

# PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

**SUMÁRIO:** *Estudo cistométrico do post-operatório*, por JOÃO COSTA. *Breve nota sobre a multiparidade em Portugal*, por A. DE ALMEIDA GARRETT.

**Movimento nacional** — *Clinica, Higiene e Hidrologia* (Profilaxia e tratamento da gangrena gasosa e do tétano). *África Médica* (O problema da cirrose hepática). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (Tratamento cirúrgico da «Spina-bífida» lombo-sagrada). *Amatus Lusitanus* (O problema da aplicação tópica da penicilina. Observação radiológica em massa do pessoal de um batalhão expedicionário. Imunidade e nutrição). *Trabalhos da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia* (Pesquisa dos bacilos da lepra pelo método da histamina. Nova modalidade epidemiológica da brotoeja do «Pediculoides ventricosus»). *Clinica Contemporânea* (Tratamento das fracturas da clavícula. Tratamento cirúrgico da pericardite constrictiva crónica). *Tuberculose* (Movimento dos sanatórios e dispensários da A. N. T.).

**Revista geral** — *Imunidade e nutrição*, por G. JORGE JANZ.

**Notas científicas e práticas** — Os hidrolisados de caseína em terapêutica. Pauta para a terapêutica pela estreptomycina. Algodão, papel e gaze reabsorvíveis. Tratamento da enxaqueca pela novocainização. Penicilina bruta e penicilina purificadas. A penicilina no noma. Penicilina nas artrites supuradas das crianças. Resultados da sutura simples na úlcera péptica perfurada.

**ANEXOS** — *Caixa de Previdência dos Médicos Portugueses*, por A. GARRETT. *Registo de livros novos. Notícias e informações.*

00177

**Prevenção**  
E  
**tratamento**  
DA  
**TOSSE CONVULSA**  
PELO

**néo-dmètys**  
STOCK VACINA, ATÓXICA

NENHUMA DOR LOCAL  
NENHUMA REACÇÃO  
MESMO NAS CRIANÇAS  
DE PEITO

Em caixas de 6 empôlas de 1 cc.

SOCIÉTÊ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
**specia**  
Marques: Poulenc freres & Usines du Rhône, 21, rue Jean Goujon  
PARIS (8<sup>ème</sup>)

Representante para Portugal  
SOC. COM. CARLOS FARINHÁ, L.<sup>DA</sup>  
Rua dos Sapateiros, 30, 3.<sup>o</sup>  
LISBOA

# Caixa de Previdência dos Médicos Portugueses

## (Resumo do Regulamento)

Acaba de publicar-se o novo Regulamento desta instituição, elaborado de acordo com o Decreto-lei n.º 35.513, de 23 de Fevereiro de 1946. A antiga Caixa, fundada em 1926, como consequência de deliberação comemorativa do 1.º centenário das escolas de medicina, celebrado no ano anterior, foi transformada em organismo sindical, com obrigatoriedade de a ela pertencerem todos os médicos que exercem a profissão.

Recebem esse Regulamento todos os colegas inscritos na Ordem dos Médicos. O «Portugal Médico» não pode, contudo, deixar de inserir as suas principais disposições, não só porque tem leitores que estão fora do exercício profissional (e podem inscrever-se na Caixa), mas também porque a muitos outros poderá ser agradável ter diante dos olhos uma exposição sintética e exemplificadora, do que directamente lhes interessa conhecer desde já em tal matéria.

A Caixa destina-se a conceder, a troco de determinadas cotas, benefícios de duas ordens: o de reforma por invalidez ou velhice, e o de subsídio por morte. Além disso, a assistência que até agora era exercida pelos Conselhos Regionais da Ordem passa a ser função da Caixa. Deixando de lado este último aspecto, que merece ser tratado separadamente, vejamos as condições em que foi estabelecida a concessão dos dois referidos benefícios.

\*

A modalidade «reforma» consiste na concessão de uma pensão mensal que o inscrito receberá a partir dos 65 anos, ou antes se for reconhecida a sua invalidez. A importância de essa pensão é variável, segundo o grau de cotisações e o número de anos completos durante os quais o beneficiário pagou as respectivas cotas.

Há 3 graus. No 1.º a pensão mensal máxima é de 400\$00; no 2.º grau é de 800\$00; no 3.º é de 1.200\$00. Para que estes máximos sejam atingidos é preciso que o produto do número de anos completos de pagamento de cotas pelas importâncias de 10\$00, 20\$00 ou 30\$00 (conforme se trate de pensões do 1.º, do 2.º ou do 3.º grau) dê, pelo menos, aquelas importâncias. Exemplifiquemos: — Um beneficiário da pensão de reforma do 1.º grau que passe à inactividade, por invalidez ou por velhice, e tenha pago 18 anos de cotas, tem direito a uma pensão mensal de 180\$00; se as tiver pago durante 35 anos, a pensão será de 350\$00; só tendo pago



durante 40 ou mais anos é que lhe será dada a de 400\$00. Um beneficiário do 2.º grau, semelhantemente, terá direito a pensões mensais do dobro dos valores relativos às pensões do 1.º grau. Para os de 3.º grau, as pensões serão do triplo daqueles valores. Mas para se ter direito à reforma ou a subsídio por invalidez, é indispensável ter dez anos de filiação; este período de tempo é considerado como de garantia das reservas da Caixa.

A situação de invalidez é determinada por parecer de junta médica; se este fôr desfavorável ao pedido, o interessado pode recorrer para nova junta. Reconhecida a invalidez, esta conta-se desde a data da entrada do respectiva requerimento na Secretaria da Caixa. As pensões serão pagas enquanto durar a invalidez, tendo os beneficiados de apresentar semestralmente um atestado comprovativo de que se mantém nessa situação; durante os três primeiros anos, sujeitar-se-ão periódicamente a uma junta médica de revisão. Quando cesse a situação de invalidez, ou se verifique que o pensionista recebe proventos regulares do exercício de qualquer actividade, dá-se o reingresso na anterior situação, ficando com os direitos correspondentes aos anos de cotisação efectiva.

Os inválidos que, por não terem dez anos de cotisação, não tem direito a pensão, no caso de cessar o seu estado de invalidez, serão reinscritos nas condições dos que entram pela primeira vez na Caixa.

Os reformados por limite de idade podem continuar no exercício da profissão. Começam a receber a pensão no fim do mês seguinte àquele em que completaram os 65 anos.

O pagamento das cotas só é devido enquanto o beneficiário está válido ou não alcançar a idade de 65 anos; passando à situação de pensionista, por um ou outro destes motivos, deixa de as pagar. O pagamento é adiantado, isto é no dia 1 de cada mês paga-se a respectiva cota; pode fazer-se o pagamento aos trimestres ou ao ano, mas sempre adiantadamente. As despesas com a cobrança, ou com a remessa das importâncias das cotas, correm por conta do beneficiário.

A inscrição no ramo «reforma» é obrigatória para todos os filiados na Ordem dos Médicos que tenham menos de 51 anos; exceptuam-se os que, por serem funcionários civis ou militares, contribuam para a Caixa Geral de Aposentações, e bem assim os que já tenham a sua reforma assegurada em outras instituições de previdência; a dispensa tem de ser solicitada ao Instituto Nacional do Trabalho e Previdência, preenchendo-se a respectiva parte do Boletim de Inscrição.

A idade de cada médico, para efeito da cotisação, é determinada pelo aniversário natalício mais próximo da data da inscrição; portanto (visto o Regulamento se considerar em vigor desde o dia 1 de Outubro), para os que nesta data já estão filiados na Ordem,

a idade será a dos anos feitos posteriormente a 1 de Abril e os do próximo aniversário se o anterior se deu antes daquela data.

Deduz-se de esta disposição, que aqueles que completam os 51 anos entre 1 de Outubro de 1947 a 31 de Março de 1948 devem considerar-se, para efeito da inscrição, como tendo já 51 anos, e portanto estar isentos da inscrição; no entanto, convém que os colegas que se encontram nestas condições façam a respectiva consulta a direcção da Caixa (sede — Faculdade de Medicina de Lisboa), caso recebam o Boletim de Inscrição que vem com o exemplar do Regulamento.

A importância das cotas varia com a idade em que o médico se inscreve na Caixa. No 1.º grau vão de desde 29\$20 por mês (para os de 22 anos de idade) até 57\$00 (para os de 50 anos). No 2.º grau vão de 58\$40 a 113\$90. No 3.º grau, de 87\$60 a 170\$90. A estas quantias há que acrescentar: respectivamente para cada grau, 3\$00, 5\$00 e 7\$00 de contribuição para as despesas de administração da Caixa; e mais \$50 em qualquer dos graus, para o Fundo de Assistência.

A opção por um dos três graus de pensões de invalidez ou reforma tem de fazer-se até 31 de Dezembro, para os actualmente inscritos na Ordem. No caso de não se inscreverem até essa data, serão considerados como inscritos no 1.º grau, e devedores das cotas do trimestre vencido, sendo como tal apontados; e isto implica o adiamento da entrada no gozo dos direitos pelo espaço de 60 dias, contados a partir da data em que legalizam a sua situação, o que representa a perda de cinco meses no período de garantia acima referido. Portanto, é da maior conveniência não protelar a inscrição, fazendo-a antes do fim do ano, e quanto mais cedo melhor, para começar a contar o citado período de garantia.

Devo acentuar a conveniência de escolher desde já o grau a preferir, pois, embora se possa depois mudar de grau, a mudança acarreta prejuízos. Com efeito, o Regulamento diz que, até aos 50 anos, isso é possível, mas nas seguintes condições: passando para grau superior, o direito à pensão correspondente a esse grau só se adquire decorridos que sejam 10 anos, período durante o qual o beneficiário só tem direito à pensão primitiva; baixando de grau, terá direito a receber somente uma parte da diferença nas cotizações pagas, parte arbitrada em metade da respectiva reserva matemática, e essa importância servirá para pagamento de cotas futuras.

A modalidade «subsídio por morte» só é obrigatória para os que forem dispensados de inscrição na modalidade «reforma», por já terem, noutro organismo, assegurado esse benefício; para todos os demais é facultativa.

O quantitativo do subsídio pode ir desde 5.000\$00 a 25.000\$00. As cotas mensais vão, conforme a idade à data da inscrição, desde

1\$23 a 4\$88; isto para cada mil escudos de subsídio. Acresce a importância de \$40, também por cada conto de subsídio, destinada às despesas de administração. Os gastos de cobrança ou remessa das cotas, a cargo do inscrito.

Os inválidos e reformados por velhice deixam de pagar cotas.

Há um período de 3 anos sem direitos; decorrido este período, o subsídio é pago, seja qual for a idade do falecido, a quem o reclamar, dentro das condições a seguir indicadas.

Ao contrário do que sucede noutras instituições similares, o destino de subsídio não é livre; está pautado por normas, com preferência para mulher e filhos, depois para pais, em seguida para irmãos e para crianças com menos de 14 anos protegidas pelo falecido e que com eles vivessem. Não se indica, na falta de qualquer destes destinatários obrigatórios, a possibilidade de deixar o subsídio a estranhos; em tal caso a importância reverte para o fundo de Assistência.

De modo semelhante ao que se indicou para a modalidade «reforma», o aumento do valor do subsídio só fica válido depois de decorrido o período de garantia, de 3 anos; e a diminuição dá direito ao resgate da importância correspondente à diferença das cotas pagas, liquidada apenas pela parte correspondente a 80 por cento da respectiva reserva matemática.

Penalidades graves são prescritas para quem não cumpra as disposições do Regulamento.

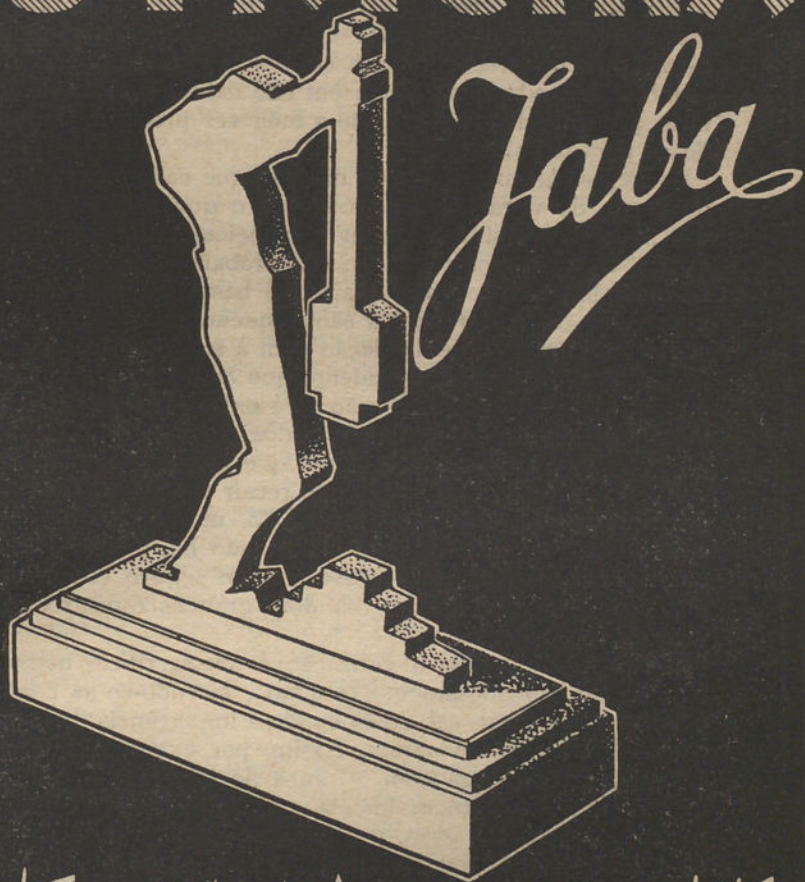
Os beneficiários que se atrazem durante 3 meses no pagamento das cotas, serão apontados, e, como já se indicou, suspensos dos seus direitos, que só voltarão a ter decorridos 60 dias sobre a data em que puzeram em dia as suas cotizações; às cotas em atraso será adicionada a importância de uma indemnização, calculada em 0,5 por cento de cada cota, por cada mês em dívida.

Se o atraso se prolongar por 6 meses, quando os beneficiários exerçam a profissão, se estes não liquidarem as cotas atrazadas no prazo de 60 dias, serão suspensos do exercício profissional até à liquidação do seu débito.

O cancelamento da inscrição implica a perda de todos os direitos, menos o resgate de parte da reserva matemática, e este mesmo condicionado a autorização do Instituto Nacional de Trabalho e Previdência. Quem se colocar nessa situação pode reinscrever-se, mas nas condições marcadas para primeira inscrição, e só entrará no gozo dos seus direitos depois de decorridos tantos meses quantos tenham sido os das cotizações em dívida.

Outras penalidades são impostas por outros motivos que não dizem respeito à obrigação de pagamento pontual das cotas. Não me referirei hoje a elas, por não interessarem para a escolha da posição económica que cada um tem de fazer, objectivo deste resumo.

# NUTRICINA



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

DELEGAÇÃO NO PORTO:  
R. Mártires da Liberdade 120

**LABORATÓRIOS JABA**  
R. Actor Taborda, 5 - LISBOA

DEPÓSITO EM COIMBRA:  
Avenida Navarro, 53

Também não aludo ao preceituado para os colegas que já pertenciam à Caixa, pois esses conhecem bem o mecanismo do seu funcionamento.

Seja-me lícito (sem pretensões a conselheiro) lembrar aos colegas a conveniência de cada um ponderar cuidadosamente o seu caso, antes do preenchimento do Boletim de Inscrição, que, como acentuei, há toda a vantagem em não deixar para tarde. O comentário a certas disposições, que a meu ver precisam de rectificação, ficará para depois.

Esquemáticamente, pode dizer-se que cada médico se encontra, no ponto de vista económico (que é o que interessa agora) numa das 3 seguintes situações: ou tem meios de fortuna que lhe asseguram a subsistência quando não trabalhem, ou o exercício profissional lhe dá proventos mais que bastantes para viver com largueza, ou os seus recursos são pequenos e não ganham ainda o suficiente para viver em relação com a sua posição social.

No primeiro caso, é evidente que os benefícios da Caixa pouco ou nada lhe interessam; e não será extranho supor que só nela se inscrevam por a isso serem obrigados.

No segundo caso, é evidente que a escolha da importância do valor dos futuros benefícios deve recair nos graus mais altos. Para quem pode dispender, sem sacrifício, uns centos de escudos por mês, e não tem meios de fortuna, não há, a meu ver, hesitação possível: as cotizações representam um seguro contra a invalidez por doença e por velhice, os dois grandes espectros para quem vive do seu trabalho.

No terceiro caso a cotização é um sacrifício necessário, que tem de ser cuidadosamente estudado, fazendo-se as contas da respectiva despesa mensal, adicionando à importância da cota os acrescentos que se mencionaram. Assim, por exemplo, um subsídio do 1.º grau, para colega com 30 anos de idade, cuja cota pura é de 37\$10, dispenderá mensalmente a quantia de 42 escudos, aproximadamente; no 2.º grau, por cota de 74\$20, a despesa andarà por 81 escudos; no 3.º grau, respectivamente 111\$30 e 121\$00.

\*

Eis, resumidamente, o que por agora interessa conhecer sobre a previdência médica. Se esta sùmula puder ser útil a alguns colegas, não terei perdido o tempo gasto em a escrever.

A. GARRETT.



## REGISTO DE LIVROS NOVOS

WALTER H. V. WISS — **Cuerpo y espíritu** (Trad. para espanhol por J. Gonzalez-Campo de Cos) — 160 pág. — Manuel Marín, Edit., Barcelona, 1947 (38 pesetas).

Ao contrário da corrente geral, que considera os órgãos dos sentidos e o sistema nervoso central como o verdadeiro domínio da psicofisiologia, o autor toma o todo orgânico como abstracto dos fenómenos anímicos, que considera regidos por leis semelhantes ás dos fenómenos da vida vegetativa. Estuda sucessivamente as relações existentes entre os dois aspectos da vida, no que toca à circulação, respiração, alimentação e digestão, funções excretoras, regulações vegetativas, motilidade, sistema nervoso central; tanto no campo da fisiologia como no da patologia. Remata com dois capitulos, dedicados ao problema do inconsciente e ao das forças impulsoras do psiquismo. Sente-se que o livro foi escrito não só com erudição mas com experiência clínica.

CH. GUILBERT & CH. FRAIN — **Sémiologie radiologique** — 200 pág., com 400 radiografias e esquemas — G. Doin, Edit., Paris, 1947 (980 fr.).

Destinado a estudantes, para lhes ensinar os elementos principais do diagnóstico radiológico, este livro, pela bem escolhida seriação dos assuntos e pelos exemplares radiográficos apresentados com seus esquemas elucidativos, torna-se um bom guia na clínica corrente; o texto é suficientemente instrutivo da semiótica radiológica das afecções mais vulgares, que todo o prático deve conhecer.

JOSÉ MARIA MASSONS — **Introduccion al estudio de la plasmoterapia** — 276 pág., com 15 fig. — Editorial Miguel Servet, Barcelona, 1947 (45 pesetas).

Desde a história da plasmoterapia, passando pela fisiopatologia ligada ao plasma sanguíneo, pela descrição e critica dos líquidos que tem sido empregados como substitutos do sangue, até ás indicações da medicação e à técnica respectiva, nenhum aspecto do problema, teórico ou prático, deixou de ser tratado neste livro, que, além de compendiar o que sobre o assunto foi escrito, traduz as opiniões do autor, largamente firmadas numa prática de muitos anos. Honra a medicina espanhola.

C. HURIEZ, A. GUIDOUX & R. DESAUSOY — **La part du toxique, du terrain et du microbe dans les accidents des chimiothérapies.** — 44 pág., com 31 fig. — Masson & C.<sup>e</sup>, Edit., Paris, 1947 (90 fr.).

Nesta valiosa monografia, os autores procuraram dar uma síntese de tudo o que se sabe sobre os accidentes da quimioterapia, tanto imediatos, como mediatos e tardios, definindo a parte que neles cabe ao terreno orgânico, ao medicamento e ao processo infeccioso. De tal estudo deduzem os procedimentos preventivos dos accidentes e a tática

terapêutica a adoptar quando aparecem. Tudo resumem num quadro sinóptico, que acompanha o volume.

GERMAN BLECHMANN — **Maladies des nourrissons et des enfants.** — 758 pág., G. Doin Edit., Paris, 1947. (1.035 fr.).

O livro é tão conhecido entre nós que dispensa referência larga. Esta é já a 5.<sup>a</sup> edição, e vem actualizada. Capítulos novos: neuro-psiquiatria infantil, penicilinoterapia. O que deu êxito á obra foi a clareza da exposição e a condensação dos conhecimentos de aplicação prática àquilo que é fundamental. Reflete as ideias e os processos da escola francesa de pediatria.

H. M. GATTEFOSSÉ — **Cosmétologie.** — 114 pág., 22 fig., Maloine Edit., Paris, 1947 (200 fr.).

Com o sub-título «Dermatologia estética», este livro ensina a preparação dos produtos destinados à pele, com noções de físico-química aplicada ao caso. Indispensável a quem queira dedicar-se a esse ramo industrial, a sua leitura é interessante para os dermatologistas.

## NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

**Curso de repetição e actualização de conhecimentos médicos.** — Promovido pelo Conselho Regional do Porto da Ordem dos Médicos está a realizar-se com grande êxito, este curso, com programa elaborado pela Faculdade de Medicina, que compreende 22 lições, sendo 18 a cargo de professores e 4 por médicos para tal convidados, e de 21 sessões práticas, por turnos, nas clínicas e laboratórios escolares. Simultaneamente, no Hospital Geral de Santo António, por médicos da Misericórdia, efectuam-se 12 conferências e 5 demonstrações práticas. O curso, que abriu no dia 27 terá o seu encerramento no dia 8 de Novembro, em sessão presidida pelo Sr. Subsecretário de Estado das Corporações e Previdência. Destinado especialmente aos médicos da província, foram concedidos a 40 de estes um subsídio de 1.200\$00, acrescido de custo das viagens. No próximo número daremos o comentário que merece esta feliz iniciativa.

**II Curso internacional de medicina e cirurgia de urgência.** — Conforme noticiamos, realizou-se este curso, solenemente inaugurado no dia 1. Nele falaram sobre muito variados assuntos, que abarcaram quase todos os ramos da clínica, 30 médicos estrangeiros e 19 portugueses. As sessões efectuaram-se em Lisboa, com excepção de duas, que se fizeram no Porto, no dia 11, uma no Hospital de Santo António e outra na Faculdade de Medicina; um almoço de confraternização, foi oferecido pelo Instituto para a Alta Cultura. Na sessão de encerramento foi resolvido que o curso passe a efectuar-se de dois em dois anos.

**Intercâmbio científico.** — O Prof. Arnaldo de Moraes, da Faculdade do Rio de Janeiro, fez na Maternidade de Júlio Diniz, do Porto, uma conferência sobre metropatia hemorrágica. No mesmo estabelecimento, o Dr. Claude Beclere falou sobre diagnóstico e terapêutica da esterilidade. O estomatologista suíço Dr. Artur Held fez no Hospital de S. José, em Lisboa, uma conferência sobre parodontose. No mesmo Hospital, deu 6 lições sobre cirurgia torácica o Prof. Edmundo de Vasconcelos, da Faculdade de Medicina de S. Paulo. No Hospital Esfefânia começou a série de conferências de Pediatria, tendo falado o especialista parisiense Dr. Jean Cathala sobre glomerulo-nefrites agudas, que também fez na Faculdade de Medicina outra conferência.

**Hospital da Misericórdia de Almada.** — Acaba de inaugurar-se solenemente o novo edificio deste hospital, dotado de todos os requisitos.

K O L A A S T I E R

GRIPE — CONVALESCENÇA — DESPORTOS

L Y X A N T H I N E

REUMATISMO — GÔTA — ARTRITISMO

C O L I T I Q U E

TODAS AS AFECÇÕES COLIBACILARES

S T A L Y S I N E

TODAS AS AFECÇÕES ESTAFILOCÓCICAS

P H I L E N T É R O L

TODAS AS AFECÇÕES INTESTINAIS

A R H É O L

BLENORRAGIAS — CISTITES — PIELITES  
COMPLETA O TRATAMENTO PELAS SULFAMIDAS

R I O D I N E

N É O - R I O D I N E

MEDICAÇÃO IODADA SEM IODISMO.  
VIA BUCAL OU INJECTÁVEL.

LABORATÓRIO DO DR. P. ASTIER

Literatura e amostras nos representantes

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — 240, Rua da Palma, 246 — Lisboa

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

**PARA ENTREGA IMEDIATA:**

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

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

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

Representação de especialidades farmacêuticas dos:

**Laboratórios da Farmácia Andrade — Lisboa**

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

**Laboratórios Lux — Coimbra**



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

Exposição e vendas:

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

Escritório e propaganda:

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

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

# PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXI — N.º 10

OUTUBRO DE 1947

## Estudo cistométrico do post-operatório

(Nota prévia)

por JOÃO COSTA

A fisiologia normal e patológica da bexiga têm merecido a atenção de numerosos investigadores que abordaram os diferentes problemas que lhe dizem respeito sob vários aspectos. Antes de, entrando no assunto desta nota, fazermos referência às nossas observações, julgamos indispensável uma recapitulação sumária da fisiologia normal da micção.

\*

Experiências realizadas no fim do último século por REHFISCH, MOSSO E PELLACANI mostraram que dentro de certos limites a pressão exercida pela parede vesical sobre o seu conteúdo sobe muito lentamente à medida que este aumenta, até que a distensão da referida parede atinge determinado grau. Nesta ocasião, o músculo vesical contrai-se mais activamente e o conteúdo da bexiga é expulso a alta pressão. Habitualmente, o esvaziamento da bexiga inicia-se quando a pressão intra-vesical atinge valores à roda de 15 a 18 cm. de água. REHFISCH verificou também que se mantém uma pressão elevada durante a micção.

Tanto o chamado esfíncter vesical interno, como o esfíncter membranoso, parecem, independentemente um do outro, e de modo involuntário, portanto sem que o indivíduo tenha disso consciência, bastar para a normal retenção de urina na bexiga. Todos nós sabemos que cisto-uretrogramas feitos após enucleação supra-pública ou ressecção transuretral da próstata mostram que o colo da bexiga se encontra aberto, assim como a porção imediatamente inferior da uretra prostática, até aos limites do esfíncter membranoso, em indivíduos perfeitamente continentes. H. H. YOUNG mostrou que o esfíncter membranoso ou externo é por si só capaz de reter a urina na bexiga, por meio dum aparelho que imaginou, com o qual abria

\* (30)



o colo da bexiga. REHFISCH demonstrou, por outro lado, que o esfíncter interno também é capaz de manter um indivíduo continente, por meio duma sonda com a qual mantinha aberto o esfíncter externo.

Alguns investigadores admitem que a micção seria iniciada por uma contracção espontânea da bexiga, capaz de causar a passagem de algumas gotas de urina para a uretra posterior, o que provocaria o reflexo da micção, com a consequente realização do acto. Porém, GOLTZ e BARRINGTON demonstraram que a instilação ou distensão da uretra posterior não tinha, no homem, apreciável efeito no aparecimento da vontade de urinar ou no início da micção.

A maioria dos autores nega a possibilidade do controle directo da vontade sobre a musculatura lisa da bexiga e do chamado esfíncter interno. Outros admitem que impulsos aferentes provenientes do esfíncter externo exercem um controle reflexo da bexiga, e assim seria indirectamente que o esforço volicional da micção afectaria a bexiga. DENNY-BROWN mostrou claramente que a adaptação da parede vesical ao seu conteúdo é inconsciente, até este atingir um certo volume, passando então a inibição da reacção vesical a ser controlada pela vontade.

Quando um indivíduo faz um esforço para urinar, desenvolvem-se ondas potentes de contracção da parede vesical. Se bem que não seja factor essencial, o relaxamento dos músculos periniais está intimamente associado ao início voluntário da micção. A contracção dos músculos da parede abdominal, diafragma, etc, apenas desempenha papel secundário e dispensável.

DENNY-BROWN verificou também o curioso fenómeno de que quando um indivíduo coíbe pela vontade o desejo de urinar, diminuem o ritmo e amplitude das contracções do músculo vesical. O esfíncter interno, ainda segundo o referido investigador, não é comandado pela vontade; os seus movimentos de abertura e oclusão dependem inteiramente da actividade da musculatura vesical: abre-se quando as contracções desta última atingem um certo limiar. O esfíncter externo provavelmente só se abre depois de ter acontecido idêntico fenómeno ao esfíncter interno, voltando a fechar-se antes da oclusão deste último, no fim da micção.

A opinião mais aceite actualmente é que a micção é o resultado de uma resposta, de natureza reflexa, das fibras do músculo vesical à distensão do mesmo. Supõe-se que o controle voluntário da micção está sujeito às variações da inibição voluntária subconsciente, devida a impulsos inibidores de origem cerebral que vão actuar nas sinapses centrais do arco reflexo que se dá através dos cornos anteriores da porção sagrada da medula espinal.

Quanto ao mecanismo da abertura do chamado esfíncter externo, YOUNG considera-o não como um fenómeno de inibição, mas como um fenómeno activo, devido à contracção voluntária do músculo trigonal. Os feixes musculares da região trigonal tendem a tornar-se rectilíneos, quando se contraem, resultando deste fenómeno o repuxamento para baixo da porção posterior do esfíncter interno que devido a isto se abre. Poderá fundamentar esta hipótese a existência de fibras musculares estriadas na região trigonal, tais como foram descritas por E. D. McCREA?

Na inervação da bexiga e respectivo aparelho esfincteriano intervêm três grupos de nervos. Destes, dois pertencem ao sistema nervoso vegetativo; o terceiro, constituído pelos nervos vergonhosos ou pudendos internos, pertence ao sistema somático, e tem a sua origem nos segmentos medulares sagrados. Dos dois grupos provenientes do sistema nervoso autónomo, um é de origem tóraco-lombar e é constituído pelas fibras simpáticas que atingem o plexo hipogástrico inferior ou pélvico, pelos nervos hipogástricos; o outro grupo é constituído por troncos nervosos, em número variável, provenientes da segunda, terceira e quarta raízes sagradas, ou do plexo vergonhoso. Estes troncos que constituem o chamado parasimpático pélvico, juntam-se aos nervos hipogástricos, para constituírem o plexo hipogástrico inferior ou pélvico, o qual também recebe fibras do simpático látero-sagrado. E' do plexo hipogástrico inferior que provém a inervação vesical. Esta é a descrição clássica.

À luz dos conhecimentos modernos, parece-nos demasiadamente esquemática e simplista a separação, tanto anatómica como fisiológica, do simpático e parasimpático. Na realidade já hoje se admite com certo custo a inervação antagonista da bexiga por nervos simpáticos e parasimpáticos. Experimentalmente, esse antagonismo parece existir. Assim, vários investigadores, como por exemplo LEARMONTH, verificaram no homem, que a excitação farádica do nervo prè-sagrado provoca a oclusão dos orifícios ureterais e vesical, contracção do trígono, contracção do esfíncter interno, contracção da musculatura prostática, dos canais ejaculadores e vesículas seminais, anemia do trígono por vaso-constricção, sensação de dôr vesical; o simpático parece ter acção inibidora sobre a musculatura vesical. A excitação dos ramos parasimpáticos teria efeitos opostos.

A verdade, porém, é que o mecanismo normal, fisiológico, sem correntes farádicas, da musculatura vesical e respectivos esfincteres, é bastante mais complicado do que aquilo que se verifica experimentalmente. Por exemplo, o esfíncter interno é capaz de contrair-se, ou melhor, manter-se contraído, enquanto o esfíncter externo se relaxa, durante a ejaculação, como faz notar MACAL-

PINE. Este autor cita dois doentes cujos esfíncteres externos se encontravam paralisados e que apesar disso tinham completo controle voluntário por meio dos seus esfíncteres internos, músculos inervados pelo sistema nervoso autónomo.

Actualmente, tende a pensar-se que a inervação simpática da bexiga pouco tem que ver com o funcionamento da mesma. Possivelmente, desempenha papel importante na vascularização deste órgão, e na condução da dor e sensação de temperatura. O principal papel no mecanismo da micção parece caber à inervação parasimpática, que também tem fibras sensitivas ou aferentes. O papel desempenhado pelo nervo vergonhoso ou pudendo interno na micção é ainda mal conhecido.

Não parece que impulsos nervosos provenientes do cortex cerebral iniciem directamente a contracção do músculo vesical.

Quando um indivíduo, com a bexiga distendida, tenta coibir a micção, o centro reflexo desta última, situado na medula sagrada, recebe impulsos inibidores cerebrais, primeiro inconscientes ou semi-conscientes, perfeitamente conscientes quando a pressão intra-vesical atinge determinado grau, sendo necessário por vezes fazer entrar em acção o esfíncter externo e os músculos perineais. Esta inibição provoca como vimos, relaxamento da musculatura vesical.

\*

Uma das formas como tem sido tentado o estudo do funcionamento normal e patológico da bexiga, consiste na observação das variações de pressão intra-vesical, em relação com o volume de líquido contido pelo órgão, e outros dados a que faremos referência. Já em 1882, MOSSO e PELLACANI descreveram algumas experiências deste tipo, usando o cilindro de MAREY, para registo em papel coberto de negro de fumo. Há 14 anos foi publicado por DENNY-BROWN e ROBERTSON o trabalho a que já nos referimos mais que uma vez, e que é certamente um dos mais notáveis neste género de investigação. Contudo, a aparelhagem usada por DENNY-BROWN e ROBERTSON é excessivamente complicada para poder ser usada como método clínico de rotina. Nos últimos anos apareceram no mercado vários tipos de cistómetros clínicos, como o de LEWIS e ROSE, etc., que permitem a inscrição contínua, mas que têm o inconveniente de serem pouco sensíveis às variações de pressão, visto que são construídos com manómetros de mercúrio. Noutros modelos tem sido usados manómetros aneroides. Parece-nos que o meio mais simples de proceder a estudos cistométricos consiste no uso do cistómetro de água, como o de MUNRO; foi o que utilizamos.



Damos a seguir um cistometrograma normal, para descrição da sua técnica e elementos a colher. Este gráfico foi obtido no doente A. N. P., de 34 anos de idade, de que voltaremos a falar (Fig. 1):

Sensação . . . . .	normal
1.º desejo de urinar . . . . .	aos 200 c. c.
Capacidade . . . . .	500 c. c.
Curva de pressão . . . . .	1-12
Pressão voluntária máxima . . . . .	80
Contrações não inibidas . . . . .	o
Início da micção . . . . .	normal

Durante o estudo cistométrico, obtemos um gráfico que nos traduz as variações de pressão intra-vesical. Este estudo só é feito depois do exame completo do doente, em que prestamos, naturalmente, maior atenção ao aparelho génito-urinário. Pedimos ao doente que urine e observamos como é iniciada a micção. Um indivíduo normal iniciará a micção sem esforço, e manterá o jacto com certa pressão, até que a bexiga se esvazie completamente, sem necessidade de fazer entrar em acção a musculatura abdominal acessória. O doente deita-se depois confortavelmente. A seguir é preparado para sondagem, nas habituais condições de assepsia. Introduzimos depois uma sonda uretral N.º 18 F e verificamos se existe urina residual a qual, no caso afirmativo, é medida. Seguidamente, ligamos a sonda ao cistómetro de antemão preparado e nivelado em relação ao doente, e iniciamos as medições. Deixamos correr a água para a bexiga gota a gota e interrompemos a corrente a cada 50 cc., para permitir a leitura da pressão, leitura que só é feita após alguns segundos, tempo necessário para a adaptação da bexiga ao seu conteúdo. Registamos o volume de líquido introduzido na bexiga que corresponde ao aparecimento do primeiro desejo de urinar, o que habitualmente acontece aos 100 a 200 cc. Tomamos nota das sensações vesicais de plenitude, temperatura da água (usamos geralmente água à temperatura ambiente), etc. A capacidade da bexiga normal anda à volta de 350 a 500 cc. A curva de pressão intra-vesical eleva-se, normalmente, de 8 a 15 cm. de água. A pressão voluntária máxima é, no estado normal, superior a 70 ou 80 cm. de água; nesta intervêm os músculos da parede abdominal e determina-se pedindo ao doente que faça um esforço máximo para urinar. Quanto às contrações não inibidas, estas não se dão na bexiga normal; o seu aparecimento traduz perda da inibição cerebral sobre a actividade reflexa do músculo vesical.

\*

Dada esta breve explicação prévia, vamos mostrar e analisar alguns gráficos que obtivemos em doentes operados no Serviço

de Cirurgia do Prof. Sousa Pereira, no Hospital de Santo António, antes e depois das intervenções cirúrgicas.

1 — A. N. P., de 34 anos de idade, casado, jornalista. O doente era portador duma hérnia inguinal esquerda. Bom estado geral. Herniotomia direita seis anos antes da actual hospitalização; teve então retenção urinária post-operatória que obrigou a sondagens. Operação nasal há 10 anos. História da família e restante exame físico negativos. Negou doenças venéreas. Exame rectal negativo. T. A. 115/65 (Tycos). Urina e sangue normais. Wassermann negativa.

A curva cistométrica que obtivemos antes da intervenção foi a que acima nos serviu como exemplo dum gráfico normal.

Medicação pré-operatória: brom-hioscin 1 cc (cloridrato de morfina 0,01 g., sulfato de esparteína 0,02 g., brometo de escopolamina 0,0002 g.), meia hora antes da herniotomia que foi realizada às 13 horas e sob anestesia local. Às 15 horas, injeção de 0,01 g. de cloridrato de morfina. Às 18 horas e 30, isto é, cinco horas e meia depois da operação e três horas e meia após a injeção de morfina, obtivemos o seguinte cistometrograma (Fig. 2):

Sensação . . . . .	normal
1.º desejo de micção . . . . .	200 c.c.
Capacidade . . . . .	450 c.c.
Curva de pressão . . . . .	1-14
Contrações não inibidas . . . . .	0
Residual . . . . .	780

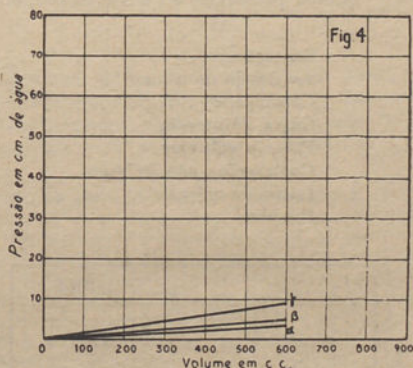
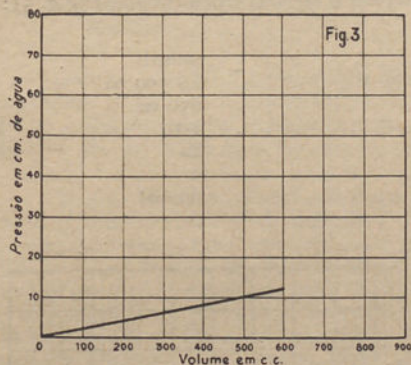
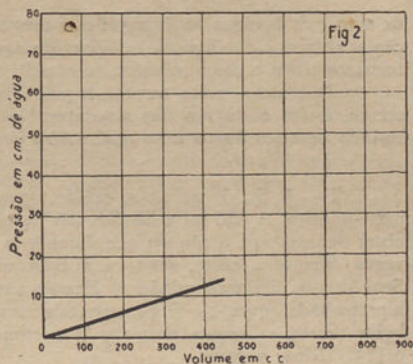
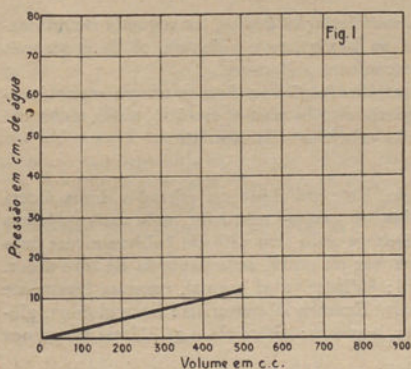
Quando obtivemos este gráfico, o doente, ainda sob acção da morfina, não sentia qualquer desejo de urinar.

Até às nove horas da manhã seguinte, isto é, quinze horas depois da última determinação, o doente não urinou, nem sentiu desejo de o fazer. Instado para que urinasse, nada conseguiu. Após sondagem, retiramos da bexiga 350 c.c. de urina. Obtivemos depois o seguinte cistometrograma (Fig. 3):

Sensação . . . . .	diminuída e alterada
1.º desejo . . . . .	inapreciável
Capacidade . . . . .	600 →
Curva de pressão . . . . .	1-12
Pressão vol. máx. . . . .	27 (prejudicada pelas dores da incisão operatória)
Contrações não inibidas . . . . .	0
Residual . . . . .	350 c.c.

Em relação às duas determinações anteriores, notamos diminuição e alteração da sensibilidade vesical à pressão, notável atraso no aparecimento do primeiro desejo de urinar, aliás duvidoso, aumento da capacidade, considerável resíduo. Após a introdução de 600 c.c. de água na bexiga, o doente teve uma vaga sensação de desconforto abdominal, mas não verdadeiro desejo de urinar.

Demos ordem ao pessoal de enfermagem para que o doente não fosse novamente algaliado, a não ser que sentisse manifesto desconforto, o que realmente não aconteceu neste segundo dia post-operatório. Causou-nos admiração o facto de, ao entrarmos na enfermaria, no dia seguinte, nos ter sido comunicado que o doente não urinara nem fora algaliado desde a véspera, porque não sentira grande desconforto. Não era realmente nossa intenção ter permitido um tão longo período sem sondagem ou outro tratamento da



sua retenção urinária. Quando instamos com o doente que urinasse, este não só não o conseguiu, como nos confirmou o facto de que não sentia grande desejo de o fazer. Apenas se queixava da sensação de leve desconforto abdominal, semelhante ao que sentira no dia anterior, quando obtivemos o gráfico n.º 3. Imediatamente sondamos o doente e retiramos da bexiga 900 c.c. de urina.

Obtivemos então o cistometrograma (Fig. 4) com os seguintes dados:

Sensação . . . . .	diminuída e alterada
1.º desejo de urinar . . . . .	inapreciável
Capacidade . . . . .	não distendemos a bexiga
Curva de pressão . . . . .	1-3,5 aos 600 c.c.
Pressão vol. máx. . . . .	36
Contractões não inibidas . . . . .	0
Residual . . . . .	900 c.c.

Fizemos a seguir um bloqueio bilateral da cadeia simpática lombar, ao nível de L1, injectando 20 c.c. de solução de novocaina a 1% em cada lado. Obtivemos passados 10 e 35 minutos, respectivamente, as curvas  $\beta$  e  $\gamma$  do gráfico n.º 4. Em ambas as determinações, introduzimos na bexiga 600 c.c. de água. Verificamos que, dez minutos depois do bloqueio do simpático lombar, a curva de pressão subiu de 1-5; aos trinta e cinco minutos, foi de 1-9. Na primeira determinação, teve o doente leve sensação de desconforto abdominal, que consideramos como primeiro desejo de urinar, depois da introdução

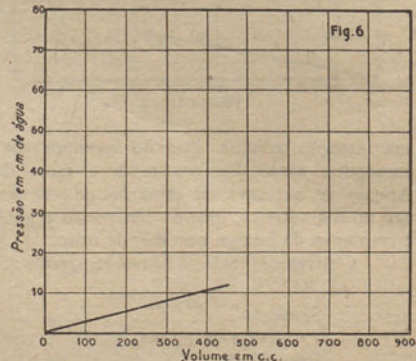
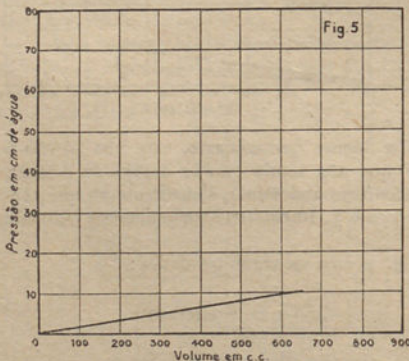
de 250 c.c. de água na bexiga; essa mesma manifestação deu-se, na segunda determinação, aos 200 c.c.. Com os 600 c.c. de água na bexiga, teve o doente, na determinação feita aos trinta e cinco minutos, acentuado desconforto abdominal.

Durante a noite que se seguiu a estas observações, o doente urinou espontaneamente, assim como nos dias seguintes. No quarto dia do post-operatório, ainda tinha um resíduo de cerca de 50 cc, o qual porém já não existia no dia seguinte.

**2** — J. S., de 46 anos, casado, operário. Este indivíduo era portador duma úlcera juxta-pilórica. A não ser a história das perturbações gastro-intestinais, nada mais pudemos obter de interesse, a não ser que durante os últimos anos tem urinado habitualmente duas vezes durante a noite, sendo a micção, uma vez ou outra, acompanhada de leve ardor. Sem outros sintomas urinários. Exame rectal: esfíncter anal normal, prostata levemente hipertrofiada (grau 1). Órgãos genitais normais. Exames laboratoriais: hemoglobina, glóbulos rubros e brancos normais, Wassermann negativa; Glicemia 0,7. 8 Ureia sanguínea 0,415. Urina: normal.

Como preliminar ao nosso estudo, obtivemos o seguinte cistometrograma (Fig. 5):

Sensação . . . . .	normal
1.º desejo de urinar . . . . .	aos 300 cc.
Capacidade . . . . .	650 cc.
Curva de pressão . . . . .	1-10
Pressão vol. máx . . . . .	80
Contracções não inibidas . . . . .	0
Início da micção . . . . .	normal
Residual . . . . .	0



Neste caso notamos uma maior capacidade vesical do que a normal, assim como o primeiro desejo de urinar aos 300 cc, o que está provavelmente em relação com a leve hipertrofia da prostata a que nos referimos. O exame cisto-uretroscópico que fizemos, com o penoscópio de MAC-CARTHY, revelou-nos um certo grau de prociência dos lobos laterais. Trata-se porém duma bexiga perfeitamente compensada, como podemos concluir da ausência de urina residual e infecção vesical.

Em 10 de Março de 1947 fizemos o bloqueio bilateral da cadeia simpática lombar, ao nível de LI, com novocaína a 1%. Injectamos 20 cc em cada lado. O bloqueio foi seguido da habitual vaso-dilatação dos membros inferiores e porção inferior da parede abdominal, manifestada pela sensação de calor intenso que o doente nos referiu.

Os cistometrogramas que obtivemos 20, 45 e 60 minutos depois do bloqueio a que nos referimos, são perfeitamente identicos ao da figura 5, pelo que não os reproduzimos.

Neste caso, portanto, o bloqueio das cadeias simpáticas lombares, ao nível de LI, não produziu qualquer modificação no tonus da musculatura vesical, o qual era sensivelmente normal.

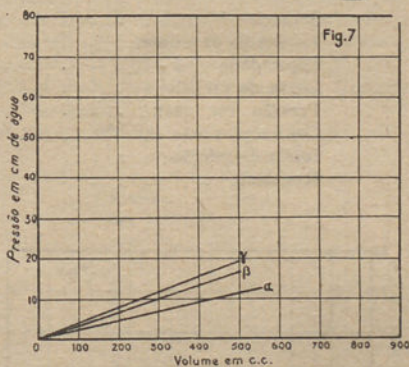
Em 23 de Abril passado, foi o doente sujeito a uma gastro-enterostomia, às 12 horas. A medicação pre-operatória consistiu na administração de 0,50 g. de hidrato de cloral por via rectal e 1 cc de *brom-hioscim* por via subcutânea. As 18 horas desse mesmo dia, quatro horas depois de terminada a intervenção cirúrgica que foi feita sob anestesia local com novocaína, procedemos a nova determinação cistométrica. Nesta ocasião o doente não sentia qualquer desejo de urinar. Após a sondagem, retirámos da bexiga 100 cc de urina. Obtivemos os seguintes dados (Fig. 6):

Sensação . . . . .	normal
1.º desejo de urinar . . . . .	aos 150 cc
Capacidade . . . . .	450 cc
Curva de pressão . . . . .	1-12,5
Contrações não inibidas . . . . .	0
Residual . . . . .	100?

Durante a noite e dia seguintes, o doente urinou normalmente, conservando porém um resíduo de 50 cc aproximadamente. A partir do terceiro dia do post-operatório, deixou de ter o doente qualquer retenção de urina. Devemos ainda registar que, às 21 horas do dia em que foi realizada a intervenção, foi administrado ao doente 1 cc de pantopon.

**3** — A. M. C. A., de 21 anos, empregado de escritório. Foi hospitalizado por ser portador duma úlcera da perna esquerda, consecutiva a uma tromboflebite. As artérias de perna também se encontravam obliteradas, como se verificou pelo traçado oscilométrico e por uma arteriografia feita em 15 de Março de 1947. Sem sintomas urinários. Negou doenças venéreas. Enurético até aos dez anos. Broncopneumonia em criança. Outros antecedentes pessoais e de família sem interesse. Órgãos genitais normais. Exame rectal negativo. Exames de urina e reacção de Wassermann negativos. Hemoglobina, glóbulos brancos e rubros, glicose e ureia sanguíneas dentro de limites normais.

Obtivemos em 14 de Abril os seguintes dados cistométricos (Fig. 7a):



Sensação . . . . .	normal
1.º desejo de urinar . . . . .	aos 150 cc
Capacidade . . . . .	550 cc
Curva de pressão . . . . .	1-12,5
Pressão vol. máx . . . . .	75
Contrações não inibidas . . . . .	0
Início da micção . . . . .	normal
Residual . . . . .	0

Injectámos neste doente 1 cc de *brom-hioscim*. Passadas duas horas, procedemos a nova determinação cistométrica; obtivemos resultados idênticos aos acima descritos.

Em 29 do mesmo mês de Abril, fez o prof. Sousa Pereira uma ressecção do

segundo e terceiro gânglios lombares esquerdos e respectivos ramos comunicantes. Medicação pre-operatória: 1 cc de *brom-hioscin*, às 12 horas. A intervenção terminou às 14 horas. O doente urinou espontaneamente às 17 horas e 45 minutos. Nesta mesma ocasião, obtivemos os seguintes elementos, após nova determinação cistométrica (Fig. 7  $\beta$ ):

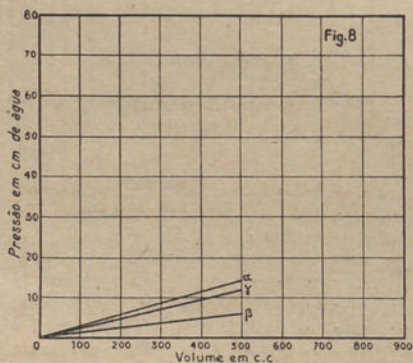
Sensação . . . . .	normal
1.º desejo de urinar . . . . .	aos 100 cc.
Capacidade . . . . .	500 cc.
Curva de pressão . . . . .	I-17
Início da micção. . . . .	normal
Residual . . . . .	0

No dia seguinte, procedemos a nova determinação e obtivemos dados semelhantes aos anteriores, apenas com a diferença de que a curva de pressão foi de I-19, aos 500 cc. (Fig. 7  $\gamma$ ). Devemos registar o facto de que estas duas determinações não foram feitas em condições óptimas, porque o doente não conseguiu relaxar completamente os músculos do tronco, devido às dores provenientes da incisão operatória. Não houve retenção urinária. O estudo cistométrico feito 7 dias depois da operação, deu resultados semelhantes aos da determinação pre-operatória.

4 — A. T., 46 anos, moço de lavoura. Internado com sintomas de úlcera gástrica, confirmada radiologicamente; estenose pilórica. Sem sintomas urinários. Negou doenças venéreas. Antecedentes pessoais e de família sem interesse. Bom estado geral. Órgãos genitais normais. Exame rectal negativo. Exames de sangue e urina negativos.

A determinação cistométrica deu-nos o seguinte resultado (Fig. 8  $\alpha$ ):

Sensação . . . . .	normal
1.º desejo de urinar . . . . .	aos 375 cc?
Capacidade . . . . .	500 cc.
Curva de pressão . . . . .	I-14
Pressão vol. max. . . . .	75
Contrações não inibidas . . . . .	0
Início da micção . . . . .	impossível de verificar
Residual. . . . .	0



O doente não pôde dizer-nos com grande exactidão o momento em que começou a sentir desejo de urinar, razão pela qual não podemos atribuir ao valor acima mencionado grande importância. De resto, o cistometrograma é normal.

Após infiltração dos esplâncnicos com 20 cc. de novocaína a 1% injectados em cada lado, procedemos a duas determinações cistométricas, passados 15 e 30 minutos. Não notamos qualquer modificação em relação à primeira determinação.

Em 29 de Março de 1947, após preparação pre-anestésica com hidrato de cloral, por via rectal, na dose de 0,50 g., e 1 cc. de *brom-hioscin*, foi o doente submetido a intervenção cirúrgica que consistiu numa gastro-entero-anastomose trans-mesocólica posterior, sob anestesia local, com novocaína. À noite foi administrado ao doente 1 cc. de pantopon. Até às 15 horas do dia seguinte, isto é, nas 24 horas que se seguiram à operação, foi o doente algaliado

duas vezes, por ter entrado em retenção urinária. Nesta ocasião, procedemos a novo estudo cistométrico, com o seguinte resultado (Fig. 8  $\beta$ ):

Sensação . . . . .	normal
1.º desejo de urinar . . . . .	aos 150 cc
Capacidade . . . . .	500
Curva de pressão . . . . .	1-7
Contrações não inibidas . . . . .	0
Residual . . . . .	200 cc.

O doente fez-nos notar que sempre teve dificuldade em urinar enquanto deitado e especialmente diante de outras pessoas. Depois da operação sentiu forte desejo de urinar, mas foi incapaz de realizar o acto da micção. Durante a noite seguinte, o doente urinou espontaneamente, se bem que com certa dificuldade. No segundo dia post-operatório, pela manhã, foi feito ao doente um bloqueio bilateral dos esplâncnicos, a-fim de o aliviar da sensação de opressão pre-cordial que então sentiu, com o que se obtiveram resultados imediatos. Umhas horas mais tarde verificamos que o tonus vesical era normal (Fig. 8  $\gamma$ ); havia apenas 15 cc de urina residual. A partir do quarto dia, tudo voltou à normalidade, tendo o doente deixado de reter urina.

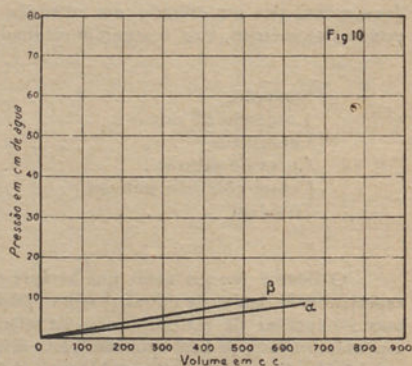
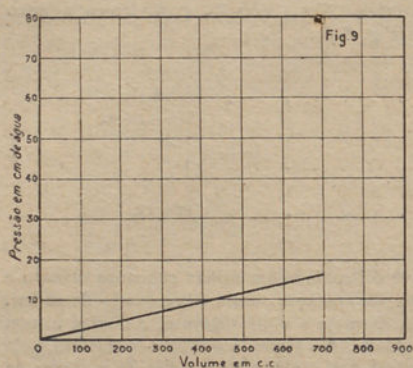
**5**—A. F., 23 anos solteiro, internado com sintomas de úlcera gástrica. O exame radiológico revelou uma úlcera juxta-pilórica, acompanhada de estenose pilórica. Este indivíduo, tal como o último de que falámos, também nos disse que nunca foi capaz de urinar na posição de deitado ou deante de outras pessoas. Quando na enfermaria se servia do bacio para urinar, durante a noite, escondia-se o mais que podia entre duas camas. Negou doenças venéreas e sintomas urinários. História anterior e de família sem interesse. O exame dos aparelhos urinários e genital nada revelou digno de registo. Hemoglobina, glóbulos rubros e brancos, e fórmula leucocitária normais. Wassermann negativa. Ureia e glicose sanguíneas dentro de limites normais. Urina normal.

Em 8 de Maio de 1947 obtivemos os seguintes dados cistométricos (Fig. 9):

Sensação . . . . .	normal
1.º desejo de urinar . . . . .	aos 100 c.c.
Capacidade . . . . .	700 c.c.
Curva de pressão . . . . .	1-17
Pressão vol. máx . . . . .	80
Contrações não inibidas . . . . .	0
Início da micção . . . . .	impossível de verificar
Residual . . . . .	0

De anormal, verificamos a existência de uma capacidade de 700 c.c. Ficamos com a impressão de que o doente procurou inibir o reflexo da micção exageradamente. De resto, todos os outros elementos do cistometrograma são normais.

Em 9 de Maio de 1947, recebeu o doente por via rectal 0,50 gr. de hidrato de cloral, às 11 horas e trinta minutos, e 1 c. c. de *brom-hioscin*, por via subcutânea, às 12 horas. A intervenção cirúrgica (gastro-enterostomia), feita sob anestesia local com novocaína, terminou às 14 horas. A partir das 23 horas desse mesmo dia, começou a sentir desejo de urinar, que aumentou progressivamente. O doente foi porém incapaz de urinar espontaneamente e teve de ser algaliado durante a noite. Às nove horas da manhã seguinte procedemos a novo estudo cistométrico. Mais uma vez foi o doente incapaz de urinar espontaneamente. Retiramos da bexiga 200 c.c. de urina. Obtivemos os seguintes dados (Fig. 10):



Sensação . . . . .	normal
1.º desejo de urinar . . . . .	aos 150 c.c.
Capacidade . . . . .	650 c.c.
Curva de pressão . . . . .	I-9
Contrações não inibidas . . . . .	0
Residual . . . . .	200 c.c.

O valor da curva de pressão está dentro de limites normais; em relação à primeira determinação houve, porém, diminuição do tonus da parede vesical.

Meia hora depois de termos injectado subcutaneamente neste individuo 2 c.c. de *prostigmine* (0,001 gr.), obtivemos a curva indicada na Fig. 10  $\beta$ , isto é, houve um leve aumento do tonus e redução da capacidade. Às 18 horas desse mesmo dia, estava novamente o doente com desejo de urinar. Procuramos calmá-lo e fizemos-lhe ver o inconveniente das algalias repetidas. Nesta mesma ocasião, de novo lhe injectamos 2 c.c. de *prostigmine*. Passados 45 minutos, o desejo de urinar aumentou a tal ponto, que o doente urinou espontaneamente. A partir de então, não foram necessárias novas sondagens. No terceiro dia do período post-operatório verificamos que não havia urina residual.

\*

Tem-se atribuído a retenção vesical post-operatória a vários factores, tais como o tipo da intervenção cirúrgica e a região em que esta é realizada, a anestesia, factores psíquicos, medicação post-operatória, posição na cama, dificuldade ou impossibilidade de contrair os músculos abdominais ou deprimir o períneo anterior.

CARNEIRO DE MOURA verificou que as intervenções cirúrgicas realizadas na vizinhança da bexiga, como as operações perineais, anais, rectais, ginecológicas, etc., levam em maior percentagem à retenção vesical post-operatória (15,7 %) o que está do acordo com os dados publicados por outros investigadores. Aquele mesmo autor pensa que a maior percentagem de retenções vesicais post-operatórias que se seguem à raqui-anestesia, é devida ao facto de que é precisamente a anestesia mais vezes usada exactamente naquele grupo de operações, a que acima nos referimos, ao qual



se segue maior número de retenções. Outros autores atribuem a retenção vesical à acção directa do anestésico sobre o sistema nervoso central. MCLELLAN, durante a anestesia espinhal, verificou que a pressão intra-vesical é muito elevada, por causa do estado tónico do músculo vesical que se encontra em condições idênticas às provocadas pela destruição do segmento sagrado da medula; o arco reflexo deixa de dar-se; todas as sensações são abolidas, assim como a actividade reflexa. Durante a anestesia geral por inalação, o mesmo autor verificou igualmente um aumento do tonus e perda do controle supra-nuclear sobre o reflexo vesical que neste caso, como é óbvio, não está suprimido. Uma vez desaparecido o efeito do anestésico, tudo volta ao estado anterior.

Certos autores têm atribuído, como dissemos, certo papel na retenção vesical post-operatória, à medicação analgésica, factores psíquicos, etc.

\*

Vamos analisar e comentar os dados cistométricos que obtivemos nos nossos doentes.

No primeiro caso houve acentuada hipotonia vesical durante os dois dias que se seguiram à intervenção cirúrgica, hipotonia que, como vimos, ainda não existia cinco horas e meia depois de terminada aquela. Não nos parece que possa invocar-se neste caso, para explicação da sua hipotonia vesical, o factor anestesia, o que de resto se aplica a todos os casos descritos, em que as intervenções foram realizadas sob anestesia local. Igualmente não nos parece que a medicação anti-álgica pre e post-operatória seja o factor determinante do referido fenómeno. Assim o demonstra o cistometrograma N.º 2, obtido sete e três horas, respectivamente, após a injeção de 1 cc. de *bromi-hioscin* e 1 cc. de cloreto de morfina. No caso N.º 2, de resto, a medicação pre-operatória foi mais intensa, pois além de 1 cc. de *bromi-hioscin*, recebeu o doente por via rectal 0,50 g. de hidrato de cloral; apesar disso, não só o cistometrograma feito quatro horas depois da intervenção cirúrgica mostra um tono vesical normal (o que aliás sucedeu no primeiro doente, como vimos), como não houve retenção urinária acentuada: notamos apenas um resíduo de 50 cc. que desapareceu em pouco tempo. Como verificámos no caso N.º 3, o cistometrograma obtido duas horas após a injeção subcutânea de 1 cc. de *bromi-hioscin* era perfeitamente idêntico ao que obtivemos antes.

Dois factos nos parecem interessantes, passados neste primeiro caso a que nos estamos a referir. Por um lado, a acentuada diminuição do tonus da musculatura vesical, acompanhada de aumento da capacidade, e alteração da sensibilidade. A distensão da bexiga

apenas provocava no doente um vago desconforto abdominal, mas não vontade de urinar. Trata-se de um fenómeno cuja explicação não nos parece fácil. Talvez a hipotonia vesical que neste doente se associou à hipotonia intestinal, tivesse sido uma manifestação de choque operatório ou o resultado de manipulações no peritoneu. Este é um aspecto do problema que mais tarde tencionamos esclarecer experimentalmente.

Não nos parece que outras causas, como inibição psíquica, dificuldade de actuação da musculatura da parede abdominal, posição horizontal, etc., possam invocar-se neste caso. Nos casos N.ºs 4 e 5, a inibição psíquica foi manifesta e contudo não observamos tão acentuada hipotonia vesical. Poderá argumentar-se que a distensão exagerada leva à hipotonia, mas isto não nos explica a profunda alteração e diminuição da sensibilidade. Pelo contrário, parece-nos que a hipotonia, acompanhada das referidas perturbações da sensibilidade, é que levou à distensão, sem que o doente tivesse disso consciência. De resto, no caso N.º 5, em que houve retenção, essa mesma distensão, se bem que menos acentuada, não provocou grande diminuição do tonus (cistometrograma N.º 10 a).

O outro fenómeno para o qual desejamos chamar a atenção é para o notável aumento do tonus que verificamos após o bloqueio bilateral da cadeia simpática ao nível de LI. Semelhante bloqueio feito no caso N.º 4 não produziu qualquer modificação na curva cistométrica que era normal. Isto quer dizer que a supressão de parte da inervação simpática vesical, por acção da novocaína, foi capaz de provocar um aumento do tonus, quando este estava diminuído, mas não teve qualquer influência no mesmo quando normal. É um fenómeno idêntico ao que tem sido observado noutras vísceras, como o estômago, vesícula biliar, etc. É muito provável que o mecanismo de tal fenómeno tenha consistido num aumento da circulação sanguínea da parede vesical, com a consequente recuperação do tonus e da sensibilidade.

No caso N.º 3, notamos, como dissemos, uma subida da curva de pressão no mesmo dia e no seguinte àquele em que o Prof. SOUSA PEREIRA ressecou o segundo e terceiro gânglios simpáticos lombares esquerdos e respectivo ramo de comunicação. Destas observações não podemos tirar quaisquer conclusões, porque foram feitas em más condições, pelo estado em que se encontrava o doente, como notamos na devida altura.

No caso N.º 5 obtivemos, como vimos, aumento do tono vesical após a injeccção subcutânea de 2 cc. de *prostigmine*. Esta droga tem sido largamente usada no tratamento da retenção vesical post-operatória. A sua acção, como se sabe, é a de excitante vagal ou parasimpática. Igualmente, tem sido usadas outras drogas com o mesmo fim, como o *doryl*, *mecholyl*, etc., as quais nem sempre são

inócuas. Tais drogas provocam o aparecimento de suores, salivação, diminuição da tensão arterial, micção involuntária por vezes. WOODRUFF refere um caso de morte e acidentes graves em dois operados, consecutivos à injeção de *mecholyl*.

Das drogas mencionadas, a *prostigmine* parece ser a mais bem tolerada. Temo-la usada largamente, na atonia vesical e intestinal, na preparação de doentes para pielografias, etc., sem incidentes de maior.

Variadíssimos têm sido os tratamentos usados na retenção vesical post-operatória, desde aqueles em que o lado psíquico desempenha certo papel, como o som da água corrente, saco de água quente no epigastro, água quente na arrastadeira, irrigações quentes no períneo, lavagens rectais, mudança de posição na cama, etc., até à administração de drogas de efeito mais ou menos duvidoso, como o acetato de potássio e o cloreto de amónio «per os». Alguns tem usado instilações vesicais de soluções irritantes, como a glicerina boricada a 2 0/0, afim de excitar a musculatura vesical. WOODRUFF e TE LINDE usaram a instilação vesical de 30 cc. de solução aquosa de mercurocromo a 0,5 0/0, no fim da operação, por vezes associada à administração, por via rectal, de 1.000 cc. da solução de bicarbonato de sódio a 2 0/0, com 60 cc. de vaselina líquida. O mercurocromo parece também actuar como irritante da mucosa vesical.

Concordamos com CURTIS quando afirma que a maneira mais prática e simples de tratar a retenção vesical post-operatória consiste na sondagem periódica. O perigo da infecção vesical não está na sondagem — supondo naturalmente que esta é feita segundo uma técnica correcta —, mas na retenção da urina. A sondagem deve ser feita, uma vez que se considerou necessária, até que não haja urina residual. Não devemos guiar-nos apenas pelo facto de o doente ter começado a urinar espontâneamente. A retenção parcial de urina no post-operatório é mais frequente do que à primeira vista poderíamos supor, pois muitas vezes dela não nos apercebemos. JORDAN encontrou 50 a 80 0/0 de retenções vesicais totais e parciais no post-operatório.

A sondagem vesical estimula a contracção da parede vesical. Está, portanto, indicada nos casos de hipotonia. Naqueles em que a pressão involuntária fôr elevada, não devemos usar a sondagem. Por exemplo, certas retenções vesicais post-partum são aparentemente semelhantes às retenções post-operatórias, mas o quadro cistométrico é diferente, demonstrando por vezes altas pressões involuntárias, com diminuição acentuada da sensibilidade à distensão. Neste caso, a sondagem conduz fatalmente à cistite, com todas as suas consequências.

A *prostigmine* está indicada, como já dissemos, na retenção urinária por atonia da musculatura vesical, tal como nos aparece, duma maneira geral, nas retenções post-operatórias. Nos casos em que à retenção urinária se não associe perda do tonus do *detrusor vesical*, aquela droga de pouca utilidade será, donde a indicação de incluir no estudo geral e especial de tais doentes, a determinação da sua curva cistométrica.

Pensamos que nos casos de acentuada hipotonia, o bloqueio novocainico do simpático lombar pode auxiliar a restabelecer o tonus da musculatura vesical, com a vantagem da sua relativa inoquidade em relação às drogas vagotónicas. Este novo aspecto da possibilidade de tratamento de certos tipos de hipotonia vesical requiere naturalmente ultteriores investigações, a que estamos procedendo e cujos resultados publicaremos mais tarde.

## BIBLIOGRAFIA

- CARNEIRO DE MOURA, A. — A Retenção Vesical Post-Operatória. *Medicina*, 62, 1944 (Outubro).
- CRAIG, R. G. — Bladder Care After Abdominal Operations. *Calif. & West. Med.*, 32:162, 1930.
- CURTIS, A. H. — Residual Urine in Women. *Surg. Gyn. Obst.*, 50:689, 1930.
- DENNY-BROWN, D. & ROBERTSON, E. G. — On the Physiology of Micturition. *Brain*, 56:148, 1933.
- MAXWEL, J. S. — The Treatment of Post-Operative Retention of Urine with Doryl. *The Lancet*, 232:263, 1937.
- MCLELLAN, F. C. — The Neurogenic Blader. *Springfield: Chas. C. Thomas*, 1939.
- RÓSE, D. K. — Clinical Cystometrogram. *J. Urol.*, 57:579, 1947.
- SCHULZE, E. — Zur Behandlung der Harnverhaltung in Wochenelt und nach Gynakologischen Operationen. *Munch. Med. Wochenschr.*, 82:1358, 1935.
- DE SOUSA PEREIRA, A. — Abdominopelvic Sympathectomy for Relief of Pain of Cancer of the Cervix. *Arch. Surg.*, 52:113, 1946.
- TAUSSIG, F. J. — Bladder Function after Confinement and after gynecological Operations. *Tr. Am. Gyn. Soc.*, 40:351, 1915.
- WHITE, J. C. & SMITHWICK, R. H. — The Autonomic Nervous System. New York: *The MacMillan Co.*, 1944.
- WOODRUFF, J. D. & TE LINDE, R. W. — Post-operative retention of urine. *J. A. M. A.*, 113:1451, 1939.

# VÊCALCIO

SOLUTO AQUOSO INJECTÁVEL DE *Levulinato de cálcio*

**P**OSSUIDOR das mesmas propriedades terapêuticas do gluconato de cálcio—visto que o ácido levulínico, como o glucónico, está relacionado, quimicamente, com os açúcares — o levulinato, comparado com aquele sal, oferece vantagens apreciáveis: Concentração do ião Ca cerca de 50 % mais alta, solubilidade 10 vezes maior, estabilidade incomparável até 30 % e a 100°, solutos neutros (pH entre 6 e 7,5), boa tolerância, etc. O Vêcalcio é acondicionado em caixas de 6 e 12 empolas de 5 c.c. a 10 %, de 6 empolas de 10 c.c. a 10 %, de 6 empolas de 5 c.c. a 20 % e numa embalagem com 12 empolas de 5 c.c. a 10 % de levulinato e 12 empolas de 2 c.c. a 5 % de Vitamina C «Fidelis» (Vêcalcio — Vitamina C «Fidelis»).

Amostras e literatura à disposição da Ilustre Classe Médica.



**LABORATÓRIO FIDELIS**

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

COMPRIMIDOS DE

SUAVINA

LAXANTE CHOCOLATADO

Cultura de Bacilo  
Lacto-bulgárico (Massol)

BioLactina

COMPRIMIDOS CALDO

BACTERIOTERAPIA LACTICA



Carvão hiper-activado  
e caolino 2 : 1

SUPRACARBONIO

COMPRIMIDOS

GRANULADO

AMOSTRAS PARA ENSAIOS: RUA BERNARDO LIMA, 50 — LISBOA

## Breve nota sobre a multiparidade em Portugal

por A. DE ALMEIDA GARRETT

Prof. na Faculdade de Medicina do Porto

Dos números exarados nos quadros das estatísticas demográficas oficiais colhem-se elementos de interesse médico notório, particularmente no que respeita à mortalidade, como de todos é sabido. Neles se encontram também vários dados que, embora de menor vulto, não deixam de ter utilidade para a prática médica, e tem evidente valor no aspecto meramente especulativo. Estão neste caso os referentes à multiparidade.

A frequência da multiparidade tem sido determinada por muitos autores, parteiros e demógrafos, e as cifras que a representam oscilam à roda de 11 a 12 por cada mil partos, com variações não muito grandes, mas contudo sensíveis. As diferenças mais acentuadas são as que se notam comparando os índices de vários países, o que denuncia influência racial na produção do fenómeno. Assim, do livro clássico de Prinzing <sup>(1)</sup> extrae-se o confronto entre povos do norte, centro e sul da Europa, demonstrativo da progressiva diminuição da multiparidade, à medida que se desce das regiões nórdicas para as mediterrâneas.

### Multiparidade no norte, centro e sul da Europa

(N.º de partos múltiplos por cada 1.000 partos)

Dinamarca . . .	13,9	Alemanha. . .	12,7	Espanha . . .	8,7
Finlândia . . .	14,7	Austria. . . .	12,6	França . . . .	10,9
Noruega . . . .	13,3	Hungria . . . .	13,1	Itália . . . .	11,7
Suécia . . . .	14,6	Suiça . . . .	12,6	Roménia . . . .	8,8

Assente está que a hereditariedade desempenha importante papel. Aspo do meu livro do tempo de estudante <sup>(2)</sup> a alusão de Pinard: «Há famílias que, por assim dizer, tem o privilégio das prenhezês múltiplas. Uma gêmea pare frequentemente gêmeos, e nada é mais vulgar do que ouvir uma mulher que teve dois gêmeos dizer que sua mãe ou sua avó, ou sua tia ou sua prima, também tiveram partos múltiplos». E o mais curioso é que parece não influir

(1) FRIEDRICH PRINZING — *Handbuch der medizinischen Statistik*. (Iena, 1906).

(2) A. RIBEMONT-DESSAIGNES & G. LEPAGE — *Précis d'Obstétrique*. (Paris, 1904).

sòmente a hereditariedade materna, pois citam-se exemplos impressionantes do factor paterno, tais como estes, colhidos na mesma fonte informadora: — Um parisiense houve, de sua mulher, 21 filhos em sete anos, e, tendo seduzido uma criada, esta teve um parto triplo; um lavrador russo, duas vezes casado, teve 87 filhos, tendo a primeira mulher 16 prenhez duplas, 7 triplas e 4 quádruplas, e a segunda mulher 6 duplas e 2 triplas.

Mas não nos desviemos do tema desta pequena nota, limitado à frequência da multiparidade. Como dizia, esta é apresentada por cifras um pouco diversas, com variações ligeiras, conforme a sua proveniência. Creio que a mais antiga estatística elaborada com avultado número de casos é a de Veit, que, em 1856, coleccionando os números até então publicados, verificou que em 13.360.575 partos se haviam dado: 149.964 duplos, 1.649 triplos e 36 quádruplos. Não refere prenhez com mais de quatro fetos, mas um apanhado posterior, de Wappaus, diz que por cada dez milhões de nascimentos se deram os seguintes partos multiplos: 227.597 duplos, 3498 triplos, 118 quádruplos, e 3,5 quintuplos. Não refere multiparidade de mais de 5, mas embora sejam raríssimos, parece fora de dúvida a possibilidade de desenvolvimehto de 6 ou 7 fetos. Se as notícias antigas, a este respeito, nem sempre trazem credenciais de autenticidade, algumas há em que a documentação iconográfica da época, com desenhos e pinturas representativas, é suficiente para as julgarmos verdadeiras; e nestas circunstâncias está a relativa a uma mulher que viveu em Benigheim, no Wurttenbourg, e lá morreu no ano de 1503, chamada Barbara Schmutzerin, a qual teve de seu marido, durante cincoenta anos de matrimónio, 53 filhos de 29 prenhez, sendo 34 viáveis, e tendo saído de cada prenhez: um por 18 vezes, dois por 5 vezes, três por 4 vezes, seis por 1 vez, e sete por outra <sup>(1)</sup>. Casos modernos e de incontestável autenticidade são os relatados por Vassali e Vortisch, de gravidez sêxtupla; e é da actualidade o das gémeas canadienses, hoje raparigas escolares, atestando a viabilidade dos frutos de tão extraordinárias gestações.

Aproveitando os números exarados nos últimos seis volumes do «Anuário Demográfico» do «Instituto Nacional de Estatística», abrangendo um período suficiente para apreciação do fenómeno no nosso país, vê-se que o índice português de multiparidade está na casa dos 11, apresentando de ano para ano pequenas oscilações, dando uma impressão de fixidez. Os partos triplos estão para os duplos na proporção de pouco mais de um por cento; os quádruplos são raros.

(1) H. H. PLOSS, M. BARTELS & P. BARTELS — *Whoman, an historical, gynaecological and anthropological compendium*. (Vol. II, London, 1935).



## Frequência da multiparidade em Portugal

Anos	Total de partos	Partos múltiplos				Permilagem da multiparidade
		Duplos	Triplos	Quadruplos	Total	
1941	191.058	2.024	28	—	2.052	10,73
1942	194.163	2.189	26	—	2 215	11,41
1943	204.892	2.334	34	2	2.370	11,57
1944	208.291	2.331	23	—	2 354	11,30
1945	215.639	2.317	32	2	2.351	10,90
1946	212.659	2.211	26	2	2.239	10,53
Médias	204.450	2.234	28,2	1,0	2 263,5	11,07

Como referem os livros de obstetrícia, é muito frequente, nas prenhez múltiplas, a saída prematura dos fetos e a morte de estes. O «Anuário Demográfico», de 1942 para cá, dá elementos para apreciar este facto, entre nós, quanto à mortalidade. Vê-se que, na totalidade, o índice regula por 11 nado-mortos por cada cento de nados, cifra superior à da mortinatalidade geral, que anda pela altura dos 8; mas a taxa é pesadíssima para os frutos de prenhez de 3 ou 4 fetos, pois roça pelos 30 por cento.

## Mortinatalidade na multiparidade

Anos	Partos duplos		P. triplos e quadruplos		Total	
	Nado-vivos	Nado-mortos	Nado-vivos	Nado-mortos	Nado-vivos	Nado-mortos
1942	3.906	472	56	22	3.962	194
1943	4.169	499	79	31	4.248	530
1944	4.098	564	44	25	4.142	589
1945	4.062	572	86	18	4.148	590
1946	3.952	470	48	38	4.000	508
Total	20.118	2.577	313	134	20.500	2.711

Mortinatalidade %:	Partos duplos . . . . .	11,32
	P. triplos e quadruplos . . . . .	29,98
	Total . . . . .	11,68

Não são concordes as referências dos autores quanto às idades em que mais frequentemente as mulheres tem partos múltiplos, afirmando uns que é antes dos trinta, ou melhor dos 21 aos 28 anos <sup>(1)</sup>, e outros que é mais tarde, dos 35 aos 39. <sup>(2)</sup> Os números

(1) A. RIBEMONT-DESSAIGNES & G. LEPAGE — *Op. cit.*

(2) HENRI VERMELIER — *Grossesse et accouchements multiples*. (Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Paris, 1934).

da estatística portuguesa, do último quinquénio, como se vê no presente quadro, que os condensa, mostram que os índices de multiparidade crescem progressivamente até aos 40 anos.

#### Multiparidade em relação à idade das gestantes

(De 1942 a 1946)

Idades das gestantes	Partos simples	Partos múltiplos	Total de partos	Multiparidade ‰
Até aos 20 a.	76 834	370	77.204	4,79
21 a 25 a.	261.082	1.834	262.916	6,98
26 a 30 a.	261.383	2.728	264.111	10,34
31 a 36 a.	208.533	2.917	211.450	13,80
36 a 40 a.	146.011	2.561	148.572	17,24
41 a 45 a.	49.741	757	50.498	14,99
Mais de 45 a.	5 004	35	5.039	6,95

Esta conclusão conjuga-se com a do apuramento feito tendo em vista as prenhezias anteriores. Só nos últimos três anos o «Anuário Demográfico» insere dados a este respeito. E somando as cifras desse triénio, vê-se que as permilagens representativas da multipa-

#### Multiparidade em relação aos partos anteriores

(De 1944 a 1946)

N.º de partos anteriores	Partos simples	Partos múltiplos	Total de partos	Multiparidade ‰
0	182.517	1.482	183.999	8,05
1	121 637	1.105	122.742	9,00
2	92.941	1.043	93.984	11,10
3	68 478	826	69.304	11,92
4	51.852	688	52 540	13,09
5	36 901	560	37 461	14,95
6	27.125	421	27.546	15,28
7	18.173	301	18.474	16,29
8	12.080	224	12 304	18,20
9	7.518	116	7.634	15,20
10	4.619	81	4.700	17,23
11	2.564	49	2.613	18,74
12 e mais	3.240	38	3.288	14,60

ridade vão sendo cada vez maiores à medida que aumenta o número de partos anteriores, mantendo-se sempre altas a partir de quatro ou cinco gestações. Confirma este apuramento estatístico o que afirmam todos os tratadistas de obstetrícia, quando assinalam uma frequência de partos múltiplos, nas multigestas, muito maior da que apresentam as primigestas.

# TONSILITES? FARINGITES? LARINGITES?

## NEUMOTISINA

EMPLASTRO MEDICINAL

Aplicar na espessura de 3 mm. sobre a área afectada. Repetir a aplicação de 8 em 8 horas.



Nas afecções das vias respiratórias, a acção contínua analgésica-descongestiva da Neumotisina é confortável.

### INDICAÇÕES:

Pneumonias  
Tonsilites  
Furúnculos  
Faringites  
Bronquites  
Dores artríticas  
Adenites  
Laringites

Embalagens de  
57-114-228  
gramas

### FORMULA:

Cada 100 gramas contém:

Guaiacol .....	0,260 gramas
Sol. formaldeido .....	0,260 gramas
Creosoto de faia .....	1,302 gramas
Salicilato de metilo .....	0,260 gramas
Glicerina .....	51,000 gramas
Silicato de alumínio .....	46,888 gramas
Carmim .....	0,030 gramas

NUMOTIZINE, Inc., CHICAGO, E.U.A.



Representantes: E. BRUNNER & CA., L.DA

T. da Fábrica, 13-2°

Pôrto

**NA FRAQUESA  
GERAL E  
PSÍQUICA**



**EMONEURA**

MEDICAMENTO ALIMENTO



MEDICAMENTO ALIMENTO

DEPÓSITO GERAL:  
**A.A. MOZ TEIXEIRA**

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

# MOVIMENTO NACIONAL

## REVISTAS E BOLETINS

CLÍNICA, HIGIENE E HIDROLOGIA, XIII, 1947. — N.º 2 (Fev.): *Gangrena gasosa e tétano (profilaxia e tratamento)*, por Meyreles do Souto; *Colaboração do cirurgião com a enfermeira no pré e no post-operatório*, por Vasconcelos Arruda. N.º 3 (Março): *Conceito de água potável*, por Bernardino Pinho; *Poluição dos cursos de água*, por Souto Teixeira.

### Profilaxia e tratamento da gangrena gasosa e do tétano. —

A profilaxia da gangrena gasosa consiste no emprego local de sulfamidas, precoce e sistemático, cujo êxito foi plenamente demonstrado na passada grande guerra. Pulverizações de sulfamida em pó, acto contínuo ao ferimento; se a ferida é anfractuosa, introduzir nela solutos de sulfamida. A penicilina pode empregar-se com iguais efeitos. Se a aplicação não se fez logo após o ferimento, ou se o caso é de molde a recear-se muito o aparecimento da gangrena, fazer a seroterapia mista, de Vincent ou Weinberg, só ou acompanhada pela penicilinoterapia em doses elevadas; o desbridamento e arejamento da ferida é de grande valor.

O tratamento da gangrena gasosa faz-se da mesma forma com soro anti-gangrena, na dose de 60 a 100 c.c. por dia, por via subcutânea, associando-se-lhe a penicilina em alta dose, de 200.000 unidades por dia.

Na profilaxia do tétano, é bem conhecido o valor da vacinação, com anatoxina, largamente aplicada nos exércitos. Na prática civil, perante ferido não vacinado, fazer a sero-vacinação: 3.000 unidades de soro nas crianças, 10 a 20.000 no adulto; 1 c. c. de anatoxina um quarto de hora depois; 2 c. c. três semanas mais tarde; 2 c. c. outras três semanas decorridas. Este é o esquema mais geralmente seguido, havendo variantes quanto ao espaçamento dos períodos que separam as injeções de anatoxina. Se o ferido foi já vacinado, fazer apenas a activação das defesas adquiridas, por meio de injeção de 2 c.c. de anatoxina. Se não puder fazer-se a sero-vacinação injectar o soro, segundo o método clássico (geralmente 2.500 a 3.000 unidades internacionais).

Na terapêutica do tétano, os meios que hoje se empregam não diferem dos há muito estabelecidos: seroterapia em altas doses e por diversas vias (segundo os casos), empregando-se a narcose quando for necessária, sedativos, socego. Apenas agora se junta a penicilinoterapia, que não só tem efeito bacteriostático sobre o bacilo do tétano, como actua sobre as bactérias de Gram positivo, contribuindo para a melhor defeza do organismo.

ÁFRICA MÉDICA, XIII, 1947. — N.º 1-2 (Fev.): *O problema médico-social da cirrose hepática e Patologia das ictercias*, por Porfirio Amado. N.º 3-4 (Abril): *A importância dos conhecimentos de higiene e enferma-*

*gem na vida do funcionário colonial*, por Tertuliano Soares. N.º 5-6 (Junho): *Uma visita ao National Leprosarium, de Carville, U. S. A.*, por Baião Pinto.

**O problema da cirrose hepática.** — A cirrose hepática é uma doença muito frequente. Os últimos trabalhos, realizados por autores norte-americanos, tornaram-na uma doença de carácter social, dada a intervenção que as deficiências da dieta parecem ter na sua etiopatogenia.

O problema do estudo dos agentes etiológicos nesta afecção e da sua maneira de actuar tomou ultimamente feições novas. O assunto tinha sido revisto admiravelmente por Eppinger, da Escola de Viena, cujos trabalhos, tanto de interpretação anátomo-clínica como de medicina experimental, tinham ficado clássicos. As cirroses hepáticas obtidas, experimentalmente, por este autor, com o formiato de alilo e com a alilamina, foram passos decisivos na compreensão do desenrolar das alterações anátomopatológicas que, desde a inflamação serosa, conduzem à cirrose do órgão. Mas a clínica apostava-se em mostrar que certas circunstâncias etiológicas permaneciam ignoradas, apesar das velhas ideias sobre o tão debatido papel do álcool e das infecções, não havendo nem dados estatísticos nem experimentais para afirmar, com certeza, fosse o que fosse. A cirrose parecia devida a tóxicos e a infecções que actuavam demoradamente sobre o órgão.

Só a partir dos trabalhos de Earle e Victor, continuados por vários outros autores, se pode adquirir plena convicção do papel decisivo que determinadas alterações da dieta podem desempenhar na origem da enfermidade. Administrando dietas apropriadas, cujas principais características consistem na pobreza de proteínas, na riqueza em gorduras e na falta de determinados amino-ácidos, como a cistina e a colina, produzem-se, nos animais de experiência, quadros anátomo-patológicos sobreponíveis aos quadros da cirrose atrófica humana. Estas conclusões abriram portanto um campo completamente novo no capítulo das investigações experimentais e clínicas sobre esta tão grave doença hepática.

O problema terapêutico e profilático foi imediatamente posto em novos moldes. Lesões graves do fígado produzidas, por exemplo, pelo tetracloroto de carbono puderam ser debeladas pela administração repetida de amino-ácidos por via parentérica, o que demonstra que é possível, não só prevenir a cirrose hepática, como tratar favoravelmente as agressões tóxicas graves do fígado, tudo isso com a simples introdução de certas substâncias orgânicas que funcionam como profiláticos e como agentes terapêuticos.

O papel dos referidos amino-ácidos não está ainda completamente averiguado, mas parece estar ligado à bioquímica da célula acinosa hepática, intervindo nas reacções delicadas do metabolismo gordo e da desintoxicação. A falta dos amino-ácidos essenciais interrompe, antes de mais nada, a produção de determinadas substâncias (como a metionina) que intervêm, por exemplo, na síntese dos fosfolípidos, sem os quais é im-

possível o normal metabolismo das gorduras. A carência amino-ácida evidencia-se logo por uma estagnação da gordura na célula hepática. Desse estágio se passa, por trajecto ainda desconhecido, à esclerose do órgão.

Os dados experimentais que acabamos de referir permitem naturalmente encarar a cirrose como uma doença devida, em grande número de casos, a alterações da dieta. A cirrose passa a ser, desta maneira, uma doença capaz de ser preventivamente combatida, desde que se possa administrar às populações uma estudada e bem proporcionada dieta. Mais uma vez se evidencia a necessidade de realizar, como arma de medicina preventiva, uma política de higiene da alimentação. O problema da cirrose tornou-se um problema de enorme significado médico e social.

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, IX, 1946 — N.º 3 (Julho): *Impressões de uma viagem ao Rio de Janeiro*, por Sara Benoliel; *Os resultados do tratamento cirúrgico das diversas formas de «Spina-bífida» lombo-sagrada*, por Armando Tavares.

**Tratamento cirúrgico da «Spina-bífida» lombo-sagrada.** — No Serviço de Pediatria da Faculdade de Medicina do Porto, de Setembro de 1924 a Março de 1946, registaram-se 35 casos, assim repartidos, quanto ao tipo (segundo a classificação clínica de Leveuf): ulcerados — 20, epidermizados — 4, com lipoma — 1, meningocelos — 3, indeterminadas — 7. Destes 35 casos foram operados 11, os quais pertenciam às seguintes formas: ulceradas — 6, epidermizadas — 2, meningocelos — 3. As idades dos operados eram: com menos de um mês — 3, com um ou dois meses — 1, com três a cinco meses — 3, com seis meses a um ano — 4. Os resultados operatórios foram os seguintes:

— *Forma ulcerada*: Das cinco de que houve notícias, todas faleceram a maior ou menor distância da intervenção; de uma, ignora-se o que se passou. Note-se que é neste grupo que as intervenções se realizaram mais precocemente, portanto com menor probabilidade de infecção que sempre ameaça estes casos.

— *Forma epidermizada*: Uma faleceu após o acto operatório (síndrome de palidez e hipertermia) e a outra curou completamente. Esta, tempos depois da intervenção, sofreu a correcção sangrenta de um pé boto; hoje, tem 14 anos e, segundo informações de uma pessoa de família, está bem e desempenha, no Brasil, perfeitamente as suas ocupações profissionais.

— *Meningocelo*: Todos curados. Contudo só há actualmente informações da última operada em 1945, que apresenta um certo grau de incontinência anal e vesical, não havendo paralisias dos membros inferiores mas parestesia mais ou menos acentuada; apresenta-se com o crânio de volume normal e com as massas musculares dos membros inferiores um pouco hipotónicas.

O alto grau de mortalidade operatória imediata, assinalado por Broca, não se verificou; nas formas ulceradas o resultado imediato da

intervenção foi satisfatório. Os constantes da série são semelhantes aos da estatística de Leveuf; de 45 casos.

Nas formas ulceradas, a cura post-cirurgia é excepcional, mesmo abstraindo da mortalidade por infecção; as grandes lesões nervosas ensombram o prognóstico. Nos epidermizados este é melhor, mas podem surgir complicações, sobretudo a hidrocefalia; quando esta já existe, a intervenção está contra-indicada, como nos casos de infecção meningea. Nos simples meningocelos, o prognóstico é favorável, post-operação; não se intervindo o saco vai-se adelgaçando e acaba por ulcerar, ou pode desenvolver-se a hidrocefalia.

Conclusões: 1 — São susceptíveis de cura com resultados mais ou menos satisfatórios as formas epidermizadas (mielomeningocelos com área medular coberta de tegumento), e principalmente os meningocelos; as formas ulceradas (mielomeningocelos com área medular a descoberto) são de mau prognóstico. 2 — A atitude a tomar será sempre a tentativa operatória, mesmo nas formas ulceradas (apesar da altíssima mortalidade verificada), porquanto, não intervindo, não há possibilidade de cura e a expectativa resulta inglória. 3 — Como é obvio, para as formas ulceradas a idade óptima da intervenção será a mais próxima possível do parto, antes que se instale a infecção das meninges.

AMATUS LUSITANUS, VI, 1947. — N.º 1 (Jan.); *O problema da aplicação tópica da penicilina em solução aquosa*, por J. A. M. Loureiro e Tito Pistone; *Estudo bacteriológico das infecções urinárias não tuberculosas*, por A. Moura e Sá; *Observação radiológica em massa do pessoal do 1.º Batalhão Expedicionário do Regimento de Infantaria n.º 4, aquartelado na Ilha Terceira*, por Martins da Silva; *Imunidade e nutrição*, por G. Jorge Janz; *Sobre a existência de ancilostomíase por «Necator americanus» na Ilha da Madeira*, por Fernando Barros.

**O problema da aplicação tópica da penicilina.** — Duas modalidades: a dos filtrados brutos, a dos solutos de penicilina purificada. Contra o emprego dos filtrados brutos, duas razões se apresentaram: instabilidade de produto e toxicidade, esta devida a outros produtos de secreção do fungo e sobretudo à sensibilização às proteínas libertadas pela autólise do micélio; inconveniente este que se dá quando a cultura se faz lentamente. Os solutos de penicilina purificada são inócuos, mas são instáveis quando feitos em soro fisiológico e facilmente contamináveis quando em soluto glucosado; estas desvantagens tornam impraticável o seu emprego, salvo em centros cirúrgicos com movimento grande, que justifique a preparação em série, económica portanto, de frascos enchidos asépticamente.

Comparando os dois processos, pode dizer-se que, quanto à inocuidade, esta pode conseguir-se para os filtrados de penicilina bruta, se a cultura se fizer pelo método de culturas submersas, de 48 horas, que não dá tempo à formação das substâncias prejudiciais. Relativamente à



# DI-SULFA-«LAB»

SULFATIAZOL {  
SULFADIAZINA { ã ã 0,25 grs. por comprimido

Tubos de 20 comprimidos — 30\$00

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

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

*É um produto dos* LABORATÓRIOS «LAB»

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

Avenida Alferes Malheiro, 99 — LISBOA — Norte



## ESPECIFICO DA SARNA

*Feliz combinação de :*

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

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

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

*Um produto  
de reconhecido valor terapêutico  
à disposição de V. Ex.<sup>a</sup>*

---

# LABORATÓRIO PEDROSO

Sob a Direcção Técnica de ISAURA FIGUEIREDO FONSECA

Licenciada em Farmácia

**COVILHÃ**

estabilidade, os filtrados tem vantagem sobre os solutos de penicilina pura, desde que sejam preparados e enfrascados assepticamente; a actividade bacteriostática e a duração de esta dependem da estirpe do fungo e das substâncias empregadas no meio de cultura.

A eficácia terapêutica das soluções de penicilina purificada é teoricamente superior à dos filtrados, por poderem ser preparadas com altas concentrações, ao passo que nos filtrados há apenas escassas dezenas de unidades. Mas, exceptuando a aplicação dos aërosois nas infecções bronquicas, que exigem concentração elevada, os filtrados mostram acção notável, por vezes superior à das soluções com título muito mais alto, o que se explica pelo reforço à acção da penicilina dado por outras substâncias antibióticas neles presentes, pela existência de impedidores da degradação da penicilina, e pela acção antidótica sobre as exotoxinas de alguns micróbios patogénicos.

Experiências clínicas confirmaram estas asserções, sendo necessário contacto demorado com as superfícies infectadas, previamente limpas, para que se tirem do emprego dos filtrados todos os benefícios possíveis. A aplicação causa sensação dolorosa fugaz, nalguns indivíduos, sem consequências. Nos mais variados processos, em pensos, instilações e lavagens, é terapêutica que merece difusão.

**Observação radiológica em massa do pessoal de um batalhão expedicionário.** — Foram examinados, em pesquisa de lesões tuberculosas, 367 homens. Encontraram-se sinais de: primo-infecção calcificada ou em regressão — 26, tuberculose evolutiva — 8, tuberculose fibrosa — 23, pleurisas com derrame — 3, paquipleurites (parietais, da base, do seio costo-diafragnático e da cisura) — 56.

**Imunidade e nutrição.** — Exposição de assunto de actualidades que, com a devida vénia, transcrevemos na secção «Revista Geral».

**TRABALHOS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA, IV, 1946: N.º 1 (Março):** *Os progressos da sifiliterapia*, por Sá Penela; *Sobre calcificações cutâneas*, por Caeiro Carrasco; *Forma provável de lepra sarcoide*, por Sá Penela; *Liquen córneo hipertrófico*, *liquen obtuso córneo e liquen plano*, por Meneres Sampaio; *Lupus eritematoso exantemático e Doença de Duhring*, por Norton Brandão; *Caquexia de Simmonds com porfinuropatia cutânea e granuloma eosinófilo*, por Ferreira Marques; *Elefantíase dos órgãos genitais*, por Juvenal Esteves; *Caso de ulceração tífica vulvar*, por Luís Ré; *Anite e rectite linfogranulomatosas*, *Herpes zoster com erupção variceliforme*, *Micose fungoide com erupção prévia no tipo de pitiriasis rubra pilar*, por Juvenal Esteves. N.º 2 (Junho): *I Congresso Luso-Espanhol de Dermatologia*, por Sá Penela; *Hidroa vaciniforme infantil, cicatrizes deformantes das mãos e dos dedos*, por Caeiro Carrasco; *Complexo avitaminósico da pelegra*, por Meneres Sampaio; *Eczema das mãos familiar*, por Juvenal Esteves e Luís Ré; *Sarcoidose*, por Arnaldo Tanissa; *Pesquisa de bacilos da lepra*

na pele pelo método da histamina, por Neves de Almeida; *Dermatomiomas múltiplos eruptivos*, *Esclerodermia em placas zoniformes*, *Nevo sebáceo do couro cabeludo*, *Tuberculose ganglionar e escrófulodermia*, por Ferreira Marques; *Sífilis terciária da região genital simulando granuloma venéreo*, *Falsos complexos primários*, *Adenites inguinais tuberculosas numa criança de 2 anos*, *Dois casos de escrófulodermia*, por Meneres Sampaio; *Condilomas anais tratados com podofilino*, *Queratodermia plantar arsenical*, *Epidermolise bolhosa distrófica*, *Doença de Bowen da mucosa vulvar*, *Balanite xerosa post-operação*, por Sá Penela; *Doença de Kaposi*, por Carlos Lapa. N.º 3 (Setembro): *Penicilinoterapia da sífilis*, por Sá Penela; *Nova modalidade epidemiológica da brotoeja de «Pediculoides ventricosus»*, por Neves Sampaio; *Hipotiroidismo com erupção generalizada possivelmente por sífilis congénita*, *Angioma serpiginoso*, por Juvenal Esteves; *Melanodermia pelo ouro*, por José Roda; *As formas incompletas da displasia ectodérmica hereditária*, por Arnaldo Tanissa; *Cancro de Bowen*, *Úlcera tuberculosa do meato*, *Tabes tratado pela penicilina*, *Prurito ferox*, *Hipo-vitaminose A*, por Sá Penela; *Atrofias maculosas sifilíticas*, por Arnaldo Teixeira e Virgílio Nunes; *Periarterite nodosa*, por Sá Penela e Virgílio Nunes; *Eritrodermia psoriásica*, *Dermatite generalizada em seguida à aplicação de sulfamida*, por Meneres Sampaio; *Casos de sífilis tratados pela penicilina*, por Jaime Almendra e Virgílio Nunes; *Rectite crónica linfogranulomatosa*, por Pinheiro Torres; *Epidermolise bolhosa distrófica*, *Dermite profissional devida aos óleos lubrificantes*, por Aureliano da Fonseca; *Duas histórias de psoríase*, por Celestino Maia.

#### **Pesquisa dos bacilos da lepra pelo método da histamina.** —

Procedimento pessoal, que consiste em injectar no local das lesões cutâneas um vigésimo de c.c. de soluto de cloridrato de histamina a 1 por cento; o líquido aspirado lança-se numa lâmina em camada espessa, para exame depois de corado pelo método de Ziehl-Nielsen. Tem-lhe dado resultado nalguns casos superior à pesquisa no muco nasal.

**Nova modalidade epidemiológica da brotoeja do «Pediculoides ventricosus».** — A brotoeja da palha de centeio é vulgar, mas há outros meios portadores do ácaro, como nos três casos aqui relatados, e em dois dos quais o transmissor foi o gorgulho da massa alimentar e noutro foi o feijão; várias pessoas foram atacadas em cada uma das casas em que a brotoeja apareceu. Desta maneira, ao lado da brotoeja da palha centeia dos leitões, há que contar com a brotoeja dos celeiros e das sementes. Para a captura dos ácaros é preferível usar lâminas untadas com óleo, pelo processo descrito pelo A. em colaboração com A. Tanissa.

CLÍNICA CONTEMPORANEA, II. — N.º 12 (Fev. de 1947): *Cincoenta anos nos Hospitais Civis de Lisboa*, por Francisco Gentil; *Reeducação dos aleijados em Inglaterra*, por Almeida e Sá; *Tratamento das fracturas da clavícula pelo método de Hernandez-Ros & Codorniu*, por Barros Amaral;

*Actividade científica do Instituto Português de Oncologia em 1943 e 1944*, por Maria Teresa Furtado Dias. N.º 13 (Março): *O tratamento cirúrgico da pericardite constrictiva crónica*, por Eduardo Coelho e J. Filipe da Costa; *Tratamento pela penicilina da endocardite séptica aguda num caso de aperto aórtico congénito*, por Mendes Alves e Madeira Pinto; *Hospitais, assistência e educação médicas*, per Francisco Gentil.

**Tratamento das fracturas da clavícula.** — Exposição do processo de osteo-síntese com encavilhamento intramedular, que o «Portugal Médico» publicou, pela pena de F. Prata de Lima, no n.º 5 de 1946.

**Tratamento cirúrgico da pericardite constrictiva crónica.** — A pericardite tuberculosa, pela evolução insidiosa e pobreza de sintomatologia nas formas frustes e história clínica imprecisa, escapa muita vez ao conhecimento da clínica corrente; o mesmo sucede com a pericardite constrictiva crónica, que é uma das terminações da pericardite tuberculosa aguda, que pode apresentar diversos tipos evolutivos, desde a reabsorção do derrame até á forma crónica simples e á constrictiva, chegando á formação da sínfise pericárdica. Isolada ou conjugando-se com outras localizações manifestas da bacilose, a pericardite pode revestir variados aspectos clínicos e aparecer em qualquer período da infecção tuberculosa. Para o diagnóstico da pericardite, é da maior importância o estudo das alterações electrocardiográficas, desde a fase aguda até ao período crónico, constituindo em grande número de casos o melhor elemento; pois a radiografia e a quimografia podem não dar subsídios e a auscultação pode ser normal.

Diagnosticada a pericardite crónica, só há uma indicação terapêutica que é a pericardiotomia (operação de Delhorme-Rehn). Mas está contra-indicada quando há sinais de infecção activa, em qualquer ponto do organismo. Está relativamente contra-indicada a intervenção quando se associa o colapso total do pulmão direito.

Sete observações de casos operados, com 4 curas, levaram a concluir, á face da experiência, o seguinte:

1 — A normalização dos sintomas clínicos nos doentes curados corresponde ao desaparecimento do compromisso adiaastólico. Mas a alteração da diástole — com toda a sintomatologia consecutiva — depende também da sístole; e basta libertar completamente o ventrículo esquerdo para desaparecerem todos os sinais de adiaastolia (1.º, 3.º 4.º e 6.º casos).

2 — A autópsia do 5.º caso mostrou-nos que a libertação do ventrículo esquerdo do pericárdio visceral é a principal condição do sucesso operatório. Não chegamos a libertar o coração se o ventrículo esquerdo ficar coberto pelo epicárdio espessado. Este continua a manter o papel primacial na hemodinâmica das pericardites constrictivas crónicas.

3 — A tensão arterial ultrapassa o limiar ante-operatório e a tensão venosa normaliza-se depois da pericardectomia.

4 — A sombra do coração que aparece aumentada na radiografia, por efeito da espessura do pericárdio — sobretudo na base e no pedículo — não se modifica sempre depois da operação.

5 — O E. C. G., ora mantém as modificações anteriores, ora as atenua, as aumenta ou se normaliza — sem que esse fenómeno se possa relacionar com o grau de melhoras ou com a intensidade da cura. No primeiro caso, de cura completa e experimentada, as alterações electrocardiográficas aumentaram. Em três doentes o electrocardiograma normalizou-se completamente depois da operação (3.º, 4.º e 6.º casos).

6 — O eixo eléctrico não se altera depois da pericardectomia.

7 — O ritmo, que denominámos pericárdico, normaliza-se. Quando há o ritmo a três tempos, mantém-se mais tempo.

8 — A indicação da oportunidade da operação constitui um dos problemas mais difíceis da pericardectomia. Nem muito cedo, nem muito tarde. Diagnosticar a tempo e operar a tempo. Todavia, no 2.º caso tivemos que aconselhar sem delongas a intervenção operatória porque o compromisso adiaestólico fazia perigar a vida do doente; fistulizou o tracto do dreno e morreu oito meses depois da operação. No 3.º caso a intervenção foi mais precose e os resultados excelentes: cura completa.

9 — A autópsia do 5.º caso — como já foi observado numa pericardite aguda exsudativa com morte súbita — mostrou-nos que o miocárdio quer nas camadas superficiais, quer nas camadas profundas, estava completamente ileso e que, portanto, as alterações electrocardiográficas das pericardites, ao contrário do que se tem escrito, não devem ter relação com o estado anatómico do miocárdio.

10 — Os doentes que clinicamente se nos afiguram de mais simples fibrose constrictiva do pericárdio são os que, em regra, apresentam maior extensão do processo fibroso (4.º, 5.º e 6.º casos).

11 — Porque dum exame dum pequeno retalho de pericárdio o anatómopatólogista diagnóstica uma pericardite simples não específica, não podemos nós, clínicos, concluir que não se trate, de facto, de uma pericardite tuberculosa. O 5.º caso mostrou, na autópsia, que havia, como diagnosticara o clínico, uma pericardite tuberculosa crónica.

12 — Concluimos finalmente, hoje ao contrário do que escrevemos há 6 anos, — seguíamos então no rasto de outros clínicos (alemães e americanos) — que a pericardite constrictiva crónica é quase sempre de natureza tuberculosa.

TUBERCULOSE (Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos), 5.ª série, Vol. 3, N.º 3 (Set. de 1946): *A visita de S. Magestade a Rainha Senhora D. Amélia*; *A A. N. T. e a luta antituberculosa*; *Movimento geral dos sanatórios em 1945*; *A actividade dos dispensários do I. A. N. T. em 1945*, por Amândio Paul.

**Movimento dos sanatórios e dispensários da A. N. T.** — Pelos 6 sanatórios para tuberculose pulmonar, passaram em 1945 2.415 doentes, ficando internados 1.152; pelos 3 sanatórios, respectivamente 450 e 337. Nos 19 dispensários inscreveram-se 32.980 indivíduos, dos quais 4.381 reconhecidamente doentes.

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

# Pelargon

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

## ANÁLISE-TIPO

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

100 grs. de PELARGON = 460 calorías

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

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

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

Composição constante e preparação fácil.

## SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS

LISBOA

AVANCA

PORTO

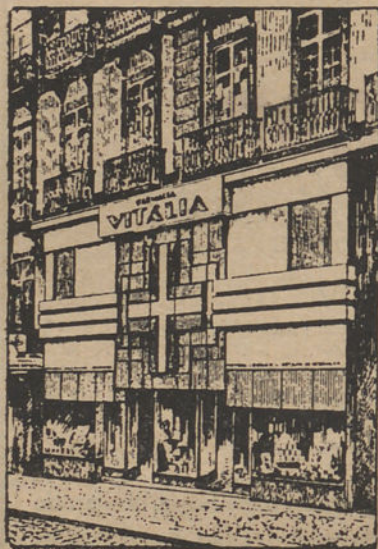
# FARMÁCIA VITÁLIA

DIRECÇÃO TÉCNICA DO SÓCIO  
RIBEIRO DA CUNHA

34, PRAÇA DA LIBERDADE, 37—PORTO

Telef.: 828 e 4134  
Telegr.: Farmácia VITÁLIA

Laboratórios de esterilizações, de produtos farmacêuticos e de análises  
AVIAMENTO RIGOROSAMENTE CONTROLADO DE TODO O RECEITUÁRIO CLÍNICO



Alguns produtos injectáveis especializados  
de reconhecido valor terapêutico:

**Cálcio Vitália** — Ampolas de 2, 5 e 10 c. c. de soluto estabilizado a 10 e 20 % de gluconato de cálcio quimicamente puro.

**Cálcio-Vitacê** — Ampolas de 5 c. c. de gluconato de cálcio a 10 % e de Vitamina C (1.000 U.I.).

**Vitabê** — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B<sub>1</sub>, doseadas a 0,005 (2.500 U.I.).

**Vitabê forte** — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B<sub>1</sub>, doseadas a 0,025 (12.500 U.I.).

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

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

---

Ler no número de Novembro:

  
**ALTURA**

**A ACTIVIDADE DO KOMINTERN** — Um apelo ao mundo civilizado, responsável pela segurança dos povos.

**CARTA DA ETIÓPIA** — Sensacionais revelações acerca do estado feudal na Abissínia.

**SUN YAT-SEN** — A alma da China moderna: o perseguido caudilho da sua independência.

**CIRURGIÕES CRUÉIS** — Apesar das invenções bárbaras nascidas da guerra, os homens ainda estão longe da crueldade e do engenho infernal de certos insectos.

Um magnífico conto de **ANDRÉ MAUROIS** — Humorismo — Curiosidades — Cinema — Passatempo, com valiosos prémios aos campeões.

À venda em toda a parte — Número avulso 5\$00



REVISTA GERAL

## IMUNIDADE E NUTRIÇÃO (1)

Todos os pediatras sabem que o estado de nutrição do lactente tem uma importância decisiva para o seu grau de resistência. Só o organismo verdadeiramente sã possui uma capacidade defensiva máxima, e bastam as mais pequenas alterações do estado nutritivo para piorar consideravelmente as reacções do organismo contra as infecções inevitáveis. Assim nasceu o conceito de eutrofia, tão importante no estudo do comportamento das pequenas idades. É possível, como afirma Bessau, que a maior parte das mortes por infecção não sejam de atribuir só aos germes patogêneos, mas sobretudo à diminuição da resistência do organismo em consequência da perturbação do estado nutritivo. Portanto, só com uma alimentação completa se pode garantir o estado óptimo da imunidade e, precisamente, nas primeiras idades, é o leite de mulher o tipo da alimentação completa, com as restrições que hoje se põem ao termo «completo» neste caso.

Mas, antes do leite, tem o lactente ao seu dispor um alimento bastante diferente, e ao qual em nosso entender não se tem dedicado a atenção devida: refiro-me ao colostro. Houve mesmo, e creio que ainda há, uma certa tendência em restringir o seu consumo pela criança sem que os argumentos em apoio deste ponto de vista sejam perfeitamente admissíveis. Trata-se primeiro que tudo de um alimento fisiológico perfeitamente adaptado à alimentação dos primeiros dias. Depois, o seu papel no estabelecimento da imunidade não parece ser desprezível. Com efeito, Wells e Boyd confirmaram na espécie humana o que já tinha sido observado por Howe no vitelo: o recém-nascido que, no momento de nascer, não possui euglobulinas e tem escassíssimas pseudoglobulinas, vê o seu teor aumentar rapidamente no sangue logo após a primeira ingestão de colostro. Isto não acontece senão muito lentamente quando a alimentação é iniciada com o leite maduro. Admitindo-se que as globulinas constituem como que o suporte dos anticorpos, compreender-se-á a importância deste aumento de globulinas no sangue do lactente durante o período colostrálico.

Embora haja poucos trabalhos experimentais, sabe-se a importância que se deve atribuir às proporções dos princípios imediatos no estabelecimento de resistência. Desde que se reabilitou a gordura na alimentação do lactente pôde verificar-se o aumento de resistência das crianças perante as infecções inevitáveis. Este facto parece estar de certo modo ligado ao papel de transportadoras de vitaminas liposolúveis que cabe às

---

(1) Por G. JORGE JANZ (in «Aimatus Lusitanus», N.º 1 de 1947).

gorduras. A influência desfavorável do excesso de hidrocarbonados já tinha sido apontado por Czerny. Sabe-se que os porcos engordados com hidratos de carbono sucumbem à infecção tuberculosa mais rapidamente e com manifestações patológicas mais graves que os animais alimentados com uma proporção abundante de gorduras. Czerny atribui esta falta de resistência à grande hidratação do organismo, supondo que elevada proporção de água nos tecidos oferece um terreno propício aos agentes patogêneos. Esta explicação é provavelmente incompleta. A retenção patológica de água nas células podia perturbar directamente a produção celular de anticorpos, explicando assim a diminuição da resistência. Isto, aliás, observa-se igualmente na anidremia experimental.

É menos conhecido o papel dos minerais nos processos imunobiológicos. Os estudos feitos neste campo são pouco numerosos, mas podemos vaticinar que rapidamente tomarão incremento e nos trarão novos dados importantes. Dos primeiros trabalhos sobre este assunto cito o de Lange e Simmonds que, alimentando ratos com uma dieta deficiente em sais, mas correcta no resto da sua composição, observaram, após a injeção de bacilo da tuberculose bovina, uma reacção local mais extensa e difusa no sítio da inoculação, em comparação com os animais testemunhas. A abundância de sais na alimentação conduz a uma disseminação mais lenta das lesões. Deve ser esta uma das explicações dos bons efeitos das dietas de Sauerbruch, Hermansdorff e Gerson, a princípio aconselhadas no tratamento da tuberculose cutânea e depois aplicadas com êxito a outras formas da doença.

O papel das vitaminas no processo imunitário foi já demonstrado nas primeiras experiências feitas nos animais com dietas insuficientes em vitaminas. Em todos os casos, muitos dos animais em experiência sucumbiam a infecções intercorrentes. O enfraquecimento da resistência geral revelou-se aos primeiros observadores como o sintoma mais significativo das polihipovitaminoses. Esse enfraquecimento traduz-se, não só pela extinção completa do poder bactericida do soro, como pela incapacidade de formação de anticorpos. A diminuição da resistência não diz respeito apenas à infecção com germes vivos: como Oelrich demonstrou, os animais carenciados podem morrer prematuramente quando sujeitos a uma imunização activa com bactérias desvitalizadas. Os estados de carência provocam também um enfraquecimento da acção profilática específica de uma imunização, perante a infecção seguinte. Verificado o efeito de uma carência múltipla, é lógico admitir, de acordo com a natureza específica das vitaminas, uma função também específica de um ou mais factores sobre determinados processos da imunidade.

Um efeito específico desta natureza foi atribuído em primeiro lugar à vitamina A. Os indivíduos em avitaminose A têm, com grande frequência, infecções supuradas e sépticas. A xeroftalmia, as colpites, as cistopielites, fazem parte do quadro da doença, tal como as afecções da pele. As crianças com xeroftalmia ou distrofia alipogenética sofrem de infec-

ções importantes em 80 % dos casos. Parecia, pois, assegurada a demonstração das relações manifestadas da vitamina A com os mecanismos de resistência anti-infecciosa. No entanto, a denominação de vitamina anti-infecciosa que alguns deram à vitamina A só seria justificada se esta fosse capaz, por si só, administrada em quantidade suficiente e durante longo período, de aumentar as defesas específicas não só no organismo em avitaminose A, como também no soro. Ora, se por um lado numerosas experiências parecem demonstrar um efeito terapêutico favorável nas mais diversas infecções, outros trabalhos, não menos dignos de crédito, mostraram a impossibilidade de se obter um aumento de formação de anticorpos, quer sejam precipitinas, hemolizinas ou bacteriolizinas; não se nota uma baixa do índice opsonico, nem está diminuído o poder bactericida do sangue. Em resumo, a vitamina A não parece possuir qualquer acção imunobiológica. Todo o quadro infeccioso da avitaminose A, bem como os bons efeitos terapêuticos da vitamina A nesses casos, pode explicar-se pela acção que este nutriente possui sobre o revestimento do organismo: a sua falta provoca uma atrofia do tecido epitelial, com queratinização secundária, tanto da pele como das mucosas (respiratória, urinária, vaginal); a atrofia do epitélio determina uma proliferação das células da camada basal, que procura substituir o epitélio por um outro pavimentoso e poliestratificado; todas essas alterações privam o organismo de um dos mais importantes mecanismos de defesa local, contra a infecção pelos saprofitas habituais. O papel da vitamina A na defesa contra as infecções seria portanto, apenas, indirecto.

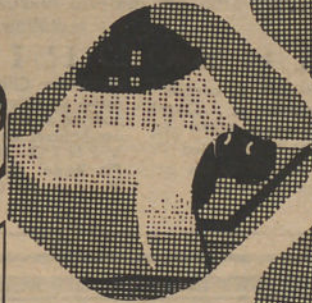
Além deste efeito de protecção epitelial, pode verificar-se que o favorável efeito terapêutico e profilático do óleo de fígados de bacalhau, já conhecido há muito tempo, se devia ao seu conteúdo no outro factor lipossolúvel, a vitamina D. Já Pfannenstiel, em 1928, ao estudar as modificações do poder bactericida do soro por meios não específicos, tinha verificado que a vitamina D tem a propriedade de aumentar esse poder bactericida, sobretudo em combinação com o complexo B. Esta observação foi o ponto de partida para uma série de experiências relativas à influência da vitamina D sobre as reacções específicas e não específicas nas infecções agudas e crónicas. Como resultado dessas investigações pode admitir-se que a vitamina D, administrada em doses pequeníssimas, determina uma melhoria progressiva e duradoira da função bactericida do sangue, mas não aumenta a formação de anticorpos específicos. Se a vitamina D faltar por completo na alimentação, levando a um esgotamento de reservas orgânicas, pode produzir-se uma falência quase completa da resistência do organismo animal contra a actividade vital dos agentes infecciosos. Este comportamento imunobiológico do factor D pode considerar-se como uma propriedade específica desta vitamina e depende da sua concentração. Por meio de doses pequenas e médias, vê-se aumentar o poder bactericida do sangue pela prova de Wright; pelo contrário as doses grandes determinam a extinção desse poder bac-

tericida. A hiper-dosificação, por último, enfraquece anticorpos. No estado de hipervitaminose-D os animais tornam-se incapazes de tolerar a imunização, que normalmente é inócua, com quantidades pequenas de soro normal de cavalo. Nas experiências de Jusatz morreram, já durante a imunização, mais de metade dos animais hipervitaminóticos. Parece-me oportuno insistir nestes factos em face da moda do tratamento «de choque» do raquitismo, com quantidades absolutamente antifisiológicas de uma substância para a qual não se conhece ainda a margem de tolerância do organismo. O efeito da vitamina D sobre a resistência do organismo é duradouro, pois persiste depois de terminada a administração da vitamina; isto deve ser devido à boa armazenagem desta no organismo. Quanto ao mecanismo por que ela actua, é possível que a modificação do estado do soro se efectue através da variação do metabolismo mineral do sangue, que é dirigido pela vitamina D. Realmente, consegue-se conferir aos cobaios uma certa protecção contra o shock anafilático mortal pela administração de pequenas doses de Vigantol. Schaffer admite que esta resistência ao shock seja uma consequência da modificação do conteúdo cálcico do sangue pela vitamina D.

A actividade anti-infecciosa da vitamina D pode ser notavelmente melhorada, como se depreende de vários trabalhos, pela administração simultânea do complexo vitamínico B, tal como se encontra na levedura. Este efeito parece manifestar-se não só por um atrazo no aparecimento da hipervitaminose D por uma administração prolongada desta, como também por um aumento do poder bactericida do sangue. Quanto aos elementos do complexo B, cada um de per si recentemente isolados, ainda não há trabalho experimental suficiente para se tirar conclusões. O estudo da literatura mostra-nos que a maior parte das polémicas havidas em torno da relação ou não relação das vitaminas com a imunidade é devida à existência de numerosas variáveis, ás quais de princípio os A.A. não concediam reparo. Por exemplo, no caso de vitamina B<sub>1</sub> é notável a escassês de experiências em que se tenha controlado devidamente o ingresso colórico. Ora a falta de vitamina B provoca com facilidade uma perda de apetite que pode levar à inanição. No entanto, dos poucos trabalhos sobre a vitamina B<sub>1</sub> a que se pode conceder crédito, parece deprender-se que a sua carência trás uma certa diminuição do poder defensivo do organismo. Das outras vitaminas do complexo B. apenas por enquanto se poderá atribuir um papel importante nos fenómenos imunitários à riboflavina e à piridoxina. Quanto à primeira, as suas próprias funções nos levariam a essa conclusão, e na sintomatologia da arriboflavinose está incluída a estomatite comissural, as vulgares «boqueiras», que são lesões estafilocócicas. A piridoxina parece ter um papel importante, pois em ratos alimentados com dietas completas em todos os nutrientes essenciais, mas carentes de piridoxina, observa-se uma nítida supressão do título hemaglutinante e hemolisante obtido anteriormente nesses animais pela injeccção de glóbulos de carneiro lavados.

S  
O  
C  
I  
E  
D  
A  
D  
E  
  
I  
N  
D  
U  
S  
T  
R  
I  
A  
L  
  
F  
A  
R  
M  
A  
C  
Ê  
U  
T  
I  
C  
A

U  
R  
O  
L  
O  
G  
I  
A  
C  
I  
R  
U  
R  
G  
I  
A  
O  
F  
T  
A  
L  
M  
O  
L  
O  
G  
I  
A  
D  
E  
R  
M  
A  
T  
O  
L  
O  
G  
I  
A  
G  
I  
N  
E  
C  
O  
L  
O  
G  
I  
A  
O  
T  
O  
-  
R  
I  
N  
O  
E  
S  
T  
O  
M  
A  
T  
O  
L  
O  
G  
I  
A



# CROMOSEPTIL

U  
R  
O  
L  
O  
G  
I  
A  
C  
I  
R  
U  
R  
G  
I  
A  
O  
F  
T  
A  
L  
M  
O  
L  
O  
G  
I  
A  
D  
E  
R  
M  
A  
T  
O  
L  
O  
G  
I  
A  
G  
I  
N  
E  
C  
O  
L  
O  
G  
I  
A  
O  
T  
O  
-  
R  
I  
N  
O  
E  
S  
T  
O  
M  
A  
T  
O  
L  
O  
G  
I  
A

LABORATORIOS AZEVEDOS



## INALADOR KARSODRINE

O VASO-CONSTRITOR VOLÁTIL  
PARA CONSTIPAÇÕES DE  
CABEÇA, CATARROS NASAIS,  
ASMA, SINUSITES, ETC.

A KARSODRINE está indicada para provocar rápida contracção das mucosas nasais congestionadas pelo catarro, sinusites, constipações de cabeça, febre dos fenos e rinites. A KARSODRINE auxilia a redução da congestão das vias respiratórias, pois provoca a contracção das membranas inchadas ao mesmo tempo que «seca» a excessiva secreção mucosa. Possui, também, uma acção anódina que auxilia o desaparecimento da dor e incómodo enquanto suaviza a inflamação. Os vapores penetram em todas as cavidades nasais, ajudando a reduzir a congestão em pontos inacessíveis aos duches, pulverizações e gotas. O inalador é constituído por um tubo em matéria plástica, sem qualquer parte metálica.

## KARSODRINE

Cada INALADOR KARSODRINE, contém :  
B-Fenilisopropilamina 0,3300 gr., Cineol  
0,0929 gr., Oleo de citronela 0,0266 gr.,  
Metil-o-Oxibenzoato 0,022 gr., Oleo de  
Cedro Lig. 0,0047 gr., Mentol 0,188 gr.,  
Oleo de eucalipto 0,0898 gr.

Amostras Clínicas: Com todo o prazer  
serão enviadas amostras do Inalador Kar-  
sodrine a todos os Médicos que tiverem a  
amabilidade de as pedir a : **DEPARTA-  
MENTO KARSODRINE. João  
Pachado da Conceição & C.ª L.da**  
75, Rua da Conceição, 1.º — LISBOA

# eregumil Fernández

Alimento vegetariano completo á base  
de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal  
Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados  
e principios minerais (fosfatos naturais).

Indicado como alimento nos casos de intolerân-  
cias gástricas e afeções intestinaes — Especial  
para crianças, velhos, convalescentes e  
doentes do estomago.

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA

Deposítarios. GIMENEZ-SALINAS & C.ª

240, Rua da Palma, 246  
LISBOA

Estes animais apresentam uma hipoplasia linfóide do timo e gânglios linfáticos, facto a aproximar das noções actuais a respeito da produção de anticorpos por esses órgãos.

• Chegamos assim ao nutriente essencial, para o qual existe maior evidência de uma relação estreita com os processos imunobiológicos. Com os rápidos progressos da vitaminologia experimental e clínica, de há uns tempos para cá que a vitamina C tem vindo a chamar cada vez mais a atenção dos clínicos. A teoria de Stepp e Schroeder sobre o maior gasto de vitaminas, durante uma doença infecciosa, firmada à base das primeiras observações sobre o comportamento de algumas bactérias intestinais perante a vitamina C *in vitro*, foi demonstrada na clínica por Schroeder no exemplo da pneumonia. A vitamina C distingue-se de todas as outras pelo facto de haver necessidade de a administrar diariamente em quantidades muito maiores, e ainda porque as quantidades administradas em excesso, no indivíduo, são eliminadas. Este comportamento explica também o efeito imunobiológico diferente deste nutriente. Após uma injeção intravenosa de vitamina C, o poder bactericida do sangue aumenta para o dobro ou o quádruplo, atingindo o seu máximo entre as 4 e as 24 horas seguintes. Durante este tempo o excesso de vitamina é eliminado (no caso de não haver *deficit* no organismo) e o índice bactericida volta ao seu valor inicial. Zusatz, em experiências célebres confirmadas depois na América por Madison e Manwring, mostrou a influência notável da vitamina C sobre a produção de anticorpos. Verificou que o título de anticorpos do soro de coelhos alimentados normalmente, mas que, antes de cada injeção de antigénio (soro normal de cavalo), recebiam uma injeção intravenosa de 100 mgr. de ácido ascórbico, subia consideravelmente. Nalguns animais, o título de anticorpos após imunização repetida e injeção simultânea (intravenosa) de vitamina C, atingiu o valor máximo de 1:200.000. Os A. A. americanos determinaram como dose óptima, com a qual se obtém o máximo aumento do título de anticorpos, a de 37,5 mgr. de ácido ascórbico. Misturavam esta quantidade de vitamina com soro normal de cavalo, que servia de antigénio, e conseguiam um título 20 vezes superior ao normal, ao fim de três semanas. Este efeito é obtido qualquer que seja a via da administração da mistura, mas não se obtém se o antigénio e a vitamina C forem administrados separadamente, por vias diferentes. A vitamina C também neutraliza a toxina diftérica, quer *in vitro* quer *in vivo*, e impede o desenvolvimento do H. Pertussis nos meios de cultura, o que aliás não vem resolver o problema do tratamento da tosse convulsa.

São particularmente interessantes as relações que existem entre o ácido ascórbico e o complemento (ou alexina) do soro. Já em 1935 Harde e Thompson tinham sugerido que o complemento podia conter ácido ascórbico, como componente, pois a termolabilidade das duas substâncias é semelhante. O shock histamínico faz diminuir o conteúdo do sangue tanto em ácido ascórbico como em alexina, o que pode ser

evitado pela injeção da vitamina. Nos cobaios escorbóticos o complemento desaparece do sangue, São, sobretudo, conclusivas as experiências de Ecker e colaboradores, na América, que mostraram, com experiências cuidadosamente feitas, paralelismo absoluto entre a concentração, do ácido ascórbico no soro do cobaio e o poder complementar desse soro. Parece que a alexina, até aqui considerada como uma propriedade misteriosa do soro sanguíneo, é influenciada pelos fenómenos de óxido-redução e que por consequência se assemelha a certos fermentos hidrolíticos. Szent-Gyorgyi já tinha afirmado que os enzimas oxidantes deveriam estar mais frequentemente envolvidos nos fenómenos imunitários do que se julgava. E dava como exemplo o que se passa na imunidade do leite perante o *B. coli*, que pode ser explicado pela acção do fermento de Shardingier. O *B. coli* produz aldeídos, os aldeídos são oxidados pelo fermento de Shardingier e produzem peróxido que mata o *B. coli*. Este mesmo fermento não inibe o *B. láctico*, que não produz aldeídos. Mas, a atribuir-se um papel ao ácido ascórbico no caso do complemento, ele seria indirecto, pois sabe-se que ele pode impedir ou estimular a acção de diversos fermentos. Esta noção não é nova, pois há muito que se conhecem observações sobre as acções estimulantes ou inibidoras exercidas por certos compostos químicos sobre as reacções imunitárias. As substâncias capazes de acelerar as oxidações, exercem uma acção estimulante sobre a produção de anticorpos; é o caso dos metais coloidais, arsenicais, sais de magnésio, cobalto e zinco. Os inibidores das oxidações têm uma acção inversa, como o clorofórmio, o éter ou álcool.

A importância que se tem atribuído nos últimos anos à vitamina C no tratamento da tuberculose merece que se dedique umas palavras a este capítulo. A tuberculose tem sido, bem ou mal, considerada como uma doença de miséria, cuja difusão e evolução estão em relações estreitas com a alimentação. Todos conhecemos o incremento que a doença toma durante os períodos de guerra nas populações sujeitas a restrições alimentares. Não admira que no estudo dos factores alimentares se desse particular importância ao estudo da influência da sua carência sobre a evolução e aparecimento da doença. Enquanto que, para uns, o ácido ascórbico não intervém sobre os caracteres clínicos e anatómicos da tuberculose, outros, em trabalhos que se confirmam, mostraram que o escorbuto agrava as lesões e acelera a evolução. Depois disso fizeram-se numerosas investigações sobre a acção das vitaminas nesta doença, muitas delas contraditórias. Admite-se que, como nos outros casos, se as vitaminas A, B e D podem ter um certo papel, é a vitamina C que tem maior importância. Observou-se na tuberculose experimental do cobaio, que as lesões costumam aparecer mais rapidamente no inverno do que no verão, e isto está em relação estreita com o conteúdo em ácido ascórbico das dietas. Giroud tinha já verificado a possibilidade de obter uma doença aparente no cobaio carenciado infectado com rickettsias do tifo histórico. Bretey, numa série de bem conduzidas experiências publi-



cadás há cinco anos, mostrou que a alimentação com vegetais ricos em ácido ascórbico reduzia consideravelmente as lesões tuberculosas no cobaio, e levaram-no a estudar a questão tão controvertida do valor normal de vitamina C no cobaio são. Ora, sabe-se que dando ao cobaio, espécie facilmente carenciável, doses muito fortes de vitamina, a concentração desta nos órgãos não passa nunca além de um certo limite. Considera-se o valor assim obtido como normal, e é curioso constatar que estes valores correspondem aos verificados em animais não carenciáveis. Também Gyorgyi considera que a dose mínima necessária é aquela com que se obtém a saturação dos tecidos. No cobaio anda à volta de 40 mgr. Ora, administrando a dois grupos de cobaios essa quantidade, e provocando a tuberculose experimental num dos grupos, viu-se que ao fim de um certo tempo os cobaios do segundo lote estavam em carência; quer dizer, a dose de vitamina C considerada como suficiente para a vida normal, não o era nos animais tuberculosos. A acção da carência sobre a evolução da tuberculose viu-se ser tanto maior quanto maior era a carência; a difusão tornava-se maciça. A vitamina C pode influenciar a reacção à tuberculina: a saturação atenua as reacções, e o animal neste estado tolera doses, noutros casos mortais, de tuberculina. Birkhaug afirma ainda que, nos animais carenciados, as lesões evoluem para a caseificação, e pelo contrário, nos hipervitaminizados, para a fibrose. Continuando nas suas experiências, Bretey viu que enquanto a administração de pequenas doses de vitamina C na dieta dos cobaios influenciava favoravelmente a evolução das lesões, a injeção de doses fortes, pelo contrário, não trouxe uma melhoria em relação aos testemunhos. Este facto, conquanto um pouco estranho, foi confirmado por muitos autores, negando todos que doses fortes de vitamina C tenham uma acção mais favorável sobre o decurso da tuberculose. Mas, nos cobaios de Bretey, se a administração de pequenas doses de ácido ascórbico atrasa a evolução, e as doses fortes não melhoram esse atraso, a ingestão de folhas de couve, pelo contrário, traz uma melhoria muito mais considerável na marcha da infecção tuberculosa. Como explicar este resultado? É possível que, na sua forma pura, o ácido ascórbico não constituia a totalidade de vitamina anti-escorbútica. Szent-Gyorgyi admite actualmente que este ácido actua no organismo no estado de ligação com uma proteína, como acontece com a riboflavina. Parece que o ácido ascórbico não seria senão um estado preparatório da vitamina anti-escorbútica, necessitando para a sua transformação de uma covitamina. Outra maneira de explicar a melhor acção do produto natural seria admitir a influência de um factor novo, específico ou não, que desempenhasse o seu papel ou directamente ou por intermédio do organismo sobre a infecção tuberculosa. Não seria extraordinário que isso acontecesse, pois conhece-se já a vitamina J ou C<sub>2</sub>, descoberta por Von Euler, e que tem um papel na defesa do cobaio contra o pneumococo. Existe na maior parte dos frutos ricos em vitamina C, mas distingue-se desta por resistir à acção do

oxigénio. Sob o ponto de vista prático, se é lícito concluir do cobaio para o homem, devemos ter sempre presente a carência da vitamina C, muito mais comum do que se julga nos indivíduos sãos. E é curioso que, além do homem, sejam precisamente o cobaio e o macaco os únicos animais que se sabe não sintetizarem o ácido ascórbico, e nos quais a infecção tuberculosa é mais grave.

Poder-se-á tirar alguma conclusão do feixe de factos apontados sobre as relações de alguns nutrientes? Praticamente todas as infecções começam e acabam nos tecidos, e mesmo no caso de uma infecção primitiva da corrente sanguínea podem facilmente estabelecer-se focos nos tecidos. E, conquanto se ignore de que modo os tecidos cumprem o papel na defesa, ou qual seja o mecanismo de produção dos anticorpos, é lógico admitir que, para que o façam, devem as células estar na plena posse das suas potencialidades vitais. E esta ser-lhes-á assegurada pelo perfeito mecanismo dos seus processos metabólicos. Não será de admirar que algumas vitaminas, como partes integrantes de fermentos importantíssimos ou mesmo como elos das cadeias das oxidações biológicas, sejam indispensáveis para que esse perfeito funcionamento se dê.

As aplicações práticas de tudo o que referi até agora passam largamente do quadro da rotina diária. Em primeiro lugar no que diz respeito ao problema da imunização activa e passiva do homem. Com efeito, uma imunização activa só resultará quando for encontrar em ordem a economia vitamínica do organismo a imunizar. Será possível, talvez, nos indivíduos em que uma imunização activa não deu resultado, melhorar o efeito da imunização por uma melhoria simultânea do estado nutritivo. O exemplo que citei da vitamina C na imunização contra as albuminas estranhas demonstra-nos, no entanto, que a modificação do estado de imunidade pelas vitaminas não deve ser atribuída ao efeito de uma terapêutica não específica no sentido vulgar. As diferentes vitaminas desempenham antes, juntamente com as suas funções de nutrientes essenciais, um papel importante no desenvolvimento e manutenção do estado de imunidade.

Ora um estado de nutrição perfeito, acompanhando um estado de imunidade perfeito, produzirá, sem dúvida, dentro de poucas gerações, um alongamento do tempo médio de vida. E é aqui que me parece intervir a função do médico, sobretudo do médico convencido do interesse social da sua profissão. E quando digo médico, quero aludir, logo a seguir ao Higienista, ao Pediatra. O pediatra tem, com efeito, na sua mão o poder de projectar a sua acção para além das gerações em que exerce a sua actividade. E não precisamos de esperar pelo resultado da experiência para nos convenceremos da eficácia de uma melhoria da nutrição sobre o aumento da duração média da vida e sobre o aumento da capacidade vital. O rato branco, esse inestimável bichinho donde colhemos tantos ensinamentos, e cuja alimentação se pode assemelhar à nossa, oferece à

nossa observação, durante poucos anos, uma sucessão de gerações que equivaleriam, na nossa espécie, às que decorreram desde Viriato até aos nossos dias. Pois bem, uma dieta adequada permite observar, nesses animais, um aumento de duração média da vida equivalente, no homem, a 7 anos. E é curioso observar que, nas últimas gerações, não só se observa um adiamento da senilidade como uma maior rapidez de desenvolvimento, o que traz como consequência uma maior duração do período útil de vida. Nos casos mais típicos, o mesmo grau de senilidade incipiente que nos ratos numa dieta normal aparece numa idade correspondente aos 65 anos no homem, é deferido, com uma dieta melhorada, para uma idade correspondente aos 75-80 anos.

É claro que não compete apenas ao médico resolver o problema da longevidade. Os factores económicos e sociais têm aqui toda a sua força. Mas, antecipando-se à sua solução, a Medicina contribuiu já com uma boa dose de conhecimentos que permitirão atingir uma meta almejada: a vida sã.

---

## NOTAS CIENTÍFICAS E PRÁTICAS

---

### Os hidrolisados de caseína em terapêutica

DE ARMIGO Y VALENZUELA publicou (*Farmacoterapia Actual*, Fev. de 1947) uma exposição dos trabalhos ultimamente vindos a lume sobre este assunto, a qual passamos a resumir.

Para sintetizar as suas proteínas o organismo humano precisa dos amino-ácidos, que lhe são fornecidos pelos alimentos. O balanço nitrogenado do organismo requer um mínimo de amino-ácidos, cujas proporções na dieta, por cento, puderam fixar da seguinte maneira: Lisina — 1,0; Triptofano — 0,2; Histinina — 0,4; Fenilalanina — 0,7; Leucina — 0,8; Isoleucina — 0,5; Treonina — 0,5; Metionina — 0,6; Valina — 0,7; Arginina — 0,2; Total — 5,6.

Quando o organismo não conta com receita conveniente de amino-ácidos, dá-se o empobrecimento proteico, com todas as suas consequências. Tal facto pode suceder por várias causas: insuficiência da alimentação, dificuldade de absorção pelo tubo digestivo, incapacidade de formação das proteínas por alteração hepática, excesso de perdas de proteicos. A falta de ingresso de novas proteínas não é sinónimo de hipoproteïnemia, porque o sangue pode não mostrar grande alteração quando o empobrecimento geral já é notável. O quadro pode aparecer com forma aguda, como nos ferimentos graves, hemorragias, queimaduras, etc.; ou com forma crónica, como na carência alimentar, nas hepatopatias de evolução lenta.

Para remediar estas situações, o processo mais natural é a ingestão

de quantidades suficientes de proteínas de grande valor biológico, ricas em amino-ácidos precisos para a normalização do balanço azotado. Como, por vezes, o estado do intestino não permite esse processo, recorreu-se à hemoterapia e plasmoterapia por via parenteral, de há muito. Agora, porém, estudou-se a aplicação dos próprios amino-ácidos, obtidos por fraccionamento artificial, por hidrólise, da caseína, proteína natural de cuja molécula fazem parte todos os amino-ácidos indispensáveis. Os hidrolisados obtêm-se quer por acção dos ácidos (que destroem alguns amino-ácidos, fazendo desaparecer todos os polipeptídeos e esterilizando o produto), quer por fermentação (que não altera os amino-ácidos, mas não desagrega completamente os polipeptídeos); os hidrolisados ácidos, a que se junta triptofano (para substituir o destruído) tem aplicação por via parenteral, e os obtidos por fermentação devem empregar-se por via oral.

Uma vez introduzidos no organismo, se os hidrolisados contêm os amino-ácidos precisos, a regeneração das proteínas faz-se em escala maior ou menor, segundo os casos. Nos hipoproteïnemias por hemorragias a regeneração é rápida; mais lenta nas de origem nutritiva. Porque a deficiência proteica origina lesões hepáticas, o emprego dos hidrolisados protege o fígado e contribue para o restabelecimento da função proteopéxica. Intervém na coagulação do sangue e na absorção do cálcio pelo intestino. A introdução dos amino-ácidos por via parenteral, quando purificados, isentos de polipeptídeos, não dá alterações fisiológicas notáveis.

As indicações da terapêutica pelos hidrolisados de caseína são diversas. Em primeiro lugar, todos os casos em que interesse normalizar rapidamente um organismo depauperado, qualquer que seja o factor que tenha determinado essa situação: perda de apetite, doenças anteriores, fome, etc.

Nas hipoproteïnemias por defeito de absorção, devido a afecções do tubo digestivo; nestes casos pode dar-se um círculo vicioso, pois as deficiências em proteínas podem originar lesões gastro-intestinais, e nestas entram as úlceras pépticas, as pancreatites, as colites, etc.

Nas afecções hepáticas, em que existe dificuldade na síntese dos ácidos aminados, nas quais os hidrolisados ricos em componentes sulfurados, juntamente com o complexo vitamínico B, tem dado resultados muito bons. Também nas ascites, a sua acção é benéfica.

Nas situações em que se deu grande perda de proteínas, por hemorragias, traumatismos graves, queimaduras, infecções com perdas consideráveis de substância azotada.

Por via oral, empregam-se geralmente hidrolisados em solutos de 5 a 20 por cento, com 5 a 10 por cento de glucose, para impedir a sua utilização como alimentos energéticos; o mau gosto pode atenuar-se por meio da junção de ácido cítrico. Se o emprego tem de ser por largo tempo, é recomendável a administração por meio de sonda gástrica intro-

duzida por fossa nasal, e presa à orelha por adesivo; o ritmo da introdução deve ser 100 a 500 c. c. de líquido por hora, evitando-se grandes quantidades provocadoras de diarreia. A dose de proteína hidrolisada irá de 1 a 5 gr. por quilo de peso do doente, conforme o caso exige regeneração mais ou menos rápida.

Por via parenteral, intravenosa, usam-se quando a via oral não pode utilizar-se, ou quando é preciso actuar enérgicamente. Tem o inconveniente de ser preciso proceder como para a transfusão, e vigiar cuidadosamente os efeitos; pode observar-se cianose, sensação de calor, vasodilatação, reacção febril, e, embora com raridade, pode aparecer flebite e trombose, devidas à hipertonicidade e acidez dos produtos injectados.

Outras vias tem sido usadas, em crianças: a via intra-esternal, e a via subcutânea; esta exige que as soluções não sejam hipertónicas, o que dificultaria a absorção e poderia causar reacções locais incómodas.

### **Pauta para a terapêutica pela estreptomina**

Indicada nas infecções em que os outros antibióticos são inoperantes, tais como: tularemia, doenças pelo «*Hemophilus influenzae*», bacteriemia e localizações sépticas devidas a «*E. Coli*», a «*Proteus vulgaris*», a «*Klebsiella pneumoniae*», a «*Aerobacter aerogenes*», a «*Pseudomonas aeruginosa*», assim como meningites devidas a estes agentes ou ao *B. paratífico*; ou seja, de um modo geral, a infecções por bacterias de Gram-negativo. Resultados animadores na tuberculose e nas endocardites por germens resistentes à penicilina. Esta continua a ser o antibiótico a preferir no tratamento de infecções por estafilococo, estreptococo, pneumococo, gonococo e meningococo; reservando-se a estreptomina para os casos destas origens que resistam à penicilina.

A aplicação da estreptomina guia-se pela seguinte pauta:

*Tularemia*.— 0,5 a 2 gr. por dia, em injeções intramusculares, cada 3 a 4 horas, durante 5 a 7 ou mais dias.

*Meningite pelo «H. influenzae»*.— Para adultos, dose diária de 0,5 a 1 gr. por via intramuscular, injeção cada 3 a 4 horas, durante 5 a 7 dias; por via intrarraquidiana, injeção diária de 25 a 50 miligr. durante o mesmo período. Para crianças, dose diária de 45 miligr. por quilo de peso, intramuscular, injeções cada 3 a 4 horas, durante 5 dias, e durante este tempo injeção diária intrarraquidiana de 25 a 50 miligr., em soluto salino; nos casos graves, combinar com seroterapia específica e sulfadiazina.

*Bacteriemia por micróbios de Gram-negativo*.— Dose diária de 2 a 4 gr., intramuscular, injectada cada 3 a 4 horas, durante 5 a 10 dias.

*Infecções urinárias, idem*.— 1 a 3 gr. por dia, em injeções intramusculares dadas cada 3 a 4 horas, durante 5 dias. Os sinais clínicos podem desaparecer sem que se dê a esterilização da urina; qualquer obstrução, calculose ou divertículo, podem provocar resistência dos micróbios.

*Peritonite, idem.*— Dose diária de 2 a 4 gr., por injeções intramusculares cada 3 a 4 horas, durante 7 a 10 dias; nos casos de infecção generalizada convém fazer também injeção intraperitoneal.

*Pneumonia por «Klebsiella pneumoniae».*— 2 a 3 gr. por dia, em injeções intramusculares, cada 3 a 4 horas, durante 5 a 10 dias; controlar a susceptibilidade da infecção.

*Infecções pulmonares crônicas por flora de Gram-negativo.*— Diariamente, por via intramuscular, em injeções cada 3 a 4 horas, 1 a 3 gr., até uma semana; ou em inalação (aerosol) com concentração de 50 miligr. por c. c., continuamente, durante uma semana, se possível, o que corresponde à dose diária de 0,5 gramas.

*Empiema, idem.*— Injeção intrapleurale de 0,5 a 1 gr., combinada com o tratamento habitual.

*Colangite e abcesso do fígado, idem.*— Dose diária de 2 a 4 gr., intramuscular, em injeções cada 3 a 4 horas, durante de 5 a 10 dias.

*Endocardite* (quando por agente resistente à penicilina).— 2 a 4 gr. por dia, repetida a dose em injeções intramusculares cada 3 a 4 horas, durante 3 a 4 semanas, pelo menos.

*Tuberculose.*— 1,5 a 3 gr. por dia, por via intramuscular, durante o período mínimo de 3 a 4 meses; é inútil fazer tratamento com doses menores, e não deve começar-se sem se contar com a quantidade suficiente da droga para o manter durante o referido tempo.

*Como preventivo de infecção nas intervenções sobre o intestino grosso ou nas infecções gastro-intestinais.*— 3 a 4 gr. por dia, em doses dadas cada 6 horas, por via oral, em sumo de laranja ou bebida similar.

(Squibb Memoranda, Dez. de 1946).

### Algodão, papel e gaze reabsorvíveis

Depois de repetidos ensaios, Hans Clarke, da Universidade de Columbia (Nova York) reconheceu que a celulose oxidada constitue um material reabsorvível, não irritante, com o qual podem encher-se as cavidades formadas por perda de substância mesodérmica. Prepara-se oxidando algodão, papel ou gaze com dióxido de nitrogéneo. Não pode ser esterilizada em autoclave; vem esterilizada pelo formol, mas sem traços de este, resguardada por celofane.

Mais maneável e aderindo quando húmida, a celulose oxidada presta-se para tamponamentos melhor que a gaze ordinária; inchando com a humidade, tampona melhor, sendo portanto mais hemostática. Dentro de 48 horas, a gaze oxidada transformou-se numa massa gelatinosa, escura, que pode retirar-se sem que se produza a hemorragia. Quando não é absorvida rapidamente, não é invadida pelo tecido de granulação, o que permite a saída de corpos estranhos que existam na ferida,

Tem-se empregado com grande vantagem em casos acidentais ou operatórios, inclusivé no cérebro, rins, articulações, peritoneu, etc.

Noticiando este novo processo, J. SAÑA DE PABLO augura-lhe um lugar proeminente no arsenal cirúrgico. (*Rev. Esp. de Cirugia, Traumatologia y Ortopedia*, Março de 1946).

### **Tratamento da enxaqueca pela novocaínização**

Destacando o papel do desequilíbrio neuro-vegetativo e das perturbações vasculares na patogenia da enxaqueca, M. C. LENORMAND entende que a infiltração do plexo peritemporal dá resultado em grande número de casos. Tomadas as habituais precauções, injecta-se à volta da artéria temporal o soluto de novocaína, geralmente na quantidade de 2 c.c. e de cada lado, pois, apesar da enxaqueca ser unilateral, é preciso não criar um desequilíbrio neuro-vegetativo, fazendo-se a injeção apenas no lado da dor. O processo é inócuo; merece ser experimentado. (*J. de Méd. et de Chir. pratiques*, Agosto de 1946).

### **Penicilina bruta e penicilinas purificadas**

Para eliminar as impurezas que a penicilina apresentava, diversos processos de preparação comercial foram obtendo produtos purificados, de variada composição quanto às diversas substâncias que contêm das quais as mais estudadas são as chamadas penicilinas G, X, F e K. Nos produtos mais modernos, tem aumentado a proporção da penicilina K, que é a menos activa, provavelmente por ser destruída rapidamente no organismo. Isto tem levado a modificar as doses, empregando-se quantidades maiores do que antigamente. A Comissão de Investigação Médica, revendo os informes relativos a 11.589 doentes sífilíticos, verificou que os resultados terapêuticos são inferiores desde 1944 do que os assinalados antes, provavelmente pela menor actividade das penicilinas purificadas. (*J. American Med. Ass.*, 25-V-1946).

### **A penicilina no noma**

A propósito de um caso de gangrena da face numa criança de quatro anos, cujo noma tinha já dez dias de evolução, ROYO MONTANÈS, assinala o sucesso obtido com a penicilino-terapia. Injectou primeiro uma dose de 20.000 unidades, e depois, de três em três horas, 10.000, até um total de 200.000; depois, com iguais intervalos, 5.000 unidades, até atingir um total de 200.000. Localmente, soluto de permanganato a 1 para 5 mil, até que, ao terceiro dia, a escara se destacou; empregou seguidamente, sobre a superfície desnudada, pós de sulfatiazol. Com a evolução favorável da lesão coincidiu a melhoria do estado geral, uma e outra começando logo no segundo dia da terapêutica penicilínica; nesta altura voltou o apetite, passando a alimentar-se com leite, bananas, ovos, e dando-se-lhe vitaminas A e C, e extracto hepático. Quinze dias decorridos sobre o início do tratamento, a superfície desnudada estava completamente coberta de epitélio, ficando um orifício na bochecha; dois meses depois, o buraco desaparecera, tendo-se formado no local da lesão um

tecido fibroso, duro. Da boca, ainda infectada, extraiu-se um sequestro do maxilar, desnudado; e em poucos dias a cura pôde efectuar-se, tendo-se feito apenas lavagens com água oxigenada.

Posteriormente, outro caso, mais grave, foi tratado de maneira semelhante, e obteve-se a paragem do processo, saída do sequestro, cura clínica da lesão local, e melhoria do estado geral, dificilmente obtida, dada a impossibilidade de alimentação regular em virtude da extensão da perda de tecidos, havendo que recorrer a terapêutica intensiva por pentanucleoproteídos.

Embora sejam apenas duas observações, o êxito alcançado leva a ter a penicilina como o melhor agente terapêutico do noma, de entre os que até hoje tem sido experimentados. (*Rev. Clínica Española*, 28-II-1947).

### **Penicilina nas artrites supuradas das crianças**

A exemplo do emprego das injeções intra-articulares de penicilina nas infecções articulares agudas dos adultos, TUCKER e TEPPER utilizaram o processo em 4 casos ocorridos em crianças. Não fizeram a drenagem cirúrgica, limitando-se à aspiração do pus, seguida de injeção de soluto de penicilina; desaconselham aquela, por aumentar o perigo de posterior limitação dos movimentos. Um dos casos referia-se a uma criança de 10 dias de idade; a quantidade de penicilina injectada na articulação foi de 100.000 unidades, renovando-se a aplicação todos os dias ou de dois em dois dias. Simultaneamente, fizeram injeções intramusculares de penicilina, de 10 a 20.000 unidades, cada três horas; e em três dos casos, também se fez sulfamidoterapia. (*J. of Pediatrics*, Out. de 1946).

### **Resultados da sutura simples na úlcera péptica perfurada**

F. FORTY tratou 100 casos de úlcera péptica perfurada fazendo apenas a sutura simples da perfuração, tendo uma mortalidade operatória de 17 por cento, mais sensível para a úlcera gástrica que para a duodenal. Seguiu, durante cinco anos, 70 dos 83 sobreviventes. Os sintomas digestivos recidivaram em 38 casos, dos quais 15 os apresentaram com acuidade que levou a internamento hospitalar; as recidivas foram mais frequentes nos doentes com largo passado mórbido anterior à perfuração. Nos 70 casos, a radiologia mostrou que em 43 havia persistência ou recidiva da ulceração, com 4 casos de estenose pilórica. Destes doentes foram operados 10, com dois casos fatais, por vários motivos: nova perfuração, estenose, úlceras recidivantes; em nenhum dos sobreviventes reapareceram perturbações digestivas. A conclusão a tirar deste estudo é de que, quando se dá a perfuração de uma úlcera, só se deve fazer inicialmente a simples sutura, pois o número de doentes que depois vem a precisar de gastrectomia ou de gastro-enterostomia é somente de 10 a 15 por cento. (*British Med. J.*, 25-V-1946).







### «Durante as horas calmas da noite»

O alívio da dor e da inflamação que geralmente se segue à aplicação do emplastro de Neumotizina é tão seguro e tão prolongado que se pode esperar que o efeito terapêutico persista durante 8 horas ou mais. Por essa razão simplifica os processos de enfermagem e aplicada antes de deitar, pode contar-se com o repouso e em muitos casos assegura um sono ininterrupto.

### Acção tópica e sistemática

Actuando como um penso continuo quente e húmido, assim como fonte de medicação absorvível, a Neumotizina alia ao alívio da dor a redução da congestão com um efeito sistemático, analgésico e antipirético. A acção prolongada é promovida pela infiltração lenta do guaiacol, creosoto e salicilato de metilo, pela base de glicerina e silicato de alumínio. A Neumotizina é empregada como um auxiliar eficiente no tratamento dos mais diversos estados inflamatórios, tais como:

PERTURBAÇÕES TORÁXICAS • DISTENSÕES • FURUNCULOSES TONSILITES

NUMOTIZINE INC.

900 NORTH FRANKLIN STREET

CHICAGO, E. U. A.

Representantes: E. BRUNNER & C., LDA.

TRAV. DA FÁBRICA, 13-2.º

PORTO

# Quinarrhenina

ANEMIAS  
PALUDISMO  
OU  
SEZÕES  
CONVALESCENÇAS  
DIFÍCEIS, ETC.

ELIXIR — GRANULADO

Dá força, excita o apetite, diminue a febre, facilita a digestão.

Muito bem tolerada pelas crianças. Efeitos rápidos e seguros.

---

## KOLEINA «GAMA»

GRANULADO DE KOLA E CAFEÍNA

Mais activa que todos os outros granulados de kola, em estados depressivos, sobretudo na hipotonia cardíaca, pela acção cardiotónica da cafeína.

---

## ALLYLO-MENOL

**Base:** — Iodeto de alilo, ácido hidro-fluosilícico e gomenol

Fórmula aconselhada pelo prof. A. Robin no tratamento por inalações da tuberculose pulmonar, afecções da laringe, bronquites e bronco-pneumonias.

---

## XAROPE STEPP DE BROMOFORMIO COMPOSTO

Na **tosse convulsa** é o remédio mais eficaz.

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

---

Depósito geral: Farmácia GAMA

Calçada da Estréla, 130 — LISBOA

# **SULFARSENOL**

SAL DE SÓDIO DO ÉTER SULFUROSO ÁCIDO METILOLAMINOARSENOFENOL

## ANTISIFILITICO TREPONOCIDA

EXTRAORDINARIAMENTE PODEROSO

VANTAGENS: INJEÇÃO SUBCUTÂNEA SEM DÔR.  
INJEÇÃO INTRAMUSCULAR SEM DÔR

ADAPTANDO-SE, POR CONSEQUÊNCIA, A TODOS OS CASOS

TOXICIDADE consideravelmente inferior à dos seus similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar. (Injecções em série).

MUITO EFICAZ na orquite, artrite e mais complicações locais de blenorragia, metrite, salpingite, etc.

Preparado pelo laboratório de

BIOQUÍMICA MÉDICA

19-21, RUE VAN-LOO

PARIS

Representantes e Depositários exclusivos para Portugal e suas Colónias:

TEIXEIRA LOPES & C.<sup>ª</sup>, L.<sup>DA</sup>

RUA AUREA, 154-156

TELEF. 24816 — LISBOA

# VITAMINAS « PASTEUR »

VITAMINA B<sub>1</sub>

VITAMINA B<sub>2</sub>

VITAMINA B COMPLEXA

VITAMINA C

VITAMINA D SUPER-CONCENTRADA

VITAMINA K

VITAMINA PP

# SULFAMIDAS « PASTEUR »

SULFADIAZINA

SULFAGUANIDINA

SULFAMETAZINA

SULFANILAMIDA

SULFAPIRIDINA

SULFATIAZOL

SULFATIAZOL-PRATA

# VACINAS « PASTEUR »

VACINA ANTI-ESTAFILOCÓCICA POLIVALENTE

VACINA ANTI-PERTUSSIS

VACINA ANTI-TÍFICA MONOVALENTE Vi

VACINA ANTI-TÍFICA-PARATÍFICA T. A. B. Vi

LABORATÓRIO DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA