

PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

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

SUMÁRIO

JOAQUIM FONTES — Fisiopatologia e clínica do folículo ovárico.

MÁRIO TRINÇÃO — Tuberculose cutânea.

J. MACHADO VAZ — Elementos gerais de diagnóstico das doenças infecciosas.

MOVIMENTO NACIONAL — *Revistas e boletins*: *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas* (Tratamento das rickettsioses pela aureomicina. Aureomicina no período pré-exantemático das rickettsioses). *Boletim Clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa* (Estreptomicina na tuberculose génito-urinária. Tuberculose pulmonar e estreptomicina. Estreptomicina na tuberculose pulmonar crónica. A ciática por hérnia do disco intervertebral. Velocidade de absorção dos comprimidos implantados. Lesões dos meniscos na articulação do joelho). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (A morte inesperada na criança. Os vómitos habituais do lactente. As infeções parenterais como etiologia dos transtornos nutritivos dos lactentes. Granuloma eosinófilo). *Jornal do Médico* (Tratamento das meningites. Aureomicina nas infeções oculares externas). *Acta Endocrinologica et Gynaecologica* (Diagnóstico precoce do cancro do colo do útero). *Arquivos Portugueses de Oftalmologia* (Lesões do fundo do olho na meningite tuberculosa e na granúlia. Vitamina B₁ e acomodação. Sobre o descolamento da retina. Aureomicina no tracoma).

LIVROS E OPÚSCULOS — *Anatomo-physiologie cérébrale et Fonctions psychiques dans la leucotomie pré-frontale*. Bibliografia médica portuguesa.

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — Conduta a seguir nas fracturas recentes do crânio. Supositórios de cloromicetina na febre tifóide. Fasc negativa consequente à vacinação pela B. C. G. Vitamina PP e terapêutica pelo salicilato.

Notícias e Informações — Profilaxia da raiva. Sociedades Médicas. Intercâmbio internacional. Conferências. Prof. Alfredo de Magalhães. Prof. Egas Moniz. Prof. Carlos Ramalhão. Prof. Gregorio Marañon. Maternidade Alfredo da Costa. Medicina do trabalho. Exertia na córnea. Curso de aperfeiçoamento dos subdelegados de saúde. Excursão de cirurgiões franceses. Normas do receituário. Necrologia. (Aos leitores).

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

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

*Em qualquer
cardialgia...*

IDACORËNE

*Cloridrato do dietil-aminoetil-2-difenil
(1262.F.)*

Novo medicamento de síntese do-
tado de uma acção electiva contra

ANGORIAS

DEVIDOS A LESÕES CORONÁRIAS

*com arterite
com insuficiência ventricular esquerda*

INFARTO DO MIOCÁRDIO ARITMIAS SEM DOR

APRESENTAÇÃO

Grangeias doseadas a 0,3025 (tubos de 100)

POSOLOGIA

*Começar por 0,305 por dia para atingir
progressivamente 0,315 a 0,320*

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARCAS RHONE-POULENC
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS, 8^e.



PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXIV — N.º 5

MAIO DE 1950

Fisiopatologia e clínica do folículo ovárico (1)

por JOAQUIM FONTES

Prof. na Faculdade de Medicina de Lisboa

Minhas Senhoras e meus Senhores:

Quando se verificou que havia ciclos anovulares na Macaca e na Mulher e que o cataménio mantinha o seu ritmo, apesar de não haver nenhum corpo amarelo em regressão, o folículo ovárico passou a ser olhado como possível causador de muitas das perdas sanguíneas uterinas, ditas *sine matéria*.

Depois, SCHRÖDER trazia à publicidade dados curiosos sobre o síndrome a que deu o nome de metropatia hemorrágica, síndrome a que se devia à persistência de uma ou mais vesículas de GRAAF, anómalas em tamanho e duração.

Na verdade, a rotura desses folículos, feita com fins terapêuticos, suspendia a enfadonha e debilitante perda hemática. Se a cura vinha espontânea, SCHRÖDER explicava o facto por fenómenos de atresia. Chegou a propor-se o esmagamento do folículo em questão, por violenta palpação bi-manual, para evitar laparotomia à paciente. Somos do tempo em que a intervenção cirúrgica se fazia com frequência, e abrimos vários ventres para ressecar quisto folicular causador do mal, sempre com resultados excelentes.

As observações de SCHRÖDER e as boas consequências obtidas em alguns casos, com a terapêutica apontada, encheram de entusiasmo os ginecologistas, que supuseram ter na mão a cura de todas as hemorragias uterinas devidas a causas, chamadas funcionais, e, inversamente, terapêutica segura para a amenorria.

Mas o tratamento preconizado (esmagamento do folículo), por demasiado brutal, repugnava aos clínicos cuidadosos. Por

(1) Conferência realizada, em Abril de 1950, na Sociedade Médica dos Hospitais, no curso para post-graduados, sobre Endocrinologia.



outro lado, os insucessos multiplicavam-se. Dos entusiasmos sem preocupação passou-se a extremo oposto e chegou a negar-se a existência do síndrome.

Apesar de tudo, o estudo das pretensas hemorragias funcionais uterinas foi fazendo-se. Inquéritos internacionais iniciaram-se, no intuito dum melhor conhecimento fisiopatológico do problema. É que um dos aspectos não pouco arreliaadores do «drama vascular», que é quase toda a vida da Mulher, segundo frase há muito consagrada, era o dessas perdas hemáticas desordenadas, que se mantinham rebeldes às terapêuticas preconizadas ao tempo, para desespero das doentes e descrédito dos médicos.

Hoje o assunto está mais esclarecido, se bem que a histerectomia se ponha, algumas vezes, como solução única depois de todos os meios, tidos como eficazes, terem falhado estrondosamente.

*

Será, na verdade, o folículo ovárico o causador de certos casos de amenorreia ou de hemorragias uterinas realizadas nas condições que se apontaram?

Pode afirmar-se que esta formação cíclica da gonada feminina não é estranha a algumas dessas situações.

Assim, a amenorreia tem, algumas vezes, a vesícula de GRAAF como factor etiológico.

É certo que há tendência exagerada para atribuir ao folículo todos os casos de falta de menarca. É erro grave, a que há que prestar atenção, porquanto a terapêutica hormonal não é isenta de perigos. Se o médico não deve esquecer o papel da hipófise na função cíclica da gonada feminina, também não lhe deve ser desconhecida a influência desta sobre aquela. Como veremos, dados laboratoriais são concludentes a este respeito. A citologia pré-hipofisária é bastante alterada, devida a medicação estrogénica intensiva e a hipofunção desta glândula pode apresentar-se, no final.

Por isso, a terapêutica hormonal só deve ser usada nos casos em que o diagnóstico diferencial leve à conclusão de que está no folículo o factor etiológico da afecção.

É preciso não esquecer que vêm em primeiro lugar o mau estado geral da mulher, por doenças que a tenham debilitado, má alimentação, avitaminoses, choque psíquico, etc., etc. Depois há que pensar em factores locais, que podem trazer como consequência a falta de perda sanguínea mensal. É necessário excluir a possibilidade de hipoplasias uterinas muito acentuadas, destruição extensa do endométrio, devida a raspagens brutais, aplicações de rádio, neoplasias destrutivas, tuberculose na forma

caseosa, alguns casos de endometrite, actinomicoses e certos aspectos de infecção puerperal. Todas estas situações clínicas podem levar a amenorreia definitiva, se a destruição do endométrio é total.

Também casos de masculinização de certos arrhenoblastomas, que anulem a acção incretória do ovário do lado oposto, pode dar a falta da perda sanguínea mensal. É raridade etiológica e clínica com que há, no entanto, que contar.

Vamos, porém, à amenorreia de origem folicular.

Verificado que a falta de menarca tem essa causa, é preciso pensar que ela pode ser devida não só a deficiência hormonal, como também a excessivo mecanismo incretório da vesícula de GRAAF. Na primeira hipótese a gonada não fabrica as suas hormonas na quantidade suficiente, de molde que se desencadeiem as modificações endometriais requeridas, por uma menstruação. Anomalias congénitas do desenvolvimento do ovário podem explicar o problema clínico e então a amenorreia é de difícil tratamento.

Na segunda, isto é, a da amenorreia ser devida a excesso de mecanismo incretório do ovário, trabalhos de ZONDEK, de ANSPACH e HOFFMANN são curiosos e concludentes a este respeito. Estes autores verificaram que, hipertrofia endometrial de origem folicular, que se mantenha, impede o corrimento sanguíneo mensal. O facto não tem nada de misterioso. Como se sabe, o cataménio corresponde, sob o aspecto hormonal, a queda brusca da secreção de estrona que é o sustentáculo da hipertrofia que sofre a camada que forra internamente o útero. A designação de amenorreia polifolicular devida a ZONDEK e tanto do agrado dos autores americanos, marca a importância que se atribui à estrona no desencadeamento do síndrome. É, em regra, amenorreia de curta duração, se bem que haja casos descritos, em que a falta de menarca se mantém mais de um ano, mostrando a titulação dos estrogénicos e a biopsia a sua origem folicular.

O outro aspecto do problema é o focado por STEIN e seus colaboradores. Estes chamaram a atenção dos ginecologistas para certos tipos de amenorreia com ovários poliquísticos. O caso verifica-se naquelas mulheres, cuja história revela uma série de períodos normais, seguida de algumas irregularidades, quanto à duração do *inter-menstrum*, mas em que a perda sanguínea, quando vem, se faz em grande quantidade. Depois, amenorrias eventuais levam a mulher ao médico.

Supõe-se que o facto se deve a ter retardado-se o desenvolvimento dalgum folículo, dando-se outra evolução noutra ponto do ovário ou na gonada do lado oposto, com formação do corpo amarelo respectivo. Nestes casos, o líquido dos quistos folicula-

res não tem estrona e a amenorreia é de fácil explicação, como, também, se percebe a perda sanguínea que vem interromper situação, que parecia devida a repouso da gonada.

Parece, à primeira vista, que o quadro anátomo-patológico que o ovário apresenta, nos casos de amenorreia por hiperfolliculinemia, se sobrepõe ao do síndrome de SCHRÖDER. Na verdade, a metropatia hemorrágica atribui-se à persistência de um ou mais folículos e, por isso, devida a excesso incretório da hormona estrogénica.

O exame do endométrio prova tratar-se de situações diversas. O exame desta parte da víscera é impressionante, a qual se mostra cheio de fungosidades e formações polipóides ou vesiculares.

O exame microscópico prova que todos os elementos tissulares da mucosa uterina estão metidos no processo. As glândulas tornam-se enormes, formam-se quistos e a basal é difícil de discernir. Em certos casos, o número de glândulas, nestas condições, é tão grande que o estroma fica pouco aparente, de tal modo, que exame histológico pouco atento pode levar a falso diagnóstico de cancro.

Os vasos, por seu lado, estão aumentados e há neoformação destes elementos. As veias, em especial, desenham-se bem na superfície interna da víscera.

Estas alterações podem observar-se em toda a extensão da cavidade uterina ou por zonas aonde esfoliações sucessivas se dão. Estas explicam as várias hemorragias, que alarmam e debilitam a Mulher. Depois, o folículo segrega mais estrona e os elementos tissulares do endométrio passam a ter, de novo, a hormona que os sustem. Por isso a expulsão da mucosa não se faz como na menstruação, isto é, nem toda é expulsa, mas só em lugares determinados, como se viu.

Esses folículos nunca dão corpos amarelos; entram em atresia, passado tempo mais ou menos longo.

A metropatia hemorrágica nota-se especialmente, no começo e no fim da vida sexual da Mulher. Tal facto leva a pensar que o ovário não responde capazmente ao estímulo hipofisário, por não estar adaptado à função que irá exercer durante anos ou porque uma senilidade, que se aproxima, não lhe permite cumprir já o papel, que é chamado a desempenhar, pelo estímulo gonadotrófico.

Para outros autores é antes a hipófise a causa inicial do fenómeno. A gonadoestimulina não seria segregada na quantidade precisa e, de aí, adviria a anomalia apontada.

A favor desta hipótese, resultados experimentais de Colombo sobre Cobaias são curiosos. A laqueação das artérias ováricas neste

animal provoca, ao nível desta glândula, a persistência de folículos, em gonadas que estão inibidas de receber as hormonas da pré-hipófise. Então, o quadro anátomo-patológico é semelhante ao de metropatia hemorrágica. O folículo teria, nestas circunstâncias, papel de segunda ordem.

Os dados apontados, tanto clínicos como laboratoriais, vem explicar dois acidentes, não raros, que se passam ao nível do aparelho sexual da Mulher, no tempo em que a reprodução é possível.

Referimo-nos à hipomenorreia e ao síndrome oposto, àquele em que a perda sanguínea mensal se prolonga além do tempo fisiológico, isto é, a hipermenorreia.

Admitida a hipótese de que a menstruação é função de dois factores (quantidade de estrona segregada, por um lado, e extensão e intensidade do desenvolvimento endometrial, por outro, como tudo leva a crer), a hipomenorreia pode ser devida a causas diversas.

No factor uterino, podem intervir aquelas que fizeram diminuir o endométrio, por hysterectomias chamadas fúndicas, endometrites severas, com destruição parcial de grandes zonas da mucosa, raspagens violentas, etc. Oh! e neste caso quanta barbaridade se cometeu com bons intentos! Lembra-se talvez, os mais velhos que aqui estão, que o grito uterino era o sinal que levava o cirurgião a deixar a pobre víscera, que ficava às vezes mutilada para sempre! Era preciso que ela gritasse para que a deixassem!

Mas dizíamos que, se reduzidos retalhos de mucosa atape-tam a cavidade no miométrio qui e acolá, percebe-se que a esfoliação seja diminuta. A hipertrofia e neo-formação de vasos é, também, apoucada, por impossibilidade de extensas localizações. Como poderia haver, nestes casos, perda sanguínea apreciável?

Este tipo de hipomenorreia é irreversível, como se compreende, mas é, felizmente, raro.

Para os casos, bastante frequentes, em que nenhuma das causas mutilantes pode ser considerada, a hipomenorreia pode dever-se a enérgica acção hipofisária que, impondo intensa secreção de estrona, inibe a expulsão total da decidua. O síndrome não tem, então, origem folicular, mas a vesícula de GRAAF é quem, no final, regula o fenómeno e, por isso, aqui incluímos o malefício.

Mas a hipomenorreia ainda pode ser devida a mucosa que a biopsia mostra pouco evolucionada. Trata-se, então, dum folículo ovário que mal pôde cumprir a sua missão.

Se assim é quanto à duração de perda hemática, o problema pode apresentar outra característica, em que a clínica não se

mostra avarenta. É ela o da quantidade. «O ser muito pouco menstruada», é queixa frequente de ouvir. Neste caso a mucosa prolifera pouco porque o folículo não atinge desenvolvimento preciso e, por isso, a concentração estrogénica é apoucada. Depois o seu mecanismo incretório cai um pouco, mantendo-se a sua concentração em nível determinado. Aqui ou acolá, dá-se esfoliação da mucosa, com perda sanguínea tão mísera, que a mulher vem até nós.

Que assim é, o esquema de tratamento proposto por ZONDEK comporta-se como experiência laboratorial. Todos sabem que este ginecologista verificou poder fazer queda brusca da acção da hormona folicular pela administração da do corpo amarelo. Para isso ele sobe a concentração da estrona, dando às suas doentes aquela hormona. Depois, para que se dê a tal queda estrogénica, a progesterona é usada em alta dose. A perda sanguínea estabelece-se, com toda a normalidade.

No caso de hipermenorrea admite-se que a acção do *incret*a folicular se prolonga, defeituosa e irregularmente, por deficiente acção gonodotrófica da hipófise. É por isso que este acidente aparece frequentemente na puberdade e na menopausa, épocas em que a hipófise e o ovário não estão ainda nas condições em que se encontram no período em que a gravidez é possível.

A oligomenorrea é outra maneira como pode ser perturbada a perda catamenial. Neste caso, a hemorragia dá-se com um endométrio com todas as características que apresenta na fase pré-gravídica, mas havendo longos intervalos entre os períodos menstruais.

Para SCHRÖDER, estes alongamentos cíclicos seriam devidos a lenta maturação do folículo. FRANKL, por seu lado, supõe antes atributo de corpo amarelo de demorada regressão.

Os trabalhos de HARTMAN a este respeito, sobre a Macaca, são curiosos. Segundo este autor o facto deve-se, também, ao prolongamento da fase luteínica do endométrio.

Mas a etiologia da oligomenorrea teima em esconder-se aos olhos do médico. Que assim é, as observações de VOLLMANN, ROCK e BARTLETT, na Mulher, vem dizer-nos que a fase folicular nesta pode ter duração muito variável, sendo para excluir qualquer acção do corpo amarelo.

A conclusão a tirar de tudo o que se expôs, é que cataménios a longo prazo inervam o médico e são de difícil terapêutica, por desconhecimento do factor etiológico; se é que só um é chamado a intervir.

Tais são alguns dos acidentes hemorrágicos a que o aparelho sexual feminino, na nossa espécie, está sujeito, durante o

prazo em que a fecundação é possível; quadros mais ou menos subordinados a desregramentos foliculares.

O aspecto geral do problema está esboçado. A biopsia, a titulação dos estrogénios e o exame do exsudado vaginal, segundo PAPANICOLAU, põem, às vezes, o clínico no caminho que lhe permite aplicação terapêutica adequada. Mas muito há ainda que estudar para podermos ser úteis às mulheres que nos procuram, com perturbações das dos tipos indicados.

No longo período de anos que vai da puberdade à menopausa o folículo dá ainda que falar de si.

*

O apogeu do desenvolvimento dos caracteres sexuais vem, como é sabido, na ocasião em que se desencadeia a primeira menstruação. Que alguns deles tenha o aparelho folicular como causa etiológica é admissível. Todos sabem a acção que tem a medicação estrogénica sobre o crescimento específico dos órgãos sexuais. É inútil repetir experiências feitas em fêmeas castradas de roedores para se ver o desenvolvimento que toma o aparelho génito-mamário. O útero vê-se crescer como que a olhos vistos. A sua musculatura hipertrofia-se, há neo-formação de células, além das importantes e bem conhecidas modificações do endométrio. Por outro lado, a sua mobilidade exagera-se e a víscera torna-se mais sensível ao princípio ocitócico do lobo posterior da hipófise.

Na trompa também há que referir. Nota-se hiperemia acentuada, turgescência das vilosidades do pavilhão, destruição acentuada de parte do epitélio ciliar, sinais secretórios curiosos dos outros elementos do tecido que forra o canal tubário, além de numerosos movimentos rítmicos.

Na vagina há aumento notável da camada epitelial, na sua espessura, e exsudado com características bem conhecidas.

A mama sofre também a acção dos estrogénicos.

Mas a suposição de que a puberdade como a menopausa se devem só ao aparelho folicular, é erro grosseiro. Há que pôr restrições sérias a este modo de ver. Com razão diz um autor que «a natureza e a importância dos sintomas que se apresentam nestas ocasiões dependem da intervenção de muitos factores, tanto de natureza endócrina como não endócrina».

Assim um dos fenómenos que está intimamente ligado ao folículo ovário é o da menstruação que, no início, parece não

estar relacionada com a ovulação. Supõe-se hoje que os primeiros ciclos estrais, na nossa espécie, são anovulares. Esterilidade fisiológica, parece apanágio dos primeiros anos da vida sexual da Mulher. MILLS e OGLE, ASHLEY-MONTAGU e MIKULIZ-RADEKI, que ao assunto se têm dedicado particularmente, são desta opinião. As estatísticas dão-lhes razão. Mas não é só por este tipo de anovulação, que a esterilidade se verifica.

A hipoplasia ovárica pode, também, trazer a esterilidade definitiva, porque fenómenos intempestuosos de atresia inibem a vesícula de GRAAF de atingir o desenvolvimento necessário. Por isso o folículo não actua sobre a mucosa uterina de maneira que a esponjosa se forme. De maneira que, supondo mesmo que se tenha dado a união entre a célula feminina e masculina, o ovo não encontra na cavidade uterina as condições que precisa, para se nidar e desenvolver.

Outra impossibilidade temporária e cíclica da concepção parece ter também origem folicular. No colo do útero dão-se variações cíclicas sincrónicas com as que o corpo da viscera acusa. Ora essa actividade traz, como consequência, modificações do tampão mucoso que rolha o canal cervical. Em fases foliculares especiais este torna-se impermeável ao espermatozóide. Certos casos de esterilidade parece terem origem numa hiperfoliculinemia constante.

A esterilidade ainda se pode dever a razões de ordem anatómica, razões que inibem a rotura do folículo e, consequentemente, a libertação do óvulo. Não se trata de factor etiológico devido à vesícula de GRAAF. Essa, coitada, encerrada para lá da albugínea, por reforço de aderências ou falsas membranas, que mais a isolam, não tem culpa do fenómeno. Mas, se esta ou outras razões de ordem anatómica impedem a deiscência, a concepção não é possível e o ovário torna-se esclero-quístico.

No estudo da esterilidade de origem endócrina muito havia, ainda, que dizer e o capítulo da fisiologia da hipófise teria que ser abordado. Sabemos muito pouco das hormonas desta glândula para que seja possível actuar sobre o ovário de maneira segura. O emprego das chamadas gonadotrofinas do comércio, em alta dose, longe de desencadear a formação de bons folículos ováricos e corpos amarelos funcionalmente activos, pode trazer consequências sérias, como a experimentação tem demonstrado. A noção de anti-hormonas cada vez adquire maiores foros de verdade e a injeção de produtos incretórios proteicos parece desencadear o fenómeno. Tanto assim é que HOUSSAY admite a formação de antigonadotrofina que se formaria, quando se injectam aqueles extractos da pré-hipófise, em dose elevada e prolongada. É evidente que o caso se deve ao desconhecimento

das verdadeiras hormonas com que a hipófise regula o funcionamento das gonadas. Por isso o médico deve ser cauteloso na aplicação duma terapêutica que não é isenta de perigos, terapêutica que pode destruir o aparelho folicular feminino irremediavelmente.

Mas deixemos a esterilidade. Voltemos à função fundamental da fêmea: a procriação. Sobre ela há que falar ainda.

Assim as fêmeas de alguns mamíferos, como a Cadela, Gata, Coelha, Égua e Vaca, só aceitam o macho no momento em que o folículo está intacto, isto é, no momento em que a estrona se encontra em quantidade na circulação, obrigando a vagina a estado funcional bem conhecido.

Na Mulher não há um ciclo tão nítido nesta viscera, como nas fêmeas de outros mamíferos; o que não quer dizer que não haja algumas modificações, como aumento de espessura do seu epitélio, e até algumas mulheres se queixam de corrimento de certa intensidade nessa ocasião. É nítida a modificação da secreção vaginal. O desvio faz-se no sentido da acidez, como é sabido, por formação de ácido láctico, à custa do glicogéneo em que as suas células epiteliais se carregam.

Mas esta fase cíclica da vagina da Mulher tem alguma relação com o cio nas fêmeas dos outros mamíferos? Todos sabemos que, na nossa espécie, ele tem mais uma origem psíquica que funcional. O estudo do problema é difícil. No entanto, alguns dados há que merecem relato.

Observações clínicas e dados estatísticos parecem levar a uma conclusão positiva e, por outro lado, a falta de libido é, às vezes, combatida com eficácia, pela estrona. No entanto, os resultados registados, com a terapêutica apontada, pouco valor tem. HOFFMAN garante ter conseguido idênticas curas com injeções de água destilada. O organismo talvez não seja pertença do aparelho folicular e a sua falta parece que lhe é imputada injustamente.

A mama está sujeita, em várias fases da vida, à acção do folículo ovárico. Assim a vesícula de GRAAF tem a sua quota-parte no desenvolvimento mamário. É papel limitado, pois a estrona parece não ser capaz de fazer crescer todos os elementos que entram na constituição do seio. Julga-se que esta hormona não tem influência sobre o epitélio glandular; a sua acção exerce-se só sobre os canais excretores que colectam o leite desde os acinos glandulares e sobre os galactóforos. ROSENBERG foi o primeiro que descreveu as variações cíclicas que se dão ao nível da

mama da Mulher, no período inter-menstrual; variações que se fazem no sentido indicado.

Só na Cobaia os estrogéneos podem provocar hipertrofia do tecido secretório deste órgão.

LOEB julga possível que a estrona não tenha nenhum papel sobre a secreção láctea. No entanto, diz que viu mitoses no tecido mamário, sujeito aquela hormona. De resto, ATHIAS havia conseguido secreção mamária em Cobaios castrados e enxertados com ovário. A secreção não se mantinha, porém, constante. Mas aonde a hipertrofia se notava, de maneira indiscutível, em todos os animais sobre os quais o sábio português fez os ensaios, foi sobre as tetas.

O papel desta hormona na secreção láctea não está bem esclarecido. Atribui-se-lhe acção no aparecimento das «células da gravidez» da hipófise, lugar onde se formaria o prolactin, segundo KRAUS. Se assim é poderia ver-se aqui origem de perturbações secretórias da glândula mamária.

Mas além da produção de leite, a mama é sede de hiperplasias benignas e malignas, tendo querido imputar-se algumas delas à acção da estrona. Deixando o problema da malignidade, a que daqui a pouco voltaremos, vamos encarar a questão da hiperplasia mamária.

A etiologia da mastite crónica, nas suas duas formas mais frequentes, está por resolver.

O ovário parece ter qualquer acção no assunto. O dado de observação clínica de que os sintomas da doença se exageram no período inter-menstrual e o do seu regresso, na menopausa, depõem de maneira favorável a papel da gonada feminina. Para alguns autores, a estrona é tida como sua causadora. Estão neste caso BURROWS, HEROLD e EFFKEMANN, etc. COTTE e seus colaboradores tem opinião absolutamente oposta.

MAZER distingue dois tipos de hiperplasia mamária. Numa só, os canais excretores entram no processo; noutra é o epitélio glandular que se hipertrofia. Para este autor, também só o primeiro caso se deve a excesso de estrona. Por outro lado, MOSINGER diz que esta hormona tem forte poder esclerosante na Cobaia, e atribui-lhe a hiperplasia e hipertrofia do tecido conjuntivo deste órgão.

Como se vê, as hipóteses são múltiplas e contradizem-se, sinal de que nenhuma delas pode ser considerada como segura. Só o futuro se encarregará de esclarecer o caso.

O folículo ovárico é também tido como causador de sintomatologia que muito preocupa aquela que começa a envelhecer. A instabilidade circulatória e nervosa, que caracteriza esta fase

da vida da Mulher, tem sido atribuída a mau funcionamento do aparelho folicular.

O estudo das modificações endocrinológicas, que então se dão, e as relações que elas poderão ter com a sintomatologia que muitas Mulheres narram, são desconhecidas. Sobre este problema os ginecologistas não chegaram a acordo.

ZONDEK, que se preocupou com o caso, descreveu três fases que, sucessivamente, se desencadeiam. Em primeiro lugar há excesso de secreção da hormona estrogénica; depois dá-se fenómeno inverso; para, no final, a hipófise ficar sôzinha em campo, quando terminada a possibilidade de desenvolvimento de novas vesículas de GRAAF. Então a hormona foliculotrófica é a que se encontra, quase que exclusivamente, na urina.

Muitos autores insurgem-se, porém, contra estes sucessivos estados endocrinológicos e aventam outras teorias com que pretendem explicar estas perturbações funcionais. Para uns, a menopausa é devida a excesso de estrona; para outros aquela seria causada por *deficit* importante desta hormona. Argumentos a favor duma e doutra hipótese tem sido apresentados.

O assunto é, como tantos outros, no capítulo das hormonas femininas, cheio de nebulosidades. E por isso vemos mulheres a quem a medicação estrogénica provoca indiscutíveis alívios e noutras falhar, estrondosamente, até com agravamento dos seus padecimentos.

Para referir um sintoma frequente nesta ocasião — o prurido vaginal — vê-se, umas vezes, esta terapêutica trazer calma súbita à que, alucinada, nos procura. Noutras, torna-se improficua. Sirva de exemplo caso que, recentemente, observamos de uma mulher de 52 anos, em que todos os dados clínicos colhidos levavam à suposição de se tratar de situação idêntica à de outras, que haviam beneficiado com aquela terapêutica. Esta deu resultados excelentes durante os primeiros dias; o prurido desaparecera por completo. A breve prazo, o sintoma reaparece e então toda a terapêutica aconselhada, se mostrou inútil.

Idênticos dados se poderiam referir acerca dos outros sintomas como afrontamentos, hipertensão, instabilidade psíquica, etc.

Vê-se que sabemos muito pouco sobre a etiologia do climatério e, por isso, não somos tão úteis como desejaríamos junto daquelas que «estão na mudança de idade» e a quem a única esperança dada é que deixarão de sofrer com o tempo, após anos de martírio!

Sabe-se que há relações entre as gonadas e as outras glândulas de secreção interna, mas a maneira como se fazem estas inter-acções é matéria desconhecida em quase todos os seus pormenores.

Está por saber-se se os fenómenos observados se devem a mecanismos de *deficit*, hipersecreção hormonal ou se a circunstâncias de ordem geral. Na endocrinologia onde tantos e tão brilhantes resultados têm sido obtidos, quer pela clínica quer pela experimentação, tem-se abusado de estímulos hormónicos para explicar situações que podem ter origem em causas de outra ordem. E para não sair do tema da palestra, vem a propósito recordar o que se disse acerca da amenorreia. Como se viu, as causas mais frequentes do síndrome não tem origem endócrina.

*

Se até aqui tivemos necessidade de ser, às vezes, pouco objectivos, mais obscura vai ser a exposição no capítulo das inter-relações glandulares deste tipo, no caso que interessa à palestra.

Aquela luminosidade que a ciência requer no estudo de qualquer problema não ilumina o quadro de maneira perfeita. Suposições, hipóteses, e pouco mais poderemos aqui trazer.

As relações entre a hipófise e o folículo são conhecidas nalguns dos seus pormenores; demasiadamente conhecidas mesmo algumas para que valha a pena referi-las. Há uma harmonia funcional, como que pendular, na Mulher, em boa integridade fisiológica. Os seus ciclos estrais sucedem-se sem qualquer perturbação.

Se alguma alteração se dá é porque a alegria de vir a ser mãe se apresentou.

Mas essa harmonia pode ser quebrada pelo folículo. Então, se a sua secreção falha a hipófise recente-se e aquela espécie de freio que é posto à secreção de gonadotrofina folicular desaparece e a urina da Mulher vem acusar este excesso incretório do lobo anterior desta glândula. A menopausa é aspecto clínico onde o facto se observa como é sabido. Aqui, o desregramento apontado, de per si, não parece produzir malefícios.

Mas no caso contrário, isto é, se há hiperfuncionamento folicular, a hipófise sofre-lhe as consequências. Umas vezes elas são benéficas. ALLEN, por exemplo, sustenta que quando da puberdade, são os folículos, já desenvolvidos, que vão exercer acção estimulante sobre a secreção gonadotrófica. FRANK provou o facto experimentalmente, verificando-o com pequenas doses de estrogénios. HOHLWEG também pôde notar o facto em Ratazanas impúberes. Quinhentas unidades de estrona provocam hipertrofia da hipófise nestes animais, hipertrofia que correspondia a bom funcionamento, como o provaram os corpos amarelos, que depois se formaram e se mantinham com boa actividade endócrina.

Mas se a secreção folicular é exagerada, a situação modifica-se. ZONDEK registou as transformações de ordem anatómica que o lobo anterior da hipófise sofre, quando, sobre ele, se faz actuar doses excessivas de estrona durante muito tempo. As células basófilas perdem as suas granulações; o mesmo sucedendo, mai tarde, às acidófilas. A hipófise fica depois inactiva.

Parece que a tiroideia acompanha as várias fases do ciclo estral. Assim, tem relatado-se baixa acentuada do metabolismo basal durante o período pré-menstrual. Também se diz terem-se observado variações cíclicas na quantidade de iodo, variações que marcham a par com as do ciclo estral.

Alterações do tamanho da tiroideia em várias fases da vida sexual da Mulher são bem conhecidas e o facto é particularmente notório nas regiões onde o bócio é endémico.

O bócio da puberdade também não é raro no nosso país. A par disto há que ponderar o que se nota quando um síndrome de hipotiroidismo existe. A frialdade sexual é notória e nas crianças o infantilismo passa para lá dos limites em que alguns dos caracteres sexuais secundários se deviam desencadear. No hipertiroidismo notam-se fenómenos inversos.

Os factos apontados são devidos a algum mecanismo endócrino em que tiroideia e folículo são comparsas? Ou trata-se antes de acções em que o ovário sofre influências de ordem geral, que o obrigam a desvios funcionais num ou noutro sentido, como tantos outros órgãos, em idênticas situações? É pergunta que fica sem que se lhe possa dar qualquer resposta.

Se assim é a respeito da tiroideia, mais apoucado é o que há a dizer sobre as relações entre o folículo ovário e a paratiroideia. Parece, no entanto, existir alguma interdependência entre a hormona que segrega a vesícula de GRAAF e o metabolismo do cálcio. Os resultados obtidos pela administração de estrogénicos, em várias espécies animais, parecem levar a essa conclusão. Nestas condições tem-se dito haver aumento de cálcio no soro do sangue. SHAPIRO e ZARENSTEIN, por um lado, e BACH, por outro, fazem esta asserção. Este último verificou mais que a taxa do cálcio baixava, então, nos músculos, ossos e pele de ratas. Outros investigadores chegaram a conclusões semelhantes.

Ora sabendo-se a importância que tem a paratiroideia na regulação de calcemia, os dados experimentais apontados levaram à suposição duma inter-acção entre o folículo ovário e esta glândula. Depois a clínica parece vir apoiar esse equilíbrio funcional. Referimo-nos a osteomalácia. Como se sabe a ooforectomia total tem sido indicada no seu tratamento. Supondo, pois, que há entre

o foliculo ovárico e a paratiroideia qualquer relação funcional no metabolismo do cálcio, a verdade é não se saber como ela se exerce.

Mas se apresentamos série de dados laboratoriais concordantes, outros há que parecem negá-los. Assim, MATHIEU não pôde observar modificações da calcemia em Cães intactos, pela administração de estrogénicos. Estes precipitam as crises tetânicas, com queda brusca do ião cálcio, nos animais a quem se fez a ablação das paratiroideias.

As relações entre foliculo ovárico e supra-renais são ainda mais nebulosas. Estas glândulas tem papel morfogenético nítido. Síndromas de virilismo capsular, tanto no Homem como na Mulher são conhecidos e, facilmente, explicáveis pelos dados que fornece a química biológica. Por isso, difícil se torna dizer, se não impossível, qual a parte que o foliculo ovárico toma neste assunto.

Não nos deteremos mais neste caminho; vamos procurar dados mais seguros noutro ponto.

O pâncreas parece ser chamado a capítulo. Para alguns autores, animais em insuficiência insulínica mantêm glicemia quase normal, com terapêutica estrogénica. Chegou mesmo a afirmar-se a existência de glicose no sangue, em quantidade superior à normal, desencadeada pela estrona. Outros investigadores dizem ter obtido resultados opostos.

Dados tão díspares mostram que alguma causa de erro se imiscui no assunto.

Há que pôr de lado em absoluto a hipótese de haver qualquer influência do foliculo ovárico no metabolismo hidrocarbonado? Quase que se pode afirmar o contrário. Achegas clínicas parece confirmarem a hipótese. É bem conhecido o facto de a diabetes pancreática se declarar, mais frequentemente, na Mulher, para lá da menopausa do que antes da idade crítica. E, como que a apoiar esta observação, há um trabalho laboratorial de SPIEGELMAN que merece relato. Segundo ele, a medicação estrogénica provoca menor baixa de insulina no período que antecede a menopausa, do que depois dela se ter instalado.

O timo e o foliculo ovárico também tem relações funcionais. O *status thymicolymphaticus* dos internistas coexiste com uma hipoplasia genital. Evidentemente, que este dado por si só nada quereria dizer; mas a experimentação é mais objectiva. A atrofia do timo pode ser obtida em animais pela estrona. Mas o fenómeno inverso terá origem em insuficiência folicular? A vesícula de GRAAF terá qualquer papel no síndrome apontado?

Aqui fica mais outra pergunta que, como tantas formuladas no decurso desta palestra, espera novos estudos para ter resposta adequada.

Um último aspecto referente à fisiopatologia do folículo ovárico resta focar: a possibilidade de, nos seus desregramentos, dar origem a neoplasias. O facto está averiguado, de maneira experimental, nalgumas espécies animais.

Vale a pena referir o caso com pormenor.

Parece-nos ter sido WITHERSPOON o primeiro que chamou a atenção dos médicos, para a possibilidade do aparecimento de fibromas uterinos, na Cobaia, pela administração de estrogéneos em alta dose e de maneira prolongada. Ora estes tumores são raríssimos neste animal, fora destas condições experimentais. Por isso, estes resultados devem ser causados pela medicação a que os animais foram sujeitos. O facto foi confirmado por outros pesquisadores.

Entre nós, o Prof. MOSINGER obteve resultados semelhantes também na Cobaia. Além de tumores desta espécie encontrou também leiomiofibromas, não só em úteros, como em todas as vísceras abdominais e pélvicas e até no diafragma, mesos, pleura, pericárdio, etc. Refere também este haver conseguido adenomas mamários, papilomas cutâneos, polipos e adenomas uterinos, etc.

Mas o aspecto mais grave do problema está no facto de a hormona folicular poder provocar tumores malignos.

São particularmente sugestivos dados que GARTNER e seus colaboradores relataram a este respeito em 1938. Vinte Ratinhos, submetidos à acção de fortes doses de estrogéneos, durante muito tempo, apresentaram carcinomas, no colo do útero. ALLEN, o bem conhecido biologista que tanto tem contribuído para o estudo das hormonas femininas, provocou também um carcinoma na mesma região anatómica no *Macacus Rhesus*. Entre nós, o Prof. MOSINGER diz ter obtido sarcomas e cancros hipofisários em Ratazanas e linfosarcomas e sarcomas fuso-celulares em Ratinhos.

Podíamos alongar a lista dos dados experimentais, mas os que aqui ficam chegam e são, suficientemente, sugestivos. Na espécie humana também se tem encontrado neoformações malignas, principalmente ao nível do aparelho sexual de Mulheres que foram sujeitas a intensa medicação estrogénica.

O problema tomou particular interesse quando se soube a forma de constituição da estrona e se verificou que o grupo fenantrênico entra na sua composição; grupo cíclico que se encontra em certos produtos derivados do alcatrão da hulha, os quais têm propriedades carcinogénicas bem conhecidas.

No entanto, estudando o problema mais de perto não se

pode fazer generalizações absolutas. Assim, LOEB afirma que os hidrocarbonetos da série aromática não tem todas as propriedades estrogénicas e carcinogénicas ao mesmo tempo. Por outro lado, a medicação estrogénica não pode ser acusada, com rigor, de provocar por si só degenerescências malignas. Muitos autores negam-lhe estas propriedades.

Caso clínico que tivemos ocasião de observar há certo tempo parece apoiar esta hipótese. Tratava-se de uma Mulher de trinta e poucos anos, com uma amenorreia, a quem foi instituída forte medicação estrogénica (5 miligramas, em dias alternados), medicação que se prolongava há quase um ano. A amenorreia mantém-se, como é óbvio, e a doente procura-nos por esse motivo. Para objectivar bem a quantidade de hormona empregada diziamos «ter já gasto alguns contos de réis» na sua aquisição.

O toque vaginal mostrava útero sem deformação, mas do tamanho duma gravidez de três meses. Os seios, extremamente dolorosos, estavam turgidos, «duros que nem uma pedra», como nos afirmava a doente. Todos os tegumentos estavam como que esclerosados, fenómeno que a estrona é capaz de provocar, como é sabido. A par disto, havia uma irritabilidade psíquica apreciável. Como a preocupação principal desta Mulher era o insucesso da terapêutica no desencadeamento duma menstruação que, a dar-se, a curaria das suas queixas, segundo ela, resolvemos, para efeitos psicoterapêuticos, provocar-lhe o cataménio, pela administração de progesterona. A menarca estabeleceu-se e foi então possível convencê-la a deixar a medicação estrogénica.

Pouco a pouco, viu-se o regresso do útero às suas primitivas dimensões, os seios perderam a sua consistência e reduziram o seu volume. Nenhuma neo-formação benigna ou maligna, desde então se desencadeou, e já um ano decorreu depois da Mulher ter interrompido a sua pseudo-medicação. Registamos o caso apesar de único, por ter aspecto duma experiência.

Ele cabe dentro da opinião de LOEB quando afirma que o factor essencial no desencadeamento de formações cancerosas, nestas condições, não é só o estímulo que obriga os tecidos a crescimento exagerado, mas este em colaboração com factores hereditários e constitucionais.

Porque, muitas vezes, se torna impossível conhecer esses factores hereditários e constitucionais (supondo que sabíamos caracterizá-los), a estrona deve ser aplicada com cuidado. Deve ser evitada quando já há neo-formações no aparelho génito-mamário, mesmo que sejam benignas. Quando a clínica impõe a sua administração, as altas doses não são de aconselhar, assim como o tempo da sua aplicação não deve ultrapassar os limites da prudência.

MIOCILINA



1,5 cc. 500.000 U.

SUSPENSÃO AQUOSA DE PROCAÍNA-
-PENICILINA G PRONTA A SER INJECTADA.

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA



O CAVALO E O LOBO

Na linda estação das flores,
Às horas do meio dia,
Brioso, esperto cavalo
A verde relva pascia.

Dum bosque visinho, um lobo
Botando-lhe o lúcio, diz:
«Quem te comer essas carnes
É por extremo feliz».

Então, do bosque saindo
Em passo lento e miúdo,
De largo diz ao cavalo:
«Camarada, eu te saúdo;

Respeita em mim um Galeno
Que passa a vida a curar,
Que das ervas as virtudes
Sabe aos morbos aplicar;

Aposto que tens moléstias,
E, porque na cura erraram,
Tomar ares para o campo
Como é uso, te mandaram.

Se quizeres que eu te cure,
Ficarás são como um pero:
Grátis que, bem entendido,
Paga de amigos não quero».

O cavalo, conhecendo
A malícia do impostor,
Diz-lhe: «O ceu lhe pague o bem
Que me faz, senhor Doutor;

É verdade que eu padeço
Há nove dias, ou dez,
Um tumor e uma ferida,
Tudo nas unhas dos pés.

«Bem que essa doença toque
À cirurgia sômente» —
Diz o lobo — «eu nesse ramo
Sou um prático eminente».

Torna-lhe o fingido enfermo:
«Pois então, senhor doutor,
Chegue-se a mim, que eu me volto;
Venha apalpar-me o tumor».

«Pois não, filho» — diz-lhe o lobo,
E a fim de o filar se chega;
Mas de repente o cavalo
Dois grandes coices lhe prega:

Acerta-lhe pela frente,
Faz-lhe o focinho num bolo;
E o lobo exclama: «É bem feito!
Quem me manda a mim ser tolo?»

De carnicheiro a hervanário
Quiz passar sem que estudasse;
Levei da toleima o prêmio;
Cada qual para o que nasce».

Curvo Semedo

(segundo La Fontaine)

Tuberculose cutânea

por MÁRIO TRINCÃO

Prof. ext. na Faculdade de Medicina de Coimbra

(Conclusão)

VI — TRATAMENTO DA TUBERCULOSE CUTÂNEA

Tratamento local — Variável com o tipo de lesões em causa e até diferente consoante a localização. A exérese, a curetagem, esscarificação, electrocoagulação, utilização de injecções modificadoras, a radioterapia, a finsenterapia, são processos postos em prática correntemente, variando a utilização com a forma de tuberculose que está em causa.

Ocupemo-nos em primeiro lugar do tratamento das tuberculosas cutâneas clássicas:

1) Gomas — a) Nas gomas pequenas, na fase crua e com bom estado geral do doente — está indicada a ablação cirúrgica; b) No início da flutuação alguns AA. utilizam a radioterapia — 3 a 4 sessões espaçadas de um mês a mês e meio utilizando determinada técnica de dosagem e filtração 15 a 7 H — 1.000 a 4.000 r, filtro 2 a 3 mm. de alumínio; c) Goma na fase de amolecimento com flutuação nítida — punção aspiradora seguida de injecção modificadora com éter-iodoformado ou mistura de CALOT, etc.; d) Goma aberta ulcerada — o tratamento varia conforme a localização — nas partes cobertas, por deixar cicatrizes — electrocoagulação; nas partes descobertas curetagem ligeira seguida de aplicação de diversos cáusticos (ácido láctico, naftol canforado, cloreto de zinco, etc.).

Na tuberculose fungosa e vegetante e na verrugosa — ablação cirúrgica, curetagem seguida de cauterização ou aplicação de radioterapia, electrocoagulação.

Lúpus — É difícil por vezes a escolha do tratamento — quase sempre longo e por isso mesmo aborrecido para o doente o que muitas vezes os obriga a desistirem. Há tratamentos enérgicos, capazes de fazerem desaparecer as lesões em pouco tempo mas dando maus resultados sob o ponto de vista estético, razão porque não podem ser aplicados indiferentemente qualquer que seja a localização do lúpus. Os tratamentos locais compreendem:

1) Métodos cirúrgicos: a) Exérese total; b) Curetagem — habitualmente seguida de cauterização pelo galvano ou termo-cautério, nitrato de prata, ácido pirogálico, tetracloreto de antimónio; c) *Escarificação* — este processo quando aplicado por indivíduos com boa técnica dá origem a cicatrizes quase inapreciáveis, perfeitas sob o ponto de vista estético e daí o preconizar-se nos lúpus da face.

2) Agentes físicos: a) Electrocoagulação; b) Fototerapia (Finsenterapia) — método baseado na utilização bactericida de certas radiações — azul, violeta, ultravioleta; c) Heelioterapia; d) Radioterapia — como terapêutica adjuvante; e) Crioterapia — aqui aplicada com uma maior limitação e sucessos muito menores do que no lúpus eritematoso.

3) Agentes químicos: Ácido pirogálico, manteiga de antimónio, Neo-Filhos, etc.

Nas tuberculoses cutâneas atípicas o tratamento externo tem nulo ou pequeno valor razão porque nos limitamos a aplicar pastas ou pomadas tendo por base o óleo de fígado de bacalhau, ictiol, dermatol. etc., nos casos em que existem ulcerações ou crostas.

Nas tuberculides quando se apresentam sob a forma de sarcóides ou de lesões cutâneas de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN o tratamento local é ineficaz, quando muito pode ter apenas uma acção puramente sintomática. Já outro tanto não sucede no lúpus eritematoso onde estão indicadas as aplicações de neve carbónica, com bons resultados.

Tratamento geral — Muitos têm sido os medicamentos propostos, alguns continuam a ser usados, aqueles que mostraram alguma eficácia, outros foram pouco a pouco postos de parte, à medida que se reconheceu a sua ineficácia, razão porque não vale a pena fazer-lhes qualquer referência.

O óleo de fígado de bacalhau, o xarope iodotânico, o cálcio, administrado per os e em injecções intramusculares ou endovenosas, os arsenicais, o mercúrio (calomelanos em injecções hebdomédarias — 8 a 10 — nos lúpus túmidos não exedens), os sais de ouro, a tuberculina diluída em injecções intradérmicas, o antigénio metílico, a alergina de JOUSSET, os sais de bismuto (iodobismutato de quinina no tratamento do lúpus eritematoso), têm sido utilizados com resultados muito variáveis nas diversas formas da doença.

A climoterapia — exposição ao sol, à luz, ao ar livre, a permanência à beira-mar ou na montanha — tem acção favorável.

O *regime alimentar* pode ter influência benéfica ou maléfica consoante a sua composição. O conhecimento deste facto levou GERSON-SAUERBRUCH-HERMANSDORFFER, a instituir nos lúpicos um regime conhecido vulgarmente com o nome de *regime de GER-*

SON. Já há alguns anos dizia PAUTRIER considerar este regime combinado com a administração do óleo de fígado de bacalhau e o tratamento externo como o mais eficaz no tratamento do lúpus. Não vale a pena entrar em grandes detalhes acerca deste regime, aliás hoje muito menos utilizado do que há anos atrás. Consiste essencialmente na supressão absoluta de sal, conservas, alimentos salgados ou fumados, diminuição da ração de carne e na administração em grande quantidade de leite, frutas e legumes crus.

A terapêutica do lúpus e de outras formas de tuberculose cutânea sofreu profunda modificação depois do advento do chamado *método de CHARPY*. Este método consiste na utilização de vitamina D₂ em doses elevadas. Ao explicar a história do seu método CHARPY diz ter sido levado a pô-lo em prática baseado em certos factos empíricos — a acção particularmente favorável do sol e do óleo de fígado de bacalhau em certas formas da doença.

Em 1840, EMERY, médico do Hospital de S. Luís curava o lúpus administrando o óleo de fígado de bacalhau na dose de um litro por dia! Durante muito tempo não se procurou saber qual o mecanismo pelo qual actuava o óleo de fígado de bacalhau e o método caiu em desuso ainda mesmo quando se isolou a vitamina D. Referindo-se ao facto diz o Dr. CHARPY: «A vitamina D, princípio activo do óleo de fígado de bacalhau, foi inicialmente apenas estudada em função da propriedade de fixação do Ca. Este conceito exacto, era muito estreito; se estava de acordo com outro perconceito, de que as lesões tuberculosas, para curarem, tinham necessidade de se impregnar de sais cálcicos, chocava contra as constatações clínicas, mostrando o perigo das mutações cálcicas desencadeadas pelas doses elevadas de vitamina D».

Quando a vitamina D₂ foi isolada não se descortinou desde logo os benefícios que poderiam advir da sua aplicação. «Foi por acaso que HARNAPP verificou que a dose de 15 miligramas de vitamina D₂ não era tóxica para uma criança de mama, o que estava de acordo com os trabalhos experimentais da escola americana de REED, de Chicago. Foi igualmente por acaso que em 1941, diversos autores franceses, TURON, JACQUELIN, FORESTIER, puderam constatar a acção favorável da dose de 15 miligramas de vitamina D nas serites tuberculosas».

Antes de aplicar o método nos lúpicos para ter a certeza da sua inocuidade, CHARPY utilizou-o em si próprio. A *técnica de CHARPY* consiste na administração per os de vitamina D₂, quimicamente pura, em solução alcoólica, na dose de 15 miligramas renovada de 3 a uma vez por semana durante muitos meses. A experiência do autor do método, digamos já longa, data de seis anos e diz respeito a 120 doentes tratados leva-o a adoptar o seguinte esquema: *na 1 semana, administra 3 doses de vita-*

mina D₂, duas nas três semanas seguintes e uma dose hebdome-dária durante vários meses, um ou dois anos, mesmo nos casos de cura aparente a fim de evitar as recidivas.

Não basta administrar a vitamina para se conseguir bom resultado, é necessário que os doentes observem dieta apropriada. Acentua CHARPY que é absolutamente necessário que os doentes tomem leite, um a três quartos de litro por dia. Na alimentação os prótidos devem entrar em quantidade suficiente e lípidos em pequena quantidade (o excesso de certas gorduras impede a absorção de Ca e de vitamina D₂). Não convém que o regime seja salgado nem muito ácido.

Em resumo CHARPY diz que o regime deve ser composto por três quartos de litro de leite, carne em quantidade moderada, muitos vegetais de preferência crus (frutas e legumes). Proíbe formalmente a carne, a gordura de porco, enchidos, conservas, salmouras, a caça e as gorduras cozidas. Regime pobre em sal, sem álcool e não se deve utilizar pão completo.

O resultado do método de CHARPY no lúpus é por vezes espectacular como temos tido por vezes oportunidade de verificar. Sob a sua influência as lesões inflamatórias atenuam-se rapidamente, os lupomas se bem que diminuem desde começo só ao fim de muito tempo desaparecerem por completo. Os melhores resultados têm-se obtido nos lúpus ulcerados, vêm em seguida as formas túmidas e por fim os eritemas nodulares. Quando eficaz a melhoria sob a influência do tratamento verifica-se logo desde o princípio, se ao cabo de 15 dias não se tem conseguido é porque alguma coisa de anormal se está passando.

A tuberculose verrugosa é muito favoravelmente influenciada por esta terapêutica: cura em 3 ou 4 meses sem a utilização de qualquer tratamento local. Nas úlceras tuberculosas a acção do método associado à cauterização é bastante apreciável. As gomas bem como o eritema duro de BAZIN podem curar pela sua acção. O lúpus eritematoso não é influenciado pelo método que se mostra completamente ineficaz.

A cura conseguida pelo método de CHARPY segundo este A. não é apenas clínica mas também anatómica. Opera-se sem que se verifiquem modificações importantes da calcemia e sem que verifique deposição de Ca a nível das lesões. As lesões não são substituídas por tecido de esclerose, a seu nível verifica-se ao fim dum tempo mais ou menos longo a reconstrução do tecido normal.

A vitamina D₂ administrada nestas doses elevadas durante muito tempo é geralmente bem suportada. Nalguns indivíduos podem surgir sinais de intoxicação traduzindo-se por: anorexia, náuseas, vômitos, depressão, polidipsia e poliúria, aumento de cálcio plasmático e da azotemia. Com a interrupção do tratamento

ACIDO DEIDROCÓLICO COM COMPLEXO B COLIPLX

« SCIENTIA »

Colerético de acção segura e inócua, indicado em todos os casos de HEPATOPATIAS difusas, CIRROSES, ICTERÍCIAS, etc., e nas ANGIOCOLITES, COLECISTITES simples e calculosas e OBSTIPAÇÃO por HIPOCOLIA.

FÓRMULA: — Cada comprimido contém:

Ácido deidrocolico 0,25 grs.
Vitamina B complexo 0,25 grs.

(Em tubos de 20 comprimidos)

ENTERIODOXIL

« SCIENTIA »

PODEROSO ANTISÉPTICO NA DISENTERIA AMIBIANA E OUTROS ESTADOS
DISENTÉRICOS, PARASITÁRIOS E BACTERIANOS

FÓRMULA — Cada comprimido contém:

CLORO — IODO — HIDROXIQUINOLEINA . . . 0,25 grs.

(Em tubos de 20 comprimidos)

FOSFOROL

« SCIENTIA »

SIMPLES ————— VITAMINADO

Estimulante geral do metabolismo e tónico nos estados de esgotamento de qualquer natureza.

SIMPLES: — Cada ampola contém:

Soluto a 1 % de Ácido dimetilaminometilfenilfosfinico
Caixa de 20 ampolas de 1 c. c.

VITAMINADO: — Cada ampola contém:

Soluto a 1 % de Acido dimetilaminometilfenilfosfinico
associado a 0,03 de Vitamina B₁ (Cloridrato de 1-aneu-
rina) por ampola.

Caixa de 12 ampolas de 1 c. c.

COMPOSTO ATÓXICO DE FÓSFORO, PERMITINDO UM TRATAMENTO ENÉRGICO

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO « SCIENTIA »

DE ALFREDO CAVALHEIRO, L.^{DA}

Avenida 5 de Outubro, 164 — LISBOA — TELEFONE, 70578

DIRECTOR TÉCNICO: — A. QUEIROZ DA FONSECA (LIC. EM FARMÁCIA)

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

O

primeiro



dos preparados iodo-arsenicais

M. RODRIGUES LOUREIRO

— RUA DUARTE GALVÃO, 44 - LISBOA. —

todos estes sinais desaparecem em pouco tempo, porém, se se mantiver a terapêutica pode provocar-se o aparecimento duma nefrite aguda grave.

Acerca da maneira de actuar da vitamina D₂ o A. do método formula várias hipóteses não me parecendo que actualmente nos possamos pronunciar em definitivo por qualquer delas — modificação da reacção tecidular no sentido da acidose; acção sobre o metabolismo da Ca e P; acção sinérgica.

CHARPY parece admitir como provável o seguinte mecanismo de acção da vitamina D₂. «Activação da actividade fosfatásica da mucosa intestinal, no sentido duma hidrólise intensa e simultaneamente activação sintetizante de esteres do ácido glicérico. Esta acção hidrolisante da fosfatase intestinal teria um duplo efeito». 1) Libertar no meio interior iões PO₄, o que teria rebatido sobre o metabolismo geral (terapêutica do terreno) o que por outra parte determinará nos focos tuberculosos a activação de certos fermentos capazes de intervirem na lise do bacilo de Koch (por exemplo, desidrases dos ácidos gordos superiores); 2) Acção de hidrólise fosfatásica determinando simultaneamente inibição por defosforalização de certos enzimas fosforilados possivelmente subtraídos pelo bacilo de Koch, para a sua respiração, ao organismo que parasita.

A estreptomycina tem sido também utilizada no tratamento da tuberculose cutânea. O trabalho mais importante do meu conhecimento sobre este assunto é o que LEARY, CEDER, CORWIN e FELDMAN, publicaram nos «Arch. of Dermatology and Syphilology» (1). Os casos por eles tratados são de vários tipos — úlceras, gomas, lúpus vulgar, tuberculose miliar da face — variando os resultados de uns casos para outros. Recomendam as doses de 2 gramas diários, durante bastante tempo. Os processos recentes de infecção primária são mais sensíveis a acção do antibiótico do que as crónicas.

Utilizamos num caso da nossa Clínica Hospitalar — lúpus vulgar da face ulcerado de longa evolução — a estreptomycina associada ao método de CHARPY tendo colhido magníficos resultados.

O promizol, preconizado pelos mesmos AA. que utilizam a estreptomycina não parece ter dado resultados que encorajem a usá-lo.

A aureomicina foi utilizada por BOLLGERT e outros no tratamento do lúpus eritematoso na dose de 2 gramas diários.

BURGESS, preconiza o tratamento desta tuberculide pela vitamina E em dose de 200 miligramas por dia.

(1) Treatment of Various Types of Cutaneous Tuberculosis with Promizole and Streptomycin.

Elementos gerais de diagnóstico das doenças infecciosas (1)

por J. MACHADO VAZ

1.º Assistente de Bacteriologia na Faculdade de Medicina do Porto

A diagnose das moléstias infecciosas depende, fundamentalmente, do rigor com que os processos laboratoriais podem preencher os clássicos postulados de Koch, acrescidos da demonstração de anticorpos específicos para os agentes infectantes.

Como acentua JAMES CRAIGIE, «Advances depend equally on new ideas and new tools or methods», e, por isso, tentaremos recordar-lhes, rapidamente, as directrizes da Bacteriologia dos nossos dias, para logo apreciarmos a sua aplicação ao diagnóstico de alguns quadros infecciosos correntes entre nós.

*

A Variação bacteriana, e suas consequências, domina hoje a aplicação prática do laboratório à diagnose das moléstias infecciosas. Quando volvemos aos primórdios da Bacteriologia, compreendemos a relutância dos investigadores de então em aceitar o polimorfismo microbiano. É que a doutrina monomórfica permitia esquemas simples de classificação, esquemas que foram, sem dúvida, de extrema utilidade aos progressos da ciência incipiente. Hoje, porém, se apontamos a morfologia e aspectos culturais mais vulgares para cada agente bacteriano, conhecemos também as suas variantes. Sabemos que a Variação depende de factores inerentes à própria bactéria, que o estabelecimento da variante (mutante) é influenciado pelas condições de meio, e não ignoramos que o fenómeno se não desenrola num ciclo ordenado e completo como foi grato ao raciocínio de alguns investigadores. De há muito se ultrapassou, pois, o critério das formas simples e de involução, para progredirmos, dia a dia, no estudo da Variação, que podemos, até, *dirigir* já em certos casos.

Ora as variações da célula bacteriana revelam-se por alterações que não são só do seu *padrão* morfológico e cultural, mas também bioquímico e antigénico. Na verdade, a Bacteriolo-

(1) Lição ao 1.º Curso de Aperfeiçoamento, organizado pelo Conselho da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, proferida na Faculdade de Medicina do Porto em 30 de Outubro de 1947.

gia de hoje é, em muito, o estudo fisiológico dos microorganismos através o conhecimento dos metabólitos bacterianos. Estes explicam-nos os fenómenos de satelitismo e antagonismo, da acção bacteriostática e antibiótica. Na prática, podemos fomentar o desenvolvimento de certas bactérias e contrariar o crescimento de outras nos chamados meios de enriquecimento e selectivos, e o estudo das condições atmosféricas (aumento da percentagem de CO² na atmosfera de incubação, por exemplo) serve o seu isolamento do organismo infectado.

Se toda uma extensa gama de testes bioquímicos permite a caracterização genérica no laboratório, não constituem capítulo à parte, antes apoiam decisivamente o mesmo conceito de Variação, os novos e incessantes achados da ciência imunológica. Deles resultam aplicações práticas e rigorosas à identificação antigénica dos agentes infecciosos e à pesquisa de anticorpos específicos. Efectivamente, o arranjo antigénico da célula bacteriana sofre, também, os fenómenos da Variação — podendo, mesmo, verificar-se modificação na constituição química dos antígenos bacterianos — de tal modo que já não consideramos essa célula apenas «um mosaico de antígenos» (NICOLLE), noção estática, mas sim «um caleidoscópio de antígenos» (ANDREWS), tanto os seus factores antigénicos se nos apresentam variáveis. Predominantes ou recessivos, eles perdem-se, até, na natureza ou no laboratório. Daqui a necessidade do recurso a antígenos seleccionados. — suspensões standardizadas — na pesquisa dos anticorpos específicos. O problema resolve-se no conhecimento da labilidade e estabilidade dos vários antígenos face a reagentes diversos, sendo mesmo possível fixar a fórmula antigénica da célula bacteriana mediante a liofilização da cultura, seja a sua congelação e secagem no vácuo.

Também se alargou o campo da infecção experimental com todas as resultantes que ela comporta. A dietética, a irradiação, ou, em determinados casos, a suspensão das bactérias em substâncias (mucina gástrica, por exemplo) que perturbam os mecanismos defensivos do hospedeiro, tornam os animais de laboratório sensíveis a certos agentes infecciosos ou modificam o quadro da infecção experimental. Além de que a combinação de inoculações, seja a passagem prévia pelo animal sensível, mostrou, por vezes, ser possível vencer o estado refractário de certos animais (vírus da Gripe).

Caducaram os critérios morfológico e de filtração na sua primitiva rigidez distintiva entre bactérias e vírus. Não só o microscópio electrónico permitiu visualizar os vírus, e, até, apontar estrutura celular às *rickettsias* e alguns vírus, como ainda certas formas bacterianas se mostraram aptas a passar aos filtra-

dos. *Bactérias*, *rickettsias* e *vírus*, constituem, sim, uma escala de agentes distintos pelas suas exigências metabólicas, que se traduzem, praticamente, na impossibilidade para os dois últimos de desenvolvimento «*in vitro*», arredados da célula viva. Mas o animal de laboratório não se limita a substituir nas *rickettsioses* e nas *viroses* o meio de cultura para isolamento: serve, igualmente, a viabilidade do agente no laboratório e a obtenção do material necessário às reacções antigénio-anticorpo e preparações vacinais.

Aqui e além, na diagnose laboratorial das moléstias que vamos citar, encontraremos a aplicação prática do que acabamos de expor.

*

BRUCELLOSES

Todos recordam o caminho percorrido pelos nossos conhecimentos, desde a *Febre de Malta* à *Febre Mediterrânea* — tentativas de demarcação geográfica prontamente ultrapassadas, e da *Febre Ondulante* ao conceito actual de *Brucellose* — abandono dum cariz térmico inconstante, embora frequente, pela responsabilidade etiológica ligando quadros clínicos os mais díspares. E lembram também como ruuiu o critério simplista que se alicerçava nos animais reservatórios de *Brucellæ* para concluir por *Br. melitensis*, *Br. abortus* ou *Br. suis*. Um conjunto de provas permite, é certo, separá-las no laboratório, mas, mesmo aqui, a fragilidade de cada um dos testes aponta bem claramente para uma concepção de tipos que não de espécies.

Ora as velhas *Febres de Leiria* e de *Santarém* tomam hoje o nosso país de lés a lés, e importa, por isso, atentar nos postulados que trabalhos de conjunto, sobretudo na América do Norte, permitem enunciar como penhor de uma diagnose bacteriológica segura. Como faz notar HAROLD HARRIS, a infecção por *Brucella* deve ser considerada no diagnóstico de toda a doença obscura, não esquecendo que a *Brucellose* simula muitas doenças e estas aquela. O isolamento da *Brucella* por hemocultura dá-nos hoje resultados muito mais seguros do que há poucos anos atrás. É que os nossos conhecimentos progrediram em dois capítulos: o dos meios de cultura para este género bacteriano (extracto de fígado, tryptose) e o das condições atmosféricas propícias ao seu desenvolvimento (5 a 20 % de CO², em especial para a *Br. abortus*, que o exige, salvo raras excepções, no primeiro isolamento). É ainda HARRIS que assim resume os cuidados necessários para o sucesso da hemocultura: «meios especiais, condições aeróbias especiais, e paciência especial», entendendo-se por esta «paciência» o tempo de observação com subculturas repetidas.

THIOSAN

MONO-SULFURETO DE TETRA-ETIL-TIURAM

AZEVEDOS

ESCABIOSE
IMPIGENS
PEDICULOSAS
E OUTRAS AFEÇÕES CUTÂNEAS

SOLUTO OLEOSO

Frascos de 150 grs.

SABONETE MEDICINAL

Sabonetes com cerca de 100 grs.

SOCIEDADE
INDUSTRIAL
FARMACÊUTICA

LABORATÓRIOS AZEVEDOS

NESTROVIT

(NESTLÉ-ROCHE-VITAMINAS)

2 fórmulas perfeitamente equilibradas

NESTROVIT

LÍQUIDO
(Solúvel no leite)

Uma colher das de chá (5 c. c.) contém:

Vitamina A	2500 U. I.
Vitamina B ₁	333 U. I.
Vitamina C	700 U. I.
Vitamina D	500 U. I.

Lactentes e crianças até aos 4 anos:

1 colher das de chá por dia tal qual ou adicionado a um biberon de leite e mais tarde a um cozimento.

Adolescentes e adultos:

2 colheres das de chá por dia antes ou depois das refeições.

NESTROVIT 9

TABLETTES

Cada tablette contém:

0,75	mg. de Vitamina A = 2500 U. I.
1	mg. de Vitamina B ₁ = 333 U. I.
1,5	mg. de Vitamina B ₂
10	mg. de Nicotilamida
1	mg. de Vitamina B ₆
5	mg. de Pantotenato de cálcio
35	mg. de Vitamina C = 700 U. I.
0,0125	mg. de Vitamina D = 500 U. I.
0,5	mg. de Vitamina E = 0,5 U. I.

Crianças a partir dos 4 anos e adultos:

2 tablettes de Nestrovit 9 por dia, mastigar tal qual ou deixar fundir lentamente na boca.

SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS

LISBOA

PORTO

COIMBRA

No serodiagnóstico (WRIGHT) os progressos são, igualmente, notórios.

Aprendemos que as estirpes *para-melitensis* e *para-abortus* constituem, afinal, variantes *R* da *Br. melitensis* e da *Br. abortus*, e, como tal, não servem, porque a falseiam (aglutinação espontânea), a reacção aglutinante. A selecção de estirpes rigorosamente *S* (lisas): *smooth*, em oposição às rugosas: *R* (*rough*), permite dispor hoje de aglutinogénios específicos, e, dada a comunidade antigénica das fracções *M* e *A* dos tipos de *Brucella*, que só variam quantitativamente, chegou-se ao emprego de uma estirpe única — *Br. abortus* — na reacção. Esta pode fornecer resultados imediatos pela simples mistura do antigénio com quantidades variáveis de soro do doente. É a técnica rápida de HUDDLESON, de aplicação corrente entre nós. Não se suponha, claro está, o problema definitivamente resolvido pelas inegáveis vantagens deste método. Aqui também as opiniões se dividem segundo os resultados, e assim como nem todos os autores estão de acordo em usar só uma estirpe de *Br. abortus*, preferindo utilizar conjuntamente a *Br. melitensis*, a própria técnica de HUDDLESON não conta com o apoio geral, pois muitos advogam as reacções em tubo com antigénios *abortus* e *melitensis* estandardizados. O terreno sobre o qual nos firmamos é sempre movediço, e, como bem nota CRAIGIE, «Standard methods are apt to beget standard ideas and may impede progress if used uncritically in the research laboratory».

É indispensável ter em conta o facto das aglutininas serem, por vezes, fugazes, ao contrário do que sucede noutras infecções, não devendo, conseqüentemente, diferir-se o recurso à reacção serológica. Entre os títulos altos — 1/400 ou superiores — e a negatividades que pode acompanhar toda a doença — em especial os casos crónicos, como o já clássico de Miss Evans — aparecem, por vezes, taxas aglutinantes baixas. É então necessário averiguar das possíveis infecções anteriores e dos *contactos*, o que vale dizer quanta importância revestem quer a região quer o modo de vida. Pode admitir-se que um título aglutinante de 1/80 tem valor desde que concordante com os sinais clínicos.

Não devemos esquecer um ponto de importância primacial na interpretação dos resultados da sero-aglutinação: as vacinas *Brucellæ*, ou, até, uma simples intradermo-reacção, provocam a viragem à positividade, que perde, assim, todo o seu valor ⁽¹⁾.

(1) O mesmo se verifica nos indivíduos inoculados com vacina anti-colérica, em virtude de um factor antigénico comum ao *Vibrio* e à *Brucella* (Antigenic Relationship Of *Brucella* And *Vibrio* Comma, Mc Cullough, et al., J. of Inf. Dis., 83, 1, 55, 1948).

Logo, deve considerar-se intempestiva toda a intervenção dessa ordem antes do recurso ao laboratório.

Lembro, apenas, quanto a alergia domina o problema infeccioso da *Brucellose*, e que podemos estudá-la pelo índice opsonocitofágico, mormente conjugando-o com os dados fornecidos pela sero-aglutinação e a intradermo ao *Brucelergeno*.

LEISHMANÍASES

Se bem que o *Kala-Azar* continue apresentando no nosso país a sua principal incidência na criança, as observações de *Leishmaníase visceral* no adulto já registadas ditam-nos o cuidado de termos em conta a sua possibilidade. Quanto à *Leishmaníase cutânea*, a descrição pelo Prof. Amândio Tavares de um caso autóctone em S. João da Pesqueira mantém-se, por agora, única.

Mormente nas regiões flageladas pelo *Sezonismo*, há que pensar no *Kala-Azar*, atenta, até, a coexistência de ambas as protozooses em certos casos.

Das múltiplas provas indirectas que testemunham a alteração quantitativa dos componentes do soro sanguíneo no decurso da doença, nada se conseguiu de específico. Aparece-nos mais prometedora a via das reacções imunológicas — fixação do complemento, aglutinação, intradermo-reacção — que entre nós já suscitaram alguns ensaios (Fraga de Azevedo).

A pesquisa do parasita nos vários órgãos ricos em elementos retículo-endoteliais — baço e medula óssea, na prática — continua constituindo a rotina de diagnóstico, mas devemos anteceder-las do exame do raspado da mucosa nasal. Este método, simples e inócuo, foi proposto por FORKNER e ZIA, e vulgarizado entre nós por FRAGA DE AZEVEDO. Seguido nos Serviços desta Faculdade, tem fornecido larga margem de resultados positivos.

LEPTOSPIROSE ÍCTERO-HEMORRÁGICA

A doença descrita por WEIL tem sido apontada no Sul, no Norte, e no Centro do país. Vários são os métodos que servem a sua diagnose, mas na prática recorre-se ao isolamento na primeira fase da doença, e, depois, à prova de aglutinação-lise com o soro do doente e leptospiras convenientemente seleccionadas no laboratório.

A cobaia é inoculada com sangue do doente no período leptospirémico, recorrendo-se à inoculação da urina no período leptospirúrico. Recorde-se que a eliminação das leptospiras pelo rim é intermitente, donde a vantagem de repetir as inoculações com várias amostras de urina.

A prova da aglutinação-lise dá-nos resultados seguros. Não só os títulos aglutinantes são, de ordinário, muito elevados (de 1/100 ao 6.º dia, até 1/100.000 ao 20.º), como persistem durante largo período de tempo (20 anos, em certos casos), permitindo diagnósticos retrospectivos.

MENINGITES

Deixando de lado outras etiologias, desejo falar-lhes, apenas, de três quadros de meningite.

Meningite meningocócica

A negatividade do exame bacteriológico directo do liquor, corrigida pela cultura, resulta, como todos sabemos, da escassez de formas de *Neisseria meningitidis* no produto. Mas o emprego, hoje generalizado, das *Sulfonamidas* e da *Penicilina* na terapêutica da meningite meningocócica, altera, por vezes, o boletim analítico. Tenha sido a colheita de liquor precedida duma aplicação maciça da droga, e ambos os exames — directo e cultural — podem resultar negativos, ou, então, a viabilidade do germe estar já comprometida, de modo que este, embora presente na microscopia directa, é incapaz de desenvolvimento cultural ulterior se não utilizarmos meios adicionados de ácido *p*-aminobenzóico e de penicilina.

Meningite por Hemophilus influenzae

É uma entidade nosológica que os trabalhos do Serviço de Infecciosas (Prof. RAMALHÃO) desta Faculdade e do Hospital Curry Cabral (Prof. FONSECA) vieram demonstrar em Portugal. Na generalidade dos casos, pode o laboratório fornecer um resultado provável imediato pelo simples exame directo, confirmando-o, sem grande demora, pela cultura, e sabem quanto isto importa para estabelecer precocemente — logo nas melhores condições de êxito — a terapêutica adequada.

Meningite tuberculosa

Estamos, não direi, apenas, assistindo, mas vivendo a tentativa de dominar a meningite tuberculosa pela *Estreptomicina*. Se as conclusões estatísticas devem provir, como é óbvio, de Serviços convenientemente apetrechados para o rigoroso estudo clínico e laboratorial dos casos, o certo é que, mais e mais, os médicos fora de tais centros terão de ensaiar a nova terapêutica. Ora laboratorialmente um problema domina todos os outros:

o achado do *Mycobacterium tuberculosis* no liquor, pois só ele firma o nosso diagnóstico.

No desenrolar inexorável e rápido do quadro clínico da meningite tuberculosa, tal como o conhecíamos até agora, era praticamente possível, numa ou noutra das amostras do liquor, evidenciar o bacilo. Para tanto, seguíamos a rotina: pesquisa paciente no retículo fibrinoso estendido na lâmina; sementeira em *Löwenstein*; inoculação à cobaia. Ela prevalece com a aplicação intratecal da *Estreptomycina*, embora influenciada em seus resultados pelo antibiótico, e, por isso, a deve preceder sempre e acompanhar depois, nomeadamente a cultura. Quer dizer: não podemos sacrificar a precocidade da intervenção terapêutica ao achado do bacilo, mas tentaremos desde início fazer a prova etiológica do processo, aproveitando-a, ainda, como teste no decurso do tratamento.

RICKETTSIOSES

Proposta por CHARLES NICOLLE, a designação *Febres Exantemáticas* breve se mostrou incapaz de abranger toda uma gama de casos clínicos, até que a demonstração de *infecções inaparentes*, feita pelo próprio investigador de Tunis, evidenciou decisivamente a sua falta de propriedade. Seguindo o critério etiológico, dá-se hoje o nome de *Rickettsioses* a infecções provocadas por *Rickettsias*, microorganismos de características intermediárias às bactérias e aos vírus.

No nosso país, onde, desde velha data, se conhecia o Tifo histórico ou epidémico (*R. prowazecki*, var. *prowazecki*) e se foram assinalando casos cada vez mais frequentes de Febre exantemática (*R. conori*) — baptizada de Febre escaro-nodular por RICARDO JORGE —, temos de contar também com o Tifo murino ou endémico (*R. prowazecki*, var. *mooseri*) depois dos trabalhos de J. CUTILEIRO em 1940 e F. FONSECA e MANUEL R. PINTO em 1942 ⁽¹⁾.

Noções de epidemiologia sazonal orientam, em muito, o nosso diagnóstico. Este pode ser confirmado pelo isolamento da *Rickettsia* e reacções serológicas. Destas últimas, na maioria dos centros laboratoriais, é, ainda, a reacção de WEIL-FELIX que, traduzindo uma comunidade antigénica *Proteus OX-Rickettsia*,

⁽¹⁾ A rickettsiose conhecida por Febre Q, foi assinalada em Portugal por F. FONSECA e colaboradores (Comunicação à Sociedade de Ciências Médicas, Fevereiro 1948). Entidade clínica de grande polimorfismo, tem por agente a *R. burnetti*, e pode ser confirmada por isolamento do agente (inoculação do sangue, etc., à cobaia) e pelas reacções de fixação do complemento e de aglutinação. (F. FONSECA et al., *Clínica Contemporânea*, III, 21, 1159, 1949).

Com a organização metódica do trabalho em colaboração, o investigador de hoje consegue chegar mais facilmente que o seu antecessor de há um século a uma descoberta que faz época. Todavia, não se efectua uma grande descoberta sem uma verdadeira intuição genial.

Ora é a intuição criadora de alguns que, a par de uma organização apropriada e vasta, de um equipamento completo e de uma capacidade elevada de todos os colaboradores, determina o sucesso dos modernos centros de investigação. Homens notáveis pela profun-

didade do seu saber e pelo dom da intuição tornam fecundo o trabalho nos Laboratórios de investigação da CIBA. A eles devemos nós uma longa série de valiosos produtos que são outros tantos valiosos meios de alívio para os doentes de todo o Mundo.



CIBA

fornece praticamente a confirmação do Tifo: histórico e murino. Mas ela não permite separar as duas *rickettsioses*, seja qual for o grau da sua positividade, aparecimento precoce ou tardio. Tal separação só é possível ensaiando suspensões das próprias *rickettsias* em reacções de aglutinação, ou, preferivelmente, de fixação de complemento, além, claro está, do estudo da *rickettsia* isolada por oportuna inoculação do sangue do doente à cobaia e ao ratinho.

Quanto à Febre escaro-nodular, os resultados do teste de WEIL-FELIX — face aos três aglutinogénios *Pr. OX₁₀*, *Pr. OX₂*, *Pr. OX_K* — são irregulares, mais frequentemente negativos ou de títulos baixos, uma vez ou outra subindo, já na convalescença, a taxas elevadas, sobretudo para o *Pr. OX₂*.

SALMONELLOSES

É este um capítulo das moléstias infecciosas que necessita, entre nós, duma revisão profunda. E esta diz respeito à nossa atitude como clínicos e ao apetrechamento laboratorial.

Não é ousado afirmar que o demasiado apego à Febre tifóide e às Febres paratífóides — estas últimas sem qualquer base sintomática de valia diferencial — tem no nosso país como consequência a ignorância do verdadeiro censo das *Salmonelloses*, isto é, infecções devidas a tipos do género *Salmonella*, entre os quais se contam a *S. typhi*, a *S. paratyphi A* e a *S. paratyphi B*, a par de muitos outros — 146 no último Esquema antigénico de KAUFFMANN — grande número deles provocando no Homem quadros semelhantes ao da febre tifóide, septicemias, gastro-enterites. Mais ainda: aceitam-se no nosso meio médico — por via de técnicas imperfeitas da sero-aglutinação (WIDAL) — responsabilidades da *S. paratyphi A* que o rigor bacteriológico pelo seu isolamento não confirma. A muitos surpreenderá, decerto, a estatística de MENDES SILVA, elaborada no Hospital Curry Cabral, referente a *Salmonellæ* isoladas de situações clínicas diagnosticadas de Febre tifóide, e que aponta para a *S. paratyphi B* uma percentagem de 1,32 % dos casos. e, ainda mais, saber que o mesmo investigador e AMORIM CUNHA isolaram e caracterizaram em 1946, de quadros idênticos, 1 estirpe de *S. paratyphi A* e 1 estirpe de *S. bredeney*, as únicas até hoje descritas em Portugal.

Esta escassez de *Salmonellæ*, outras que não a *S. typhi*, deve ter — ao que sabemos actualmente sobre *Salmonelloses* — além da responsabilidade clínica já referida, outra, esta de ordem laboratorial. Com efeito, se é necessário que o médico recorra com mais frequência à tentativa de isolamento das estirpes responsáveis por quadros de gastroenterite — e, até, dos semelhan-

tes a Febre tifóide, não deixando transcorrer os primeiros dias de doença — quer por hemocultura, que é de técnica simples, podendo remeter a bile já semeada ao laboratório, quer pelo recurso à coprocultura, tornada muito mais fiel pelas combinações enriquecimento-selectivas, é igualmente indispensável que o laboratório se não confine às provas fermentativas, apenas orientadoras, mas disponha do apetrechamento antigénico — estirpes e soros — único capaz de resolver o problema da identificação dos tipos *Salmonellæ*.

Foi também a selecção antigénica que permitiu ajustar à incidência das *Salmonelloses* em cada região uma reacção de aglutinação qualitativa. Entre nós, a separação de antigénios flagelares-*H* e somáticos-*O* da *S. typhi*, já de uso corrente, vai-nos permitindo a solução dos casos suspeitos de Febre tifóide em vacinados. O problema interessa-nos, pois que não só a vacinação pela *TAB* é obrigatória nas forças armadas, como também se vai levando de vencida a relutância da população em geral para aceitar esta indispensável medida preventiva, que nós, médicos, temos o dever de aconselhar sempre, mesmo, para não dizer com especial insistência, em pleno surto epidémico.

Na interpretação da sero-aglutinação em vacinados é necessário ter em conta que o estímulo antigénico da inoculação provoca o aparecimento de aglutininas no soro sanguíneo, aglutininas que, contrariamente às primeiras afirmações de *FELIX*, são não só *H* mas também *O*, embora as primeiras se traduzam por títulos mais altos, maior persistência, elevação por infecções intercorrentes. Seis meses ou mais após a vacinação e no decurso dum episódio infeccioso suspeito de Febre tifóide, um título aglutinante *O* de 1/100 ou superior é, como diz *TOPLEY*, «strongly suggestive of active infection», mormente se numa segunda prova verificamos o seu acréscimo. Na prática, pois, guiamo-nos pelos resultados *O*, repetindo a sero-aglutinação com alguns dias de intervalo, quer dizer, estabelecemos um nível prévio que nos permite a interpretação ulterior.

Não queremos deixar de referir, embora só em anotação, que a descoberta do antigénio somático *Vi* da *S. typhi* veio contribuir para a solução de certos problemas epidemiológicos. É hoje possível rastrear portadores de *S. typhi* pela pesquisa de aglutininas *Vi* no soro sanguíneo, estabelecido que seja o nível aglutinante normal para o antigénio *Vi* num determinado aglomerado populacional. Por outro lado, a acção lítica dum certo número de *Fagos* sobre estirpes com antigénio *Vi*, permite seguir, de estirpe em estirpe, isoladas de vários casos, a cadeia epidemiológica até a origem do primeiro contacto responsável por um surto de Febre tifóide.

SHIGELLOSES

Só a coprocultura permite esclarecer a responsabilidade do género *Shigella* nos quadros diarreicos etiquetados em geral de Disenteria bacilar. E, por certo, esquecemos com demasiada frequência, pelo esbatido da sua sintomatologia, as *Shigelloses* crónicas. Ora o clínico deverá saber que o laboratório está hoje apto, mercê de meios selectivos e ulterior identificação antigénica, a isolar as *Shigellæ*. Para tanto, as sementeiras devem ser feitas com fezes frescas, de preferência, mesmo, logo após a dejecção. Se tal não for possível, recorrer-se-á a um liquido conservador (por exemplo a mistura de SACHS: glicerina 30 %, soro fisiológico 70 %, juntar carbonato de sódio até coloração rosada muito leve à fenoltaleína).

O exame atinge 100 % de resultados positivos nos 3 primeiros dias de doença, sendo já difícil obter isolamentos a partir do 7.º dia. Recorrer-se-á então — e a mesma técnica se deverá seguir nas *Shigelloses* crónicas — à colheita com zaragatoa rectal, ou, melhor ainda, à sigmoidoscopia e recolha com pipeta do exsudado das glândulas de Lieberküne. Nestas condições tem sido mesmo possível rastrear portadores crónicos, cuja importância epidemiológica é desnecessário encarecer. Note-se que é grande o número de tipos de *Shigellæ* responsáveis, e que a sua identificação, tanto nos casos agudos como crónicos, se reveste do maior interesse, dada a variabilidade do seu carácter epidemiológico.

TOSSE CONVULSA

Coincide o período inicial da Coqueluche — indeciso na diagnose por via da atipia dos acessos — com a máxima contagiosidade do morbo. Assim, passou à rotina o chamado *Método da Placa de Tosse*, que, visando o isolamento do *Hemophilus pertussis*, fornece larga e maior margem de resultados positivos precisamente nesse período.

A sementeira das gotículas expulsas com a tosse é feita no meio de Bordet-Gengou ou suas variantes. Esse meio pode, ainda, ser adicionado de penicilina numa concentração inibidora do crescimento de algumas das bactérias associadas. A colheita é simples: basta destapar a placa, expor a superfície do meio de cultura a uns 10 cm. da boca, fechar e remeter ao laboratório. Quer isto dizer que o médico, enfermeira, ou, até, pessoa da familia do doente, poderá fazê-la. Há, porém, um pormenor a atender: não se deve provocar o acesso, esperando, sim, que ele surja espontâneamente, pois esta «boa tosse» é a mais rica em *Hemophilus pertussis*.

Nas crianças muito pequenas acontece que os acessos não permitem uma boa sementeira da placa. Recorre-se, então, à colheita por zaragatoa post-nasal, isto é, colhe-se o exsudado da rino-faringe através o nariz, e faz-se a sementeira em Bordet-Gengou.

*

Supomos ter demonstrado, neste rápido e sucinto inventário de alguns dos múltiplos problemas da diagnose das moléstias infecciosas, quanto a actualização médica depende, nos nossos dias, de frequentes estágios no Laboratório para prática e compreensão dos seus métodos.

BIBLIOGRAFIA (1)

- BOYD, W. C. — Fundamentals of Immunology — 1946.
- DUBOS, RENÉ J. — The Bacterial Cell — 1946.
- TOPLEY and WILSON — The Principles of Bacteriology and Immunity — 1946.
- HARRIS, HAROLD J. — Brucellosis Advances in Diagnosis and Treatment — J. A. M. A., 131, 18: 1485, 1946.
- HUDDLESON, I. FOREST — Brucellosis in Man and Animals — 1939.
- AZEVEDO, J. FRAGA DE — Sobre a epidemiologia e diagnóstico do Kala-Azar — Jornal do Médico, vii: 178, 1946.
- TAVARES, AMÂNDIO — Leishmaníase cutânea autóctone — Imprensa Médica, ix: 8, 1943.
- AZEVEDO, J. FRAGA DE — Diagnostic De La Maladie de Weil — A Medicina Contemporânea, LX, 21, 327, 1942.
- RAMALHÃO, CARLOS ET AL. — Acerca das meningites por Hemophilus — Clínica Contemporânea, I, 2:85, 1946.
- VAZ, J. MACHADO e GILBERTO DE MACEDO — Um caso de meningite por Hemophilus influenzae. Estudo da estirpe isolada — Clínica Contemporânea, II, 16: 894, 1947.
- CUTILEIRO, J. — Um caso de Rickettsiose (Tifo murino) — Lisboa Méd., 17: 445, 1940.
- FONSECA, F. e FR. WOHLWILL — Tifus Exantemático — 1944.
- PINTO, MANUEL R. PINTO — Tifo Murino — Dissertação, 1945.
- SILVA, M. MENDES SILVA e A. AMORIM CUNHA — Salmonella bredeney et Salmonella paratyphi A isolées au Portugal. Étude biochimique et sérologique — Arq. do Inst. Bact. Câmara Pestana, ix, 11: 183, 1945.
- WEIL, A. J. — Dysentery. A Progresso Report For The Years 1942 To 1946 — The Journal of Immunology, 55, 4: 363, 1947.
- BROOKS, ANNE and W. L. BRADFORD — Nasopharyngeal Cultures In The Diagnosis Of Whooping Cough — Journal of Bacteriology, 44, 2, 260, 1942.
- PINTO, MANUEL R. — O diagnóstico bacteriológico da coqueluche pela «Placa de Tosse» e ensaio de caracterização do H. pertussis — Arquivos de Patologia, XIII, 3, 1941.

(1) Nesta breve resenha bibliográfica demos preferência aos trabalhos de consulta mais fácil.

ESTROMENIN

(Dioxidietilestilbeno)

de resultados excelentes em todas as indicações
da hormona folicular

Perturbações climatéricas

Dismenorrea

Amenorrea secundária

Prurido vulvar

Carcinoma da próstata

APRESENTAÇÃO :

Tubo com 20 comprimidos a 1 mgr.

Caixa com 5 ampolas a 1 mgr.: 1 cc.

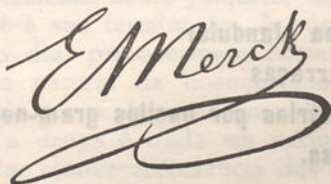
Bisnaga com ca. de 20 grs. — Pomada a 0,1 %

Frasco conta-gotas com 20 cc. de Gotas

Caixa com 5 ampolas «FORTE» a 3 mgr.: 1 cc.

Em ginecologia são especialmente de recomendar as

GOTAS DE ESTROMENIN (1 cc. = 0,35 mgr.)



FÁBRICA DE PRODUTOS QUÍMICOS — DARMSTADT

REPRESENTANTES :

EDUARDO DE ALMEIDA & C.ª

Rua do Cativo, 22-24 — PORTO



Sempre na vanguarda

INSTITUTO LUSO-FARMACO, L.^{DA}

apresenta

O novo antibiótico de síntese

CLOROTIFINA

CLORANFENICOL sintético levógiro

Comprimidos drageificados de 0,25 grs.

Para tratamento:

- Febre tifóide
- Paratifóide
- Rickettsioses (tifo exantemático, etc.)
- Brucelose
- Linfogranuloma glandular
- Febre das carraças
- Infecções urinárias por bacilos gram-negativos, etc.
- Tosse convulsa.

Frascos com 12 comprimidos

Únicos depositários:

PAOLO COCCO, L.^{DA}

LISBOA: R. Andrade, 4—PORTO: R. Fernandes Tomás, 480—COIMBRA: Av. Fernão Magalhães, 32

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

JORNAL DA SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS. CXIII, 1949. — N.^{os} 3-5 (Março a Maio): *Primeiras impressões acerca do tratamento das rickettsioses pela aureomicina*, por José Cutileiro, Frederico Madeira, Cristiano Nina e Arnaldo Sampaio; *Obra e acção sociais da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, por Henrique de Vilhena; *Unificação da terminologia médica*, por Costa-Sacadura, N.^o 6 (Junho): *Alguns aspectos da tuberculoidade no Distrito de Viseu*, por A. César Anjo, N.^{os} 7-8-9 (Julho a Setembro): *Administração da aureomicina no período pré-exantemático das rickettsioses*, por José Cutileiro e Arnaldo Sampaio, N.^{os} 10-12 (Out. a Dez.): *O professor Dr. Pedro António Bettencourt Raposo*, por Henrique de Vilhena; *Antiguidades e Efemérides* (conclusão dos números anteriores), por Costa-Sacadura.

TRATAMENTO DAS RICKETTSIOSES PELA AUREOMICINA. — Registo das primeiras 4 observações portuguesas de doentes tratados com o novo antibiótico, com diversas formas e resultados.

AUREOMICINA NO PERÍODO PRÉ-EXANTEMÁTICO DAS RICKETTSIOSES. — Interessante observação de um médico, infectado acidentalmente no laboratório onde trabalhava com uma estirpe de rickettsia de tifo murino, que registou minuciosamente a sintomatologia, predominantemente neuro-psíquica, desenrolada desde o início da doença até à sua terminação. A aureomicina foi administrada no terceiro dia, precocemente portanto, e com ela se perturbou a marcha natural da doença. Houve uma melhoria subjectiva mais rápida que a observada nos doentes em que, como geralmente sucede, a droga é dada em período mais adiantado da evolução mórbida. Houve recorrência dos sintomas ao undécimo dia, com aparecimento de exantema ao décimo terceiro dia, retardando-se assim o curso habitual; a aureomicina actuou então favoravelmente, com rápidas melhoras subjectivas e queda da temperatura.

No ponto de vista prático, certamente raro será diagnosticar-se tifo exantemático antes da aparição do exantema, mas o mesmo não sucede a respeito da febre escáro-nodular quando há a sorte de se observar a escara inicial; e em caso de epidemia de tifo, o síndrome infeccioso com exuberante sintomatologia subjectiva pode levar a pensar, com razão, em tal diagnóstico.

A observação do caso exposto permite responder a algumas perguntas que ela suscita. No ponto de vista do diagnóstico serológico posterior, a aureomicina não parece prejudicá-lo; os anticorpos aparecem e o seu título sobe no doente apirético com o mesmo ritmo com o que o faz no doente febril. Também não parece haver interferência no desenvolvimento dos mecanismos imunológicos habituais.

Sendo assim, a administração precoce do antibiótico aconselha o prolongamento do seu uso, durante dias, no período de apirexia, em maior número do que quando a droga começa a dar-se no período exantemático, para dar tempo a que as defesas orgânicas atinjam o seu pleno rendimento, e assim se evitem as recaídas. A medicação precoce, actuando mais facilmente em fase na qual as rickettsias não são ainda muito abundantes, tem a grande virtude de dominar o sofrimento do doente, além do que há a considerar a existência de formas de tifo muito graves, de evolução rápida para a morte, em que é preciso actuar o mais cedo possível.

BOLETIM CLÍNICO DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA. Vol. XIII (1949). — N.ºs 2-3-4: *Relatório da gerência de 1948*, por Emilio Faro; *Tratamento da tuberculose gènito-urinária pela estreptomina*, por Alberto Gomes; *A estreptomina no tratamento da tuberculose urinária*, por Armando Luzes; *A estreptomina na tuberculose uro-genital*, por A. Carneiro de Moura e Arsénio Nunes; *Tuberculose pulmonar e estreptomina*, por Mário Moreira; *Estreptomina na terapêutica da tuberculose pulmonar*, por Valadas Preto; *Alguns casos de tuberculose pulmonar crónica tratados com estreptomina*, por Horácio Pereira; *O problema da trombose considerado sob o ângulo da sua patologia geral*, por J. Celestino da Costa; *Contribuição para o estudo das alterações electrocardiográficas em grávidas normais*, por Barreto Fragoso; *A ciática por hérnia posterior do disco intervertebral*, por E. Moradas Ferreira; *Gliomatose cérebro-meníngea com larga extensão basilar*, por Orlando de Carvalho e Ivan Bertrand; *Contribuição para o estudo da velocidade de absorção dos comprimidos implantados*, por Ludgero Pinto Basto; *Lesões dos meniscos da articulação do joelho*, por Salgueiro Rego; *O soro citotóxico anti-reticular de Bogomoletz*, por Amílcar da Silva; *A propósito de um caso de leucemia aguda*, por Horácio Pereira; *Doença de Weil — corionepitelioma*, por João Campos; *A Organização Mundial da Saúde*, por Augusto Travassos; *A UNESCO e a OMS criaram um organismo internacional não governamental de ciências médicas*, por Almerindo Lessa; *A papeleta hospitalar e O segredo profissional nos Hospitais Civis de Lisboa*, por Xavier

Morato; *Sobre o segredo profissional nos Hospitais Cívicos*, por Raúl Ventura; *Elementos para a história do Internato e dos Serviços Clínicos nos Hospitais Cívicos de Lisboa*, por José Leone.

ESTREPTOMICINA NA TUBERCULOSE GÊNITO-URINÁRIA. — Os três trabalhos sobre este assunto, chegam a conclusões semelhantes, pois apenas divergem nalguns pormenores. Todos reconhecem que o antibiótico não cura as lesões da tuberculose gênito-urinária, mas tem aplicações úteis nos períodos anterior e posterior à intervenção cirúrgica, que é o processo terapêutico a adoptar, que não se deve protelar com a esperança de acção curativa de medicações antibióticas; ainda é vantajoso o seu uso nos casos que não podem ser operados, pois abranda os fenómenos de cistite. O tratamento pré-operatório contribui para que a intervenção se faça em melhores condições e atenua a possibilidade de disseminação operatória. Aplicada depois da intervenção promove a cura da cistite residual e uma melhor e mais pronta cicatrização. Em suma: é um bom adjuvante da terapêutica cirúrgica.

Na tuberculose epididimária, a acção da estreptomicina parece ser mais limitada do que na tuberculose renal.

O terceiro trabalho refere o estudo histológico das peças operatórias (17 nefrectomias e 5 epidídimos). Comparando os exames de essas peças com as de doentes em que não se empregou o antibiótico, verificou-se quase ausência de caseificação recente e mais acentuada substituição do componente exsudativo pelo produtivo; não se observou nítida relação entre as doses e a duração do tratamento e as imagens histológicas.

TUBERCULOSE PULMONAR E ESTREPTOMICINA. — Neste relatório das observações colhidas no Hospital do Rego, de Janeiro de 1948 a Abril de 1949, faz-se o comentário geral do conjunto de 124 casos clínicos, em que o antibiótico foi administrado, uniformemente, na dose diária de 1 grama, começando por notar que a caseose é insensível à acção da estreptomicina; na granúlia curada perdura o gânglio caseoso, como na meningite o tuberculoma cerebral, o que explica a rapidez de curas clínicas aparentes seguidas de recidivas ou novas localizações.

«— Portanto, na grande maioria das vezes, o objectivo da estreptomicinoterapia é atacar uma forma aguda da doença — *indicação plena* — ou atacar uma agudização, um surto exsudativo, uma localização laríngea, trâqueobrônquica ou entérica, que vem alterar para pior o equilíbrio: resistência orgânica (susceptibilidade) — número de bacilos, de que depende a estabilização da doença. E isto é a *indicação relativa* e, por isso mesmo, a mais frequente da estreptomicinoterapia.

No decurso das formas subagudas ou crônicas cavitárias, surge uma complicação exsudativa ou de localização brônquica, por exemplo. E a indicação da estreptomicina estabelece-se com irrecusável nitidez. Não para curar essa forma crônica, fibrocaseosa que, sabêmo-lo todos, é insensível ao fármaco; mas para jugular a complicação exsudativa que provocou aquele notável agravamento e permitir-nos instituir outras terapêuticas, nomeadamente a cirúrgica, impossível de tentar noutras condições

Portanto, na nossa casuística, demos a preferência às tuberculoses brônquicas, tantas vezes responsáveis pelas cavernas insufladas, e os êxitos terapêuticos nestes casos foram deveras consoladores. É claro que já conhecíamos a desapareição das cavernas insufladas antes da estreptomicinoterapia, ao descomprimirmos um pulmão no decurso de um pneumotórax terapêutico, por exemplo. Mas a regularidade e a rapidez com que este resultado foi obtido a partir da nova terapêutica, mostra que manejamos arma de outro alcance.

Por isso submetemos ao maior rigor o diagnóstico da tuberculose dos brônquios principais. Tendo aprendido a ler as tele-radiografias sob este aspecto com mais acurada lucidez, não dispensamos as tomografias, algumas excelentes, do serviço oficial, nem a confirmação broncoscópica quase sempre realizada nos nossos casos, pela dedicação do Sr. Dr. Campos Henriques. Só com estes dados nos achamos autorizados a afirmar a tuberculose brônquica já suspeitada e a tratamos com estreptomicina, enquanto, por outro lado, suspendíamos ou diminuíamos consideravelmente o pneumotórax, particularmente perigoso nas cavernas superficiais.

Enquanto os resultados eram assim brilhantes nas formas brônquicas inflamatórias com ou sem ulcerações, ainda mesmo com estenose inflamatória, eram, como de antemão se podia prever e dentro em breve verão, absolutamente precários nas estenoses brônquicas fibrosas já organizadas. Está bem de ver estes casos estavam na sua maioria destinados à cirurgia, desde que as restantes circunstâncias o permitissem. E o papel da estreptomicina, colocando rapidamente os doentes nessas condições, mostra que ela tem aqui uma função nítida a desempenhar, uma indicação rigorosa a preencher, a qual uma vez realizada lhe limita naturalmente também o tempo de actuação.

Nas formas agudas pneumônicas, a indicação é também indiscutível, acrescida pela noção de que, a não ser ela, nada mais se pode tentar. Mas, a precocidade de aplicação é condição indispensável, porque, já o dissemos, a caseose é insensível à estreptomicina.

Se é certo que há formas lobares exsudativas que espontâ-

UM NOVO PRODUTO

SIMULTÂNEAMENTE COM ACÇÃO

RECALCIFICANTE, DESSENSIBILIZANTE E ANTITÓXICA.

NEO-TONOCÁLCIO

Tem por base o Ditionato de cálcio ($S^2 O_6 Ca$, $40 H^2$) e reúne, em grau superior, todas as propriedades do gluconato de cálcio e as antialérgicas dos hipossulfitos. Tem sobre eles a grande vantagem de uma perfeita estabilidade física e química e menor toxicidade.

QUADRO COMPARATIVO

PROPRIEDADES	DITIONATO DE CÁLCIO	GLUCONATO DE CÁLCIO
Percentagem de cálcio	14,70	8,94
Solubilidade	Perfeita (30 0/0 a frio)	Pequena (3 0/0)
Estabilidade do soluto concentrado	Perfeita	Má
Acção antialérgica	Intensa	Fraca
Acção desintoxicante do ião enxofre	Manifesta	Não existe
Toxicidade	Duas vezes menor do que a do gluconato	
Acção sobre o coração da rã	Igual à do gluconato	
Pressão sanguínea e respiração	Não há alteração do pneumograma	Há alterações ainda que ligeiras

APRESENTAÇÃO

Neo-Tonocálcio: Caixas de 12 empolas de 5 cc.

Neo-Tonocálcio-Cê: Caixas de 12 empolas de 5 cc. com Vitamina C em empolas de 2 cc. a 10 0/0.

Neo-Tonocálcio-Cê Infantil: Caixas de 6 empolas de 2 1/2 cc. a 5 0/0 e 6 empolas de Vitamina C a 5 0/0.

LABORATÓRIOS "LAB"

Direcção Técnica do PROF. COSTA SIMÕES
AVENIDA DO BRASIL, 99 — TEL. 74812

Acetilcolina- -Micril B₁ BARRAL

Cloridrato de Acetilcolina nas doses de 0,10 gr. (dose média) e 0,20 gr. (dose forte) associado a um soluto de Aneurina respectivamente a 0,75 % e a 3,75 %

As mesmas propriedades da Acetilcolina Barral associadas à acção anti-nevrítica e neurótica do Micril B₁ (Vitamina B₁ Barral)

Caixas de 12 ampolas
(6 doses)

Acetilcolina BARRAL

Solução extemporânea de Cloridrato de Acetilcolina

Vaso-Dilatador Arterial — Anti-Espasmódico Vascular — Estimulante do Para-Simpático

3 Dosagens :

00,5 gr. / 0,10 gr. /
/ 0,20 gr.

Caixas de 12 ampolas
(6 doses)

Acetilcolina- -Papaverina BARRAL

Cloridrato de Acetilcolina nas doses de 0,10 gr. (dose média) e 0,20 gr. (dose forte) associado a um soluto de Cloridrato de Papaverina a 5 %

As mesmas propriedades de Acetilcolina Barral reforçadas pela acção hipotensora espasmolítica e sedativa do Cloridrato de Papaverina

Caixas de 12 ampolas
(6 doses)

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

PROCALMA-B₁

A nova medicação bromo-cálcica com vitamina B₁, que tem despertado vivo interesse na ilustre classe médica

COMPOSIÇÃO: Uma ampola de 10 c. c. contém: 1,165 de Bromo; 0,335 grs. de Sódio e 0,894 grs. de Cálcio.

A ampola de 5 c. c. contém metade daquelas doses.

A vitamina B₁ encontra-se em ampola separada de 1 c. c. na dosagem de 50 miligramas (fortíssimo).

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS: Acessos de excitação na epilepsia, na histeria, nas psicopatias, na psicofrenia, nas crises de excitação genésica masculina e feminina (ejaculação extemporânea, poluções e masturbação) e nas distímias expansivas, ou seja, em todos os casos de *irritabilidade dos centros motores de natureza psíquica ou vegetativa.*

Laboratório



Farmacológico

J. J. Fernandes, L.^{da}

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL

neamente não vão até a caseose — esplenopneumonia de Grancher, por exemplo — outras há — e são a maioria, que caminham, inexoravelmente para ela, criando rapidamente cavitações gigantes. Mesmo nas formas aparentemente sem perda de substância, na radiografia, admite-se a existência de pequenas cavidades precoces invisíveis que explicariam a ineficácia de algumas curas pela estreptomicina. De qualquer maneira, a indicação não oferece dúvida para as formas agudas, quer sejam granúlias ou infiltrados iniciais; para as brônquicas e, de uma maneira geral, para as das mucosas; para as disseminações brônquicas ou hematogêneas e, finalmente, para as pneumônicas, com as restrições que há pouco assinalamos.

As formas de «disseminação nodular crônica» constituem ainda, segundo Howlett e O'Conner («Chemotherapy Committee», Janeiro 1948), uma indicação de estreptomicinoterapia, mas nenhuma experiência temos deste aspecto.

Onde problema se torna árduo é na tuberculose pulmonar fibrocaverosa e cirrótica. Aqui, a indicação pode principiar por ser negada, a não ser nos surtos agudos de exsudação que constituem as ondas de assalto que caracterizam a marcha desta enfermidade. É indubitável que, ainda aqui, a estreptomicina tem um papel a desempenhar, embora ninguém pense em curar com ela uma forma cirrótica fibrocaverosa ou cavitária.

Estas formas realizam o equilíbrio entre a susceptibilidade e a resistência individual em função do número de bacilos, desde que estes sejam eliminados em suficiente quantidade. Um surto exsudativo rompe este equilíbrio, realizando um balanço desfavorável para o indivíduo em relação com os citados elementos de estabilização. Às vezes uma hemoptise, pondo em contacto miríades de bacilos com zonas indemnes do pulmão, realiza as condições de agudização, como uma doença nova dessa área, criando as condições dos exsudados iniciais. Então, a indicação da estreptomicina é aqui indiscutível, enquanto durar a fase agudizada do mal.

Vimos também que, nas invasões brônquicas, originando cavernas insufladas, a forma cavernosa cria assim condições irrecusáveis de estreptomicinoterapia. Portanto, ainda que seja facto assente que a estreptomicina não tem acção curativa nas formas úlcero-caseosas, fibrosas e cirróticas, ninguém duvida do papel transitório, mas às vezes decisivo que ela pode desempenhar na criação das condições da toracoplastia.

Julgamos que com estas considerações, de resto do domínio comum, respondemos à pergunta sobre a legitimidade de uma dose total, não excedendo na maioria das vezes 60 gramas de estreptomicina, nos nossos casos. É que, acabamos de ver, a

estreptomycina, raras vezes foi chamada a representar papel curativo e, mesmo quando parece tê-lo feito (granúlia, meningites), quase sempre se limitou a curar o aspecto clínico evolutivo que a doença tomou e lhe deu o nome, deixando persistir os focos (ganglionares ou cerebrais) que a geraram.

Mas, se não cura, melhora grande número de vezes e melhora muito, sobretudo as formas e situações agudas e estas são, por definição, curtas — compadecendo-se de um tratamento que não excede geralmente dois meses. Na nossa casuística só excedemos esta dose-padrão em treze casos de tuberculose pulmonar: 2 de formas iniciais de reinfeccção; 5 de disseminação bronco-hematogénea; 1 de pneumonia; 5 de formas fibrocaseosas e cirróticas. E, se os compararmos nos resultados, com os das mesmas rubricas em que foi empregada a dose total de 60 gramas, veremos que as melhorias — não falamos nunca em curas — são sempre em número substancialmente maior para estas últimas. É que, insistimos, na estreptomycinoterapia, o êxito não depende da dose diária nem da duração total do tratamento, desde que estes se conformem com as regras gerais estabelecidas, mas sim da natureza da doença, consubstanciada no seguinte condicionalismo: I — Susceptibilidade individual; II — Resistência individual; III — Número de bacilos; IV — Potencialidades remotas e actuais do mal; V — Efeitos tóxicos do medicamento; VI — Aparição de estirpes estreptomycino-resistentes.

Por isso, o nosso critério foi sempre o de tratar o conjunto destas circunstâncias com a dose-padrão de 60 gramas. Se o doente não mostra melhoria com ela, não vale a pena prosseguir. Se mostra melhoria mas esta é, todavia, incompleta, se os fenómenos tóxicos são insignificantes, se não há razão para crer no aumento ameaçador das estirpes estreptomycino-resistentes, continuar, — se temos o remédio. Porque outra razão para que a maioria dos nossos doentes de tuberculose pulmonar não tivesse sido tratada com maiores doses totais, foi a de que não dispúnhamos de mais remédio, dada a preferência sempre concedida aos casos de meningite e granúlia.

Outro aspecto ligado com a escolha das doses diária e total é o da toxicidade e resistência das bactérias.

Quanto à primeira, sem nos termos preocupado demasiadamente com o cálculo mg./Kg. peso, preconizado pelos autores americanos, podemos dizer que praticamente não tivemos acidentes tóxicos inquietantes ou que nos fôrçassem a suspender o tratamento. Verdade seja que não pesquisamos, por falta de condições próprias, a prova calórica do labirinto nem as medições audimétricas. Mas as queixas espontâneas de estados vertiginosos foram sempre discretas e transitórias e só tivemos um caso



de surdez mais duradoura num doente supertratado. McLeod, Riggins e C. Hinshaw afirmam que não se produz surdez definitiva. Temos visto apontar a eosinofilia como sinal tóxico: nós preferimos considerá-lo como de sensibilização; seja como for, esta foi frequente entre nós, mais de 12 %.

Quanto à aparição de estirpes resistentes à estreptomocina, temos de reconhecer que nenhum elemento podemos trazer ao problema, porque as nossas dificuldades materiais não nos permitiram estudar o assunto. Se nos fiarmos na experiência alheia, temos de aceitar a sua extraordinária frequência a partir do fim do primeiro mês, até atingir o máximo após três meses de tratamento: aproximadamente 30 % dos casos. Seriam meios úteis de evitar, o cálculo exacto da dose na base mg./Kg. peso, a que já aludimos, o uso de fortes doses diárias, encurtamento da duração total do tratamento e a comparticipação terapêutica de outros fármacos. O problema é gravíssimo porque, não só privamos o doente da possibilidade de cura — parece que estas estirpes estreptomocino-resistentes exercem efeitos mais nocivos nos doentes que recebem estreptomocina e realizam, por isso, o óptimo de *habitat* para estes gérmes — como ainda constituem um perigo para a sociedade, tornando-se disseminadores de estirpes estreptomocino-resistentes. Existe aqui, portanto, um forte argumento para a realização de prazos de tratamento tão curtos quanto possível em face do objectivo a conseguir. Não nos deteremos mais no problema, visto que nada de pessoal lhe podemos trazer.

Temos ainda de focar nos nossos doentes, dois aspectos: o da melhoria radiológica mais rara em relação à melhoria clínica, nas formas fibrocaseosas e cirróticas, o que se justifica perfeitamente, à luz das considerações que já fizemos, sobre a imutabilidade destas formas crónicas que dominam o aspecto radiológico, em face da estreptomocina, e a negatização frequente da expectoração nos nossos casos — 26,6 % — o que os autores do relatório da Sociedade Trudeau, a que há pouco fizemos referência, dizem poder difficilmente obter-se. A explicação deve consistir em que os nossos meios laboratoriais limitam-se geralmente a simples exames de esfregaços de expectoração e mais raras vezes podemos recorrer à inoculação em cobaio e culturas, o que deveria modificar substancialmente os aludidos resultados —».

No artigo seguinte apontam-se as características dos casos e das modificações observadas no curso da doença. Os resultados consubstanciam-se no presente quadro, ao qual devem apor-se as seguintes notas: para os dois doentes com granúlia pulmonar com meningite os resultados referem-se às lesões pulmonares, e não à meningite, que está aparentemente curada num de eles, tendo vitimado o outro; para os de tuberculose pulmonar, empregou-se

GRUPO	FORMA ANÁTOMO-CLÍNICA	N.º DE CASOS	RESULTADOS		
GRANÚLIA — 8 —	Sem meningite	4	Cura clín. e radiológ. Muito melhorados. . .	2 2	
	Com meningite	4	Cura radiológica . . . Falec. por meningite. .	2 2	
TUBERCULOSE BRÔNQUICA — 26 —	Inflama- tória c/ ou s/ úlceras	com estenose	14	Curados ou muito me- lhorados	11
				Pouco melhorados . . .	1
	Ulcerosa	sem estenose	7	Curados ou muito me- lhorados	2
				Pouco melhorados . . .	4
				Estacionários	1
Estenose cicatricial . . .	2	3	Curados	2	
Estenose cicatricial . . .	3	3	Estacionários	3	
TUBERCULOSE PULMONAR — 90 —	Inicial de re-infecção. . .	9	Melhorados	9	
	Disseminação bronco e hematogêneas	19	Melhorados	15	
			Estacionários	2	
			Agravados	2	
	Pneumonia caseosa . . .	6	Melhorados	4	
Agravados			2		
Fibrocaseosa e cirrótica . .	56			Cln. Rad.	
			Melhorados	32 20	
			Estacionários	20 32	
			Agravados	4 4	

também, nalguns de eles, o pneumotórax, quando urgia fazê-lo, como no caso de uma caverna a sangrar, ou na altura em que o tratamento não mostrava dar mais benefícios na redução de lesões escavadas. Todos os doentes estiveram em repouso no leito.

ESTREPTOMICINA NA TUBERCULOSE PULMONAR CRÓNICA. — Tendo tratado dezenas de doentes com formas crónicas de tuberculose pulmonar (de cujas observações apresenta alguns exemplos), o A. resume as suas impressões, dizendo que na tuberculose fibrocaseosa antiga, o estado geral do doente pode melhorar com a administração da estreptomicina, minorando os fenómenos infecciosos, mas as lesões persistem, embora nalguns

doentes pareça que as cavernas diminuíram de tamanho; nas formas graves não se verifica qualquer influência. A estreptomycin, para as cavernas antigas, só pode ser útil como adjuvante do colapso, médico ou cirúrgico.

A CIÁTICA POR HÉRNIA DO DISCO INTERVERTEBRAL. — Começando por recordar que, embora o conhecimento da existência de hérnias do núcleo pulposo dos discos intervertebrais date de 1857 (Virchow), só modernamente deixou de ter um interesse exclusivamente anatómico, pois foi em 1896 que Kocher apresentou o primeiro caso de ciática traumática, devida a esta lesão, o A. exara as respectivas noções de anatomia, embriologia, fisiologia e anatomia patológica, assim como as consequências nervosas da protusão do núcleo, por compressão das raízes nervosas. Referindo em seguida a etiologia (traumática, por degenerescência do disco, ou mista), passa ao estudo clínico, apoiado em 50 casos.

Trata-se de uma afecção mais frequente no homem que na mulher e que se observa na idade média da vida, entre os 30 e os 50 anos. As localizações mais frequentes da lesão (e únicas que encontrou) são as dos discos entre a 4.^a e a 5.^a lombares e entre esta e a 1.^a sacrada; dois dos doentes tinham hérnia dupla, uma em cada um de estes espaços.

Os elementos mais importantes para o diagnóstico são os fornecidos pela anamnese. Em relação com um esforço (geralmente de flexão da coluna ou de levantamento de um peso) o doente sente um estalido ou uma dor aguda na região lombo-sagrada, umas vezes mediana, mas mais frequentemente lateralizada; a partir deste momento persiste um lumbago que não irradia e que pode ou não sofrer exacerbações pelo esforço. Logo a seguir, ou passado um intervalo de tempo variável, que pode ser desde poucos dias, até alguns meses ou mesmo anos, a dor começa a irradiar pela face posterior do membro inferior, atingindo apenas a coxa ou também a perna e o pé até às extremidades dos dedos; o estabelecimento deste quadro doloroso faz-se quer bruscamente, quer de maneira lenta e progressiva. É característica da ciatalgia: exacerbação pelos esforços (tosse, espirro, defecção), aumento com a marcha e sedação pelo repouso.

Nos doentes em que o início da doença não tem relação com qualquer esforço ou trauma, o quadro clínico estabelece-se de maneira insidiosa. É um lumbago de intensidade moderada que sofre recidivas repetidas e que a certa altura começa a irradiar ao longo do tracto do ciático.

O começo da dor pela coxa ou perna, só secundariamente irradiando para a região lombo-sagrada, é menos frequente, mas encontra-se também algumas vezes.

Uma característica importantíssima, e que tem um grande valor diagnóstico é a evolução da doença por crises, que são às vezes intervaladas por longos períodos de remissão. Este facto que tem importância para o diagnóstico diferencial com os tumores medulares e outras afecções de evolução geralmente progressiva observa-se na evolução de quase todas as ciáticas por hérnia discal, e é justamente a repetição das crises com a incapacidade e o prejuízo que acarretam ao doente, que levam este à intervenção cirúrgica.

O estudo da irradiação da dor pode fornecer elementos que permitam a localização do nível da h. d. Se a irradiação da dor, na coxa, for francamente externa pode presumir-se que a h. d. seja ao nível L₄ L₅. A dor mais posterior, encontra-se nas hérnias ao nível L₅ S₁.

Explica-se a evolução em surtos, separados por períodos sem dores, por diversos modos: redução espontânea de hérnia em que o anel fibroso do disco não esteja roto; edema do disco que acentue a protusão; fase de irritação radicular, pelo atrito, a que se sucede a compressão que dá os sinais de deficiência motora e diminuição dos reflexos; sucessivas fases de adaptação da raiz à nova situação; modificações no volume da hérnia ou no seu desvio.

A observação cuidadosa da coluna é importantíssima e pode fornecer sinais que, acompanhados dos dados colhidos na anamnese, permitam um diagnóstico certo, mesmo que os exames neurológico e radiológico sejam negativos.

A inspecção permite verificar em grande número de doentes uma rectificação da lordose lombar acompanhada de rigidez da coluna. Esta rectificação da coluna é acompanhada frequentemente de um certo grau de escoliose de convexidade dirigida a maior parte das vezes para o lado doente, e outras para o lado são. É uma atitude antálgica que procura relaxar a raiz e aumentar o espaço ocupado por esta na região interdisco-ligamentar. A coluna lombar tem os movimentos limitados e estes despertam dores, que umas vezes são localizadas, e outras irradiam ao longo do membro inferior, facto este que lhes confere maior valor diagnóstico.

Uma manobra importante que, quando positiva, fornece um sinal patognomónico, é a seguinte: — Manda-se o doente fazer um movimento de extensão e inclinação da coluna para o lado doente, e ao mesmo tempo exerce-se compressão sobre a região para-vertebral do lado da ciática; desperta-se assim uma dor que irradia ao longo do membro inferior com características semelhantes às da dor espontânea.

A palpação e percussão das apófises espinhosas pode ser

dolorosa, mas a dor é quase sempre mais acentuada na região para-vertebral ao nível do ligamento amarelo. Este sinal permite não só um diagnóstico positivo como uma determinação bastante rigorosa do nível do disco lesado.

Mas o elemento de diagnóstico mais importante é o sinal de Lasegue. A sua positividade pode considerar-se quase constante, e há neurocirurgiões que não operam doentes nos quais seja negativo. Deve executar-se cuidadosamente para não confundir a dor produzida pela elongação do nervo, com a de uma artrite sacro-iliaca ou coxo-femoral. Nos casos de sintomatologia muito intensa pode despertar-se com o membro numa flexão de 20 a 30 graus. Algumas vezes o sinal é contralateral, isto é, provoca-se a dor do lado doente quando se levanta o membro sã.

Geralmente, não há sensível diminuição da força muscular; quando existe, limita-se quase sempre nos movimentos de flexão e extensão do dedo grande do pé, raramente afectando os da perna e coxa.

A hipotonia muscular atinge principalmente os gêmeos da perna; às vezes também os glúteos. Nos casos de evolução prolongada, pode observar-se moderada atrofia de aqueles músculos.

Com variável frequência aparecem as alterações dos reflexos profundos; o que mais frequentemente se vê é a diminuição, ou mesmo abolição do reflexo aquiliano, sendo menos corrente a modificação, em regra no sentido negativo, do reflexo rotuliano. Estas alterações são elemento favorável ao diagnóstico de hérnia do disco, mas não são necessárias para o fazer, pois há muitos casos com os reflexos normais.

A observação da perturbação da sensibilidade tem valor para o diagnóstico topográfico da lesão. Observa-se hipoestesia em mais de metade dos doentes, em faixas cutâneas traçadas pela distribuição na pele das raízes L_5 e S_1 .

O exame do líquido céfalo-raquidiano não dá geralmente mais que um discreto aumento da albumina.

O exame radiográfico exige interpretação delicada; as radiografias, de frente e de perfil, devem incluir a coluna lombar e sacrada, e as articulações sacro-iliacas e coxo-femorais. Não é raro que tudo esteja com o aspecto normal. Atribui-se significado diagnóstico à rectificação da coluna lombar e à escoliose (que, aliás, o exame clínico mostra) e ao estreitamento de um espaço intervertebral, mais verificável para o relativo ao disco $L_4 L_5$, de espessura mais constante que o $L_5 S_1$; mas não há uniformidade de opiniões sobre o valor de este sinal radiológico.

Sobre a frequência de malformações vertebrais (sacralização, lombarização, espondilolistese, espinha bífida) as opiniões são também divergentes; parece que há certa coexistência de

malformações ósseas com discos de estrutura menos resistente e mais propensos à rotura, sendo a hérnia do núcleo pulposo, em regra, nessas circunstâncias, a causa da ciática. A artrose apofisária é, na maioria dos casos, consecutiva à alteração da estática vertebral produzida pelo espasmo dos músculos lombares e pela deficiência funcional do disco herniado. O estreitamento do buraco de conjugação, produzido pela artrose apofisária, pode ser também causa de compressão radicular, mas a sua importância é quase sempre secundária. Todavia, há casos em que ele pode actuar como factor primordial.

A importância da sacralização e da lumbarização, que são tantas vezes valorizadas como elementos patogénicos, é mínima, não devendo, a maioria das vezes, atribuir-se-lhe maior significado do que o de meras coincidências.

Quando um traumatismo foi o ponto de partida do síndrome doloroso, há que pensar na possibilidade de um estreitamento dos buracos de conjugação, na formação de cicatrizes fibrosas que comprimam as raízes ou de aderências da aracnoideia. A radiografia dá conta da espondilolistesis, que, como se notou já, pode ser complicada de hénia discal.

O emprego de meios de contraste (ar, lipiodol, pantopaque) para o diagnóstico de h. d. é diversamente apreciado. Se uns os empregam de maneira sistemática outros há que os consideram sempre dispensáveis. Ao A. parece razoável reservá-lo para os casos em que se suspeite a existência de um tumor.

Em resumo: O estudo radiográfico é indispensável, não porque forneça elementos para o diagnóstico de hérnia do disco, mas para excluir outras afecções: mal do Pott, tumores vertebraes ou metástase de carcinoma.

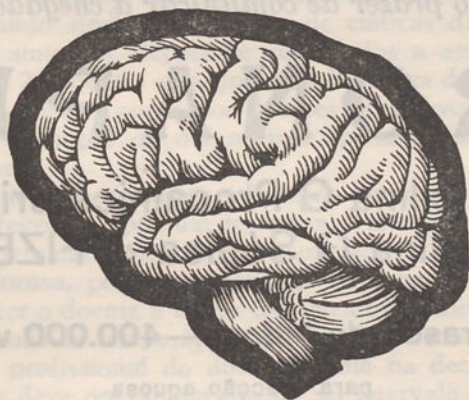
Ao fazer-se o diagnóstico nos casos em que a doença teve origem num traumatismo, é preciso não esquecer que ele pode ter atingido directamente o nervo ciático. Também deve pensar-se na existência de um tumor do tronco nervoso, diagnosticável pela palpação do seu tracto.

Quanto ao tratamento, o A. refere-se particularmente ao neuro-cirúrgico, que entende só dever indicar-se quando a terapêutica conservadora se mostrou ineficaz; o bom resultado da cirurgia depende da cuidadosa selecção dos casos.

Na terapêutica conservadora, o elemento mais importante é o repouso no leito, que deve prolongar-se pelo menos durante quatro semanas. Há cirurgiões que apenas aconselham 10 a 15 dias de repouso e se passados estes o doente não melhora, propõem a operação. No seu Serviço só é indicada a operação quando o repouso em leito duro, durante um mês, se tiver revelado completamente ineficaz ou tiver proporcionado escasso alívio.

GLUTIRON

ÁCIDO GLUTÂMICO (SAL SÓDICO)



**Para tratamento
do
Retardamento mental
Síndromas psico-motores
e outras
perturbações psíquicas**

Frasco de 100 comprimidos a 0,5 gr.

Laboratório Saúde, L.^{da}

Rua de Santo António à Estrela, 44—LISBOA

CHAS. PFIZER & Co. NEW YORK
Antibiotic Division

tem o prazer de comunicar a chegada de

PRONAPEN

(Penicilina G Procaínica crist. e
Penicilina G Sódica «PFIZER»)

Frasco de 1 dose — 400.000 v.

para injeção aquosa

*Brevemente será posto à disposição da
Ex.^{ma} Classe Médica a mais recente descoberta:*

TERRAMYCIN

(para administração por via oral)

Um novo e potente antibiótico

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS:

COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE
SECÇÃO DE REPRESENTAÇÕES

Rossio, 59-2.º-Esq.

LISBOA

Durante este período o doente toma analgésicos, vitamina B₁, faz aplicações locais de calor húmido, diatermia ou roentgenterapia. Com este tratamento há uma percentagem apreciável de doentes que ficam livres de dores ou apenas com dores ligeiras que não os impedem de fazer a sua vida habitual. Assim, durante os últimos dois anos, ao lado de 50 doentes operados, houve 20 que, apresentando síndromas clínicos de ciáticas discais tiveram alta livres de sintomas, depois de submetidos a esse tratamento médico. Nestes 20 doentes o diagnóstico de ciática discal apoiou-se nos mesmos elementos que o dos doentes operados, e para haver a certeza da correcção do diagnóstico apenas faltou a comprovação operatória.

Outra indicação operatória é baseada na frequência das recidivas. Com efeito, se após um tratamento médico bem sucedido, o doente ao retomar o trabalho ou passado algum tempo, tem uma crise dolorosa, põe-se o problema de saber se vale a pena estar a submeter o doente a novos tratamentos médicos que podem apenas trazer alívios temporários; o factor económico e o género de actividade profissional do doente pesam na decisão a tomar.

Nunca se deve operar um doente no intervalo de uma crise, pois além de não se saber se a remissão actual será definitiva, perde-se o efeito psíquico da intervenção, que não é de desprezar. Mas há uma circunstância em que se deve operar mesmo que o doente não tenha dores, e é quando apresenta sinais de *deficit-motor*, com o pé pendente; para que o fenómeno regresse, deve-se operar rapidamente, aliviar a compressão radicular.

Como se vê, exceptuando esta última indicação operatória, as duas primeiras baseiam-se em dados subjectivos, o que não é destituído de inconvenientes em relação aos resultados. Deve haver muita cautela na selecção dos enfermos neuróticos, pois nestes casos são menos frequentes os resultados satisfatórios. Há doentes com intensas dores e sintomatologia neurológica escassa, para os quais é preciso insistir na terapêutica conservadora, só recorrendo à cirurgia quando se perderem as esperanças de com ela melhorar o doente.

O A. descreve a técnica operatória empregada em 50 doentes, discutindo o problema da fusão vertebral. Os resultados resumem-se assim: 62,5 % de curados, 30 % de melhorados, 7,5 % de imodificados. Um questionário enviado posteriormente aos operados recolheu informações de 28 de entre eles. Sobre exercício da profissão, 25 retomaram as que exerciam, quase todas exigindo esforços musculares: os outros 3 tiveram que mudar de ocupação, por sentirem falta de força na região lombar. Sobre existência de dores, 17 não voltaram a sofrê-las, 8 disseram tê-las ligeiras, e 3 queixaram-se de intenso lumbago. Tiveram de ser

reoperados 3 doentes, sendo um por outro disco herniado, um por recidiva da mesma hérnia, e outro por ciático e lumbago, não se tendo na intervenção verificado recidiva anatómica.

Não é fácil comparar os resultados da intervenção cirúrgica com os da terapêutica conservadora, porque àquela são levados os casos graves, que resistem a esta. As estatísticas, no entanto, mostram que tais casos, sem intervenção, dão em muito maior percentagem a invalidez. O facto de haver doentes que não curam com a operação depende de várias circunstâncias, ainda não perfeitamente esclarecidas. Não se sabe bem qual o papel desempenhado pela artrose apofisária e pelas lesões dos tecidos fibrosos e muscular na patogenia das dores da ciática e do lumbago. O que deve fazer-se é estudar cada doente não só quanto às alterações somáticas, mas também na sua personalidade psíquica, e resolver em face de esse estudo as probabilidades de cura, remetendo à cirurgia os casos em que a terapêutica conservadora se mostre ineficaz, condenando os doentes a prolongados sofrimentos e consequente incapacidade.

VELOCIDADE DE ABSORÇÃO DOS COMPRIMIDOS IMPLANTADOS. — Implantando comprimidos de propionato de testosterona, de progesterona e de acetato de desoxicorticosterona, no tecido celular subcutâneo, comprimidos discóides, com o peso de um decigramma e superfície bem determinada, o A. relacionou os resultados obtidos com a quantidade absorvida de cada um de esses comprimidos. Para a testosterona, a velocidade de absorção foi de 0,65 por cento, por dia; para a progesterona foi de 0,58 por cento; para a desoxicorticosterona foi de 0,47 por cento. Comprimidos mal tolerados, acabando por ser eliminados por um processo de supuração asséptica, continuam a ser absorvidos, apesar de esta, até serem expulsos; isto pelo menos em certos casos, em que se empregaram os de testosterona e progesterona. Em certos casos os comprimidos de desoxicorticosterona envolvem-se de fina cápsula fibrosa avascular, o que não prejudica a absorção, mas antes parece regularizá-la e retardá-la.

LESÕES DOS MENISCOS NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO. — A propósito de casos operados o A. faz uma revisão de conjunto de este capítulo da traumatologia, da qual se dá aqui um resumo do que mais interessa ao clínico geral.

Para o diagnóstico tem fundamental importância uma história bem feita. Depois a apreciação dos sinais, tendo mais valor um sinal característico do que uma série de queixas vagas e imprecisas.

Um traumatismo encontra-se como causa evidente na quase

totalidade dos casos. Deve apurar-se bem a sua intensidade, o ponto atingido, a posição do membro nessa ocasião; e se há bloqueio da articulação, a relação entre os dois factos.

A dor existe em 80 por cento dos casos. Uma vez é intensa, brusca, surgindo com um movimento violento da articulação; outras vezes é surda, intermitente, exacerbando-se com determinados movimentos. No primeiro caso há suspensão da marcha, claudicação, e até queda; no segundo, há sensação de joelho dormente ou levemente doloroso, com certos movimentos. Entre estas formas extremas, todas as transições. Os episódios dolorosos repetem-se com intervalos de aparente normalidade, provocados por movimentos que o doente conhece bem. A dor é umas vezes difusa, outras com localização quer ao nível do ligamento anterior, quer do lateral, quer do posterior.

O bloqueio da articulação dá-se em cerca de metade dos casos. Há detenção brusca do movimento de extensão, joelho mais ou menos flectido, e sensação de que há qualquer coisa de anormal dentro da articulação, com a repetição de certo movimento. Esta incapacidade funcional pode desaparecer espontaneamente, dentro de um prazo maior ou menor, mas pode persistir e então só com grande esforço e dor se consegue pôr o membro em extensão. Ela aparece quer logo no acidente original (quando o menisco luxado não vai ao seu lugar) ou mais tardiamente, quando a parte deslocada do menisco perdeu a sua elasticidade. O bloqueio pode não ter aqueles caracteres típicos e revelar-se apenas por sensação brusca de claudicação do joelho durante a marcha ou ao subir escadas, ou por sensação dolorosa fugaz quando a articulação é solicitada em varo ou valgo por motivo da desigualdade do terreno que pisa, ou por dor na região poplitea quando o indivíduo muda bruscamente da posição de sentado para a de pé.

Todos estes elementos da história da afecção, bem como os relativos ao tratamento que fizeram a seguir ao acidente e o resultado que dele colheu, assim como a menção dos acidentes ocorridos entre o trauma inicial e o momento da observação, são de interesse para um diagnóstico que nem sempre é fácil.

O exame clínico compõe-se de uma série de provas orientadas no sentido de obter a demonstração das queixas subjectivas do doente, e do exame objectivo da região.

O sinal de Steimann colhe-se com o joelho em flexão, colocando a polpa do dedo na interlinha, dentro do ligamento rotuliano; estendendo a perna sobre a coxa, se há dor no local em que o dedo faz pressão, o sinal é positivo, porque o menisco interno, projectado para a frente com o movimento, é doloroso por estar lesado. O sinal de Rocher consiste no aparecimento de

dor e limitação do movimento, quando se faz a extensão completa do joelho; é a demonstração da existência de um bloqueio articular, mais ou menos acentuado. Além de outras provas, tem grande valor o sinal da flexão, só apurável depois do desaparecimento dos sintomas agudos do acidente causal, pois estes o mascaram; um indivíduo deitado deve flectir completamente a coxa sobre a bacia e a perna sobre a coxa, de modo a tocar com o calcanhar a região isquiática, mas se o não pode fazer, por dor e resistência elástica, isso indica lesão do corno posterior do menisco. Outra prova útil para indicar a presença de uma lesão do segmento posterior do menisco é a do ressalto observado com movimentos diversos da articulação; mas outras lesões, como as osteoartrites traumáticas e os ressaltos dos tendões sobre exostoses dos côndilos femorais, dão positividade ao sinal.

A observação clínica, além da posição do membro em relação com as queixas do doente, pode mostrar derrame articular, que sempre aparece depois do acidente, mas que pode existir sem lesão dos meniscos. A atrofia do quadríceps resulta da imobilidade da articulação; não mede a intensidade e gravidade das lesões.

O diagnóstico é fácil quando o traumatismo é recente e o doente descreve com precisão o que se passou, não raramente apontando o local em que sentiu dor violenta ou sensação de que qualquer coisa saiu do seu lugar, no joelho; a dificuldade, então, só existe quando a sintomatologia for pobre, e então deve aconselhar-se o traumatizado a continuar a sua actividade, para que a sequência defina o caso, recomendando-lhe atenção aos sintomas que venha a apresentar. Quando o acidente se deu já há bastante tempo, e o indivíduo não sabe contar com precisão a história dos seus padecimentos, as dificuldades aumentam, e o diagnóstico tem de fazer-se sobretudo pela exploração do doente, podendo ficar duvidoso e até ser errado.

O recurso à introdução de ar na cavidade articular e artropneumografia, às radiografias que visualizem o menisco, está indicado como meio de diagnóstico confirmativo da suspeita de lesões; mas o seu resultado negativo não invalida um diagnóstico imposto pela história e pela observação do doente.

Perante um traumatismo que produza os sinais de lesões dos meniscos, é de urgência intervir se há bloqueio articular: anestesiado o doente, com a articulação do joelho inteiramente flectida, roda-se a tibia lentamente, de um lado para o outro, e obtida uma rotação completa, estende-se repentinamente a articulação. Passadas 24 horas sobre o acidente e a formação do bloqueio, a parte deslocada já não volta ao seu lugar sem uma intervenção cirúrgica; esta tem de fazer-se também quando, com

Para o tratamento da tiroideia

na adiposidade, mixedema e no cretinismo,
assim como no hipotiroidismo dos j6vens.

ELITYRAN

Produto original

(hidrolisado estandardizado
de iodo em combina76o albuminosa)

Tubos com 30 comprimidos, contendo cada um 10 unidades de cobaia

Medicamentos
»HOECHST«

*Nas leucorreias e na colpité por tricomonas***DEVEGAN**

Produto original

Reconstitu76o r6pida do estado biol6gico por meio da reple76o das reservas glicog6nicas esgotadas, favorecendo simultaneamente o desenvolvimento dos bacilos l6cticos normais.

Emprego higiênico e simples - Desintegra76o melhorada dos comprimidos

Caixa com 15 e 30 comprimidos

Medicamentos
»HOECHST«





MARTINHO & C.ª Lda

TUDO O QUE INTERESSA À MEDICINA E CIRURGIA

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

Quinarrhenina Vitaminada

Elixir e granulado

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

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

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

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO
NAS BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO

TRICALCOSE

SAIS CÁLCICOS ASSIMILÁVEIS
COM GLUCONATO DE CÁLCIO

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

a citada manobra, a redução não foi conseguida, e o A. é de opinião que, mesmo que a redução tenha sido correcta, deve preparar-se o doente, com movimentação activa que evite a atrofia do quadrípede, para a operação curativa da lesão.

Se não há, a seguir ao traumatismo, sinais que conduzam seguramente ao diagnóstico, fique-se na expectativa, fazendo-se o tratamento como se tratasse de sinovite traumática.

No caso de história de antigo acidente original, e de múltiplos acidentes recorrentes, típicos de lesão meniscal, a intervenção é necessária, mas o prognóstico operatório é reservado, pois já tem de se contar com o estado das estruturas de suporte, das cartilagens articulares de revestimento, das condições de vitalidade da membrana sinovial. Pode dizer-se que as intervenções precoces dão sempre a cura, ao passo que nas tardias as percentagens de esta são variáveis, mas nunca sobem tão alto.

A cura espontânea só é possível nas pequenas fracturas da zona vascular do menisco. Uma lesão grave em indivíduo de idade avançada pode não dar tempo a colocar a articulação em estado incompatível com a actividade na velhice. Uma lesão em indivíduo com vida sedentária pode ser suportada facilmente. Estes casos porém são pequena parcela, pois se trata de uma lesão que aparece principalmente em indivíduos novos, que fazem, por profissão ou por desporto, exercícios violentos.

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUE-
RICULTURA, XIII, 1950. — N.º 1 (Jan.-Fev.): *A morte inesperada na criança*, por Felix Sancho Martinez. N.º 2 (Março-Abril): *Os vômitos habituais do lactente*, por Marcel Lelong; *As infecções parenterais como etiologia dos transtornos nutritivos do lactente*, por Francisco Zamarriego Garcia; *Granuloma eosinófilo*, por Carlos Salazar de Sousa.

A MORTE INESPERADA NA CRIANÇA. — A morte súbita das crianças dá-se por causas diversas e diversos mecanismos, uns decisivos só por si (por afectarem os centros vitais), outros por influência de factores de pequena importância sobre sistemas orgânicos já doentes ou de labilidade fisiológica acentuada. Além da hipertrofia do timo, há uma infinidade de situações patológicas que podem determinar a morte inesperada; uma terapêutica activa das doenças que a podem provocar e a correcção dos estados de debilidade orgânica e labilidade fisiológica deve permitir a redução de esta letalidade.

OS VÔMITOS HABITUAIS DO LACTENTE. — A doença dos vômitos habituais assenta no temperamento neuropático do recém-nascido, que logo começa a manifestar os sinais de esta afecção;

não há nela o período inicial latente que existe na hipertrofia do piloro. De começo espaçados, os vômitos vão aumentando em frequência e abundância, até que se dão a todas as refeições, sistematicamente, logo a seguir à mamada ou ao biberão, ou um pouco mais tarde. O lactente alimenta-se com avidez, mas o leite é rejeitado, por eructação com o ar deglutido ruidosamente, por regurgitação em que o leite baba sem esforço, ou por verdadeiro vômito que se acompanha de facies inquieto e de gritos que traduzem o sofrimento. Estes três modos de expelir o leite tem o mesmo valor semiológico e coexistem.

A causa dos vômitos está na intolerância do estômago para a distensão promovida pela entrada nele de líquido e ar misturados. Os exames radiológicos mostram claramente ser este o mecanismo, que se observa em qualquer posição do lactente e com qualquer espécie de leite, dado por qualquer das formas. A única maneira de o evitar é modificar a consistência dos alimentos, dando-os espessos, o que é fácil quando a criança é alimentada a biberão, preferindo o A., neste caso, em vez de concentrar o leite, adicionar-lhe pó de uma goma nutritiva. Quando a criança é alimentada ao seio põe-se o delicado problema do abandono da amamentação, que se deve evitar; o melhor, na generalidade dos casos, é contemporizar, diminuindo a abundância e frequência dos vômitos por meio de os dois procedimentos seguintes, que são de adoptar também nas crianças a biberão.

Um deles é regular do seguinte modo a posição da criança. A seguir à mamada, e se for possível depois da eructação que a termina, põ-la no leito com o tronco levantado, de 45 graus. A posição deve ser a de encostado sobre o lado esquerdo durante uns dez minutos; depois decúbito lateral direito, até à refeição seguinte. Isto é o que indica a observação da fisiologia motora do estômago, pois a posição sobre a esquerda favorece a passagem do ar para o duodeno e sobre a direita a evacuação do conteúdo líquido.

O outro procedimento é a sedação do sistema nervoso vegetativo, pela administração de cloreto, brometo ou fosfato de cálcio; mas sobretudo de gardenal ou luminal nas doses diárias de 3 a 5 centigramas. O isolamento da criança, livrando-a das atenções emocionantes, é muito útil.

Ainda há outra coisa a fazer: dar as mamadas ou biberões, não seguidamente, mas com intervalos, para que o líquido não dilate bruscamente a bolsa gástrica.

AS INFECÇÕES PARENTERAIS COMO ETIOLOGIA DOS TRANSTORNOS NUTRITIVOS DOS LACTENTES. — Além dos factores constitucional e alimentar que intervêm na produção dos estados de

desnutrição dos lactentes, há que contar frequentemente com o factor infeccioso, causa efectiva da maioria das perturbações nutritivas nessa idade. As infecções, qualquer que seja a sua sede, alteram as funções motoras e químicas da digestão, aumentando o peristaltismo e diminuindo a secreção dos sucos, por aumento do tono vagal. Este aumento torna-se mais nítido nas crianças de tipo exsudativo, hidrolábil, que são já hipervagotónicas, e revela-se mais facilmente quando há desregração alimentar, favorecedora do estado de dispepsia. As três causas (constitucional, alimentar, infecciosa) aliam-se com frequência, podendo dizer-se que os estados infecciosos provocarão maior ou menor, mais rápida ou mais tardia, perturbação nutritiva, quanto maior for a influência dos outros dois factores.

Devem procurar-se cuidadosamente a infecção (otite, pielite, rinofaringite, piodermite, etc.) nos lactentes com manifestações dispépticas e desnutrição. A terapêutica dirigida contra elas contribuirá de modo preponderante para a evolução desejada.

GRANULOMA EOSINÓFILO. — Análise da casuística portuguesa desta afecção das crianças, caracterizada clinicamente, sobretudo, pela produção de tumefacções em vários lugares (gânglios, vísceras, pele), sobretudo nos ossos; levanta-se o problema do reconhecimento da afecção como entidade mórbida autónoma.

JORNAL DO MÉDICO. — N.º 375 (1-IV-50): *Exteriorização de nichos ulcerosos encravados em tecido pancreático*, por L. Canto Moniz; *O crânio lacunar*, por M. Schachter. N.º 376 (8-IV): *Diagnóstico e tratamento das meningites*, por Diogo Furtado; N.º 377 (15-IV): *A dermite pela estreptomicina nos sanatórios do Norte de Portugal*, por Aureliano da Fonseca. N.º 378 (22-IV): *Novas directrizes para a campanha antileprosa*, por Froilano de Melo; *O tratamento das crises agudas da doença de Addison*, por Inácio de Salcedo. N.º 379 (29-IV): *A aureomicina nas infecções oculares externas*, por Henrique Moutinho; *Um caso grave de febre tifóide tratado com cloromicetina*, por J. Caria Mendes; *Tratamento da vulvo-vaginite pela hormona folicular*, por Virgílio Tavares.

TRATAMENTO DAS MENINGITES. — Depois da exposição dos sintomas das meningites, e caracteres do liquor, conducentes ao diagnóstico, indicam-se as terapêuticas a seguir em cada caso, que se resumem assim:

— Por cocos gram-negativos (meningococo, gonococo): sulfadiazina ou sulfametazina, na dose inicial de 6 gr. (1 gr. de 2 em 2 horas); penicilina só nas formas fulminantes ou septicémicas.

— Por cocos gram-positivos (pneumococo, estreptococo, estafilococo): um milhão de unidades de penicilina (de 2 em 2 horas) e 20 mil intra-raquidea, diàriamente.

— Bastonetes gram-negativos (*H. influenzae*, *E. coli*, etc.): sulfadiazina ou sulfametazina, como para as de meningococo; a estreptomomicina é muito activa, dando-se nas doses diárias de 1 a 4 gr. intramuscular, e de 25 a 50 centigramas intra-raquidea.

— Por *B. de Koch*: estreptomomicina na dose de 1 a 3 gr. por dia, intramuscular, e 10 a 25 centigramas intratecal; possível acção do promizol, cujas doses são de 0,5 a 1 gr. por dia.

AUREOMICINA NAS INFECÇÕES OCULARES EXTERNAS. — A aureomicina é eficiente, pelo menos tanto como a penicilina, em grande número de infecções oculares externas; tem especial indicação nas doenças por vírus e rickettsias, nomeadamente no tracoma, conjuntivite das piscinas, querato-conjuntivite epidémica, queratite herpética; e em todos os casos em que se manifeste penicilino-resistência. No tracoma, o *A.* obteve bons resultados, em vários casos, embora não constantes.

Aconselha o uso de pomada, em vez de soluto aquoso, que tem a vantagem de maior estabilidade da droga e de poder aplicar-se só de 3 em 3 ou de 4 em 4 horas. A pomada que mandou preparar, em veículo anidro e com tampão que mantenha o pH apropriado (7,7) para evitar irritação local, mostrou-se estável durante meses.

ACTA ENDOCRINOLOGICA ET GYNAECOLOGICA, III (1950). — N.º 2 (Fev.): *É possível provocar o aborto hormonal foliculínico na mulher grávida?*, por Candanedo Gutierrez; *Síndrome de Cushing com hiperparatiroidismo*, por Inácio de Salcedo; *O diagnóstico precoce do cancro do colo do útero* (conclusão), por C. Strecht Ribeiro; *A adaptação da reacção de Mainini à rã portuguesa*, por Manuel P. Hargreaves.

DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO. — Perante a insuficiência da clínica para diagnosticar precocemente o cancro do colo uterino assumem grande valor os novos métodos da colposcopia e da cérvico-citologia. As imagens dadas pela colposcopia, de alterações do epitélio, levam à biopsia, pela qual se podem definir as lesões precancerosas, quer de vários processos em transformação atípica, quer de leucoplasias típicas, quer de atípias epiteliais proliferantes; com ela se faz o diagnóstico das lesões cancerosas em começo. Por outro lado, o exame da citologia vaginal, mostrando as células modificadas, próprias dos processos neoplásicos, ou simplesmente atípicas e suspeitas, é

um método de averiguação fácil, que conduz à exploração biópsica da mucosa; os resultados obtidos pelo A. mostram que em 51,8 por cento de casos com citologia suspeita ou maligna, a histologia confirmou a existência de lesões cancerosas ou pré-cancerosas.

ARQUIVOS PORTUGUESES DE OFTALMOLOGIA.

— Vol. 1.º (1949): *O Professor Gama Pinto*, por Lopes de Andrade; *Uma hemianopsia consecutiva a hemorragia uterina*, por Lopes de Andrade; *Um carcinoma da coroideia*, por Lopes de Andrade; *Alguns pontos relativos à extracção intracapsular*, por Frank W. Law; *Lesões dos fundos oculares em doentes de meningite tuberculosa e de granúlia tratados com estreptomycinina*, por A. Matos Sousa; *Um caso de hemorragia explosiva depois de facectomia*, por Elísio Neves; *Vitamina B₁ e acomodação*, por Elísio Neves; *Algumas notas sobre o descolamento da retina*, por João Sant'Ana Leite; *Os nossos resultados com o emprego da aureomicina nalguns casos de tracoma*, por Lopes de Andrade e Ribeiro Breda; *Ação dos raios ultra-violetas em algumas lesões oculares e dos anexos*, por A. Dias Arede.

LESÕES DO FUNDO DO OLHO NA MENINGITE TUBERCULOSA E NA GRANÚLIA. — No decurso de estas doenças, as lesões oculares são complicações frequentes, aparecendo com as formas de tubérculos da coroideia, papilites, estase papilar e atrofia do nervo óptico; a estreptomycinina não parece ser a responsável pela aparição das lesões do nervo óptico no decurso da doença.

VITAMINA B₁ E ACOMODAÇÃO. — Relacionando a função fisiológica de este princípio sobre o sistema muscular com o papel capital desempenhado pelo músculo ciliar nos defeitos da acomodação, o A. procurou verificar os efeitos da aneurina em diversas ametropias e em indivíduos com afecções gerais acompanhadas de perturbações da acomodação. Administrou a vitamina por via endovenosa nas doses de 50 a 75 miligramas, obtendo os seguintes resultados: em 5 ametropias e em 5 presbitias, a distância do próximo diminuiu, o mesmo sucedendo em 5 hipermetropias e em 2 casos de parestesia do ciliar post-infecciosa; em 5 miopias não houve modificação.

SOBRE O DESCOLAMENTO DA RETINA. — Estudando os casos observados no Instituto Oftalmológico Gama Pinto, de Janeiro de 1947 a Junho de 1949, no total de 126, todos de descolamento primário, indica que foram operados 72, com resultados entre 50 e 73 por cento de curas. O facto de não haver maior

percentagem deve-se a má situação de muitos doentes que vêm operar-se tardiamente, e à recusa de uma segunda intervenção, quando a primeira não deu a cura.

AUREOMICINA NO TRACOMA. — Ensaando em seis tracomatosos o tratamento pela aureomicina, em colírio e por via oral, com exames laboratoriais, incluindo a biopsia, antes e depois do tratamento, verificaram os AA. que só num caso se operaram transformações fibrosas indicativas de início de cura, tendo havido uma recidiva típica numa doente que tinha melhorado. As melhoras que se manifestaram rapidamente em todos os doentes referem-se às infecções associadas, sobre as quais o antibiótico actua muito bem.

LIVROS E OPÚSCULOS

ANATOMO-PHYSIOLOGIE CÉRÉBRALE ET FONCTIONS PSYCHIQUES DANS LA LEUCOTOMIE PRÉ-FRONTALE. (Congrés International de Psychiatrie. — Paris, 1950); por Barahona Fernandes.

Nesta monografia, depois de uma introdução em que trata dos aspectos gerais do assunto, expõe consecutivamente as investigações anátomo-fisiológicas e biológicas sobre as conexões nervosas cerebrais, as investigações psicológicas feitas nos leucotomizados, as modificações dos sintomas das afecções de que sofriam, o mecanismo de essas modificações; depois ensaia um trabalho de síntese de todos os dados, e termina por discutir os respectivos problemas de fisiologia e psicologia patológicas.

Conclui que nos diversos síndromes psiquiátricos a leucotomia actua por diferentes mecanismos: efeito de choque sobre as funções vitais; alterações da afectividade, da actividade e da ideação para formas mais elementares, atingindo o fundo biológico de reacções e de experiências subjectivas do doente; desenvolvimento do processo global de sintonização regressiva que compreende a personalidade e as funções psíquicas mais diferenciadas, acompanhando-se de transformação da atitude do indivíduo para consigo mesmo e para com o ambiente. Estes mecanismos estão intimamente ligados, mas exercem-se em diferentes níveis de integração das funções nervosas e psíquicas. Há relações muito complexas e estratificadas em níveis distintos. Certas funções psíquicas elementares e certas estruturas fundamentais da personalidade têm correlações muito mais próximas com o sistema hipotálamo-tálamo-fronto-orbitário do que com outras estruturas cerebrais. O estudo psiquiátrico da leucotomia leva ao estudo das estruturas cerebrais condicionadoras das funções do cérebro; não podem desprezar-se os factos anátomo-

-fisiológicos na explicação dos fenómenos psíquicos, como não se pode desprezar a integração dos factos psicológicos no conjunto da personalidade.

BIBLIOGRAFIA MÉDICA PORTUGUESA, Vol. IV: 1948; Coordenada por Zeferino Paulo. (Lisboa, 1949).

Prosegue o Instituto para a Alta Cultura a benemérita publicação de estes volumes, que registam os trabalhos portugueses sobre medicina, em cada ano vindos a lume. Mais uma vez se louva aqui a instituição e a sua obra; a que é produzida pelo Centro de Documentação Científica, é evidentemente meritória, tanto no ponto de vista patriótico, como no de utilidade para encontrar referências bibliográficas nacionais.

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

Conduta a seguir nas fracturas recentes do crânio

Em conferência dada nas Jornadas Médicas de Bruxelas do ano passado, publicada em *Bruxelles Médical* (8-XII-1949), D. FERÉY pautou da seguinte maneira o procedimento que entende dever adoptar-se.

Fracturas abertas. — Quando um ferido chega ao hospital, a primeira coisa a fazer é o diagnóstico e tratamento das feridas, fracturas e lesões viscerais, deixando para o fim as encefálicas, porque as feridas cerebrais defendem-se bem durante 12, 18 ou mesmo 24 horas, e porque outras lesões podem exigir anestesia geral, ao passo que as cerebrais serão geralmente tratadas sob anestesia local. Na exploração das feridas cerebrais, rapado o couro cabeludo, lavado com água e sabão, com éter, e pincelado com tintura de iodo, o exame local já pode descobrir trajectos de fissuras e mostrar destruição de massa cerebral. Pela radiografia, de frente e de perfil, definem-se as fissuras e os encravamentos de pedaços de osso; se a ferida foi por bala ou caco de obus ou bomba, esclarece sobre o local em que estão os corpos estranhos. Passado o período de choque, depois de o ferido ter repousado durante umas horas, é a altura de intervir cirurgicamente.

Há casos, contudo, em que não vale a pena operar: aumento progressivo da temperatura a mais de 39°, aceleração progressiva da respiração para 35, pulso a 130 ou incontável, hipertensão a 25 ou mais em individuo novo (porque não pode confiar-se na hemóstase), aparição do estertor, de espuma nos lábios, de coma cada vez mais profundo.

Deve-se ser largamente intervencionista. Graças às sulfamidas e à penicilina, pode-se esperar até 24 horas para intervir; não mais, porque há micróbios que resistem às sulfamidas e aos antibióticos. O alargamento da ferida deve fazer-se cortando um grande retalho, pelo menos do tamanho da palma da mão, que se levanta, deixando largo campo cerebral à vista; é preciso limpar todo o tecido lesado, esvaziar o cone de atrição cerebral, não hesitando em entrar na zona sã. Que não fique nenhum tecido lesado, nenhum corpo estranho. Isto condiciona o futuro dos operados. Um bom sinal de que a limpeza foi perfeita é a desapareição, dentro de instantes, do edema cerebral em toda a extensão do campo operatório; se o edema não desaparece, ou a limpeza não foi completa ou o caso é de mau prognóstico. Fechar com-

pletamente a dura-mater; se há perda de substância, reconstitui-se com membrana de amnios, retalho de fascia-lata ou de epicrânio. Depois sutura muito cuidada da pele, em dois planos. A ablação de corpo estranho situado noutra local será deixada para mais tarde.

Fracturas fechadas. — Todos sabem que nas fracturas fechadas as lesões ósseas não são nada e que o traumatismo cerebral é tudo. De aqui a dificuldade de pôr indicações operatórias, salvo quando houver depressão do osso, em que está indicado intervir. Dois procedimentos guiarão a conduta a seguir: exame clínico, trépano-punção exploradora.

O exame clínico incide sobre o estado da pele, dos ossos e dos sinais neurológicos; e, como foi apontado, de outras lesões que peçam tratamento imediato. Para o exame da pele é preciso rapar o couro cabeludo, para ver se há qualquer contusão, erosão, irregularidade, que sugiram a localização. A palpação minuciosa do crânio pode mostrar existência de lesão óssea, que à radiografia esclerecerá, se puder fazer-se. Com o doente em coma, a dor à pressão traduz-se por um gesto de rictus. Pelo exame do nariz e dos ouvidos busca-se a hemorragia e sobretudo a saída de liquido céfalo-raquídeo.

Os sintomas neurológicos são da maior importância, sendo necessário colhê-los de hora a hora, pois o que tem mais significado é a sua marcha para melhor ou para pior. Deve-se observar: a consciência, a respiração, o pulso, a tensão arterial, a temperatura.

Se o doente não está em coma completo, deve-se forçá-lo a falar; notar-se-á a sua indiferença e inércia, ou pelo contrário o seu delírio e agitação. Dando de beber ao traumatizado, vê-se se deglute bem ou não: se o faz rapidamente a consciência é relativamente boa, mas se a água escorre pelos lábios ou provoca tosse caindo na traqueia, há lesão grave, com extensão ao bolbo; evidentemente que em individuo em coma, ou que mostra perturbações da deglutição da saliva, a água poderá provocar bronco-pneumonia. Se o doente está um pouco consciente, convide-se a tirar a língua, pois se não a projecta entre os incisivos a consciência está bastante afectada. O facto de o doente urinar ou defecar no leito é sinal de obnubilação importante. A diminuição do tónus muscular é de regra nas primeiras horas; tal como para os outros sinais, a sua evolução é significativa.

Quando a respiração sobe para 25 ou 26 movimentos o prognóstico torna-se grave; a amplitude respiratória, as pausas, a espuma no canto dos lábios, a cianose, a tiragem, tudo isto são sinais de extrema gravidade. A bradicardia é sinal importante nas compressões, acentuando-se progressivamente, até 50, 45 ou mesmo 40; o pulso porém pode acelerar-se, o que, associado às perturbações da consciência e da respiração, indica prognóstico muito severo. Da mesma forma, o indica o aumento progressivo da tensão arterial, e o da temperatura.

Para indagar a localização lesional é da maior importância a observação do primeiro sintoma neurológico. Depois, o significado dos que aparecem é muito menor, salvo quando se trate de sinais muito indicadores, como sejam crises de epilepsia localizadas a um membro a uma metade do corpo; uma hemiplegia, o Babinski, a abolição de reflexos, a midríase, a paralisia de um nervo craniano, só podem indicar qual dos lados está lesado, mas não pode pedir-se-lhes mais. O exame do fundo do olho não dá elementos seguros de prognóstico e da indicação operatória.

As modificações que a sintomatologia for tendo nas primeiras 8 a 10 horas depois do acidente indicarão a necessidade ou dispensabilidade de intervenção operatória. Um ferido que não pode esperar este tempo é um caso que excede os recursos cirúrgicos. Mas não deve esperar-se mais para decidir, porque as lesões tornam-se irreversíveis e a intervenção será ineficaz.

Pela exclusiva observação clínica é quase impossível dizer qual a lesão e sua sede: hematoma extra ou sub-dural, edema cerebral, meningite serosa,

colapso cérebro-ventricular, hemorragia meníngea, hematoma intra-cerebral. Só talvez pode reconhecer-se a hemorragia meníngea, que é relativamente frequente, porque dá cefaleia, vômitos, rigidez da nuca e Kernig, hiperestesia cutânea e muscular, agitação ou torpor, Babinski lateral, vivacidade dos reflexos tendinosos, reflexos de defesa; a punção lombar prestará auxílio e pode fazer-se sem perigo desde que se tenha a precaução de extrair muito pouco líquido, 3 cm.³ no máximo, vigiando a tensão a cada cm.³ que se retire. Pode pensar-se no hematoma extra-dural quando se encontrou: fissura óssea, agravamento rápido dos sintomas neurológicos, enfraquecimento progressivo da consciência, e hemiplegia sobretudo com intervalo livre.

Indicada a intervenção (e não se deve hesitar em intervir quando o estado do doente se agrava hora a hora), pratique-se a trépano-punção, que é inofensiva e fornece esclarecimentos valiosos. Os buracos devem fazer-se primeiramente no lugar em que, pelo que ficou exposto, se presume existir a lesão, e quando a presunção não tem grande base fazê-lo na região temporal, adiante do pavilhão da orelha, um pouco acima do zigoma. Se nada se encontrou, perfurar a região frontal, acima (2,5 a 3 cm.) e um pouco atrás (2 cm.) da apófise orbitária externa, ou seja em sítio mais baixo do que o prescrito classicamente. Se estes dois buracos não mostraram a lesão, perfurar na região occipital, a 3 cm. da linha média e a outro tanto acima da linha horizontal que passa pela protuberância occipital externa. Quando, excepcionalmente, estes três orifícios não revelaram o hematoma, há que os repetir do outro lado da cabeça, pela mesma ordem.

Pelo pequeno orifício, praticado depois de incisão vertical da pele, cujos bordos, pela pressão dos afastadores, deixam de sangrar, olha-se o aspecto da dura-mater, que não havendo lesão, é nacarada, levemente azulada, pulsátil. No hematoma extra-dural o sangue, escuro, sai pelo orifício e deixa ver um coágulo. No hematoma sub-dural a dura está tensa, azul, e não pulsa; incisando-a o sangue jorra com pressão, de um castanho-escuro, com coágulos. Se há edema cerebral a dura está tensa, não pulsa; incisando vê-se o cérebro edemaciado, que tende a herniar; então, a exploração do cérebro com o trocarter de Cushing pode revelar a existência de hematoma intra-cerebral. Na meningite serosa, aberta a dura, vê-se a aracnoideia tensa, com bolhas de líquido, em abundância. Quando há colapso cérebro-ventricular, aberta a dura não se vê o cérebro, que está encolhido, distanciado da abóbada craniana.

Se é necessário operar, a conduta cirúrgica variará com o tipo da lesão e sua localização. Uma norma, no entanto, é comum: para operar bem é preciso ver bem e trabalhar com facilidade. Para tal, as grandes incisões são necessárias, com levantamento de retalho maior ou menor, mas sempre suficiente para não haver dificuldades na observação das lesões e na técnica operatória.

Supositórios de cloromicetina na febre tifóide

A cloromicetina, por vezes, é mal tolerada pelo estômago dos doentes. SILVA ALCÂNTARA, vendo a impossibilidade de a administrar, por motivo de vômitos que expulsavam as cápsulas da droga, incorporou-a em supositórios. Dois casos foram assim medicados: um em rapariga de 12 anos, com dez dias de doença, outro em pequeno de 3 anos, com doze dias de cama. Os supositórios levaram, para a primeira, o conteúdo de duas cápsulas de 0,50 gr., e para o segundo o de uma cápsula; colocação de quatro em quatro horas. Febre e cortejo sintomático desapareceram passados dois dias.

Estas observações parecem indicar a via rectal como processo corrente de aureomicinoterapia, nos doentes com intolerância gástrica, nos que estão muito prostrados, e nas crianças. (*Rev. Clínica Española*, 15-iv-1950).

Fase negativa consequente à vacinação pela B. C. G.

A questão da nocividade da B. C. G. em indivíduos no período evolutivo pré-alérgico da tuberculose ou já com tuberculino-reacção positiva, parece estar resolvida pela negativa, em face do que mostra a prática clínica do processo. Mas já o mesmo não sucede quando há lesões em evolução. Isto foi demonstrado experimentalmente por J. BE (*Acta tuberculosa Scandinavica*, N.º 2 de 1949), injectando B. C. G. a cobaias em várias fases da infecção; quando há lesões bem constituídas, a vacina exerce sobre elas uma acção desfavorável, o que vem apoiar a opinião dos que receiam a possibilidade de uma fase negativa consequente à vacinação e excluem de esta os que mostrem qualquer sinal, mesmo mínimo, de infecção bacilar.

Vitamina PP e terapêutica pelo salicilato

MENEGHINI & NORZA, apoiando-se na acção protectora exercida pela amina nicotínica sobre o tubo digestivo e o fígado, associam-na (injecção subcutânea de 0,40 gr.), ao salicilato, com o fim de combater a intolerância que este frequentemente provoca. Resultados felizes, com regularização da secreção gástrica. (*Presse Médicale*, 12-II-1949).

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

PROFILAXIA DA RAIVA. — Tem aparecido ultimamente alguns casos de raiva humana, em relação com desusada frequência da doença nos cães. Não deixa de ser oportuno recordar algumas noções essenciais para pautar a conduta a seguir. Todo o indivíduo mordido deve ser submetido à vacinação preventiva da eclosão do mal, mesmo que o animal não apresente sinais de raiva, pois o infectado é contagioso, pela saliva, durante 10 ou 12 dias antes de manifestar qualquer sinal. O animal mordedor, com ou sem sinais de doença, deve ser isolado e ficar em observação; para se verificar se está ou não raivoso; isto permitirá suspender o tratamento vacinal se o animal persistir são. O envio dos mordidos à vacinação deve ser tanto mais urgente quanto mais próximo da cabeça for o local da mordedura, nunca devendo deixar-se passar mais de doze dias sobre a ocasião em que se foi mordido.

SOCIEDADES MÉDICAS. — Na Sociedade das Ciências Médicas realizou-se uma série de conferências, em que os Drs. Prof. Cascão de Anciães, Castro Amaro, Idálio de Oliveira, Albergaria Ambar e Mário Conde, trataram, respectivamente, da patogenia, diagnóstico clínico, diagnóstico radiológico, terapêutica médica e terapêutica cirúrgica da úlcera gastro-duodenal.

Na Sociedade Médica dos Hospitais Cíveis efectuou-se uma série de conferências sobre «hipertensão essencial», tendo-se exposto os vários aspectos do assunto; foram conferentes os Drs. Aníbal de Castro, Alfredo Franco, Amílcar Gonçalves, Xavier Morato, Mendonça Santos, Melo e Castro, Ramos Dias, e os Profs. Diogo Furtado e Jacinto de Bettencourt.

Reuniu em Coimbra a Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, na qual foram apresentados os seguintes trabalhos: Radioterapia nos processos inflamatórios oculares, por Manuel de Lemos e Albano Ramos; Terapêutica conservadora no glaucoma absoluto, Quadros anatómicos da oftalmia simpática, e Estudo histopatológico num caso de neuromielite óptica, por Cavaleiro Ferreira; Simpático e lesões da córnea, por Silva Pinto; Osteomas da órbita,

por Silva Pinto e Manuel de Lemos; Gliomas da retina com características hereditárias, por Lopes de Andrade e Sant'Ana Leite; O tracoma na indústria das conservas, por E. Albarran; Enxertos da córnea, Um caso de oftalmia simpática, e Sobre patogenia do glaucoma, por Artur Pina; A propósito de um caso de aneurisma sacular intracraniano com intercorrência de glaucoma agudo, por E. Correia de Barros; Tratamento do herpes zoster oftálmico, por J. Rebordão; Terapêutica tissular em oftalmologia, por L. Albuquerque; Melanoma maligno da coróideia de evolução atípica, por Elísio Neves; Um caso de periflebite tuberculosa, por Fernando Pinheiro; Alergia ocular provocada pela estreptomicina, por Ribeiro Brêda. (6 e 7-v).

Nas Reuniões quinzenais dos Hospitais da Universidade de Coimbra: Patologia visceral, por Michel Mosinger; Formas osteo-articulares da febre de Malta, por Antunes de Azevedo (22-III). Dois casos de linfoblastoma gigante-folicular, por Rocha Brito; Edemas por desequilíbrio alimentar, por Lúcio de Almeida e Tavares de Sousa; Um aspecto da memória e as figuras do test de Szandi, por Duarte Santos (26-IV). Mixedema e hipertrombocitose, por Rocha Brito; Cirurgia do síndrome hiato-esofágico, e O vagotomizado — reflexões sobre casuística operatória, por Montezuma de Carvalho (12-v).

INTERCÂMBIO INTERNACIONAL. — Vieram a Portugal, ultimamente, fazer conferências: o Prof. Raffaele Paolucci, sobre cancro do pulmão, e o Dr. Cousiote sobre gastrectomias, ambas no Instituto de Oncologia; o Prof. Maurice Lamy, na Sociedade de Pediatria (Hospital Estefânia) sobre patologia da vida intra-uterina e confrontação de gémeos, esta repetida em Coimbra; o Dr. Philip Wilson sobre enxertos ósseos homólogos na Sociedade dos Hospitais Cívicos; o Dr. René Gilbert sobre o tratamento das hemopatias malignas, no Hospital Escolar de Santa Marta; o Dr. François Crabe, na Sociedade de Oto-neuro-oftalmologia, sobre o significado da reacção vestibular; o Dr. Lopes Viejo sobre patologia bucal na Sociedade de Estomatologia.

Portugueses no estrangeiro: o Prof. A. Celestino Costa participou na Semana Médica Internacional, de Roma, apresentando um trabalho sobre endocrinologia. No Curso de especialização em Pediatria, realizado em Santiago de Compostela, tomaram parte o Dr. Cordeiro Ferreira e os Profs. Almeida Garrett, Salazar de Sousa e Castro Freire, que falaram respectivamente sobre: neuromielite óptica, imagens radiológicas torácicas, alergoses, e indicações da esplenectomia. Em Barcelona, no Curso especializado de gastro-enterologia, o Prof. Álvaro Rodrigues fez uma lição sobre patologia e cirurgia dos cancros do cólon. Em Madrid, na Academia Médico-Cirúrgica e na Faculdade de Medicina, o Prof. Diogo Furtado falou, respectivamente de trombozes cerebrais e de narcoanálise.

CONFERÊNCIAS. — No ciclo do Instituto de Medicina Tropical: Alimentação nos meios coloniais, Peste, Vacinação contra a tuberculose; respectivamente pelos Profs. Meliço Silvestre, Carlos Ramalhão e Cândido de Oliveira.

Nas Reuniões Médicas do Distrito de Portalegre, fizeram-se as seguintes conferências: Rickettsioses: casos de Ornitose, por Adolfo J. Lahmeyer Bugalho. Recentes aquisições sobre diabetes e gota, por Asdrubal Baião Pinto. Kala-azar infantil; nota sobre dois casos com parasitas no sangue, por António Ribeiro Ponte com a colaboração laboratorial de Feliciano Falcão.

Prof. ALFREDO DE MAGALHÃES. — Celebrando o 80.º aniversário do Prof. Alfredo de Magalhães, a Câmara Municipal do Porto, em solene sessão, outorgou-lhe a Medalha de Ouro da Cidade, tendo falado, entre outras personalidades, o vice-reitor da Universidade, Prof. Fernando Magano, e o presidente do Conselho Regional da Ordem dos Médicos, Dr. Frazão Nazaré. Os seus colegas da Faculdade de Medicina foram cumprimentá-lo a casa e

concorreram ao jantar promovido pela Associação dos Jornalistas e Homens de Letras, onde, em nome da Faculdade, brindou o Prof. Almeida Garrett.

Prof. EGAS MONIZ. — Entre as muitas homenagens prestadas ao Prof. Egas Moniz por motivo da concessão do Prémio Nobel, regista-se a que em sua honra realizou a Academia das Ciências e a feita na Faculdade de Medicina de Lisboa, promovida pela Associação dos Estudantes; a Associação Académica efectuou em Coimbra, na Sala dos Capelos, uma sessão solene, na qual o homenageado fez uma conferência intitulada «Coimbra, nobre cidade».

Prof. CARLOS RAMALHÃO. — No Instituto de Medicina Tropical efectuou-se a entrega solene do diploma de professor «honoris causa» ao Prof. Carlos Ramalhão, distinção conferida em reconhecimento da participação científica e docente que o agraciado tem dado e dá àquele estabelecimento.

Prof. GREGORIO MARAÑON. — Foi eleito sócio honorário da Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos, como agradecimento pela sua participação no recente Curso de Endocrinologia.

MATERNIDADE ALFREDO DA COSTA. — Em homenagem à memória do Prof. Alfredo da Costa realizou-se uma sessão na qual o director, Prof. Joaquim Fontes, fez o elogio do patrono da casa.

MEDICINA DO TRABALHO. — Na Ordem dos Médicos do Porto está a realizar-se uma série de conferências em que são tratados vários aspectos de este assunto, e em que são conferentes os Drs. Manuel Farmhouse, Luís Carvalhais, Pimentel das Neves, Espregueira Mendes, Prata de Lima e Luís Guerreiro, e os juristas Conde de Aurora e Arnaldo Pinheiro Torres.

ENXERTIA NA CórNEA. — Uma comissão composta pelos Drs. M. Moutinho, H. Moutinho e A. Mac-Bride, foi encarregada pela Sociedade de Ciências Médicas de estudar a forma de resolver a colheita de olhos de cadáveres, para a queratoplastia.

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO DOS SUBDELEGADOS DE SAÚDE. — Estão em realização os cursos do corrente ano, que, como os anteriores, constam de lições teóricas e práticas e visitas a instituições sanitárias.

EXCURSÃO DE CIRURGIÕES FRANCESES. — Estão em Portugal 17 sócios do Club Jean Louis Faure, que assistiram a muitas intervenções nos hospitais das três cidades universitárias e visitaram várias instituições médicas.

NORMAS DO RECEITUÁRIO. — O Conselho Geral da Ordem dos Médicos chamou a atenção para a necessidade de cumprir as disposições do artigo 11.º e seu § 2.º do Decreto-lei n.º 32.171, que impõe a redacção das receitas em letra bem legível e tratando-se de fármacos estupefacientes a indicação do nome e morada do cliente e do médico, e doses bem expressas.

NECROLOGIA. — Dr.^a Palmira de Almeida Lindo, médica da Misericórdia de Lisboa. Dr. Adélio Carvalho Marinho da Silva, nosso leitor desde há muitos anos, clínico em Barcelos, Dr. Alfredo de Almeida Ribeiro, antigo director do Sanatório da Parede, falecido em Algés. Em Lisboa, os Drs. António Joaquim de Oliveira, director dos Serviços de Saúde de Cabo Verde, e Alvaro Campos. Respectivamente em Arouca e Ponte da Barca, os nossos antigos leitores Dr. Serafim Martins dos Santos, que foi médico municipal em Mourão e Bernardo Coelho Vieira Ribeiro, subdelegado de saúde. Em Verride, o Dr. António Alves Guardado.



AOS LEITORES

DA REDACÇÃO :

Por conveniência de paginação houve que deixar para o próximo número as secções ARTES E LETRAS e INTERESSES PROFISSIONAIS, que deviam entrar no presente número; pelo que se pede desculpa, pois está prometido inserir, em cada mês, pelo menos uma de estas secções.

Para que tenha o menor número possível de omissões, só começará a publicação do prometido *Formulário das especialidades farmacêuticas* a partir de Julho. O próximo número inserirá o respectivo plano, em que os produtos serão classificados pela acção farmacodinâmica do seu principal componente, ou pela indicação clínica quando se trate de medicamentos de acção praticamente específica, ou ainda pela origem ou constituição química quando as acções terapêuticas sejam complexas e portanto difficilmente catalogáveis os respectivos produtos. Procura-se assim reunir, para fácil consulta, as especialidades semelhantes na sua composição ou indicações.

Lembra-se aos colegas que se agradecerá informação sobre os assuntos que desejam ver tratados, bem como se responderá a qualquer pergunta que façam, esclarecendo dúvidas que se lhes apresentem na prática clínica.

DA ADMINISTRAÇÃO :

Novamente se pede aos Srs. assinantes o favor da remessa, em vale do correio, da importância de 40\$00, da assinatura de 1950; contra a recepção será enviado o competente recibo. As assinaturas que não forem pagas até ao dia 10 de Junho, serão cobradas, no decurso da segunda quinzena de esse mês, por intermédio do correio, sendo o recibo da importância de 45\$00.

CORTIGRADON

2 mg
5 " "
10 " "

O CORTIGRADON É O ACETATO DE DESOXI-CORTICOSTERONA, PRODUTO SINTÉTICO COM A ACÇÃO BIOLÓGICA DA HORMONA DO CÓRTEX SUPRARRENAL.

DOENÇA DE ADDISON. DOENÇAS INFECCIOSAS GRAVES: FEBRE TIFÓIDE, DIFTERIA, PNEUMONIA, GRIPE, ETC. CONVALESCENÇAS. ASTENIA. ADINAMIA. MIASTENIA. ÚLCERA GASTRODUODENAL. TOXICOSES GRAVÍDICAS. INTOXICAÇÕES CRÓNICAS

CAIXA DE 9 AMPOLAS DE 1 CC A 2 MG.	27\$00
> > > > > > > 5 >	60\$50
> > > > > > > 10 >	108\$00

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Sala
Est.
Tab.
N.º