

PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

SUMÁRIO: Um caso de agenesia renal esquerda, por JOÃO COSTA. Sobre a accção da metiltestosterona nos prematuros, por ANTÓNIO PEREIRA. Aplicações da higiene na prática clínica (Conclusão), por ALMEIDA GARRETT.

Movimento nacional — *Acção Médica* (Medicina e oportunidade). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (Angiomatose pulmonar artério-venosa). *Boletim da Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica* (Diagnóstico diferencial em radiologia). *Boletim da Assistência Social* (O Hospital-Colónia Rovisco Pais). *Jornal do Médico* (Terapêutica da insuficiência cardíaca. Síndrome de Guillan-Barré e gripe). *Livros e Opúsculos*.

Actualidades — O 1.º Congresso Internacional da B. C. G., por JUSTINIANO PEREZ PARDO. Técnica da vacinação pela B. C. G. e da reacção à tuberculina, pelo Dr. AUGUSTO DA SILVA TRAVASSOS. Conclusões do relatório da Comissão de Terapêutica, Sub-Comissão de Éstreptomina, da American Trudeau Society, por N. C. HINSHAW.

Notas científicas e práticas — Patologia e terapêutica da obstipação. Éstreptomina, coqueluche e tuberculose. Anatoxina diftérica na paralisia infantil. Vitamina K nos acidentes sanguíneos causados pelo salicilato de sódio. Brucelose apirética.

ANEXOS — Balanço de 1948, por A. GARRETT. Registo de livros novos. Notícias e informações.

ESTE NÚMERO CONTÉM O ÍNDICE ALFABÉTICO DE 1948

VITAMINA P. P.

(amida nicotínico)

NICOTAMIDE

Specia

REGIMENS DE RESTRIÇÕES
SINDROMAS PELAGROSOS FRUSTES
AFTAS • GASTRITES • COLITES
ERITEMAS SOLARES
DEPRESSÃO MENTAL
ASTENIAS • DISPEPSIAS
FRIEIRAS
PIORREIA • SEBORREIA

Tratamento adjuvante da
sulfamidoterapia e da radioterapia

APRESENTAÇÕES:

Grânjeias de Ogr. 05 (Tubos de 40)
Emplôas de 2 cc. a Ogr. 10
(Caixas de 5)

POSOLOGIA:

Via bucal: 4 a 10 grânjeias por dia
Via intramuscular: 2 a 4
emplôas por dia

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA

21, RUE JEAN GOUJON



MARCS POULENC FRERES & USINES DU RHONE

PARIS (8^e)

Soc. Com. CARLOS FARINHA, L.da — R. dos Sapeleiros, 30, 3.º — Lisboa

Balanço de 1948

Volvendo os olhos para os doze meses que agora findaram, pode sem receio afirmar-se que a medicina portuguesa activamente contribuiu para o seu prestígio e para os benefícios que a Nação tem o direito de esperar de uma classe cuja missão visa, mais que a de qualquer outra, o bem público.

Recordem-se, em primeiro lugar, as manifestações de carácter científico, testemunho da sua elevação cultural e contribuição valiosa para o bom nome nacional.

Realizou-se em Lisboa o Congresso luso-espanhol de obstetrícia e ginecologia, com notório brilhantismo. Comemorando o primeiro centenário do Hospital Miguel Bombarda, efectuou-se um ciclo de notáveis conferências, onde a par dos nossos melhores psiquiatras falaram as figuras espanholas de maior relevo na especialidade. O Centro de cardiologia médico-social de Coimbra promoveu uma série de conferências, realizadas com pleno êxito, versando-se com grande proficiência diversos temas cardiológicos.

O curso de férias da Faculdade de Medicina de Coimbra teve este ano a contribuição de professores de Lisboa e Porto, prosseguindo vitoriosamente a sua já longa existência. A Ordem dos Médicos, no Porto, organizou um curso de aperfeiçoamento médico-sanitário, cujo êxito foi manifesto. A Direcção Geral de Saúde fez o curso anual de aperfeiçoamento para sub-delegados de saúde; no Instituto Central de Higiene, diversas conferências mostraram o crescente interesse de muito dos nossos mais cultos colegas pelos assuntos de saúde pública.

Sociedades e instituições médicas realizaram sessões em que foram apresentados muitos trabalhos, entre os quais alguns de valioso carácter original. Assim, na Sociedade das Ciências Médicas, na Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos, e nas Sociedades de Dermatologia e de Estomatologia. A Faculdade de Medicina do Porto continuou as suas reuniões científicas do corpo docente, onde se mostra o labor dos que ali trabalham tão dedicadamente; o mesmo fizeram os Hospitais da Universidade de Coimbra. Em diversos serviços hospitalares, o respectivo pessoal médico efectuou reuniões para comunicação dos seus trabalhos, cumprindo destacar o Serviço de Oto-rino-laringologia do Hospital dos Capuchos e o de Urologia do Hospital do Desterro; e continuaram com o seu activo valor o Instituto Rocha Cabral e o Instituto António Aurélio da Costa Ferreira. E fora dos centros universitários, a reuniões em Caldas da Rainha, Leiria e Portalegre, foram levados trabalhos dos médicos de Lisboa, Coimbra e Porto.

Fomos visitados por alguns eminentes cultores da medicina, de diversos países da Europa e da América. Vieram uns tomar parte no Curso Internacional de Medicina e Cirurgia de Urgência, outros a



fazer conferências isoladas; entre estes cumpre recordar dois nomes de projecção mundial: os de Fanconi e de Walgreen.

Nasceram duas novas sociedades científicas: a de Oto-neuro-oftalmologia e a de Pediatria; as sessões inaugurais decorreram com grande elevação, e é de esperar que cumpram a tarefa a que se propuseram.

Também o ano viu nascer novas revistas, umas exclusivamente portuguesas, outras luso-espanholas: a Gazeta Médica Portuguesa; a Acta Endocrinologica et Gynaecologica; a Revista Portuguesa de Obstetrícia, Ginecologia e Cirurgia; as Actas Luso-espanholas de Neurologia e Psiquiatria; o Boletim de Endocrinologia e Clinica. Prova esta do empenho de aumentar produção escrita que demonstre a vitalidade científica da medicina nacional.

Publicaram-se várias obras, entre as quais a História da Medicina Portuguesa, de Ferreira de Mira, e o 2.º volume das Conferências de Pediatria, do Hospital Estefânia, promovidas por Cordeiro Ferreira.

Não pode dizer-se que não se trabalhou.

A Ordem dos Médicos, com a eleição do novo Consellho Geral, reanimou-se. Tem trabalhado com ardor e é de esperar que, com a proficiência e a tenacidade com que procura defender os interesses da classe, há-de ver coroados de êxito os seus esforços. Seria pedir de mais que no curto praso de um ano tivesse conseguido a satisfação de pretensões que, se são justas aos nossos olhos, não são vistas da mesma maneira por quem não comprehende bem o especial carácter da profissão médica, e que há que convencer à força de argumentos vívidos.

Estão em debate, cada vez com maior acuidade, interesses profissionais de vulto, perante a tendência para a socialização do exercício médico. Atravessa-se uma quadra de interinidade, neste assunto, pois não estão ainda assentes, nem o âmbito do sistema, nem as condições do exercício da clínica colectivizada; o que se está a fazer tem o aspecto de um ensaio. E é por isso que eu creio que a acção da Ordem dos Médicos há-de conseguir colocar bem a profissão médica, quando se firmarem as normas de uma orgânica com carácter estável.

A medicina pública contou notáveis progressos. Tudo o que respeita à sanidade foi cuidado pela Direcção Geral de Saúde com evidente propósito de progredimento: melhorou-se o funcinamento das delegações de saúde, intensificaram-se as vacinações, e trabalha-se para instaurar a realizada pela B. C. G. contra a tuberculose.

Os Hospitais Cívicos obtiveram grandes melhoramentos, entre os quais se notabilizam os relativos ao Serviço de Transfusão de Sangue no Hospital de S. José e a instalação de um Serviço de Neurologia no Hospital dos Capuchos. O Hospital Júlio de Matos inaugurou novas dependências, e ficou completo o Hospital Miguel Bombarda;

são agora dois estabelecimentos modelares, que ombreiam com o Instituto de Oncologia, também há pouco completado.

A actividade científica e profissional dos médicos portugueses, bem testemunhada, encontra paralelo no progresso bem patente da orgânica assistencial e sanitária, o que também contribue para o prestígio da medicina nacional.

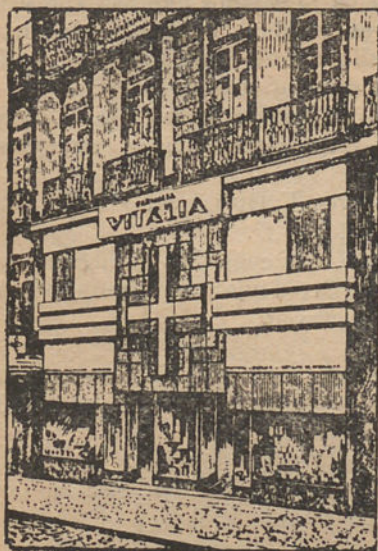
Fechando o balanço de 1948, não pode deixar de reconhecer-se que honrou a medicina portuguesa, e que, se não nos deixou satisfeitos pelo que respeita a vários aspectos do exercício profissional, trouxe-nos a legítima esperança de que o de 1949 dará um balanço ainda melhor, por vermos alcançadas as maiores aspirações da classe. Compare-se o panorama com o de 1947, e ver-se-á que se ganhou no decurso do ano que agora terminou os seus dias.

A. GARRETT

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 B₁, doseadas a 0,005 (2.500 U.I.).

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

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

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

REGISTO DE LIVROS NOVOS

Nouvelle pratique chirurgicale illustrée, por S. DUPRET — 276 pág. com 239 fig. — G. Doin, Edit., Paris, 1948. (Fasc. I). 550 fr.

Colecção reputada, que agora aparece actualizada e com novos artigos. Este primeiro volume inclue os seguintes: Amputação do recto por cancro (J. Quénu), Radioterapia do cancro do colo uterino (J. Pierquin e G. Richard), Histeropexia ístmica e apendicectomia (J. Quénu), A via de acesso vagino-perineal na sua cura operatória das fístulas altamente situadas (R. Couvelaire), Tratamento das pseudartroses da diáfise humeral (D'Aubigné), Ressecção artroplástica da anca por coxartria (P. Mathieu), Osteotomia intertrocanteriana por pseudartrose do colo do fémur (D'Aubigné).

Précis de toxicologie, por E. KOHN-ABREST — 452 pág. com 70 fig. — G. Doin, Edit., Paris, 1948. 980 fr.

Segunda edição, completamente refundida. O que caracteriza este manual é a judiciosa escolha das técnicas, subordinada à simplicidade e eficiência, evitando assim que o leitor se perca entre citações de processos numerosos. Depois, claramente se expõe a discussão interpretativa dos resultados das análises. Tudo se junta para que esta edição tenha o êxito que a primeira obteve.

Les tuberculiques et leur traitement homoeopathique, por L. VANNIER — 400 pag., G. Doin, Edit., Paris, 1948. 495 fr.

Por tuberculícos o A. designa os infectados que não apresentam sinais de tuberculose evolutiva ou residual, ameaçados de surto de bacilose clínica. Trata-os por medicamentos homeopáticos combinados com produtos específicos, tais como o soro de Marmoreck, o preparado de Spengler, o caldo de Denys, as tuberculinas muito diluídas. De estes procedimentos dá conta, assinalando os resultados.

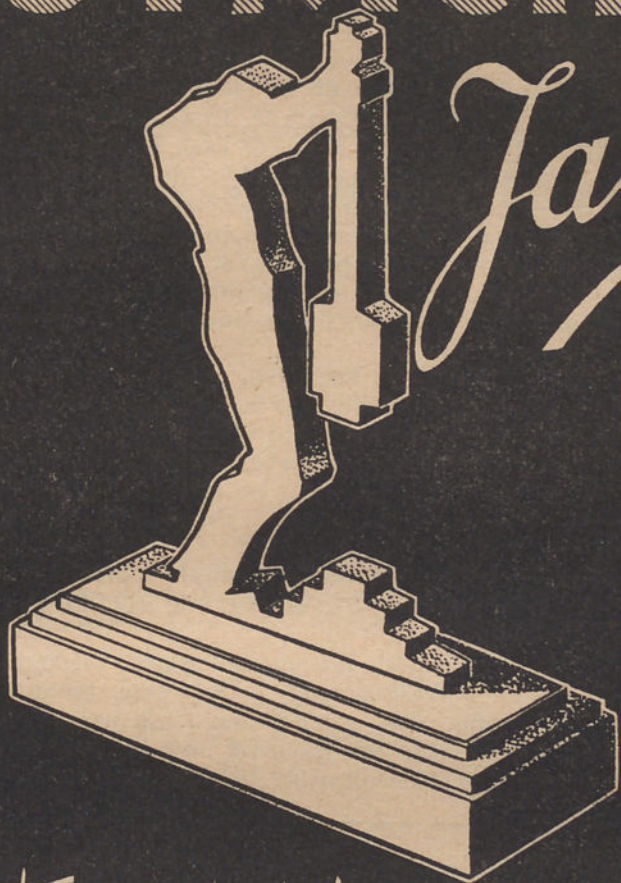
La vie hygiénique du tuberculeux, por F. DUMAREST — 2.^a edição, 146 pag. — G. Doin, Edit., Paris, 1948. 170 fr.

Como deve proceder o tuberculoso, que conselhos de higiene lhe deve dar o médico. Eis o assunto deste livro, cuja propriedade corresponde ao prestígio do tisiólogo que o escreveu.

L'hématologie du typhus exanthématique, por C. DULONG DE ROSNAY — 130 pag.; com 3 estampas — G. Doin, Edit., Paris, 1948. 275 fr.

Trabalho pessoal, de investigação do valor do exame do sangue para o diagnóstico do tifo exantemático, será lida com interesse por analistas e bacteriologistas, que nele encontrarão também a bibliografia do assunto.

NUTRICINA



Jaba

*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

Le syndrome de diabète rénal, por ROBERT DEBRÉ—66 pag., il. — G. Doin, Edit., Paris, 1948. 145 fr.

Monografia em que o professor da Pediatria de Paris expõe em todos os seus pormenores o síndrome de diabetes renal na criança, com raquitismo, osteomalacia incurável e perturbações do desenvolvimento.

Mémento de posologie et de thérapeutique infantiles, por R. FABRE, H. GRENET, J. HALLÉ, Q. LESNÉ, E. RIBADEAU-DUMAS, L. TIXIER, R. TURPIN—160 pag. — G. Doin, Edit., Paris, 1948. 150 fr.

Para guiar o clínico na prescrição de medicamentos para as doenças das crianças, nomeou a Sociedade de Pediatria de Paris uma comissão composta pelos autores deste útil livrinho, em que se indicam as doses e o modo de utilização dos fármacos, tanto para a primeira infância como para as idades até à adolescência. Capítulos finais tratam da hidroclimatologia e do tratamento de urgência das intoxicações.

Guide du stagiaire en médecine, por M. AUDIER — 190 pág., il. — G. Doin, Edit., Paris, 1948. 150 fr.

Manual destinado ao estudante que aborda o estudo dos doentes, sucessivamente expõe: como observar o doente, cuidados a prestar-lhe, significado dos termos usuais em clínica, números que é preciso ter presentes. Preenche inteiramente o fim visado.

Les interventions de pratique médicale courante, por J. OLMER, P. BUISSON & M. AUDIER. — 3.^a edição, 152 pág., 14 fig. — G. Doin, Edit., Paris, 1948. 200 fr.

Técnicas e indicações dos procedimentos vulgares em clínica geral, tais como injecções, punções, transfusão, tubagens, etc., são claramente expostos neste volume, muito útil para quem começa e não está ainda treinado nas pequenas intervenções para diagnose e terapêutica, que tem frequentemente de fazer-se no exercício da clínica.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

Sociedade de Pediatria. — No dia 25 de Novembro, no salão-nobre do Hospital de S. José, realizou-se a sessão inaugural desta nova sociedade, tendo o prof. Almeida Garrett pronunciado a alocução de abertura dos trabalhos associativos. A esta sessão veio assistir o secretário geral da Sociedade de Pediatria de Madrid, Dr. Felix Sancho Martínez, encarregado de entabolar relações mútuas e de convidar os pediatras portugueses a participar no Congresso de Pediatria que se efectua em Sevilha nos dias 9 a 15 de Maio próximo. A Direcção desta nova sociedade é assim constituída: Almeida Garrett, presidente; Castro Freire, vice-presidente; Cordeiro Ferreira, secretário; Abel da Cunha, tesoureiro; Lúcio de Almeida, Fonseca e Castro, Salazar de Sousa, vogais.

Escola de enfermagem de Castelo Branco. — Foi solenemente inaugurada esta nova escola, que funciona no Dispensário de Puericultura Dr. Alfredo Mota.

Doutoramentos. — Realizou-se na Universidade de Coimbra a cerimónia da imposição das insígnias doutorais aos assistentes da Faculdade de Medicina Srs. Drs. Gonçalves Ferreira, Cunha Vaz e Henrique de Oliveira.

Postos de transfusão de sangue. — Foram instaurados no Hospital de Santo António, de Penamacor, e no Hospital da Misericórdia da Covilhã, exemplos do progresso que se está efectuando na assistência hospitalar, pelo país fora.

Jornadas médicas luso-italianas. — Promovidas pelo Jornal do Médico, efectuar-se-ão de 15 de Maio a 9 de Junho estas jornadas, em que serão vistas as principais cidades da Itália; os participantes irão por via Paris, onde farão uma paragem de quatro dias. Serão visitadas as instituições médicas e os atractivos turísticos. Todas as informações sobre estas jornadas devem pedir-se à Secção de Viagens do Jornal do Médico, Rua do Carmo, 60, 3.º, Lisboa.

Imposto profissional. — O Conselho Geral da Ordem dos Médicos apresentou à Assembleia Nacional uma representação sobre o artigo da lei orçamental que autoriza o Governo a elevar de 50 por cento o imposto profissional médico, argumentando com o aumento sensível do número de médicos em desproporção com o volume da clínica livre. A Assembleia, porém, aprovou o referido artigo, tendo-se respondido ao deputado Dr. Formosinho Sanches, que defendeu a petição da Ordem, que os honorários clínicos estavam actualizados no seu valor, o que não sucedia à contribuição.

Necrologia. — Em Lisboa, o Dr. Rodolfo Xavier da Silva, antigo director do Instituto de Criminologia e do Instituto Clínico da Junta de Província da Estremadura; o Dr. António Silva; e o Dr. José Maria Antunes, que exerceu clínica em Angola durante muitos anos. Dr. Domingos Lopes Fidalgo, considerado clínico em Ovar e nosso estimado assinante. Dr. João Carlos Rodrigues de Azevedo, médico em Braga. Em Rio Maior, o antigo médico Dr. Francisco António Correia. Dr. José Inácio Corrcia, clínico em Albufeira.

Devido à mudança de tipografia e conseqüente da redacção e administração, distribue-se este número com um atraso com que não se contava. O de Janeiro de 1949 sairá dentro de alguns dias. Os nossos leitores que desculpem esta falta.



REVISTA MENSAL ILUSTRADA

Sumário do n.º de Janeiro de 1949

A sorte da Europa está a decidir-se na China, por Edgar Milton. *Exercite a sua memória*, por Bruno Fuser. *Os esquimós Caribou*, por Donald B. Marsh. *A «delicada» senhora Wheelwright*, de Sie Und Er. *Bernard Shaw chama o médico*, de Magazine Digest. *Vida e morte do grande rinoceronte hindu*, de The Illustrated London News. *O sal*, de Mecanica y Ciencia. *Desportos*, por Quádrío Raposo. *Os poetas e a tuberculose*, por José Crespo. *Onde estão os cómicos do cinema?*, por Robert Smith. *Monsieur Alfredo*, por Axel Munthe. *Concurso do problema policial* (problema n.º 6). Passatempo (15 charadas). Notas e anedotas.

5\$00 — À venda em todos os bons quiosques

Redacção e Administração: Rua Luz Soriano, 149, Porto — Tel. 9880

ALUCOL

WANDER

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

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

APRESENTAÇÃO:

Alucol simples — Cx. de 36 e 60 comprimidos.
Cx. de 100 gr. de pó.
Alucol composto — Cx. de 36 comprimidos.

Carbietol

WANDER

Carvão animal ultra-adsorvente

COMPOSIÇÃO:

Hidrato de Alumínio Coloidal.
Carvão adsorvente activado.
Pectina.
Benzonaftol.
Hexametilenatetramina e
Massa granulada.

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

APRESENTAÇÃO: Cx. de 85 gr.

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

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

PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXII — N.º 12

DEZEMBRO DE 1948

Um caso de agenesia renal esquerda

por JOÃO COSTA

Ass. na Faculdade de Medicina do Porto

De acordo com Papin, devemos considerar como casos de rim único, aqueles em que um dos rins está completamente ausente. Outros autores, como Bell, consideram também, no sentido mais lato, casos de rim único, aqueles em que um dos rins é normal ou de dimensões superiores ao normal, e o outro de muito reduzidas dimensões. Outros têm ainda descrito casos de rim único que na realidade não passam de sinfises renais.

Por vezes à ausência de um dos rins associa-se a do uretere do mesmo lado. Noutros casos encontra-se o uretere mais ou menos desenvolvido. Parece ser mais frequente a ausência do uretere no lado da anomalia, do que a sua presença. Assim, Bell, em 68 casos de rim único, apenas o encontrou em 12. Fortune, em 422 casos, verificou a existência do uretere no mesmo lado da anomalia, apenas em 10 $\frac{0}{10}$ dos mesmos.

Quanto à frequência da anomalia de que estamos tratando, Bell encontrou-a na proporção de 1 para 519, numa série de 35.329 autópsias. Collins, numa revisão de 337.488 autópsias, encontrou a anomalia em 572 casos, ou seja na proporção de 1 para 920. Num grupo de 2.400 prematuros, Bell verificou a ausência de um dos rins em 16 casos, ou seja na proporção de 1 para 150. Dodson afirma que a referida anomalia se encontra em regra uma vez em cada 1.000 autópsias.

Quanto ao sexo, parece haver, de acordo com as estatísticas, um certo predomínio dos machos sobre as fêmeas, acima de um ano de idade. Assim Collins, a quem já nos referimos anteriormente, encontrou 281 indivíduos do sexo masculino e 231 do sexo feminino, com esta anomalia. Dos 68 casos de Bell, 46 eram machos e 22 indivíduos do sexo feminino.

Mostram também as estatísticas que a anomalia é mais frequente no lado esquerdo. Collins verificou a ausência do rim esquerdo em 54,7 $\frac{0}{10}$, e a do rim direito em 40,9 $\frac{0}{10}$ dos seus casos;

nos restantes não era especificado o lado da anomalia. Bell refere idêntico achado, com 38 e 29 casos, respectivamente, para o lado esquerdo e para o lado direito.

No que respeita à idade em que se tem verificado a ausência de um dos rins, pode a mesma encontrar-se em fetos ou em indivíduos da mais avançada idade. Collins encontrou 381 casos de idade superior a 21 anos. Bell encontrou-a num indivíduo de 84 anos.

Em regra não se encontram anomalias no rim existente. Este encontra-se aumentado de volume na maioria dos casos. Por vezes contudo está diminuído, como num caso descrito por Nelson. Em regra é também normal a posição do rim existente, se bem que estão publicados alguns casos de ectopia renal cruzada e ectopia pélvica.

É muito frequente a associação de outras anomalias, à agenesia renal unilateral, principalmente do aparelho genital, tais como bifidez uterina, duplo útero, atresia vaginal, etc., na mulher, e ausência uninateral dos canais deferentes, canais ejaculadores, vesículas seminais, etc., no homem; contudo Bell poucos casos encontrou em que houvesse associação de outras anomalias, excepto nos prematuros. Quanto aos restantes órgãos do aparelho urinário, resta-nos mencionar a bexiga. Tem-se encontrado casos em que o trígono é normal, com dois orifícios ureterais, um dos quais não ejacula urina. Outras vezes o trígono está completamente desenvolvido, mas falta um dos orifícios ureterais. Outras vezes ainda só existe metade do trígono.

É crença geral que o rim existente é mais frequentemente afectado por processos patológicos do que os rins dos indivíduos normais, opinião contra a qual se insurge H. Bastos, invocando como argumento a seu favor o caso dos nefrectomizados. Bell, por seu lado, não vê razão para que os portadores de rim único congénito não possam atingir avançada idade.

Passando em revista a literatura portuguesa que pudemos obter encontramos várias citações de casos de rim único.

J. A. Pires de Lima, no seu livro *Vícios de Conformação do Sistema Uro-Genital*, refere-se a uma peça de autópsia preparada por Moreira de Barros, em que estavam ausentes o rim e uretere esquerdo; essa referência a variações renais, mencionada no *Catálogo dos Gabinetes da Escola Médico-Cirúrgica do Porto*, de 1865, seria a mais antiga da literatura portuguesa. Arruda Furtado, em 1909, verificou num cadáver que autopsiou, a ausência do rim e uretere direitos, assim como da metade correspondente do trígono; a cápsula suprarrenal direita (?) também não foi encontrada. H. Parreira apresentou ao 1.º Congresso Hispano-Português de Urologia, realizado em Lisboa em 1925, várias peças de autópsia, entre as

quais a de um indivíduo com ausência congénita do rim direito; o Professor Pires de Lima, no seu livro a que acima nos referimos, cita os casos encontrados por estes dois autores. Geraldino Brites, em 1930, entre várias peças de autópsia, apresentou quatro casos de rim único congénito, dos quais dois tinham a anomalia no lado direito e dois no lado esquerdo; num dos casos não existia a metade correspondente do trígono, e nos restantes três casos estava ausente o orifício ureteral do lado da anomalia. Xavier Morato, durante o estudo necrópsico de um indivíduo falecido de agranulocitose, verificou no mesmo a ausência do rim esquerdo; no único rim existente havia lesões degenerativas dos tubos urinários e hiperplasia dos glomérulos. Esteves Pinto, em 1936, publicou no *Portugal Médico* o primeiro caso em que o diagnóstico da anomalia a que nos vimos referindo, foi feito no vivo; tratava-se de um indivíduo portador de um carcinoma gástrico em que não existia o rim direito. Ferraz Junior, no mesmo ano, publicou um outro caso, verificado à autópsia, de um indivíduo com ausência congénita do rim e uretere direitos, em que também faltava a metade correspondente do trígono. Joaquim Bastos apresentou à V Reunião da Sociedade Anatómica Portuguesa, em 1937, um caso também estudado na mesa de autópsias, de uma mulher com imperfuração do hímen, hematometria e hemosalpínges, em que havia um único rim, situado ao nível de LIV, com dois hilos, um anterior para os ureteres, outro posterior para a artéria e veia renais. Carneiro de Moura, em 1937, referiu-se a um caso de ausência congénita do rim direito, numa mulher com um tumor pélvico; o uretere do mesmo lado também estava ausente; o diagnóstico foi confirmado por um estudo arteriográfico; o rim esquerdo encontrava-se dilatado, devido à compressão do uretere pelo tumor. Em 1942, Machado Macedo verificou num recém-nascido de termo, falecido meia hora depois da extracção por cesareana, a ausência do rim direito e respectivos vasos, assim como do uretere; o rim esquerdo possuía dois hilos. Temos conhecimento de dois outros casos, apresentados como este à XIII Reunião da Sociedade Anatómica Portuguesa por Carmen Magalhães e E. Samagaio.

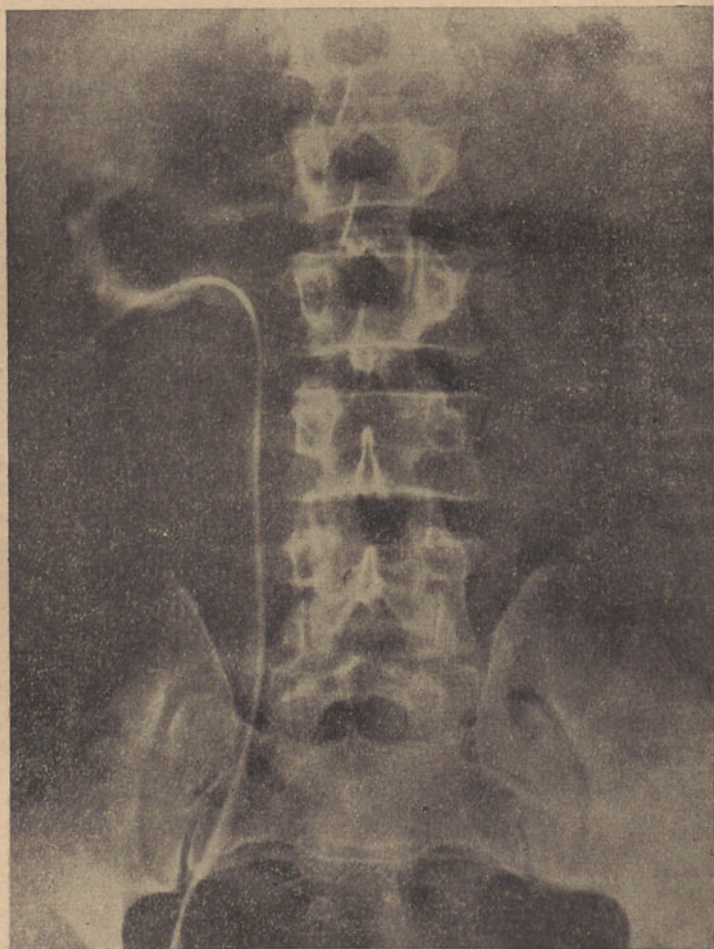
Sob o ponto de vista cirúrgico, a verificação da existência de um único rim, é de extraordinária importância, como facilmente se compreende. Com os meios de diagnóstico urológico de que hoje dispomos, poucas possibilidades existem de que se pratique uma nefrectomia em indivíduos portadores de um só rim. Contudo estão publicados vários casos de morte de doentes em que se fez a ablação do único rim que possuíam.

O diagnóstico da agenesia renal unilateral é feito quer pelo exame cistoscópico, quer principalmente pelos exames pielográficos descendentes ou retrógrados. O tratamento do rim existente tem

naturalmente de ser conservador; será lícito intervir cirúrgicamente em tais casos, apenas por motivos de extrema urgência.

O caso que vamos apresentar é o seguinte:

J. A., de 39 anos de idade, casado, doente da nossa clinica particular, enviado para exame pelo clínico assistente por ter tido várias hematúrias totais, a primeira das quais nove meses antes do nosso exame. Durante este período teve várias hematúrias



que cessaram espontaneamente. O doente não apresentava quaisquer sintomas urinários subjectivos. Pêso e apetite conservados. Na história anterior apenas havia a registar uma uretrite, provavelmente gonocócica, quatro anos antes. História de familia sem interesse.

Exame físico: — Tensões arteriais 140/72 milímetros de mercúrio. Pulso: 86. Apirético. O testículo direito encontrava-se levemente aumentado; o epididimo do mesmo lado era normal; o epididimo esquerdo era irregular, um pouco endurecido, não nodular, de tamanho normal. Cordões espermáticos normais. Toque rectal: esfíncter anal de tonus normal; próstata de tamanho, forma, mobilidade e sensibilidade normais; vesículas seminais normais. Rins impalpáveis. Restante exame físico negativo.

Exame da urina: vestígios de albumina; abundantes glóbulos rubros; alguns leucócitos; algumas células das vias urinárias inferiores; ausência de agentes microbianos. Reacções serológicas da sífilis negativas. Ureia no sangue: 0,412 gramas por litro. Glicose no sangue: 0,900 gramas por litro.

Exame cistoureteroscópico: — Boa capacidade vesical. Ligeira trabeculação. Anmento generalizado da vascularização. Ansência da metade esquerda do trígono e do respectivo orifício ureteral. Metade direita do trígono e orifício ureteral do mesmo lado normais. Deste último vimos sair urina levemente rósea. Colo vesical normal. Ligeira procidência intra-uretral dos lobos laterais da próstata. Verumontanum normal. Orifícios dos canais ejaculadores normais em forma, tamanho e posição.

Introduzimos no uretere direito uma sonda uréteral N.º 6F com toda a facilidade, sonda pela qual saiu urina com o ritmo normal de eliminação.

Prova do indigo carmin: aparecimento aos 3,5 minutos; boa concentração.

Entre outros exames radiográficos obtivemos neste doente uma pielografia retrógrada direita, vinte e cinco minutos depois da injeecção intra-venosa de 20 centímetros cúbicos de *opaxyl* a 75%. Como meio opaco, para a injeecção retrógrada usámos uma solução de *Hippuran* a 20%. A gravura junta é uma reprodução dessa chapa. Como podemos ver, além do meio opaco existente no bacinete e cálices direitos, e do que refluiu ao longo do uretere do mesmo lado, para a bexiga, não há quaisquer vestígios do mesmo noutras regiões. Igualmente, não vemos no lado esquerdo qualquer sombra que possa ser devida à presença do rim homónimo. O obscurecimento da área abdominal por gases não permite uma análise morfológica muito rigorosa dos cálices e do bacinete direitos. Vemos uma acentuada angulação da porção inicial do uretere, assim como um enchimento defeituoso dos cálices do grupo superior. Contudo não ficamos de posse de elementos que nos permitam o diagnóstico etiológico das hematurias. A área renal parecia aumentada. Depois deste primeiro exame perdemos o doente de vista, pelo que desconhecemos a evolução do caso.

BIBLIOGRAFIA

- BASTOS (J. M.) — Imperfuração do hímen. Rim único em ectopia lombar baixa. V reunião da Soc. Anatóm. Port., Coimbra, 1937.
- BELL (E. T.) — Renal Diseases. Philadelphia, 1947.
- BRITES (G.) — Anomalies congénitales de l'appareil urinaire supérieur (étude de 110 cas). *Folia Anatom. Univers. Conimbrig.*, 5 (2): 1, 1930.
- COLLINS (D. C.) *Ann. Surg.* 95:715, 1932.
- DODSON (A. I.) — Urological Surg., St. Louis, 1944.
- FERRAZ JR. (A.) — Agenesia renal unilateral. *Port. Med.*, 20:106, 1936.
- FURTADO (C. A.) — Sur un cas d'absence congénitale de l'un des reins chez l'Homme. *Bull. Soc. Port. Sciences Nat.*, 2:208, 1909.
- LIMA (J. A. PIRES DE) — Vícios de conformação do sistema uro-genital. Porto, 1930.
- MACEDO (M.) — Uma anomalia renal: rim único. *Arq. Obst. Ginec.*, 5 (2): 132, 1942.
- MORATO (M. J. X.) — Sobre um caso de agranulocitose. Estudo clínico e anátomo-patológico. *Medicina*, 12:457, 1935.
- MOURA (A. C. DE) — O diagnóstico arteriográfico do rim único cogénito. *A Medic. Contemp.* 4:53 (Jan.), 1937.
- PAPIN (E.) — Chirurgie du rein. Paris, 1928.
- PARREIRA (H.) — Apresentação de algumas peças anatómicas do aparelho urinário. I Congr. Hispano-Port. de Urolog., Lisboa, 1925.
- PINTO (E. E.) — Agenesia renal unilateral. *Port. Med.*, 6:240, 1936.

SERVIÇO DE PARTOS DO HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO
(Director : DR. ROLANDO VAN ZELLER)

Sobre a acção da metiltestosterona nos prematuros

por ANTÓNIO PEREIRA
2.^o Assistente

Cumpre-nos apontar, em primeiro lugar, o conceito que seguimos na classificação de prematuros porque se nota actualmente um grande desacôrdo entre pediatras e obstetras sobre esse conceito. Adoptaremos o conceito da American Academy of Pediatrics porque é, ao que nos parece, o mais espalhado: «Entende-se por prematuro todo o feto que pese 2.500 gr., ou menos, ao nascer (não na admissão à clínica) qualquer que seja o período da gestação». Como todas as classificações, esta também pode ser alvo de crítica, mas não é do âmbito destas notas o fazê-la.

É do conhecimento geral ser o prematuro um feto que, pelo desfalque nas suas defesas, põe ao clínico vários problemas, os quais não sendo resolvidos agravam o prognóstico e condicionam a morte. Schwartz reuniu essas dificuldades nas seguintes alíneas:

- 1) Dificuldade de respiração, tendo como consequência a tendência para a asfixia e pneumonia de aspiração;
- 2) Instabilidade térmica, como se verifica, na prática, pela hipotermia e hipertermia tam frequentes dos prematuros;
- 3) Falta de preparação para a alimentação, verificada pela diminuição do reflexo de sucção e pela tendência para as gastro-enteropatias;
- 4) Uma grande susceptibilidade para a infecção, verificada pela grande frequência da pneumonia nas causas de morte.

Num serviço convenientemente apetrechado, quer no material, quer no pessoal, podemos vencer as dificuldades acima apontadas diminuindo a mortalidade entre os prematuros. Exemplo, entre muitos, constitui o serviço de prematuros do Hospital de Houxton que, em 1941, viu baixar de 51% a mortalidade dos prematuros. Como nem sempre se pode contar com serviços tão bem montados, é nosso dever adoptar medidas de emergência que contrabalançam essas deficiências.

A leitura do trabalho de Shelton e Varden sobre a acção da testosterona nos prematuros, fez-nos experimentar essa droga com o fim de avaliarmos de alcance prático do seu uso. É hoje geralmente aceite que o proprionato de testosterona e a metiltestosterona fazem diminuir o nitrogénio urinário, sobretudo na fracção ureica. Esta baixa não é acompanhada de aumento de proteínas do plasma, ureia, nitrogénio não proteico do sangue ou de concentração de hemoglo-

bina. Por outro lado, não se verificam variações de nitrogénio fecal pela acção dos referidos ésteres da testosterona acima citados, e assim é lícito chegarmos à conclusão que esses ésteres fazem com que o organismo retenha nitrogénio, que é provávelmente empregado na construção tecidual pois, como já vimos, esse nitrogénio retido não é encontrado no sangue, na urina, nem nas fezes. Verifica-se também que a testosterona faz diminuir o volume urinário, havendo baixa de cloretos e dos iões sódio e potássio.

Pois que a testosterona retem dentro do organismo, água, iões sódio e potássio e nitrogénio, e tendo o prematuro grande falta de preparação para se alimentar, é lógico pensar que a testosterona nos seja duma grande ajuda no tratamento dos prematuros. Nos adultos ela tem sido empregada com relativo êxito em certos casos de magreza excessiva, sobretudo na caquexia hipofisópriva.

Adoptámos o seguinte esquema de tratamento: 24 horas após o nascimento começávamos a ministrar a metiltestosterona (Tiverol-M, Schering) nas doses de 2,5 mgr. de 12 em 12 horas, dadas juntamente com a alimentação ⁽¹⁾. Shelton e Varden pensam que os fetos tem uma reserva de vitalidade inerente que lhes permite manter-se durante 24 horas. Daí começar-se o tratamento 24 horas depois do nascimento. Os cuidados que tivemos com os prematuros foram mais ou menos os que se têm com os fetos de pêso normal; mas evitamos na medida do possível a exposição a grandes diferenças térmicas, embrulhando-os em algodão hidrófilo.

Reservamos três casos para controle:

N.º 1	Pêso ao nascer — 2270 gr.	Pêso 6 dias depois — 2130	Diferença — 140 gr.
N.º 2	» » » — 2270 »	» » » » — 2170	» — 100 »
N.º 3	» » » — 2500 »	» » » » — 1970	» — 530 »

N — Os casos Nos. 2 e 3 são de parto gemelar. Em todos os casos acima a alimentação foi a natural e saíram desta enfermaria sem que de momento houvesse a impressão de que o prognóstico era reservado. Em todos a perda de pêso é notória.

Submetemos 10 prematuros à acção da metiltestosterona, e olhando para o respectivo quadro verifica-se que em 8 há resultados nitidamente favoráveis, isto é, com aumento de pêso ou sem diminuição dele. Nos casos em que houve diminuição, como por exemplo o n.º 4, já vimos que, até certo ponto, o síndrome infeccioso pode ser apresentado como culpado dessa diminuição, tanto mais que a curva ponderal atingiu valores normais 10 dias depois da parturiente sair. O feto do caso n.º 7 nasceu em estado de morte aparente, com uma circular do cordão bastante apertado em volta do pescoço; foi reanimado pelos processos habituais: limpeza das mucosidades e respiração artificial, não tendo nós usado a clássica injeccão de coramina não só para a ajuizarmos, em igualdade de

(1) Agradecemos à Schering Corporation o ter-nos enviado a separata dos trabalhos de *Shelton e Varden* e o facultar-nos amostras de metiltestosterona (Tiverol — M).

circunstâncias, mas também porque certos pediatras culpam esse fármaco de efeitos nocivos a distância — certos casos de irritabilidade, dificuldade em assimilar intelectualmente e outras anomalias psíquicas na idade escolar tem sido atribuídas ao trauma químico exercido nos centros nervosos pelos analépticos centrais.

Resumo estatístico do ensaio feito em dez prematuros

N.º	Pêso ao nascer (Gr.)	—	2350	Pêso 10 dias depois (Gr.)	—	2350	Diferença	o Gr.
N.º 1	» » » »	—	2040	» 7 » » »	—	1180	»	— 230 »
N.º 2	» » » »	—	1730	» 44 » » »	—	2460	»	+ 730 »
N.º 3	» » » »	—	1950	» 9 » » »	—	1920	»	— 30 »
N.º 4	» » » »	—	2350	» 14 » » »	—	2820	»	+ 470 »
N.º 5	» » » »	—	2250	» 8 » » »	—	2300	»	+ 50 »
N.º 6	» » » »	—	2340	» 7 » » »	—	2380	»	+ 40 »
N.º 7	» » » »	—	2450	» 7 « » »	—	2330	»	— 120 »
N.º 8	» » » »	—	1900	» 7 » » »	—	1900	»	0 »
N.º 9	» » » »	—	1180	» 10 » » »	—	1450	»	+ 270 »
N.º 10								

Observações. — No caso n.º 3 a mãe era bacilar, tendo vindo a falecer depois de ter saído do nosso serviço, sendo a *causa mortis* a T. P. O filho foi vacinado com B. C. G. e manteve-se no serviço, em isolamento, devido aos cuidados de rotina a ter com os vacinados pela B. C. G. A alimentação foi cuidada pelo pediatra do nosso serviço dr. Brito e Cunha. No caso n.º 4 há a assinalar um síndrome febril ao 5.º dia, que se debelou com sulfatiazol; foi seguido no dispensário de puericultura pelo nosso colega pediatra e dele recebemos o informe de que a curva ponderal atingiu valores normais passados 10 dias depois da saída do nosso serviço — a alimentação, enquanto esteve internado foi artificial. No caso n.º 5 há a assinalar desenvolvimento grande da lãngue.

Shelton e Varden, nos seus trabalhos, apresentam os casos indicando o tempo que levou cada feto a voltar a ter o pêso da altura do nascimento e o tempo que levou a atingir 2.500 gr. Anda à volta de 8 dias o tempo que levaram os referidos prematuros a apresentar novamente o pêso de nascimento; à volta de 40 dias o tempo que levaram a apresentar os 2.500 gr. A nosso vêr é o processo mais sensato de apresentar estes casos; mas, na nossa enfermaria, não os podemos ter tanto tempo sob a nossa observação, por não termos um serviço de prematuros. Por isso adoptamos o critério que atrás expusemos. Os mesmos autores apresentam os casos de 4 pares de gémeos em que o feto submetido à acção de metiltestosterona apresentava desenvolvimento mais acentuado do que o seu par que servia de contrôle.

Há também a acentuar o facto de que, mesmo no restrito período de observação, o pêso geralmente não diminuía, como refere Shelton e Varden. Conservou-se o mesmo ou aumentou.

Em face dos dados apresentados achamos motivo para continuar com as nossas observações, pois os casos apresentados são em pequeno número. Não é nossa intenção advogarmos desde já o uso da testosterona como panaceia universal para os prematuros, mas o

que desde já nos parece lógico é chamar a atenção para mais esta arma de tam fácil manejo no combate às perturbações metabólicas dos prematuros. Tampouco nos parece digno de atender o receio das perturbações secundárias que a testosterona possa produzir; nada observamos que contraindicasse o emprêgo dessa droga. Ao contrário do que muitos pensam a testosterona não tem qualquer acção no desenvolvimento ósseo, nomeadamente na metáfise. Mc Cullagh, Gordan, Fields e outros, em indivíduos submetidos à acção da testosterona durante 15 meses, não encontraram avanços nas idades epifisárias, segundo documentário radiológico por eles apresentado. Não se encontraram diferenças no crescimento de indivíduos á testosterona, comparados com indivíduos tomados como contrôlo. Durante a primeira infância verificou-se em radiografias de punho e de joelho que os indivíduos submetidos à acção da testosterona não mostravam diferenças dos que foram tidos como contrôlo.

Se a testosterona pode vir ou não a ter efeitos a distância, são conjecturas que o tempo se encarregará de esclarecer. Shelton e Varden vão mais longe, e consideram ridículos os receios de certos médicos na influência perniciosa que a testosterona poderia vir a ter no crescimento. Os documentos apresentados até hoje desmentem rotundamente êsses receios. De resto até certo ponto interessa mais fazer viver um ser de que deixá-lo morrer com receios infundados e contra os quais nós temos armas de combate.

Ressalvando o pequeno número de casos apresentados (outros depois serão publicados) julgamos poder tirar as seguintes conclusões:

1.^a — A testosterona — por nós empregada por via oral — revelou-se de bons efeitos na manutenção de pêso dos prematuros.

2.^o — Não querendo advogar o emprego sistemático da testosterona nos cuidados a ter com os prematuros, o metabolismo dêstes é notavelmente favorecido por essa droga cujo emprêgo é recomendável para êsse fim.

3.^o — Embora o doseamento da testosterona seja mais rigoroso quando se emprega o propionato — que é injectável — achamos preferível o emprego da metiltestosterona *per os* durante as refeições, por ser menos sujeito a complicações.

BIBLIOGRAFIA

- Year Book of Obstetrics and Gynecology* — Chicago; 1945-1947.
 SHELTON & VARDEN — Experimental use of testosterone compounds in premature infants — *J. Cl. Endocrinology* — Vol. 7; 10-Out. de 1947.
 DAVIS (CARL HENRY) — *Obstetrics and Gynecology* — Vol. II.
 M. CULLAGH E OUTROS — Effects of testosterone propionate on epiphyseal closure, sodium and chloride balance and in sperm counts — *Endocrinology*; 26: 377-384 (1940).
 SHELTON & VARDEN — The use of methyltestosterone in the treatment of premature infants — *J. Cl. Endocrinology*; 6: 812-816 (1946).

Aplicações da higiene na prática clínica

(Conclusão)

por ALMEIDA GARRETT

Prof. na Faculdade de Medicina do Porto

VI

SOBRE HIGIENE MORAL

Intercalo, nesta exposição de coisas técnicas, algumas considerações a respeito da influência do clínico sobre a moral do doente. Capítulo da higiene é este a que nenhum de nós pode deixar de dar a importância que merece, tão sabida é a repercussão do psíquico sobre o somático, abstraindo mesmo das afecções em que o psiquismo está fundamentalmente em jogo. Se essa repercussão é notória e constante no estado considerado hígido, muito mais avulta quando a doença se instala e preocupa o enfermo.

Estou profundamente convencido de que a incitação optimista exercida pelo médico é, em muitas circunstâncias, particularmente necessária para a boa evolução da doença; é medicação indispensável. Doente que acredita na cura tem meio caminho andado para curar; o que descrê de ela diminue enormemente as possibilidades de sair prontamente e bem do seu estado de doente.

Costumo contar aos meus alunos um facto que me impressionou muito, nos meus inícios da clínica. Fazia serviço na enfermaria de pestosas, em 1912, do Hospital do Bonfim. E uma manhã tinha para ela entrado uma rapariga de vinte anos escassos, com a forma vulgar da peste bubónica, sem nada que fizesse prever um caso mau. Mas, em contraste com a vulgar sintomatologia própria da doença, o estado moral da doente era péssimo; todo o tempo em que estive a examiná-la me dizia, repetidamente: isto é mal que mata, eu vou morrer. E na noite de esse dia, repentinamente, uma síncope cardíaca a vitimou. Nunca me esqueci de este episódio triste, que me deixou desde novo a noção da vantagem do optimismo.

Devemos infiltrá-lo nos doentes, mas sem lhes esconder a verdade da sua doença sempre que ela seja precisa para os obrigar a um tratamento seguido. E' o caso dos tuberculosos, dos diabéticos, dos arterioesclerosos, dos hipertensos renais, etc.

Mas sempre, até quando as circunstâncias levam a considerar o caso como perdido, inculcando a esperança nas melhoras. Será então, se quizerem, somente obra de caridade, de misericórdia. E depois, quem sabe? Erramos tanta vez o prognóstico...

VII

PREVENÇÃO DAS DOENÇAS INFECCIOSAS

Esquemáticamente, a maior parte da patologia encaixa em duas grandes casas, frequentemente interdependentes: a das infeciosas e a das degenerativas. Para estas quase não há, tanta vez, procedimentos profiláticos, por desconhecimento da etio-patogenia (como sucede com o cancro), sendo certo que, também muita vez, a boa higiene geral, de que tratamos até aqui, é factor importantíssimo para evitar a aparição de estados mórbidos (como acontece com as chamadas doenças da nutrição). Para aquelas, também, até certo ponto, a obediência aos preceitos higiênicos constitue medida preventiva, havendo, porém, um papel mais definido a desempenhar, qual seja o das aplicações de profilaxia específica. Como toda a gente sabe, tais aplicações referem-se a: isolamento dos contagiantes, desinfecção dos produtos infectantes, destruição dos animais transmissores, criação de estados de imunidade por meio de soros e vacinas.

A importância concedida a cada um destes capítulos da profilaxia das doenças infecto-contagiosas tem variado com o tempo, no decurso das últimas décadas, mercê das noções sucessivamente adquiridas sobre a maneira de propagação de essas doenças.

As duas grandes armas de há cincoenta anos, que eram o isolamento e a desinfecção, foram apeadas do pedestal em que se erguiam, principalmente pelo conhecimento das doenças inaparentes e da existência de indivíduos que em estado de saúde transportam agentes virulentos. Não quero com isto dizer que não tenham utilidade; mas já não se encaram como medidas quase soberanas na luta contra endemias e epidemias.

Por outro lado, aquisições novas vieram mostrar a importância dos animais transmissores, quer particularmente para determinados microorganismos que os infestam, quer indiferentemente para muitos deles, agindo como simples transportadores.

E com uma melhor noção do conceito de imunidade veio a extensão das vacinações, e a mais perfeita preparação dos produtos vacinantes.

De tal modo que hoje, no campo da profilaxia, estas duas ordens de procedimentos assumem lugar mais alto do que as clássicas, a do isolamento e a da desinfecção.

A observação de Nicolle, sobre a existência de formas inaparentes do tifo exantemático, marcou o início de uma nova fase na história da epidemiologia. Conhecida era, de há muito, a variabili-

dade sintomática e evolutiva de diversas doenças infecciosas, com formas de grande benignidade ao lado de outras típicamente severas; mas a existência de doença sem sintomas, essa vem da memorável verificação experimental do tifo inaparente da cobaia, isto é de animais inoculados, que não apresentavam a curva térmica característica da doença nesta espécie, mas cujo sangue tinha o mesmo poder infectante dos que apresentavam aquela curva. Foi de este facto memorável que se partiu para a averiguação das doenças inaparentes do homem, conhecimento de extraordinária importância para a interpretação epidemiológica e para a avaliação dos processos profiláticos.

Não são só os portadores de gérmens, por mais ou menos tempo depois de terminada a doença que causaram, os propagadores não-doentes dos agentes das doenças infecciosas; não são só, igualmente, os que tiveram formas frustes, sem sintomas bastantes para clinicamente se fazer um diagnóstico, os que são capazes de propagar a infecção. Há sãos que não acusaram qualquer sinal de doença e que, no entanto, a disseminam. Explicam-se assim os aparecimentos de casos de doença infecciosa, epidémica, sem que possa apurar-se qualquer contágio, mais ou menos directo, vindo de doentes reconhecidos. Valeu mais esta noção do que a engenhosa explicação de Kelsh, da exaltação de virulência microbiana, realizada por variadas influências do ambiente em que vivem, como se ensinava há quarenta e tal anos, quando eu era estudante.

E, conseqüentemente, esclareceu-se o fenómeno da imunidade, frequentemente adquirida por infecções inaparentes ou frustes, ocorridas durante a infância, criando assim uma multidão de refractários à eficácia dos contágios, a juntar aos que já o são constitucionalmente, e que para algumas doenças infecciosas são também multidão.

Veio isto a propósito do valor do isolamento e da desinfecção, como meios de evitar a propagação das doenças epidémicas. Algumas palavras sobre um e outro de estes processos de profilaxia.

Em princípio o isolamento está indicado em todas as doenças de transmissão pelas vias respiratórias, visto os produtos infectantes atingirem facilmente os que se aproximem do enfermo. A verdade, porém, é que todos nós temos visto que, nas condições deficientes em que se faz o isolamento numa casa particular, a regra é não apresentarem os seus moradores as consequências patológicas do seu contacto com o doente, ou (o que quase o mesmo é) com os que o tratam. Fica-se assim na legítima dúvida se será preciso sujeitar uma família aos incómodos que o isolamento causa. Creio que não vale a pena, salvo em certas circunstâncias, como sejam: para as doenças que affectam primacialmente as crianças (coque-

luche, difteria, febres eruptivas, meningite epidémica, pneumonias, poliomielite, trasorelho) e em que as ainda não atacadas devem ser afastadas, e também para as que aparecem em surtos epidémicos com carácter grave (como é o caso da gripe) em que o isolamento se deve estender aos adultos, na esperança tanta vez frustada de os livrar da aquisição do mal. Claro que me não refiro aos casos de extrema contagiosidade (de que o da pneumonia pestosa é o exemplo mais flagrante), e que impõe isolamento rigoroso, porque só aponto os de doenças comuns; nem à separação das crianças dos tuberculosos contagiantes, pois é evidente a importância de esse afastamento, que não implica isolamento, se bem que este seja notòriamente vantajoso como medida de interesse geral.

A disseminação dos agentes por produtos patológicos de lesões da pele impede-se pelo engorduramento de esta, sem necessidade de isolar o doente. Tal como se evitam os contágios nas doenças (como a tifoide ou a disenteria) em que os agentes estão nas fezes e na urina, tendo os cuidados de limpeza tendentes a evitar contactos com essas excreções. Quando insectos sugadores são os culpados da transmissão (como no tifo exantemático ou na peste bubónica) é evidente que a chave da prevenção está na destruição dos vectores e sem ela o isolamento é inútil.

Portanto e em resumo: o isolamento dos doentes de infecções agudas, embora possa ter alguma utilidade, não é, geralmente, medida de valor na profilaxia das endemo-epidemias; tem, porém, indicação taxativa em relação às crianças, que devem ser separadas dos doentes (adultos ou menores), mórmente para as doenças que mais as affectam ou para as que nelas adquirem fácilmente um aspecto severo; e para casos especiais, felizmente raros, de formas epidémicas caracterizadas pela sua gravidade.

Quanto à desinfecção, a sua utilidade condiciona-se à resistência dos gérmens virulentos no meio do exterior. Se nele não tem vitalidade operante, por serem destruídos rápidamentee pela luz e pela secagem ao ar, comprehende-se que não vale a pena gastar tempo e trabalho a submeter a operações desinfectantes os artigos conspurcados pelos produtos que os contém. Já o mesmo não succede quando resistem por bastante tempo, quer nas roupas e objectos usados pelo doente, quer no solo e na água que possam ser inquinados por dejectos dos infectados; nestes casos, é necessário desinfectar tudo o que possa estar sujo por produtos patológicos que levem consigo os micróbios responsáveis. E, lògicamente, a desinfecção terá de ser tanto mais ampla e vigorosa quanto maior fôr o perigo derivado da persistência de virulência do gérmem.

Nesta orientação dividi as doenças infecto-contagiosas mais comuns em três grupos, como consta do presente Quadro (XII),

em que destaquei a difteria (pela persistência da virulência do bacilo no meio exterior, e a febre tifoide e a poliomielite (pelo perigo da inquinação das águas).

XII—Indicações da desinfecção nas doenças epidémicas mais vulgares

BENEFICIAÇÃO INÚTIL :	BENEFICIAÇÃO ÚTIL :	BENEFICIAÇÃO INDISPENSÁVEL :
Coqueluche	Disenteria (fezes).	Difteria (secreções naso-faríngeas).
Gripe	Escarlatina (secreções naso-faríngeas, esfoliação epitelial).	Febre tifoide (fezes e urina).
Meningite epidémica		Poliomielite (secreções naso-faríngeas, fezes).
Sarampo	Variola (secreções naso-faríngeas, pús e crostas das pústulas).	
Trasorelho		
Varicela		

Nas doenças em que os agentes causais depressa morrem no meio exterior, os simples cuidados de limpeza e boa lavagem das roupas são suficientes. Nas outras, a desinfecção requer sempre, como primeiro passo, indispensável, aqueles cuidados; pois é pela lavagem que se eliminam os detritos em que existem os microorganismos patogénicos. Água quente e sabão são os dois grandes factores da beneficiação dos artigos conspurcados: roupas, utensílios, móveis. Essa operação, bem feita, basta geralmente, sem necessidade de posterior aplicação de antissépticos; e melhor se os artigos limpos forem seguidamente expostos ao ar e ao sol. No entanto, para gérmens que podem manter-se virulentos, durante muito tempo, no quarto do doente (como sejam os da difteria e da tuberculose), é conveniente estender a beneficiação às paredes do quarto, caçando-as, ou pulverisando-as com soluto de formol, quando forradas a papel.

Os dejectos contagiantes serão misturados com soluto de hipoclorito ou água de cal, e as águas sujas, provenientes da lavagem das roupas conspurcadas devem submeter-se a igual beneficiação; nestes casos, de doença transmissível por fezes e urinas, excusado será lembrar os cuidados de limpeza das mãos que rigorosamente devem ter os que lidam com o enfermo.

A preservação em face dos morbos de transmissão pelas vias respiratórias, feita por meio da desinfecção das cavidades faciais, é de discutível eficácia, mas está tão em uso que o médico não pode deixar de a recomendar, ainda que não acredite na sua acção.

De tudo o que acabo de dizer ressalta a inutilidade dos procedimentos de desinfecção em muitas doenças infecciosas e a sua limitação àquelas em que os produtos patológicos conspurcam as

roupas e os utensílios de que se serve o doente, e os móveis que lhe estão próximos; e mesmo assim (salvo para dejectos infectantes) é desnecessário o emprego de antissépticos. A limpeza é, neste capítulo, o procedimento fundamental e em regra suficiente; tudo o mais, na quase totalidade dos casos, é supérfluo. A desinfecção, tida como arma poderosa de luta contra as doenças infecciosas, vê hoje, perante o melhor conhecimento da epidemiologia, o seu papel enormemente reduzido, porque a transmissão indirecta dos seus agentes, pelos artigos que estiveram em contacto com o doente, entra em pequena proporção, para a quase totalidade dos casos que o clínico tem de atender, em matéria da patologia infecciosa.

Em compensação, a luta contra os animais transmissores adquiriu maior realce. Nela está a chave do combate às doenças especificamente disseminadas por certas espécies, como sejam o sezoniismo, o tifo exantemático e o carbúnculo, para não falar senão das que aparecem com maior frequência. Mas, para grande número de morbos infecciosos, o papel da mosca, como transportador de agentes patogénicos, assume real valor, e por isso devemos propagar a noção da sua nocividade, mostrando que hoje, mercê dos cloroétanos, de que é tipo o D. D. T., a destruição das moscas é fácil, e com muito pequena despesa; basta pulverisar, de semanas a semanas, janelas, paredes e candieiros, com o respectivo soluto.

Não nos esqueçamos de que, no exercício da clínica, as medidas de defesa contra os contágios não visam apenas a família do doente e os que com ela vivem; dirigem-se também à protecção da colectividade, evitando a disseminação dos agentes das doenças produzidas por microorganismos e parasitas. Há uma missão sanitária inerente ao pleno desempenho da tarefa de tratar doentes, missão que tem, neste particular, uma importância que não carece de demonstração. Dever indeclinável, que nenhum médico, consciente da grandeza da sua profissão, em nenhuma circunstância poderá olvidar.

Para o cumprir é mister separar o trigo do joio, não fazendo exigências de actos dispensáveis, mas forçando, pelo apostolado das medidas indiscutivelmente úteis, a sua adopção sistemática. Em cada caso, deve o médico ter presente o que convém fazer, quanto a isolamento, desinfecção e desinsectação, ciente do valor relativo de esses procedimentos, numas circunstâncias desnecessários, noutras profícuos. O que acabo de dizer, com o intuito de definir umas e outras de essas circunstâncias, não tem novidade alguma; mas não creio ter perdido o tempo com esta recordação.

E passemos, por fim, à criação de estados de imunidade, a que, de passagem, muito brevemente, me referi, há pouco.

Quem quer que tenha reflectido sobre o que se observa por

ocasião de ondas epidémicas, reconhecerá que os indivíduos se comportam de três maneiras distintas: ou tem a forma típica da doença, ou oferecem uma sintomatologia fruste que dificilmente permite o diagnóstico clínico, ou se conservam indiferentes ao contágio recebido. São graus diversos de imunidade ou de receptividade. A grande pandemia gripal de 1918, com a tremenda contagiosidade do virus em questão, mostrou largamente o facto, que se observa em menor escala na clínica quotidiana, principalmente quando se trata de doença infecciosa própria da infância; entra o sarampo numa casa onde há muitas crianças, e não é raro vêr que umas adoecem com formas benignas, outras padecem formas graves, e outras, sem que tenham ainda tido a doença, não a sofrem.

Com a idade, vamos adquirindo imunidades contra muitos agentes infecciosos, quase sempre sem que nos tenham provocado sinais característicos das respectivas doenças; tenho para mim que a maior parte dos surtos febris de curta duração que as crianças oferecem com frequência, sem que encontremos para elles explicação satisfatória, são formas muito atenuadas, incaracterísticas, de doenças infecciosas, para as quais, de essa maneira, adquirem estado de imunidade. Isto sem negar a existência de aquisições, inteiramente latentes, do agente patogénico, assim como a da possível resistência adquirida sem contacto com o respectivo gérmen, fenómeno explicável por parentescos entre antigénios, ou por uma grande capacidade de produção de anticorpos, um estado de maturação reaccional, que múltiplos estímulos foram criando.

Seja como fôr, a imunidade existe sem que tenha sofrido a doença a que respeita, quer porque seja congénita (o que parece ser relativamente raro), quer porque seja adquirida solapadamente (o que se sabe ser frequentíssimo). E esta noção tem uma importância prática fundamental, para bem se raciocinar a respeito da profilaxia específica por meio de vacinações.

Um exemplo típico é-nos dado pela difteria. Como todos sabem (e apenas lembro, para firmar a mencionada noção), a criança imunisa-se espontâneamente com facilidade, aumentando de ano a ano, principalmente nos aglomerados urbanos, a percentagem das que se tornam refractárias à eficiência dos contágios. O recém-nascido não é receptivo, trouxe consigo certo grau de imunidade, e conserva-se nessa posição até perto dos seis meses de idade; nesta altura, já mais de 40 % dos lactentes apresentam uma reacção de Schick positiva, isto é reagem à toxina, são receptivos, capazes de adquirir a doença, por ter desaparecido a imunidade passiva vinda do organismo materno. A susceptibilidade vai-se estendendo e ao ano são perto de 70 % os de Schick positivo; mas no número dos de reacção negativa entram já os que tiveram a doença, principalmente com localização nasal, e portanto com imunidade activa.

A receptividade, medida pela Schick (o que confere com os dados clínico-epidemiológicos) atinge a máxima percentagem entre o ano e meio e os dois anos de idade. Depois, vai crescendo o número dos imunizados que, à entrada da idade escolar, alcança geralmente a quota de 50 0/0, e que aumenta nos anos seguintes, subindo na adolescência a 80 0/0 e mais. Estas cifras são tanto mais altas quanto maior é a promiscuidade em que as crianças vivem; nos bairros pobres das cidades, em idade escolar quase todas as crianças adquiriram resistência ao bacilo, em desproporção manifesta com o número apurado de casos de doença.

Noutras afecções passa-se coisa semelhante, embora em grau diverso, geralmente menos evidente. Isto serve para avaliar as possibilidades da imunização natural, espontânea, determinando qual a melhor idade para promover a imunização artificial, a vacinação.

XIII — Obituário pelas doenças infecciosas mais frequentes e graves, de 1943 a 1947, em Portugal

<i>Idades</i>	<i>Difteria</i>	<i>Coqueluche</i>	<i>Sarampo</i>	<i>Variola</i>	<i>Escarlatina</i>	<i>F. tifóide</i>
0-6 meses . . .	369	1.489	140	102	3	31
7-11 meses . . .	421	794	282	45	3	32
1 ano	1.081	962	592	44	3	89
2 anos	662	328	260	13	7	72
3-5 anos	703	228	245	18	15	250
6-14 anos	232	65	113	30	13	1.190
15-19 anos	20	1	15	9	4	1.219
20 e mais anos	39	8	27	56	22	3.918
TOTAL	3.527	3.875	1.674	317	70	6.801
Média anual	705	775	335	63	14	1.360

Outro guia para este efeito está nas estatísticas de mortalidade, que correspondem sensivelmente às da morbidade definida, e marcam as idades de maior perigo para cada doença infecciosa. Apesar-de quanta falha possa haver nos registos nosológicos do obituário, é indiscutível a utilidade dos apuramentos de esta natureza. No Quadro junto (XIII) registei o número de óbitos, segundo a estatística oficial, por algumas doenças vulgares na infância. Nele não entra a gripe, porque as cifras são muito variáveis de ano para ano, e na rubrica (que comporta entre 500 a 800 óbitos anualmente) entram certamente muitos casos de afecções catarrais do aparelho respiratório, que nada tem com a verdadeira gripe. E também excluí a tuberculose, porque na infância muitos casos

vão ter a outras rubricas e da puberdade em diante o obituário é elevadíssimo e sem interesse para o presente assunto; ao todo, a mortalidade por tuberculose excede em muito a de todas as outras doenças infecciosas juntas, pois nos cinco anos relacionados no Quadro deu 61.678 óbitos, dos quais 52.033 por tuberculose pulmonar.

Segundo o quadro, as doenças mais mortíferas são pois, por ordem decrescente (e não contando a tuberculose): febre tifoide, difteria, coqueluche e sarampo. A varíola dá pequeno obituário, que menor seria se fosse rigorosamente cumprida a obrigatoriedade da vacinação; e a escarlatina muito menos. Aquela ordem das quatro doenças maiores contribuintes do obituário por doenças epidémicas não deve, porém, corresponder à realidade, porque muitas mortes devidas à coqueluche e ao sarampo devem ter entrado na casa nosológica da broncopneumonia, por ser esta a lesão que vitimou o doente; com essa adição, o obituário por estas duas doenças subiria certamente ao nível do relativo à tifoide, ou talvez mais acima de ele.

Passemos em revista, com a maior concisão possível, o que, presentemente, pode obter-se com as vacinações e qual a orientação a seguir na sua utilização.

Deixando de lado a da varíola, sobre a qual é inútil qualquer palavra, encaremos primeiramente as referentes às doenças próprias da infância: difteria, coqueluche e sarampo.

A vacinação contra a difteria conquistou tal aceitação, já se pratica tão largamente, que pouco há a dizer a seu respeito, tão conhecida ela é. Quero apenas opinar que, quer seja feita pela anatoxina, quer pelo toxoide precipitado (e ambos os processos se equivalem em resultados), não deve esperar-se pelo ano de idade, como é corrente fazer-se, nem mesmo pelos 8 a 9 meses, como já vários autores aconselham. A imunidade leva tempo a estabelecer-se, sobretudo nos lactentes, em geral dois a três meses, e já antes do ano de idade a mortalidade é considerável, conquanto este obituário devesse atenuar-se muito se a seroterapia fosse aplicada oportunamente; o que conduz à necessidade de mais precoce imunização. Alega-se que a criança, enquanto dura a resistência congénita à infecção, não produz anticorpos em quantidade suficiente; se isto é verdade, também é certo que (como provou Vahlquist) já na idade de 2 a 3 meses o organismo das crianças adquire a imunidade por forma semelhante ao das que tem perto de um ano ou mais de um ano. De resto, esta noção podia deduzir-se já da observação clínica, que mostra a existência de casos discretos, de coriza diftérica, em lactentes de poucos meses, às vezes tão discretos que decorrem indagnosticados, quando não surge o garro-

tilho a marcar, com a sua gravidade, a natureza da doença. Portanto deve vacinar-se muito mais cedo do que indicam os livros; a vacinação contra a difteria deve fazer-se por volta dos 4 meses de idade, e deve assegurar-se o resultado por meio de nova injeção, uns seis meses mais tarde.

A duração da imunidade vacinal é geralmente de quatro a cinco anos; persiste pois até à idade em que a doença já não se apresenta com grandes frequência e gravidade. Não me parece que valha a pena vacinar sistematicamente as crianças depois dos cinco anos de idade, a menos que se separem para isso as de Schick positivo; quer tenham sido vacinadas cedo, quer não, nessa idade, mormente nos centros urbanos (e mais nas classes pobres em que há promiscuidade no viver), em grande maioria estão imunizadas. A dos lactentes, essa devia ser obrigatória.

Um pormenor mais: a vacinação pelo método de injeção única, de toxoide concentrado, não é tão segura como o das injeções sucessivas, e exige a verificação do resultado por meio da reacção de Schick, feita alguns meses depois; se não for possível fazer esta reacção, deve injectar-se novamente o toxoide.

E, finalmente, ainda uma nota: a vacinação da gestante, feita na segunda metade da gravidez, aumenta consideravelmente o teor da antitoxina no organismo do recém-nascido, pelo que deve entrar na luta contra a difteria.

As objecções levantadas à vacinação contra a coqueluche não destroem a opinião, hoje assente, da sua eficácia, que é comparável à das vacinas de créditos bem firmados, como as relativas à difteria, à febre tifoide e ao tétano, que reduzem a morbilidade em 75 0/0 dos vacinados, pelo menos, e tornam raras as formas graves da doença. Aquelas objecções resultavam da diversidade de preparação dos produtos vacinantes, hoje aperfeiçoada pela selecção das culturas do *Haemophilus* e conveniente doseamento, e, às vezes, por não se excluírem das estatísticas de comparação entre morbilidade de não-vacinados e de vacinados, os casos de estes que apresentaram a doença no período que decorre entre a vacinação e o estabelecimento da imunidade.

Pode vacinar-se com vacina simples, por 3 injeções, espaçadas de uns dois ou três dias, de doses crescentes de germens, que geralmente atingem um total de 60 a 100 biliões. E pode empregar-se o toxoide obtido por precipitação, com a vantagem da possível associação ao toxoide diftérico, de que em breve falarei.

A tosse convulsa não é rara nos primeiros meses da vida. Mais cedo que a difteria assalta o organismo da criança; a imunidade trazida do ventre materno é mais precária. Ignoro se há trabalhos que permitam fixar a idade em que se pode contar com

resposta satisfatória à excitação antigénica, mas, à semelhança do que se passa com outras infecções, é lógico admitir que depois dos três meses já essa resposta se dê eficazmente. Acresce, como para a difteria, que a clínica prova ser assim, pois há casos de formas benignas, sem tosse espasmódica, sem sintomatologia característica, ao lado das formas graves, sufocantes, com extensas lesões pulmonares, consideradas como próprias do essa idade. Também o estado imunitário leva uns três meses a estabelecer-se. O que, tudo considerado, conduz a aconselhar a vacinação por aquela altura da vida da criança, e não muito mais tarde, como vem escrito em quase toda a parte.

Reactivação, seis meses depois, garante resistência à infecção até aos dois anos. Nesta altura, convém revacinar. Uma terceira vacinação é inútil, por a criança ter alcançado uma idade em que a doença já não oferece perigo.

Tal como para a difteria, a vacinação contra a coqueluche deve ser obrigatória, para os lactentes com cerca de quatro meses de idade.

Infelizmente, não dispomos ainda de uma vacina contra o sarampo, mas os ensaios ultimamente feitos legitimam a esperança de não tardar a conseguir-se esse objectivo. Destaco, a este respeito, o trabalho de Karola Papp, publicado no ano passado, no qual se apresentam resultados muito favoráveis. Contudo, por enquanto, temos de nos contentar com a globulina γ (que leva consigo muitos anticorpos) ou com o soro de convalescentes. E como nem sempre é fácil conseguir uma ou outra coisa, em caso de necessidade recorrer-se-á ao sangue da mãe. Tal caso apresenta-se em ocasiões de epidemia ou quando adocece um irmão e se procura proteger os outros, de tenra idade.

Como sucede com toda a imunização passiva, a protecção dura somente umas três semanas. Pode produzir-se por meio de injeção intra-dérmica, o que reclama uma quantidade de soro muito inferior à necessária para injeção intra-muscular: o resultado é igual, dizem os autores do método.

Sobre vacinação contra a febre tifoide, cuja eficácia, hoje, é indiscutível, quero apenas dizer alguma coisa sobre a sua extensão. A persistência da endemia tifoidica aconselha generalisar este processo profilático; mas porque a gravidade da doença só começa a notar-se com frequência depois de bem passada a primeira infância, parece-me desnecessário vacinar crianças com menos de 3 anos feitos. E porque a duração do estado imunitário criado pela vacina não dura, em regra, por mais de dois anos, decorrido este período de tempo é preciso revacinar.

Não é aconselhável a propaganda da vacinação contra a escarlatina, se bem que a anatoxina respectiva dê bons resultados, na opinião de alguns autores que a tem empregado. Entre nós, a escarlatina é doença vulgar, mas sobretudo com formas inaparentes ou frustes, dando pequeníssima mortalidade. Não é como o sarampo, a coqueluche e a varicela, quase invariavelmente com formas clinicamente diagnosticáveis; aproxima-se mais da difteria e da poliomielite, neste aspecto epidemiológico. E por estas razões, a vacinação só seria aconselhável em ocasiões de surto epidêmico, criando-se com uma primeira injeção, ao fim de uns 8 a 10 dias, uma relativa imunidade, que aumenta com as duas injeções seguintes, espaçadas de uma a duas semanas.

Semelhante conceito teria de emitir para a gripe, se a vacinação contra esta doença estivesse apurada de maneira segura. Por enquanto os resultados obtidos na América do Norte não permitem ainda a preparação de uma vacina de uso geral, pois os virus são de diversas espécies (de que duas estão bem estudadas, a A e a B) e em cada espécie há estirpes com particulares caracteres antigénicos. Se de um dia para outro for possível pôr à disposição dos médicos uma vacina para uso corrente, estaremos colocados na posição a adoptar para com a escarlatina: a da vacinação eventual.

Não é preciso aludir a outras vacinas, de emprego excepcional. Mas tenho de frisar um ponto do mais alto interesse: o das associações de produtos vacinais, para reforço da sua actividade. O facto provou-se experimental e clinicamente; e surgiram as vacinas mixtas: antidifteria e antitifoide, antidifteria e antitétano, e finalmente a associação preferível, que é a anticoqueluche e antidifteria. Com efeito, se não é preciso vacinar contra a febre tifoide as crianças pequenas e se estas não estão facilmente sujeitas a adquirir o tétano, por não terem ainda grande liberdade de movimentos, e devendo as duas vacinações, contra a difteria e a tosse convulsa, fazer-se pela mesma idade, é a sua associação que está naturalmente indicada, como propôs Bordet. Já há produtos fabricados neste sentido, e com as duas vacinas, separadamente, pode aproveitar-se a ocasião para fazer as duas vacinações, com vantagem sobre a qual é desnecessário insistir.

Finalmente, não posso deixar de consagrar algumas palavras à B. C. G., apesar de o assunto andar na baila em todas as revistas e ter-se já fixado, com apoio geral, uma orientação definida, favorável ao seu emprego. Dos diversos produtos vacinais (v. de Friedman, Lange, Schröder, Maragliano, etc.) foi o único que vingou. Lançada com grande reclame há duas dúzias de anos, con-

quistando logo adeptos fervorosos, sobretudo em França, não logrou convencer os meios sanitários, certamente pelo excesso de louvores, baseados muita vez em estatísticas criticáveis, atitude que um estudo mais minucioso do assunto mostrou ser justa, pois a absorção de vacina pelo tubo digestivo, na administração usada, por via oral, é muito inconstante e falível. Mas o seu estudo foi retomado pelos escandinavos e anglo-saxões, e com os métodos de administração parenteral que ensaiaram todas as consequências reacionais da vacinação puderam discriminar-se minuciosamente. Assentou-se, portanto, em que a vacina, sendo inócua, é manifestamente útil.

Para estabelecer as condições em que deve utilizar-se é preciso saber-se o seguinte: a criação da imunidade (chamemos-lhe assim) dura uns dois a três meses nas criancinhas, e mês e meio a dois meses quando passada a primeira infância; durante este período é de toda a conveniência livrar o vacinado do contágio da tuberculose para não juntar duas infecções, a do bacilo virulento com a do bacilo de Calmette-Guerin; não vacinar os indivíduos que já estejam infectados, mesmo com infecção completamente latente, só verificável pela positividade da reacção à tuberculina; revacinar os vacinados quando se extingue a positividade da reacção à tuberculina forte (que se estabeleceu ao fim dos períodos acima indicados).

Como se vê, não se trata de uma vacinação fácil, como as opostas às doenças infecciosas agudas. A sua generalização é, pois, difícil de realizar. Na clínica é aconselhável fazer-se sempre que aquelas condições possam observar-se; sem o que será muita vez ou inútil, ou, o que é pior, prejudicial. E porque as crianças são tanto mais sujeitas a formas graves quanto mais novas são, até à idade escolar em que é maior a resistência ao vírus da tuberculose, é para a primeira infância que a B. C. G. tem mais notória aplicação. Mais tarde, volta a tê-la na adolescência, para os adultos sujeitos a repetidos contágios, e para os que vem de um meio rural pouco infectado para um centro urbano fortemente tuberculizado. São estas as indicações, a meu ver, a seguir na prática clínica; e fora de elas poucos indivíduos haverá que precisem da vacina, porque, com poucas excepções, todos tem reacção positiva à tuberculina, tendo conquistado em regra espontaneamente, silenciosamente, uma pre-munição que, em verdade, é superior à conferida pela vacina.

Em suma: das vacinações contra as doenças infecciosas mais vulgares, há umas que deviam ser «obrigatórias», que devemos fazer sistematicamente na clínica; há outras que são muito úteis, mas que podem dispensar-se a grande número de indivíduos, e a que por isso chamo «aconselháveis»; há outras ainda que só são utilizáveis em determinadas circunstâncias de exposição ao contágio ou de epidemia grave, e que por isso considero «eventuais». No presente

XIV — Principais vacinações e sua oportunidade

OBRIGATÓRIAS

<i>Coqueluche</i> } conjuntas.....	Ao 4.º-5.º mês	Reactivar passados 6 meses
<i>Difteria</i> }		Revacinar aos 2 anos, para a coqueluche
<i>Variola</i>	Ao 3.º-4.º mês	Revacinar passados 6 anos
		Idem, em períodos iguais

A CONSELHÁVEIS

<i>Febre tifoide</i>	Depois dos 3 anos.....	Reactivar passados 6 meses
		Revacinar passados 3 anos
<i>Tuberculose</i>	Em qualquer idade da infância ou da juventude...	Revacinar quando a reacção à tuberculina se tornar negativa

EVENTUAIS

<i>Sarampo</i>	Dos 4 meses aos 4 anos	
	imunização passiva	Renovar cada 3 semanas
<i>Tétano</i>	Depois dos 3 anos	Reactivar passado um ano

quadro (XIV) resumo o que expuz nesta ultima parte da minha palestra, em que apenas resumi aquilo que me pareceu de maior interesse pratico, pondo de parte tudo o que a este fosse alheio. A vossa illustração preencherá as lacunas sempre havidas numa exposição sintética, como esta foi.

*

E nada mais. Se recordei noções um pouco esquecidas, avivando-as na vossa memória, não perdi o meu tempo. Se todas estavam nela bem presentes, também não, porque, pelo menos, avultei no nosso espirito o valor moral da nossa profissão. Parece paradoxal que envidemos esforços para evitar as doenças, quando são os doentes que fazem viver os médicos. Mas é precisamente esse contraste que constitue o maior timbre da nossa honra profissional, que dá a prova mais clara e brilhante da grandeza da medicina. Reveste-a da mais alta dignidade, e compensa largamente o mal que de nós possam dizer, como terapêutas.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

ACÇÃO MÉDICA. X, N.º 39: *Albergarias da Beira Baixa*, por J. Lopes Dias; *O Centenário de Roentgen*, por Silva Leal; *Ad medicum vitae*, por Fernando Magano; *Princípios fundamentais da ginástica racional*, por Luís Carpinteiro; *Organização da medicina e segurança social*, por Sousa Gomes. N.º 40: *Civilização, cultura e o sentido da vida humana*, por João Porto; *Esboço crítico do neomaltusianismo*, por Luís Raposo; *A ideia de beneficência perante a crise mundial*, por Sousa Gomes; *Os médicos e a língua portuguesa*, por Silva Leal; *O problema da sementeira artificial criticado na Sociedade de Ciências Médicas*, por J. Paiva Boléo; *Notas a um parecer sobre o regulamento oficial de educação física*, por Aarão de Miranda. XI, N.º 41: *O baptismo e suas relações com a medicina e a higiene*, por Santana Carlos; *Os médicos e a previdência*, por Silva Leal. N.º 42: *O Papa João XXI e a sua obra científica*, por Meireles do Souto; *O perfil psicológico do Papa João XXI*, por Alvaro de Caires; *Considerações sobre os serviços médico-sociais na Federação das Caixas Sindicais*, por Silva Leal. N.º 43: *O problema da fecundação artificial*, por Manuel Rocha; *O respeito pelos mortos e a prática cremacionista*, por Silva Leal; *Educação da respiração*, por Luís Carpinteiro. N.º 44: *Medicina preventiva das doenças do coração*, por João Porto; *Meio século de radioactividade*, por Silva Leal; *Iconografia portuguesa dos Santos Cosme e Damião*, por Meireles do Souto. XII, N.º 45-48: *Actas do 3.º Congresso Internacional dos médicos católicos*; *O Estado e a Medicina na sociedade contemporânea*, por R. de Guchteneere; *Colaboração do médico nas leis sociais*, por W. de Bland; *Medicina individual e medicina colectiva*, por João Porto; *Nacionalização da medicina*, por W. Pemberton; *Medicina individual e colectiva*, L. Gedda; *Medicina, médicos e acção católica*, por G. Nunez Perez; *A medicina colectiva no Brasil*, por J. Leme Lopes; *Socialização da medicina e problemas correlatos*, por H. Tanner de Abreu; *Posição do médico católico perante o seguro social*, por H. Grenet; *A organização profissional da medicina em França*, por M. Poumailloux; *Atitude do médico católico ante a medicina social*, por J. Mordones, M. F. Beca, J. Santamaria e A. Roa; *Grandezas e misérias da medicina colectiva*, por Silva Leal; *Organização do triunvirato rural*, por Rocha Páris; *Ensaio de assistência colectiva maternal e infantil*, por F. Fernandes Homem; *A acção médico-social de um centro social*, por Francisco de Almeida; *Aspectos da medicina social*, por Mendonça e Moura; *As associações de médicos católicos*, por J. Paiva Boléo; *Uma concepção biológica da vida sobrenatural*, por J. Conde Andreu; *Auxílio médico às missões*, por Meireles do Souto, O. Pasteau, F. Vilela, etc.; *A primeira escola de medicina em Portugal*, por A. Cortez Pinto; *Medicina e oportunidade*, por A. Vaz Serra; *O ensino*

universitário da medicina, por V. Virno; *O código espanhol de deontologia médica*, por Vallejo de Simon; *A longevidade dos eremitas*, por D. Gigante; *O problema social da sífilis*, por Nunes Blanco; *A dor*, por Manuel Pinto; *O problema da enfermagem em Portugal*, por Luís Adão; *A Igreja e o corte das carótidas*, por Silva Leal; *Tereza Neumann*, por H. Urban; *Tuberculose em relação com a família*, por M. Wilkinson; *Práticas anticoncepcionais*, por Palmieri; *A moralidade da inseminação artificial*, por J. Foley; *O problema médico da castidade na juventude*, por R. Castarlenas, Meireles do Souto e J. Moreira da Fonseca; *Problemas médicos de Cristologia*, por P. Scotti, R. Hynek, J. Cameron e L. Gedda; *Braz Luís de Abreu, médico e padre do século XVII*, por J. Alvim; *História da antiga Ordem de S. Cosme e S. Damião*, por E. de Oñate.

Medicina e oportunidade.— No século passado e até ao começo do actual, os melhores autores da época, pelos dotes de observação, perfeição de diagnóstico e arrojo das concepções, eram de confrangedor cepticismo quanto à terapêutica. E' de esses tempos a chocante frase atribuída a Skoda, ao encerrar uma lição de clínica: «quanto a tratamento apliquem o que quizerem; a autópsia demonstrará a exactidão do meu diagnóstico». E esta outra, não menos pitoresca, de W. Osler: A terapêutica é a arte ou ciência de distrair o doente com frívolas especulações sobre o seu tratamento e contemporizar engenhosamente, à espera que a natureza o mate ou o cure». Magendie, a um assistente seu, interessado em certa terapêutica, não encontrou que lhe dizer senão as seguintes palavras: «se isso o diverte, faça-o». Acreditava-se demais na força medicatória natural, preferia-se a expectativa à intervenção. Um professor de Coimbra, que deixava nos alunos uma impressão de assombro pela extensão dos seus conhecimentos, minúcia da observação e inexcedível bom-senso, dizia muitas vezes: «os senhores serão felizes se derem aos seus doentes sempre medicamentos inofensivos; pelo facto de não fazer mal o médico faz bem».

Muito diferente se apresenta o panorama da medicina hodierna, enriquecida com numerosos agentes terapêuticos de eficiência incontestável; e a cirurgia atingiu um vôo nunca calculado, estendendo o seu domínio à patologia chamada médica, como a medicina invadiu o campo da cirurgia, reivindicando primazias de tratamento médico de afecções que antes pertenciam apenas ao bisturi.

O exercício da medicina abandona cada vez mais a dúvida, o cepticismo, erigidos como norma, para crer no valor do intervencionismo. Mas o saber esperar é ainda uma qualidade apreciável do bom clínico, saber esperar o momento oportuno para agir. Por isso a medicina deve ser encarada como uma ciência de oportunidade. Diferir uma transfusão em caso de anemia aguda, adiar uma laparotomia numa perfuração gástrica, recusar prolongadamente a pleurotomia numa pleurisia purulenta, a colecistectomia na litíase biliar com febre bilioséptica, não pensar nos antibióticos num processo séptico grave, não atentar nas manchas pur-

púricas sintomáticas de uma anemia aplástica, não dar o devido significado aos edêmas maleolares e meteorismo que precedem a ascite de um cirrótico, desprezar um vômito acetonémico e a má cor num adolescente, a astenia e nervosismo num diabético, etc., etc., é perder muita vez a oportunidade de um diagnóstico acertado e de um tratamento que no dia imediato já não terá valor. O que num dado momento é conveniente, no dia seguinte pode ser disparatado, e vice-versa. O bom momento a aproveitar é essencial na clínica.

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, XI 1948. — N.º 4 (Julho-Agosto): *A angiomatose pulmonar artério-venosa*, por António Giampalmo.

Angiomatose pulmonar artério-venosa.—O autor coligiu 16 casos, sendo dois pessoais e os restantes publicados em diversos países, principalmente nos de língua inglesa. A doença caracteriza-se clinicamente por cianose, dispneia, dedos hipocráticos, e frequentemente por episódios de hemoptises e de epistaxis, coexistência de angiomas superficiais, dores tóraco-epigástricas, e perturbações nervosas. O exame do sangue mostra sempre hiperglobulia. O exame radiológico é importantíssimo para o diagnóstico diferencial com outras afecções que produzem mistura de sangue arterial e venoso, mostrando a sombra do foco pulmonar, a relacionar com os sinais colhidos pela auscultação. Neste trabalho descrevem-se pormenorizadamente todos estes elementos semióticos, e faz-se um estudo da anatomia patológica e da patogenia da doença, com gravuras elucidativas.

BOLETIM DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE RADIOLOGIA MÉDICA, VII, 1947.—*Os raios X e a ciência moderna*, por Amorim Ferreira; *Perfil de Roentgen*, por Diogo Furtado; *Os raios X na imprensa portuguesa*, por Ayres de Sousa; *Os raios X na neurologia*, por Egas Moniz; *A projecção da descoberta de Roentgen na medicina moderna*, por Eduardo Coelho; *A radiologia e os progressos da cirurgia*, por Reynaldo dos Santos; *Meio século de roentgenterapia*, por Carlos Santos; *Os raios X em oncologia*, por Bénard Guedes; *O valor da radiologia em urologia*, por Pereira Caldas; *Tuberculosos de ontem e tuberculosos de hoje*, por Lopo de Carvalho; *A radiologia em anatomia*, por Hernâni Monteiro; *Os raios X em gastroenterologia*, por Albano Ramos; *A radiologia nos progressos da investigação científica*, por Álvaro Rodrigues; *Um aspecto particular do centenário de Roentgen*, por M. da Silva Leal; *O conceito patogénico da radiodermite*, por Ayres de Sousa; *Roentgen e a obstetrícia*, por Alberto Saavedra; *A descoberta de Roentgen e a Universidade de Coimbra*, por Ayres de Sousa; *O valor do radiodiagnóstico na encefalopatia traumática*, por Correia de Oliveira; *Diagnóstico diferencial em radiologia*, por Moura Relvas; *Os raios X na traumatologia óssea*, por Espregueira Mendes; *A radiologia em ginecologia*, por Oscar Ribeiro;

Importância da radiologia nalguns problemas da tuberculose pulmonar, por Vaz Serra; *História do Laboratório de Radiologia da Faculdade de Medicina de Coimbra*, por Fernando Ramalho; *Aplicação dos raios X à determinação de estruturas*, por Almeida Santos; *Projecção da descoberta de Roentgen em patologia cárdio-arterial*, por João Porto; *Valor dos raios X nas doenças dos ouvidos, nariz e garganta*, por Manuel Pinto; *A descoberta de Roentgen e a medicina militar*, por Fernandes Lopes; *Modificações do tecido ósseo sob influências extrínsecas em radiologia*, por Aleu Saldanha; *Evolução da semiótica em radiologia*, por Ayres de Sousa.

Neste volume, comemorativo do I centenário do nascimento de Roentgen, além dos trabalhos acima indicados (que foram na sua maior parte publicados em revistas médicas, de que demos conta) insere-se a notícia das comemorações celebradas entre 3 de Abril de 1946 e 4 de Fevereiro de 1947.

Diagnóstico diferencial em radiologia.— Nem sempre é fácil des-trinçar, entre afecções que dão quadros radiológicos parecidos, aquela que está em causa; é preciso um conhecimento profundo da interpretação radiológica, por vezes, para se estabelecer um diagnóstico certo. Vários exemplos são citados para demonstração de este conceito.

Na úlcera gástrica maligna, as imagens nem sempre dão indicações; volume do nicho, maior ou menor regularidade dos seus contornos, localização, etc., nem sempre falam a favor da úlcera carcinomatosa. O melhor indicador é o sinal do menisco, estudado por Carman, que é uma imagem intragástrica, subtractiva, distinta da que dá a úlcera com talude, que é extragástrica, adicional, constituída pelo edema em torno de uma cratera ou por tecido de esclerose se a lesão é antiga; os franceses confundem ainda os dois sinais, de diferente significado.

Acontece que em muitas circunstâncias a radiologia só pode dar um diagnóstico anatómico, e só a clínica pode dizer de que processo se trata. Assim, por exemplo, o estreitamento do antró pilórico, tanto pode ser determinado por uma gastrite hipertrófica, como por uma lesão sifilítica, ou carcinomatosa infiltrativa em início, ou por úlcera benigna com nicho invisível, ou até por hipertrofia do piloro. No entanto, certos sinais indirectos podem auxiliar a interpretação da imagem que pode ser comum a várias afecções, tornando menos difícil um delicado diagnóstico diferencial.

Outro exemplo é dado pelas osteopatias vitamínicas: raquitismo e escorbuto. Se nas formas típicas a distinção é fácil, pelas características das imagens, casos há em que ela é extremamente difícil, por se não ter desenvolvido o quadro radiológico próprio. Em ambas as avitaminoses há atrofia óssea, mas no escorbuto realiza-se por inibição osteoblástica (do tipo Cushing ou de osteoporose senil simples), com diminuição do número e da espessura das trabéculas ósseas, ao passo que no raquitismo domina o tecido osteoide, e o osso é pobre em cálcio, de má quali-

dade, deficiente; no primeiro caso o aspecto é osteoporótico, no segundo é osteomaláxico. Esta distinção tem interesse na patologia das osteoporoses do adulto, porque a terapêutica tem de ser diversa, pela vitamina C na osteoporose senil, por vitamina D na osteomalácia.

A sífilis congénita, nas lesões de osteocondrite, pode oferecer imagem de espessamento da linha de calcificação provisória do topo da epífise, confundível com as imagens do raquitismo e do escorbuto, se não se olhar a outros pormenores de alteração óssea.

Mais simples são outros diagnósticos diferenciais, se o observador pensar na fisiopatologia dos respectivos processos; só esquecendo-a poderá errar. Exemplo: o da distinção entre uma spinaventosa tuberculosa e um banal panarício. Na primeira há forte reacção do periosteio a rodear o sequestro rarefeito, de osso que morreu por falta de irrigação; no segundo o pedaço de osso mortificado é duro, ebúrneo, porque a morte se deu rapidamente, em ataque de fora para dentro, e não por septicemia.

BOLETIM DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, V, 1947. — N.º 47-49: *Descrição dos cortejos de oferendas em 1946-47*. N.º 50-52: *Administração hospitalar*, por Paiva Correia; *Viagem de estudo aos estabelecimentos psiquiátricos da Suíça*, por Almeida Amaral; *Assistência nacional aos leprosos*, por Bissaia Barreto; *Assistência*, por Serras e Silva. N.º 53-55: *A estomatologia, a otorrinolaringologia e a oftalmologia vistas sob o aspecto sanitário*, por António Paul. Suplemento: *O combate à lepra em Portugal* (organização e notícia da inauguração do Hospital-Colónia Rovisco Pais). N.º 56-58: *Viagem de estudo aos estabelecimentos psiquiátricos da Suíça* (conclusão), por Almeida Amaral. Em todos os números, notícias sobre actos e obras de assistência, e disposições legislativas.

O Hospital-Colónia Rovisco Pais. — Está instalado em Tocha, concelho de Cantanhede, numa vasta propriedade rural, de campos e mata, e tem os seguintes edifícios: 5 núcleos familiares com 17 moradias cada um, ou sejam 85 moradias que podem albergar 270 leprosos; 6 casas para trabalhadores sem família leprosa, sendo 3 para cada sexo, cabendo em cada uma 25 leprosos, o que dá albergue a 150; 2 asilos, também um para cada sexo, com lotação de 90 camas; 1 hospital para 74 leprosos; uma creche para 24 crianças, e uma casa de educação e trabalho para 74, ambas para não-contagiados; capela; casas para o pessoal, económico, lavanderia e armazens. Vão construir-se, como complementos da obra; um pavilhão para doentes infecto-contagiosos, outro para o pessoal clínico e administrativo, outro para espectáculos, e diversas dependências de indústria agrícola. A importância dispendida com as construções, abastecimento de água, esgotos, arruamentos, etc., foi de 20.533 contos; o mobiliário e equipamento custou 7.352 contos.

O decreto-lei n.º 36.450 estabelece o regime jurídico da luta contra a lepra, que passou a fazer parte da lista das doenças de declaração

obrigatória. Segundo as circunstâncias de cada caso, o regimen applicável é: observação e vigilância sanitária para os individuos suspeitos e doentes clinicamente curados; vigilância e tratamento ambulatorio para os doentes que não oferecem perigo de contágio; internamento obrigatório (só excepcionalmente substituível por tratamento domiciliário) para os doentes contagiosos.

Criou-se, na dependência da Direcção Geral de Saúde, o Instituto de Assistência aos Leprosos, para presidir à luta contra a lepra, a qual disporá dos seguintes estabelecimentos: dispensários, preventórios e casas de educação, Hospital-colónia Rovisco Pais, asilos e brigadas móveis.

A admissão dos doentes para internamento faz-se por intermédio das autoridades sanitárias ou dos serviços especiais de combate à lepra, mediante processo justificativo, salvo nos casos em que, pelo estado do doente haja necessidade de o isolar, em que a entrada será por urgência, fazendo-se depois o respectivo processo; o diagnóstico do médico que indicou a necessidade do internamento será confirmado por director de dispensário ou pelo do Hospital-colónia. Os doentes não podem abandonar o regime de internamento sem lhe ter sido dada alta; aqueles a que esta for dada ficam sujeitos a vigilância, que só cessará depois de decorridos cinco anos sem qualquer manifestação da doença.

JORNAL DO MÉDICO — N.º 302 (6-XI): *Algumas noções sobre o ácido P-aminosalicílico no tratamento da tuberculose*, por Pereira Botelho; *Noções recentes sobre a poliomielite*, por A. Kaplan; *Assistência na doença e seguros sociais*, por Mário Cardia. N.º 303 (13-XI): *Fibromas e fibrossarcomas cutâneos*, por Reis Figueira. N.º 304 (20-XI): *Tuberculose*, por Raúl Ribeiro; *O clínico prático perante a medicina sanitária*, por A. Silva Travassos. N.º 305 (27-XI): *Terapêutica da insuficiência cardíaca*, por M. Cerqueira Gomes; *A socialização da nossa medicina*, por Mário Cardia. N.º 306 (4-XII-48): *Patologia geral dos traumatismos torácicos*, por Godinho Mónica; *Assistência médica na Federação das Caixas de Previdência*, por J. Lopes Barbosa. N.º 307 (11-XII): *Higiene e medicina social concehlias*, por Fernando Correia; *A socialização da nossa medicina*, por Mário Cardia. N.º 308 (18-XII): *A luta contra a tuberculose numa empresa industrial*, por L. de Carvalho Cancela; *A tuberculose como doença social*, por Botelho Medeiros. N.º 309 (25-XII): *A cirurgia filosófica*, por René Leriche; *Progressos terapêuticos e conhecimento psiquiátrico*, por Barahona Fernandes; *Síndrome de Guillain-Barré e gripe*, por Diogo Furtado e Afonso de Vasconcelos; *Estado actual do problema da alergia*, por Bruno da Costa; *O médico perfeito*, por Hernâni Monteiro.

Terapêutica da insuficiência cardíaca.— O coração pode chegar à insuficiência por dois caminhos distintos: ou por efeito da sístole ou por defeito da diástole. No primeiro caso esvasia-se mal e é a insuficiência hipossistólica, no segundo não se enche bem e é a insuficiência hipodiastólica. A primeira é a mais vulgar, e como no coração há dois

territórios funcionalmente diferentes, direito e esquerdo, há doenças predominantemente localizadas num ou noutro de esses territórios, hipossistolia direita e hipossistolia esquerda, e quando ambos estão tocados hipossistolia total.

Quando a musculatura cardíaca fracassa cede primeiramente a tensão diastólica passiva das fibras cardíacas, que não se opõe de maneira normal à distensão pelo sangue que entra e a pressão intracavitária não sobe na curva habitual até à abertura das válvulas a juzante; depois as fibras aumentam longitudinalmente, as cavidades dilatam-se e dentro de elas cresce o volume residual. A este resultado pode chegar-se directamente, como nas miocardites infecciosas ou nas perturbações metabólicas ou de irrigação, ou depois de uma fase premonitória de hipertrofia compensadora, como nos hipertensos e nos valvulares.

O que acontece logo que as cavidades cardíacas se esvaziam mal, é acumular-se o sangue por trás de elas. Assim, na falência do coração esquerdo há inicialmente engorgitamento pulmonar; na do coração direito há engorgitamento hepato-venoso. Depois, com a redução progressiva do volume-minuto, há estase e quebra da velocidade sanguínea nos órgãos e tecidos, e entra-se no período das perturbações metabólicas e centrais; anoxemia e acidose hiperexcitam os centros respiratórios e cardíacos, directamente ou através da estimulação das zonas sensitivas da aorta e do seio carotídeo, obrigam a mais trabalho de circulação e de ventilação, e em circulo vicioso agrava-se a dispneia e o cansaço do miocárdio. Esta fase da disfunção respiratória aparece mais tardiamente na falência do coração direito, ao menos quando esse desfalecimento é primitivo, e não segue, como habitualmente, o do coração esquerdo.

Nos casos de insuficiência hipodiastótica, por pericardite com derame, constrição post-pericardítica ou forte aumento de pressão intratorácica, ainda que haja engorgitamento a montante, o fracasso circulatório tem origem diversa da relativa à hipossistólica, porque o músculo tem força para expulsar o sangue, mas este nem entra nem sai do coração em quantidade suficiente, e o desfalecimento chega por deficiência de irrigação.

O conhecimento da fisiopatologia é indispensável para a clínica. Em primeiro lugar é preciso diagnosticar bem; só se deve diagnosticar insuficiência cardíaca quando se puder justapor sintomas e sinais, pois há muitos doentes com dispneia de esforço, taquicardia de esforço, palpitações, vertigens posturais, e em que o coração é vítima e não réu; o fracasso circulatório tem razões periféricas ou neuro-reguladoras, e não é ao coração que a terapêutica tem de dirigir-se. Também será erro tratar como insuficientes os doentes do coração sem insuficiência, tais como muitos valvulares e numerosos hipertensos de coração hipertrófico.

Os melhores diagnósticos e terapêutica são etiológicos. Mas como poucas vezes se atinge a origem dos quadros mórbidos, o real problema é o do síndrome funcional: estado da cavidade e das suas pro-

priedades alteradas, se há perturbação da contracção cardíaca ou também da excitabilidade, ou do cronotropismo, ou da condutibilidade. O conhecimento de estas perturbações funcionais levará à escolha dos meios terapêuticos, dos que reforçam a sístole, encurtam ou alargam a diástole, moderam a frequência, regularizam o ritmo, ou dos que enriquecem o sangue em oxigénio, atenuam o desequilíbrio ácido-básico, desafogam o pulmão ou desbloqueiam os edêmas periféricos.

A terapêutica pode, para a prática clínica, dividir-se em: medidas gerais, medidas farmacêuticas, medidas mecânicas.

Medidas gerais. — O repouso é fundamental, em grau proporcional à intensidade da insuficiência. A alimentação tem de ser muito reduzida e descloretada, nos grandes insuficientes; logo que os sintomas cedam, deve transitar-se para uma alimentação de refeição leves, com pouco sal, continuando-se a dar pouca água ao doente, à roda de um litro por dia. O álcool deve ser prescrito nas insuficiências francas, mas em pequena quantidade pode permitir-se quando ligeiras. O tabaco deve proibir-se formalmente, sobretudo se o insuficiente pertence ao lote dos coronaríticos ou dos hipertensos, se foi pelo caminho arterial que chegou à descompensação; não porque o tabaco seja capaz de gerar doenças cárdio-vasculares, mas porque é particularmente nocivo para os que as adquiriram, para ele susceptibilizados.

Medidas farmacêuticas. — Compreendem a digitalis, o estrofanto, os diuréticos e os sedativos.

Da conhecida farmacodinamia da digitalis deduz-se a sua indicação que é quando o coração está diminuído no poder de contracção e aumentado no número das contracções: o êxito oferece-se mesmo quando há taqui-arritmia completa, porque não melhorando a situação auricular, e até piorando-a, a digitalis bloqueia a condução aurículo-ventricular e, diminuindo a frequência das sistoles ventriculares, melhora o seu rendimento. Não deve dar-se quando a insuficiência não se acompanha de taquicardia, por ser inútil nestes casos, nem quando há sinais de perturbação na condução miocárdica, por então ser nociva. Não esquecer a acumulação da droga que se fixa no músculo cardíaco, e pode levar à intoxicação. Aos preparados galénicos, de actividade inconstante, devem preferir-se os glucosídeos, rigorosamente titulados. Sobre dosagem, evitar as altas doses, de saturação, que levem frequentes vezes a intoxicações graves, assim como as doses pequenas, inoperantes geralmente; tactear a variável susceptibilidade do doente, com uma dose inicial de 100 gotas repartida por três dias, seguida de doses de 10 a 15 gotas durante alguns dias, vigiando a aplicação, pois há doentes que mostram rápida intolerância.

A estrofantina só é útil administrada por via intramuscular ou endovenosa, e é corrente associá-la à glucose. A acção que exerce difere em muito da relativa à digitalina: aumenta a contracção cardíaca, e mais vantajosamente, porque o músculo consome menos oxigénio, aproveita

melhor o que chega até ele, e metaboliza mais perfeitamente os hidrocarbonados; mas não abranda a condução, não alonga a diástole. A sua indicação é pois outra: nas insuficiências sem taquicardia, particularmente nas que se instalam por dificiente irrigação, e nas dilatações agudas de qualquer ventrículo.

Os diuréticos mercuriais são indispensáveis, para desengorgitar os órgãos encharcados; sem eles a digitalis não consegue em muitos casos desbloquear o atulhamento. A via endovenosa é a mais activa, mas tem perigos sérios, que podem ir até à morte; por isso a via a adoptar para sua administração deve ser a intramuscular. Quando há grandes edêmas, podemos applicá-los duas ou três vezes por semana; depois, umainjecção semanal ou quinzenal, conforme a marcha dos sintomas.

A sedação é de alta importância no tratamento, pois estes doentes precisam de dormir. A morfina tem ainda a vantagem de socegar a dispneia. A excitação psíquica calma-se com gardenal ou luminal, sós ou associados à teobromina, que melhora a circulação cerebral.

O oxigénio diminue a cianose, a anoxémia de órgãos e tecidos, inclusive a do coração; é útil nas insuficiências coronárias, nas esquerdas, especialmente em transe agudos, e nos insuficientes respiratórios como falência direita. Tem de administrar-se em alta concentração, preferivelmente por cateter nasal introduzido até à buco-faringe, fazendo entrar o oxigénio, que passa por um frasco lavador, com um débito de 5 a 6 litros por minuto.

Meios mecânicos.—Deixando de parte a cirurgia, sem êxitos que a aconselhem, fica a sangria e a remoção dos derrames.

A sangria é admirável nalguns casos, sobretudo no edêma agudo do pulmão e nas situações graves de falência do coração esquerdo, em que dá um alívio, por vezes maravilhoso; menos activa, mas ainda útil, nos fortes engorgitamentos do sistema venoso.

A remoção dos derrames está indicada quando são volumosos, pois quando são pequenos é mais prudente esperar pelo efeito dos diuréticos; o esvaziamento deve ser parcial, para não se modificar bruscamente a hidraulica circulatória.

São estes os guias gerais para o tratamento dos insuficientes cardíacos, a particularizar para doente. Para algumas situações clínicas em que o coração está em causa, indicações próprias devem ter-se presentes. Assim exemplificando:

Nas doenças infecciosas agudas, salvo para a febre reumática e a difteria, a insuficiência circulatória é periférica, não central. A digitalina não só é inútil como pode ser nociva; deve preferir-se-lhe a estrofantina, em doses prudentes. Os grandes fármacos, nestes casos, são os analépticos: caféina, cânfora, cardiazol, coramina, ou os corpos da série efedrina, ou mesmo a hormona suprarrenal.

A insuficiência cardíaca dos coronaríticos é irreversível, mais que nenhuma outra. O seu tratamento é desalentador, e consiste principalmente no repouso, na regrada alimentação, e na estrofantina.

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

Pelargon

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

ANÁLISE-TIPO

Matéria gorda	17,0 %	Maltose-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 calorias

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, hipotrêpsicos e para o tratamento de certas perturbações digestivas.

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

Composição constante e preparação fácil.

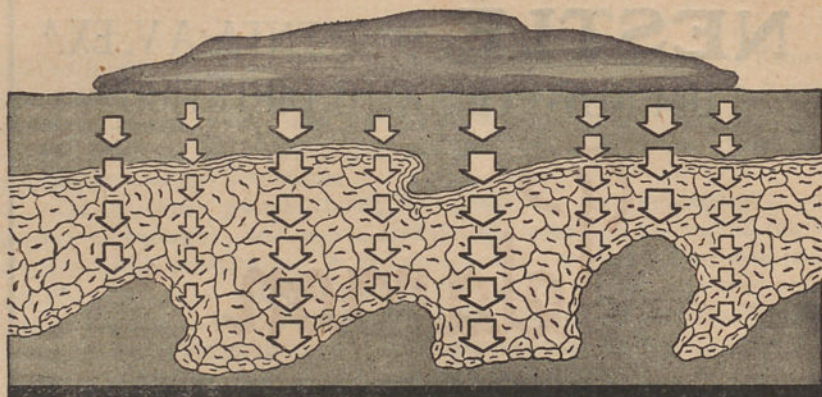
SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS

LISBOA

AVANCA

PORTO

MEDICAÇÃO por INFILTRAÇÃO



Para uma descongestão e um efeito descongestivo e analgésico prolongado e eficaz em casos de inflamações locais, os efeitos da Neumotisina são excelentes.

Por infiltração do emplastro através da pele, o guaiacol, a creosota de faia e o salicilato de metilo, são lentamente absorvidos e assim produzem os seus efeitos terapêuticos. A Neumotisina exerce o seu efeito gradual e permanentemente durante um período de oito horas ou mais.

A Neumotisina é dum empre-

**Embalagens de 57-114-228
gramas**

NEUMOTISINA a cataplasma que se receita

go limpo e simples e, assim, substitue os antigos e incômodos métodos, evitando além disso a necessidade de atenção constante.

É indicada nas afecções das vias respiratórias, entorses, nevralgias, epididimites, abscessos superficiais, mi-algia, nevrites e casos similares.



NUMOTIZINE, INC. • 900 NORTH FRANKLIN STREET, CHICAGO, E.U.A.

Representantes: E. BRUNNER & CA., L.DA
T. da Fábrica, 13-2º

Porto

Nos valvulares e nos hipertensos, tem a digitalina bom campo de acção, proporcionando o seu uso, bem como o regimen de vida e alimentação, à marcha da insuficiência; só quando houver tendência para a bradicardia ou acidentes agudos se trocará pela estrofantina.

Na insuficiência cardíaca dos bronco-pulmonares, se realmente existe, com dispneia e cianose, associe-se a estrofantina, os mercuriais e o oxigénio; cuidado na interpretação dos sintomas, pois pode haver engorgitamento hepato-venoso por forte exagero da pressão intratorácica, sem compromisso do coração direito.

No caso de constrição post-pericardítica não há que actuar sobre o coração, mas apenas fazer terapêutica sintomática, com a redução dos líquidos, do sal, da actividade física, e com os diuréticos mercuriais; e se o quadro se agrava, remeter o doente ao cirurgião, para libertar o coração aprisionado.

Síndrome de Guillain-Barré e gripe: — O que distingue este síndrome do comum das polinevrites é que se inicia por sinais infecciosos, de tipo gripal, e passados dias ou semanas surgem os sintomas sensitivos de dores e parestesias dolorosas nas extremidades dos membros, instalando-se rapidamente as paralisias flácidas, com abolição dos reflexos, sem febre ou quase, paralisias que regressam lentamente, através de semanas ou de meses, até que desapareçam inteiramente. No líquido céfalorraquídeo há dissociação albumina-citológica, que também leva muito tempo a desaparecer.

A patogenia desta afecção é muito discutida e nada está assente de um modo certo. A hipótese de um virus específico tem de ser posta de lado. A doutrina que parece ser mais aceitável é a de que se trata de um fenómeno alérgico, representando a dissociação albumina-citológica uma inflamação serosa alérgica e traduzindo os sinais nervosos a forma periférica, meningo-radículo-nevrítica, da neuroalergia.

LIVROS E OPÚSCULOS

Contribuição para o estudo dos tumores malignos do parênquima renal no adulto, por João Manuel Bastos (Lisboa, 1948). — Nesta monografia, baseada em 17 observações pessoais, bem documentadas, sucessivamente são tratados os seguintes capítulos: História, Anatomia patológica, Etiologia e patogenia, Sintomatologia, Diagnóstico, Tratamento, Prognóstico.

Interessa sobretudo o diagnóstico precoce, pois as possibilidades de cura (como de resto é regra em oncologia) serão tanto maiores quanto menos avançado estiver o processo. Mas esse diagnóstico é difficilimo, porque o rim é um órgão que, sendo dos que podem sujeitar-se a melhores métodos de exploração, é um dos que pode ocultar por mais tempo uma afecção grave. Por isso quando o doente se apresenta ao médico, por terem aparecido sinais de doença, já o processo tumoral vai adiantado,

geralmente. No entanto, os progressos da técnica do exame do rim e os da cirurgia, tem melhorado as estatísticas de mortalidade, que mostram sobrevivências em proporção muito maior do que a observada há 25 anos, em que as cifras respectivas eram insignificantes. Os resultados verificados pelo A. são os seguintes:— 9 falecidos (sendo 3 no primeiro ano, 3 no segundo, 1 ao cabo de 5 anos, e 2 ao fim de 6 anos; mas 3 de entre estes faleceram por doença sem relação com o tumor renal); 8 com sobrevivências, sem sinais de recidiva, que em metade dos casos já vai além de 6 anos, sendo num deles de 12 anos. De toda a maneira, trata-se de um processo de prognóstico sempre reservado, condicionado por diversas circunstâncias a considerar em cada caso.

Lições de toxicologia clínica e forense. — por A. Duarte Santos (Coimbra, 1947). — Numa primeira parte trata dos problemas gerais dos envenenamentos, sua clínica e perícia médico-legal; depois, vem as noções especiais sobre os tóxicos mais frequentes, e notas sobre outros de menor importância. Obra didáctica, em que se encontra o que de maior interesse se sabe sobre o assunto.

A botica do Azevedo. — por M. Emydio da Silva (Lisboa, 1948). — Comemorando o centenário da mais antiga farmácia de Lisboa, a Farmácia Azevedos, insere esta monografia notas muito curiosas sobre a vida da capital nos tempos idos, do mesmo passo que representa uma contribuição para a história da farmácia portuguesa.

O que deve saber-se de paralisia infantil, por H. Gomes de Araújo (Porto, 1948). — Obra de divulgação da patologia clínica da doença de Heine-Medin, escrita através da experiência pessoal do autor.

Dispensário do Instituto de Higiene Social do Porto, por Mário Cardia (Porto, 1948). — Descreve a ampliação dos serviços de esta instituição, efectuada em 1947, mercê da qual conta as seguintes secções: dermatovenéologia, ginecologia, luta anti-tracoma, profilaxia estomatológica; como dependências, laboratório, farmácia; anexos, os dispensários de Matosinhos e Gaia, este recentemente inaugurado. Mapas estatísticos mostram o desenvolvimento da acção do Dispensário.

Revascularização cardíaca, por Silva Pinto (Coimbra, 1948). — Conferência dada no Centro de Cardiologia Médico-social, em que, depois de recordar o papel da deficiência de irrigação do miocárdio na produção de estados patológicos, e principalmente da angina de peito, se descrevem os processos de revascularização, cárdio-omentopexia e bloqueio da inervação simpática, com os resultados eficientes das experiências realizadas no Centro de Estudos de Medicina Experimental da Faculdade de Medicina do Porto.

Actualidades e utilidades médicas, por António de Lacerda e Tomé de Lacerda; 3.º quadrimestre de 1948 (Lisboa, 1948). — Mais um volume de esta muito interessante publicação, que, como os anteriores, contém dezenas de notas de patologia e terapêutica, respigadas das revistas médicas nacionais e estrangeiras.

ACTUALIDADES

O 1.º Congresso Internacional da B. C. G. (1)

No dia 18 de Junho último, no Instituto Pasteur de Paris, reuniram-se os delegados de 19 países, para discutir o problema da profilaxia da tuberculose pela B. C. G. Os trabalhos dividiam-se em quatro secções:

1.^a — Estudo experimental da B. C. G. e dos seus modos de aplicação.

2.^a — Resultados da sua utilização na clínica humana.

3.^a — Resultados obtidos na prática veterinária.

4.^a — Modalidades da sua aplicação no quadro da acção social e da higiene preventiva.

O primeiro a falar foi o velho Guérin, o companheiro inseparável de Calmette, que recordou a história da B. C. G., desde os primeiros trabalhos sobre a atenuação da virulência do bacilo de Koch, em 1901, que levaram ao isolamento, em 1908, da estirpe bovina que por passagens sucessivas em batata com bilis deram a fixação do poder antigénico com avirulência, que múltiplas experiências em animais comprovaram e elucidaram. Depois, evocou o primeiro ensaio no homem, em 1921, e as primeiras campanhas de vacinação, em França, em crescente divulgação do método, que passou a aplicar-se em vários países da Europa e da América.

Sobre a inocuidade da B. C. G. vieram à baila os trabalhos de Petroff e Stecken (1927), relativos à exaltação da estirpe por passagens no testículo da cobaia, e seu desdobraimento em colónias lisas e rugosas, com distinta actividade; e os de Watson, McIntosh e Koust (1928), que obtiveram tuberculose progressiva em 9 por 100 das cobaias inoculadas; e ainda os de Sasano e Medlar (1931), que puderam recuperar a virulência do B. C. G. por sementeira em meio de Santon (soro de coelho), depois de oito passagens. Estes resultados, porém, foram contestados por Mishulow, Park e Melman (1932), que repetiram as técnicas de aqueles autores e não conseguiram exaltar a virulência do bacilo em questão; e foi decisiva a prova dada por Griffith (1932) que, depois de oito anos de experiências as mais variadas, concluiu pela inocuidade do B. C. G. para todos os animais.

Comentando o que sobre este primeiro ponto se tem escrito, não se contestou a veracidade das experiências feitas pelos que afirmaram a

(1) Condensado da conferência feita em Madrid, a 25-X-1948, pelo delegado espanhol JUSTINIANO PEREZ PARDO, chefe do serviço de tuberculose na «Escuela Nacional de Sanidad». (*Rev. de Sanidad y Higiene Pública*, N.º 11-12 de 1948).

possibilidade de tornar virulento o B. C. G., mas notou-se que o bacilo tinha então menos fixidez do que mais tarde, em que muitos anos de passagens lhe tiraram toda a virulência, e sobretudo que esta nunca pôde adquirir-se por culturas em meio de batata com bilis, que é o empregado para manter a estirpe com os seus caracteres.

De resto todos concordaram em que a melhor prova da inocuidade do B. C. G. está na observação das vacinações humanas, praticadas em larga escala, em mais de 10 milhões de indivíduos, sem qualquer facto provado de tuberculose que lhe fosse devida. Foram chamados a capítulo todas as observações que podiam deixar dúvidas sobre a inocuidade. O trágico successo de Lubeck ficou perfeitamente esclarecido, pois se provou o erro de técnica, por se ter misturado uma cultura virulenta. Citou-se a observação de Irvine, de tuberculose fatal em seguida à vacinação; as de um radiologista húngaro que encontrou cavernas em três crianças vacinadas, uma das quais morreu, tendo a autópsia mostrado lesões parenquimatosas e nódulos hilares, dos quais se isolou um bacilo de pequena virulência; mais quatro casos de tuberculose evolutiva em crianças vacinadas no Chile, uma das quais morreu, isolando-se das suas lesões um bacilo virulento; e uma estatística de 561 crianças vacinadas, entre as quais ouve nove óbitos atribuíveis à tuberculose. Todos estes casos não provaram, de maneira alguma, que a doença em questão fosse produzida pelo B. C. G.; apenas dizem que podem apresentar-se casos de tuberculose em vacinados, isto é que os «calmettizados» não levam patente de absoluta imunidade. Nada mais. Antes de culpar o B. C. G. de produzir a doença é preciso certificarmo-nos, pela experimentação, de que o agente causal tem as características da estirpe e é virulento para os animais de laboratório; só pelos dados clínicos é impossível imputar virulência ao bacilo inoculado para vacinação. Ora nos casos referidos essa prova não se fez, e o B. C. G., injectado em grandes doses aos coelhos, não produz neles qualquer perturbação.

Quanto à actividade imunológica, allergénica e antigénica da vacina assunto de maior importância que o da inocuidade (este inteiramente resolvido), assentou-se na necessidade de uma valorização estandardizada da B. C. G., dada a variação de aquela actividade, observada em vários países. Kayne notou que as revacinações feitas por via hipodérmica, durante os anos de 1928 a 1930, produziram abscessos ou nódulos na proporção de 58 por cento, e que mais tarde, com as mesmas doses da mesma vacina, só causavam aquelas lesões em 9 por cento dos revacina-dos; o que atribue à perda de vitalidade do B. C. G. nas suspensões da vacina. O delegado espanhol, perguntando se não aconteceria o mesmo que se tem dado com o virus fixo da raiva e outros virus, de atenuação progressiva, isto é se as culturas nos diversos países, apesar de todas serem provenientes da estirpe mantida no Instituto Pasteur de Paris, não terão perdido com o tempo a sua actividade, por influências do meio,



PULMOSAL

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

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

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

LABORATÓRIOS AZEVEDOS

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA

COMPRIMIDOS DE

DIASPIRINA

(FENACETO - SALICIL - TEÍNA)

ENXAQUECAS. NEURALGIAS, GRIPE

Tiosota, Tiocol, Codeína, Dionina,
Benzoato, Rum, Glicerina e Alçaçuz

PULMO-SORO

(CONCENTRADO)

BÉQUICO, CALMANTE, EXPECTORANTE
DAS VIAS RESPIRATÓRIAS



QUININOTERAPIA DAS AFECÇÕES INFLAMA-
TÓRIAS BRONCO-PULMONARES

QUININA ANIDRA, CÂNFORA, GOMENOL,
MENTOL

TRANSPNEUMOL

INTRAMUSCULAR - INDOLOR

AMOSTRAS PARA ENSAIOS: RUA BERNARDO LIMA, 50 — LISBOA

obteve resposta afirmativa. Por isso se julgou indispensável a criação de uma comissão internacional que se ocupe do assunto.

Citaram-se as técnicas de preparação e conservação da vacina. Kaiser apresentou uma vacina sua, gelatinada, Rosenthal a sua vacina seca lactozada, e Unger e Muggeton a vacina dessecada com soro.

Foi muito interessante a comunicação de Pedro Domingo, que prepara um extracto do B. C. G., por trituração, para emprego nas provas alérgicas, semelhantemente à tuberculina, mas mais sensível do que esta, o que muito importa para a discriminação de ligeiros estados alérgicos; esse extracto tem dado já lugar a muitos trabalhos de investigação na América espanhola.

A difícil questão das relações entre a alergia e a imunidade foi largamente discutida. Blechmann admite a possibilidade do desdobramento da alergia à tuberculina e da alergia ao B. C. G. Aronson expôs os seus trabalhos sobre o prolongamento da imunidade nos vacinados, para além da alergia tuberculínica. Negre observou este fenómeno nas cobaias, nelas verificando também que a alergia aparece dias antes da criação do estado imunitário, o que mostra a relativa independência dos dois fenómenos. Mas, por consenso geral, se afirmou que, experimentalmente, em certo grau, a imunidade e a alergia marcham paralelamente.

Sobre as vias de introdução da vacina, provada a inconstância da absorção pelo intestino, ia ser condenada em absoluto a vacinação por via oral, quando Sayé mostrou pelas suas experiências começadas em Barcelona e terminadas no Uruguay, que ela é útil desde que se empreguem doses maiores do que as classicamente estabelecidas, e que pela facilidade de aplicação pode ter indicação em campanhas de grande vulto; isto levou a assembleia a não a pôr inteiramente de lado.

Mas a opinião geral foi pela adopção dos métodos de inoculação cutânea. Rosenthal expôs o processo da multipunção; Negre os resultados obtidos com as simples escarificações, preferível por não provocar a formação de nódulos ou abcessos, mas apenas uma lesão local insignificante, sem prejuízo da imunidade da ordem geral, como provou nas experiências feitas em cobaias, com a colaboração de Bretey. Que a pele seja o melhor tecido para a entrada do agente vacinador está de acordo com a observação clínica, que já acertadamente levou Marfan, em 1886, ao notar a incompatibilidade do lupus com a tuberculose pulmonar, a escrever: «A defesa anti-tuberculosa do organismo seria sobretudo devida ao tegumento externo, sendo nas células basais da epiderme onde se elaboram as substâncias anti-tuberculosas, que só se produzem quando estão em contacto com uma lesão tuberculosa; uma adenite tuberculosa só é vacinante quando está em contacto com a pele». A via subcutânea teve pouca aceitação, apesar de na Colombia ser usada sem mais que 2 por cento de abcessos.

Os resultados da aplicação da vacina nas colectividades humanas foram expostos em abundância, repetindo-se o que já foi publicado sobre ensaios conduzidos com método científico, como os de Heimbeck, Savonen, Weil-Hallé, Aronson, Tornell, etc.; as conclusões são conhecidas e coincidentes no valor da acção preventiva da B. C. G.

O valor da prevenção da tuberculose bovina foi demonstrado por diversos veterinários, de França, Austria e Madagascar.

Finalmente um ponto interessante foi ainda tratado: o da possível utilização da vacina como elemento terapêutico. Boquet deu conta de casos favoráveis, de tuberculose cavitaria tratada com injeções intrapleurais de B. C. G. Navarro Gutiérrez expôs os resultados obtidos, de reavivamento da sensibilidade à tuberculina e melhoras clínicas, em casos de tísica pulmonar no último grau; Couloud disse ter entre mãos ensaios da mesma natureza, de que já publicou alguns resultados de encerramento de cavernas.

*

Conclusões adoptadas pelo congresso:

1 — O estudo de mais de dez milhões de vacinações efectuadas no mundo inteiro no decurso de vinte e cinco anos confirma a inocuidade da B. C. G. para a espécie humana.

2 — A vacinação pela B. C. G. é o meio de prevenção mais eficaz contra a tuberculose.

3 — A estirpe vacinal da B. C. G. (Calmette-Guerin) utilizada em todos os países do mundo é a proveniente do Instituto Pasteur de Paris.

4 — A técnica minuciosa seguida no Instituto Pasteur de Paris assegura a vitalidade e fixidez da B. C. G.

5 — O Congresso reconhece como bom todo o método de vacinação com a B. C. G. que provoque uma alergia nítida e durável.

6 — O Congresso recomenda a introdução da vacina pela pele, por meio de picadas, de escarificação ou por outros métodos.

7 — O Congresso não exclue a via bucal, por razões de ordem prática.

8 — Se a vacinação dos recém-nascidos se impõe em primeiro lugar, a vacinação de indivíduos de mais idade, como adolescentes e jovens adultos que dêem reacções negativas à tuberculina, deve ocupar lugar primacial, especialmente os que estejam mais expostos a contágios, como, por exemplo, aprendizes, estudantes, pessoal médico e para-médico, reclusos, etc.

9 — O Congresso recomenda a revacinação dos indivíduos vacinados nos quais desapareceu a reacção à tuberculina.

10 — O Congresso considera como de interesse urgente a máxima difusão da vacinação pela B. C. G.

11 — O Congresso recomenda a conservação de todas as outras medidas profiláticas em uso na luta contra a tuberculose.

Técnica da vacinação pela B. C. G. e da reacção à tuberculina (1)

Quem percorre a já vasta literatura na qual se descreve a aplicação da vacina B. C. G., verifica que tem sido utilizadas as técnicas de administração mais variadas e que aquela uniformidade de técnica a todos os títulos desejável, inclusivamente para mais perfeita avaliação dos resultados e comparação de diferenças estatísticas, ainda não foi conseguida.

A via de administração gastro-intestinal foi a primeira a ser posta em prática, mas não tardou em verificar-se a incerteza dos seus resultados. Activa sem dúvida, e foi à sua custa que o método se começou a impôr, conseguia contudo apenas, aproximadamente, 30% de reacções positivas à tuberculina, atestando a alergia dos vacinados. Perturbações da absorção intestinal e até com frequência o vômito, seriam a principal causa da insuficiência do êxito, posto que a inocuidade ficasse demonstrada. Verificou-se ainda que nestes casos a imunidade se instituía lentamente, por vezes necessitando de alguns meses e que a reacção alérgica era de fraca intensidade. Estes ensaios tiveram contudo o grande mérito de estabelecer a confiança no método, até pela ausência de acidentes que lhe pudessem ser imputados, criando-se assim uma base sólida e animadora de tentativas de aperfeiçoamento da técnica, para colheita de maiores benefícios. Assim se iniciou a utilização da via parenteral, verificando-se que com ela se obtinha uma sensibilização à tuberculina do organismo vacinado, mais regular, mais rápida e mais intensa. Têm sido, deste modo sucessivamente tentadas as vias sub-cutânea, intradérmica e simplesmente epidérmica.

Aparecem então acidentes locais, relativamente frequentes, sob a forma de supurações, sem gravidade, mas incómodas, podendo até desgostar os vacinados e o meio que os rodeia, elemento sempre a considerar perante um método novo e para o qual se deseja obter aceitação confiante. Verificou-se também que a alergia obtida por vacinação intradérmica era mais forte do que a da via sub-cutânea, sendo esta última responsável por maior proporção de supurações locais.

Pode considerar-se como uma inovação feliz o método iniciado na América por Rosenthal, conhecido pelo método das «picadas múltiplas» pouco depois facilitado pelo aparelho ideado por Birkhaug, para a sua realização; o valor desta técnica, os resultados com ela obtidos e a ausência praticamente de acidentes locais, permitem concluir, após a sua confirmação experimental e uma já longa aplicação clínica, que ele representa uma via de administração segura da vacina. Os autores franceses, através de experimentação no Instituto Pasteur e da aplicação

(1) — Excerto do relatório «*Vacinação antituberculose pela B. C. G.*», da Direcção Geral de Saúde, pelo Dr. AUGUSTO DA SILVA TRAVASSOS.

clínica, confirmaram o seu valor, mas no espírito de Nègre et Bretey surgiu a ideia de ainda maior simplificação, tentando a inoculação da vacina por simples escarificações da pele, em pequenos traços de vacinostilo, tal como é clássico para a vacinação anti-variólica. A sua interessante e escrupulosa experimentação apresenta-se concludente e os ensaios clínicos já realizados, em diferentes países, confirmam igualmente a sua eficácia.

Percorrendo o panorama internacional de vacinação anti-tuberculosa, pode dizer-se que no momento actual e nos diferentes países ainda se utilizam todas estas vias de inoculação da vacina, mas que há tendência manifesta para abolir a administração oral. Na Suécia, desde 1944, que deixou de se preparar vacina para este uso, e o «Memorandum Britânico», também a não aconselha, firmando-se na recomendação do método de Rosenthal e nas «escarificações». Com efeito, pela análise dos resultados publicados, verifica-se que com estes dois métodos se obtém alergia rápida, intensa e bastante duradoira, com ausência de complicações locais e repercussão ganglionar. A reacção tuberculínica torna-se em geral positiva em menos de 30 dias, atingindo-se o máximo de positividade entre 6 e 8 semanas. Vários autores observaram 100 % de reacções positivas na 7.^a semana após a vacinação.

Escolhida a técnica de administração da vacina, convém desde já fixar-lhe pormenores, porque do cuidado com que eles forem respeitados dependerá o sucesso da vacinação. Há três regras fundamentais a respeitar:

1.^a — *O indivíduo a vacinar não deve ser portador de bacilos tuberculosos virulentos (reacção negativa à tuberculina).*

2.^a — *O indivíduo vacinado não deve viver em meio contaminado, durante o período pré-alérgico.*

3.^a — *Deve verificar-se o êxito da vacinação, pela pesquisa da alergia tuberculínica, 6 semanas depois da inoculação vacinal; toda a reacção negativa a partir da 10.^a semana condiciona a repetição da vacinação.*

É ainda regra aconselhável praticar, na medida das possibilidades, a verificação da manutenção do estado alérgico post-vacinal, por provas tuberculínicas seriadas, todos os 6 meses, ou, pelo menos, todos os anos. A constatação do desaparecimento da alergia é o elemento em que assenta a necessidade da revacinação. É sem dúvida este último o aspecto mais difícil de realizar de modo sistemático e assim Wallgren afirma que «a prova tuberculínica anual seria desejável, para o estudo da duração da imunidade, mas é impraticável na Suécia, onde foram vacinadas 200.000 pessoas». Sugere este autor que tal índice seja procurado, pelo menos, aos 3 anos, à entrada e saída da escola (7 a 15 anos) e finalmente aos 21 anos.

A primeira das três regras, atrás apontadas, não representa mais do que o respeito pela definição da vacina preventiva. Para a vacinação dos

AMPOLA (Pó para uso cirúrgico)

Esterilizada pelo vapor sob pressão

Sulfapiridina

e

Peróxido de magnésio

Ampola contendo

5 gr. de pó

Sulfapiridina-LAB

BISNAGA (pomada)

FRASCO (pó)

(Uso externo)

Sulfapiridina

Ureia

Peróxido de zinco

Bisnaga — 25 grs.

Frasco Pó — 10 grs.

LABORATÓRIOS LAB — Avenida Brasil, 99 — Lisboa=Norte

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

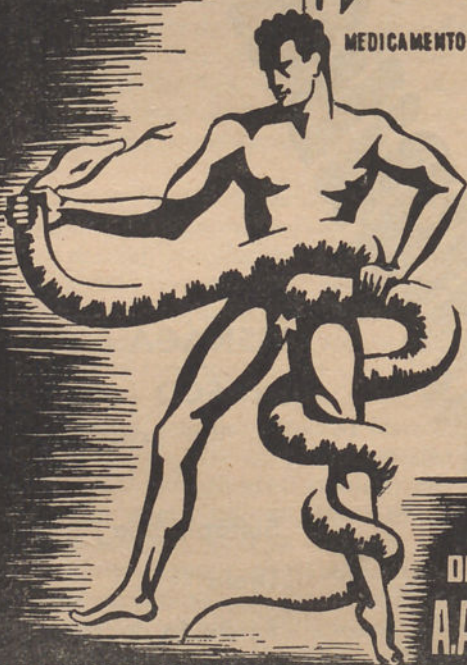
**NA FRAQUEZA
GERAL E
PSÍQUICA**



EMONEURA

MEDICAMENTO ALIMENTO

MEDICAMENTO ALIMENTO



DEPÓSITO GERAL:

A.A.MOZ TEIXEIRA

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

recém-nascidos em meio são pode vacinar-se sem mais precauções. Para as crianças não recém-nascidas, adolescentes, e adultos, vivendo em meio são, é de regra a prévia reacção tuberculínica, seguida de vacinação, quando aquela for negativa. Será ainda aconselhável, sempre que fôr possível a verificação pelos meios de investigação semiológicas de que não existe nenhuma suspeita de tuberculose. Não se pretende, com esta última recomendação, sugerir que é perigosa a vacinação em tuberculosos, o que não está provado, mas tão somente que a eclosão sintomática ou continuação da doença, constituirá argumento pejorativo de um método que se pretende generalizar. Para os indivíduos que vivem em meio contaminado, quer sejam crianças, adolescentes ou adultos, aconselham-se maiores precauções. Assim, não basta uma única prova tuberculínica negativa. Esta deve ser renovada depois do isolamento do indivíduo durante pelo menos 2 meses, empregando a dose de 1 mg. de tuberculina por via intradérmica. Se esta é negativa, bem como os meios de investigação clínica e radiológica, deve proceder-se à vacinação.

A segunda regra, tem como finalidade evitar a possibilidade de contágio, durante o período pré-alérgico, no qual há ausência de imunidade. Defende-se o indivíduo para aproveitamento da sua vacinação e defende-se esta de ser inculpada de ineficácia, pelo aparecimento de casos de tuberculose em indivíduos vacinados, quando afinal ou já estavam tuberculosos ou se tuberculizaram por se exporem ao contágio durante o período pré-alérgico, portanto antes da imunidade vacinal. Nesta ordem de ideias deve exigir-se a separação do meio contaminado dos recém-nascidos desde o seu nascimento, e de todos os outros desde a data da primeira reacção tuberculínica, até ao aparecimento da alergia vacinal.

A verificação do êxito da vacinação é a terceira regra. Uma reacção local nítida é em geral índice de que a alergia começará a manifestar-se. Aconselha-se todavia a sua verificação pela prova tuberculínica, porque nem todos os indivíduos são igualmente aptos a prevenir-se contra a tuberculose. A pesquisa da alergia tuberculínica deve fazer-se ao fim de um mês, nos recém-nascidos, e nos restantes indivíduos a partir da 6.^a semana após a vacinação. É bom ter em atenção que a imunidade provocada pela vacina é mais fraca que a produzida por uma infecção virulenta, sendo também a alergia de tipo vacinal menos intensa; portanto o seu índice tuberculínico manifesta-se com uma reacção de tipo mais fraco. Voltaremos a este assunto quando tratarmos da tuberculina. O único sinal seguro do êxito da vacinação, consiste, como é do consenso geral, na aparição da reacção tuberculínica positiva, devendo como já indicamos, repetir-se a vacinação quando se constate reacção negativa na 10.^a semana e se for necessário, por diversas vezes. Nos revacinados a alergia aparece mais precocemente.

A confirmação do estado alérgico tem importância pois, como indica Madsen. Observou-se que é raro que se declarem novos casos de doença tuberculosa em indivíduos com reacção positiva à tuberculina e somente quando estes são expostos a uma infecção forte e maciça. As vítimas são quase sempre os indivíduos com reacção negativa. São absolutamente concordantes numerosas observações clínicas em série e notavelmente as conhecidas observações de Heimbeck sobre as enfermarias de Oslo. É todo o fundamento da vacinação anti-tuberculosa, como método de profilaxia, em opposição aos métodos de profilaxia conducentes ao aumento dos tuberculino-negativos, que são óptimos para os indivíduos que continuam no mesmo meio, no qual as possibilidades de contágio estão em regressão constante, mas perigosíssimas quando mudam de meio e se vão expor ao contágio. Aparecem então tuberculosos graves e mesmo mortais. É o que se observa com frequência, por exemplo, nos recrutas, ao iniciar o serviço militar, e nas criadas de servir recém-chegadas da província (Madsen).

Podemos estabelecer, como desejável, a verificação da alergia post-vacinal, pelo menos, aos 3 anos, quando vacinados em recém-nascidos, no início e fim do período escolar, no começo do serviço militar e dos estudos universitários. Deve notar-se que diferentes autores têm verificado que o poder imunizante da vacina se prolonga bem para diante da desapareição da alergia. É todo o problema das relações entre alergia e imunidade a que já nos referimos.

Técnica da vacinação.—É condicionada por um certo número de noções fundamentais:

a) — A produção da alergia depende do número, extensão e profundidade das escarificações, da maneira de fazer o penso e da dose empregada.

b) — Um bom método de vacinação anti-tuberculosa não deve somente ser eficaz pela alergia e resistência provocadas imediatamente, mas também pela sua persistência o mais tempo possível.

Para alguns autores como Courcoux, Boulanger et Maclouf, a persistência da alergia dependeria menos da dose do que do número de portas de entrada, mas Nègre et Bretey, apoiados na verificação experimental e não negando o valor do número de pontos de entrada, afirmam que a duração da alergia conferida pela B. C. G. por meio de escarificações cutâneas, é proporcional à concentração em germens da suspensão utilizada. Segundo os dados actuais, parece poder avaliar-se, em média, entre 3 e 5 anos a persistência da alergia post-vacinal. Dentro dessas directrizes, Nègre e Bretey estabelecem as seguintes regras de técnica:

a) — Utilizar uma ampola recente de emulsão de B. C. G. a 75 mg. por centímetro cúbico. Agitar fortemente a ampola antes de a abrir.

b) — Evitar a vacinação na face externa do braço que se reserva para as reacções tuberculínicas (para evitar fazer estas, depois, em zonas de pele, de sensibilidade modificada pelas escarificações vacinais). Vacinar portanto na coxa, axila, crista ilíaca ou no dorso do pé.

c) — Anestésiar a pele, por tamponamento com uma compressa embebida em eter.

d) — Depositar as gotas de suspensão sobre a pele a 2 a 3 cm. de distância umas das outras e fazer os traços de vacinostilo através delas.

e) — O número total e o comprimento dos traços é proporcional à estatura do indivíduo. No recém-nascido depositar 2 gotas e fazer através de cada uma, 2 traços de 0,5 cm. de comprimento. Na criança, em idade escolar, 3 gotas e 6 traços de 1 cm. de comprimento. No adulto 3 a 5 gotas e portanto 6 a 10 traços de 1,5 a 2 cm. de comprimento.

f) — Os traços não devem ser muito superficiais, mas sem que provoquem hemorragia importante, devem provocar a aparição de serosidade com a qual se deve misturar a suspensão vacinal, premindo com o vacino-estilo.

g) — Esperar alguns minutos e cobrir as feridas com uma folha de celofane esterilizada pela água fervente ou autoclave, e mantida com adesivo.

h) — Tirar o penso às 24 horas, tendo como único cuidado não banhar localmente os recém-nascidos durante esse período.

Sequência da vacinação. — A crosta cairá em 4 a 5 dias. No decurso da 3.^a ou 4.^a semana, um pouco mais cedo nos revacinados que na primovacinação, os traços de escarificação tornam-se vermelhos e salientes, lembrando ao tacto uma cicatriz cheloide. Este aspecto corresponde, em geral, ao início da sensibilidade tuberculínica. Dois a 5 meses depois da vacinação, a pele retoma o seu aspecto normal. Apenas quando os traços foram demasiado profundos ou nos indivíduos de epiderme muito fina, pode ficar uma cicatriz linear branca. Por vezes as reacções locais são mais discretas, sem que disso se possa concluir a ineficácia da vacinação.

Contra-indicações da vacinação. — São raras e resumem-se à existência de lesões cutâneas infecciosas (furunculose, etc.), mau estado geral. Os recém-nascidos podem ser vacinados logo que readquiram o seu peso de nascença. Não se fazendo neste momento a vacinação, convém adiá-la para o 6.^o mês, idade em que as reacções à tuberculina se tornam mais nítidas, fornecendo resultados de maior confiança. Na avaliação dos tuberculino-negativos, claro está, devem ser excluídas as causas gerais de anergia. Não se devem fazer concomitantemente outras vacinações.

Podemos resumir este capítulo da seguinte forma:

1.^o — Vacinação dos indivíduos tuberculino-negativos em qualquer idade mas com preferência para os recém-nascidos, crianças, início e fim do período escolar, estudantes universitários, pessoal de enfermagem, recrutas militares.

2.^o — Isolamento de meios infectados, durante o período pré-alérgico (viragem positiva de reacção à tuberculina).

3.º — Verificação do êxito da vacinação, sua repetição, sendo necessária e fiscalização periódica do estado de alergia, cuja desapareição condiciona a vacinação.

*

Como acabamos de verificar, toda a actividade vacinal anti-tuberculosa gira em volta da tuberculina como único índice, para lhe estabelecer as indicações e avaliar dos resultados. Por isso se considera tão importante fixar as regras da *técnica da reacção à tuberculina*, como as da própria vacinação.

Actualmente existem no mercado diferentes tipos de tuberculina, que se utilizam em concentrações diferentes, às vezes um pouco ao acaso e sob diferentes técnicas. Deste modo nunca será possível a comparação de resultados e a fixação dum critério suficientemente seguro para basear a vacinação sem surpresas desagradáveis. A necessidade instantânea de uniformização da qualidade da tuberculina a empregar, da sua concentração e da técnica da reacção, é aspiração insistente em todos os países nos quais a vacinação se está a generalizar. O mesmo se pretende desde já entre nós.

Como já dissemos, a comissão de «Standardizações biológicas» da O. M. S. está estudando a standardização da tuberculina e teremos então um padrão internacional. Enquanto este não existe, filiamo-nos na proposta de Madsen, da adopção da «unidade-tuberculina», da Comissão de «Standardização biológica» da Sociedade das Nações (1938), que será «a dose de tuberculina empregada como dose de início nas provas ordinárias de tuberculina».

Como tipos de tuberculina a adoptar, propõe o mesmo autor a T. A. K. (tuberculina antiga de Kock) e a P. P. D. (derivado purificado da proteína). A correspondência de doses seria a seguinte: 1 unidade — tuberculina (T. U.) — corresponderia a 1/100 mg. de T. A. K. e a 1/50.000 mg. de P. P. D., e portanto 100 unidades corresponderiam a 1 mg. de T. A. K. e a 1/500 m. de P. P. D.

Para exames em massa, aconselha Madsen, começar com 3 unidades e se a reacção é negativa subir até 100 unidades (intradermo-reacção).

Quanto à técnica de execução da reacção, há uma grande variabilidade de métodos, cada um dos quais com os seus adeptos e defensores, e entre eles como mais usados, a cuti-reacção de von Pirquet, a reacção trans-cutânea de Moro, a intradermo-reacção de Mantoux, o Patch Test e o método de Vollmer pelo adesivo. Todos estes métodos serão bons e utilizáveis para as necessidades da prática clínica, mas para o caso que de momento se apresenta, em que se pretende a generalização de um método novo de vacinação e a investigação segura dos seus resultados, é condição expressa e fundamental utilizar um único método escolhido entre os de resultado de maior segurança e realizá-lo constantemente nas mesmas condições de técnica.

BRONQUIASMOL

" SCIENTIA "

Xarope para a terapêutica das vias respiratórias

CADA 100 GRS. CONTÉM :

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

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

CALCIFEDROL

" SCIENTIA "

Comprimidos e Ampolas

CADA COMPRIMIDO CONTÉM :

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

CADA AMPOLA CONTÉM :

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

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

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO "SCIENTIA,,

DE ALFREDO CAVALHEIRO, L.^A

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

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

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

Quinarrhenina Vitaminada

Elixir e granulado

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

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

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

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

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

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-
-FOSTATADO

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-
FOSFATADO

BASE — Glicerofosfatos ÁCIDOS e kola

TRICALCOSE

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

BASE — Sais cálcicos assimiláveis

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

Do que nos foi possível conhecer através da literatura, sobre vacinação anti-tuberculosa, o método de reacção à tuberculina com maior frequência aconselhado, pela constância e certeza dos seus resultados, permitindo mesmo até certo ponto dosear a sensibilidade tuberculínica, pelo emprego de doses crescentes, em relação com as diferenças de sensibilidade individual, é a intradermo-reacção de Mantoux. Aconselham-nos os autores franceses Nègre e Bretey e também Madsen na Dinamarca, entre outros. É este o método que aconselhamos e convém desde já uniformizar a sua técnica de execução.

Doses a empregar. — Não há acordo geral, quanto à dose inicial a empregar, que para Madsen seria a correspondente a 0,03 mg. de T. A. K., ao passo que os autores franceses empregam a dose correspondente a 0,1 de mg. de T. A. K. Há contudo acordo, quanto à dose máxima a utilizar nos mais resistentes, como termo útil de conclusão, ou seja a dose correspondente a 1 mg. de T. A. K.

No que diz respeito ao P. P. D. extraímos o seguinte do 2.º Relatório da Comissão de Peritos sobre a Tuberculose à Comissão Interina da O. M. S.: «Segundo os resultados de experiências recentes e extensas, recomenda-se que nos países em que se emprega P. P. D., para a reacção à tuberculina, se utilizem as doses seguintes de P. P. D., antes da vacinação: 1.ª dose — 0,00002 mg.; 2.ª dose — 0,0002 mg.. Estas doses são válidas para o lote especial de P. P. D. utilizado em Copenhague, como padrão dinamarquês e que será verosimilmente o adoptado pela Comissão de Standardização biológica da O. M. S.

A interpretação dos resultados deve ser feita num prazo de 72 a 96 horas. As pessoas consideradas como tendo uma reacção positiva devem apresentar um edema ou uma infiltração da pele de, pelo menos, 6 a 8 mm. Na interpretação dos resultados, não se deve ter em conta o eritema da pele. Só as pessoas que reagem negativamente a 0,0002 mg. de P. P. D. devem ser vacinadas.

Técnica da injeção. — Utilizar de preferência uma seringa modelo Record, mas podendo servir qualquer boa seringa graduada em décimos de centímetro cúbico, e agulhas de bisel curto (10 mm. de comprimento e calibre 5/10). Depois da assepticização da pele preferivelmente com eter e distendendo a pele do braço com a mão esquerda, enterrar a agulha nas camadas superficiais da pele, em posição oblíqua e até que o bisel tenha desaparecido, observando-se a formação de uma pequena empola branca, como sinal de penetração intradérmica do líquido. Injectar 0,1 de c. c. e retirar a agulha.

Leitura da reacção (para a T. A. K.). — A reacção, quando positiva, é já nítida às 24 horas, atingindo o máximo às 48 horas. Observa-se uma infiltração edematosa nodular, coberta de pele rosada ou mesmo

vermelha viva, e rodeada de um halo rosado. É a leitura das 48 horas que tem valor, devendo considerar-se negativa toda a reacção local que não persista 48 horas. A intensidade desta reacção é muito variável, com a dose da tuberculina empregada e com a sensibilidade dos indivíduos. Em certos casos a zona nodular pode atingir 2 a 3 cm.

Deve neste momento fazer-se notar que a alergia provocada pela B. C. G., isto é, por bacilos não virulentos não tem a intensidade da que é produzida pelos bacilos virulentos, e que do mesmo modo não podem esperar-se, nos vacinados, reacções tão exuberantes à tuberculina, como nos tuberculosos. Só a prática e conjugação da dose utilizada com a observação visual e táctil, facilita as conclusões.

Afigura-se-nos necessário precisar bem, entre nós, este assunto da tuberculina.

Conclusões do relatório da Comissão de Terapêutica, Sub-Comissão de Estreptomina, da American Trudeau Society ⁽¹⁾

1) A estreptomicinoterapia intensiva parenteral e intratecal é aconselhada para o tratamento da meningite tuberculosa. Embora as remissões clínicas, operadas em tempo variável, sejam conseguidas, frequentemente, por tal tratamento, a recaída subsequente não deixa de existir. Desordens neurológicas residuais são constatadas com frequência mas a sua desapareção na maioria dos casos chega a justificar o tratamento imediato de todos os pacientes. O diagnóstico precoce e o tratamento imediato representam os resultados de melhor rendimento e por isso essa terapêutica deve ser instituída mesmo antes que os dados bacteriológicos completos se tornem úteis.

2) A estreptomicinoterapia é aconselhada no tratamento da tuberculose miliar hematogénica aguda. O tratamento imediato impõe-se no caso de se objectivarem maiores êxitos. Entretanto, os médicos devem acautelar-se, pois infiltrações pulmonares não tuberculosas podem simular radiologicamente a tuberculose miliar; será o juízo clínico que facultará a identificação de tais lesões. Logo, se o tratamento da tuberculose miliar deverá ser precoce, imediato, há-de ser instituído mesmo antes da confirmação bacteriológica do diagnóstico estabelecido.

(1) Este relatório, elaborado por N. C. HINSHAW, presidente da «American Trudeau Society», na Mayo Clinic, serviu de base à exposição apresentada a «Organização Mundial de Saúde» pelo seu «Sub-Comité da Estreptomina», reunido em Nova York, nos dias 30 a 31 de Julho último.

3) A estreptomycinoterapia é aconselhada no tratamento dos mais graves casos de laringite tuberculosa e lesões tuberculosas ulceradas das membranas mucosas da orofaringe. Os benefícios clínicos resultantes de esse tratamento são suficientemente uniformes e satisfatórios para justificarem a sua tentativa mesmo nas circunstâncias em que o prognóstico da tuberculose pulmonar seja grave. Os tratamentos parenteral e tópicos associados aplicam-se simultaneamente, dependendo ainda de informação mais completa a apreciação do mérito relativo desses dois métodos de administração.

4) A estreptomycinoterapia é indicada para o tratamento das lesões tuberculosas ulceradas progressivas da árvore traqueobrônquica. Todavia, da estreptomycina não se devem esperar benefícios para o lado das estruturas fibrosas dessas vias respiratórias. A via parenteral pode ser usada em tais casos. Ainda não ficou apurado definitivamente se os resultados melhoram quando se associam à via parenteral os aerosóis.

5) A estreptomycinoterapia não tem indicação, por enquanto, para o tratamento de todos os tipos de tuberculose pulmonar. Os resultados mais animadores são obtidos nas lesões pulmonares recentes, ainda que extensas e progressivas, especialmente se são difusas e finalmente disseminadas; aí se mostram melhores que nas sombras largas, densa e radiologicamente localizadas. Contudo, a pneumonia caseosa pode encontrar na estreptomycina boa arma terapêutica. A estreptomycinoterapia sofre, no momento, as seguintes restrições:

- a) Tuberculose pulmonar fibróide crônica ou fibro-caseosa;
- b) Tipos de tuberculose pulmonar destrutivos agudos e aparentemente terminais;
- c) Tuberculose pulmonar mínima ou moderadamente avançada com prognóstico favorável.

Tais recomendações poderão ser modificadas por experiências subsequentes, principalmente, se os efeitos tóxicos da substância, enumerados abaixo, se puderem evitar. É de grande importância que a tuberculose com prognóstico favorável não seja tratada pela estreptomycina, enquanto que não se conheça o seu grau de toxicidade, nem se tenha a certeza da sua acção, ou então até que se disponha de meios eficientes para impedir as manifestações tóxicas. É imperioso e urgente que estudos mais apurados e adequadamente controlados venham a determinar as indicações e contra-indicações da estreptomycina na tuberculose pulmonar.

6) A estreptomycinoterapia foi aproveitada em tentativas de medicação dos sintomas da enterite tuberculosa aguda ulcerada. Observações posteriores serão exigidas para definir mais claramente os resultados eventuais do tratamento estreptomycinico nessa doença.

7) A estreptomicina é recomendada no tratamento dos abscessos cutâneos tuberculosos drenados, parecendo altamente eficaz na grande maioria dos casos.

8) A estreptomicina não é recomendada no tratamento do empiema crônico de origem tuberculosa.

9) Indagações mais amplas serão levadas a efeito para elucidar se a estreptomicina possui valor suficiente que justifique o seu emprego em:

- a) tratamento profilático, antes e depois dos processos cirúrgicos;
- b) tratamento da tuberculose do aparelho génito-urinário;
- c) tratamento da tuberculose óssea e articular;
- d) tratamento da tuberculose da pele;
- e) tratamento da linfo-adenite tuberculosa sem formação de abscesso;
- f) tratamento da tuberculose ocular.

10) A estreptomicina, como toda a droga, tem características tóxicas definidas, de que algumas são ainda incompletamente conhecidas. As reacções abaixo indicadas devem reter-se:

a) *perturbação da função vestibular*: observada frequentemente quando o tratamento é prolongado e em grandes doses. A sua compensação parcial ou total é regra geral, especialmente nos indivíduos mais jovens, mas o significado potencial desta perturbação não deve ser subestimado pelo médico. Ainda não foi apurado convenientemente se esta desvantagem da estreptomicinoterapia pode ser vencida e ultrapassada;

b) *surdês*: produzida, em raras circunstâncias e somente com doses grandes, ou quando a excreção da estreptomicina é defeituosa. A audição é prontamente recobrada pela suspensão imediata do tratamento, logo após o aparecimento do sintoma. Enquanto não se definirem as causas determinantes da surdês, recomenda-se as verificações audio-métricas;

c) *dano renal grave*: raramente observado, excepto quando preexistia uma doença renal;

d) *erupções cutâneas* — aparentemente devidas à hipersensibilidade adquirida à estreptomicina, são ocasionalmente verificadas e, às vezes, indicam que o tratamento deve ser suspenso por algum tempo. Geralmente, é possível recomencá-lo mais tarde;

e) *dermatites esfoliativas sérias*: observadas raramente.

Pelo que respeita à dose a questão continua em aberto, não tendo sido determinada a quantidade mínima de estreptomicina de efeito terapêutico, nem se conhece ainda a dosagem exacta a ser empregada para assegurar resultados ótimos em cada um dos diferentes tipos de tuberculose. Sugerimos que a dose parenteral total, por 24 horas, possa variar de 1,0 g a 2,0 g. Não estando estabelecido o número de injecções musculares a serem praticadas, nem o tempo por que se deva prolongar o

tratamento. Assim, obtiveram-se resultados satisfatórios em pacientes que receberam injeções com intervalos de 4 a 6 horas, durante 3 a 4 meses. E, enquanto estudos posteriores não foram concluídos, não se pode recomendar a prática de injeções feitas com menor frequência, ou que o tratamento seja continuado por menor espaço de tempo.

Como resultado da experiência obtida durante a primavera e o verão de 1947, uma dose diária de 1,0 g de estreptomina, dada em duas injeções intra-musculares de 0,5 g com intervalo de 12 horas, poderia ser efectiva como o tratamento descrito acima, produzindo muito menos frequentes perturbações do 8.º nervo crâniano.

O desaparecimento das estirpes do bacilo tuberculoso sensíveis à droga e sua substituição por estirpes resistentes a ela, constitui um sério obstáculo ao prolongamento de uma estreptominaoterapia efectiva. Não se conhecem ainda as condições que determinam o aparecimento de organismos estreptomina-resistentes. Mas sendo esse fenómeno constante, não se conseguiu determinar acuradamente a resistência à droga, nem provar que essa modificação da flora bacteriana seja permanente. O tratamento estreptomínico deve ser evitado desde que outras terapêuticas estejam indicadas, já que produzindo uma estirpe resistente à droga, com ineficácia de seu emprego, tal tratamento poderá desenvolver um tipo de tuberculose subsequente muito mais grave.

*

Novos estudos e pesquisas intensivas estão sendo realizadas para que se definam no futuro:

- 1) as possíveis aplicações da estreptominaoterapia na tuberculose;
- 2) os métodos ótimos de utilização da droga com mínimo desconforto e gasto;
- 3) a significação clínica da resistência adquirida dos bacilos tuberculosos à substância e possíveis métodos de prevenção deste fenómeno;
- 4) a combinação da estreptomina com outras drogas terapêuticas;
- 5) a toxicidade da estreptomina e os respectivos métodos para diminuir os seus efeitos.

A aquisição de um agente eficiente contra a tuberculose, «que não seja universalmente aplicado», complicará sobremodo a prática médica que se relaciona com a tuberculose. Parece da maior importância que a tuberculose seja tratada por médicos cujo conhecimento da doença seja suficientemente amplo, de modo a permitir-lhe a escolha perfeita dos pacientes que devem arcar com os desconfortos, os riscos e os gastos da utilização deste tipo de terapêutica, ainda incompletamente explorado. A estreptomina parece não ser indicada para deter os tipos de tuberculose pulmonar em que tenham aplicação exclusiva os processos cirúrgicos maiores. Não se admite a substituição do repouso (bed rest) pela estreptominaoterapia; e mesmo que esta seja eficaz, recomenda-se como

suplemento o repouso adequado, em vista dos sérios riscos de exacerbação da doença, após a conclusão do tratamento.

A estreptomycina não deve ser encarada presentemente como substituto satisfatório dos métodos já conhecidos como eficazes na terapêutica da tuberculose pulmonar, restando a esperança de que possa ser um auxiliar valioso de tais métodos de tratamento.

E' necessária a continuação urgente das pesquisas.

NOTAS CIENTÍFICAS E PRÁTICAS

Patologia e terapêutica da obstipação

Por obstipação deve entender-se a falta de evacuação normal do intestino, quer dos indivíduos que passam dias sem defecar, quer dos que, defecando todos os dias, fazem contudo retenção de fezes. Trata-se de um sintoma, ou quando muito de um síndrome, com etiologia muito variada, e não de uma afecção autónoma. Este é o conceito geral defendido por ROMERO CALATAYUD, em *Medicina Española* (Out. de 1947), e sobre ele faz as seguites considerações.

Só nos casos de compressões mecânicas, a etiologia é bem clara: neoplasias, desvios de útero, periviscerites. Já nos casos de ptose pode discutir-se, pois há ptoses totais sem estase cólica, como há estômagos ptosados que funcionam normalmente.

Não tem razão de ser a divisão das estases intestinais em direitas e esquerdas, estas sem repercussão sobre o estado geral, por as fezes secas não produzirem toxi-infecção, e aquelas por a causarem em virtude dos fenómenos de fermentação e putrefacção dos resíduos acumulados. Está por demonstrar que o intestino grosso tenha um conteúdo tão tóxico como é o do delgado; segundo Strasburger, nas fezes dos obstipados não se verifica tendência a fermentação ou putrefacção, e não há acordo sobre a natureza das substâncias tóxicas reabsorvidas, acusando uns o indol e outros o fenol ou o cresol, outros a histamina. Enfim, a barreira hepática tem enorme poder de desintoxicação, e só a insuficiência do fígado explicaria a fadiga, a insónia e as cefaleias de alguns obstipados.

Depois da classificação das obstipações em direitas e esquerdas, veio a divisão em espásticas e atónicas, proposta por Fleiner. Esta tem uma realidade contrastável pela exploração radiológica, único meio seguro de saber se há retenção, ou não. A exploração clínica do ventre poucas indicações fornece, salvo nos casos de grande acumulação de cíbalas no S ilíaco. O exame das fezes permite, segundo Gallart Monés, distinguir seis aspectos coprológicos de obstipação:

1 — Dejecções duras, pobres em resíduos alimentares e em água, escuras, de fraco cheiro, reacção neutra ou fracamente alcalina.

2 — Dejecções pastosas, mesmo quando espaçadas de três ou quatro dias, ácidas, fermentadas, com algum muco.

3 — Dejecções pastosas ou líquidas, com mistura de cíbalas escuras, cheiro pútrido, reacção fortemente alcalina.

4 — Dejecções irregulares, ora sólidas ora líquidas, ou de aspecto misto, com muco coagulado, indicando permanência demorada no cólon.

5 — Dejecções pastosas, com aspecto de bosta de boi, abundantes, e brilhantes pela sua riqueza em muco.

6 — Dejecções em que predomina a expulsão de muco-membranas; tipo da colite muco-membranosa.

São também muito diversos os sinais clínicos, o que confirma a importância primacial da radiologia para o diagnóstico.

O tratamento geral dos obstipados baseia-se em três preceitos: reeducação intestinal, regimen alimentar rico em resíduos, fortalecimento da musculatura abdominal.

A reeducação intestinal faz-se criando o hábito de defecar a uma hora certa todos os dias. São adjuvantes a ingestão de água fria, sobretudo gasosa, em jejum; e o fumar um cigarro, também em jejum.

O regimen alimentar seguirá o preceito de Schmidt: tudo o que dificulta a digestão favorece a evacuação. Dar largamente gêneros ricos em celulose) especialmente frutas e hortaliças verdes, de preferência cruas; nos casos em que provoquem sinais de colite, cosidas e reduzidas a puré muito fino, passado pela peneira.

Finalmente fortalece-se a musculatura abdominal com o exercício ginástico; bastam cinco minutos por dia de essa ginástica para se conseguir uma parede ventral forte, de boa musculatura, correctora da preguiça intestinal.

Tudo o mais é pobre terapêutica sintomática. Há uma multidão de agentes de terapêutica médica: estimulantes químicos do intestino, beladona, laxantes mucilaginosos, hormona peristáltica de Zuelzer, extraída do baço, etc., etc.; tudo ocasional, precário. Cirurgicamente, pode extirpar-se uma brida ou rectificar uma má posição do útero, factores que contribuem em certos casos para a obstipação; mas chegar até à ileo-transversotomia ou à ressecção do cólon, para curar um obstipado, é desconhecer o ponto de vista real do problema.

Streptomycina, coqueluche e tuberculose

ALMANSA DE CARA relata um caso em criança de 4 anos, com infiltração peri-hilar direita, secundária, e imagem ganglionar esquerda, Mantoux fortemente positiva, febrícula às temporadas. Adoece com febre e tosse espasmódica, que a breve trecho adquire os caracteres da coqueluche. Prescreveu streptomycina, 1 grama por dia, dividido em quatro injecções intramusculares, de 6 em 6 horas, com supressão de qualquer outro medicamento. Ao quarto dia desaparece a febre e os acessos de tosse abrandaram muito. Ao fim de 12 dias de tratamento, apenas uma

tosse leve; o infiltrado pulmonar desaparecera, persistindo as lesões ganglio-hilares.

Comparando este caso com outros publicados por vários (Mouriquand, Cathala, Mollaret, etc.) conclue pela utilidade da estreptomycina na coqueluche, quando se verificarem as seguintes condições: casos com aspecto muito grave, pela intensidade de tosse emetisante, complicações broncopneumónicas e encefálicas, associação com a tuberculose. (*Acta Pediátrica*, Agosto de 1948).

Anatoxina diftérica na paralisia infantil

O método de Rafaelli consiste em injectar subcutâneamente e diariamente doses progressivas de anatoxina diftérica, de 1 a 6 cm.³. Deixando de lado a hipotética explicação teórica de esta terapêutica, registre-se o resultado a que chegou GHIGLIAZZA em 68 casos que tratou, nos anos de 1938 a 1946. Verificou terem sido: 34 curados, 21 com pequenos defeitos, 13 com paralisias notáveis. A apreciação de estes efeitos diz que a anatoxina deve ter alguma acção sobre a marcha da doença de Heine-Medin, embora seja muito difícil afirmar até que ponto vai, pois é muito variável, de caso para caso, a evolução expontânea. (*Il Lattante*, Março de 1948).

Vitamina K nos acidentes sanguíneos causados pelo salicilato de sódio

O salicilato produz maior ou menor dilatação capilar difusa, que pode dar lugar a hemorragias, para as quais contribue a hipotrombinaemia e a carência em vitamina K, que são habituais no reumatismo articular agudo. Ora a vitamina K remedeia este inconveniente do salicilato, bastando administrar 1 miligrama por cada grama de salicilato. Convém dar também vitamina B₁, cujo metabolismo está perturbado pela hepate, aconselha ainda R. H. MONCEAUX em *Bruxelles Médical* (10-X-48).

Brucelose apirética

G. PACHECO & G. PACHECO DA VEIGA inventariaram 416 casos de brucelose benigna, dos quais somente 47 apresentaram febre. A melitococcia foi em todos averiguada laboratorialmente. Os sintomas observações foram: algias e cefaleia (37%), artralgias sem inchação articular (26%), dores musculares (31%), raquialgia (20%), adinamia (40%), insónia e irritabilidade (em alguns casos). Outras perturbações, do aparelho digestivo (anorexia, náuseas, diarreia ou obstipação) principalmente, foram com frequência notadas. Nalguns poucos casos houve alterações circulatórias (taquicardia, extrassístoles) e respiratórias (rinite e bronquite). Este inventário é interessante por mostrar que a brucelose, à semelhança de outras doenças infecciosas, tem muita vez uma forte fruste. (*Brasil Médico*, N.ºs 5, 6 e 7 de 1947).



ÍNDICE ALFABÉTICO

1948

A

Abade de Baçal	287
Abel Salazar	244
Abortamento, Clínica do	280
Ação Médica.	522
Acido fólico	495
Acido nicotínico em oftalmologia	232, 295
Acido para-amino-benzoico	360, 364
Acido para-amino-salicílico na tuberculose	94, 527
Acne juvenil	318
Acta Endocrinologica et Gynaecologica	247, 491
Actualidades Biológicas	247, 495
Actualidades e Utilidades Médicas	495
Adenoma xantomatoso do rim	299
Adolfo Coelho	297
Aerosporina	151
Africa Médica	77
Agranulocitoses	101, 180, 181
Água, Higiene da	309, 371
Albergarias da Beira Baixa	522
Alberto de Aguiar	491
Alcool, Injecções retrobulbares de	232
Alergia, O problema da,	527
Alergoses em pediatria	182
Alimentares, Inquéritos	82, 493
Alimentos e medicamentos como perturbadores orgânicos	387
Amatus Lusitanus	228, 299, 489
A meu ver	248
Amígdalas, A operação das	435
Aminofilina	446
Amputações amiotómicas	71
Anais, Pruridos	80, 81
Anatomia, História da	374
Anemia de Lederer	309
Anemia ovalocítica	229
Anemias, Notas sobre	381
Anestesia, Curare em	491, 493
Anestesia, Fundamentos da	233
Anestesia, História da	32, 41, 228, 299
Anestesia pela ciclopropana	309
Anestesia subaracnoidea em ginecologia	430
Aneurismas da aorta.	185, 447
Anexites, Penicilina nas	50
Angiocardiografia directa	155

Angiomatose pulmonar	524
Anomalias podo-digitais	86
Anomalias, Radiologia das	86
Ano-rectais, Melanoblastomas	302
Anorexia nas crianças	390
Antibióticos, Resistência aos	95
Anti-histamínica, Medicação	88, 379
Antisulfamidas	252
Antistina-privina na asma	432
Antrotomia no lactente	442
Aorta, Aneurisma difuso da	447
Aorta, Coarctação do istmo da	302
Apêndice, Músculo do	78, 79
Apêndice e colite espasmódica	322
Apêndice experimental	360
Apêndices agudas	432
Apresentação de frente	80
Armando Narciso	360, 371
Arquivos de Anatomia Patológica	72
Arquivo de Patologia	70, 422, 487
Arquivos da Clínica Oftalmologia do Hospital Militar Principal	231
Arquivos de trabalhos	87
Arquivos do Instituto Bacteriológico	374
Artéria pulmonar, Processos obliterativos da	42
Arteriosclerose e alcoolismo	319
Artrite pneumocócica	234
Artrites supuradas, Penicilina nas	102
Artroses, Tratamento das	320
Asma brônquica	80
Asma e cardiopatias	185, 186
Asma, Inalações na	432
Assistência e medicina social	80, 526, 527
Atentado ao pudor, O exame genital nos casos de	105
Aurículas, Adejo das	229
Avitaminose B experimental	180

B

Baço, Roturas do	185
Bacteriemia experimental pelo estreptococo	374
Bacteriostáticos e antibióticos	244
Bal, como antitóxico	52
Banti, Síndrome de	479
Betaglicerofosfato de sódio	430
Bexiga, A doença do colo da	65, 68

Os números impressos em tipo de destaque indicam os trabalhos originaes.



Vasculares, Sais de tetra-etil-amônio nas doenças	248	Vitamina K nas gengivorragias	308
Venéreas, Luta contra as doenças	244	Vitaminas nas tromboflebitas	250
Verrugas, Podofilino nas	254	Vulvar, Micose	185
Vertebral, Quistos hidáticos da coluna	310	Vulvares, Colquicina nos papilomas	243, 244
Viagem de estudo	430, 495	Vulvares, Podofilino nos condilomas	162
Vida, Duas concepções da	185		
Vitaminas B ₁ e B ₂ , Absorção das	299, 489	W - Z	
Vitamina C na estomatite	321	Walter Freeman	416
Vitamina D ₂ na tuberculose cutânea	310	Zona, Tratamento da	394

ÍNDICE DOS ANEXOS

1948

Assistência pública	XLIII, LXIII, LXXIX	Imposto profissional	LV
Centro de Cardiologia	XV	Instituto A. A. da Costa Ferreira	XLIII
Cirurgia plástica e reeducação	XIV	Instituto de Oncologia	LIV
Conferências	XV, XVII, XXXV, XLII	Intercâmbio científico VI, XX,	XXVII, XXXV, LXXI
Congresso de Farmácia	XXVII	Junta de Emigração	VII
Congresso de Obstetrícia	XV, XXXIV	Livros novos XII, XVII, XXVI, LX,	LXVIII, LXXVIII
Cursos de aperfeiçoamento XX,	XXVII, XXVV, LV, LXII, LXX	Medicina nos Estados Unidos	LXV
Doença de Berlim	XLIII	Mortalidade dos médicos	XLIII
Doutoramentos	VII, LXXIX	Necrologia VII, XV, XX, XXVII,	XXXV, XLIII, LV, XLIII, LXXI, LXXXIX
Duração da vida	LXXI	Notificação de doenças	XXXV
Ensino médico	VII, XLIII	Ordem dos Médicos VI, IX, XIX,	LXXXIX
Especialistas	LV	Prêmios Sanitas	LXIII
Estreptomina na tuberculose	XXIX	Prof. Alberto de Aguiar	XXI
Exposições médicas	XLII	Responsabilidade médica	XLIII
Faculdades de Medicina	XXVII, XXXV, XLIII, LXIII	Reuniões médicas VII, XVII,	XXVII, XLII, LXII, LXXXIX
Funcionalização dos médicos XIV,	XLV, LVII	Revistas médicas	XX, XXVII, XLIII
Fundação Rockefeller	VII	Sociedades médicas XXVII, XLII,	LII
Herói militar e cirurgião	X	Socialização em Inglaterra XIV,	XXIX, XXXVII
Homenagens	VI, XIV, XV, XX, XLIII, LV, LXIII, LXX, LXXI,	União contra o perigo venéreo	XXXV
Hospitais Cívis	XV		
Hospitales, Melhoramentos XV,	XLII, LXX, LXXIX		
Imprensa médica, A crise da	I		
Imprensa médica alemã	XIV		



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

PARA ENTREGA IMEDIATA:

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

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

Instrumentos cirúrgicos, seringas, agulhas, luvas, etc.

Representação de especialidades farmacêuticas dos:

Laboratórios da Farmácia Andrade — Lisboa

Laboratórios de Vacinas do Dr. Matos Beja — Coimbra

Laboratórios Lux — Coimbra



MARTINHO & C.^A, L.^{DA}

Exposição e vendas:

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

Escritório e propaganda:

Tr. da Fábrica, 13-2.º (c/ elevador)

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



AMINO TÓNICO "PASTEUR"

AMINOÁCIDOS • VITAMINAS
FERRO E FÓSFORO

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA