » »

8.º — Uma pequena partícula deu reacção positiva.

10.º — Não revelou pólvora.

12.º — » » »

Após esta série a arma foi «abandonada» no ambiente do laboratório durante 24 horas. Percutindo o cano sobre folha de papel, recolhemos múltiplos resíduos, alguns dos quais deram reacção positiva.

Segunda série de tiros — 3 alvos não foram atingidos (13.º, 15.º e 22.º).

Nesta série a pesquisa habitual, pela técnica de SIMONIN, foi precedida da aplicação de técnica de BENITEZ.

*Técnica de BENITEZ**Técnica de SIMONIN*

14.º — Não revelou pólvora

14.º — Uma partícula deu reacção positiva.

16.º — » » »

16.º — Uma partícula deu reacção positiva.

17.º — Não revelou pólvora	17.º — Não revelou pólvora
18.º — Uma partícula deu reacção positiva.	18.º — » » »
19.º — Não revelou pólvora	19.º — » » »
20.º — » » »	20.º — » » »
21.º — » » »	21.º — » » »
23.º — » » »	23.º — » » »

Entre esta e a última série a arma permaneceu no ambiente do laboratório durante 6 dias.

- 24.º — Não revelou pólvora.
- 25.º — » » »
- 26.º — » » »
- 27.º — Uma partícula deu reacção positiva.
- 28.º — Na orla deste incrustou-se um fragmento de «camisa» de projectil. Numerosas partículas deram reacção positiva.
- 29.º — Uma partícula deu reacção positiva.
- 30.º — Não revelou pólvora.
- 31.º — » » »
- 32.º — Uma partícula deu reacção positiva.

Apontar os factores que presidem ao transporte, afiguram-se-nos trabalho que requer, pelas múltiplas variantes a considerar, numerosos ensaios.

Projectamos executar ulteriormente, sobre retalhos cutâneos as mesmas experiências. Aliás estamos convencidos que alvos desta natureza não só limpam como retêm melhor aqueles resíduos. Haja em vista que, por vezes, a limpeza é quase imperceptível no vestuário e se marca bem na pele.

Antes de terminar, não em forma de conclusão — que a índole deste trabalho o não permite — mas em resumo do que está dito e foi confirmado: em casos de disparo a grande distância (8 metros), pode existir pólvora junto do orifício de entrada; a «curta distância», quando avaliada apenas pela presença de partículas de pólvora, terá de deduzir-se, não só dessa presença, mas também da sua situação.

Finalmente, a aplicação prática deste facto de real interesse médico-legal leva-nos a propor que, seja qual for a técnica de pesquisa de pólvora, e nós preferimos a de SIMONIN (22), se proceda isoladamente em relação ao contorno do orifício (orla e à periferia daquele (área de tatuagem)).

RÉSUMÉ

Les AA, par ses experiences, confirment le transport de particules de poudre par les projectiles.

Ils passent en revue les techniques proposées pour identifier la poudre dans les orifices d'entrée, car ces techniques, a son avis, n'écartent pas l'erreur qui peut être commis, dans l'appréciation de la courte distance, prenant pour poudre projectée (tatouage) la poudre transportée.

En estimant ce fait, ils conseillent la recherche, en envisageant la situation de la poudre, c'est à dire, séparément dans la collerette d'essuyage et dans sa périphérie (zone de tatouage).

RIASSUNTO

Gli AA, nei sperimenti realizzati confermano il trasporto di granuli di polvere da sparo dai proiettili.

Passano in rivista le tecniche proposte per la caratterizzazione della polvere nei orifici d'entrata, le quali non prevedono l'errore che si può commettere nella aviazione della corta distanza, interpretando polvere trasportata come polvere proiettata (tatuaggio).

Considerando questo fatto, consigliano la ricerca attendendo alla situazione dei granuli, cioè, separatamente nell «orlo di asciugamento» e sulla periferia (zona di tatuaggio).

SUMMARY

The authors in the experiments they made confirm the carriage of particles of powder by the projectiles.

They pass in review the theories constructed for the identification of the powder at the entrance orifices. Those theories do not foresee the error that may be made in the estimate of the range of the «short distance». The error referred to consists in taking carried powder for projected powder (tattooing).

Taking this fact into consideration, they advise the research by studying the particles, that is, separately in the drying border and its periphery (zone of tattooing).

ZUSAMMENFASSUNG

Die Verfasser bestätigen, dass, in denen von ihnen gemachten Versuchen die Kugeln Pulverstückchen mitführen.

Sie sehen auch die Techniken durch, die man für das Charakterisieren des in den Eintrittsöffnungen befundenen Pulvers erdacht hat. Jene Techniken sehen den Fehler nicht vor, den man in der Schätzung der «kurzen Entfernung» begehen kann, indem man das mitgeführte für das geschleuderte Pulver nimmt (Tätowierung).

Unter Berücksichtigung dieser Tatsache schagen die Verfasser die Untersuchung vor, Teilchen einzeln verteilen, d. h. am Säuberrand und Peripherie, der Tätowierungzone.

BIBLIOGRAFIA

- (1) BENITEZ — Cit. Foyatier.
- (2) CHAVIGNY, P. — L'expertise des plaies par armes a feu, 1918, Paris.
- (3) CHAVIGNY, P. — Orifice d'entrée des projectiles. Ann. de méd. légale, vii: 569, 1927.
- (4) CHAVIGNY, P. — La collerette d'essuyage. Ann. de méd. légale, viii: 126, 1928.
- (5) DELORME — Cit. Piédelièvre.
- (6) DYRENFURTH — Cit. Manczarski e Neumann.
- (7) FOYATIER, M. — Étude sur les réactions des composés nitrés des poudres. Ann. de méd. légale, iv: 521, 1924.
- (8) GORONCY — Cit. Arch. Antrop. Crim., XLIX: 155, 1929.
- (9) JOURNÉE e PIÉDELIEVRE — Les transports des débris de vêtements par les projectiles pointus et leur pénétration dans le corps (Balles D et S). Ann. de méd. légale, vi: 539, 1926.
- (10) JOURNÉE e PIÉDELIEVRE — Le transport des crasses par les balles cylindro-coniques. Ann. de méd. légale, viii: 128, 1928.
- (11) JOURNÉE, GUY e PIÉDELIEVRE — Les projectiles vecteurs des microbes. Ann. de méd. légale, xi: 667, 1930.
- (12) KIPPER — Cit. Manczarski e Neumann.
- (13) KOCKEL — Cit. Manszarski e Neumann.
- (14) LOPES, C. — Guia de pericias médico-legais, 2.^a Ed., 1948, Braga.
- (15) LUCAS, A. — Forensic Chemistry and Scientific Criminal Investigation. 3.^a Ed., 1937, Londres.
- (16) MANCZARSKI, S. e NEUMANN, J. — Aplication de la photographie et rayons infra rouges pour la recherche sur les vêtements de marques de coups de feu tirés a courte distance. Ann. de méd. légale, xviii: 729, 1938.
- (17) NERIO ROJAS — Medicina Legal. 3.^a Ed., 1947, Buenos Aires.
- (18) PIÉDELIEVRE, R. — Le transport des débris de vêtements par les projectiles et leur pénétration dans la peau. Ann. de méd. légale, vi: 87, 1926.
- (19) PIÉDELIEVRE, R. e DESOILLE, H. — Blessures par coups de feu, 1939, Paris.
- (20) PIÉDELIEVRE e SIMONIN — Contribution a l'étude médico-legale des crasses qui se forment dans le canon des armes a feu. Ann. de méd. légale, ix: 548, 1929.
- (21) M^{lle} SARRAUTE — Cit. Piédelièvre e Desoille.
- (22) SIMONIN, C. — Étude pratique de l'identification des tatouages et du diagnostic du suicide par le réactif à la diphénylamine. Ann. de méd. légale, ix: 552, 1929.
- (23) SIMONIN, C. — Interprétation médico-légale d'une collerette d'essuyage. Ann. de méd. légale, xvi: 268, 1936.
- (24) SIMONIN, C. — Médecine Légale Judiciaire: 111, 1947, Paris.
- (25) STOCKIS — Cit. Piédelièvre.
- (26) STRASSMANN, G. — Cit. Romanese in Manuale de Medicina Legale, Vol. I, 1937, Turim.

CADEIRA DE PROPEDEÚTICA MÉDICA DA FACULDADE
DE MEDICINA DE COIMBRA

(Prof. E. AYRES)

A prova do ácido hipúrico em semiologia hepática

por J. GOUVEIA MONTEIRO

*1.º Assistente na Faculdade de Medicina
de Coimbra*

A prova do ácido hipúrico foi proposta por QUICK (1) em 1933, como novo processo de exploração funcional do fígado. Pouco interesse despertou e foi praticamente esquecida. Nos últimos anos, porém, beneficiou de uma daquelas curiosas ressurreições que de vez em quando atiram um velho método semiológico ou critério terapêutico da paz do sepulcro para o turbilhão ruidoso da fama.

O facto é que a opinião médica se lhe mostra favorável, sendo notória a tendência para incluí-la no lote das provas mais recomendáveis, como tivemos ocasião de referir em trabalhos anteriores (2) (3).

Chocados pela contradição das duas sentenças pronunciadas sucessivamente sobre a prova do ácido hipúrico, sentimos curiosidade em formar uma opinião pessoal, não só para estarmos habilitados a ter voz na matéria, mas ainda e principalmente para sabermos até que ponto podíamos contar com a prova no estudo dos nossos doentes.

É o resultado dessa investigação que agora apresentamos. Antes, porém, queremos dizer alguma coisa sobre o fundamento, técnica e resultados da prova.

Baseia-se o teste na síntese do ácido hipúrico a partir da glicocola (ou glicina) e do ácido benzóico, operação que se realizaria principalmente no fígado. Havendo insuficiência hepática, a síntese do ácido hipúrico ficaria comprometida.

A prova foi inicialmente proposta para ser realizada por via oral. O paciente toma um ligeiro pequeno almoço de café e torradas e, uma hora depois, ingere 6 gr. de benzoato de sódio dissolvidos em 30 c.c. de água, esvaziando logo a bexiga. Recolhem-se as urinas de hora a hora durante quatro horas e doseia-se o ácido hipúrico eliminado.

Actualmente, porém, prefere-se realizar a prova por via endovenosa, com o que se colhem três vantagens: encurta-se o exame (1 hora em vez de 4), aumenta-se-lhe a sensibilidade e evitam-se as causas de erro ligadas à absorção intestinal. O paciente, em jejum, esvazia a bexiga e bebe um copo de água para estimular a diurese. Feito isto, injecta-se muito lentamente, por via endovenosa, 1,77 gr. de benzoato de sódio em 20 c.c. de água destilada. Ao fim de uma hora recolhe-se a urina e doseia-se o ácido hipúrico eliminado.

Os resultados podem exprimir-se em ácido hipúrico ou em ácido benzóico e são diferentes consoante se efectue a prova por via oral ou por via endovenosa. No primeiro caso, a eliminação normal oscila entre 4,2 gr. e 5,9 gr. de ácido hipúrico (ou 3 a 4,9 gr. de ácido benzóico). Se o benzoato foi injectado na veia, o paciente deve eliminar 1 gr. a 1,5 gr. de ácido hipúrico (ou 0,7 a 1,2 gr. de ácido benzóico). Evidentemente, na insuficiência hepática a eliminação é mais baixa.

Antes mesmo de ensaiarmos pessoalmente a prova, já fazíamos algumas reservas ao seu valor, baseados em reservas alheias, até do próprio QUICK, e também nas reflexões de ordem crítica que nos sugeriam certas facetas do teste.

Assim, alguns se queixam da realização técnica da prova. Não que seja perigosa, pois os doentes toleram-na perfeitamente na imensa maioria dos casos. Deve acrescentar-se, no entanto, que a sua repetição pode ocasionar reacções febris desagradáveis, mesmo crises anafilactóides muito sérias (4), pelo que o ensaio não deve ser duplicado antes de decorridas três semanas. Não são, pois, o médico nem o doente quem critica a técnica da prova, tanto mais que ela é cómoda, tudo se resumindo a administrar benzoato per os ou pela veia e a recolher uma amostra de urina. As lamentações vêm do analista chamado a dosear o ácido hipúrico, pois a determinação é demorada e pouco convincente (5).

O critério da sensibilidade parece favorável à prova, que se mostraria patológica em casos leves, sobretudo quando feita por via endovenosa. Mas é evidente que semelhante vantagem só terá relevância clínica se o teste, além de sensível, se mostrar específico em elevado grau. Ora também aqui surgem importantes limitações.

A quantidade de ácido hipúrico excretada dependeria do tamanho do fígado, variável com a superfície corporal, chegando alguns autores (6) a calcular uma fórmula de correcção que complica a dosagem sem grande resultado prático.

Em indivíduos idosos sem sinais de lesão hepática os valores são baixos, facto que os mesmos autores relacionam com a redução de volume do fígado na velhice.

Durante a gravidez normal observa-se uma descida progressiva da hipuricúria a partir do terceiro mês, regressando os valores à normalidade ao findar a primeira semana do puerpério (7). É possível que o facto resulte da mobilização de glicina para a conjugação do excesso de estrogénios, ficando assim desfalcada a síntese do ácido hipúrico.

A causa de erro mais grave é, porém, a que se relaciona com a excreção urinária. Todos os autores reconhecem que um débito urinário insuficiente falseia o resultado da prova. Por isso se costuma dar um copo de água no início do ensaio e se diz que a prova só tem significado se a diurese atingir um mínimo de 40 c.c. por hora.

Se o único contratempo daí oriundo fosse a inutilização de algumas provas, ainda o mal não seria grande. Mas MACHÉLLA e colab. (8) demonstraram que existe uma correlação directa entre a excreção do ácido hipúrico e o débito urinário durante a prova, donde se conclui que os resultados dependem largamente desse débito e que uma síntese deficiente pode ser compensada por uma diurese abundante.

Por outro lado, não é apenas o débito urinário que interessa, mas também a capacidade do rim para excretar o ácido hipúrico. Como todas as provas que envolvem uma análise de urinas, o teste que nos ocupa sobre a interferência do factor renal. Por isso se diz que não tem valor em face de uma retenção azotada e, caso esta não seja aparente, se recomenda o cálculo simultâneo da clarificação ureica ou da excreção de fenol-sulfono-ftaleína para averiguar o estado do rim. Quando se acaba de injectar o benzoato de sódio, mantendo a agulha na veia administra-se 1 c.c. (6 mg.) de fenol-sulfono-ftaleína e na amostra de urina colhida ao fim de uma hora doseia-se, além do ácido hipúrico, o corante explorador do rim. Se a eliminação da fenol-sulfono-ftaleína for igual ou superior a 35 %, o rim funciona bem e podemos considerar o resultado da hipuricúria como representativo do estado do fígado. Se a eliminação for inferior a 35 %, a prova não poderá ser valorizada.

Além de considerarmos a exploração renal uma complicação aborrecida da técnica da prova, repugna-nos aceitá-la como válida. Por outras palavras, não acreditamos — pelo menos não julgamos demonstrado — que o resultado da clarificação ureica ou da excreção de fenol-sulfono-ftaleína seja capaz de eliminar a causa de erro proveniente do rim.

Com efeito, o rim não se limita a eliminar o ácido hipúrico que lhe chega com o sangue. Exerce, em relação à referida substância, um papel mais activo. Não é apenas o fígado que conjugua a glicocola com o ácido benzóico. Também o rim possui

essa função de síntese, talvez mesmo com carácter dominante. Ora é manifesto que dela não nos podemos informar pelo estudo da função excretora renal. E não havendo meio de apurar como o rim se está comportando perante a síntese do ácido hipúrico, não temos processo de evitar a viciação dos resultados da prova pelas vicariâncias hepato-renal e nefro-hepática.

Isto pensávamos nós fundamentados no trabalho alheio. O inquérito a que procedemos não nos fez mudar de opinião.

Executamos a prova por via endovenosa, empregando a técnica descrita no livro de SCHIFF (9), transcrita a seguir.

Reagentes

1. Solução de benzoato de sódio (1,77 gr. em 20 c.c. de água destilada).
2. Ácido clorídrico concentrado.
3. Papel de vermelho do Congo.
4. Soda 0,2 N.
5. Soluto a 1% de fenoltaleína em álcool etílico a 95%.

Técnica

1. Dizer ao doente que esvazie a bexiga e que beba um copo de água para aumentar a diurese.
2. Injectar por via endovenosa, muito lentamente (5 mn.), 1,77 gr. de benzoato de sódio em 20 c.c. de água destilada.
3. Recolher a urina uma hora após a injeção.
4. Medir o volume da urina.
5. Acidificar com 1 c.c. de ácido clorídrico concentrado. Se o papel de vermelho do Congo não se tornar azul, juntar mais ácido.
6. Agitar vigorosamente até que a precipitação do ácido hipúrico seja completa.
7. Deixar em repouso durante uma hora e depois filtrar.
8. Lavar com uma pequena quantidade de água gelada.
9. Aquecer cerca de 500 c.c. de água até à fervura, fazer um buraco no fundo do filtro e arrastar o precipitado com a água fervente para dentro de um balão de 500 c.c.
10. Arrefecer e perfazer os 500 c.c. com água destilada.
11. Tomar 25 c.c. da solução e titular com soda f,2 N, usando a fenoltaleína como indicador.
12. Aplicar a fórmula: — Gr. ác. benz. excr. = (c.c. soda 0,2 N \times 0,486) + c.c. de urina \times 0,0022).

Como se vê, procura-se obter uma solução sobressaturada, cuja parte precipitada se doseia por neutralização, calculando-se a parte dissolvida em função do volume urinário, partindo de princípio que a sua concentração é constante. É este o significado das duas parcelas no segundo termo da equação.

Quadro I—Resultados da prova em 30 doentes hepáticos

Número	Nome	Diagnóstico	Resultado
1	AF	Cirrose	0,8160
2	OP	>	0,5254
3	NP	>	0,2998
4	MAFS	>	0,5336
5	AAS	>	0,4080
6	JCC	>	0,3126
7	JT	>	0,2003
8	ENG	>	0,2315
9	JV	>	0,1829
10	JML	>	0,3484
11	FAG	>	0,3819
12	JANS	>	0,6817
13	JLB	>	0,2443
14	MDD	>	0,2975
15	ES	>	0,3333
16	JMV	>	0,6423
17	MS	>	0,1730
18	AAF	>	0,3067
19	AP	Hepatite	0,4155
20	JC	Cancro	0,3195
21	MD	Cirrose	0,3796
22	MB	Hepatite	0,2553
23	ARV	Cirrose	0,5625
24	ICO	>	0,1299
25	MS	>	0,4873
26	AS	>	0,6004
27	GJ	>	0,5960
28	ARS	Hepatite	0,1343
29	AA	Cirrose	0,2223
30	LF	Cancro	0,2443
MÉDIA			0,3755

Devemos dizer que a técnica da prova nos deixou má impressão. Depois de a havermos experimentado compreendemos bem as queixas que temos lido. A dosagem é demorada e trabalhosa e deixa-nos cépticos quanto ao seu rigor. Na verdade, encaramos sempre os resultados com pouca confiança e a prova deu-nos a impressão de estar sujeita a considerável erro técnico.

Ensaíamos o teste em 50 doentes, que podemos dividir em dois lotes. O primeiro é constituído por 30 enfermos com lesão parenquimatosa do fígado (25 cirroses, 3 hepatites agudas e 2 cancros). O segundo é formado por 20 doentes com afecções diversas, sem sinais de rebate hepático.

Quadro II—Resultados da prova em 20 doentes não hepáticos

Número	Nome	Diagnóstico	Resultado
31	MQ	Litíase bili.	0,4896
32	JA	»	0,6331
33	JAL	»	0,4446
34	EB	Esten. pil.	0,6180
35	AS	Tub. pulm.	0,5326
36	LPN	»	0,9976
37	JS	Abc. sub-frén.	0,8518
38	ML	Tub. pulm.	0,7966
39	JD	Diabetes	1,0590
40	AAM	Úlc. gástr.	0,6528
41	AMF	Tub. pulm.	0,4878
42	MCO	Úlc. duoden.	0,2604
43	MPG	Pleurisia	0,5602
44	AR	Tub. pulm.	0,5850
45	MMN	Discin. bil.	0,7546
46	JAG	Cancro esóf.	0,6180
47	JOS	Febre Malta	0,5602
48	MF	Tub. pulm.	0,8344
49	AM	»	0,7968
50	JT	Colite	1,0948
MÉDIA			0,6814

A parte clínica da prova foi sempre executada com toda a facilidade e a injeção endovenosa do benzoato de sódio nunca originou qualquer reacção desagradável.

Nos dois quadros seguintes podem ver-se os resultados obtidos, sempre expressos em gramas de ácido benzóico.

Como se verifica pela comparação das duas médias, existe uma diferença nítida entre os «hepáticos» e os «não hepáticos», considerados em bloco. No segundo caso a média é quase dupla. Isto prova que o teste do ácido hipúrico tende a dar resultados mais baixos nos doentes do fígado.

No entanto, o exame individual dos casos leva-nos a conclusões bem menos favoráveis. Por um lado mesmo tomando para termo de comparação o valor normal mínimo de 0,7, verifica-se que 12 dos 20 «não hepáticos» tiveram provas anormais. Por outro lado, nota-se entre os dois grupos uma ampla sobreposição de valores.

Desta forma, se a prova tem comportamento diferente nos «hepáticos» e nos «não hepáticos» considerados em bloco, mostra-se pelo contrário incapaz de resolver com segurança um caso individual. Ora este é que é o verdadeiro problema da clínica.

Já em 1945 QUICK reconhecia que a sua prova só tinha valor quando coordenada com a história clínica, o exame físico e os resultados de outros métodos de exploração funcional.

A nossa investigação demonstra que, embora um valor baixo sugira lesão hepática e uma cifra alta seja mais provável com fígado normal, a prova carece de elevada capacidade discriminativa. Pelo menos não a possui em grau justificativo do trabalho que dá.

BIBLIOGRAFIA

- (1) QUICK — The synthesis of hippuric acid: a new test of liver function — *Am. Journ. Med. Sciences* — 1933 — 185 — 630.
- (2) MONTEIRO (J. GOUVEIA) — Provas de turvação e floculação em semiologia hepática — Edição do autor — Coimbra — 1951.
- (3) MONTEIRO (J. GOUVEIA) — Estado actual da semiologia hepática — *Clin., Hig. e Hidrol.* — 1952 — Julho.
- (4) KINSEY & WRIGHT — *Journ. Lab. Clin. Med.* — 1944 — 29 — 188.
- (5) DEISS & COHEN — *Journ. Clin. Invest.* — 1950 — 29 — 1.014.
- (6) SCURRY & FIELD — *Am. Journ. Med. Sciences* — 1943 — 206 — 243.
- (7) LAQUEUR & OVACK — *Brit. Med. Journ.* — 1946 — I — 201.
- (8) MACHELLA, HELM & CHORNOCK — *Journ. Clin. Invest.* — 1942 — 21 — 763.
- (9) SCHIFF — Differential diagnosis of jaundice — *Edit. Year Book Publishers* — Chicago — 1946.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

JORNAL DA SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS, CXVIII (1954): N.º 1 (Jan.): *Armando Narciso, nosso mestre*, por A. Castelo Branco e Sousa; *Medicina psicossomática*, por Amílcar Moura; *Notas sobre obesidade e diabetes*, por Munhoz Braga; *Ainda sobre profilaxia do tétano*, por E. Mac Bride; *Considerações sobre um caso de bócio gigante*, por Joaquim Mendes. N.º 2 (Fev.): *No centenário de Almeida Garrett, sócio literário da Soc. das Ciências Médicas*, por Costa Sacadura; *Tratamento das fistulas post-operatórias do duodeno*, por A. E. Mendes Ferreira; *A nomenclatura do hipopituitarismo anterior*, por R. Adolfo Coelho. N.º 3 (Março): *A multiplicação das especialidades farmacêuticas*, por J. Andresen Leitão; *Ainda e sempre a terminologia médica*, por Costa Sacadura; *Toxi-infecções alimentares de origem animal*, por Eugénio Tropa; *Um novo tipo de Salmonella*, por Adriana Figueiredo e Arnaldo Sampaio. N.º 4 (Abril): *A Sociedade das Ciências Médicas e os cursos de aperfeiçoamento para médicos*, por Costa Sacadura; *Tratamento da sífilis pelo PAM*, por Menéres Sampaio, Arnaldo Sampaio e Noémia Ferreira; *Sobre um caso de fistula biliar externa*, por Joaquim Martins.

SOBRE OBESIDADE E DIABETES. — Depois de recordar as rações calóricas necessárias para regular nutrição (que vão para adultos de 2.000 a 4.000 para o sexo feminino, e de 2.500 a 5.000 para o masculino, conforme a intensidade do trabalho), nota que os números das tabelas que se encontram nos livros não podem aplicar-se indistintamente, pois há que contar para cada indivíduo com a sua constituição, os seus metabolismos basal e total. Uma ração alimentar perfeita tem de partir de estes elementos; a indivíduos com o mesmo metabolismo basal podem corresponder calorías basais diferentes, e a indivíduos com metabolismos basais diferentes podem corresponder calorías basais iguais.

Na obesidade estas rações têm grande importância, para a prescrição da dieta de emagrecimento.

A uma obesidade de origem alimentar, sem complicações, obesidade a que podemos chamar exógena, corresponde, em geral, um metabolismo basal e calorías basais um pouco acima do normal. 95 % das obesidades são deste tipo e podem ser corrigidas por uma dieta adequada. Os 5 % restantes são de origem glandular, endógena, e podem também ser melhorados por dieta de poucas calorías; exceptuam-se as obesidades, raras, devidas a tumores, principalmente da região hipotálamo-hipofisária ou das cápsulas suprarrenais, em que a terapêutica deve ser cirúrgica. Por

fim, as obesidades exógenas tornam-se mistas, pois os órgãos de secreção interna vêm a sofrer com os erros alimentares.

Mas o médico moderno não deve olhar o obeso apenas como um aparelho que consome mais ou menos calorias. É preciso procurar os motivos que levaram o obeso a alimentar-se excessivamente e, muitas vezes, essa bulimia é de origem psíquica; é a medicina psicossomática que, no capítulo da nutrição como em todos os outros, tendo cada vez mais importância, nos pode dar a solução do problema.

É da região hipotálamo-hipofisária que partem diversos estímulos e hormonas que podem originar diversos tipos de obesidade, como obesidade pituitária, obesidade tiróide, obesidade suprarrenal, obesidade gonadal, etc., que, afinal, não são senão a acentuação dada às formas corporais por qualquer dos órgãos de secreção interna que esteja em disfunção em relação aos outros. Todos esses órgãos podem ser influenciados pela alimentação, pois todos são compostos por proteínas, e as respectivas hormonas corticais e gonadais, que são derivadas do colesterol.

Na obesidade hipofiso-cortical o metabolismo basal costuma ser acima do normal; na obesidade tiróide, se houver hipofunção deste órgão o metabolismo basal é abaixo do normal, e se houver hiperfunção é acima como se verifica no síndrome designado por Marañon pelas letras «A. B. D.», e que significa «Adiposidade, Basedow, Distermia».

Rynearson, da Clínica Mayo, afirma que a gordura vem só da alimentação, e a obesidade resulta somente de comer mais do que o necessário para um determinado organismo. O apetite é o factor primário no desenvolvimento da obesidade, e mesmo as perturbações do hipotálamo produzem a obesidade devido a um anormal apetite. Possivelmente existe na região hipotalâmica um centro de regulação do apetite.

A importância do conflito psíquico no desenvolvimento da obesidade em pessoas exibindo um excepcional apetite, tem sido frequentemente observada, assim demonstrando que o córtex cerebral pode actuar sobre o automático e primitivo centro do apetite.

O obeso requer uma maior quantidade de alimento antes de estar saciado e julga, honestamente, que comeu pouco. A fome é uma sensação de origem fisiológica localizada no epigastro e o apetite é de origem psicológica, conquanto as duas sensações conduzam à mesma finalidade.

Cannon sugere que a fome é associada com contracções gástricas e a hipoglicemia produzida pela insulina aumenta a concentração e a quantidade de ácido clorídrico devido à estimulação do vago. Daqui se pode concluir que a falta de alimento conduz à hipoglicemia e que esta origina uma aumentada actividade gástrica por excitação vagal, e, assim, oferece a sensação de fome. Demonstrou-se, contudo, que a desnervação do estômago não evita a fome produzida pela insulina em cães, e assim deve haver outro mecanismo.

Outras teorias de fome e de apetite envolvem a hipótese de existência dum centro cerebral da fome e de impulsos nervosos periféricos.

É possível que a sensação de fome dependa da soma e integração dum grande número de impulsos sensoriais, e que este complexo mecanismo varie de indivíduo para indivíduo.

Está demonstrado que o número de calorias requerido pelo corpo em repouso é proporcional à superfície do mesmo. Assim, um homem de 35 anos de idade, com 1,70 m de altura, com uma superfície de 1,79 m² mantém um peso normal de 68 quilos com uma alimentação de 2.415 calorias por dia. Se consumir 3.255 gradualmente aumentará de peso até atingir 136 quilos e uma superfície de 2,4 m². O peso ganho por tal homem, pesando 68 quilos e comendo 3.255 calorias, será a princípio 800 g por semana em média. Este aumento será gradualmente mais pequeno e cessa ao atingir 136 quilos. De igual modo, se um homem pesando 136 quilos for alimentado com 2.415 calorias diariamente perderá 800 g. por semana, a princípio, reduzindo-se este número gradualmente até atingir 68 quilos de peso.

Desta referência esquemática resulta que um pequeno excesso diário de alimentação não conduz a um ilimitado aumento de peso, como julgava Noorden, mas a um definido, calculado e limitado aumento, como demonstrou Wilder.

O facto do metabolismo basal ser muitas vezes normal ou um pouco aumentado na obesidade tem grande importância. Significa que o obeso teria um metabolismo muito mais alto se o seu peso fosse referido ao normal; como mais para poder manter este metabolismo, e, assim, os aparelhos circulatório e respiratório sofrem devido a um esforço para o qual não foram designados. O aumento do metabolismo basal na obesidade tem sido comparado, até certo ponto, ao do hipertiroidismo; na verdade há certas semelhanças clínicas, como taquicardia, sudção fácil, insuficiência cardíaca, etc.

Uma obesidade de longa duração diminui a tolerância para os hidratos de carbono e predispõe para a diabetes.

A importância dos factores neuro-psíquicos na formação da obesidade conduz a sucessos clínicos, nalguns casos, por meio da psicoterapia. A influência endócrina não diminui a importância da dieta. Se o doente se convence, ou é convencido pelo médico, de que a sua obesidade é de origem glandular, liga mais importância ao tratamento medicamentoso do que à dieta, e o resultado é a falência terapêutica. Numa redução de peso deve-se começar sempre, exclusivamente, pela dieta.

É também frequente que o obeso insista em que come pouco, e, quando lhe é prescrita uma dieta de 1.000 a 1.300 calorias, pode acenar que é mais abundante que a anterior, que habitualmente comia. Uma das razões dessa afirmação é o hábito de comer bastantes hidratos de carbono e de gorduras, e parecerem, portanto demasiados os vegetais e as proteínas; era a dieta desequilibrada. Esta necessidade de hidratos de carbono pode ser devida à impossibilidade do organismo do obeso os queimar rapidamente sob a forma de gordura, tem de ingerir uma

maior quantidade para obter energia para o trabalho, mesmo reduzido que seja.

Os factores psicológicos e fisiológicos tornam difícil, muitas vezes, averiguar com exactidão a quantidade de alimento ingerido. O médico tem sempre de conhecer os hábitos alimentares anteriores ao início da obesidade, e as causas emocionais e psíquicas que a acompanham. Depois de isto conhecido, e de indicada a dieta, o médico tem de saber impor-se ao doente para que ele a cumpra. Entra, pois, certo número de factores psicológicos muito importantes para o resultado da redução de peso.

Se o doente procurou o médico porque se sente diminuído esteticamente e na possibilidade de esforços físicos, torna-se bastante fácil a tarefa, e ainda mais se o médico inspira confiança ao doente por este ter conhecido ou ouvido falar de outros casos bem sucedidos. Mas se o doente consulta por sintomas que podem parecer independentes da obesidade, como ligeira hipertensão, palpitações, cansaço, fácil, ligeira dispneia, edemas, etc., pode ser muito difícil ao médico convencê-lo que a origem de todas as perturbações é somente a obesidade, e ainda mais difícil fazê-lo aceitar uma dieta de restrições.

Então, com arte, o médico deve tentar suggestionar o obeso, explicando os perigos a que se sujeita com a obesidade e as vantagens de emagrecer. A forma dessa sugestão deve variar de paciente para paciente e algumas vezes falha; neste caso só quando aparecem sintomas mais graves, como crises anginóides ou diabetes, o paciente se convencerá das razões invocadas pelo médico; somente será já um pouco tarde no ponto de vista preventivo.

O obeso é preguiçoso e foge dos exercícios físicos, mesmo moderados, o que faz aumentar ainda mais a sua obesidade; tem também de ser convencido a fazer diariamente qualquer esforço, mesmo que seja só a marcha.

Como atrás se disse, 5 %, aproximadamente, dos casos de obesidade são devidos a perturbações funcionais ou lesões orgânicas, congénitas ou adquiridas, de um ou de vários órgãos de secreção interna.

Em primeiro lugar, a pituitária. A hipofunção do lobo posterior, segundo Werner, Keller e Noble, pode produzir obesidade que seria corrigida com pituitrina, o que não está bem provado. A hiperfunção do lobo anterior, com aumento de células basófilas pode verificar-se na obesidade constitucional ou familiar, na adipose dolorosa de Dercum, na hiperglobúlia cerebral e nos síndromas de Morgani-Stewart-Morel, Laurence-Moon-Biel e de Cushing; neste último, como se sabe, há sempre perturbações suprarrenais. Os estudos feitos com as hormonas hipofisárias chamadas lipoitrina, lactogénica e lipopéxica têm necessidade de mais profundas investigações.

As perturbações da tiróide podem originar obesidades características, assim como a hiperfunção das suprarrenais (síndromas de Cushing e adrenogenital).

Na hiperfunção das suprarrenais a glicosúria aparece devida à excessiva hormona cortical e não como resultado da obesidade. O síndrome de Cushing é um exemplo duma verdadeira obesidade endócrina em que há uma característica distribuição de gordura. A osteoporose, o achatamento das vértebras e a acumulação de gordura na face acentuam a obesidade da metade superior do corpo. Segundo Albright, a hormona cortical causaria a destruição das proteínas para formar hidratos de carbono que, por sua vez, seriam convertidos em gordura. Contudo, estes doentes podem perder peso com uma dieta de redução.

Na relação do pâncreas com a obesidade poder-se-ia pensar que a hipoglicemia, aumentando o apetite, originaria a obesidade, mas, em geral, o obeso é hiperglicémico. Na hipoglicemia funcional a obesidade é rara. Só no hiperinsulinismo por tumor das células dos ilhéus, originando hipoglicemia prolongada e alimentação com pequenos intervalos, aparece inicialmente a obesidade; aliás estes tumores são raros.

Na obesidade referente às perturbações das glândulas sexuais poderemos notar que a puberdade, a gravidez, a lactação, o climatério ou a castração estão ligados a conflitos psíquicos que podem originar mudanças de hábitos alimentares, pela sua própria natureza, ou então, como compensação de outras actividades perdidas.

As hipóteses de von Bergman e de Lichtwitz sobre a perturbação do metabolismo do tecido adiposo no obeso devem-se aplicar em muitos casos de obesidade, e foi daí que veio o termo de lipofilia. De facto, os tecidos adiposos de certos indivíduos gordos tem uma grande avidez pela gordura e esta é perdida com dificuldade dos pontos em que se deposita. Há também, possivelmente, uma transformação mais fácil em gordura dos alimentos compostos por hidratos de carbono.

O quociente respiratório, isto é, a relação entre o consumo de oxigénio e a excreção de anidrido carbónico, é mais baixo no obeso do que no indivíduo normal, possivelmente, por certas reservas de hidratos de carbono estarem substituídas por gorduras.

A acção específico-dinâmica dos alimentos costuma estar diminuída na obesidade.

A retenção da água pode ter uma certa influência nalguns tipos de obesidade, e aqui podemos ver a influência do lobo posterior da hipófise ou da parte cortical das suprarrenais, sem, contudo, deixar de ter presente a influência do cloreto de sódio dos alimentos nessa retenção aquosa.

De todas as hipóteses descritas, resulta que a forma mais segura de tratar a obesidade é a dieta de redução bem calculada relativa às necessidades do organismo; como ficou apontado, a melhor forma de fazer o cálculo dessa dieta é a que se baseia na determinação do metabolismo basal, das calorías basais, e, também, no estudo das deficiências apresentadas pelo pâncreas, rins e fígado do obeso. Assim, a análise de urina e as determinações da glicose, da ureia, do colesterol e da bilirru-

bina no sangue são sempre aconselháveis; nalguns casos estão indicadas algumas provas funcionais, como a de Exton-Rose, Hanger, etc.

Uma vez de posse destes elementos, é fácil organizar uma dieta em que as calorias da alimentação por dia são inferiores, iguais ou ligeiramente superiores às calorias basais, conforme a profissão ou a actividade do doente, que é o único factor que o aparelho de determinação do metabolismo basal não regista, pois o sexo, a idade, a altura e o peso já entraram nos cálculos. Há também tabelas especiais para calcular a dieta, das quais a mais perfeita talvez seja a de Boothby e Berkson.

Ao contrário do que aconselham certos autores americanos, ao autor parece conveniente não descer abaixo das 1.000 calorias diárias; as 600 calorias diárias aconselhadas por alguns médicos dos Estados-Unidos não são aplicáveis entre nós, assim como determinadas dietas muito restritas. É preferível obter a redução do peso lentamente, habituando o doente, pouco a pouco, a manter a dieta. Entram aqui, em linha de conta, os factores psicológicos já referidos.

É também difícil prever em quanto tempo, determinado indivíduo, atingirá determinado peso, pois, além de outras circunstâncias, é raro aquele que cumpre a dieta com regularidade. Apesar disso, tem visto perder 10, 20 e 30 quilos num ano, conforme o peso inicial do obeso.

Seguidamente, o A. salienta a importância da obesidade como factor determinante da diabetes. Nem todos os obesos se tornam diabéticos, mas, segundo Joslin, 80 % dos diabéticos são obesos e quanto maior é a obesidade maior é a probabilidade do indivíduo ter menor tolerância para o açúcar, o que é demonstrado facilmente, numa curva experimental.

É possível que a relação entre obesidade e diabetes não seja inteiramente causal, mas que ambas as doenças sejam o reflexo dum desequilíbrio no funcionamento dos órgãos endócrinos ou de alterações idênticas do metabolismo. Mas na grande maioria dos casos de diabetes, os excessos alimentares, principalmente de hidratos de carbono e de gorduras, precederam o início da doença. Esses excessos, quase sempre, foram feitos durante anos, durante os quais o organismo foi resistindo melhor ou pior, e na altura do climatério, quando todas as funções são diminuídas, declara-se a doença.

Muitas vezes também o indivíduo deseja alimentar-se depois dos 40 anos tal como se alimentava na juventude, conquanto a sua actividade tivesse diminuído muito; o resultado é a obesidade e muitas vezes a diabetes.

A constituição hiperpituitária é um outro factor predisponente, pois a hormona somatotrópica tem acção hiperglicemiante.

Os factores hereditários, tais como a própria diabetes, a obesidade e certas constituições dos antecedentes familiares são dignos de tomar em consideração, e podem ser o ponto de partida para certos conselhos profilácticos.

FÊNERGAN CREME



INDICAÇÕES

- Pruridos localizados: prurido vulvar, prurido anal, nevrodermite circunscritas.
- Herpes.
- Eritemas solares, queimaduras superficiais, frieiras.
- Reacções inflamatórias devidas a picadas de insectos ou de aracnídeos: mosquitos, abelhas, vespas, moscardos.
- Lesões urticáricas provocadas pelos pêlos urticantes de certas lagartas.
- Acidentes cutâneos devidos às medusas e às Fisálias (banhos de mar).
- Dermatites devidas ao contacto de certas plantas (dermatites dos prados).

MODO DE EMPREGO

Aplicar o creme em camada fina sobre as lesões.
(3 ou 4 aplicações por dia)

Em caso de reacção intensa, associar ao tratamento local o tratamento geral (granjeias de Fénergan a 0,025 gr. ou Xarope de Fénergan do qual 1 colher das de café = 5 mg. de Fénergan).

Nos casos graves que necessitem de um tratamento de urgência, recorrer-se-à ao Fénergan injectável (ampolas de 2 cm doseadas a 0,05 gr. de Fénergan).

Graças ao seu excipiente hidrossolúvel, o Fénergan Creme é absorvido rapidamente e não engordura os tegumentos.



ANTIÁLGICO
ANTIALÉRGICO
ANTI-HISTAMÍNICO PODEROSO

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^o%, frascos de 10 cc,
tubos de 10 comprimidos a 5,25 mg

Soluto injectavel a 1/2^o‰: 10 ampolas de 1 cc



FARBWERKE HOECHST
vormals Meister Lucius & Brüning
Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal: *Mecius Lda.* Rua do Telhal, 8-1.^o—LISBOA

Os casos graves de diabetes, assim como o coma diabético, nas grandes cidades, são hoje raros porque a população consulta mais frequentemente os médicos e compreende melhor a vantagem do tratamento precoce.

Em conclusão: a dieta aconselhada para a obesidade será sempre útil para o diabético obeso. A redução de peso melhora sempre a diabetes.

A diabetes nos indivíduos magros é quase sempre grave e necessita tratamento com insulina. Esta tem também de ser utilizada quando uma dieta adequada (com pelo menos 100 g de hidratos de carbono e 50 de gordura) não compensar o excesso de açúcar.

SOBRE UM CASO DE BÓCIO GIGANTE. — Observação clínica interessante pelas extraordinárias dimensões do bócio e pela discordância entre os dados clínicos e os laboratoriais. A doente, mulher de 55 anos de idade, apresentava uma enorme tumefacção no lado esquerdo do pescoço, formada à custa da glândula tiroideia, que existia há anos, sem provocar dores; veio consultar por estas terem aparecido, nas costas, com irradiações exacerbadas ultimamente. A investigação neurológica pôs o diagnóstico de compressão medular, havendo sinais discretos de espondilo-artrose e depois fractura patológica da D₉ e D₁₀. Embora o diagnóstico clínico do tumor fosse o de bócio colóide quístico simples, era lógico admitir a degenerescência maligna, com metástases vertebrais.

Foi operada e o exame anátomo-patológico mostrou que se tratava efectivamente de bócio colóide quístico predominantemente microfoliular. Mas as lesões vertebrais causadoras da compressão medular eram de metástases, e os seus sintomas persistiram depois de extirpado o tumor da tiroideia.

TRATAMENTO DA SÍFILIS RECENTE PELA PAM. — Depois que, em 1943, a penicilina foi introduzida na terapêutica da sífilis, tem-se mantido as discussões sobre a eficiência completa, sem falhas, da nova droga, mesmo depois de se ter reconhecido que a penicilina G era a mais activa contra o treponema, e de se haver estendido o seu emprego, facilitado pelo fácil manejo das preparações de acção retardada.

Neste estudo (que vamos reproduzir quase inteiramente) empregaram os AA. a penicilina G procaína em suspensão oleosa com monoestearato de alumínio a 2 % (PAM). Incidiu em 181 doentes de sífilis recente, da consulta externa do serviço de Dermatologia e Sifilografia do Hospital do Desterro (Lisboa).

Antes de lhe ser instituído qualquer tratamento foram submetidos a um exame clínico e laboratorial tão completo quanto possível. Procurou-se apurar as fontes de contágio, de modo a poder chamar ao tratamento os contactos suspeitos.

O exame laboratorial constou da pesquisa de treponemas nas lesões cutâneas ou mucosas e de reacções serológicas qualitativas e quantitativas,

empregando as técnicas de Kolmer, V. D. R. L. e Rein Bossak. Empregaram nestas reacções antigénios de cardiolipina e antigénios lipídicos. Os resultados positivos obtidos com antigénio de cardiolipina, segundo a técnica de Rein Bossak, foram expressos em unidades Kahn.

A grande maioria dos doentes foi internada, não porque o julgassem necessário, dada a simplicidade e inocuidade do tratamento, mas para aproveitarem o internamento para a observação diária das lesões e para instruir os pacientes sobre a doença, de modo a ganhar a sua confiança e poder contar com a sua cooperação no futuro. Além disso, muitos pertenciam a classes de nível social baixo, sem qualquer noção da doença e do perigo que podiam representar para a sociedade, com dificuldades económicas e de várias ordens que lhes dificultavam a comparencia na consulta para tratamento ambulatorio.

Foram submetidos a um dos seguintes esquemas de tratamento:

- 1.º esquema — 1.º dia — 1.200.000 unidades e nos dias seguintes
600.000 unidades de PAM até perfazer
4.800.000.
- 2.º esquema — 1.º dia — 2.400.000 unidades e nos dias seguintes
600.000 unidades de PAM até perfazer
6.000.000.

Embora o tratamento durasse 7 dias, a alta só era dada quando as lesões cutâneo-mucosas estivessem curadas, pelo que o tempo médio do internamento foi de 15 dias.

Antes da alta era feita nova colheita de sangue para reacções serológicas e o doente aconselhado a comparecer, ulteriormente, na consulta externa com intervalos preestabelecidos. Caso não comparecesse era procurado por uma visitadora, cedida pela Delegação de Saúde de Lisboa por despacho do Sr. Director Geral de Saúde, que procurava reconduzi-lo à consulta.

Nos casos em que o doente se deslocava para a provincia, os exames clínicos e colheitas de sangue eram feitas pelo Subdelegado de Saúde concelhio que nos informava sobre aqueles exames e enviava o sangue para as reacções serológicas.

Os exames clínicos e serológicos dos doentes, depois da alta, foram estabelecidos com a seguinte periodicidade: Até aos 6 meses — 1 vez por mês; Dos 6 aos 12 meses — 1 vez de 6 em 6 meses; Depois dos 2 anos — 1 vez por ano.

A todos os doentes foi recomendado que os períodos estabelecidos não deviam ser alongados, mas pelo contrario encurtados, se sentissem algum sintoma ou observassem qualquer sinal de doença. É interessante focar que muitos doentes compareceram com assiduidade à consulta, muito antes dos prazos marcados, o que lhes permitiu um controle satisfatório.

Cerca de 2 anos após o tratamento e sempre que possível, foi-lhes feita uma colheita do liquido céfalo-raquidiano no qual se fizeram as

seguintes provas: contagem de células, doseamento de albumina, pesquisa e doseamento de reagentes e reacções coloidais.

Nos doentes em que se notaram sinais clínicos ou laboratoriais de recaída ou reinfeção foi repetido o tratamento.

A apreciação dos resultados só pode ser feita em 145 dos 181 doentes tratados, porque 36 não foram seguidos um tempo suficiente para tirar qualquer conclusão. No entanto, puderam observar que estes doentes não apresentavam sintomas clínicos de sífilis no último exame.

Dos 145 casos, 105 eram do sexo masculino e 40 do feminino. Quanto ao período da doença no início do tratamento: Sífilis I com sero-reacção negativa — 6; Sífilis I com sero-reacção positiva — 47; Sífilis II — 92.

Sendo a sífilis uma doença que pode ter uma evolução longa, com uma percentagem apreciável de curas espontâneas, apresentando-se por vezes sem qualquer sintoma clínico, torna-se difícil a apreciação de qualquer esquema terapêutico, sobretudo porque actualmente não se dispõe de uma prova biológica de cura. O critério desta tem por isso que assentar num certo número de factos de interpretação difícil e por isso discutíveis, o que torna o problema excitante e, como consequência estimulador de novas descobertas. A prova de Nelson é disso um exemplo.

Se atendermos à sua biopatologia, podemos dividir a sífilis em dois períodos: sífilis recente e sífilis tardia.

A sífilis recente caracteriza-se por lesões anátomo-patológicas do tipo inflamatório agudo, susceptíveis de cura com «restitutio ad integrum». A sífilis tardia, pelo contrário, apresenta lesões do tipo inflamatório crónico com destruição de tecidos e fibrose, de cura mais difícil, muitas vezes traduzida por uma cicatriz, que substituindo o tecido nobre mantém a sintomatologia clínica, situação que pode ser bem exemplificada por certas formas de sífilis vascular e do sistema nervoso.

Essas diferenças anátomo-patológicas e as diferenças imunológicas entre a sífilis recente e a tardia determinam que a primeira seja a forma mais apropriada para avaliar a eficácia de uma terapêutica específica. Enquanto na lues antiga pode obter-se a cura sem desaparecimento da sintomatologia clínica e com a manutenção das reagentes, na sífilis recente a cura é traduzida pela ausência dos sintomas clínicos e por queda rápida das reagentes, o que pode permitir tirar conclusões sobre o efeito terapêutico num mais curto espaço de tempo.

Consideram um tratamento eficiente na sífilis recente, e portanto não necessitando ser repetido, se a sintomatologia clínica desaparecer e o nível dos anticorpos no sangue (reagentes) diminuir gradualmente até atingir o zero ou níveis muito próximos do zero e se ao fim de dois anos não se encontrarem alterações patológicas no líquido cefalorraquídeo.

Ligam a maior importância à curva das reagentes na avaliação do tratamento. Mesmo nos tratamentos mais eficazes decorre bastante tempo antes que as reagentes desapareçam do sangue; por vezes fica um resíduo

não influenciado pela terapêutica, a que não dão significado patológico, se a descida das reagentes tiver revestido o aspecto normal, com a sua queda rápida e gradual nos primeiros 4 meses e depois manutenção do título das reagentes a níveis baixos, 4 a 8 unidades Kahn.

Se a sintomatologia clínica reaparece ou se as reagentes, depois de uma queda, voltam a subir, o tratamento é repetido e o caso é apontado na casuística como uma «falha».

Embora no tratamento dos referidos doentes se tivessem empregado 2 esquemas, um com 4.800.000 e outro com 6.000.000 de unidades de PAM, os números apresentados neste trabalho e os seus comentários representam o total dos doentes tratados pelos dois esquemas. Procederam deste modo porque não notaram qualquer diferença de resultados, quer clínicos quer serológicos, nos doentes dos dois grupos.

Dos 145 doentes seguidos foi necessário repetir o tratamento em 15, por recaída ou reinfeção, representando uma percentagem global de «falhas» de 10,3 %, o que está de acordo com a maior parte das estatísticas estrangeiras; mas distribuindo-se as «falhas», por sexos e por períodos de doença, verificaram percentagens diferentes consoante os sexos: 5,7 % para os homens e 22,5 % para as mulheres o que, à primeira vista, parece ter difícil explicação. É certo que os números não são comparáveis, 105 homens e 40 mulheres, mas apesar disso a diferença é estatisticamente significativa. A sua explicação deve residir no diferente ambiente epidemiológico em que vivem os dois sexos. Das nove «falhas» verificadas no sexo feminino, oito foram observadas em prostitutas, «métier» extraordinariamente exposto a reinfeções. Com efeito, das 40 doentes do sexo feminino, 21 eram prostitutas o que a nosso ver explica a grande percentagem de insucessos de tratamento neste sexo. Excluindo as prostitutas do número de doentes do sexo feminino, fica-se com 1 «falha» em 19 doentes, o que dá uma percentagem de 5,2, taxa esta sobreponível à encontrada nos homens.

Os AA. só incluíram no número das «falhas» os doentes que mostraram uma curva de reagentes inesperada ou que mostraram sinais clínicos de sífilis. Se, por exemplo, considerassem como ineficácia de tratamento as simples reacções serológicas positivas passados 6 meses, como alguns autores fizeram, teriam uma percentagem de «falhas» tão elevada que ninguém poderia discutir o benefício do esquema de tratamento.

Ao fim de seis meses contados do início do tratamento, a percentagem de soros positivos foi ainda muito alta, mais acentuadamente na sífilis II do que na sífilis I, o que era de esperar em virtude do estímulo antigénico ser mais duradouro na sífilis secundária do que na primária, antes da sua suspensão pelo tratamento. Também aqui se nota uma maior percentagem de positividade nas mulheres (50 %) do que nos homens (20 %), cuja explicação deve ser a mesma que atrás se apresentou. Passados 25 a 32 meses, ainda se verificaram 9 positividade das reacções, sendo 3 em homens e 6 em mulheres.

Arterioesclerose
Hipertensão

Iodo-Calcio-Diuretina



esclerose cerebral

estados postapopléticos

angina do peito, aortite

asma cardíaca

dispneia cardíaca

esclerose renal

profilaxia do ictus

surdez senil

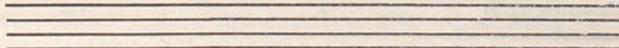


KNOLL A.-G.
Fábricas de Produtos Químicos
Ludwigshafen/Reno

Representante:

August Veith, Herdeiros
Av. da Liberdade, 42 Tel. 25137
LISBOA

Tubo com 20 comprimidos



3 Produtos "Ciba,"

com indicações comuns

Carbantren

Dispepsias fermentativas e pútridas

Entero-Viofórmio

Enterite, diarreias estivais

Formo-Cibazol

Infecções intestinais

e com indicações específicas

Diarreia estival

Disenteria bacilar, colite

Profilaxia da peritonite, em cirurgia

Antes e após as intervenções no intestino

Formo-Cibazol

Cibazol, aldeído fórmico e Sapamina

Tubos de 10 e de 20 comprimidos

Disenteria amebiana

Entero-colite, diarreia estival

Enterite e cistite tuberculosa

Entero-Viofórmio

Iodo-cloro-oxiquinoleína e Sapamina

Tubos de 10 e de 20 comprimidos

Gastrite, meteorismo

Intoxicações alimentares

Perturbações digestivas

Carbantren

Iodo-cloro-oxiquinoleína bismutada, pectina e carvão medicinal activo

Tubo de 20 comprimidos

Marcas registadas

Produtos CIBA, Limitada — Lisboa

Estas percentagens, porém, foram obtidas com as reacções de Rein Bossak, prova de grande sensibilidade. Se empregassem os resultados obtidos com as reacções de Kolmer, com antigénio lipóidico, onde a negatividade foi obtida mais cedo, os resultados seriam diferentes.

Por outro lado, o quadro da evolução das reacções serológicas mostra flagrantemente a insuficiência das reacções serológicas qualitativas na apreciação da eficácia de um tratamento. Se atendessem só a elas não só seriam induzidos a diagnosticar «falhas» onde não existiam, mas também, em alguns casos em que as reacções se tornam negativas, poderia sobrevir a dúvida se se tratava de cura terapêutica ou regressão espontânea.

Foi portanto, o aspecto da curva das reaginas, obtida por exames seriados, que os guiou na atitude a tomar perante um determinado caso. Por vezes, a curva revestiu o aspecto normal atingindo o zero rapidamente, mas exames sucessivos revelaram uma quantidade diminuta de reaginas, que voltaram a desaparecer em exames subsequentes sem influência de qualquer tratamento. Esta presença de reaginas, a interpretam, não como sendo ainda sinal de actividade de sífilis, ou início de recaída, mas como inerente à natureza das técnicas empregadas para o seu doseamento. A curva serológica de vários seus doentes documentam a validade da interpretação: todos voltaram à negatividade sem influência de qualquer tratamento.

Dos 145 doentes, tiveram de repetir o tratamento em 15, por terem novamente mostrado sinais clínicos ou serológicos de sífilis. Na apreciação geral da eficácia do tratamento foram considerados como «falhas» terminologia que embora adoptada pela maioria dos autores lhes parece imprópria, porque tratando-se de uma reinfeção, não pode ser atribuída à insuficiência do tratamento, devendo esses casos ser eliminados da avaliação.

No entanto, é quase sempre difícil fazer o diagnóstico diferencial entre recaída e reinfeção pelo que incluíram na apreciação geral todos os casos que necessitaram de novo tratamento, quer por recaída, quer por reinfeção.

O diagnóstico diferencial entre recaída e reinfeção baseia-se essencialmente no exame clínico e epidemiológico e nas reacções serológicas quantitativas. Como se compreende o exame clínico-epidemiológico pode levar a pressupor, mas nunca a afirmar, o mesmo acontecendo com o exame serológico, a não ser em condições especiais, como aquelas que apontou Rein e que tiveram ocasião de observar. Em casos de sífilis recente o tratamento pela penicilina é seguido pelo desaparecimento das lesões e uma descida gradual do título das reaginas. Num dado momento, o doente, que até então era considerado como tendo respondido normalmente ao tratamento, aparece com lesões de sífilis primária e um título baixo ou sem reaginas. Novas reacções serológicas, poucos dias depois mostraram uma subida brusca de reaginas; isto é, a lesão

luética precedeu a subida das reaginas. Neste caso a reaparição dos sintomas de sífilis, deve ser interpretada como uma reinfeccção e não como uma recaída. O aparecimento da lesão primária funcionou como um novo estímulo que fez subir novamente o título de reaginas. Se se tratasse de uma recaída a subida de reaginas devia preceder o aparecimento das lesões.

Para que o leitor possa fazer juízo pessoal sobre a classificação em recaída ou reinfeccção, apresentam as histórias clínicas dos casos em questão. As «falhas» ocorreram nos doentes de sífilis I sero-positiva e na sífilis II, sendo 6 em homens e 9 em mulheres; 8 destas mulheres eram prostitutas, pelo que discutem separadamente, as recaídas da sífilis primária, secundária e das prostitutas. Eis essa apresentação em cópia fiel:

«—SÍFILIS I.—Excluindo as prostitutas observamos sinais de sífilis depois do tratamento nos doentes n.ºs 15, 19 e 46.

Doente n.º 15—Este doente, cinco meses depois de um tratamento que parecia efectivo, mostrou uma elevação das reaginas de 16 para 512 unidades Kahn. Em presença deste resultado foi solicitado a trazer a sua mulher (n.º 56 da sífilis secundária da nossa série) à consulta, tendo-se verificado que esta era portadora de sífilis secundária tardia (leucomelanodermia, poliadenopatia, erosão do colo) e um título de reaginas de 512. O tratamento simultâneo do casal, originou a evolução habitual da doença, mas, passados 15 meses, verificou-se nova subida de reaginas de 2 para 64 unidades, pelo que foi instituído novo tratamento com aparente sucesso. Neste caso, embora pudéssemos atribuir a 1.ª subida de reaginas a uma reinfeccção em virtude de coabitar com uma mulher com sífilis contagiosa escapa-nos a causa que originou a segunda.

Doente n.º 19—Este doente apareceu na consulta nove meses depois do tratamento, com uma lesão ulcerativa do sulco balano-prepucial onde foram encontrados treponemas, tendo o seu soro revelado então 16 unidades de reaginas. Verificou-se também, que tinha tido relações suspeitas 3 semanas antes. A presença da lesão prepucial com treponemas e um título de reaginas baixo, logo seguido por um aumento de reaginas de 16 para 128, levou-nos a diagnosticar este caso de reinfeccção e não de recaída.

Doente n.º 46—Depois do tratamento a doença seguiu o seu curso habitual, mas passados 4 meses verificou-se uma subida de reaginas de 16 para 256. Nesta altura averiguou-se que o doente coabitava com uma mulher com sífilis contagiosa (n.º 81 da sífilis secundária da nossa série). Tratados simultaneamente a doença retomou o curso normal dos doentes tratados pela PAM e não voltámos a observar qualquer recaída, clínica ou serológica. Os dados epidemiológicos deste doente levam-nos a interpretar a subida de reaginas, tendo como causa uma reinfeccção contraída na mulher com quem coabitava.

SÍFILIS II. — Em doentes com sífilis secundária, excluindo 6 prostitutas deste grupo, tivemos que repetir o tratamento em 3 homens (doentes n.ºs 19, 93 e 43) e 1 mulher (doente n.º 56).

Doente n.º 56 — Era casada com o doente n.º 15 da nossa série de sífilis I, pelo que não a discutimos aqui. No entanto parece-nos útil dizer que se tratava de um casal de nível social baixo em que todas as ilações baseadas em dados epidemiológicos não podem merecer a mínima confiança.

Doente n.º 19 — Passados nove meses depois do tratamento verificou-se que o título de reaginas subiu de 2 para 128 unidades. Só nesta data é que tivemos conhecimento que era casado com a doente n.º 64, na qual, chamada à consulta, se diagnosticou sífilis secundária. Tratados simultaneamente nunca mais se observou qualquer sinal de sífilis em actividade.

Doente n.º 33 — Outro caso em que as reacções serológicas seriadas nos ajudaram no diagnóstico. Apareceu à consulta com manifestações de sífilis secundária e com um título de reaginas de 256 unidades. Feito o tratamento a doença seguiu o curso habitual, mas 5 meses depois manifestou-se uma lesão dura no sulco balano-prepucial, na qual se encontraram treponemas. No sangue o título de reaginas era de 4 unidades. Feita nova titulação 13 dias mais tarde as reaginas tinham subido para 256. Pela história clínica verificou-se que coabitava com «uma pequena de toda a confiança», mas que não nos foi possível trazer à consulta. Após o 2.º tratamento pela PAM a lesão luética cicatrizou e a curva das reaginas retomou o aspecto normal, para passados 9 meses voltar a subir de 8 para 256. Novas e infrutíferas tentativas foram feitas para examinarmos a mesma mulher. A primeira subida de reaginas apresentava todos os sinais de uma reinfecção e a segunda embora não apresentasse os sinais clínico-serológicos de uma reinfecção, dado o ambiente epidemiológico em que o doente vivia, é provável que tenha o mesmo determinismo.

Doente n.º 43 — Neste doente, 4 meses depois do tratamento, as reaginas subiram de 16 para 512 unidades. Observada a sua «parceira» verificou-se que era portadora de lesões contagiosas de sífilis (caso n.º 65 da nossa série de sífilis II). Tudo leva a crer tratar-se de mais um caso de reinfecção.

SÍFILIS NAS MERETRIZES. — O problema da aparição dum tratamento nesta classe de doentes, reveste-se de particulares dificuldades dadas as condições muito especiais do seu «métier». Mulheres constantemente sujeitas a infecções e reinfecções é de admitir que as suas reacções sejam modificadas e portanto de difícil interpretação. Por outro lado, pelo seu sexo e profissão, é sempre difícil fazer um diagnóstico do tempo que dura a infecção, mormente depois do uso da penicilina que é utilizada, não só para o tratamento da sífilis, mas para o de outras infecções, nomeadamente a gonorreia, podendo assim mesmo em dose insuficiente

mascarar a sífilis por muito tempo. Nos nossos doentes só conseguimos fazer o diagnóstico de certeza, de sífilis I, em 2 casos.

Por outro lado, embora o número de doentes estudado neste grupo seja pequeno, o que é facto é que ele oferece certas particularidades que nos levam a pensar que muitos diagnósticos de recaídas apresentados em trabalhos desta natureza podem ser errados, devendo antes tratar-se de reinfecções. Com efeito, em 21 doentes tivemos necessidade de repetir o tratamento em 8 o que representa uma percentagem de 38 % de «falhas» aproximadamente 6 vezes superior à obtida nos outros doentes. Esta disparidade só pode ser explicada pelo risco a que estão sujeitos os indivíduos desta «profissão». —»

Depois da descrição das circunstâncias em que se observaram as «falhas», os AA. pensam não ser muito arrojado concluir pelo sucesso do tratamento em 100 % dos casos mas, como notaram, deixam isso ao critério do leitor.

A discordância entre a sua estatística e os números apresentados pela maioria dos trabalhos americanos, mesmo os mais favoráveis à penicilina, talvez possa ser compreendida depois da leitura dos livros de Kinsey sobre a vida sexual dos americanos.

Seguidamente tratam do valor da punção lombar, da tolerância ao tratamento e do «controle» dos doentes depois do tratamento; com o que terminam o seu artigo. São estas últimas partes do seguinte teor:

«— *Punção lombar* — Todos os sifilígrafos estão de acordo que o exame do líquido céfalo-raquidiano é indispensável à verificação da eficácia do tratamento, sabido que pode haver sífilis nervosa latente só revelada por meio desta prova. A raridade desse exame é uma das lacunas do nosso trabalho.

Até ao presente só conseguimos puncionar 13 doentes, o que realmente é pouco, mas todos os médicos portugueses conhecem a dificuldade desta prática nesta categoria de doentes. Os doentes negaram-se sistematicamente, porque não sentindo qualquer perturbação mórbida, julgaram dispensável sujeitar-se a essa prova que consideram incómoda e perigosa. Os 13 doentes puncionados tiveram que ser internados e não foi sem alguma dificuldade que se convenceram da necessidade da punção lombar. Em todos os 13 doentes o líquido céfalo-raquidiano se mostrou normal.

A evolução clínica e serológica dos nossos casos parece consentir-nos ser optimistas. —»

«— *Tolerância ao tratamento* — Em nenhum dos 181 doentes tratados foi necessário interromper o tratamento. Em alguns, notou-se uma reacção febril fugaz, nunca a temperatura indo além dos 39. Apesar do uso indiscriminado da penicilina para muitas outras doenças, não observamos manifestações alérgicas em nenhuns dos 181 doentes.

A título de comparação parece-nos interessante referir o que se passou nos tratamentos em que se utilizou o arsénio.

Novo!

EM NEUROLOGIA, PEDIATRIA,
CLÍNICA GERAL, GERIATRIA, etc.

COBENAL

AZEVEDOS

FOSFATO DE ADENINA + VITAMINA B₁*
+ VITAMINA B₁₂

* Aneurina activada pelo ião-pirofosfórico, em
meio adenosino fosfórico glicosado

APRESENTAÇÃO

Injectável:

- NORMAL
5 × 2,2 cm³.
- FORTE
3 × 3,3 cm³.
- FORTÍSSIMO
3 × 3,3 cm³.

Oral:

- XAROPE — Frascos com 100 cm³ para uso oral.

INDICAÇÕES

Adinamia neuro-muscular e cardíaca ★ Convalescenças ★ Astenia consecutiva ao uso de antibióticos ★ Neurastenia, nervosidade, instabilidade psíquica ★ Estados de desnutrição ★ Deficiências de crescimento e desenvolvimento das crianças e lactentes ★ Anorexia e astenia dos velhos e crianças ★ Dermatoses seborreicas ★ Neurodermites e certos eczemas ★ Dermatites de contacto ★ Urticária crónica ★ Lupus ★ Zona ★ Esclerose em placas ★ Nevrites ★ Nevralgias do trigémio ★ Polinevrites diversas ★ Osteoartrite e osteoporose ★ Hemicrânia ★ Hepatopatias ★ Perturbações da gravidez: vômitos, hiperestésias, etc.

LITERATURA DETALHADA E AMOSTRAS PARA ENSAIO À DISPOSIÇÃO DOS EX.^{mos} CLIENTES



LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1775



O PROPIONATO
DE SÓDIO EM

OFTALMOLOGIA

OFTALSÓDICO

"Scientia"

Em **Colírio** a 5% e a 10% (frasco conta-gotas)

Em **Unguento** a 5% e a 10% (bismaga)

- Poderosa acção anti-micótica e anti-bacteriana
- Provada compatibilidade com os vaso-constritores* e anestésicos usados em oftalmologia
- Absoluta tolerância local e geral
- Perfeita e indefinida estabilidade
- Fácil aplicação

Laboratório Químico-Farmacêutico "Scientia"

Alfredo Cavalheiro, Lda. — Lisboa

Laboratório: R. Entre-Campos, 15. Escritório e Armazém: Av. 5 de Outubro, 164. Telef. P. P. C. 7 3057

Na consulta externa do serviço de Dermato-Venereologia do Hospital do Desterro até Dezembro de 1953 foram inscritos 111.040 doentes.

Da estatística dessa consulta cuidadosamente elaborada pelo Dr. Sá Penela, Director do Serviço, destacamos 19 anos (1930-1949) em que se observaram 9.567 doentes com sífilis recente, sendo 6.215 homens e 3.352 mulheres, dos quais 95 % (9.089) foram submetidos a um tratamento misto, arsénio e bismuto. Na terapêutica pelos arsenicais foram usados vários produtos como: Neosalvarsan, Novarsenobensol, Diarsenol, Neo-Diarsenol, Syntharsan, Neo-Arsenil, Solusalvarsan, Sul-farsenol, etc., os quais originaram vários acidentes que foram assim diagnosticados. (Referência a um quadro em que se relacionam os acidentes conhecidos). Apesar da terapêutica ter sido aplicada com o máximo cuidado, teve que ser abandonada ou interrompida em 7,8 % dos casos, por acidentes, alguns graves, um dos quais levou à morte do doente.

Na secção de meretrizes do mesmo serviço de 1931 a 1953, estiveram internadas 4.452 doentes, algumas por várias vezes. Foi diagnosticada sífilis recente em 1791 e instituído tratamento pelos arsenicais em 1716, tendo surgido acidentes em 83 casos ou seja em 4,8 %, assim distribuídos:

Eritrodermias, sendo um mortal	16
Hepatites	21
Crises nitritóides	5
Acidentes hemorrágicos	3
Acidentes de menor importância (eritemas, urticária e febre).	38 —>

«—*Contrôle*» dos doentes depois do tratamento — A experiência, já longa, de um de nós, no tratamento da sífilis em doentes que acorriam à consulta de Dermato-Venereologia do Hospital do Desterro, provindo das mesmas classes sociais, nos ensinou quão difícil era a verificação dos efeitos de um tratamento pela dificuldade de os seguir depois da alta.

Quando os tratamentos eram demorados e portanto feitos em grande parte em regime ambulatorio, não chegava a 5 % o número de doentes que os completavam e consequentemente difficilmente se podia comprovar a sua efficacia. Por outro lado, como alguns desapareciam logo que as lesões cicatrizavam, era frequente o reaparecimento dos mesmos, com novas lesões contagiosas, ou com manifestações internas de certa gravidade.

Com o esquema apresentado todos os doentes completaram o tratamento e embora se tivessem perdido (1) bastantes, mantém-se ainda em observação 59 % do total dos casos tratados.

(1) Consideramos o doente perdido para a vigilância, se o deixarmos de examinar por um período superior a 8 meses, nos primeiros 2 anos depois do tratamento.

Se descontarmos 19,8 % que se perderam pouco tempo depois do tratamento, o número que tem sido seguido é assaz apreciável, sobretudo se atendermos ao meio em que trabalhamos. Esta mudança de atitude por parte dos doentes foi fruto da educação sanitária que se lhes ministrou em relação ao novo tratamento e ao trabalho da visitadora que dantes não possuíamos.

Pelos resultados aqui apresentados e por um sem-número de trabalhos estrangeiros com resultados semelhantes, muito embora reputemos indispensável o seguimento dos doentes para a verificação do efeito do tratamento, já não nos parece, debaixo do ponto de vista de Saúde Pública, que isso tenha a mesma importância que tinha antes do advento da penicilina, uma vez que praticamente 100 % dos doentes completam o tratamento com este antibiótico. —»

ACÇÃO MÉDICA, XVIII — N.º 69-70 (Julho a Dezembro de 1953): *A medicina no Museu do Prado* (em espanhol), por Castillo de Lueas; *S. João de Deus e a Ordem Hospitaleira na História da Medicina*, por João Porto; *Dinamismo vital*, por Duque Vieira; *O médico católico*, por Álvaro de Mendonça e Moura.

S. JOÃO DE DEUS E A ORDEM HOSPITALEIRA. — Considera-se primeiro a influência do santo na medicina do seu tempo, tão limitada na verdade, por falta de outros conhecimentos que não fossem os tanta vez errados que dava a leitura dos livros escritos muitos séculos antes. Medicina e cirurgia eram rudimentares, adstritas a preconceitos e a conceitos extravagantes. Os hospitais eram lugar de refúgio para pobres, sem quaisquer cuidados de higiene. Foi como doente que S. João de Deus aprendeu como se tratavam então os doentes, e viu a necessidade de os instalar de outra maneira, sem a promiscuidade e a falta de limpeza e de caridosa atenção, que sentira. Então começou a sua obra maravilhosa, pela qual foi inovador de uma nova era nos domínios da enfermagem e da organização hospitalar. Deve-se-lhe, neste campo, a inovação de tratar os loucos como doentes e não prendendo-os e torturando-os.

A influência de S. João de Deus na medicina dos tempos que se lhe seguiram está demonstrada pela expansão da Ordem Hospitaleira, em todo o mundo, e do êxito da assistência que presta; a qual não reside na ciência ou técnica médicas que os irmãos trazem, aliás, nos seus estabelecimentos em estado de permanente actualização, mas sim no colóquio singular que estabelecem com os seus enfermos segundo o lema evangélico de amar ao próximo por amor de Deus, e que sentem e vivem a toda a hora do dia ou da noite junto de quem geme, sofre ou precisa. A Ordem Hospitaleira dispõe de dois couteiros onde a medicina mergulha simultâneamente as suas raízes: a inteligência e o

coração. Mas é de este último que os doentes colhem as flores mais belas e perfumadas.

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, XVII, 1954. — N.º 1 (Jan.-Fev.): *Interesse do estudo da cupremia na criança* (em francês), por R. Turpin, H. Jerome e H. Schmitt; *Febre reumática na criança* (em espanhol), por R. Kreutzer; *Problemas da patologia clínica do umbigo no recém-nascido*, por Armando Tavares. N.º 2 (Março): *Organização moderna de um serviço de prematuros* (em francês), por Marcel Lelong; *A alimentação dos prematuros* (em francês), por W. Tobler; *A etiopatogenia da prematuridade* (em francês), por G. P. Ravera.

Febre reumática na criança. — Embora seja uma doença com várias incógnitas quanto à sua definição e etiologia, os conhecimentos actuais são suficientes para que de futuro não se tratem como reumáticas crianças que nunca tiveram a doença e que, por outro lado, se cometa o erro de desconhecer cardites iniciais das formas abarticulares da doença.

Considerando a sintomatologia e a evolução dos vários aspectos da enfermidade, o A. propõe que os casos que podem ser de reumatismo, se classifiquem, segundo a evolução do primeiro acesso, da seguinte forma, indicadora do prognóstico:

Classe 1.^a — Crianças com dores espúrias, musculares, que aparecem geralmente no fim do dia, quando as dores articulares do reumatismo só aparecem às primeiras horas da manhã. Trata-se de falso reumatismo.

Classe 2.^a — Febre reumática característica, sem lesão cardíaca no primeiro acesso. O prognóstico é bom, pois em 75 % dos casos a lesão cardíaca não se forma posteriormente.

Classe 3.^a — Cardite sem aumento inicial da área cardíaca. 35 % de estes doentes morre ou fica inválido. Os restantes 65 % curam sem sequela ou com uma valvulite residual compatível com actividade física normal.

Classe 4.^a — Cardite com aumento da área cardíaca. Inverte-se a proporção: uns 60 % ou morrem ou ficam severamente incapacitados.

Classe 5.^a — Cardite com insuficiência cardíaca inicial. Só há cerca de 7 % de probabilidades de cura da cardite, com desaparecimento dos sinais auscultatórios da lesão valvular.

Classe 6.^a — Valvulopatia residual de tipo reumático, sem antecedentes clínicos da doença. A estenose mitral é mais frequente na mulher e a insuficiência aórtica no homem. O prognóstico depende das alterações hemodinâmicas da valvulopatia e da possibilidade de que nele se enxerte uma endocardite bacteriana subaguda.

O diagnóstico, e o correspondente prognóstico, depende como se vê, essencialmente, da participação cardíaca, sua precocidade e inten-

sidade, pelo que nunca é demais repetir a importância de um exame frequente e minucioso do coração.

Dado que a poliartrite reumática cede regularmente aos tratamentos clássicos, não é nessa forma que podem ter interesse de maior as novas medicações. Esse interesse existirá, porém, se com elas se puder modificar o prognóstico dos casos das Classes 4.^a e 5.^a.

Porque é uma droga cara e desnecessária nas formas 2.^a e 3.^a, o A. só empregou a cortisona e a ACTH nas formas 4.^a e 5.^a. Empregou-a nas doses indicadas pela «Cooperative Rheumatic Fever Study», que totalizam respectivamente as quantidades de 4.100 mg e 2.460 mg, no fim da série; e com todos os cuidados recomendados. Os efeitos são notáveis sobre os sintomas gerais da doença, mas sobre a cardite são duvidosos; e os inconvenientes de esta medicação hormonal são tão frequentes e sérios, que é surpreendente ver como se tem feito uma injustificada difusão do seu emprego, e para mais incontrolada.

O salicilato de sódio está indicado nos doentes das Classes 2.^a e 3.^a, em que é agente de eleição. Está contra-indicado nos da Classe 5.^a e nos da Classe 4.^a deve empregar-se com cautela, parcimoniosamente. Porque a tolerância à droga está na razão inversa da gravidade da doença. As doses que emprega são as de 20 centigramas por quilo de peso do doente por via oral, repartida por fracções dadas de 4 em 4 horas, com abundante ingestão de líquidos. Se há intolerância gástrica, dá-o em gota-a-gota rectal. Para evitar intoxicação, suspende a medicação aos primeiros sinais de ela: hiperpneia e zumbidos.

O piramido pode substituir o salicilato, quando este é mal tolerado. Dose diária total entre 0,90 a 1,50 g. Na criança não é tão de temer, como no adolescente e no adulto, a leucopenia com agranulocitose.

A transfusão de sangue total é de empregar quando há anemia, mesmo havendo insuficiência cardíaca. Doses de 100 a 120 g, duas ou três vezes por semana.

A oxigenoterapia é o único meio de que se dispõe para suprimir a perturbação funcional dependente da cardite, diminuindo a hiperactividade; passada essa fase aguda, deixa de se conservar a criança debaixo da tenda de oxigénio.

Ferro, vitaminas e extracto de fígado são medicamentos úteis, se bem que a anemia do reumatismo não derive de perdas sanguíneas, excepto quando há epistáxis.

O repouso no leito continua a ser de fundamental importância, devendo impor-se até ao desaparecimento de todos os sintomas evolutivos. Nas cardites, o regresso à actividade física deve fazer-se lentamente.

Ainda sobre a duração do tratamento, nota que deve prolongar-se até que o estado geral do doente seja normal, não importando de que a velocidade de sedimentação esteja elevada; esta pode descer sem que a doença tenha perdido a sua actividade.

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



**PROCILINA
PROMICINA**



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

Vómitos da gravidez • Vertigens (Ménière)
Toxémias pelos raios X e outras intoxicações
por irradiação • Corea menor • Parkinsonismo
postencefalítico • Agranulocitose, etc.

Hexabion

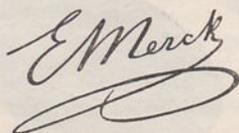
Marca reg.

Vitamina B₆ pura (adermina, cloreto de piridoxina)

Apresentação:

Hexabion, ampolas a 50 mgrs. : 2 ccs.
Caixa com 3 ampolas

Hexabion, comprimidos a 20 mgrs.
Tubo com 20 comprimidos



DARMSTADT • ALEMANHA

Amostras e literatura
Eduardo de Almeida & Cia.
Rua do Cativo, 22-24
Porto

Químico-Farmacêutica Ld^o.
Rua de Santa Marta, 64
Lisboa

PATOLOGIA CLÍNICA DO UMBIGO NO RECÉM-NASCIDO. — Trata-se neste artigo dos onfalocelos, das onfalites e das fístulas umbilicais.

De onfalocelos apresenta seis observações de características semelhantes, que evoluíram para a cura espontaneamente; pelo que é de opinião de que o procedimento a adoptar é a expectativa, pois quando o saco da hérnia é relativamente espesso, de aspecto fibrinóide, é de contar com uma boa evolução, fechando-se pouco a pouco a falha de revestimento cutâneo.

São frequentes as onfalites, com ou sem granuloma umbilical banal, e reacção aguda ou subaguda. Mas é rara a onfalite branca, sem os sinais de inflamação visíveis, e traduzida por empastamento à roda do umbigo. O desconhecimento de esta forma pode dar lugar a acidentes sérios, como se verificou num caso (que relata) de suboclusão intestinal por aderências do íleo à parede, provocadas muito provavelmente por ter passado despercebida a onfalite branca.

Por fim, chama atenção para o significado que podem ter os granulomas umbilicais, nas suas relações com as fístulas. Apresenta duas observações, documentadas radiologicamente; uma de persistência do canal onfalo-entérico, e outra em que pareceu existir, além de aquela anomalia, aderências provocadas pela infecção de aquele canal.

SOBRE PREMATURIDADE. — Os 3 trabalhos sobre este assunto foram apresentados num simpósio promovido pela Sociedade Portuguesa de Pediatria.

O primeiro expõe as condições a que deve obedecer a orgânica e o funcionamento de um centro de criação de prematuros, a mais importante das quais é a presença activa de um grupo de pessoal qualificado e trabalhando em perfeita conjugação, em estabelecimento preparado para esse fim.

O segundo artigo é dedicado ao problema da alimentação, que com o da infecção constitui o mais essencial para a sobrevivência dos prematuros, depois de terem atravessado a fase mais crítica, dos primeiros dias de existência. O leite de mulher é o melhor alimento; no entanto, o aleitamento artificial pode dar resultados satisfatórios quando misturado com a administração de leite de mulher, mas esses resultados são mais difíceis de conseguir, e só com carácter provisório, quando o aleitamento artificial é exclusivo. A superioridade do leite de mulher é manifesta. Um suplemento de vitaminas e ácidos aminados é de adoptar, com vantagens reconhecidas.

Por fim, no terceiro artigo, estudam-se a etiopatogenia da prematuridade, apresentando-se várias classificações das causas respectivas, entre as quais avultam a gemiparidade, a gestação patológica (hemorragias, toxemia gravídica, abortamento habitual) e as doenças infecciosas agudas. A importância relativa de cada um de estes factores ou grupos de factores é diversamente considerada pelos autores das classificações.

JORNAL DO MÉDICO — N.º 584 (3-IV-1954): *No babel da arte*, por Teixeira de Sousa; *Fisiopatologia do potássio*, por Fernando de Pádua; *Um caso de exangüneo-transfusão por doença hemolítica do recém-nascido*, por Trigo Cabral; *A Cidade-Hospital de Lille*, por René Delange. N.º 585 (10-IV): *A aventura de Stra*, por Celestino Gomes; *Tromboses venosas dos membros inferiores*, por Joaquim Bastos; *Sistematização urológica*, por João Costa. N.º 586 (17-IV): *A medicina clínica e a medicina do trabalho*, por L. Macias Teixeira; *A piridostigmina no tratamento da miastenia*, por Diogo Furtado; *O parto sem dor por psicoterapia*, por J. Seabra Dinis; *Os ganglioplégicos e a hibernação em cirurgia cardíaca*, por J. Loeper. N.º 587 (24-IV): *Embaixadas de prestígio*, por Fernando Namora; *Toracoplastia extramúsculo-perióstica com polietileno como complemento imediato da pneumectomia*, por Rui de Lima; *Amigdalectomia total*, por José Tavares.

TROMBOSES VENOSAS DOS MEMBROS INFERIORES. — Depois de expor os actuais conceitos da trombose venosa e do fenómeno embólico, e de recordar os presentes conhecimentos sobre a coagulação do sangue e a fisiologia normal e patológica da circulação nas veias dos membros inferiores, como elementos necessários para a compreensão do mecanismo da obstrução venosa, o A. refere, primeiramente, a patologia dos estados em questão, para sobre ela pautar a terapêutica.

A opinião mais aceitável sobre o fenómeno inicial da trombose é a de que esta se origina por lesão do endotélio do vaso. Quando esta lesão é mínima e se forma apenas um pequeno trombo, o facto pode passar clinicamente despercebido, dada a ausência de acidente. Mas quando o coágulo aumenta e se constitui um trombo misto, as possibilidades de agravamento e de complicações multiplicam-se por duas razões: o comprimento do êmbolo parcialmente aderente explica que parte ou a sua totalidade possam destacar-se e dar lugar à temida embolia, e por outro lado forma-se uma tromboflebite, ou trombose adesiva, por inflamação, asséptica a maioria das vezes, revelada até passados anos pela intensa esclerose vascular e perivascular.

Se o trombo, devido ao seu tamanho, rolha por completo a luz do vaso e adere às suas paredes, provoca estase a montante do ponto ocluído e consequente progressão da trombose; o espasmo arteriolar provoca dor e edema.

A progressão da trombose e a sua localização acabam por prejudicar fortemente a circulação nas veias dos membros inferiores. Na evolução da obstrução venosa, formas jovens de tecido conjuntivo-vascular invadem o coágulo que se deixa organizar e recanalizar. Do modo como este facto se desenvolve e da sua extensão depende o futuro do membro. Se a recanalização do trombo se faz em grande escala, com neo-vasos, que juntamente com a circulação colateral podem desempenhar a função que competia à veia antes desta estar doente, o membro inferior, passada a

fase transitória, não apresenta grandes sinais de insuficiência venosa; mas se a recanalização é apenas parcial em extensão e amplitude, a trombose acarreta um estado pronunciado de insuficiência venosa, mais acentuada mesmo do que quando a veia se encontra completamente obliterada, para a qual concorre a destruição das válvulas.

Toda esta variabilidade de evolução anatomopatológica explica a diversidade de apresentação clínica dos doentes com obstruções venosas dos membros inferiores; os sintomas dependem de factores múltiplos, da natureza orgânica e funcional, do complexo trombo-venoso e da embolia, dos distúrbios que provocam. Às lesões de tromboflebite ou trombose adesiva corresponde, em regra, uma sintomatologia exuberante, que forma o quadro clássico, bem conhecido, de flebite do membro inferior. Este tipo de obstrução venosa não dá habitualmente lugar a acidentes embólicos, a não ser que a trombose emboligénea se junte à trombose adesiva ou que noxas infecciosas provoquem a supuração do coágulo.

Mais difícil de diagnosticar é o estado de flebotrombose, precisamente o que necessitaria de diagnóstico mais precoce, dada a sua tendência emboligénea. Constitui tal preocupação a possibilidade de acidentes desta natureza em operados, traumatizados, cardiocirculatórios, etc., devendo pesquisar-se todos os dias os pequenos sinais que marcam o início da doença, por vezes só revelável pela complicação pulmonar. Praticamente, de início, a flebotrombose evolui sem quadro semiológico local, que só chama a atenção quando o coágulo enche a veia. O aparecimento de dores tórácicas em operados, de perturbações urinárias, de leve e indecisa sensação molesta na massa dos gêmeos, de pequeno edema maleolar, de sinal de Homans positivo ou de visibilidade de veias ao redor da tibia (sinal de Pratt), constituem os sintomas que podem acompanhar o desenvolvimento da flebotrombose. Mas, por vezes, a complicação pulmonar surge sem que o exame dos membros ou da bacia, antes e depois do acidente embólico, denuncie quaisquer sinais que se possam relacionar com a existência de trombose emboligénea. Todos ou quase todos os cirurgiões perderam doentes em circunstâncias que não esquecem, mortes causadas por embolias no dia ou na véspera da saída do Hospital. Mesmo no que se refere ao destino imediato do membro atingido, a situação pode atingir estado de grande gravidade quando o espasmo regional, muito acentuado, atinge artérias e veias e provoca o desenvolvimento de flebites azuis, perigosa ameaça para a vida do membro e até do próprio doente.

Passada a fase aguda, pode a evolução orientar-se em vários sentidos clínicos, correspondentes às possibilidades de organização e recanalização do coágulo e ao desenvolvimento da circulação colateral; se a capacidade funcional diminui, criam-se condições óptimas para o desenvolvimento de insuficiência venosa, edemas, úlceras ou varizes pós-flebíticas, etc.

A flebografia trouxe tão grande auxílio para o diagnóstico e orientação terapêutica, que hoje é técnica indispensável. Ao laboratório pediu-se

a ajuda do doseamento da protrombina e do tempo de coagulação, mas os seus dados não são fiéis informadores; estenderam-se então a múltiplas determinações, mas essa tarefa analítica não é simples e mesmo que se prove a sua utilidade não deixa de parecer difícil de adoptar na prática.

Nos doentes predispostos torna-se necessário, se tanto for possível, modificar as condições gerais e corrigir os desvios hemáticos antes da intervenção. Durante o acto operatório e após ele, é preciso minimizar o traumatismo cirúrgico e encorajar a marcha precoce para combater o ralentamento circulatório, frequente em período pós-operatório.

Uma vez diagnosticada a trombose, o A. entende que o tratamento das obstruções venosas dos membros inferiores deve basear-se nos seguintes pontos:

A — Modificação das condições bioquímicas do sangue, de maneira a evitar ou reduzir a progressão e organização da trombose;

B — Combate à infecção, ou antes, à inflamação;

C — Melhoria das condições circulatórias, pela acção sobre o espasmo regional e desenvolvimento da rede venosa;

D — Atitude para evitar o possível acidente embólico;

E — Prevenção das sequelas das trombozes venosas.

Na luta contra o factor inflamatório não devem geralmente usar-se antibióticos. Se, em face da sintomatologia geral ou da ameaça de supuração do coágulo, há necessidade de prescrever medicação anti-infecciosa, deve recorrer-se à proteinoterapia, de efeitos simpaticolíticos, ou a sulfamidas e antibióticos de que não se suspeite qualquer efeito trombosante.

Na modificação das condições bioquímicas favoráveis à trombose, utilizam-se habitualmente modernos anticoagulantes, como a heparina, dicumarol, «tromexan» e vitamina E ou alfa-tocoferol. O conhecimento e aparente fácil manuseamento destes anticoagulantes, se por um lado forneceu meio poderoso de modificar as condições do meio sanguíneo, deu também origem ao abuso do seu emprego, adiando ou relegando para segundo plano terapêuticas mais úteis.

A heparina, tipo de anticoagulante fisiológico, dotada de acção rápida, elimina-se também rapidamente, o que obriga a injecções endovenosas repetidas ou a perfusão contínua; esgotando a trombina, a sua administração não deve prolongar-se, porque, segundo alguns AA., acarreta, além dos perigos de hemorragia, a possibilidade de transformar em emboligenia uma trombose adesiva. O dicumarol seria preferível à heparina se não tivesse outros inconvenientes. Lento a actuar, acumula-se no fígado, onde vai contrariar a formação de protrombina a partir da vitamina K, e elimina-se lentamente, o que cerceia a sua aplicação. Como o dicumarol, dadas as suas características, fosse difícil de manejar e a heparina pouco cómoda de administrar, procurou-se outro anticoagulante, pouco tóxico, de fácil introdução e rápida eliminação. O «tromexan», que resultou destas pesquisas, reúne as características desejadas, e com o seu uso conseguem-se grandes reduções do valor da protrombina.

UM NOVO PRODUTO LAB

Sem similares na Indústria Nacional

ANTITÓXICO-LAB

FÓRMULA: — Extracto antitóxico de fígado isento de impurezas. Cada cm^3 contém o princípio antitóxico correspondente a 50 gr. de fígado.
Ampolas de 5 cm^3 (adulto) e de 2 cm^3 (infantil)

INDICAÇÕES: — **Auto-intoxicações:** — eclampsia, urémia, toxi-infecções, toxémia gravídica, vômitos, etc.

Hetero-intoxicações: — *a)* Medicamentosas (mercúrio, bismuto, arsenicais, sulfamidadas, barbitúricos, etc.) — *b)* Acidentais (envenenamentos pelo fósforo, fenóis, etc.) — *c)* Mordeduras de animais venenosos (cobras, escorpiões, aranhas, abelhas, etc.).

Estados alérgicos: — urticária, eczemas, acidentes séricos, etc.

Toxémias das doenças infecciosas.

Doenças hepáticas: — hepatites, cirroses, angio-colites, icterícias, insuficiências hepáticas, colecistites, etc.

Pré e Post-operatórias: — aumenta a tolerância dos anestésicos e impede os vômitos post-anestesia. Diminui o choque operatório auxiliando o fígado a neutralizar as tóxicas libertadas.

Veículo para antibióticos: — Os antibióticos são melhor tolerados, evitando-se os fenómenos alérgicos. Potencializa a acção antibiótica pela sua própria acção desintoxicante, reforçando as defesas naturais.

POSOLOGIA E MODO DE APLICAÇÃO: — Uma a quatro ampolas por dia, conforme a gravidade da doença, em injeção intramuscular ou endovenosa. Não dá qualquer reacção que limite o seu uso.

APRESENTAÇÃO: — Caixas de 6 ampolas e de 12 ampolas de 5 cm^3
Caixas de 6 ampolas de 2 cm^3 (infantil)

UM NOVO PRODUTO BARRAL

PAVOSAL

CLORIDRATO DE PAPAVERINA BARRAL

PAVOSAL, INJECTÁVEL — CLORIDRATO DE PAPAVERINA POTENCIALIZADO PELO IÃO Mg, PARA INJECCÕES INTRAMUSCULARES, A 3% E 5%, E PARA INJECCÕES ENDOVENOSAS A 3%.

MEDICAÇÃO MAIS EFICIENTE NA ACÇÃO VASOMOTORA E ANALGÉSICA DA PAPAVERINA, NOS ESPASMOS VASCULARES E NOS SINTOMAS DOLOROSOS HIPERTÓNICOS.

PAVOSAL, Gotas a 5%

PAVOSAL, Comprimidos de 0,05 gr.

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

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

Os fabricantes de 'Dettol' convidam-no a considerar os seguintes factos

Elevado número de menções na literatura médica, incluindo livros de texto, confirmam que o Dettol é um antiséptico clássico. O seu vasto campo de aplicações clínicas, permitiu comprovar a eficiência do Dettol literalmente em milhões de casos, que vão do acidente sem novidade ás maiores intervenções cirúrgicas.

EFICACIA O Dettol é um antiséptico cuja acção se mantém eficaz na presença de matéria orgânica.

TOLERANCIA Altas concentrações de Dettol são bem toleradas pelos tecidos. Além disso, como o Dettol não é tóxico, oferece amplo grau de segurança a médicos, enfermeiras e doentes.

ACTIVIDADE O Dettol tanto actua contra micro-organismos Gram-positivos como Gram-negativos. Sob condições standard de prova, uma diluição a 1/2% mata o Est. doirado em 10 minutos e uma a 2% mata o Estr. piogénio no mesmo tempo.

COMPATIBILIDADE O Dettol não é incompatível com o sabão; não é por isso necessário eliminar todos os vestígios deste,

antes de se proceder á sua aplicação.

SEGURANÇA O Dettol não é tóxico; está isento de perigo; o seu uso é fácil, seguro e económico. Tem cheiro agradável.

DADOS Estão á disposição dos interessados dados bacteriológicos e literatura acerca do Dettol.



DETTOL
ANTISEPTICO



Reckitt & Colman, Ltd., Hull e Londres (Inglaterra)
Fornecedores de antisépticos ao falecido Rei Jorge VI

Agentes: ROBINSON BARDSLEY & CA. LDA.. Lisboa.

Mas, enquanto, de harmonia com o próprio mecanismo de acção, basta medir tempos de coagulação para regular as doses de heparina, o uso do dicumarol ou «tromexan» exige sucessivos doseamentos de valores de protrombina para afastar o perigo inerente à própria terapêutica anti-coagulante.

Qualquer destes agentes medicamentosos deve ser manejado com particular cuidado, principalmente nos indivíduos com tendência hemorrágica. Se o efeito obtido ultrapassou o fim desejado, usa como anti-heparínico o sulfato de protamina e a vitamina K para combater a baixa exagerada de protrombina.

A combinação de alfa-tocoferol com cálcio aumenta o poder anti-trombico do sangue, principalmente quando se utilizam doses altas. Este método terapêutico, ao contrário dos precedentes, pode instituir-se em todos os doentes, sem receio de hemorragia.

A luta contra o espasmo regional, artério-venular, faz-se por intermédio de infiltrações anestésicas do simpático catenário ou de perfusões intra-arteriais de medicamentos vasodilatadores; estas são-lhe hoje preferidas, por traduzirem efeito vasodilatador mais pronunciado e muito mais duradouro e exigindo menor número de aplicações.

Com o intuito de remediar os distúrbios causados pela existência de um trombo obstrutivo ou evitar a sua migração total ou parcial para a circulação pulmonar, a cirurgia põe ao serviço dos atingidos pela doença trombosante os seguintes tipos de operações:

- A — Laqueação das veias femurais;
- B — Laqueação da veia cava;
- C — Divisão e ressecção da veia poplítea;
- D — Trombectomia e flebectomia;
- E — Exéreses simpáticas regionais:

O esquema terapêutico que convém a cada doente não pode resultar dum enunciado de regras gerais, mas sim de um pormenorizado estudo clínico e flebográfico. A escolha depende de muitos factores: veia atingida, circulação colateral; evolução post-operatória ou post-traumática, estado geral do doente, existência de sepsis, etc.

A PIRIDOSTIGMINA NO TRATAMENTO DA MIASTENIA. — Com este derivado da prostigmina, o A. tratou 4 casos de miastenia grave. Os resultados que verificou permitem-lhe confirmar as afirmações dos trabalhos já publicados sobre esta terapêutica. As vantagens sobre a prostigmina são: a acção mais prolongada da piridostigmina, a sua acção mais intensa, tornada possível por uma maior margem terapêutica, a queda, lentamente progressiva, do seu efeito antimiaстénico, a falta de acções secundárias nocivas, a grande eficácia da via oral. Em contrapartida, dois inconvenientes são manifestos: o demorado aparecimento do efeito antimiaстénico, que é facilmente corrigível, em caso de necessidade, com a

associação favorável com a prostigmina; o preço mais elevado do tratamento, correspondente às maiores doses necessárias.

O PARTO SEM DOR POR PSICOTERAPIA. — Partindo do conceito de que as dores são controladas pelo cortex, de que o medo e as emoções negativas aumentam a intensidade das sensações dolorosas e de que reflexos condicionados estão na base das dores do parto, preceitua-se um tratamento preventivo, que consiste no seguinte, segundo Lamaze:

1 — *Preparação física*: além da vigilância médica periódica, com a prescrição do regime de vida, dietético e ginástico mais adequado, durante toda a gravidez, que já era clássico recomendar, a grávida deve aprender no curso dos dois últimos meses (segundo Lamaze, bastam 6 sessões) a fazer o relaxamento muscular de todo o corpo e a regular o modo da respiração de maneira a dissociar a contracção uterina da dor pretensamente fatal.

2 — *Preparação pedagógica acerca da gravidez e sobretudo do parto*: através de palestras com o médico, de leituras, de exemplos vivos doutras mulheres, de quadros didácticos e, se possível, dalgum filme ilustrativo, a mulher é instruída dum modo geral sobre o desenvolvimento do feto, sobre a evolução da gravidez, sobre o parto, etc., de sorte a habituar-se a encarar este como um acto fisiológico, normal, indolor, que, em vez de a afligir e apavorar pela ignorância que dele tinha, ela poderá, pelo contrário, dominar e ajudar a dirigir, experimentando já nesse momento a alegria inefável da maternidade.

3 — *Preparação psicológica*: começa sistematicamente, na clínica de Lamaze, em Paris, a partir da 35.^a semana da gravidez, e, em regra, não exige mais de 5 a 6 conferências de 10 a 20 minutos cada.

ANAIIS DO INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL, X. N.º 1 (Março de 1953): *O adenograma na doença do sono, e O tempo de protrombina e a prova da hipoprotrombinemia provocada na doença do sono*, por C. Trincão, F. Parreira, E. Gouveia e A. Franco; *Notas sobre os tipos Enderlein de Sarcophaginae da Etiópia e de Madagascar* (em inglês), por F. Zumpt; *Estudo cariológico, morfológico e espectrofotométrico das células estaminais das leucoses agudas do homem*, por G. Marinone e F. Parreira; *Aureomicina e vírus vacinal*, por C. Plácido de Sousa; *Um caso de ginandromorfismo observado em Amblyomma variegatum gosurensis* (em inglês), por J. A. Travassos Dias; *Metabolismo dos glucídeos, dos protídeos e das matérias gordas, e suas influências recíprocas* (em francês), por E. J. Bigwood; *Relatório da missão de combate à lepra na Província da Guiné*, por A. Salazar Leite, J. Bastos de Luz e J. Pinto Nogueira; *A propósito de algumas técnicas da cito-química qualitativa e quantitativa*, por F. da Silva Parreira. N.º 2 (Junho de 1953): *Alguns dados relativos à cito-química leucocitária na ancilostomiase, Variação da cito-química leucocitária na doença do sono, O factor sanguíneo RH nas*

principais tribos da Guiné Portuguesa, por C. Trincão, F. Parreira, E. Gouveia e Almeida Franco; *O comportamento da dipeptidose dos leucócitos do sangue periférico em algumas hemopatias*, por E. Salvidio e F. Parreira; *Um soro anti-D obtido por imunização de dadores voluntários RH negativos*, por V. Ribeiro Sanches; *Os géneros Turkiella e Haemolaelaps na região etiópica* (em inglês), por F. Zumpt; *Novas espécies de oxymonas do conteúdo intestinal de termitas brasileiros* (em inglês), por Froilano de Melo; *Subsídios para o estudo da ixodofauna da Ilha da Madeira*, por J. Travassos Dias; *Persistência de alguns importantes caracteres culturais e bioquímicos* (em inglês), por Aldo Castellani e V. Servino; *Recentes investigações sobre filariase* (em inglês), por F. Hawking; *Relatório do 1.º Simpósio internacional de luta contra as boubas*, por F. Cruz Ferreira; *Relatório da missão de estudo à Guiné Portuguesa*, por C. Trincão, A. Franco, E. Gouveia e F. Parreira; *Relatório da missão de estudo a S. Tomé*, por G. Jorge Janz; *Relatório sobre as actividades do Instituto em 1952*, por J. Fraga de Azevedo.

AUREOMICINA E VÍRUS VACINAL. — Os sucessos obtidos no tratamento das doenças infecciosas da mais variada etiologia pela administração dos chamados antibióticos, e por outro lado o abuso do seu emprego rotineiro, impõe a necessidade de estudar minuciosamente o mecanismo da acção de esses agentes terapêuticos. No caso das doenças por vírus é difícil respeitar o princípio de que o medicamento deve ter o máximo de acção anti-infecciosa, lesando o menos possível o organismo, porque se trata de um parasitismo intracelular; e é preciso que a droga bloqueie o sistema de enzimas ou componentes intra-celulares de que os vírus dependem para sua continuidade e multiplicação. Finalmente, não pode esquecer-se o papel dos fenómenos imunitários que se produzem.

Procurando esclarecer a acção da aureomicina sobre o vírus da vacina, o A. realizou ensaios experimentais, servindo-se do ovo da galinha embrionado. Concluiu que a aureomicina não tem acção protectora em relação à letalidade dos embriões provocada pela virose, e que a droga actua benéficamente, diminuindo as lesões necróticas produzidas pelo vírus, já depois de este haver entrado nas células.

CLÍNICA CONTEMPORÂNEA, VIII, 1954. — N.º 1 (Março): *A excisão abdominoperineal combinada síncrona no tratamento do carcinoma rectal*, por Mário Andrade e E. Lima Basto; *Aspectos do crescimento relacionados com a fisiopatologia endócrina*, por L. da Silva Botelho; *Diabetes mellitus e sua associação com hipertiroidismo*, por Miguel F. da Cruz; *O primeiro curso de formação técnica na luta contra os insectos*, por Álvaro Ramos.

CRESCIMENTO SOMÁTICO E FISIOPATOLOGIA ENDÓCRINA. — Revista geral do assunto, encarando apenas os estados de aumento ou diminuição

da estatura, depois de apontar os factores constitucionais, hereditários, o papel das glândulas de secreção interna na regulação do crescimento, e a influência dos factores extrínsecos.

Ante uma perturbação do crescimento, deve-se pensar uma das três grandes classes etiológicas: 1 — factores genéticos; 2 — Doenças viscerais ou perturbações da nutrição; 3 — doenças das glândulas endócrinas ou dos centros hipotalâmicos. Se o caso é chamado para o campo da endocrinologia, a causa pode estar a vários níveis do sistema: 1 — hipotálamo; 2 — hipófise; 3 — glândulas periféricas; 4 — receptores tissulares.

O diagnóstico do factor preponderante é muitas vezes difícil. O mais fácil, e o que mais vezes tem de se fazer, é o de hipotiroidismo; mas pode não ser fácil saber-se se a baixa do crescimento depende da hipofunção tiróidica directa ou vinda da hipófise.

Com esta relacionam-se muitas das alterações de crescimento linear, num sentido ou noutro, por acção da somatotropina, a chamada hormona de crescimento. Os quadros respectivos vem expostos em todos os livros (nanismo ou gigantismo hipofisários), dispensando-nos de os transcrever, como já se fez para o hipotiroidismo, e se fará com os que a seguir se apontam, por constarem de todos os livros de patologia.

Vem depois as alterações ligadas ao genitalismo, que aparecem quando começa a puberdade, precoce ou tardia, provocando atraso do crescimento; quando o nanismo se acompanha de agenesia das gónadas, chama-se síndrome de Turner. Mas, neste capítulo, o que mais fere são as alterações dos caracteres sexuais, e estas podem provir de lesões de outros vários órgãos: hipotálamo, hipófise, suprarrenais.

DIABETES E HIPERTIROIDISMO. — Da exposição do que se tem apurado sobre as relações entre as duas situações conclui-se que os hipertiroideus apresentam frequentemente alterações do metabolismo dos hidrocarbonados, que podem simular a diabetes. Geralmente a distinção entre esse estado diabetoide e a verdadeira diabetes faz-se pela prova da glicemia por via oral; mas se ainda ficam dúvidas, a mesma prova mas por via endovenosa, por ser mais sensível, esclarece o diagnóstico. Dada a possibilidade da coexistência do pequeno hipertiroidismo com a diabetes, nos diabéticos deve ser sempre investigada aquela disfunção, para melhorar as condições do tratamento no caso de existir.

O MÉDICO. — N.º 135 (I-IV-1954): *Importância das consultas de ginecologia na luta anti-venérea*, por Mário Cardia; *Movimento da Consulta de Dermatologia do Dispensário de Higiene Social de Matosinhos*, por Mário Lage, Aureliano da Fonseca e Wilhelm Osswald; *Sobre o projecto que regulará os encargos com a assistência hospitalar*, por M. da Silva Leal; *Crónica de Goa: A missão médica de catedráticos*, por Ventura Pereira. N.º 136 (8-IV): *Homenagem ao Prof. Sousa Júnior*, por Mário Cardia, Rocha Pereira, Carlos Ramalhão, Vitorino Nemésio

NA LEUCORREIA E NA VAGINITE



DESULAN

- Normaliza o quimismo vaginal
- Activa o desenvolvimento dos lactobacilos acidófilos
- Melhora o trofismo da mucosa

VANTAGENS: Acção segura
Princípios anti-bacterianos
Aplicação fácil e simples

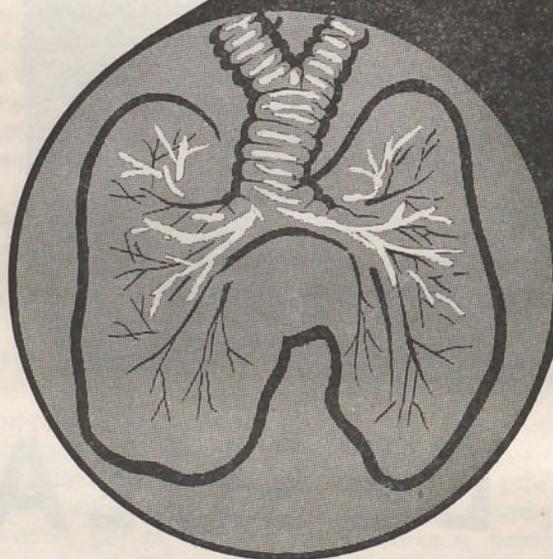


CILAG, -S. A. - SCHAFFHOUSE - SUÍÇA

Representante exclusivo para Portugal: SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA - S. A. R. L. - LISBOA

PELA PRIMEIRA VEZ, PREPARADO EM PORTUGAL, A PARTIR DA
PENICILINA, POR PROCESSO ORIGINAL ESTUDADO NOS NOSSOS
LABORATÓRIOS

PULMAXIL N



Iodidrato de éster β -dietilamino-etílico de benzilpenicilina
PARA SUSPENSÃO AQUOSA

Acumulação electiva de penicilina no tecido pulmonar

Caixa de 1 frasco de 500.000 U.
(+ 1 ampola de excipiente)



LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

e Amândio Tavares; *A dietética no pequeno mundo das estâncias termais*, por J. Pacheco Neves; *Alguns aspectos da assistência e da emigração na Holanda*, por M. Marques da Gama. N.º 137 (15-IV): *Os ultra-sons em terapêutica*, por F. Formigal Luzes; *Águas termais e suas aplicações à cirurgia do aparelho locomotor*, por J. J. Hebert; *Médicos que foram grandes escritores, I — António Patrício*, por Cláudio de Oliveira Guimarães. N.º 138 (22-IV): *Pneumonia primária atípica*, por Albertina Cardoso; *O moderno tratamento da bronquiectasia*, por M. F. Gross; *A enfermagem — missão espiritual por amor do próximo*, por Costa Sacadura. N.º 139 (29-IV): *Importância das bilharzioses humanas em África*, por J. Fraga de Azevedo; *Apresentação de originaes para publicação*, por J. Andresen Leitão.

OS ULTRA-SONS EM TERAPÊUTICA. — Expõe-se a história do processo, a aparelhagem e os modos de a empregar, indicando-se a seguir a maneira como se tem pretendido aplicar a acção sobre o organismo dos ultra-sons (micro-massagem, cavitação, alterações circulatórias e excitações sobre o sistema nervoso), para, do seguinte modo, se passar à descrição dos efeitos observados, e das indicações e contra-indicações.

Os efeitos, admitidos por todos os autores são:

- 1.º — Uma acção analgésica imediata e prolongada.
- 2.º — Uma hiperactividade circulatória acentuada, que se mantém por largo tempo sobretudo quando actuamos sobre o sistema simpático.
- 3.º — Uma acção anti-inflamatória.
- 4.º — Uma acção fibrolisante.
- 5.º — Uma acção destrutiva de determinados grupos celulares, quando sejam empregadas intensidades suficientes.

Em face de estes efeitos, comprehende-se que as indicações possam ser muitas e variadas. É cedo para apresentar uma lista completa, mas as que a experiência do A. considera efectivas, são as seguintes:

Neuralgias: do ciático, do trigémeo, do sub-occipital de Arnold, do plexo braquial, do plexo lombo sagrado e dos intercostais; espondilartroses, espondilites, espondiloses deformantes, doença de Bectereu (Pierre Marie-Strumpel), artrite sacro-ílica, artrites e periartrites, artroses, epicondilites, discopatias (hérnia do disco); afecções reumatismais, mialgias, lombago, miosites fibrosas; cicatrizes viciosas, doença de Dupuytren, esclerose dos corpos cavernosos, esclerodermia, anquiloses fibrosas, coxidia, bursites; herpes zoster; claudicação intermitente, colite espástica, úlcera de estômago e duodeno, periviscerites, esfincteralgia; mastites, hipogalactia; anexites, prostatites, incontinência nocturna de urinas; asma brônquica; úlceras varicosas, sequelas de flebite; cotos fantasmas dos amputados; sinusites crónicas; esclerose em placas.

Há quem attribua acção favorável nos cancros, mas há quem as acuse de provocar metástases; o mais prudente é a abstenção do seu emprego em cancerologia.

No que diz respeito às contra-indicações elas por assim dizer não existem, uma vez que se empreguem doses convenientes; contudo são de aconselhar além dum doseamento cauteloso, grande reserva ou mesmo abstenção:

— em casos de gravidez, pois as aplicações lombares podem não só provocar o aborto, como também acarretarem profundas modificações do tecido embrionário;

— ao nível do globo ocular sobretudo nos portadores de germinativas e de afecções retinianas.

— ao nível dos gânglios simpáticos cervicais nos cardíacos;

— ao nível do cérebro não só devido à sua grande sensibilidade para o calor o qual aumenta consideravelmente com a passagem dos Ultra-Sons através da substância cerebral, como também para evitar os possíveis prejuízos causados pelos turbilhões intra e extracelulares produzidos pelos fenómenos de cavitação.

Com adequadas medidas de protecção, a acumulação não se dá.

PNEUMONIA PRIMÁRIA ATÍPICA. — Com este rótulo designa-se uma doença que se individualizou, sobretudo em razão das epidemias aparecidas durante a guerra de 39-45, definindo-se os seus caracteres distintivos de outras doenças inflamatórias agudas do pulmão. No entanto, essa designação, ou outras pelas quais é conhecida (pneumonite, pneumonia a vírus, etc.) não é apropriada, pois que muitas vezes não chega a formar-se pneumonia. Continua porém a manter-se, à espera de que a identificação do vírus respectivo permita dar-lhe nome mais preciso, tal como sucedeu com a psitacose, a febre Q, etc.

O quadro clínico é muito variável, consoante a intensidade das lesões e respectivos sintomas. Há formas inaparentes, formas leves, formas de média intensidade sem pneumonia, e formas pneumónicas severas.

As formas leves são as mais frequentes, Apresentam-se como uma constipação vulgar, começando o paciente por ter congestão nasal, dor de garganta, hiperplasia linfóide, adenopatias cervicais, cefaleias, mal estar geral, anorexia, astenia, dor nos globos oculares e tosse seca. Raras vezes aparece febre, se bem que possa haver arrepios de frio. A radiografia pode não mostrar quaisquer alterações, ou revelar sombras transitórias de taqueobronquite ou pneumonia. A cura é rápida, durando o mal estar um ou dois dias. Estas formas podem progredir para uma forma mais grave.

As formas moderadas diferem das leves apenas na maior intensidade dos sintomas e por se arrastarem durante uma semana. Radiológicamente, não há sinais de pneumonia, mas somente, e nem sempre, acentuação do desenho da árvore brônquica.

Nas formas pneumónicas, o começo é insidioso, iniciando-se, na maioria dos casos, como uma vulgar «inflamação respiratória» que se torna intensa em 3 ou 4 dias. O quadro usual é caracterizado pelos

seguintes sintomas: tosse, febre, mal estar geral, cefaleias, dores musculares, anorexia e sensação de mal estar retro-esternal. A tosse em geral é paroxística, e seca a maior parte das vezes, ou com expectoração mucosa ou muco-purulenta escassa, por vezes raiada de sangue; mais tarde torna-se amarela e espumosa, aumentando em quantidade. Excepcionalmente há hemoptise. A febre sobe gradualmente, ficando geralmente entre 37° e 39°, sendo em regra remitente e terminando em lise. A cefaleia é por vezes tão intensa que tem levado a pôr o diagnóstico de encefalite. O pulso tem uma frequência baixa em relação à febre, geralmente. Na quase totalidade dos doentes não foi encontrada cianose ou dispneia.

O curso da doença é impossível de prever. Com frequência a cura é rápida, mas em certos casos assiste-se à exacerbação do mal e ao seu prolongamento durante semanas e meses. A terminação faz-se em regra por lise e muito raramente em crise. A mortalidade é baixa, calculando-se à roda de 0,1 %, e a morte ocorre em regra por colapso circulatório.

Ao exame clínico fere a desproporção entre a pobreza dos sinais colhidos pela percussão e pela auscultação com os fornecidos pela radiologia, o que é devido a tratar-se de uma inflamação intersticial, como mostraram os poucos exames anátomo-patológicos que, por ser pequena a mortalidade, tem sido possível realizar. Neste aspecto, podem aparecer lesões parenquimatosas, broncopneumónicas, por infecção secundária.

Não há imagem radiológica típica, que permita definir a natureza da doença. As sombras são de retículo acentuado, por vezes com manchas apenas mosqueadas ou grandes nodulares, aparecidas no decurso de evolução, se esta é demorada; são mais frequentes nas partes inferiores dos pulmões que nas superiores; algumas vezes persistem depois de terminada a fase clínica. As imagens nitidamente pneumónicas são pouco frequentes.

Laboratorialmente, notou-se elevado título de hemo-crio-aglutininas, mas sem significado especial, por ser comum a outras afecções, e por ser de tardio aparecimento, já quando geralmente o doente está curado.

Nas formas leves ou moderadas, em regra o diagnóstico fica duvidoso, em virtude da benignidade e pequena duração da doença. Pode crer-se nele, por critério epidemiológico, quando se sabe que a doença grassa, com alguns casos típicos, pneumónicos.

Nas formas graves, o diagnóstico tem de fazer-se, em regra, por exclusão de partes, pondo de lado as doenças bacterianas pelo resultado negativo da pesquisa dos agentes, das reacções serológicas, e pela prova terapêutica que consiste na ineficácia da penicilina e das sulfamidas.

Os antibióticos de largo espectro (aureomicina, associada à terramicina ou à cloromicetina) parece serem os que dão melhores resultados, provocando a apirexia num prazo de 36 horas; com a estreptomycina tem-se conseguido algumas vezes efeitos felizes. Os casos leves não requerem terapêutica, pois curam espontaneamente; quando os sintomas persistem, na dúvida da natureza da doença, é de uso ensaiar sulfamidas

e penicilina, observando-se por vezes o desaparecimento dos sinais, o que, aliás, não indica não se tratar de doença a vírus.

TUBERCULOSE E DOENÇAS TORÁCICAS, IV, N.º 3 (Fev. de 1954): *A ressecção pulmonar no tratamento da tuberculose*, por José Rocheta; *A angiografia electiva da circulação pulmonar*, por José Rocheta, J. Martins da Fonseca e J. Benard Guedes; *Generalidades sobre vírus: revisão de algumas das mais recentes contribuições para o diagnóstico da tuberculose*, por Eugénio Lito; *A pneumolise intrapleural sob a protecção da estreptomycina*, por Alves de Sousa e Mário de Alemquer; *Profilaxia e tratamento da readesão precoce pós-pneumolise intrapleural*, por Fernando Rodrigues; *Síndrome de Morgagni-Adams-Stokes por tumor endotorácico anterior*, por J. Martins da Fonseca e J. Benard Guedes.

A RESSECÇÃO PULMONAR NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.— Na impossibilidade da transcrição completa, aliás de interesse mais para fisiologistas do que para médicos de clínica geral, damos um resumo a estes destinado, nele intercalando algumas passagens, por forma a dar uma noção suficientemente esclarecedora de este importante e actual assunto.

«—Sabemos todos que a tuberculose, é uma doença infecciosa, cíclica, crónica e que isso a define imediatamente como doença geral; mas por que é cíclica e a intervenção terapêutica irreversível e de técnica operatória delicada, a indicação clínica da exereses pulmonar, qualquer que seja a zona e a extensão a ressecar, impõe da parte do médico assistente, um senso, um conhecimento e uma agudeza profissionais, que só tem paralelo na perfeita noção da sua exacta responsabilidade clínica. Verifique-se, de resto, que entendemos não exagerar: é verdade que tais qualidades têm de se exigir do mesmo modo, a todo aquele que põe em determinado momento a indicação duma apendicectomia, por exemplo, embora sejam situações etiológicas, patogénicas e clínicas perfeitamente diferentes, mas naturalmente que sem intenção excessiva, a indicação duma lobectomia ou duma pneumonectomia por tuberculose, põe problemas de ordem geral e local mais sérios que os que podem nascer ao executar-se uma ressecção apendicular.

Por isso, repetimos, acentuamos a necessidade duma meticulosidade mais exigente para a primeira hipótese, tanto mais que para esta última, um mau resultado não representa só uma intervenção que se verificou inútil mas uma consequência sem apelo, a contrapor como é indispensável, a um bom resultado que tem de significar restabelecimento clínico completo, grau suficiente de validez individual e naturalmente, função pulmonar satisfatória. É certo que há quem defenda e compreende-se de resto, muito bem a razão, a lógica e a necessidade das chamadas exereses paliativas, mas nós entendemos, talvez um pouco rigidamente, que a tomar-se uma decisão de tal importância, se não pode entender

a exereses senão quando a convicção do clínico é perfeitamente no sentido curativo. E logo por isso, nos afastamos do entusiasmo que acompanha quase sempre o aparecimento dum novo método terapêutico, onde muitos, obtidos que foram os primeiros resultados satisfatórios, se convencem estar em face da última e indiscutível vantagem do recém-chegado, mesmo até, sem esperarem os resultados longínquos nem compará-lo, para não se perder tempo, com os métodos clássicos. E isto, muito particularmente, pelo que se refere à tuberculose, onde o que é de boa política curativa é saber esperar, dentro de certos limites, difíceis por vezes, sem dúvida, de avaliar com segurança, comparar com calma e integrar depois o novo método na longa série dos já existentes, adaptando-o às condições óptimas de cada caso, de modo a não desprezar o que há de bom nos antigos nem esquecer o que de mau trazem consigo sempre os modernos. —»

«—É claro que ao falar-se na exereses pulmonar como atitude cirúrgica para a resolução de certos aspectos da tuberculose do pulmão, vem com razão ao espírito a ideia da comparação e da possível vantagem nos resultados terapêuticos, desta intervenção com a toracoplastia; e compreende-se. A toracoplastia é a intervenção que ainda hoje e por muitas razões, é o método usual e largamente empregado para a solução de situações anátomo-clínicas que não podiam curar por qualquer dos outros métodos conhecidos e também, particularmente, por muitos daqueles caírem dentro das indicações reclamadas pela exereses; depois porque, qualquer das duas; são intervenções de indiscutível categoria operatória e que exigem por isso mesmo, certas condições prévias do estado geral, em particular do aparelho cárdio-circulatório e renal, e local, extensão das lesões pulmonares, mono e bilateralidade, idade do doente, etc.; também ainda, porque modalidades terapêuticas irreversíveis, exigem a análise cuidadosa do tecido pulmonar a inutilizar, para se não cair numa possível insuficiência respiratória, sobretudo de esforço ou profissional; finalmente ambos incluem, ainda que de modo empírico, a avaliação do estado imuno-biológico do doente: constituição, hereditariedade, anamnese, etc. Mais obrigatório na primeira do que na segunda, é o exame broncoscópico; de facto quer se convencionasse fazer uma lobectomia ou uma pneumonectomia, sem a visualização da mucosa e a verificação da ausência de sinais inflamatórios específicos, ao nível da zona brônquica a seccionar-se, não se deverá fazer qualquer das referidas intervenções, sem o perigo evidente duma fístula ao nível da sutura. Pode argumentar-se, que sem esquecer tal consideração, a uma intervenção mais do que a outra, o *deficit* será maior e daí preferir, em igualdade de circunstâncias se indique a que se apresente com aquela hipótese teóricamente menor. Em nosso entender cremos tratar-se duma questão puramente académica; na melhor hipótese, os cálculos a fazer são sempre muito problemáticos. Seja como for e as razões são sempre várias, o problema a resolver pelo clínico em face dum determinado caso concreto, de qual melhor procedimento a adoptar se exereses ou toracoplastia,

é por vezes muito difícil. De qualquer modo a questão impõe-se e não só porque todos os métodos habitualmente usados, contam no seu activo insucessos, como também, porque, pelo rápido desenvolvimento que a cirurgia do tórax tem ultimamente sofrido, se contam já resultados seguros de cura devidos à exereses, que esta última adquiriu todo o direito de alinhar ao lado das já existentes. Convém portanto, para esta última, determinar-lhe as indicações e apontar-lhe os limites. —»

O A. apresenta, a seguir, uma série de casos tratados no Sanatório D. Carlos, do Lumiar (Lisboa), sendo 3 de lobectomia superior, 1 de espeleostomia superior, 3 de lobectomia inferior e 3 de pneumectomia, com resultados vários, felizes ou não, os quais resume no seguinte quadro:

1.º Caso — Exereses do lobo superior esquerdo, por insuflação cavitária rápida e que passado 1 mês apresenta uma cavidade do lado oposto, que regressa completamente com nova administração dos bacteriostáticos.

2.º Caso — Exereses do lobo superior direito, após toracoplastia, que passado 1 mês mostra uma cavidade do lado oposto e falecido depois por agravamento progressivo.

3.º Caso — Exereses do lobo superior esquerdo por cavidade pulmonar e bronquiectasias, com bom resultado.

4.º Caso — Espeleostomia por cavidade do lobo inferior direito, com bom resultado.

5.º Caso — Lobectomia inferior direita por cavidade do lobo inferior, com bom resultado.

6.º Caso — Lobectomia inferior direita por cavidade, com bom resultado.

7.º Caso — Lobectomia inferior esquerda por cavidade, com bom resultado.

8.º Caso — Pneumonectomia direita, com estenose cicatricial muito acentuada do brônquio principal direito e com muito bom resultado.

9.º Caso — Pneumonectomia direita com disseminação ou reactivação do lado oposto, que regressou com nova administração dos quimioterápicos.

10.º Caso — Pneumonectomia direita, com fístula brônquica, post-operatória e morte por hemorragia aguda.

E comenta assim este quadro:

«— Dos 9 casos de exereses pulmonar os resultados precoces obtidos foram de 5 bons, 2 maus e 2 de morte por hemorragia aguda um, mês e meio depois da intervenção e outro por agravamento progressivo das lesões do lado oposto, passados 3 meses. Ora se o caso 1.º e o caso 9.º, melhoraram depois e possam considerar-se agora clinicamente bem, há que considerar «in toto» os resultados da estatística como desfavoráveis na generalidade. Não há que esquecer porém, que todos os casos foram operados por indicação absoluta e tal informação diminui desde logo o pessimismo com que a mesma pudesse ser encarada. É verdade que não pode esquecer-se, por outro lado, que se trata, em todos os casos de

resultados precoces, o que não permite conclusões definitivas, mesmo para os bons resultados. De qualquer modo, com a nossa publicação de hoje, procura chamar-se a atenção entre nós para o problema das exereses na tuberculose pulmonar e concluir se possível, da razão de ser dos insucessos apontados. —»

A propósito dos casos 1.º e 2.º, o A. discute as hipóteses de disseminação e de reactivação, apresentando as opiniões sobre os factores que podem intervir na produção de esses accidentes, indica as precauções a tomar para impedir o primeiro, e a necessidade do estudo profundo do pulmão contro-lateral, em busca de lesões mínimas capazes de se reactivar. A este respeito cita o facto de lesões invisíveis radiològicamente poderem existir, e tornar-se evidentes por efeito da cessação da actividade focal do pulmão retirado, ou por motivo da expansão do pulmão que facilitaria o desenvolvimento do bacilo.

Uma terceira complicação é a fístula do coto brônquico, que existia no caso 10.º, do doente que morreu por hemorragia. Considera a importância da anamnese e mais elementos sobre o passado bacilar do doente, as indicações da toracectomia homo-lateral para protecção do coto brônquico do pulmão ressecado, o valor da broncoscopia.

Ainda, como processo de apreciação do valor funcional do pulmão que fica, aponta as vantagens do exame bronco-espirométrico. E, no intento de se evitar a possível insuficiência do coração direito, cita a determinação do valor tensional da artéria pulmonar.

Termina com as seguintes considerações:

«— As formas que no consenso unânime dos autores têm uma indicação absoluta de exereses pulmonar — lobectomia ou pneumonectomia — podem tabellar-se como seguem: a estenose brônquica organizada, tal como o nosso 8.º caso, o pulmão destruído como o nosso caso 9.º, o pulmão excluído como o caso 10.º, a cavidade residual post-toracoplastia, como o nosso caso 2.º, a cavidade insuflada post-pneumotórax e em perigo de ruptura como o nosso caso 1.º, a cavidade do lobo inferior, resistente ao pneumotórax e à frenicectomia e que por estar localizada neste lobo, não deverá ser submetida a toracoplastia, por excessivamente demolidora, como o nosso caso 7.º ou ainda aquela que situada no mesmo lobo, mas justa-mediastínica e não redutível pelo pneumotórax, como no caso 5.º ou situada no vértice do lobo inferior, também difficilmente influenciável por qualquer colapso. Lembremos as cavidades do lobo superior quando acompanhado de bronquiectasias como o caso 3.º.

Há ainda que juntar os casos de cavidade rota para a pleura sob o pneumotórax, como naturalmente iria acontecer no caso 1.º, empiemas pleurais e finalmente os tuberculomas, embora tais situações se mantenham por vezes largos períodos abacilíferos e sem sintomatologia clínica, mas que pelo seu perigo potencial de disseminação é conveniente sejam terapêuticamente resolvidos e só o podem ser, de modo radical, pela sua exereses.

Ora ao falar na ressecção pulmonar, por tuberculoma e mesmo incluídos os tuberculomas gigantes, que obrigam a uma lobectomia, tais lesões não excedem em regra um segmento ou dois e então por isso mesmo, convém agora aflorar em poucas palavras o problema das segmentectomias. Naturalmente que as exereses limitadas, que não excedem um segmento, quando muito dois, contêm em si a extraordinária vantagem de reduzir ao mínimo o parênquima ressecado e por isso a menor diminuição possível da própria função respiratória e também o facto tão importante de nova ressecção, num outro segmento onde por acaso se verificasse qualquer reactivação. De qualquer modo apesar de tão esplêndidas premissas, é preciso confessar que as segmentectomias sempre potencialmente possíveis não têm indicações práticas, tão frequentes como à primeira vista possa parecer. De facto com excepção dos casos de tuberculoma, que podem apresentar os mais variados volumes, qualquer outra lesão, uma lesão cavitária por exemplo, que é aquela mais indicada para ressecção pulmonar segmentar, é muitas vezes acompanhada de lesões dispersas pelo resto do lobo embora quase sempre seja aquela a única lesão semiótica audível e radiolôgicamente visível; um tomograma antero-posterior ou transversal com frequência revela lesões grosseiras que não permitem em boa prudência fazer apenas a segmentectomia. Não queremos esquecer, apesar de tudo, certas lesões mínimas, que expulsam embora de modo por vezes muito irregular bacilos, e que por isso mesmo devem obrigatoriamente ser ressecadas para evitar possíveis disseminações, como os casos apontados ainda há pouco por Dijkstra.

Posto assim na generalidade o problema do lugar que deve e tem de ocupar a exereses na tuberculose pulmonar, pode portanto dizer-se, que esta intervenção veio preencher uma lacuna na lista das já várias possibilidades cirúrgicas para o tratamento da tísica do pulmão. Com uma equipa bem organizada, onde o cirurgião embora mantendo o primeiro lugar, já não tem a situação proeminente de antes, a exereses pulmonar constitui sem dúvida um método operatório imprescindível em muitos casos e ao qual, já hoje, um bom número de doentes devem a vida. Há que considerá-lo porém, um pouco ainda na infância, que se irá portanto aperfeiçoando não só na técnica mas sobretudo na maneira como encarar os doentes que devem ser escolhidos. O estudo destes tem de ser muito complexo e exigente, insistindo-se sobretudo na necessidade indispensável da hipótese a distância, de que para certos, esta intervenção terá mais tarde ou mais cedo de lhes ser imposta. Previne-se deste modo o uso imoderado e abusivo dos quimioterápicos, que rapidamente podem levar à resistência do germen, o que depois de ter sido adquirido coloca o doente num risco, que na verdade não é justo ser imputado ao cirurgião ou à técnica empregada. Quer isto portanto dizer que à medida que se afirmam e se enriquecem as possibilidades curativas, aumentam as responsabilidades do clínico, que só podem na verdade ser perfeitamente preenchidas quando o doente se submeta à cuidadosa orien-

ção que aquele tem a obrigação de saber apontar. E uma delas, imperiosa, é o tratamento rigoroso, pré e pós-operatório; o repouso severo e prolongado e a administração inteligente dos quimioterápicos, é a melhor garantia de um resultado seguro. —»

A PNEUMOLISE INTRAPLEURAL SOB A PROTECÇÃO DA ESTREPTOMICINA. — Estudo baseado em 458 ressecções de aderências pleurais por via endoscópica, em doentes seguidos durante um ano, pelo menos, depois da intervenção, nos quais se fez, antes e depois, medicação pela estreptomicina associada ao PAS. Expõe os resultados, relacionando-os com a dificuldade da operação, a reacção febril e os derrames imediatos. Nessa série houve 1,1 % de empiemas, 12 hemorragias (das quais 3 levaram à perda do pneumotórax), e alguns casos de sínfise fulminante, atelectasia, insuflação cavitária e enfisema subcutâneo gigante; discutem-se estas complicações e sua influência na evolução da doença.

Remata este estudo com as seguintes considerações:

«— Sendo a secção de aderências pleurais apenas um método auxiliar do pneumotórax artificial, as suas indicações e os seus resultados no tratamento da tuberculose pulmonar só podem ser apreciados através das indicações e dos resultados do próprio pneumotórax. Este estudo já foi feito por um de nós (Alemquer) e no presente trabalho limitamo-nos a considerar os aspectos técnicos ou outros relacionados directamente com a operação e os resultados obtidos apenas quanto às características anatómicas e dinâmicas do pneumotórax.

Ora esta série mostra que, mesmo com uma indicação muito larga do pneumotórax e da secção de aderências, esta operação, feita sob a protecção da estreptomicina e ácido para-aminosalicílico em curas curtas (1 a 3 meses), consegue, na maioria dos casos e com um risco bastante reduzido, dar ao colapso gasoso condições anatómicas de eficácia.

O tratamento da tuberculose pulmonar evoluiu rapidamente. Novos tuberculostáticos e novas maneiras de utilizá-los, novas técnicas operatórias e até novos critérios de indicação destas várias terapêuticas, contribuem a mudar quase de ano para ano a nossa conduta. Não temos ainda a experiência e o recuo suficientes para uma escolha definitiva. Mas parece certo que a indicação do pneumotórax tende a ser restringida pela quimioterapia prolongada, pela toracoplastia ou outros colapsos cirúrgicos, e pelos vários tipos de exereses pulmonar. Poderia perguntar-se a vantagem de publicar resultados de uma técnica que no momento actual já parece obsoleta. Julgamos todavia importante, para a futura indicação do pneumotórax em relação aos outros métodos mencionados, saber bem o que há a esperar daquele, quando devidamente apoiado pela quimioterapia. Porque a maioria dos trabalhos recentemente publicados, atacando o colapso gasoso intrapleural, comparam o resultado das terapêuticas recentes, em especial da exereses, rodeadas de todos os recursos modernos, com os do pneumotórax tal como foi executado antes da quimioterapia.

Não admira que nestas condições tal estudo comparativo seja desfavorável ao pneumotórax. Só um estudo feito nas condições deste trabalho poderá dar um termo de comparação adequado. —»

A READESÃO PRECOCE LOCALIZADA POST-PNEUMOLISE INTRAPLEURAL. — Trata-se de uma complicação rara, por vezes pode passar despercebida nos primeiros dias que se seguem à intervenção, e a respeito da qual o A. aponta os cuidados necessários para evitar estas readesões, salientando a vantagem do seu diagnóstico precoce. Em sua opinião, a terapêutica deve ser efectuada pela antiguidade da readesão. Se tem mais de 3 dias tem de ser efectuada uma reintervenção. Para as que são mais recentes, desde que não existam certas contra-indicações que foram mencionadas, antes da reintervenção deve ser tentado o descolamento pelas seguintes manobras em ordem sucessiva: 1.º Px. francamente hipertensivo; 2.º Px. francamente hipertensivo, seguido de tosse voluntária e violenta; 3.º Px. francamente hipertensivo, seguido de tosse voluntária e violenta simultaneamente com a percussão enérgica e repetida por meio do bordo cubital da mão sobre a região onde se deu a readesão, ou na sua proximidade. Estes dois últimos artifícios que o A. não viu ainda descritos, foram utilizados com sucesso em dois doentes em que a readesão foi precocemente diagnosticada.

CADERNOS CIENTÍFICOS, III. — N.º 3 (Janeiro de 1954): *Radioisótopos em neurologia*, por Diogo Furtado; *Aneurismas poplíteos*, por J. Celestino da Costa; *O ácido glutâmico em terapêutica*, por João dos Santos.

O ÁCIDO GLUTÂMICO EM TERAPÊUTICA. — As pesquisas dos investigadores das velhas escolas psico-fisiológicas não perdem de vista o objectivo de encontrar relações entre os fenómenos bio-químicos e as actividades psíquicas; e os clínicos, neste sentido, ensaiam tratamentos de estados psicopatológicos que possam ser o reflexo de desequilíbrios bioquímicos.

Além de outros aspectos estudados, grande interesse tem incidido sobre a importância do fósforo, visto ser o cérebro muito rico neste elemento. Estudos recentes, feitos com o fósforo radioactivo, mostraram que as modificações metabólicas que acompanham a actividade cerebral não dizem respeito só aos metabólitos lábeis, como são os ésteres fosfóricos, mas também aos elementos permanentes da célula nervosa. No processo participa certamente o fósforo sanguíneo, mas não há relação entre a fosfemia e o quociente intelectual ou nível mental.

Também, no ponto de vista clínico, a medicação fosforada não tem mostrado efeitos no tratamento das insuficiências mentais; utiliza-se correntemente nos estados de esgotamento, com perdas exageradas de fósforo, mas é muito discutível que o fósforo medicamentoso se fixe melhor que

o fósforo alimentar. É indiscutível que os fenómenos bioquímicos que se passam no cérebro em relação a mutações de fósforo e troca de fosfatos entre o sangue circulante e o cérebro tem enorme importância no metabolismo cerebral, mas possivelmente o equilíbrio dos fenómenos depende de outros elementos, protectores, entre os quais o ácido glutâmico desempenha seguramente um notável papel.

Desde os trabalhos de Weil-Malherbe sabe-se que o ácido glutâmico é o único amino-ácido metabolizado pelo cérebro; activa o consumo de oxigénio, actua como catalizador, estimulando enzimas necessários ao desencadeamento dos fenómenos nervosos. Além de isto, o ácido glutâmico participa no metabolismo geral por variadas maneiras: integração do ciclo da acetilcolina, entrada na constituição do glutatião, fixação e neutralização do amoníaco para formar glutamina, etc. A importância do ácido glutâmico na nutrição geral está pois reconhecida; mas é especialmente pela sua importância no metabolismo cerebral que tem interesse para a clínica.

Em psiquiatria tem-se empregado em diversas situações; a epilepsia e a oligofrenia, são aquelas em que os resultados têm sido mais evidentes. O A. empregou-o, não só em crianças com pequeno mal e oligofrénicas, mas ainda em crianças com sinais de instabilidade neuromotora, e em jovens e adultos em estado de pré-esgotamento. Administrou por via oral 6 a 15 g de pó, durante meses, com poucos sinais de intolerância, apesar do gosto desagradável que tem. Os resultados concordam sensivelmente com os referidos por muitos autores quanto a melhoras frequentes nas crianças oligofrénicas, e obteve resultados favoráveis em certos casos de tiques nervosos. Onde os efeitos são excelentes é nos casos de pré-esgotamento de crianças durante os períodos de maior actividade escolar; nos adolescentes e nos adultos os resultados não são tão nítidos, embora se mostrem quando a incapacidade de fixação da atenção e abaiamento da memória não resultam de ansiedade ou de conflitos psicológicos. Em depressões hipocondríacas a medicação pode dar resultado útil, mas restrito.

Recentemente, Walshe chamou a atenção para a presença, em certos casos, de ácido glutâmico no plasma e no líquor de doentes em estado de coma hepático. Afirmou que o medicamento, em doses altas, de 23 gramas de soluto de glutamato de sódio (contendo 20 gramas de ácido glutâmico) em 500 c.c. de soro glucosado, em gota-a-gota endovenoso, restabelece a consciência dos doentes em poucas horas. O assunto está em estudo.

COIMBRA MÉDICA, I, 1954 — N.º 2 (Fev.): *Terapêutica medicamentosa da tuberculose pulmonar*, por M. Bruno da Costa; *Úlcera ou cancro do estômago? — dois casos instrutivos*, por J. Gouveia Monteiro; *Etiopatogenia da psoríase*, por Artur Leitão; *Um diagnóstico de pleurisia*, por A. Vaz Serra.

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA DA TUBERCULOSE PULMONAR. —

Depois de uma revisão geral sobre a isoniazida, considerando que associação dos fármacos bacteriostáticos representa a doutrina que presentemente deve seguir-se na terapêutica medicamentosa da tuberculose pulmonar, expõe opiniões de autores sobre a associação da estreptomomicina à isoniazida, da isoniazida ao PAS, e finalmente a das 3 drogas. Relativamente a esta última combinação, apresenta uma estatística pessoal, da qual não tira ilações por ser pequeno o tempo passado depois do tratamento. Mas as impressões deixadas são favoráveis, embora sobre esta terapêutica haja que reflectir no seguinte:

«— Se a associação medicamentosa E + PAS + I, com a administração intermitente de E., a diária de I. e de PAS. — constitui modalidade de administração suficiente para retardar ou impossibilitar o aparecimento da E—R e da I—R, já o mesmo se não pode dizer, quanto à possibilidade destes medicamentos terem sempre acção eficaz, pela dificuldade que há, mercê da deficiente irrigação vascular lesional, em que eles contactem com os bacilos.

Verifica-se que a acção dos antibióticos é tanto mais eficaz quanto mais se puder aumentar a vascularização e o estado sanguíneo da lesão, e quanto mais favorável for o estado alérgico. Sobre o valor adjuvante do estado alérgico, sabe-se que Woodruff, Steininger e col., do estudo feito em 36 tuberculosos pulmonares anérgicos, ou quase anérgicos, submetidos à terapêutica por E + PAS, deduziram que houve sempre aumento da sensibilidade à tuberculina nos casos que reagiram favoravelmente à medicação, e que tal aumento de sensibilidade à tuberculina precedeu a melhoria radiológica. Com base nesta observação, estes mesmos AA. trataram mais 63 doentes anérgicos ou parcialmente anérgicos com E + PAS, estando 72 % vivos ao fim de 4 meses, e 55 % vivos ao fim de 3 anos; de 106 não tratados, só 9,5 % estavam vivos ao fim de 4 meses, e nenhum ao fim de 3 anos. Destas observações se deduz, na verdade, o valor de alergia tuberculosa como terreno propício para a acção dos antibióticos, e por outro lado, que se não deve desesperar de, senão curar estes doentes, pelo menos melhorá-los.

É preciso não pensar só no germen e no fármaco; deve pensar-se também, e simultaneamente, na alergia, imunidade e receptividade do indivíduo, isto é, maior ou menor resistência específica e inespecífica, traduzindo a capacidade reaccional defensiva do organismo. Pode afirmar-se que os antibióticos falham em casos de cuti-reacção à tuberculina negativa ou débil.

Dois meios se oferecem ao terapeuta para criar alergia no próprio tuberculoso: *B.C.G.* ou *tuberculina*.

Baltoneau já, há cerca de 20 anos, empregara o *B.C.G.* com a finalidade de alergisar os tuberculosos (anérgicos ou parcialmente anérgicos). Aplicava a medicação em doses repetidas cada 5-7 dias, havendo alguns doentes recebido cerca de 100 inoculações. Willis-Sayé afirma

que esta alergia tuberculosa, assim criada pelo B.C.G. é seguida de evolução clínica favorável das lesões tuberculosas pulmonares. Diz que após a inoculação do B.C.G., por injeção, se forma ao fim de 24 h., um nódulo no local da injeção, o qual persiste cerca de 2-3 semanas, e entretanto a CR. positiva-se.

Se se administrar simultaneamente os antibióticos, estes não prejudicam a acção antigeno-alérgica do B.C.G. L. M. Piniés empregou o B.C.G. em 11 doentes tuberculosos anérgicos; em todos criou a alergia desejada e registou resultados favoráveis na evolução lesional pulmonar tuberculosa, excepto em 1, mas cuja causa de má evolução não se correlaciona com o B.C.G. Não houve qualquer reacção focal prejudicial. Só no local da injeção do B.C.G. se formaram pequenos nódulos, cuja evolução se arrastou algumas semanas.

Nos tuberculosos pulmonares, coexistindo por vezes com a falta de reacção alérgica, há uma debilitação temporária da virulência do b. K., e pela conjunção destas duas condições biológicas, a doença pode entrar em estado de estagnação de marasmo biológico de difícil saída. Só os antibióticos não podem, então, resolver esta situação. É necessário estimular as reacções defensivas, o que se pode conseguir com o B.C.G., que, ao mesmo tempo que determina o estado alérgico, condiciona, por discreta reacção focal, melhor irrigação lesional.

Este mesmo efeito se pode obter com a tuberculina, mas esta tem acção mais brusca e é capaz de maiores reacções focais. Por este motivo, proponho o uso do B.C.G. para os casos, só parcialmente alérgicos, e para os anérgicos totais, a tuberculina, em diminutas doses progressivas, impedindo-se sempre a acção brusca, rápida e excessivamente intensa reacção focal se for manuseada com prudência.

Por outro lado, verificam-se casos de boa alergia cutânea, em que o tipo anátomo-patológico lesional, com intensas fibrose e caseificação, dificulta ou impossibilita, pela avascularização ou deficiente vascularização o contacto do germen com o antibiótico. Nestes casos, o meio adjuvante ao antibiótico, não deve ser o B.C.G. nem a tuberculina, havendo-se proposto anti-histamínicos, a estreptokinase, e em especial o iodeto de potássio (Jacobs e Kuhns). Usando o iodeto de potássio, juntamente com a E + PAS dizem alguns autores obter curas de cavernas, que só a E + PAS, ou outra associação de antibióticos não conseguira. —»

Finalmente, trata de administração dos 3 bacteriostáticos, juntos, por perfusão endovenosa, método novo, que o A. está ensaiando.

ÚLCERA OU CANCRO DO ESTÔMAGO? — Relato de duas observações clínicas, postas em confronto, que termina por estas considerações, que resumem o conteúdo e significado do trabalho:

«— Estes são os factos. De um lado, um rapaz de 28 anos, referindo um sofrimento gástrico antigo, alternando crises com remissões com-

pletas, queixando-se de dores pós-prandiais tardias acalmadas pela ingestão de alimentos; com bom estado geral, com ácido clorídrico livre no estômago — e tinha um cancro. Do outro lado, uma mulher de 61 anos, cujo sofrimento remontava apenas a cerca de um mês, com dores contínuas, agravadas pelas refeições, em estado caquético — e tinha uma úlcera. Se no primeiro doente se tivesse feito a intervenção em devido tempo, é bem possível que se houvesse encontrado a lesão em condições de ser extirpada, pois uma distância de oito meses num cancro do estômago não é de certo uma bagatela. Se a segunda enferma tivesse sido abandonada à sua sorte, estaria hoje morta, ou tomando morfina à espera da sua hora derradeira.

Mais uma vez se patenteia a complexidade da clínica, a incerteza que lhe empresta um dos seus espinhos e afinal também alguma coisa do seu encanto. Mais uma vez se comprova que a diagnose de uma úlcera gástrica não é problema que se encare com leviandade, antes exigindo uma atitude minuciosa e vigilante, essencialmente estruturada em critérios objectivos. —»

ETIOPATOGENIA DA PSORÍASE. — A psoríase, afecção extremamente frequente, não apresenta na clínica qualquer dificuldade de diagnóstico: lesões eritemato-escamosas, de tamanhos variáveis, espalhando-se por diversas regiões ou pela totalidade da superfície do tegumento, mas particularmente pelas zonas de maior traumatismo, que nalguns casos se acompanham de prurido e noutros de dores articulares, caracterizam clinicamente esta dermatose, não havendo necessidade de recorrer ao exame hispatopatológico. O A. recorda-se, somente, de um caso, em que teve de proceder àquele exame para esclarecimento do diagnóstico. A dificuldade da psoríase, reside sim, na sua etiopatogenia e na terapêutica. É da etiopatogenia que se trata neste artigo.

Nele se regista o que tem sido apontado como em relação com o aparecimento da afecção: traumatismos, influência da hereditariedade, tuberculose, sífilis, foco séptico, piococcias, hipótese de um agente específico, alergia, insuficiências endócrinas (sobretudo do timo e das glândulas sexuais), perturbações do metabolismo, avitaminoses C, B e A, e por fim a origem psíquica.

Perante tal diversidade de factores invocados, correspondente ao que a clínica mostra com os dados colhidos pelo exame dos doentes, o A. chega à conclusão de que não há uma só psoríase, com uma única causa, mas estados semelhantes dependentes de causas diversas.

REVISTA PORTUGUESA DE MEDICINA MILITAR, I, 1953
N.º 2: *O movimento do direito médico internacional*, por J. Voncken;
Linfosarcomas e reticulosarcomas primitivos do estômago, por Fausto Cansado;
A água das piscinas, por C. Cândido Coutinho; *Os Hospitais Reais Militares do Algarve*, por Manuel Gião; *O ensino médico-aeronáu-*

tico do pessoal aviador militar na Bélgica, por E. Evrard; *Ultra-sons em medicina*, por Ruy A. Freire; *A importância do exame proctológico*, por F. Vasconcelos Dias; *Cardioangiografia experimental*, por Rocha da Silva, Bello de Moraes e Ayres de Sousa; *Medicina tropical castrense*, por J. Fraga de Azevedo; *Classificação de um amebiano de termita*, por I. Froilano de Melo; *A trompa de Eustáquio*, por Barata Salgueiro; *Um caso de doença de Hirschprung numa criança de dois anos*, por Fernandes Ramalho; *Etiopatogenia da úlcera péptica do esófago associada a esófago curto*, por Martins da Silva; *Introdução ao estudo do Serviço de Saúde em campanha*, por Pinto da Rocha; *Provas funcionais do pulmão*, por Galvão Lucas; *O B.C.G. e o seu valor na pré-munição anti-tuberculosa*, por Lúcio de Almeida.

DIREITO MÉDICO INTERNACIONAL. — A Academia de Medicina de Paris, em 1949, lembrando os crimes médicos por ocasião das guerras, sugeriu a promulgação de um código internacional de deontologia médica, pelo qual o corpo médico ficaria proibido de obedecer a requisições de morte. A ideia foi-se desenvolvendo, propagando-se a colectividades médicas de vários países, esboçando-se uma grande corrente de opinião no sentido de estabelecer doutrina que possa ter realidade prática; com efeito, os princípios são os da deontologia médica, por todos aceites, mas a aplicação cria um novo ramo de direito, o direito internacional médico.

A Associação Médica Mundial coligindo elementos vindos de toda a parte, aprovou por unanimidade aqueles princípios universais de deontologia, exarados num código. Mas este código não encara as relações de médico com o Estado, limitando-se a fixar as normas gerais de conduta do médico em tempo de paz. Não foi levantado o problema de um código internacional especialmente para o tempo de guerra, com os seus problemas próprios.

Alguns médicos parece terem repugnância em ver concretizar em lei princípios deontológicos, alegando que a moral médica é assunto a tratar entre médicos apenas, e a redacção dos textos que os codificam só aos médicos pertence. Isto seria o ideal, mas na prática não basta que o médico tome consciência dos seus deveres para que seja garantido o correcto exercício da sua missão. Os preceitos da deontologia médica, respeitadas embora dentro da classe, tem de ser protegidos contra as ofensas vindas do exterior. Esta protecção tem de tomar a forma jurídica de um direito reconhecido.

No campo das normas gerais de deontologia, a Associação Médica Mundial, com o seu projecto de estatuto, a adoptar em todos os países, não atacou o problema da maneira de o fazer respeitar. A Comissão Médico-jurídica de Monaco, para preencher esta lacuna, publicou um estudo no qual prevê a instituição de uma jurisdição profissional, sem intervenção dos Estados, em plano mundial, exercida por delegações

dos Conselhos da Ordem dos Médicos dos diversos países. E visto serem, em cada país, esses Conselhos regulados por legislação promulgada pelos Governos, no plano internacional não haveria dificuldade em se estabelecer por tratado a responsabilidade dos Estados na garantia do respeito por uma jurisdição por todos aceite.

Hoje ainda estamos longe de se alcançar este objectivo, mas a ideia está em marcha, e tem importância inegável, mormente em tempo de guerra. Neste aspecto, um problema novo surgiu, com a possibilidade de guerra bacteriológica. O assunto foi objecto de discussão na sessão da Organização Internacional de Medicina Militar, efectuada em Liège, em Julho de 1953, e na qual participaram 33 nações. Este e outros delicados problemas são difíceis de resolver, por o médico poder encontrar-se colocado entre dois deveres contraditórios: o especificamente médico e o nacional. Resolveu relegá-lo, para estudo de um projecto de codificação, à Organização Mundial da Saúde (ONU).

Num artigo recente, muito objectivo, o Prof. Charles Richet salientou que tal internacionalismo nada tem de opressivo ou espectacular, e que, mantendo intacto o amor à Pátria, respeitará o amor dos outros para com o seu próprio país; esta tolerância magnánima condiciona a grandeza da acção médica.

LINFOSARCOMAS PRIMITIVOS DO ESTÔMAGO. — A propósito de um caso de linfossarcoma gástrico primitivo, operado de gastrectomia subtotal, seguida de roentgenterapia, com sobrevivência de três anos e meio sem sinais de recidiva, o A. expõe o assunto, como capítulo de tratado, e relata o seu caso, que comenta, salientando que de ele se colhem os seguintes ensinamentos:

a) o linfossarcoma gástrico é uma neoplasia que pode ter uma evolução muito longa, sem repercussão sobre o estado geral e sem metastasiar a distância.

b) pode simular, pelas suas manifestações clínicas, a úlcera, e pelo seu aspecto radiológico o carcinoma e a linite luética.

c) o tratamento médico não constitui prova diagnóstica, já que o síndrome pode apresentar melhora, como de resto está averiguado suceder com o carcinoma.

d) ao contrário do que é usual no carcinoma pode haver hipersecreção gástrica.

e) embora não costume haver estenose orifical, pode existir estase gástrica por diminuição da peristálise gástrica, conseqüente à infiltração da camada muscular.

f) pode haver uma sobrevivência longa em seguida à ressecção com roentgenterapia post-operatória, apesar de já existirem metástases ganglionares regionais.

PROVAS FUNCIONAIS DO PULMÃO. — No estudo da função pulmonar propriamente dita têm já certa importância os métodos ditos clínicos.

A simples inspecção dum doente dá, em certos casos, elementos importantes para a apreciação aproximada da sua função respiratória: uma cianose, inaparente em repouso, mas que se exterioriza após um pequeno esforço; uma dispneia acentuada que obriga o doente a tomar a posição ortopneica e que sendo mais discreta, leva aquele, frequentemente, a interromper a fala durante a conversação, para tomar ar; a presença de dedos hipocráticos, manifestação de alterações antigas de oxigenação; um número elevado de respirações por minuto, superior a 20, traduzindo uma insuficiência respiratória; uma taquicardia acentuada (eliminando os factores emocionais ou pròpriamente cardíacos), significando uma insuficiência respiratória que o coração tenta compensar; o próprio tipo respiratório, normalmente abdominal inferior em repouso, e que se torna costal superior na dispneia, como aliás no esforço; a existência duma cornagem ou tiragem, orientando para uma estenose traqueal ou brônquica, por sua vez condicionadoras de insuficiência respiratória; uma retração torácica acentuada diminuindo a amplitude do hemitórax correspondente e, portanto, correlativamente a função desse lado.

Ainda adentro dos métodos clínicos, a radioscopia tem um lugar especial pela possibilidade de medir com suficiente rigor a mobilidade de cada hemidiafragma. O exame deve ser feito de face e de perfil, sendo este indispensável, pois que em certos indivíduos cada hemidiafragma parece composto de duas partes diferentes no plano ântero-posterior, devido a uma inervação diferente e podendo paralisar-se isoladamente. Mede-se a ampliação diafragmática na inspiração e na expiração máximas, assim como a ampliação torácica nas bases e nos vértices. Verifica-se também a movimentação do mediastino, que pode estar deslocado por uma paquipleurite ou móvel com os movimentos respiratórios, traduzindo uma estenose brônquica ou atelectasia. Em caso de pneumotórax examina-se o grau de expansão na inspiração, do pulmão colapsado, permitindo avaliar a sua participação na respiração global. A radioscopia é um método nitidamente superior ao simples exame clínico, pois que dá a indicação dos elementos musculares insuficientes — diafragma, intercostais, escalenos, etc. — permitindo, assim, intervir com uma ginástica adequada à sua correcção. Diz, por outro lado, se existe ou não assimetria ventilatória, indicação de certo valor quando se não pode efectuar o exame funcional separado dos pulmões. Há um teste clínico digno de referência, e é o do Tempo de Apneia Inspiratória. Foi principalmente divulgado em França por Bourgeois e Binet e tem o condão de ser simples e de fácil execução. Basta fazer respirar o doente o mais profundamente possível e convidá-lo, em seguida, a manter-se durante o tempo que puder sem expulsar o ar inalado. Um indivíduo normal mantém-se, pelo menos, 50 segundos. O valor da apneia segue fielmente o valor da função respiratória, sendo uma prova prática suficientemente aproximada de que se pode lançar mão, quando não for possível dispor de métodos de exploração mais rigorosos.

O A. expõe os diversos métodos com que se pretende apreciar, com precisão, os vários aspectos do funcionamento dos pulmões, e que permitem despistar uma insuficiência respiratória compensada em repouso, mas susceptível de aparecer durante o trabalho: pelo ergómetro de Knipping, pela oximetria e pela espirometria separada.

O B.C.G. NA PRÉ-MUNIÇÃO ANTI-TUBERCULOSA. — Larga exposição dos processos de imunização pelo B.C.G., que termina pelas seguintes considerações finais, que resumem as opiniões do A. sobre o assunto.

«— Imperiosa, diremos, nas crianças, adolescentes e adultos jovens expostos a um contágio habitualmente grave, tais como filhos de tuberculosos manifestos, estudantes de medicina, pessoal de enfermagem e de limpeza dos hospitais (nomeadamente dos serviços de doenças pulmonares e de assistência aos tuberculosos, desde os preventórios, os aerias, os hospitais e sanatórios), assistentes sociais, bacteriologistas, recrutas, rurais deslocados para as cidades (uns e outros antes, suficientemente antes de poderem ser contaminados ou de modo concorrente); de utilidade (em filhos de médicos, sobretudo quando fisiólogos), de enfermeiros e de tuberculosos, embora tidos como curados e nos diabéticos (por fracamente resistentes à infecção tuberculosa); e de prudência ou facultativa em crianças frequentando as escolas, oficinas e outros lugares de possível contágio, principalmente nas de 10 a 12 anos, — manifestamente que, se lhe não podemos nem devemos confiar toda a profilaxia anti-tuberculosa, merece o B.C.G. um lugar de relevo ao lado de outras medidas conducentes ao mesmo fim. É que, como tão judiciosamente salienta Lacroix: «Dans l'état actuel de la science, la prémunition B.C.G. este le seul moyen inoffensif, efficace, pratique et peu onéreux, à même de lutter contre la tuberculose».

Baseado no facto incontestável de que, geralmente, a primo-infecção bacilar atenuada ou puramente biológica protege fortemente contra as super-infecções, a sua aplicação, além de lógica, racional, oferece plenas garantias (acentue-se devidamente) não só da sua inocuidade mas também da sua eficácia. Embora os efeitos que lhe são atribuídos possam, em grande parte, ser devidos à educação antituberculosa conjuntamente realizada e à resistência específica inata dos indivíduos aos quais é ministrado, manifestamente que a sua eficiência intrínseca deve ser, por muito valiosa, proficientemente aproveitada. Para tanto, cremos, deve ter-se em vista a sua aplicação, sobretudo nos analérgicos, não só por via cutânea (em escarificações, injeção intra-dérmica ou picadelas) mas também, e com a maioria de razão, por via oral, tanto nos alérgicos como nos analérgicos, tendo em vista a lógica, a comodidade e a eficácia duma tal via de aplicação, a única, sem dúvida, que facilmente permite a vacinação concorrente e a esperançosa assisação e, com ela, a determinação, nos primeiros, da immuno-cuti-nergia impeditiva da tuberculose terciária, tal como a calmetização impede as formas graves da primo-infecção,

geralmente de 20 %, bem como a mais grave das suas consequências imediatas ou seja a meningite tuberculosa.

Não esperemos nem exijamos, porém, do B.C.G. mais do que ele pode dar-nos. Quanto à primeira condição lembremo-nos de que, se pode contribuir muito para a eficiência da luta anti-tuberculosa, não dispensa, de modo algum, a colaboração da higiene alimentar, do trabalho, do desporto, da habitação, bem como a prática das clássicas regras de profilaxia individual da tuberculose, consistindo, fundamentalmente, no rastreio, classificação dos tuberculosos, educação, adaptação e readaptação dos tuberculosos curados, etc. Confiar-lhe toda a acção profiláctica desta doença, esquecendo ou relegando para inferior categoria os mencionados factores, será, na verdade, atribuir-lhe virtudes que não possui e criar-lhe um injusto e perigoso descrédito.

Na profilaxia da tuberculose, impõe-se, pois, a estreita observância de todas as medidas eficientes e não, somente, por errada noção das suas possibilidades, a aplicação do B.C.G.. Relativamente à segunda, acentuaremos que o seu emprego abusivo pode oferecer, também, certos inconvenientes. Antes, pois, de o aplicarmos a indivíduos nos quais não está contra-indicado, devemos averiguar se lhe será indispensável e mais ou menos útil, ou, pelo contrário, segura ou possivelmente dispensável. A tuberculose, com efeito, mercê da actuação pluri-valente contra a sua difusão incluindo, possivelmente, a eliminação, por ela própria, de muitos indivíduos que lhe são particularmente sensíveis, como se deduz da sua maior frequência entre certas raças, famílias e indivíduos (nestes bem evidenciada, como demonstraram Kalmann e Reisner, etc., pela maior concordância, respectivamente nos gémeos monozigóticos do que nos dizigóticos (87,3 e 25,6 %), tem-se reduzido sensivelmente desde há largos anos, muito antes, mesmo, da aplicação do B.C.G.

Assim é que certos autores, baseando-se na facilidade com que, mercê de uma conveniente educação anti-tuberculosa (conduzindo à supressão ou atenuação do seu contágio), de um diagnóstico precoce e de um eficiente tratamento da tuberculose; enfim, na existência de certos acidentes do B.C.G. (nomeadamente as adenites supuradas, peculiares aos lactentes), se o preconizam naqueles que estão particularmente expostos a um contágio maciço, duvidam da necessidade da sua aplicação naqueles apenas expostos a um contágio breve, episódico ou accidental, quase sempre ligeiro e portanto benigno.

Ruys, por exemplo, diz muito avisadamente, cremos: «Maintenant que nous disposons de médicaments contre la tuberculose d'une efficacité de plus en plus grande et que l'alimentation de la population en général a de nouveau atteint un standard suffisant, il est urgent de se demander si dans les milieux avec une diffusion minime de bacilles de Koch tuberculeux il est encore nécessaire de vacciner au B.C.G. peut-être des centaines de mille de nouveau-nés, qui probablement ne seront pas infectés avant l'âge adulte. A mon avis, dans ces circonstances il sera

bon d'envisager le plan de conduite suivante. Il faudrait vacciner au B.C.G. tous les individus avec une réaction tuberculínique négative qui doivent vivre ou travailler dans un milieu contaminé, comme les familles avec un cas de tuberculose, comme les médecins, les infirmières, etc. Dans les milieux où la diffusion du bacille tuberculeux est si minime que seulement un pourcentage inférieur des enfants réagit à la tuberculine, on pourrait ajourner la vaccination ou B.C.G. vers la dernière classe de l'école primaire. De cette manière tous les enfants sortiraient de l'école avec une réaction positive et ils entreraient dans la vie adulte avec un certain degré de résistance au bacille tuberculeux, si minime que cela puisse être. A cet âge avancé le risque d'une suppuration ganglionnaire est minime. En ajournant la vaccination vers cette période on peut encore profiter de la réaction répétée à la tuberculine par le dépistage des sujets chez qui la réaction a viré de négative à positive, ce qui est une indication de contact récent avec une source de contamination».

Empreguemos, pois o B.C.G. (bem seguros, como estamos, da sua eficácia e da sua inocuidade intrínsecas), mas não nos esqueçamos, porém, de que ele não é mais do que um dos numerosos factores a utilizar na profilaxia da tuberculose, não devendo, consequentemente, exigir-lhe eficiência superior à que realmente possui (sob pena do seu injusto descrédito) e determinando, enfim, bem rigorosamente, quais são as suas indicações: imperiosas, de utilidade, de prudência e de luxo, aquelas justificadas e, portanto, recomendáveis, e esta temporária ou mesmo inteiramente dispensável.

Bem entendido, a chamada indicação de luxo do B.C.G. não deixará de ser aconselhável no caso de não frustrar, mas antes impor a sua administração nas outras idades em que o contágio da tuberculose é mais de recesso, ou seja no início da vida escolar, na pré-puberdade e na adolescência recorrendo, de preferência, à via oral, dada a sua grande eficácia e particular comodidade. —»

SÍNTESES E EXCERTOS

O brometo de bantina no piloro-espasmo dos lactentes

H. LEVY & B. ZWEIFLER dão conta (*The J. of Pediatrics*, Junho de 1953) de 8 observações de lactentes com vômitos repetidos e em jacto, nos quais o exame radiológico mostrou atraso da evacuação gástrica e ausência de estenose orgânica, pelo que foram rotulados de espasmos do piloro. Em todos ensaiaram a administração de 5 miligramas de brometo de bantina, quatro vezes nas vinte e quatro horas, durante cerca de um mês. Viram que os vômitos cessavam imediatamente. Quando suspenderam a medicação, não voltaram.

Publicam ainda a observação de um lactente de 4 meses, que vomitava habitualmente, pelo que o seu desenvolvimento era insuficiente; nele haviam

sido aplicados diversos regimes e vários antiespasmódicos, sem resultado. O exame radiológico mostrou um esófago estreito e um espasmo do cárdia. Administraram o brometo de bantina, como para os casos de espasmo do piloro, sem observarem grandes modificações. Aumentaram então a dose para 10 miligramas, cinco vezes por dia, e as melhoras apareceram, com desaparecimento dos sinais radiológicos. Mantida esta medicação durante dois meses, verificaram sucesso clínico.

Estudando a acção da bantina pelo método quimográfico, com introdução de um balão no estômago, verificaram que é nitidamente redutora das contracções gástricas. Trata-se pois de uma droga com poderosos efeitos contra os espasmos. Actua como medicamento anticolinérgico, diminuindo a para-simpaticotonia. Não observaram acção tóxica.

Evolução do tratamento dietético da arteriosclerose

Os modernos estudos experimentais trouxeram valiosos esclarecimentos sobre a formação da arteriosclerose, dos quais derivaram ensinamentos para o tratamento dietético; passa-os em revista M. J. ODIER, em *Rev. Méd. de la Suisse Normande* (Dez. de 1953).

Atribui-se a causa principal a uma profunda perturbação do metabolismo dos lipídeos e particularmente do colesterol, cuja origem não é somente exógena, alimentar, mas é em grande parte endógena, por síntese principalmente feita no fígado, mas também no córtex suprarrenal, na pele, na parede intestinal, nos rins, no cérebro e até em pequeno grau, na parede da aorta.

Não é possível avaliar com precisão os efeitos do régimen alimentar sobre a arteriosclerose, mas a observação clinica tem mostrado que, dos vários aspectos que tem oferecido o problema, ficaram certas normas gerais que podem resumir-se nisto: régimen pobre em calorías e em gorduras de origem animal e em sal. Com um régimen assim orientado combate-se a obesidade (o maior perigo na arteriosclerose), poupa-se o aparelho circulatório (que grandes refeições cansariam) e evitam-se as consequências de um régimen muito desequilibrado.

ACTH e cortisona nos acessos de asma

PASTEUR VALLERY-RADOT e colab. tratam do emprego de estas hormonas na terapêutica da asma, da coriza espasmódica e de síndrome de Loeffler. Nestes dois últimos estados o que expõe deixa dúvidas sobre a utilidade do seu emprego, pois na coriza espasmódica são precisas doses elevadas e as recidivas são frequentes; e se no síndrome de Loeffler os efeitos são rápidos, ele cura com procedimentos mais simples.

Na asma encaram o assunto sob dois pontos de vista: o tratamento dos acessos agudos e o da prevenção de novos acessos. Ambas as hormonas dão os mesmos resultados. Nos acessos são imediatos e bons em mais de metade dos casos. Depois, há doentes que durante meses não voltam a padecer, outros, porém, sofrem novos acessos passadas semanas. Isto levou a estabelecer uma terapêutica de continuidade, com doses menores, mas dadas sem interrupção. Do que expõe fica a impressão de que este procedimento não é de adoptar. Com efeito, a administração prolongada das referidas hormonas provoca, muitas vezes com aspecto grave, perturbações metabólicas, infecções agudíssimas, e fenómenos psíquicos que podem ir até à psicose depressiva; e se a suspensão do medicamento for brusca, surge um síndrome de astenia e colapso circulatório, que pode ser mortal. Estes acidentes podem evitar-se: por meio de régimen alimentar sem cloreto de sódio e com cloreto de potássio; pela vigilância do doente despistando processos infecciosos que caminham surdamente, sem febre, e sobretudo a

tuberculose pulmonar; e diminuindo progressivamente as doses, antes de suspender a terapêutica. Mas as perturbações psíquicas são inevitáveis.

Nestas condições, com tantos riscos e necessidade de tantas precauções, é evidente que esta terapêutica é para pôr de lado, embora os autores digam que a tem empregado nalguns doentes sem inconveniente. Mas houve um caso em que a psicose levou ao suicídio. Por isso concluem que deve reservar-se para os acessos alarmantes da asma ou de outros estados alérgicos. (*Acta Allergologica*, N.º 1 de 1954).

A «Pendiomide» na terapêutica da embolia pulmonar

Trata-se de um novo medicamento, derivado da dietilenetriamina, de acção simpaticolítica sobre os gânglios do sistema autónomo, com propriedades ganglioplégicas exercendo-se sobre a pressão arterial. Estas acções podem aproveitar-se para o tratamento de urgência das embolias pulmonares pós-operatórias. Assim o mostra M. MULLER, relatando 10 casos que curaram com o exclusivo emprego de esta substância. A dor desapareceu entre 15 e 60 minutos, a dispneia ao fim de meia hora e as perturbações circulatórias ainda antes de este prazo; a descida da tensão arterial é moderada e alcança o máximo entre 15 e 30 minutos, dando-se a normalização horas depois. A posologia é de 100 miligramas em injeção endovenosa, dada com a velocidade de 10 a 20 mgr. por minuto; repete-se se ao fim de um quarto de hora não há melhoras nítidas, mas então por via intramuscular, para evitar abaixamento brusco da tensão arterial. (*Schweiz. Med. Wochens.*, N.º 3 de 1953).

NOTAS E NOTÍCIAS

Assistência médica e sanitária em Angola

A propósito da viagem a Angola do Chefe do Estado, registam-se algumas notas sobre a medicina pública nessa Província do Ultramar.

Desde o começo da implantação portuguesa em terras do Congo e de Angola, serviços médicos foram instituídos por prescrições oficiais; mas foi em 1703 que tomaram corpo, com a criação do lugar de físico-mor de Angola, chefe de uma orgânica médico-sanitária que progressivamente se foi desenvolvendo. Essa orgânica foi ampliada em 1844, instituindo-se então os «Serviços de Saúde e Higiene», remodelados em 1945.

Um passo histórico interessante é o da criação, em Luanda, de uma «Aula de Anatomia e Medicina», significando um ensino médico exemplificador do interesse pelo progredimento da assistência aos doentes.

Não deve esquecer-se, nesta matéria, a legislação de protecção aos indígenas, de entre a qual se destaca o «Código de Trabalho dos Indígenas», promulgado em 1928, que condensou e melhorou a legislação anterior. Este diploma inclui a obrigatoriedade das empresas em dar razões

alimentares suficientes e prestar gratuitamente assistência aos respectivos empregados.

A orgânica actual dos serviços de medicina pública é a que passamos a apontar.

Junto da Direcção central dos Serviços, funcionam: Junta de Revisão; Junta de Saúde da Província; Hospitais Centrais; Laboratório Central de Análises Clínicas; Laboratório de análises clínicas, bromatológicas e toxicológicas; Laboratório Farmacotécnico; Centro de Hemoterapia e Reanimação, Escola Central de Enfermagem; Depósito Central de Medicamentos.

O território está dividido em 5 Círculos Sanitários (Congo, Malange, Bié, Benguela e Huila), tendo à sua frente, como chefe de todos os serviços assistenciais e sanitários, um subinspector. Há 85 circunscrições sanitárias, cada uma com um ou mais médicos, chefiadas por Delegados de Saúde; estão a sua cargo todos os trabalhos de higiene dos centros urbanos, de profilaxia das endemias, e da assistência médica hospitalar.

Os estabelecimentos existentes na Província são (além dos 2 hospitais de Luanda, o Hospital Central e o Hospital Indígena): 7 Hospitais Regionais; 40 Hospitais das Delegacias, Subdelegacias e Sectores de Saúde; 28 Enfermarias; 11 Maternidades Indígenas; 6 Dispensários de Puericultura; 197 Postos Sanitários nas sedes dos Postos Administrativos; vários Postos rudimentares.

Além de esta orgânica, que está a ser melhorada e ampliada, construindo-se novos edifícios para alargamento da sua actividade, campanhas sanitárias especializadas estão em funcionamento: contra as doenças venéreas, a varíola, a febre tifóide. Há serviços especiais de «Prospecção e Combate à Doença do Sono», «Vigilância e Combate à Peste Bubónica», e «Brigada de Prospecção e Combate à Lepra».

À margem de esta orgânica oficial, os serviços de assistência contam com os desempenhados pelas entidades patronais (nos termos da citada lei de protecção aos indígenas) e pelas Missões Religiosas. Estas mantêm: 8 hospitais, 20 enfermarias, 48 postos de socorros, 5 maternidades, 11 dispensários e 5 leprosas. Aquelas mantêm: 18 hospitais, 43 enfermarias, 117 postos de socorros, 4 maternidades e 7 dispensários.

Por este sucinto relato se pode avaliar a extensão que já assumiu a assistência clínica e a defesa sanitária em Angola, tudo levando a crer que, com o melhoramento, cada vez mais evidente, das condições higiénicas em que o europeu lá pode viver, a Metrópole irá assegurando o futuro da grande Província, como terra que já o não é só por direito histórico, mas por colonização assimiladora.

Com efeito, ultimamente, tem-se verificado um apreciável aumento da população, principalmente de gente branca; para esta o Censo de 1940 registara 44.083, e o de 1950 registou 78.903. A população total da Província foi, nesses Censos, respectivamente de 3.738.010 e de 4.145.184 habitantes.

TRABALHOS APRESENTADOS A REUNIÕES MÉDICAS. — Na *Sociedade das Ciências Médicas*: Sacro-coxites, por Neiva Vieira; A acção da heparina na aterosclerose, por Alfredo Franco; Estenoses do esófago por ingestão de cáusticos, por Costa Quinta. Na *Sociedade de Medicina Interna*: Um caso de dermatomiosite, por V. Pena de Carvalho; Síndrome de Loeffler e reacção de hipersensibilidade à hdraza, por Juvenal Esteves; Sobre a natureza do favismo, por Adolfo Coelho; Primeiros ensaios de histo-radiografia, por Aires de Sousa. Na *Sociedade Portuguesa de Pediatria*: A coagulabilidade sanguínea do recém-nascido e suas relações com a doença hemorrágica, por C. Salazar de Sousa, J. Crespo Ferreira, A. Estrela e F. Gomes; Sobre um caso de anemia ferripriva num lactente de parto gemelar, por Mário Cordeiro. Na *Sociedade Portuguesa de Esterilidade*: Alguns factores condicionantes da fecundação, por A. V. Neves e Castro. Na *Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica*: Litiase biliar e tratamento gereziano, por Celestino Maia; História clínica da Água do Têdo, por João de Araújo Correia; A crenoterapia na clínica geral, por Santos Parreira da Conceição. Nas *Reuniões do Hospital G. de Santo António do Porto*: Feridas penetrantes do tórax, por Oliveira Santos; Traumatismos vértebro-medulares, por V. Costa e Almeida; Enfarte do miocárdio em clínica de urgência, por M. Gonçalves Moreira; Anestesia e reanimação num serviço de urgência, por Aurora Amarante e Silva Araújo; Acidentes arteriais agudos dos membros, por Gil da Costa; Osteomielite aguda, por Azevedo de Oliveira.

INTERCÂMBIO. — No Hospital de Santa Marta, Lisboa, o Dr. J. R. Frey falou de: Novos ensaios para determinação de antimicóticos. Na Sociedade de Pediatria, em Lisboa e Porto, o Dr. Goetsch fez conferências sobre a Vitamina T. No Instituto de Medicina Tropical, 2 conferências do Prof. E. Greppi sobre: Síndrome de Banti e Pletoras poliglobúlicas hipertónicas.

CONFERÊNCIAS. — Na Academia das Ciências: A leucotomia está em causa, pelo Prof. Egas Moniz. No Instituto de Oncologia: Botão do Oriente.

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO. — Encerrou-se no dia 16 o X Curso para Sub-delegados de Saúde, professado no Instituto Central de Higiene, com demonstrações também no Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, e visitas de inspecção sanitária. O XVII Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra, com a colaboração da Ordem dos Médicos e da Direcção Geral de Saúde, effectua-se de 25 de Junho a 7 de Julho; consta de lições e demonstrações clínicas, operatórias e laboratoriais. Promovido pelo Instituto de Orientação Profissional, de Lisboa, sob a direcção do Dr. Almada Araújo, realizou-se na Sociedade das Ciências Médicas um curso de psicologia geral e aplicada.

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA. — Tomou posse da cadeira de Neurologia o Prof. Pedro M. de Almeida Lima.

SUB-SECRETARIADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL. — Por motivo de ter pedido a exoneração do cargo de Sub-secretário de Estado o Sr. Dr. Alberto Ribeiro de Queiroz, assumiu-o o deputado Sr. Dr. José Guilherme de Melo e Castro.

PRÉMIO ANÍBAL DE CASTRO. — Como remate do 1.º Ciclo de Estudos Clínicos (noticiado no nosso último número), foi concedido este prémio ao Dr. Moradas Ferreira, pelo trabalho intitulado «Discopatias vertebraes».

NECROLOGIA. — Em Albergaria-a-Velha, o Dr. Manuel Joaquim dos Santos, médico da Companhia do Prado. Em Lisboa, o antigo clínico Dr. Francisco Leite Machado. Em Coimbra, o Prof. jubilado da Faculdade de Medicina, Dr. Álvaro de Matos. Na Figueira da Foz, com propecta idade, o Dr. António Fernandes Gaspar, que exercera em Marinha das Ondas.





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

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

CONTRA A DIARREIA INFANTIL



PECTINATO

INDICAÇÕES

O Pectinato «Pasteur» está indicado no tratamento das diarreias agudas, tanto de origem dispéptica como infecciosa (disenterias, colites disenteriformes, febres tifóides e paratífóides). Pode, no entanto, ser empregado também nas diarreias crónicas (dispépsia crónica, diarreia da diabetes, da doença de Basedow, dos tuberculosos, etc.).

Tubo de 20 comprimidos

10\$80

S
E
T
N