



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

ANTÓNIO M. CUNHA VAZ — O valor do exame dos fundos dos olhos na clínica geral.
JOSÉ GARRETT — Indicações e contra-indicações das injecções intra-arteriais terapêuticas.
M. CASTRO HENRIQUES — A propósito de um caso de tumor de células da granulosa.

MOVIMENTO NACIONAL — Revistas e boletins: *A Medicina Contemporânea* (Tratamento da tuberculose pulmonar pela tio-semicarbazona). *Ação Médica* (Legitimidade da hormonoterapia). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (Síndrome de Albright). *Jornal do Médico* (Seroterapia anti-tetânica. Cisticercose cerebral). *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge* (Doença de Brill). *Revista Clínica do Instituto Maternal* (Repercussão no feto da analgesia no parto. Papel do médico no parto normal). *Arquivos Portugueses de Oftalmologia* (Úlceras da córnea e bloqueios simpáticos). *O Médico* (Indicações cirúrgicas nas úlceras gástricas e duodenais. A tinha). *Acta Endocrinológica Ibérica* (Semiologia laboratorial das doenças da tiroideia. A estreptomina na doença de Addison de origem tuberculosa. Psico-somática do hipertiroidismo).

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — Reinfecções tuberculosas exógenas em alérgicos. A prova de Thorn. Patogenia e terapêutica da eclampsia. O metabolismo basal nos velhos. Um novo anti-coagulante: a tromexane. O ácido succínico no tratamento da artrite reumatóide e do lúpus eritematoso disseminado. Diagnóstico precoce do cancro do estômago. Tratamento higiénico da amigdalite aguda.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES — Faculdade de Medicina do Porto. Faculdade de Medicina de Lisboa. Ricardo Jorge. Conferências. Curso de aperfeiçoamento. Necrologia.

Anexos — Registo de livros novos.

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

NOVA TERAPÊUTICA ANTIMONIADA

Específico do Kala-Azar

GLUCANTIME
2:6:8 R.P.

ANTIMONIATO DE N-METILGLUCAMINA

Boa Tolerância local e geral

Caixas de 10 empoas
de 5 cc. doseadas a 1 gr. 50

INJEÇÕES INTRAMUSCULARES PROFUNDAS

DOSE MÉDIA DIÁRIA: 0 GR. 10 POR QUILO DE PESO

Série de 12 a 15 injeções, a retomar depois de 15 dias de descanso.

SOCIÉTÉ PARISIENNE

RHÔNE

21, RUE JEAN-GOUJON



D'EXPANSION CHIMIQUE

POULENC

PARIS—8°

Representante: SOCIEDADE COMERCIAL CARLOS FARINHA, LIMITADA

Rua dos Sapateiros, 30, 3°—LISBOA



PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXV — N.º 6

JUNHO DE 1951

O valor do exame dos fundos dos olhos na clínica geral (1)

por ANTÓNIO M. CUNHA VAZ

*Encarregado da regência do Curso de Oftalmologia
da F. M. de Coimbra*

As palavras que V. Ex.^{as} vão ouvir, têm por fim colocar em evidência as vantagens do exame dos fundos dos olhos, pois por eles podemos estabelecer diagnósticos em doenças, que devido à sua precocidade, ainda os sintomas que lhes são próprios não tomaram o volume necessário para despertar a atenção do clínico; e escusado será falar das vantagens que traz para o doente, tomar conhecimento da doença na sua fase inicial. Dá forte contribuição para a diagnose diferencial e, mais ainda, preciosas indicações sobre a evolução de muitas doenças gerais, ajudando a estabelecer o prognóstico e a terapêutica adequada.

Há ainda a contar com um factor de importância que é o acesso fácil do exame, para os que se dedicam à especialidade.

Dada as conexões que o olho tem com o cérebro e a forma como é irrigado, é tudo quanto há de mais aceitável poder ele ser o espelho do que vai pelo organismo. A descoberta do oftalmoscópio, que se deve a HELMOLTZ, tornou possível este exame. Com ele se verifica o estado do cristalino, do humor vítreo, da retina, coróide, nervo óptico e vasos retinianos. Para não me alongar demasiado apenas me refiro de passagem aos vasos, retina e nervo óptico.

No fundo normal, observa-se numa superfície côncava avermelhada um disco rosado, a papila óptica, donde por via de regra emergem as artérias e veias, que se acompanham e dicotomizam, seguindo uma sinuosidade suave. A diferença de calibre das artérias para as veias é de 2 para 3 ou de 3 para 5. As artérias apresentam-se vermelhas e as veias escuras e mais tortuosas.

(1) Lição proferida no curso de férias do ano lectivo 1949-1950.



Nos vasos podem surgir alterações, tornando-se conveniente pesquisar: a cor, a turgescência e a vacuidade, o calibre, compressão e pulsação, aspecto das paredes e reflexo brilhante dorsal.

Podem os vasos mostrarem-se obscurecidos. Assim pode suceder na cianose, estenose mitral, doenças cardíacas congénitas, etc. Sucede de forma predominante nas artérias. Na trombose da veia central da retina, as veias é que se mostram escuras.

Vejamos a turgescência: localizada na artério-esclerose, sífilis e diabetes, generalizada na leucemia, varicosidades dos vasos retinianos, glaucoma congestivo e retinites. A vacuidade aparece no oclusão da artéria central da retina.

O calibre também se pode apresentar modificado. As artérias podem apresentar espasmos em indivíduos com certa sensibilidade, sendo assim uma modificação apenas funcional, ou acusarem alterações orgânicas por hiperplasia da íntima, manifestando-se por alternância de apertos e dilatações observáveis na hipertensão e na toxemia gravídica. As veias podem acusar alterações de flebo-esclerose, apresentando-se como um cordão branco, como um rosário, frequente na diabetes, com bainhas brancas dispersas (tuberculose).

O cruzamento artério-venoso trouxe o estabelecimento do conhecido sinal de Marcus Gunn.

Normalmente na passagem da artéria sobre a veia, verifica-se na coluna arterial por transparência um tom mais escuro devido à cor do sangue venoso. Constitui-se assim a cruz normal, o tipo I.

Se o tronco venoso se deixa de apreciar, temos o tipo II. Se as veias se esfumam ao cruzar, tomando a forma de ampulheta, temos o III tipo. A veia desaparece ao aproximar-se da artéria para a cruzar, arqueia-se para trás em desflexão, temos o IV tipo, também conhecido por sinal de Salus. No V tipo a coluna sanguínea é enquadrada por duas faixas brancas e por último temos o VI tipo, em que existe obliteração arterial; encontra-se substituída por um fio, que devido ao seu aspecto é conhecido pelo nome de fio de prata.

Assim se pode verificar do estado dos vasos.

Também normalmente, no valor de $\frac{1}{2}$ a $\frac{1}{3}$ da espessura do vaso, aparece uma faixa central brilhante, conhecida por reflexo dorsal. Na hipertensão, sobretudo quando se começa a estabelecer a artério-esclerose, e na sífilis, observa-se com frequência o seu alargamento. No descolamento da retina, este reflexo dorsal, quase se mostra abolido.

Os vasos que como atrás fiz referência serpenteiam suavemente, podem às vezes exagerar a sua flexuosidade. Verifica-se na estase e na esclerose com ou sem hipertensão.

Muitos oftalmologistas tem-se dedicado ao estudo da cir-

culação retiniana, sobressaindo nestes trabalhos BAILLIART, MAGI-TOT, HENDERSON e DUKE ELDER.

Na verificação da circulação retiniana, sobressai um exame de certa importância, a medição da sua tensão. Alguns negam-lhe valor outros exageram-no. A verdade está no meio termo.

O pulso arterial não é frequente; quando existe é sincrónico com o pulso radial e torna-se conveniente averiguar que não se trata de pulso venoso transmitido, que é mais vulgar. Antes de tomar em consideração o pulso fisiológico, verificar se há insuficiência aórtica, glaucoma, hipertensão arterial. Diz BAILLIART, que para compreender a sua medição, utilizam-se os mesmos princípios que os utilizados nas artérias em geral.

Recordar ainda que as paredes estão sujeitas a tensão intra-ocular, no valor de 15 a 25 mm., cuja medição é feita com aparelhos denominados tonómetros.

Por intermédio do exame oftalmoscópico, imagem directa, verifica-se que comprimindo o globo com um dedo ou instrumento apropriado, a pressão intra-ocular aumenta e as artérias, sobre a papila, passam a pulsar. A compressão aumentando a tensão, contrabalança a pressão do sangue arterial, verificando-se primeiro uma oscilação ou vibração na artéria, que corresponde ao mínimo da pressão diastólica. A compressão vai aumentando, a pulsação torna-se regular (tensão média), por último a artéria acaba por se esvaziar e a última pulsação corresponde à pressão sistólica. Com este estado de isquemia dá-se uma queda súbita da visão.

FRTZ e FRIEDENWALD, são de opinião que na produção da pulsação, além da oscilação entre a pressão retiniana intravascular e a tensão intra-ocular, intervém a elasticidade e o tonus das paredes dos vasos.

A amplitude da pulsação arterial varia com a idade; bem visível na criança ao longo da árvore vascular; nos adultos, é só apreciável no tronco principal e nos velhos é bastante fraca, pulsando muitas vezes só num ponto localizado.

Deve-se a HENDERSON e, sobretudo, a BAILLIART, a criação do instrumental necessário para medir a pressão externa necessária para fazer aparecer e desaparecer o pulso retiniano. Por 1917, BAILLIART, criou o oftalmodinamómetro, que aplicado ao nível da inserção do recto externo, sobre a conjuntiva bulbar, perpendicularmente à superfície do globo, mede a pressão diastólica, média e sistólica, verificando-se a pulsação nos troncos vasculares, sobre a papila óptica. A sua construção é decalcada no mesmo princípio do osciloesfigmomanómetro. Vários nomes tem sido postos a este exame: TERSON, usava o de tonoscopia, URIBE TRONCOSO, defende o nome de Esfigmopulso, por tudo andar à volta de medir as pul-

sações. BAILLIART e MAGITOT, conseguiram uma tabela, propondo para a diastólica 35 mm. e para a sistólica 70 a 90 mm. Outros autores como DUVERGER e BARSE propõem para a diastólica 50 a 60 mm. e para a sistólica 80 a 100.

DUKE-ELDER discorda do método de BAILLIART. Utilizando uma micropipeta, que introduz directamente no interior de uma artéria retiniana, propõe os seguintes números: diastólico 64 mm. e sistólico 88, 5 mm. Na crítica ao processo de BAILLIART, afirma que a primeira pulsação não corresponde à verdadeira pulsação diastólica.

HIROSHI e SEIDEL encontram 35 a 45 para a diastólica e 65 a 75 para a sistólica. Estes autores fizeram a medição directamente nas artérias ciliares, por intermédio de uma pequena câmara de pressão, em ligação com um manómetro. A discordância verificada nos números, advém de intervirem vários factores para se conseguir o resultado final.

No exame da pulsação retiniana deve-se ainda verificar a tensão intra-ocular com o tonómetro, sendo preferível o modelo que se adapta à esclerótica, porque o que se adapta a córnea, tem o inconveniente de alterar o epitélio, e assim dificultar o exame oftalmoscópico. Também se mede a tensão arterial no braço, dando preferência ao osciloesfigmomanómetro de PACHON.

Aceita-se como normal, na relação entre as pressões, que a diastólica ou média retiniana seja metade da diastólica geral, ou pela expressão: dividir a pressão retiniana mínima (30 a 35) pelo coeficiente 0,45 para se ter a pressão diastólica geral, ou multiplicar a pressão diastólica geral por 0,45 para obter a tensão mínima da artéria retiniana. Com respeito à pressão sistólica, a constante é idêntica; também se pode utilizar o mesmo factor (0,45) mas não com tanta precisão.

Além da medição da tensão retiniana com o oftalmodinamómetro de BAILLIART e a medição da tensão intra-ocular com o tonómetro temos a considerar o índice de FRITZ, o teste neuro-capilar de MALBRAN e VIDAL, teste neuro-arterial de DAMEL e VIDAL e medição do desnível artério-venoso de WESKAMP.

Vejamos o índice de FRITZ: verifica-se na resistência das paredes e consiste na diferença entre o número colhido na pressão diastólica e o colhido na pressão sistólica. Normalmente é representada por 10 gr. de água; na esclerose a diferença chega a ser representada por 20 a 30 gr., ou mais ainda. Admite 4 tipos. Um índice baixo de FRITZ — paredes fracas com hipertensão diastólica — reechar o aparecimento de hemorragias. Um índice alto de FRITZ, com hipertensão, também é de mau prognóstico.

O teste neuro-capilar, aprecia-se com o tonómetro após a instilação de uma solução aquosa de cloreto de carbaminoil-

colina a 0.33 %, o qual actua sobre os capilares aumentando o seu volume e, portanto, aumentando a actividade capilar. Nos indivíduos normais, passado um minuto a tensão aumenta e mantêm-se 3 a 5 minutos, devido ao aumento de actividade capilar; passado este tempo, desce, por actividade capilar venosa, até voltar ao número inicial, mantendo-se 5 minutos — queda primária. A seguir vai descendo até 50 minutos — queda secundária, atribuível à acção das veias evacuadoras. Dos 50 aos 80 minutos, volta a subir para o valor inicial. Na flebo-esclerose, a descida retarda-se e não se dá queda secundária. Na artério-esclerose, há menos actividade capilar, daí o tonus inicial aumentar menos.

Passamos ao teste neuro-arteriolar. Neste teste a interpretação é feita através da tensão ocular debaixo da acção vaso-constritora do sulfato de efedrina sobre as arteriolas. Se a tensão baixa o teste é positivo, se não se modifica o teste é negativo e se a tensão aumenta o teste é invertido. Na flebo-esclerose, o teste é invertido e é negativo na artério-esclerose.

Apreciemos ainda o desnível artério-venoso de WESKAMP. Baseia-se no desnível entre a artéria e a veia, em relação à papila óptica, quando da sua emergência. Tanto a artéria como a veia seguem no nervo o seu trajecto, mas ao saírem da papila e ao entrarem no fundo do olho incurvam-se num ângulo obtuso de grau variável. Conforme a tensão intra-ocular e portanto a tensão sobre os vasos e a tensão intravascular, assim o ângulo se acentua mais ou menos, variando o espaço que separa a artéria da veia assim como a distância entre a papila e o encurvamento arterial, a papila e o encurvamento venoso. Este exame tem o contra de necessitar para a sua execução de um oftalmoscópio gigante. WESKAMP utilizou o de THORNER. Encontrou os seguintes números: nos indivíduos normais, da papila à artéria, entre 0,08 a 0,54 mm., da papila à veia entre 0,08 a 0,171 mm e da artéria à veia entre 0,00 a 0,29. Em conclusão, um desnível artério-venoso acentuado é um sinal em favor de alterações vasculares, tenham ou não os vasos lesões de esclerose.

Também a pulsação venosa pode ser observada; pode existir em indivíduos com olhos normais, verificando-se sobre a papila e podendo ser constante ou periódica.

BAILLIART, com o seu oftalmodinamómetro, também tem procurado averiguar a tensão venosa.

Continuemos ainda a tratar do exame dos fundos: vários autores têm procurado pôr em evidência a relação existente entre a pressão do líquido céfalo-raquidiano e a existente ao nível das artérias retinianas.

Sempre que se estabelece hipertensão intracraniana, advém um aumento apreciável da pressão diastólica nas artérias retina-

nas; de 35 passa para 60 ou mesmo 80. A pressão sistólica é que pouco oscila, andando entre 110 a 120 mm.

Segundo BAILLIART, quando a relação 1:2 se modifica, no sentido de a pressão retiniana diastólica sofrer um aumento entre 10 a 15 mm., em relação a metade do valor da pressão diastólica geral, colhida no braço, pensar imediatamente que nos encontramos em face de uma hipertensão cérebro-espinal. Assim se dispõe de um valioso elemento para descobrir a hipertensão intracraniana no seu início, pois anteriormente só era possível saber da existência do aumento de tensão intracraniana, através da punção lombar ou do início de estase papilar. Torna-se, porém, conveniente frisar que a hipertensão intracraniana pode ser de grau elevado e a tensão retiniana não acusar modificação correspondente ou dar-se o inverso. Não deixa, porém, de ser um elemento de valor, para se fazer a punção lombar. Também é conveniente saber que ao estabelecer-se a estase, a tensão retiniana pode cair para valores normais ou mesmo inferiores.

Aparecem indivíduos com meningite, tipo seroso, sífilítico ou tuberculoso, cujo diagnóstico precoce da doença se fica devendo à verificação da hipertensão retiniana, quando do exame dos fundos numa fase em que a papila se mostra sem alteração.

Assim se vem afirmando o valor do exame da circulação retiniana, mas não convém exagerar a sua importância. A variabilidade de números atribuídos e as formas diferentes de actuação para as colher, pedem da parte do clínico uma certa reserva.

Vejamos as pulsações patológicas, que podemos apreciar ao nível dos vasos retinianos. Pulsação de amplitude extensa na anemia avançada ou síncope eminente ao estabelecer-se uma tensão arterial baixa.

Na insuficiência aórtica, verifica-se uma pulsação de forte amplitude, que até nas artérias finas se pode observar.

Sobre a papila, devido à forte modificação que sofre o calibre vascular, estabelece-se uma alternância de escurecimento e vermelhidão. Se o olho é sujeito a pressão, o pulso toma o carácter expansivo, esvaziando-se as artérias na diástole, constituindo o pulso colapsal e enchendo-se em excesso na sístole; pode mesmo estabelecer-se um refluxo diastólico. Na doença de Basedow também aparece pulsação retiniana expansiva, mas não se verifica refluxo diastólico.

No pulso serpenteante ou flexuoso, ao dar-se a passagem da onda sistólica, o vaso como que tem movimentos serpentiformes. Nestes casos a compressão do olho elimina esta forma de pulsação para surgir a de tipo expansivo ou em forma colapsal. Pode aparecer esta forma de pulsação em casos de hipertensão essencial e anemia.

Também se podem estabelecer contracções espásticas e pulsações tónicas. Os estados espasmódicos tanto podem surgir em artérias sãs como doentes e tanto podem ser prejudiciais para a visão como o não serem. Em pessoas nervosas é frequente aparecerem súbitamente estas contracções dos vasos retinianos, seguidas de enxaqueca. Nos hepáticos, com certa sensibilidade nervosa, surgem com frequência estas contracções espásticas.

Na toxémia pré-eclâmptica, MYLIUS refere espasmos localizados, criando-se constrictões da luz dos vasos, em vários pontos. Se a toxémia é intensa, as constrictões aumentam, assumem uma forma tetânica, persistindo por várias horas. Tanto MYLIUS como VOLHARD, defendem a hipótese de o espasmo advir da existência de hipertensão e secundariamente de artério-esclerose, Também na doença de Reynaud, podem surgir estes espasmos.

Continuando no exame dos fundos, vejamos o que se nos oferece na hipertensão arterial, a qual pode trazer como consequência a doença hipertensiva da retina. O facto de ter origem nervosa ou humoral, não conta para o aspecto das lesões. Da mesma forma, as lesões são as mesmas que se observam nos fundos, quer se trate de hipertensão primária essencial, quer de hipertensão secundária a uma glomérulo-nefrite aguda ou crónica, pielonefrite, atrofia unilateral do rim, toxémia gravídica, periarterite nodosa, etc. Estes estados hipertensivos atacam as paredes vasculares na sua integridade.

Na hipertensão simples, as artérias perdem a sua sinuosidade habitual, mostram-se mais finas, a transparência vascular não se modifica e os cruzamentos artério-venosos fazem-se em ângulo obtuso, sofrendo as veias, quando do cruzamento, ligeira compressão e ainda apresentando-se mais engorgitadas e serpenteantes. Aparece o sinal de GUIST-SCHWENITZ ou seja o exagero de flexuosidade dos vasos maculares. Também o sinal de WESKAMP é positivo. Na hipertensão simples não há alterações vasculares, devido à curta duração. O quadro espasmódico da hipertensão simples é susceptível de regressão. Em regra existe um fundo psico-somático, para criar este estado. Compreende-se que não havendo lesões, os sedativos e vaso-dilatadores, resolvam o problema com facilidade e sem consequências.

O quadro da hipertensão essencial, que para muitos é uma confissão de ignorância, é, em clínica médica, uma hipertensão vascular sem nefrite. Parece, contudo, haver uma certa predisposição para ela se instalar. Querem alguns, recentemente, que a baixa de corrente sanguínea ao nível dos rins possa criar hipertensão, levando à conclusão que a causa deve estar no rim. Outros, admitem um complexo mecanismo, exposto por WEISS para regular a tensão; quando se altera por causas nervosas, tóxicas ou endó-

crinas, dá-se vaso-constricção e surge a hipertensão. Ocorre pela meia-idade e é considerada mais frequente que a hipertensão com lesões nítidas de nefrite. O que é facto, é que pode ter influência na duração da vida, podendo surgir a morte por insuficiência cardíaca, por acidente vascular cerebral e por insuficiência renal.

Na hipertensão com artério-esclerose admite-se um período activo e um período passivo.

No período activo, temos o aspecto da hipertensão simples acrescido de alargamento da faixa reflexa dorsal, e baixa de transparência do vaso. Ainda aqui as artérias são finas, ao passo que no período passivo as artérias tomam o calibre normal, torna-se mais evidente a perda de transparência e o alargamento da faixa dorsal. Este quadro do período passivo pode observar-se na artério-esclerose com ou sem hipertensão.

Há quem negue a possibilidade de lesões artério-esclerosas, sem que tenha havido prèviamente hipertensão activa, mas também se admite nos velhos a existência de artério-esclerose sem hipertensão.

Com o aparecimento de lesões orgânicas sobre a retina cria-se o quadro conhecido por retinopatia. Para este quadro ter lugar, intervêm um processo de descompensação no sistema vascular periférico, mas não só a hipertensão intervêm, ainda o estado geral do indivíduo e a permeabilidade das radículas vasculares terminais dão a sua contribuição, assim como as alterações químicas dos tecidos vizinhos. Admitem-se alterações perivasculares com a intervenção da hipertensão e, ao nível das membranas capilares, dão-se trocas fisiológicas, conhecidas até certo ponto; mas muito pouco se sabe das alterações produzidas pela doença sobre os tecidos próximos.

Na nefrite não existe só em causa a acção da hipertensão, também intervêm a acção tóxica vascular periférica, aumentando a permeabilidade das paredes. Nos conhecimentos presentes, a retinopatia parece ser o principal factor no efeito entre a tensão arterial por um lado e a permeabilidade das paredes vasculares por outro. A forma mais benigna de descompensação das radículas terminais dos vasos, surge-nos sob a forma de edema ou transudação do soro sanguíneo nos tecidos circunjacentes e predomina no pólo posterior e ao nível da papila dando estase. O avanço da descompensação, conduzindo à destruição da proteína plasmática e da parte serosa do sangue, leva a aparecerem placas algodoadas, consequência de uma infiltração generalizada das camadas retinianas, pois neste exsudato existe uma percentagem elevada de proteínas.

Estes exsudatos, podem reabsorver-se, mas para isso torna-se necessário que a causa seja de curta duração, de contrá-

rio mantêm-se, tornando-se crônicos, sobrevivendo degenerescência gordurosa e hialina nos tecidos da área atingida. Também os exsudatos podem vir a ser substituídos por placas encastoadas branco-amareladas de bordos nítidos. Na perda total do sangue, em que a descompensação mais se evidencia, verificam-se alterações hialinas e placas brancas de bordos nítidos.

O aparecimento de retinopatia na hipertensão maligna tem significado grave.

Os distúrbios vasculares com as suas consequências vêm-se, sobretudo, na diabetes sacarina e na artério-esclerose.

Também me parece oportuno dizer algumas palavras sobre lesões oculares na eclampsia e toxemia hipertensiva da gravidez. Ocorrem estes estados numa pequena percentagem de mulheres grávidas, manifestando-se usualmente para o fim do período da gestação. Aparecem alterações oftalmoscópicas, semelhantes às que sobrevêm na hipertensão maligna e na nefrite crônica. Vêem-se exsudatos algodoados, edema e hemorragias, podendo mesmo surgir descolamento bilateral da retina. O estabelecimento súbito do ataque e as alterações retinianas correm paralelas com o aumento da tensão ocular e não são devidas à lesão renal.

A aparição de lesões retinianas é indicação de terminação da gravidez, pois assim procedendo pode-se conseguir uma melhoria rápida, de contrário as consequências são funestas. É certo, quanto à mãe, que o prognóstico é menos pesado do que na hipertensão maligna e nefrite crônica, pois as lesões podem curar, mesmo o descolamento da retina, porém a regressão pode ser incompleta, com defeito visual permanente, com cicatrizes maculares e atrofia óptica. Nalguns casos, mantém-se a hipertensão, ainda que num nível mais baixo, mas não deixa de ter influência para reduzir a duração da vida.

Por 1946, a Sociedade Americana de Oftalmologia propôs uma classificação das alterações dos fundos oculares nas doenças hipertensivas, baseada no grau de constrição das artérias, estado este que só se verifica sobre estes vasos, ao passo que a vaso-dilatação pode-se dar nas artérias e nas veias; e também, baseando-se no grau de artério-esclerose.

Na constrição generalizada das artérias começando por $\frac{3}{4}$ na redução da artéria e $\frac{1}{2}$ da veia, criaram 4 graus, correspondendo ao último as artérias apresentarem-se reduzidas a fios ou serem mesmo invisíveis. Quanto aos graus segundo a esclerose, também admitem quatro. O reflexo central, já no primeiro grau se encontra aumentado, no segundo existe o reflexo de cobre, no terceiro o reflexo de prata e no quarto são finos cordões exangues.

Esta classificação tem sido sujeita a críticas. Demais, nem sempre o aspecto do fundo dos olhos, traduz o que sucede no

sistema vascular geral. O estado revelado pelas artérias retinianas é muitas vezes indicativo do estado das artérias cerebrais, mas nem sempre assim sucede.

Podê haver artério-esclerose cerebral de grau avançado e o exame dos fundos estarem longe de dar as indicações correspondentes. Apesar destas palavras, o exame dos fundos não deixa de ser um valor, com que se pode contar; porém, torna-se conveniente acentuar, dentro das devidas proporções.

Tantos casos eu tenho observado com lesões vasculares e tissulares retinianas, que mal se esboçam, em que as mais variadas análises sobre o poder funcional do rim são executadas sem qualquer resultado positivo e, que só mais para diante começam a confirmar o que há muito se suspeitava.

Quantos doentes no início da hipertensão da artério-esclerose, aparecem com hemorragias superficiais, hemorragias em flamecha. Às vezes vêm-se hemorragias com centro amarelo-pálido (anemia e leucémias).

Vejamos agora o quadro diabético que na opinião de muitos constitui um quadro à parte e que para outros é considerada na hipertensão e de retinopatia artério-esclerótica modificada pela diabetes. É sabido que os distúrbios metabólicos nos diabéticos têm efeito nocivo sobre as radículas terminais. A esclerose arterial lesa as terminações arteriais da região capilar, a diabetes lesa-as também e ainda as terminações venosas; assim se exprime BALLANTYNE e LOWENSTEIN.

Por um mecanismo desconhecido dilatam-se as arteríolas capilares, o que cria estase e secundariamente alteração das paredes. Este estado de subnutrição dos tecidos com defeituoso fornecimento de oxigénio, traz lesões degenerativas dos tecidos, podendo assim a diabetes melhorar e, contudo, as lesões manterem-se ou mesmo progredirem. Os exsudatos lembram manchas de cera e, como o seu aparecimento depende dum estado crónico, não é estranha a sua presença. Como a lesão engloba artérias capilares e veias, outras lesões podem aparecer. Verificam-se hemorragias nas extremidades dos vasos, profundamente localizadas. Muitas vezes, em casos recentes de diabetes, sòmente se verificam pequenas hemorragias pontuadas da região macular. Mais uma vez o exame dos fundos, pode prestar valioso auxílio, estabelecendo um diagnóstico precoce, cuja utilidade parece-me bem escusado exaltar.

As lesões, hemorragias e exsudatos têm um aspecto característico, sobretudo na região perimacular; exsudatos brancos, duros, encastoados, com bordos nítidos sempre por debaixo dos vasos; às vezes aparecem exsudatos amarelados, de dimensões variáveis e contornos irregulares, correspondendo a depósitos de colesterol.

As hemorragias são, sobretudo, pontuadas, de dimensões reduzidas; às vezes são grandes, extravasando-se para o vítreo, podendo dar retinite proliferante e perda de visão.

Quando aparecem exsudatos algodoados e papilo-edema, deve-se pensar nas formas mistas, ou seja, na adição de hipertensão ou nefrite. Mais uma vez se põe bem em evidência o valioso auxílio que o exame dos fundos pode prestar.

Se a concentração de gorduras, em jovens diabéticos, atinge certo valor, basta 5 %, temos a lipémia retiniana, que se caracteriza por os vasos retinianos passarem a ter a cor de salmão sobre a papila e a retina uma cor amarelada.

Ainda os aspectos dos fundos nas trombozes e embolias, podem-nos trazer preciosas indicações.

Quantas vezes lesões de corioretinite pigmentada periférica, são o único indicativo para levantar o véu sobre uma sífilis que se mantinha ignorada.

Também o exame da papila é de grande utilidade.

Quantas vezes uma nevrite justapapilar ou retrobulhar nos põe na pista de uma sífilis ignorada. A saliência da papila, a estase papilar, quando se estabelece, torna-se um precioso auxiliar. Aparece na alteração da dinâmica do líquido cerebral, sobretudo nas formas hipertensivas, mas podendo também aparecer nas formas hipotensivas e, ainda, nas alterações ligadas com estados hipertensivos vasculares. É um poderoso indicativo para a existência de neoformações intracranianas: aracnoidites, meningites e compressões a seguir a traumatismos graves do crânio. Com a estase da hipertensão arterial, o diagnóstico torna-se às vezes difícil. Então a tensão retiniana, pode prestar valioso auxílio, pois em regra é superior a que se costuma constatar nos tumores, apesar de se afirmar que também existem alguns tumores cerebrais, que se podem acompanhar de alta tensão retiniana. Convém, porém, acentuar que o aumento da estase, acompanha-se de baixa da tensão retiniana, auxiliando assim a estabelecer o diagnóstico diferencial.

Já me excedi, pedindo por isso as minhas desculpas e agradeço a vossa atenção. Estou convencido que todo o clínico reconhece de há muito o valor deste exame, o que talvez não o utilize é com a frequência que lhe é devida.

(Esta palestra foi acompanhada de projecções dos aspectos dos olhos aqui focados.)

Indicações e contra-indicações das injecções intra-arteriais terapêuticas ⁽¹⁾

por JOSÉ GARRETT

1.º Assistente na Faculdade de Medicina do Porto

A introdução de medicamentos por via arterial, inicialmente, teve em mira conseguir o máximo possível de concentração de um fármaco no foco mórbido a que se destinava; mas o estudo das reacções fisiológicas às injecções mostraram que outros factores influem nos resultados do método, adicionando-se à simples acção tópica. De esse conjunto resultam os efeitos das injecções, cuja utilidade se manifesta principalmente em duas ordens de afecções, as infecções localizadas e as doenças vasculares; e ainda no tratamento do choque hemorrágico pela transfusão sanguínea.

I — INDICAÇÕES

Tem sido avultado o número de estados patológicos em cuja terapêutica se tem empregado a via arterial. Começou-se pela tuberculose osteo-articular, pela hipertensão craniana, pelo tétano, pela sífilis nervosa, pelas infecções agudas dos membros; e estendeu-se a outros, como a febre reumatisal, a artrite blenorragica, a doença do sono, a lepra, os acessos perniciosos comatosos, as lesões infectadas da cabeça incluindo as meningites, as infecções intra-abdominais...

Embora haja registo de resultados favoráveis nalgumas de estas circunstâncias, limitamos a nossa exposição às três acima referidas, as que conservam interesse actual e em que se obtêm êxitos mais constantes.

a) *Infecções localizadas graves*

Proposta, e largamente utilizada, em todas as infecções graves dos membros, quer das partes moles (fleimões, abscessos profundos, linfangites agudas, supuradas ou não, gangrenas de todos

(¹) A publicação, no penúltimo número de esta revista, do artigo «Alguns aspectos physio-farmacológicos da terapêutica por via arterial» suscitou o pedido de alguns colegas para que publique, com finalidade de vulgarização do método, as noções necessárias para a sua utilização clínica; pedido que aqui fica satisfeito, quanto às indicações e contra-indicações. Para o próximo número ficará a parte relativa à técnica.

os tipos, úlceras crônicas, feridas tórpidas, etc.), quer das articulações (artrites agudas, supuradas ou não), quer ainda dos ossos (osteomielites e fracturas expostas), a terapêutica por via arterial conta neste campo um número de êxitos de tal forma impressionante que o seu valor não pode ser negado por ninguém, apesar de, como a propósito já em 1938 escrevia REYNALDO DOS SANTOS, «il est difficile de démontrer la supériorité d'une méthode s'appliquant à des cas si divers comme nature, localisation et gravité de l'infection et où les autres méthodes ont aussi leurs guérisons. La valeur comparative des résultats n'a une réelle signification que pour celui qui les contrôle, parcequ'il est difficile de communiquer aux observations, en dehors des données objectives, l'impression clinique qui justifiait la gravité du pronostic et rendait impressionnants les résultats de la thérapeutique».

Todos sabem, na verdade, como as incisões, as contra-aberturas e as drenagens de abundantes colecções purulentas das massas musculares e das bainhas tendinosas não dão tantas vezes o resultado desejado, em virtude da formação de novos focos de retenção de pus e da manutenção de zonas não drenadas, mesmo hoje que dispomos de antibióticos poderosos e praticamente atóxicos para generosa aplicação sistêmica. Ninguém desconhece, por exemplo, as dificuldades do tratamento cirúrgico dos fleimões tendinosos graves de mão, nem como tantas vezes eles levam à incapacidade funcional ou mesmo à amputação. E, como é evidente, um método (e o método arterioterápico está nesse caso) que seja capaz de fazer abortar de início a maior parte destas infecções, de localizar a infecção grave que começa a estender-se, de encurtar a duração do tratamento e, mesmo quando de todo não pode evitar a terapêutica cirúrgica, consegue reduzir ao mínimo as incisões evacuadoras e dispensar as drenagens, e quase de todo exclui a necessidade de amputação ou, pelo menos, permite uma amputação mais econômica, bem merece ser integrada na prática de rotina dos médicos mais directamente interessados no tratamento destes estados inflamatórios graves. E, na verdade, quando aplicada criteriosamente, a arterioterapia faz tudo isso, na generalidade dos casos. É pelo menos essa a ideia com que se fica ao ler a casuística apresentada pelos muitos autores cujos trabalhos tivemos oportunidade de consultar.

Os resultados mais brilhantes da arterioterapia nas afecções deste grupo observam-se nas infecções graves das partes moles ⁽¹⁾,

(1) CID DOS SANTOS, a este propósito, afirma: «Numa série de cerca de 200 casos, entre os quais se encontra uma forte proporção de fleimões graves, não contamos uma amputação ou uma morte. Mas queremos acentuar que não é somente a amputação e a morte que se devem considerar ao apreciar os

revestindo o facto especial importância em virtude de 70 % das lesões de guerra serem representados por lesões das extremidades de este tipo (GLASSER & COLAB) e pertencerem a este grupo também a quase totalidade dos ferimentos ocasionados por desastres no trabalho industrial.

As lesões articulares infectadas dos membros respondem pior à terapêutica por via arterial, pois a não ser na fase aguda, de início, ainda sem supuração, em que uma única injeção intra-arterial, aplicada precocemente, pode fazer abortar o processo com rapidez, na maioria dos casos, em que já há supuração mais ou menos abundante, as incisões tornam-se indispensáveis, embora se possam por vezes pôr de lado as drenagens ou, pelo menos, reduzi-las ao mínimo; mas não há dúvida que também aqui a arterioterapia constitui medida terapêutica que se não deve desprezar, como único tratamento ou como coadjuvante poderoso da atitude cirúrgica, pois, tal como sucede com as lesões das partes moles, sob a acção das injeções intra-arteriais a infecção circunscribe-se e rapidamente se extingue, e a cura do processo apressa-se muito, dando resultados funcionais nitidamente superiores aos geralmente obtidos com outros métodos.

Lembremos ainda que, ao contrário do que sucede com as lesões das partes moles, em que o mercurocromo se mostra superior, nas infecções articulares, embora aquele anti-séptico registre também muitos êxitos, são as sulfamidas os fármacos que, à excepção da penicilina, melhores resultados tem fornecido (CID DOS SANTOS).

No que respeita às lesões ósseas (fracturas expostas e osteomielites) os resultados obtidos com a arterioterapia são mais difíceis de apreciar, pois o tratamento pelas injeções intra-arteriais habitualmente não dispensa, como facilmente se compreende, a terapêutica cirúrgica complementar, que por si só é capaz de resolver favoravelmente, por vezes, alguns casos. Pode dizer-se, no entanto, que nas fracturas expostas a arterioterapia é absolutamente eficaz na prevenção da infecção, e que é grandemente útil a sua aplicação nas estomielites agudas, nos surtos agudos das osteomielites crónicas, particularmente nas fistulizadas.

O problema do tratamento das osteomielites por via arterial tem sido largamente debatido, e a experiência acumulada até à data prova o grande interesse que a arterioterapia, sobretudo com as sulfamidas e a penicilina, possui no tratamento de tão incó-

resultados da arterioterapia com estase; o rápido domínio das infecções e a benignidade e a simplicidade da sua evolução, comparadas com as que se observam quando são instituídos os métodos terapêuticos clássicos, constituem para nós o supremo valor do método».

moda como frequente moléstia. De entre os muitos autores que mais se tem dedicado ao estudo deste problema, sobressai BRANCO RIBEIRO, de S. Paulo; a ele pertencem as linhas que vamos transcrever a seguir e que dão perfeita ideia do que se pode esperar da sulfamidoterapia por via arterial no tratamento das osteomielites: «Na osteomielite, a sulfanilamida por via arterial detém o processo inicial e vence rapidamente os surtos evolutivos; a sua aplicação apresenta efeitos visíveis nos estados agudos, impedindo que a infecção atinja novas regiões, circunscrevendo o foco inicial, onde a moléstia segue o seu curso natural de formação e eliminação de sequestros. Quanto à osteomielite crónica, já os seus efeitos não são tão palpáveis; diminui a secreção purulenta, modifica-se o aspecto do pus, apressa-se a reconstrução óssea, mas a cura não se dará enquanto persistirem os sequestros». No que respeita à penicilinoterapia pela mesma via o mesmo se pode dizer, e talvez ainda que a penicilina intra-arterial precoce tem a virtude de fazer abortar um foco de osteomielite em início, sem sobrevir a evolução para o aparecimento de sequestros. Em monografia publicada em 1947, sobre o assunto, o referido autor brasileiro chega às seguintes conclusões que sintetizam afinal o parecer de quase todos os cirurgiões que tem aplicado o método em idênticas circunstâncias: 1. A penicilina tem plena indicação nos casos de osteomielite. 2. Na osteomielite aguda, precocemente empregada, a penicilinoterapia pode agir como tratamento abortivo. 3. Nos surtos agudos de osteomielite crónica a penicilinoterapia age com rapidez e eficiência. 4. A via arterial apresenta vantagens sobre as demais, no tratamento das osteomielites. 5. Para o tratamento abortivo das osteomielites agudas a via arterial é a mais indicada. 6. A penicilinoterapia por via arterial nas osteomielites é método que se não mostra inferior a qualquer outro, podendo ser associado à cirurgia, quando esta estiver indicada».

Pelo que respeita à via aórtica tem sido preconizada e utilizada com ótimos resultados (principalmente por REYNALDO DOS SANTOS, CID DOS SANTOS e CUNHA LAMAS) no tratamento das mais variadas infecções dos órgãos abdominais, como por exemplo as pelvipерitonites, anexites, apendicites agudas (mesmo operadas e então como complemento da operação), peritonites perforativas ou traumáticas, infecções hematogêneas do rim, esplenohapatites, abscessos sub-frênicos, pancreatites supuradas, etc., etc.

b) *Doenças arteriais*

Foi sobretudo desde 1935 em diante, depois de LERICHE ter proposto o uso da procaína por via arterial no tratamento das

crises dolorosas da endoarterite obliterante, que tomou vulto a ideia de levar medicamentos modificadores do tono dos vasos directamente ao contacto da rede neurovascular periférica da região doente por meio das injecções intra-arteriais.

Não se pensa, nestes casos, em tentar uma terapêutica verdadeiramente curativa, pois sabemos que a maior parte destas doenças tem um substrato lesional da íntima que é progressivo e irreversível; mas o que se pretende é tornar, no ponto de vista circulatório, o mais eficaz possível a rede colateral vicariante, quase sempre fortemente contraída, possivelmente por reflexos vaso-constritores partidos da parede arterial doente. Assim se justificam, portanto, as tentativas de obtenção de uma intensa vaso-dilatação da rede arterial colateral, por meio de injecções intra-arteriais de anestésicos locais, vaso-dilatadores pròpriamente ditos e anti-espasmódicos.

Essas tentativas constituem o início de um capítulo novo da terapêutica, que está actualmente em pleno desenvolvimento, mas que já deu resultados que indubitavelmente merecem a atenção cuidada dos médicos.

Os medicamentos applicados por via arterial nas doenças vasculares periféricas ou actuam sobre a inervação vegetativa ou incidem sobre a própria musculatura lisa dos vasos. Os seus efeitos dependem, em grande parte, da participação que os factores funcionais tem no conjunto patológico. Se as alterações orgânicas são muito extensas, atingindo mesmo a circulação colateral, como frequentemente succede na arteriosclerose e nos diabéticos, os efeitos benéficos serão muito discretos, o mesmo sucedendo nos casos em que o rendimento da circulação vicariante atingiu já o seu máximo. Se, pelo contrário, um sistema extenso de colaterais está reflexamente contraído e pode ser permeabilizado, a terapêutica dará então resultados impressionantes.

A novocaína intra-arterial, primeiro preconizada por LERICHE e depois largamente utilizada por outros autores (DIMITZA & ROSSIER, REYNALDO DOS SANTOS, KAPPERT, MALAN & ENRIA, etc.), tem evidenciado bons resultados, quer actuando directamente sobre as fibras sensitivas dos vasos, quer favorecendo a circulação colateral (1).

A acetilcolina, sôzinha ou associada à prostigmina, foi utilizada principalmente por SINGER, TAGNON, CATALANO e outros, com bons resultados, quando usada por tempo bastante longo e

(1) Em cães com artérias femorais laqueadas, e apesar dos resultados clínicos evidentes, SOLISA PEREIRA, ÁLVARO RODRIGUES & ROBERTO CARVALHO não puderam apreciar, pelo exame arteriográfico, melhoras da circulação colateral pela injecção intra-femoral de novocaína, acima do ponto da laqueação.

sobretudo nos casos em que a doença se acompanha de claudicação intermitente intensa.

RENDANO utilizou, por via arterial, a papaverina e a eupaverina com o mesmo fim, mas a eupaverina mostrou-se excepcionalmente dolorosa. A acção da dolantina foi também estudada experimentalmente pelo mesmo autor que pôde concluir pela utilização da dolantina intra-arterial como espasmolítico das artérias fortemente contraídas. Também SINGER e DENK utilizaram a papaverina intra-arterial e chegaram às mesmas conclusões.

O ácido nicotínico foi largamente utilizado por FRANCAVIGLIA & TURCHETTI, KAPPERT, CATALANO, MALAN & ENRIA, etc., com resultados muito animadores.

WEISSENBACH & FAULONG obtiveram efeitos impressionantes ao injectarem o «Priscol» nas artérias de doentes com arterites, com síndromas de Reynaud, com congelamentos e acroparestesias, etc., efeitos que SINGER também obteve.

O gluconato de cálcio a 10 % e a 20 % vem sendo usado desde 1947 na Policlínica Médica de Berne (KAPPERT), em injeções intra-arteriais, como novo método de tratamento das alterações da circulação periférica, com muito bons resultados, o mesmo sucedendo com as injeções intra-arteriais de meta-sulfonato de dihidro-ergotamina, sal derivado do conhecido alcalóide hidrogenado da cravagem do centeio, o qual tem, como se sabe, intenso efeito simpaticolítico.

Recentemente, OUDOT propôs como novo método vaso-dilatador de grande interesse, a perfusão intra-arterial, por meio do aparelho de Jouvelet ou de Tzanck, durante 15 a 30 minutos, do seguinte soluto: acetilcolina — 0,20, cloreto de potássio — 0,20, bicarbonato de sódio — 0,20 e soro glucosado isotónico — 200 c. c.; baseando essa proposta numa experiência de muitas dezenas de casos em que a par de resultados excelentes, embora transitórios, não conta qualquer incidente.

Vemos, pois, pelo breve apontamento que acima deixamos, que o tratamento intra-arterial com vaso-dilatadores e espasmolíticos encontra um grande campo de aplicações em todos os transtornos oclusivos da circulação periférica e em todas as afecções vasculares das extremidades, caracterizadas por intenso espasmo arterial periférico (congelamentos, doenças de Reynaud, etc.).

Lembremos, finalmente, de novo, que se, nos casos em que há um substrato lesional, irreversível e progressivo, só o cirurgião terá que dizer a última palavra e, eventualmente, representar o acto final da tragédia, a terapêutica por via arterial das doenças arteriais nem por isso perde o seu interesse, pois quanto não significa podermos agir sobre as dores lancinantes acusadas pelos doentes durante a crise angiospástica, ao mesmo tempo que, por

meio de uma prática simples e inócua, vamos actuar também sobre a circulação colateral, ampliando e apressando as suas possibilidades hemodinâmicas. Assim o tratamento vaso-dilatador intra-arterial não só aliviará o doente de um sofrimento intenso, permitindo-lhe vida mais normal e dispensando-lhe os narcóticos e analgésicos, mas também, e sobretudo, poderá melhorar grandemente o prognóstico, favorecendo o desenvolvimento da circulação vicariante e intervindo, portanto, favoravelmente sobre a vitalidade dos tecidos doentes.

Relacionada com a terapêutica vaso-dilatadora está a terapêutica por via arterial de alguns edemas periféricos, que tem sido tentada por vários autores com relativo êxito.

Baseando-se no aproveitamento da propriedade modificadora da pressão colido-osmótica da glicerina, BOWESMANN injectou o glicerol a 8 % nas artérias femorais de doentes atacados de elefantíase dos membros inferiores, obtendo uma discreta redução do volume dos membros tratados. Ensaando o método de BOWESMANN num caso de elefantíase do membro inferior originada por osteoartrite tuberculosa fistulizada, MALAN & ENRIA nem sequer esse modesto resultado puderam conseguir. Já com a injeccção intra-arterial de soro glucosado hipertónico a 50 % os referidos autores italianos obtiveram resultados interessantes, embora transitórios, em quatro casos de edema pós-infeccção, e uma cura definitiva num caso de edema pós-flebítico. Num dos casos de edema pós-infeccção, que durava havia anos, e dava ao membro volume enorme, o êxito foi impressionante: ao fim de 15 dias de tratamento (4 injeccções de 20 cc.) o perimetro da coxa, joelho, perna e maléolos diminuiu respectivamente 12, 12, 15 e 8 centímetros; as melhoras persistiram durante todo o período do tratamento, o que permitiu ao doente uma vida normal, praticamente sem incómodos; mês e meio após a suspensão do tratamento o membro retomara já o volume inicial.

Recentemente, KAPPERT, na Policlínica Médica de Berne, estudou a acção do gluconato de cálcio, injectado nas artérias, sobre a resistência capilar e verificou, após as referidas injeccções, um impressionante aumento de aquela resistência, nos capilares do membro onde a injeccção se pratica; esse aumento persiste durante duas horas e mais após a administração intra-arterial do cálcio, enquanto o aumento observado com as injeccções intravenosas do mesmo produto é muito mais pequeno e não chega a durar 30 minutos, em média. Partindo destas investigações, o referido autor suíço examinou os efeitos das injeccções intra-arteriais de cálcio, sob a forma de gluconato a 10 e a 20 %, no tratamento das formas inflamatórias do linfoedema das extremidades

consecutivas a diversas afecções locais. Assim, para combater os processos exsudativos, levou o cálcio, por via arterial, em forte concentração, aos tecidos doentes, para aí ele desenvolver a sua acção impermeabilizadora das membranas; e para actuar sobre os surtos infecciosos administrava conjuntamente a penicilina, por via arterial também e por via intramuscular, se necessário. Habitualmente fazia a injeção intra-arterial, diária ou em dias alternados, de uma mistura de 30.000 U de penicilina e de 10 cc. de gluconato de cálcio a 10 % e, se o processo inflamatório assim o exigia, mais 150.000 U de penicilina por via intramuscular, e por dia. Os resultados traduziram-se por um retrocesso nítido dos edemas, o que permitia aos doentes uma vida praticamente normal e sem incómodos.

Estamos, pois, em presença de uma nova indicação da via arterial, que exige ainda longo estudo e larga experimentação clínica, mas que, pelos resultados já obtidos, parece cheia de promessas e digna de atenção.

Em 1947, também MALAN & ENRIA realizaram ensaios experimentais do tratamento do edema cerebral agudo por via carotídea. Estes autores provocaram experimentalmente no animal um edema cerebral agudo por meio de injeções intra-carotídeas de doses altas de ácido nicotínico; estudaram depois a acção, através do encefalopletismograma, das injeções intra-carotídeas de soro glucosado a 50 %, de soro lactosado a 40 % e do mesmo soro a 30 %, sobre a evolução do referido edema e verificaram efeitos nitidamente favoráveis, os quais lhes parece poderem ser aproveitados na clínica humana. Para isso, sugerem o emprego de injeções intra-carotídeas de soro glucosado a 50 % (o que deu melhores resultados) ou de plasma, consoante a natureza dos casos. Esta sugestão, tanto quanto pudemos avaliar pela literatura acessível, não foi ainda aproveitada.

c) *Choque hemorrágico*

No n.º 3 de 1948 do «Portugal Médico», em colaboração com o colega ABEL TAVARES, publicamos um trabalho experimental sobre a transfusão sanguínea intra-arterial centrípeta, assim chamada pelo facto de a administração do sangue se fazer no sentido do coração, trabalho realizado com o fim de confirmar os resultados experimentais de KOHLSTAEDT & PAGE, pelos quais o método assumiria relevante importância em situações que reclamem efeitos rápidos da transfusão sanguínea, como o de grandes hemorragias. No nosso ensaio chegamos às seguintes conclusões: a via arterial, para produzir os mesmos efeitos que a via venosa no restabelecimento da pressão sanguínea, exige uma quantidade

de sangue muito menor e os efeitos verificam-se num menor lapso de tempo. Além disto observou-se que, nas hemorragias muito profusas, a transfusão por via intravenosa produz por vezes a morte do animal, o que se não dá com a via arterial; provavelmente este facto deve-se ao esforço, exigido a um coração isquemiado, pela entrada do sangue quando injectado por via venosa, ao passo que por via arterial não só o coração seria poupado como seria mesmo beneficiado pela perfusão das coronárias e dos centros nervosos.

Trabalhos experimentais posteriores ao nosso, devidos a ROBERTSON, TRINCHER & DENNIS, e a MALLET-GUY, FEIT, RADEMAKER & VIGNON, confirmaram inteiramente aquelas conclusões.

Pelo que respeita à aplicação clínica do método, a prioridade pertence a REYNALDO DOS SANTOS que começou a puncionar as artérias periféricas e a aorta, quando as veias se não prestavam à transfusão do sangue. No entanto, é a CID DOS SANTOS que se deve o estudo pormenorizado do assunto, em sucessivas publicações a partir de 1937. No ano seguinte a este, TUOHY, da clínica Mayo, sem citar os trabalhos portugueses, propõe a via aórtica para a transfusão em crianças. Depois, larga série de autores (PAGE, DAVIES, KENDRICK & WAKIN, PETROV, ROUX, KAY & HACKER, etc.) utilizaram o método com efeitos clínicos concordantes com os experimentais. Um deles, NEGOWSKI, tendo-o aplicado em casos extremos, colheu resultados tão impressionantes que os classificou de «ressurreição» dos doentes.

Razão, há, pois, em considerar esta indicação, a da transfusão sanguínea por choque hemorrágico, como uma das mais positivas.

II — CONTRA-INDICAÇÕES

Não há contra-indicações formais para a arterioterapia, que não sejam as derivadas do estado geral do doente; e, nestes casos, a contra-indicação refere-se ao fármaco e não ao método da sua aplicação.

Os estados de hipertonia arterial não constituem contra-indicação absoluta, mesmo para as injeções de fármacos anti-sépticos, visto poder dominar-se completamente o vaso-espasmo, que nestas circunstâncias surge com frequência, procedendo-se ao bloqueio anestésico do simpático.

Pode apontar-se como contra-indicação, relativamente aos anti-sépticos, segundo MALAN & ENRIA, a trombose recente ou definitiva; mas, por outro lado, segundo KAPPERT, as embolias agudas tem nas injeções intra-arteriais com vaso-dilatadores o seu tratamento de eleição.

Os preparados originais



DE NOVO À VENDA EM TUDO O PAIS

Dilaudid «Knoll»

Composição morfínica valorizada para abolição de acentuados estados dolorosos

Tubo com 10 comprimidos. Caixa com 5 ampolas.

Xarope «Knoll» de Paracodina

Calmante da tosse de efeito seguro

Frasco com 100 gr. A Paracodina também existe em comprimidos: Tubo com 20 comprimidos de 0,01 gr.

Iodo-Calcio-Diuretina «Knoll»

Para combate da arterio-esclerose e de perturbações do angor pectoris

Tubo com 20 comprimidos.

KNOLL A.-G.

FÁBRICAS DE PRODUTOS QUÍMICOS · LUDWIGSHAFEN / RHENO

A L E M A N H A

Representantes: AUGUST VEITH, Herdeiros
Rua da Palma, 146, 2, Telefone 2 5137, LISBOA

TONOCÁLCIO-PÓ

UM NOVO PRODUTO EM PÓ
SOLÚVEL, CONTENDO CÁLCIO
FÓSFORO E VITAMINAS B¹ C E D

III

TONOCÁLCIO-RECTAL

Supositórios de 3 grs. para Adultos

III

TONOCÁLCIO-RECTAL INFANTIL

Supositórios de 2 grs. para Crianças

III

LABORATÓRIOS "LAB"

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

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Serviço de Propedêutica Cirúrgica

A propósito de

Um caso de tumor de células
da granulosa (1)

por M. CASTRO HENRIQUES

Assistente

Porque à fisiopatologia se presta hoje maior atenção, porque novos meios de investigações se proporcionam, e porque corajosamente se abandonam ideias clássicas tidas por certas mas que se revelam erradas, adivinham-se para um futuro próximo progressos que abrirão horizontes novos no capítulo da patologia endocrínica feminina.

Existe no arquivo de Propedêutica Cirúrgica o boletim clínico (617-A) referente a uma doente (Suzana L. A.) de 25 anos, casada, que no dia 20 de Janeiro de 1949 deu entrada naquele Serviço.

Dores em moedeira, constantes e difusas por toda a fossa ilíaca esquerda, acompanhadas por grande mal-estar geral, perda de apetite, temperatura sub-febril, cefaleias intensas e frequentes, zumbidos, tonturas e, de quando em quando, lipotimias afligiam-na desde já há algum tempo, isto é, desde Setembro do ano anterior, mês em que pela primeira e única vez esteve amenorreica. Em Novembro desse mesmo ano e coincidindo com o período catamenial, teve uma abundante hemorragia durante a qual as dores se exacerbaram extraordinariamente: foi-lhe feita medicação sintomática e dado o conselho de se internar para ser operada, o que só fez passados dois meses porque dores e sintomatologia de ordem geral se mantinham.

Nada havia que particularmente chamasse a atenção pelo que diz respeito a antecedentes familiares, pessoais e aparelhos respiratório, cárdio-vascular e digestivo.

Ao exame da doente encontrava-se um ventre globoso, de paredes distendidas, sem rede venosa suplementar nem pigmentação da linha branca, com timpanismo à percussão; ausência de sinais clássicos de ascite. Região hipogástrica e fossas ilíacas muito sensíveis à palpação, particularmente à esquerda onde se identificava uma tumefacção dura, lisa, do tamanho aproximado de uma cabeça de feto, de limites imprecisos, sem mobilidade, extremamente dolorosa. O toque vaginal confirmava a hipótese de se tratar de um tumor dependente do anexo esquerdo assim como permitia identificar o útero pequeno e

(1) Apresentado às Reuniões Científicas da Faculdade de Medicina do Porto em 10-III-1951.

desviado para a direita. Exame ao espéculo negativo. Havia um corrimento abundante, fluido, amarelado, de cheiro fétido.

Assim, após breve período pré-operatório durante o qual se fizeram apenas os exames laboratoriais da rotina, faz-se a intervenção — Prof. JOAQUIM BASTOS — Op. N.º 465 —. Diagnóstico feito durante a intervenção e depois confirmado pelo exame histo-patológico (N.º 17.101): *ovário volumoso, deformado por bolsa já aberta e nódulos irregulares, duros, o maior dos quais do tamanho de um punho: tumor da granulosa* (Prof. AMÂNDIO TAVARES).

Sintomatologia por demais inexpressiva, por demais incharacterística: nem uma manifestação de hiperestrogenismo, nada que levantasse a suspeita de se tratar de um tumor com propriedades hormonais, nada que levasse à colheita para exame, do raspado endometrial em busca daquele elemento que, segundo VARANGOT, é constante e de importância decisiva para o diagnóstico: a hiperplasia glândulo-quística, considerada com teste fiel de sobrecarga foliculínica. «Esta coexistência constitui uma prova decisiva da actividade hormonal destas neoplasias», são palavras daquele autor que fundamenta tal afirmação no estudo de 122 observações.

É na nossa doente? *Útero pequeno, de parede muito espessa e dura: metrite parenquimatosa* foi a resposta dada pelo laboratório de Anatomia Patológica; aquilo a que RICHELLOT chama um útero fibromatoso sem mioma, e que, autores como FABRE, descrevem como apanágio de certas menopausas longas e difíceis, acompanhadas de leucorreia crónica e menorragias abundantes, atribuídas a uma disfunção hipófiso-ovárica.

Durante muito tempo foram estes tumores designados por foliculomas, designação essa que vem sendo substituída por outras de carácter histo-fisiológico e embriológico: tumores de granulosa, tumores de células da granulosa, ou, como modernamente SCHILLER pretende, mesenquimomas. Continuariam, no entanto, englobados na categoria de tumores com a actividade hormonal, ou melhor feminizantes, e como tal responsáveis pelas flagrantíssimas modificações que se observam na mulher pré-púbere que o alberga e pela espécie de rejuvenescimento que acarretam àquela que ultrapassou a menopausa. Tudo se passa como se de facto houvesse uma saturação foliculínica do organismo, saturação essa que tão inconsistente se manifesta quando se fazem os doseamentos hormonais no sangue ou na urina.

Recentes e interessantes experiências de LI e GARDNER, confirmadas por FURTH e SOBOL, sugerem quanto à génese destes blastomas uma hipótese digna do maior interesse. Estes investigadores transplantaram para o baço um ovário de uma rata e extirparam o outro: demonstraram que, em animais assim preparados, a circulação portal carreava para o fígado onde eram destruídos, os estrogénios elaborados pelo ovário enxertado: tal como nas castradas, sucedia que a hipófise começava a elaborar quantida-

des maiores de gonadotrofinas e, assim, se os animais eram conservados vivos, observavam o aparecimento de tumores da granulosa formados a expensas do tecido mesenquimatoso daquele ovário por assim dizer hiperestimulado por um excesso da hormona ante-hipofisária. Por analogia, admitem aqueles autores a hipótese de que na mulher o aparecimento de tais blastomas, estará condicionado a um aumento da secreção gonadotrófica devido quer a uma causa desconhecida, quer a uma baixa de secreção hormonal ovárica ou a uma alteração no metabolismo desta.

Relacionadas estas experiências com aquelas outras realizadas já em 1927 na Alemanha por ZONDEK e ASCHEIM e na América por SMITH e ENGLE, em que eram feitos enxertos hipofisários a fêmeas de ratos pré-púberes, em actividade genital e nas que tinham ultrapassado este período, mercê dos quais surgiam no animal modificações análogas às observadas em casos de T. G. G. nestes três períodos de actividade genital da mulher, compreende-se a viva controvérsia estabelecida entre aqueles que responsabilizam pela sintomatologia unicamente o ovário, e os outros que pretendem ver nela apenas o resultado de um hiperfuncionamento da hipófise anterior.

A apresentação deste caso sugeriu tais considerações porquanto no novo e prometedor capítulo da quimioterapia ⁽¹⁾ pelos frenadores ante-hipofisários, se vislumbra hoje a perspectiva não só de investigação e base experimental com o fim de resolver tal dúvida de fisiopatologia, mas ainda de oportunidade terapêutica que possivelmente permitirá encarar a cirúrgica não como solução única nas diferentes situações que a clínica proporcionar.

BIBLIOGRAFIA

- BEDOYA, J. M. — Tumores ováricos. Madrid, 1950.
BELO PEREIRA — Actualidades Biológicas, XXI, 1948.
DESJACQUES, R. — Lyon Chirurgical, T. 43, 5, 1948, 560.
HORTA, J. — Amatus Lusitanus, III, 4, 1944.
FREITAS SIMÕES — Gazeta Médica Portuguesa, III, 4, 1950, 893.
MAGANO, F. — Portugal Médico, 2, 1944, 53.
MACCIOTTA, M. — Rivista Italiana di Ginecologia, 24, 6, 1946.
MOULONQUET — Les diagnostics anatomo-cliniques de. Lecère — II parte.
NETTER, A. — Gynécologie — Editions Médicales Flammarion, 1949, 1950, 1951.
RHODS, E. E. — American Journal of Obstetrics and Gynecology, 51, 4, 1946.
SODEMAN — Pathologie Physiology Medanioms of Diseases, 1950, 549.
VARANGOT, J. — Journal de Chirurgie, 51, 1938, 651.

(1) Mais recentemente os trabalhos de NOBLE, PLUNKRETT e TAYLOR com extractos de «Lithosperm Rudera».

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

A MEDICINA CONTEMPORÂNEA, LXIX, 1951 — N.º 4 (Abril): *Organização actual da cirurgia plástica e maxilo-facial em alguns países da Europa*, por A. Baptista Fernandes; *Coriépitelioma maligno*, por D. Pedro da Cunha; *Um caso difícil de diagnosticar (acrodinia)*, por J. de Oliveira Carvalho. N.º 5 (Maio): *A circulação pulmonar em diversas situações patológicas: investigações angiopneumográficas*, por Lopo de Carvalho, Carlos Vidal, Lopo Cancela e Lopo de Carvalho, filho; *Alguns casos de tuberculose pulmonar tratados pela Tio-semicarbazona*, por Trajano Pinheiro; *Hemotórax traumático, descorticação pleural. cura*, por Esteves Pinto; *Sobre a eficácia de alguns pneumotórax muito parciais*, por Jorge Santos; *Reacções febris provocadas pelo T. B. I*, por Manuel Pizarro Beza.

TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR PELA TIO-SEMICARBAZONA. — A partir de Fevereiro de 1950, o A. submeteu a tratamento pela Tio-semicarbazona, até à data da apresentação de este trabalho (Março de 1951), uns 100 doentes, dos quais 69 já têm tempo bastante para verificação dos resultados. Nota que, sendo a tuberculose uma doença que na sua forma de primo-infecção tem tendência espontânea para a cura, na sua forma de reinfeção, uma doença averiguadamente crónica, com longos períodos de estabilização e regressão lesional, a que se seguem surtos evolutivos de maior ou menor intensidade, é bem difícil avaliar, com precisão, a eficácia terapêutica de qualquer medicamento ensaiado com foros de específico. Ora, em matéria de tuberculose, para que se possa dar real valor ao medicamento, este deverá obedecer, pelo menos, aos três requisitos seguintes: 1.º — Inibir «in vitro» o desenvolvimento do bacilo; 2.º — Ser activo para a tuberculose experimental da cobaia; 3.º — Mostrar-se activo no sentido de regressão lesional na tuberculose humana. No caso particular das Tio-semicarbazonas, os dois primeiros estão já suficientemente demonstrados, e para elucidação do terceiro, sobre o qual há opiniões muito diversas, se publica o presente trabalho, no qual o A. seguiu a seguinte norma:

1.º — Utiliza uma Tio-semicarbazona preparada por um laboratório nacional, apresentada em pequenos comprimidos de 50 mgr.

2.º — A droga foi administrada na dose diária inicial de 100 mgr. na primeira semana, aumentando na segunda para 150 mgr. e mantendo a dose terapêutica com 200 mgr.; só em dois casos essa dose se fixou em 250 mgr.

3.º — A sua ingestão foi feita sempre com o estômago cheio, por

EUCODAL

Analgésico e narcótico de confiança, de acção mais rápida e, por vezes, mais intensa do que a morfina

Por via subcutânea (também oral) para analgesia em

Cólicas biliares e renais,
Crises gástricas,
Neofomações malignas,
Acidentes,
Queimaduras,
antes e após operações

Por via oral

Estados de irritação das vias respiratórias, como faringite, traqueíte, bronquite, laringite, pleurite, tuberculose laríngea e pulmonar.

Apresentação:

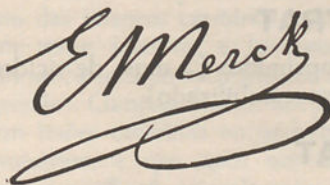
Ampolas a 0,01 e 0,02 gr.: caixa com 10
Comprimidos a 0,005 gr.: tubos com 10 e 20

SCOPHEDAL

Comprovado como analgésico e calmante psíquico

Apresentação:

Caixa com 10 ampolas 1 cc.



FÁBRICA DE PRODUTOS QUÍMICOS — DARMSTADT

Amostras e Literatura:

Químico-Farmacêutica, Lda.

Eduardo de Almeida & Cia.

Lisboa

Porto

Rua de Santa Marta, 64

Rua do Cativo, 22/24



V7 Laboratório Ulzurrun, L.^{da}



FOLICOTRAT

tubos de 20 comprimidos a 5 mgs, de ácido fólico

FOLCOTRAT

caixas de 6 empolas de 1 c. c. a 15 mgs. de ácido fólico

FERRO-FOLICOTRAT

tubos de 20 comprimidos (2 mgs. de ácido fólico e 0,15 grs. de sulfato ferroso estabilizado)

HEPAFOLICOTRAT

caixas de 6 empolas de 1 c. c. } cada c. c. contém 5 mgs. de ácido fólico e extracto hepático equivalente
 > > > > > 2 c. c. } a 300 grs. de fígado fresco

HEPAFOLICOTRAT FORTE

frascos de 100 c. c. (associação HEPATRAT LÍQUIDO e ácido fólico)

LISBOA

TELEFONE, 22154

duas, três ou quatro vezes, com vista a prevenir o efeito gástrico irritativo; deste modo, muito raramente foi obrigado a usar alcalinos.

4.º — Fórmulas leucocitárias, contagem de rubros e brancos, assim como velocidade de sedimentação e sumária de urina, foram feitas antes de iniciar o tratamento. Durante este e nos dois primeiros meses, estes exames foram repetidos com intervalos de quinze dias, para mais tarde serem espaçados de um ou dois meses.

5.º — Como não está ainda estabelecida a dose óptima total, usou como norma continuar o tratamento até que o exame radiográfico de controle (preferindo a tomografia à radiografia, por mais minuciosa) lhe mostrasse paragem do processo regressivo.

6.º — Todos os doentes que submeteu ao tratamento sofriam de formas graves de tuberculose pulmonar, quer pela sua extensão, quer pela natureza do processo. Grande número era constituído por formas cavitadas com maior ou menor componente fibrosa ou exsudativa. Constituía a série os doentes em que a colapsoterapia médica ou estava contra-indicada ou foi impraticável, e a colapsoterapia cirúrgica não era de aconselhar, quer pela extensão quer pela bilaterização do processo.

7.º — Com vista a precisar o melhor possível a eficácia terapêutica da droga, usou-a sempre isolada de qualquer método terapêutico, colapsoterápico ou antibiótico, e, sempre que o doente tinha já experimentado este último, aguardava um período de tempo nunca inferior a um mês antes de iniciar o tratamento. Em um só caso o utilizou em combinação com pneumoperitoneu.

8.º — Todos os doentes tinham um tempo suficiente de observação da sua doença, para não se atribuir a uma regressão espontânea uma possível eficácia terapêutica.

Para valorização dos resultados agrupou os doentes em cinco categorias:

1.º — Aparentemente curados: Compreende os doentes nos quais se observou o encerramento das imagens cavitárias, reabsorção das lesões disseminadas, ficando com restos inactivos e baciloscopias negativas à homogeneização e por vezes inoculação do suco gástrico à cobaia, negativa.

2.º — Acentuada regressão: Compreende os doentes que à data de iniciar o tratamento tinham lesões cavitárias ou nódulo-infiltrativas mais ou menos extensas e evolutivas, e que após um tratamento com a Tio-semicarbazona regressaram total ou parcialmente as lesões nódulo-infiltrativas, encerraram ou diminuíram consideravelmente algumas imagens cavitárias, mas mantêm ainda uma situação lesional que obriga à instituição de outros métodos terapêuticos, particularmente colapsoterapia cirúrgica.

3.º — Ligeira regressão: Como é óbvio, compreende os doentes cujos resultados terapêuticos são em muito menor grau que os do grupo anterior.

4.º — Sem efeito.

5.º — Evolução progressiva.

Depois de apresentar, como exemplos, algumas muito resumidas observações de doentes (3 de cura aparente e 3 de acentuada regressão), insere um quadro dos resultados obtidos em 69 doentes, pela seguinte forma: aparentemente curados — 3; acentuada regressão — 20; ligeira regressão — 10; sem efeito — 28; evolução progressiva — 1; suspenderam o tratamento — 7 (sendo 3 por anorexia intensa, 1 por diarreia, 1 por conjuntivite intensa com fotofobia, 1 por leucopenia acentuada, 1 por eritema generalizado).

As reacções tóxicas observadas, incluindo as relativas a estes 7 casos em que houve que suspender o tratamento, foram: erupções cutâneas — 5; conjuntivite e e epífora — 5; hipertermias elevadas — 2; albuminúria por vezes associada a fosfatúria — 22; baixa de glóbulos rubros e brancos — 12; perturbações gastro-intestinais — 28; cefaleias e vertigens — 1.

As conclusões de este ensaio clínico são assim apresentadas:

1.º — A Tio-semicarbazona mostrou-se activa em todas as formas de tuberculose pulmonar, mesmo naquelas em que, dada a intensa participação fibrosa, seria de esperar um fracasso.

2.º — Foi particularmente notável a sua acção sobre os sintomas gerais: febre, tosse e expectoração, que na maior parte dos casos desapareceram ou atenuaram-se consideravelmente durante as primeiras semanas do tratamento.

As modificações radiológicas foram sempre lentas.

3.º — Embora sejam de ponderar as acções tóxicas do medicamento sobre a série vermelha e séria branca, cremos que doses que não ultrapassem 20 mgr. obstam a este inconveniente, pois as pequenas baixas, que se notam nos rubros e brancos durante as primeiras semanas, se normalizam com a continuação do tratamento. Nos nossos casos nunca tivemos de suspender a medicação por esse facto, mas um obrigou-nos a um tratamento descontínuo.

4.º — As reacções de hipersensibilidade cutânea, que se traduzem por erupções máculo-papulosas com prurido e descamação, obrigam a uma suspensão temporária do tratamento, que, nos casos leves, pode ser continuada após prévia dessensibilização com anti-histamínicos. No entanto, quando a hipersensibilidade atinge a eritrodermia generalizada, é prudente parar com a medicação.

5.º — As reacções febris elevadas, que chegam a atingir 40º com obnubilação, torpor e confusão mental, após as primeiras doses, indicando uma exegerada sensibilidade à medicação, obrigam também a suspendê-la.

6.º — Durante o tratamento poderão observar-se baciloscopias negativas mesmo em doentes com lesões abertas, mas o facto é puramente episódico e pouco frequente.

7.º — A pequena albuminúria que aparece no decurso do tratamento não obriga a suspender a medicação, nem a baixar a dose, desde que seja desacompanhada de quaisquer outros sinais de toque renal, tais

como eritrocitúria e cilindrúria. Verificamos que desaparece quando se termina o tratamento ou se é obrigado a suspendê-lo, por qualquer outra razão.

8.º — Em um caso, tivemos a oportunidade de verificar o aparecimento de glicosúria, após a ingestão da droga, com hiperglicemia, que desapareceu com a sua suspensão, e que aparecia de novo quando o doente retomava o tratamento.

9.º — Num grande número de doentes encontramos glicemias altas, umas vezes com glicosúria e outras sem ela, mas as curvas glicémicas provocadas não mostraram qualquer *deficit* da função interna do pâncreas.

10.º — Os doentes, normalmente, não ganham peso e muito frequentemente o perdem, o que é devido à falta de apetite. Isto aconteceu em larga percentagem de casos e nalguns, mesmo, fomos obrigados a suspender o tratamento, por atingirem a anorexia completa.

11.º — Durante o tratamento não deve ser permitido o uso de vinho ou outras bebidas alcoólicas, pois o álcool mostrou-se incompatível com a Tio-semicarbazona. Todos os doentes que em seguida à ingestão do medicamento bebiam vinho, queixavam-se de fortes dores gastro-intestinais, por vezes com diarreia que chega a ser sanguinolenta. Apresentam cefaleias, zumbidos e a face congestiona-se-lhes. Estes sintomas desaparecem em pouco tempo.

12.º — Sintomas nervosos com las doses que utilizamos só os observamos em um caso, traduzidos por tonturas e cefaleias que obrigaram a fazer um tratamento descontinuo.

De estas conclusões inferem-se os aproveitáveis efeitos que podem obter-se com a droga em questão, parecendo que a 1.ª conclusão deve referir-se somente a poderem observar-se efeitos úteis em qualquer forma grave da tuberculose pulmonar, e não, como se deduz do quadro estatístico, na maioria dos doentes; dá indicações sobre doses e modo de administração, que servem de guia a quem queira usar o medicamento; e regista a frequência das manifestações tóxicas por ele produzidas, o maior óbice para a generalização do seu emprego.

ACÇÃO MÉDICA, XV — N.º 57 (Julho a Set. de 1950): *O pensamento cristão e os novos métodos da hormonologia*, por Luís Raposo; *Subsídios para a história da enfermagem em Portugal*, por Costa Sacadura; *A dicotomia à luz da moral*, por Mendonça e Moura; *O aborto terapêutico*, por Abel S. Tavares; *A índole médica do génio caritativo de S. Vicente de Paulo*, por João Carlos Falcão de Miranda; *Teor do momento e regime escolar*, por Fernando Magano. N.ºs 58-59 (Out. de 1950 a Março de 1951): *Ciência, amor e justiça na obra de S. João de Deus*, por João Porto; *Serviços prestados pelos Hospitais em Portugal*, por A. da Silva Carvalho; *A Ordem Hospitaleira de S. João de Deus e a sua obra de assistência ortopédica infantil*, por E. Rosado Pinto; *A propósito do I Congresso dos Homens Católicos*, por Lopes de Andrade;

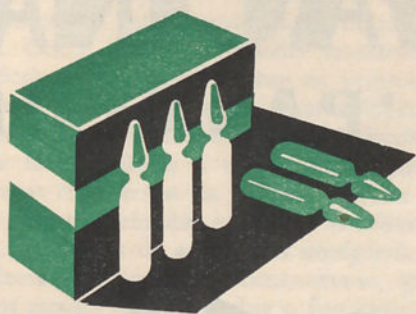
A caridade de S. João de Deus, por João Lopes Dias; *A Ordem de S. João de Deus na assistência psiquiátrica*, por Pedro Polónio; *S. João de Deus, nascimento, vida, legenda e morte*, por Ibérico Nogueira; *Conceito histórico e médico da caridade de S. João de Deus*, por Luís de Pina; *Algumas razões humanas de êxito de João Cidade*, por Fernando Correia; *A grande lição de S. João de Deus*, por Meyrelles do Souto; *La vida, y obra de S. Juan de Dios en España*, por Castillo de Lucas.

LEGITIMIDADE DA HORMONOTERAPIA. — Depois de acentuar que a harmonia perfeita da vida vegetativa exige como condição prévia um equilíbrio, igualmente perfeito, de produção e distribuição dos estímulos hormonais, e que por isso toda a terapêutica orientada no sentido de corrigir os desvios do funcionamento das glândulas endócrinas, com vista a melhorar a fisiologia das próprias glândulas, dos centros neuro-vegetativos e dos demais órgãos da economia, é compreensível e aconselhável, detém-se na influência das hormonas sobre a personalidade, tanto psíquica como sexual.

«A psique é também altamente influenciada pelo regular ou irregular equilíbrio das hormonas no meio sanguíneo e no próprio meio interior. A interferência das hormonas no aparecimento e evolução de certas psicoses aceita-se desde há muito. Respigo do *Traité de Psychologie* de George Dumas (1924) as palavras seguintes: «Il semble, donc, que si les alterations endocriniennes expliquent suffisamment certains troubles mentaux elementaires, nous ne soyons pas à meme d'indiquer le rôle accessoire ou essentiel de ces alterations dans la majorité des psychoses et que nous devions nous borner à entrevoir leur rôle dans l'étiologie de la confusion mentale, de la démence précoce et de la psychose périodique».

«Hoje admite-se que a projecção das hormonas sobre o sistema psíquico tem uma amplitude mais lata. Marañon, L. Sandoz e tantos outros, demonstraram de sobejo a inter-relação psico-endócrina a que estou aludindo. Documenta o facto a variabilidade das reacções mentais consoante se observa hiper ou hipoprodução de determinadas hormonas. A excitabilidade dos hipertiroideos e dos suprarrenais e a preguiça mental dos mixedematosos, para citar apenas os casos mais flagrantes, constitui prova do que afirmo. Mas, se é conhecida a influência das variações hormonais nos estados psíquicos, continuamos a ignorar o condicionamento biológico, hormonal, neurogénico e humoral, em matéria de relações psico-somáticas.

«A todas as outras glândulas endócrinas sobrepõe-se em importância a hipófise, em parte pela acção directa dos estímulos hormonais dela derivados, mas em grande parte, também, através das relações morfo-fisiológicas existentes entre esta glândula e os centros hipotalâmicos. Modernamente aceita-se o papel decisivo do hipotálamo na génese das emoções e, portanto, na patologia das nevroses e psicoses. Lopez Ibor



SALIBI

SALICILATO BÁSICO
DE BISMUTO EM
SUSPENSÃO OLEOSA

Cada empola contém 0,09 gr. de Bi metálico

CAIXA DE 12 EMPOLAS DE 1,5 cc.

25\$00

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

VACINAS

'PASTEUR'



NOVAS VACINAS

VACINA ANTI-TETÂNICA

20\$00

VACINA ANTI-TETÂNICA DIFTÉRICA PERTUSSIS

40\$00

afirma, com indiscutível autoridade, a influência do hipotálamo no aparecimento dos estados ansiosos. Marañon, Zondek, Fulton e tantos outros, têm a mesma opinião. Em consequência das alterações do diencéfalo não repugna aceitar, num segundo tempo, perturbações hipofisárias e doutras glândulas endócrinas. Ora a inversa é também verdadeira; quer dizer, as perturbações endócrinas projectam-se sobre os centros diencefálicos. E uma vez tocados estes centros é de todo o ponto lógico ver secundariamente atingidos os núcleos coordenadores das actividades psíquicas.

«Onde se torna mais evidente o encadeamento fisiológico psico-hormonal é nas psicoses climatéricas da mulher. Na sua patogenia não podemos abstrair do desequilíbrio das hormonas ováricas e anti-hipofisárias, isto para citar, apenas, as de acção mais averiguada.

«A interdependência psico-endócrina demonstra-se, igualmente, através da repercussão dos estados emotivos sobre o funcionamento das glândulas de secreção interna. A amenorreia ou as metrorragias provocadas por emoções fortes constituem a este propósito o exemplo mais flagrante. Gregório Marañon, depois de afirmar que tudo quanto hoje se sabe e se presume sobre etiologia emotiva e sobre estados psico-somáticos, tem íntima relação com a fisiopatologia hipotalâmica, não hesita em acrescentar: «Daqui resulta, também, a actualidade de que se reveste o valor da etiologia emocional nas diversas endocrinopatias. A clínica ensina-nos casos numerosos das mais diversas afecções endócrinas, cujo início coincide com uma profunda emoção. É evidente que esta actua através do hipotálamo e da hipófise sobre as demais glândulas». «Fica por averiguar se uma comoção emocional pode, por si só, perturbar de modo estável a função de uma glândula endócrina; ou se só descobre desequilíbrios funcionais latentes, em glândulas previamente débeis ou enfermas». «De qualquer modo fica de pé a realidade da etiologia emotiva e a influência da psicoterapia em certos transtornos endócrinos, influência orgânica indubitável que Greenblatt valoriza e, muitas vezes, pode comprovar».

«A fisiologia, a clínica e a lógica demonstram, irrefutavelmente, a inter-relação psico-endócrina a que acabo de aludir; ora se estes elementos coincidem, o seu valor é igual ao facto anatómico, como diz o Prof. Marañon.»

«Constitui, hoje, autêntico lugar-comum afirmar que é íntima e profunda a influência das hormonas, não apenas sobre o desenvolvimento dos caracteres morfo-fisiológicos sexuais, mas também sobre o conjunto de manifestações que constitui a personalidade sexual do indivíduo. Importa, porém, dizer que a definição do sexo não é consequência directa da acção das hormonas sexuais. É, antes, uma questão genética. Aliás, compreende-se bem que a especificidade dos vários tipos de hormonas sexuais seja já efeito e não causa da determinação do sexo. Não se conseguiu, ainda, mercê da subministração de hormonas genitais, ou outras, dirigir a definição sexual e muito menos inverter o sexo já esbo-

çado num determinado sentido. Isto, porém, não impede que se aceite o alto valor de certas hormonas na acentuação dos caracteres sexuais primários e no aparecimento dos secundários. A ante-hipófise orientará os primeiros; o ovário e o testículo influirão em particular nos segundos.

«São numerosos os autores que têm procedido a estudos experimentais no sentido de observar as modificações sofridas pelo embrião dos vertebrados mediante a administração de hormonas do sexo oposto. Peixes, batráquios, répteis, pássaros e mamíferos, têm sido estudados sob este aspecto, com protocolo que não descrevo, por me parecer inútil. Nunca, até à data, foi possível orientar a definição do sexo num determinado sentido com hormonas sexuais, e muito menos, por conseguinte, inverter o sexo já esboçado. Para se conseguir isto era necessário que no determinismo do sexo imperasse a influência das hormonas de tipo sexual, o que não é verdade, nem se compreende; pois que sendo os embriões, nos primeiros tempos, anfi-sexuados, o predomínio das hormonas estrona ou testosterona é já uma consequência e não uma causa da distinção sexual. Mesmo que se aceite que as hormonas sexuais podem siderar a ante-hipófise na parte respeitante à produção de gonado-estimulinas, ainda nesta circunstância repugna admitir a definição do sexo mercê da subministração daquelas hormonas.

«A injeção de testosterona, em doses elevadas, a embriões fêmeas dá lugar a um desenvolvimento apreciável do «tractus» genital macho e a subcrescimento do aparelho genital fêmea (Albert Raynaud, Greene, Ivy, Willier, etc.). Administrada depois do nascimento ocasiona acentuação dos caracteres sexuais do tipo masculino, mas em menor grau, com uma certa involução dos de tipo feminino (Butenand, Kudzins, Salmon, Voss, Loewe, etc.). Wateville e Dauon (1948) admitem que o emprego da testosterona acarreta atrofia do epitélio vaginal e diminuição do glicogénio das células respectivas.

«Pelo que respeita à acção da foliculina sobre os embriões machos também se demonstra a transformação do utrículo num pequeno canal vagino-uterino, com características histo-fisiológicas próprias (Champf, Heitz-Boyer, Coujar, Albert Raynaud, etc.). Actuando depois do nascimento obtém-se uma certa evolução no sentido intersexual, se bem que menor.

«Os efeitos referidos observam-se com a injeção do produto directamente no embrião ou fornecendo à mãe doses altas de hormonas hetero-sexuais. As alterações morfológicas são tanto menos de reaar quanto mais tarde se aplicam as hormonas; assim, na fêmea e no macho adultos têm uma feição praticamente desprezível. No aspecto funcional as modificações verificadas são proporcionalmente inferiores às anatómicas. As doses baixas, não produzem alterações apreciáveis.

«O conhecimento acabado de referir tem uma importância grande na tese que estou apreciando, uma vez que hoje em dia se aplicam por vezes doses muito elevadas de hormonas *iso* e, até mesmo, *hetero-genitais*.

«A hipótese da possibilidade de orientação ou inversão do sexo só seria de considerar, dentro da hormonoterapia, quando a uma mulher grávida, ou prestes a engravidar, se injectassem quantidades elevadas de hormonas sexuais femininas ou masculinas. Nada há a recear sobre este ponto, uma vez que, repito, a determinação do sexo é de ordem propriamente genética e não hormonal. Mas nem por isso deixa de ser despiciente a circunstância biológica de através de administração de hormonas poder registar-se uma modificação acentuada dos caracteres sexuais primários e secundários, de forma a modificar, de maneira apreciável, a personalidade sexual do indivíduo.

«Na mulher grávida quantidades altas de testosterona devem, em princípio, ter-se como nefastas, pela possível influência sobre o soma do embrião ou do feto. Verdade seja que excluindo a hipótese de uma gravidez evolucionando numa mulher com carcinoma mamário inoperável, que se pensasse tratar pela testosterona em doses altas, nenhuma outra indicação desta hormona se põe à consideração do médico. Além disso hoje em dia podemos derivar com vantagem para certos estrogénios de síntese.»

«Todo o médico sabe, por experiência própria, que inspira pouca confiança, ainda, o tratamento pela maior parte das hormonas. A imprecisão dos efeitos ora resulta da ignorância em que estamos sobre a verdadeira acção biológica de grande número delas, ora da maneira exacta de as preparar, da forma como actuam, da dosagem, e de tantos outros factores, grandes ou pequenos, mas sempre mais ou menos empíricos. Isto não impede de verificar que a acção de determinadas hormonas é muitas vezes eficaz. «verbi-gratia» a insulina, a adrenalina e a tiroxina.

«Quanto ao mecanismo de acção bioterapêutica, se é simples em alguns aspectos, é complexo em muitos outros. Em regra as hormonas agem por substituição e não por estimulação; motivo fundamental de muitos dos seus fracassos. Só por excepção a hormonoterapia é capaz de reactivar uma glândula insuficiente. Nisto reside, em grande parte, a razão de ser do efeito transitório da terapêutica pelas hormonas, facto digno de registo em especial quando encaramos a hipótese do emprego de doses altas, susceptíveis, porventura, de provocarem «desequilíbrios tidos como patológicos».

«As hormonas no vivo não actuam como se reagissem num tubo de ensaio, mas através dum conjunto de propriedades despertadas por fenómenos muito complexos de sinergia neuro-endócrino-biológica. Os efeitos, portanto, não são os mesmos. Não é a substância apenas que devemos considerar, mas o conjunto de propriedades hormonais e doutra natureza, derivadas da presença da glândula respectiva. A exemplificação é fácil com o que ocorre na mulher. A ablação dos ovários, com conservação do útero, não é inteiramente compensada pela administração de extractos hormonais convenientes, por grande que seja a dose e por diferente que se mostre a proveniência das hormonas. Também em face de

uma amenorreia primitiva, por causa estranha ao útero e presumivelmente atribuída a insuficiência ovárica, a hormonoterapia, por si só, não resolve o problema de maneira definitiva. A complexidade destes factos salta claramente à vista quando apreciamos o fenómeno de «accoutumance» em relação às hormonas fornecidas do exterior e pelo contrário o não vemos em face das hormonas segregadas e utilizadas pelo próprio organismo.

«Estas características farmacológicas e fisiológicas juntamente com a transitoriedade da sua acção, servem, de algum modo, para atenuar qualquer perigo que se suponha oferecer o emprego das hormonas testiculares à mulher e das hormonas ováricas ao homem.»

Proseguindo, o A. nota que não pretende ocupar-se das indicações da hormonoterapia, mas somente da sua legitimidade em face da moral cristã, apresentando o assunto nos termos seguintes.

«Não oferece discussão, por inteiramente aceitável, a hormonoterapia usual, destinada a corrigir as disendocrinias por excesso ou por carência, uma vez que do seu emprego não resultem inconvenientes para a integridade psíquica e somática da pessoa. Nada mais natural do que lançar mão de extractos hormonais ou de hormonas sinteticamente preparadas, para combater esta ou aquela irregularidade de funcionamento desta ou daquela glândula endócrina, pouco importando para o efeito que o produto respectivo actue por substituição ou por neutralização respectivamente da falta ou excesso de determinada hormona, ou, inclusive, que se destine a estimular ou a frenar a actividade secretória de uma glândula cuja função é insuficiente ou excessiva. Cito, como exemplo, a administração de insulina ou tiroxina aos indivíduos com baixa de secreção destas hormonas por parte do seu pâncreas ou da sua tiróide, de foliculina ou progesterona, se porventura é insuficiente a elaboração natural de uma destas hormonas, ou se torna necessário neutralizar o excesso de qualquer delas fornecendo ao organismo a hormona compensadora correspondente, e, por último, a subministração de produtos hormonais ante-hipofisários na ideia de estimular a função insuficiente das glândulas sexuais. As doses empregadas nesta emergência são sempre moderadas, nunca excedendo a capacidade de tolerância tida como normal no organismo. Não haverá motivo, portanto, para incriminar o seu emprego nem no aspecto científico nem no aspecto moral. O organismo não sofre dano no equilíbrio dos seus componentes bioquímicos e dos seus humores, antes pelo contrário.

«É próprio do homem procurar aumentar a sua longevidade ou, pelo menos, lutar para que ela se não reduza. A moral, evidentemente não condena mas antes louva todas as conquistas obtidas neste difícil mas simpático terreno. São numerosos os métodos experimentados, atingindo quase a mesma cifra os fracassos registados. Quando falo em fracassos refiro-me às tentativas que visam a revigorar directamente os órgãos por meio deste ou daquele princípio e não aos métodos preventivos, isto é,

Eldoformio

Antidiarréico comprovado

Também indicado no tratamento dos lactantes e das crianças

Embalagens originais:
Tubos com 20 comprimidos de 0,5g cada



»Bayer« Leverkusen, Alemanha

Representante para Portugal:
Bayer, Limitada, L.do Barão de
Quintela, 11, 2º - Lisboa

Duas especialidades NESTLÉ

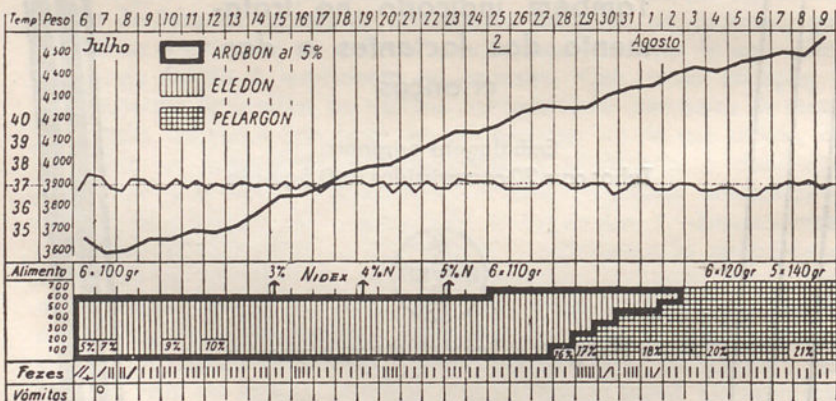
Para o tratamento das perturbações digestivas do lactente e da criança de tenra idade.

Arobon NESTLÉ

Preparado à base de Farinha de Alfarroba (Ceratona Siliqua)

Eledon NESTLÉ (rótulo amarelo)

Babeurre em pó meio gordo sem hidratos de carbono.



Pedidos de amostras e Literatura à
SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS

CAIXA POSTAL 20/13



L I S B O A

às medidas de ordem higiênica que têm por fim impedir a usura do nosso organismo pela acção de tóxicos e desregramentos a todo o ponto prejudiciais. Estas últimas são absolutamente aconselháveis, como é natural. Quanto às primeiras também a ciência e a moral as não condenam, uma vez que se pretenda, através delas, melhorar as condições de vida do organismo. O emprego de hormonas sexuais, da hipófise, das cápsulas suparrenais, ou doutras glândulas de secreção interna, parece-me lícito quando obedeça a esta finalidade.

«O método do emprego de hormonas, ou outros produtos, com o fim de revigorar órgãos decrépitos só é censurável quando se procurem particularmente efeitos libidinosos e se não olhe à melhoria funcional de um órgão ou de um conjunto de órgãos na harmonia geral da vida. Nestas condições é ainda a ciência e a moral que reprovam o processo. A ciência porque se demonstra que a excitação forçada de certos órgãos em detrimento do equilíbrio do agregado morfo-fisiológico é sempre prejudicial ao indivíduo; a moral por esta mesma razão e ainda por serem perniciosas à pessoa, no seu binário matéria e espírito, todas as práticas de exaltação erótica e, portanto, todos os métodos cujo fim consista em as despertar.

«Não pertence a este grupo, isto é, não é condenável a indicação da hormonoterapia por hipogenitalismo nem também por frigidez sexual na mulher e por impotência, também sexual, no homem, desde que frigidez e impotência sejam consideradas verdadeiras doenças, quer dizer, se observem em idade e em grau tidos como patológicos.

«Pode acontecer que ao procurar-se um fim salutar com as hormonas em matéria de revigoreamento orgânico se note ao mesmo tempo o reaparecimento de inclinações sexuais normalmente já extintas. Eu exemplifico. Suponhamos um homem com idade superior a 70 anos, sofrendo de hipertrofia da próstata e a quem se prescrevem hormonas testiculares com o fim de o melhorar da sua afecção. E suponhamos, mais, que, em resultado do tratamento, se verifica excitação libidinosa nada condizente com a idade. O facto não constitui de forma alguma contra-indicação do método, porque o fim procurado não é a exaltação genésica, mas sim a cura do processo mórbido.

«Em resumo, na variante da hormonologia relativa ao revigoreamento de órgãos prematura ou naturalmente decrépitos, a condenação da Igreja resulta da *intenção* com que se aplicam as hormonas do que propriamente dos efeitos biológicos com elas obtidos. Se a intenção é boa, isto é, se obedece a normas rigorosamente científicas, o acto não será condenado pela moral, mesmo que determinados efeitos pareçam irregulares; se a intenção é má, ou seja, se se procuram apenas efeitos sensuais o acto é reprovado pela moral.»

«Todos conhecem o enorme papel da *terapêutica de «shock»* em certas psicoses. O coma insulínico é justamente considerado como uma modalidade desta terapêutica, se bem que não a mais usada, hoje em

dia. As objecções de ordem moral postas ao coma insulínico são iguais às apresentadas ao «electro-shock». Trata-se em qualquer dos casos, de uma terapêutica violenta, susceptível de originar acidentes, mas capaz, por outro lado, de contribuir para a cura ou para a melhoria de doenças que, doutra forma, se não obtinha com facilidade. A crítica é de alguma maneira semelhante à apresentada em relação à leucotomia. Alguns autores proscrevem qualquer destas modalidades de tratamento, inclusive o «shock» insulínico, tendo em atenção a violência que o método assume e, por outro lado, a circunstância de se aplicar muitas das vezes contra a vontade do doente.

«Dentro do pensamento cristão o problema deve encarar-se, a meu ver, sob dupla incidência. Pode ou não substituir-se o coma insulínico por meios mais suaves, incapazes de ocasionar perturbações dignas de registo? Se sim, este método de pôr-se de parte; se não, importará averiguar se os perigos para a personalidade biológica e psíquica são apreciáveis, excedendo em muito os benefícios. Na primeira hipótese a terapêutica de «shock» deve pôr-se de lado; na segunda, quer dizer, se os benefícios pesam mais do que os inconvenientes, não me parece que a moral cristã seja hostil ao método. Mesmo que surja qualquer perigo a responsabilidade do médico, a meu ver, não está comprometida. Como se vê o ponto de vista cristão é em tudo idêntico ao ponto de vista científico.

«A maior parte dos autores, e cito entre eles apenas Beley, Tosquelles, Le Moal, Le Savoureux, por mais conhecidos, entende não haver motivo para pôr de parte a terapêutica de «shock». Se é certo que se atingem as infra-estruturas do complexo psíquico, como um deles diz, também é verdade que a personalidade mental não é tocada de modo apreciável. Em regra, como sequelas apenas se observam ligeiras perdas de memória e mesmo estas de carácter transitório. Não há, pois, alteração da personalidade biológica e psíquica digna de registo, e, que houvesse, uma outra vez, nem por isso o método sofriria condenação. O objectivo procurado foi outro e esse mesmo por indicação formal, visto os restantes meios de terapia serem menos eficazes.

«Quanto à possível aplicação do «shock» insulínico sem o consentimento do doente o facto não tem importância de maior, visto o seu estado não lhe permitir um raciocínio claro e, portanto, verdadeiramente livre. Ninguém pede a uma criança autorização para se sujeitar a determinada espécie de tratamento, que o médico e os principais responsáveis na hierarquia familiar consideram como insubstituível.»

«Os mais graves problemas da hormonologia dependem, sem dúvida, das modernas orientações em matéria de *hormonoterapia hétero-sexual*. Com isto quero significar a administração de hormonas testiculares à mulher e ováricas ao homem. As hormonas genitais ocupam um lugar de primacial relevo, quer na parte respeitante às diferentes repercussões na maneira de ser morfológica e fisiológica do indivíduo, quer na possível influência sobre determinados aspectos da sua personalidade psíquica.

Compreende-se, pois, o interesse que despertam, não apenas aos fisiologistas, mas a todas as pessoas, especialmente se dotadas de um verdadeiro espírito cristão. As controvérsias suscitadas pela maneira de actuar das hormonas sexuais continuam a ser cada vez maiores. Não é lugar próprio para desenvolver este capítulo; em todo o caso sempre porei em evidência algumas noções que reputo indispensáveis para melhor se compreender esta questão.

«As hormonas sexuais: *estrona*, *progesterona* e *testosterona*, têm, como disse, uma influência manifesta na acentuação dos caracteres sexuais primários e na diferenciação dos secundários, consoante o tipo sexual dos indivíduos. A carência de hormonas homo-sexuais, sobretudo quando observada na adolescência, traduz-se pelo aparecimento de caracteres do sexo oposto. Por insuficiência directa apenas, através de alteração do equilíbrio normal entre as hormonas androgénias e estrogénias? Por intermédio de viciação funcional de outras glândulas de secreção interna, que não o ovário e o testículo? Por interferência de modificações do sistema neuro-vegetativo? Não importa para o caso.

«A par desta especificidade das hormonas sexuais no respeitante aos factores relacionados com o soma e a psique sexual, verifica-se uma acção comum no determinismo dos fenómenos biológicos gerais, independentes do sexo, mas peculiares a todo o indivíduo. De tal maneira é assim que certos efeitos se obtêm empregando indistintamente hormonas sexuais femininas ou masculinas. É aquilo a que vulgarmente se chama carácter *anfi-sexual* das hormonas. Sabe-se hoje que a urina da mulher possui hormonas androgénias em quantidade aproximada da do homem e o mesmo se verifica no homem quanto à hormona do tipo foliculina. A concepção dos sexos — e já não falo do seu determinismo, mas simplesmente das suas particularidades biológicas gerais — não pode filiar-se unicamente, no suposto antagonismo *estrona-testosterona*. As coisas são muito mais complexas. Aliás, a identidade química do núcleo de origem das hormonas sexuais deixa antever parentela de acção.

«Nos últimos anos tem-se falado muito do tratamento de determinados estados mórbidos com hormonas hétero-sexuais. E se muitas vezes o resultado é aleatório, é fora de dúvida que em algumas afecções o seu efeito é benéfico.

«Por parte da mulher a testosterona tem sido empregada com êxito nas *hipermenorreias*, nas *meno-metrorragias funcionais*, nas *hemorragias por fibromas*, nas *perturbações da menopausa*, nos estados de *excitação genésica*, em certas *dermatoses* e de um modo especial no *cancro do seio*. Muitas outras indicações têm sido propostas, que não refiro por me parecerem de somenos importância.

«No homem a foliculina foi prescrita, também, em vários estados patológicos, tais como *trombo-angeites*, *hemofilia*, *úlceras gastro-duodenais*, *hiperexcitabilidade sexual*, etc.; onde, porém, a sua acção se mostra

indiscutível é no *carcinoma da próstata*. Todos os médicos conhecem o assunto.

«No homem e na mulher não têm sido registadas perturbações tidas como graves, mesmo quando as hormonas são utilizadas em doses altas. Os leves sinais de virilização observados por vários autores, em algumas mulheres, não têm importância de maior, visto serem de carácter transitório. Lembro que a hormonoterapia hétero-sexual se aplica sempre na idade adulta, quando, portanto, a diferenciação morfológica e funcional do sexo está completamente estabelecida. Nas idades baixas e em especial antes da puberdade, a hormonoterapia hétero-sexual em doses elevadas pode ter os seus inconvenientes no desenvolvimento somático e psíquico dos seres; mas esta questão não se põe ao nosso espírito, porquanto não me consta que tal método de tratamento tenha sido proposto durante a infância e a adolescência.

«A verificação recente da eficácia dos estrogénios de síntese no tratamento do cancro mamário e suas metástases, com resultados não inferiores aos da testosterona, vem abrir novos horizontes no campo da hormonoterapia, restringindo ao mesmo tempo as indicações das hormonas hétero-sexuais. Quanto ao emprego de doses de hormonas homo-sexuais põe-se também o problema de saber se o seu emprego não conduzirá ao aparecimento de tumores, como tantas vezes se tem afirmado. Julgo nada haver que nos habilite a suspeitar desta ocorrência, porquanto só as doses muitíssimo altas são por alguns incriminadas e mesmo assim em raríssimos casos.

«Sob o ponto de vista moral não me parece que mereça oposição absoluta o emprego da hormonoterapia hétero-sexual: 1.º porque os benefícios são por vezes claros e evidentes; 2.º porque qualquer modificação da personalidade biológica e psíquica que possa observar-se ela não é directamente procurada nem reveste carácter duradouro.

«Tendo em atenção estes factos e, ainda, a circunstância de não ser possível, pelo momento, substituir esta terapêutica por outra de eficácia igual, o pensamento cristão, quanto a mim, não se opõe a semelhante prática.»

Fechem este trabalho as seguintes conclusões:

1.ª — É manifesta, embora nem sempre bem averiguada, a interferência das hormonas no modo de ser da personalidade biológica, psíquica e sexual.

2.ª — A determinação do sexo é uma questão genética e não hormonal; todavia a acentuação dos caracteres sexuais primários e a diferenciação dos secundários é altamente influenciada pela acção de certas hormonas genitais. Assim, as doses altas de estrona e testosterona devem pôr-se de parte no decurso da gravidez.

3.ª — A administração de hormonas testiculares ou ováricas iso-sexuais só não é legítima quando *intencionalmente* se procure obter



CLORIDRATO DE

Terramicina

EM CÁPSULAS E
EM ELIXIR (TERRABON)

- Alta eficácia em grande número de infecções;
- Boa tolerância, mesmo quando outros antibióticos a não têm;
- Relatos clínicos indicam reacção favorável, após administração de Terramicina, em casos de resistência a outros antibióticos.

Algumas indicações:

Infecções das vias urinárias pelo *E. coli*, *Stre. fecalis*, *A. aerogenes* ou *Staph. aureus*.
Gonorreia (Dose única de 1-2 gramas)
Sífilis primária e secundária, linfogranuloma venéreo e granuloma inguinal
Septicemias
Pneumonias, Bronco-pneumonias
Brucelose, Tifo (murino, epidémico e exantemático)
Riquetsioses, Febre Q,
Coqueluche.

Embalagens originais:

CÁPSULAS —

Frascos de 16 cápsulas de 250 mg.
> > 25 > > 100 mg.
> > 25 > > 50 mg.

ELIXIR (TERRABON) —

Embalagens contendo 1 frasco com 1,5 grs. de Cloridrato de Terramicina e 1 frasco com 30 grs. de elixir especial, a preparar pelo farmacêutico.

Pfizer

CHAS. PFIZER & CO., INC.
New-York

Representantes Exclusivos:

COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE

LISBOA

Rossio, 59-2.º Esq.

PORTO

R. Alex. Braga, 92

NOS ESTADOS DISENTÉRICOS,
DE ORIGEM BACILAR OU PARASITÁRIA...

ENTEROLEÍNA

AZEVEDOS

Iodo-cloro-oxi-quinoleína 0,25 grs.
Sulfo-hidróxi-amina . . . 0,025 grs.
por comprimido

UMA FORMA APERFEIÇOADA DE ADMINISTRAR
UM ANTISSÉPTICO DE AVERIGUADA
EFICÁCIA E TOLERÂNCIA

ENTEROCOLITES. GASTRO-ENTERITES
DISPEPSIAS E DIARREIAS ESTIVAIS
DISENTERIAS BACILARES E AMEBIANAS
TRICOMONADIOSES E OUTRAS
PARASITÓSES INTESTINAIS

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA
LABORATÓRIOS AZEVEDOS

exaltação do sensualismo, em discordância com o equilíbrio biológico geral.

4.^a — A hormonoterapia chamada hétero-sexual não ocasiona perturbações nas doses habituais. Em doses elevadas pode dar lugar a desvios da personalidade psíquica dos indivíduos. Atendendo, porém, ao carácter transitório de tais modificações o *pensamento cristão* não se opõe ao seu emprego, uma vez que não possam substituir-se por outros produtos isentos destes inconvenientes.

5.^a — O «shock» insulínico também não é condenável à luz do *pensamento cristão*.

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, XIV, 1951 — N.º 2 (Março-Abril): *Discurso inaugural do presidente da Secção Regional de Lisboa da Sociedade Portuguesa de Pediatria*, por Victor Fontes; *O confronto dos gémeos*, por Maurice Lamy; *Subsídio para o estudo do síndrome de Albright*, por Armando Tavares; *A paralisia facial periférica na criança*, por M. Schachter.

SÍNDROME DE ALBRIGHT. — Trata-se de um agregado de manifestações patológicas: displasia óssea, pigmentação cutânea, puberdade precoce. Descreve-se a observação de um caso em criança do sexo feminino, com 3 anos de idade, que veio à consulta hospitalar por apresentar corrimento vaginal e claudicar. Inventaria-se a série de hipóteses que tem sido emitidas para explicar a correlação dos elementos da tríade sintomatológica, sem o conseguirem. No caso presente também se não descortina a relação desejada: as informações laboratoriais não induzem a filiar as lesões ósseas em perturbações das paratiróides, nem levam a admitir a existência de um tumor do ovário, e não se verificam os caracteres clínicos inerentes ao síndrome adrenogenital. Fica, como mais provável, a hipótese de Marañón, que filia a afeição numa anomalia do bloco tálamo-hipofisário.

JORNAL DO MÉDICO — N.º 432 (5-v-1951): *Reacções mesenquimais nos estados reumáticos*, por Dutra Oliveira; *Patogenia das supurações encefálicas otogêneas*, por Vasco Chichorro; *Prostatectomia retro-púbica*, por Alves Pereira. N.º 433 (12-v): *Conceitos sobre o problema da mortalidade infantil*, por Armando Tavares; *A seroterapia anti-tetânica*, por J. M. Pacheco de Figueiredo e Caetano de Sousa. N.º 434 (19-v): *Difteria*, por César Anjo. N.º 435 (26-v): *Cisticercose cerebral*, por Miranda Rodrigues, Vasconcelos Marques e Moradas Ferreira; *Nervosismo e depressão oscilantes num rapaz*, por M. Schachter.

SEROTERAPIA ANTI-TETÂNICA. — Com a administração do soro por via intramuscular, em doses de 40 mil a 100 mil unidades por dia, com adjuvância de sedativos (cloral, gardenal, brometos), os AA. obtiveram,

em 31 doentes, uma proporção de curas de 74,2 %, que sobe a 85,1 % se da estatística se retirarem 4 casos, de doentes que faleceram dentro de 24 horas contadas do início do tratamento.

CISTICERCOSE CEREBRAL. — Mais 2 casos a juntar à bibliografia portuguesa desta doença, rara em Portugal. Num deles o diagnóstico só se fez na necropsia; no outro a quando da intervenção cirúrgica, motivada pela verificação de enorme hidrocefalia comunicante, amaurose e impossibilidade de andar por grande incoordenação dos movimentos dos membros inferiores. É que o diagnóstico só é fácil quando o exame radiológico mostra imagens de cisticercos calcificados ou quando se encontram pelo exame do fundo do olho ou no líquido da punção lombar. A ventriculografia pode contribuir para ele, mostrando hidrocefalia comunicante. No liquor obtido pela punção lombar pode encontrar-se aumento de células de albumina, diminuição do açúcar e eosinófilos em quantidade; a característica mais importante é a positividade da reacção de fixação do complemento, usando como antigénio um extracto alcoólico de cisticercos do porco.

BOLETIM DO INSTITUTO SUPERIOR DE HIGIENE DOCTOR RICARDO JORGE, IV, 1949 — N.º 19 e 20: *Relato dos trabalhos da I Reunião dos Delegados de Saúde*. N.º 21: *Exames médico-legais nas comarcas*, por Santana Rodrigues; *A acção do médico veterinário na defesa da saúde pública*, por F. Vieira de Sá; *Duas medicinas que se ignoram*, por Fernando da Silva Correia. N.º 22: *O problema da higiene da habitação nos meios rurais*, por J. Sanches da Gama; *O saneamento nos meios urbanos e rurais*, por Agnelo Prazeres. V, 1950 — N.º 23: *Uma lição de história da higiene*, por Fernando da Silva Correia; *Profilaxia das febres tifóide e paratífóides*, por Bernardino de Pinho; *Tifo exantemático em Braga*, por Arnaldo Sampaio e Almeida Soares. N.º 24: *Discurso de abertura da 2.ª reunião dos Delegados de Saúde*, por Augusto da Silva Travassos; *Cloromicetina na febre tifóide*, por Cristiano Nina e Arnaldo Sampaio. N.º 25: *A estatística ao serviço da saúde pública*, por A. Meliço Silvestre; *Relatório sobre o estado actual da profilaxia da raiva em Portugal*, por A. da Silva Travassos; *A infecção focal de origem oral*, por José de Paiva Boléo. N.º 26: *Novos conceitos sobre diarreias dos lactentes*, por C. Salazar de Sousa; *Um aspecto da preparação puerícula dos médicos portugueses*, por Fernandes Homem; *A responsabilidade dos operários na sanidade da Nação*, por Fernando da Silva Correia; *Doença de Brill*, por J. Almeida Soares. N.º 27: *O conteúdo em carotenos de azeites portugueses*, por G. Jorge Janz e Gabriela L. Pinto; *Aspectos sanitários do Minho*, por C. A. da Rocha e Sá; *Epidemiologia em meio rural*, por Duarte Gorjão Henriques; *Corrimentos uretrais*, por F. R. da Conceição Correia. N.º 28: *O Instituto Superior de Higiene em 1950 (relatório)*, por Fernando da Silva Correia.

DOENÇA DE BRILL. — Em 1896, durante uma epidemia de febre tifóide ocorrida em Nova Iorque, N. Brill viu casos atípicos e esporádicos, que não davam reacção de Widal positiva, nem eram contagiosos; em 1910 tinha colleccionado já 255 observações de casos da mesma ordem. Pouco depois, em 1912, Anderson e Goldberger estabeleceram o parentesco de esta doença com o tifo exantemático histórico, semelhante clínica e laboratorialmente, mas diferente no ponto de vista epidemiológico, pois este requer o piolho transmissor e tem carácter epidémico, ao passo que na doença de Brill faltam estes caracteres. A confusão de esta com o tifo murino foi depressa desfeita. Para explicar a produção dos casos isolados da doença, sem transmissor, sem contágio, Zinsser emitiu a hipótese pela qual a rickettsia pode albergar-se no organismo de um indivíduo que sofreu o tifo exantemático, durante largo período de anos, até que, quebradas por quaisquer circunstâncias as defesas imunológicas que se opunham à sua vitalidade, um dia voltava a actuar, surgindo então os sinais de doença, que representariam assim uma recrudescência de uma antiga infecção. Recentemente, Murray, em 7 casos de doença de Brill, identificou estirpes de Rickettsias de tifo clássico, e conseguiu com elas a infecção experimental do piolho, o que tem enorme importância para a epidemiologia e a profilaxia, pois mostra poder a doença de Brill ser o ponto de partida do tifo epidémico.

Pelo critério epidemiológico, estabelecido pelos autores americanos, que apuraram terem muitos dos doentes da Brill apresentado muito anteriormente o tifo exantemático epidémico, o A. considera 3 casos de aquella doença observados em Braga como justificativos da hipótese de Zinsser, pois o diagnóstico foi bem assente no quadro clínico, inquérito epidemiológico e reacção de fixação do complemento, e os doentes tinham antecedentes de primo-infecção rickettsiana adquirida durante os períodos epidémicos anteriores.

REVISTA CLÍNICA DO INSTITUTO MATERNAL — N.º 8 (1951): *Tratamento do mioma uterino nas suas relações com a gestação*, por Freitas Simões; *A repercussão fetal da analgesia no parto*, por Silva Nunes e Gonçalves Coelho; *O papel do médico no parto normal*, por Gonçalves de Azevedo; *Deiscências anulares do colo do útero em trabalho de parto*, por J. Filipe do Rego; *Meningo-encefalite micótica numa criança de 7 dias*, por J. de Oliveira Campos; *Duplicidade tubo-ovárica e quisto gigante para-ovárico intra-ligamento largo com trompa bífida oposta*, por Raúl Weelhouse; *Úteros duplos ou úteros didelfos?*, por J. Filipe do Rego; *Fistula véscico-vaginal*, por Machado Macedo.

REPERCUSSÃO NO FETO DA ANALGESIA NO PARTO. — Os AA. observaram 1.752 recém-nascidos nas Maternidades de Lisboa, sendo 1.589 (90,7 %) de partos eutócicos, e 163 (9,3 %) de partos distócicos, que obrigaram a cesarianas ou à aplicação do forceps. Em 297 de partos

eutócicos empregou-se a analgesia, que na quase totalidade dos casos se fez com o sulfato de magnésio ou a espasmalgina. Nos partos distócicos a analgesia obteve-se quase sempre com o éter. De esse estudo concluem que nem o tempo de reanimação, nem as possibilidades de aleitamento materno, são influenciadas sensivelmente quer pela natureza do parto, quer pelo emprego de anestésicos. Mas o número dos recém-nascidos em estado de morte aparente duplica com o uso de analgésicos nos partos eutócicos e triplica nos distócicos: nestes a recuperação do peso é mais demorada e a mortalidade dupla da relativa aos partos eutócicos. Nas Maternidades de Lisboa o critério adoptado concorda com o dos pediatras, que olhando para os perigos que a analgesia no parto pode fazer correr ao recém-nascido, entendem que esta não deve abolir inteiramente as dores, mas sim aliviá-las, com segurança para a parturiente e para o feto.

PAPEL DO MÉDICO NO PARTO NORMAL. — «Não há necessidade de recorreremos a uma estatística organizada com todo o rigor matemático para nos convenceremos de que a grande maioria dos partos se realiza sem a assistência do médico. Mas, também, não precisamos de apelar para sistema tão convincente de informação, para concluirmos ser o parto, de todos os actos fisiológicos, o que mais facilmente resvala para o campo da patologia. Estas considerações permitem, muito lógicamente, que se possa encarar o trabalho de parto ou como acto natural, regra geral decorrido e solucionado sem inconvenientes tanto para a mãe como para o feto, ou como estado que poderá anormalizar-se a ponto de conduzir às mais graves situações maternas ou fetais.

Destas duas maneiras de interpretar o parto normal resultam duas atitudes diferentes de lhe realizar assistência: a *atitude abstencionista* e a *atitude intervencionista*; os abstencionistas, entendendo dever limitar-se o médico a simples vigilância atenta, só abandonada quando, desviado o trabalho do seu tipo fisiológico, há necessidade de correcção activa; os intervencionistas, quer receando a distocia, quer por motivos sentimentais, aconselhando sejam instituídos sistematicamente, em todos os partos eutócicos, não só o tratamento profiláctico da distocia, como ainda os meios de diminuir, em duração e intensidade, o sofrimento inerente ao acto da parturição.

Seja qual for a atitude a tomar, para que o médico se desempenhe bem das suas funções, torna-se indispensável o conhecimento, tão completo quanto possível, da fisionomia clínica do parto normal, especialmente no que se refere à actividade muscular do útero.

Encarado deste ponto de vista, o útero, em trabalho, apresenta-se como que formado por dois órgãos sobrepostos, em muitos aspectos, antagonicos: o *corpo* e a *região cérvico-segmentar*, esta última constituída pelo colo e segmento inferior. Tal antagonismo, revelado já anatómicamente pela manifesta diferença de espessura das duas regiões, evidencia-se

TISIO PAS

Bial



INJECTÁVEL

PARA-AMINO-SALICILATO
DE SÓDIO 2 gr.

Por ampola de 10 c. c.

DRÁGEAS

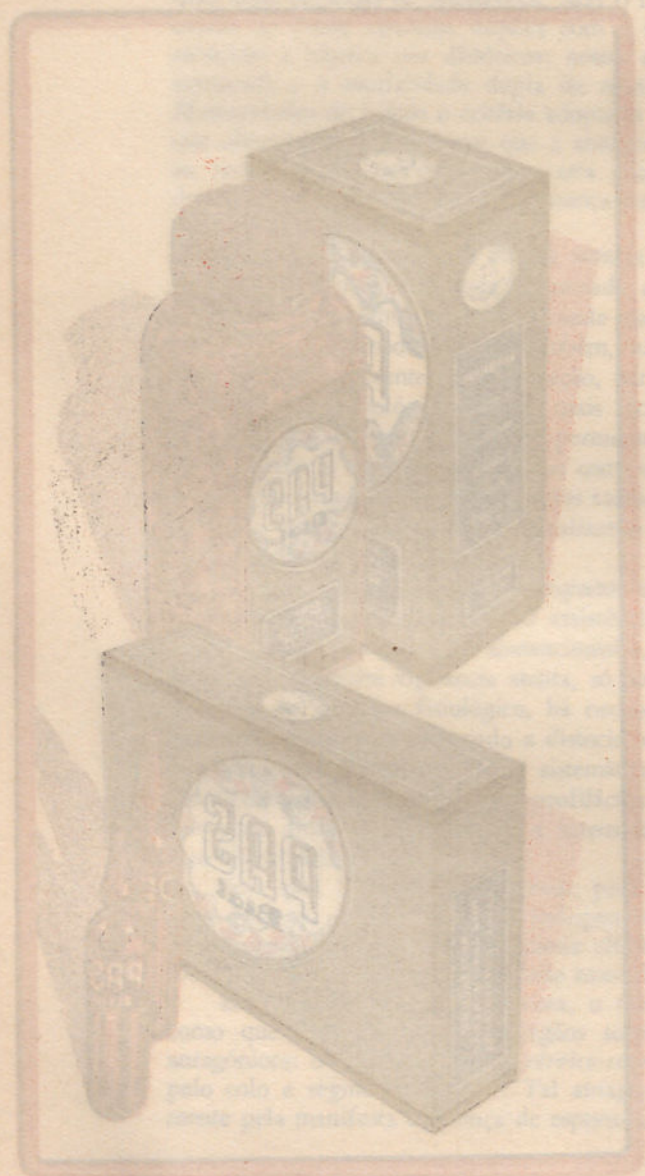
PARA-AMINO-SALICILATO
DE SÓDIO 0,35 gr.

Por drágea

ANTIBACILAR DE NOTÁVEL INOCUIDADE E GRANDE PODER INIBITIVO

TISSIO
PARA

PARA



INJECTÁVEL

PARA-AMINO-SALICILATO

DE SÓDIO

Por ampola de 10 c.c.

DRÁGAS

PARA-AMINO-SALICILATO

DE SÓDIO

Por dráguas

ANTIBACILAR DE NOTÁVEL INOCUIDADE E GRANDE PODER INIBITIVO

particularmente, quer durante o acto da parturição, quer em determinadas situações clínicas.

Assim, durante o trabalho do parto, enquanto que o corpo se contrai em crescente esforço expulsivo, diminuindo em cada contracção as dimensões da sua cavidade, o segmento inferior e colo dilatam-se progressivamente de molde a permitirem ulteriormente a passagem do feto; deste modo, quando a dilatação se encontra completa, um e outro, sem diferenciação sensível, transformam-se num segmento único, quase exclusivamente de simples orientação mecânica. Além disso, se observamos o útero em trabalho estando a parturiente sob a acção da anestesia raquidiana, o antagonismo entre o corpo e a região cérvico-segmentar extrema-se ainda mais: enquanto no primeiro se instala acentuada retracção que tantas vezes impossibilita certas manobras intracavitárias, na última verifica-se impressionante flacidez.

Clinicamente, o interesse que oferecem as duas regiões é bem diferente; no corpo, os fenómenos relacionados com a actividade muscular manifestam-se, em regra, de forma tão evidente, que as suas anomalias se reconhecem com facilidade: é o caso da contracção uterina cujas características — a dor e a consistência do órgão — traduzem com tal fidelidade que até os leigos surpreendem, muitas vezes, as suas irregularidades.

Pelo contrário, as funções musculares da região cérvico-segmentar, mais veladas, podem anormalizar-se profundamente com menos aparato. Este facto, aliado à grande importância hoje atribuída à fisiologia do segmento inferior no decurso de um parto normal, justificam, a meu ver, a diferença de atitudes dos antigos parteiros em relação aos modernos: antigamente prestava-se atenção, sobretudo, ao que se passava no corpo do útero e, accessòriamente, ao que se desenrolava na região cérvico-segmentar; hoje, sem que se menospreze o importante papel do primeiro no acto da parturição, atenta-se, em especial, aos fenómenos cérvico-segmentares. Por este motivo, para que se possa seguir conscientemente a evolução de um trabalho normal e para que se surpreendam oportunamente as suas anomalias, impõe-se minucioso conhecimento quer morfológico quer fisiológico da região cérvico-segmentar.

Como se sabe, o segmento inferior diferencia-se só nos últimos três meses de gravidez; até aí, na zona que lhe vai dar origem, encontram-se apenas as modificações grávidicas daquela parte do útero designada por istmo, compreendida entre o orifício interno histológico e o orifício interno anatómico e que mede, segundo De Lee, 6 a 10 mm. de altura, modificações essencialmente caracterizadas pelo seu acentuado desenvolvimento, circunstância, aliás, aproveitada como sinal de gravidez. É justamente nesta região que no último trimestre se individualiza anatómicamente o segmento inferior sob a forma de uma taça, aberta para cima, destinada a receber o pólo inferior do ovo.

Quando o trabalho do parto se desencadeia, toda a parte baixa da cavidade do segmento inferior se vai alargando rapidamente; a breve

trecho, idêntico alargamento se observa na cavidade cervical, traduzido morfológicamente pelo progressivo apagamento do colo e dilatação simultânea ou consecutiva do orifício uterino.

Todas estas modificações morfológicas observadas na região cérvico-segmentar durante o trabalho de parto, dependem fundamentalmente, talvez até exclusivamente, da actividade muscular do útero; durante muito tempo pensou-se serem o resultado da acção mecânica da bolsa de águas; esta, graças às contracções uterinas e por intermédio do líquido amniótico, insinuar-se-ia primeiro no orifício interno, depois na cavidade cervical, por fim no orifício externo, realizando-se, deste modo, a divulsão passiva destas regiões. Hoje, é quase unânime a opinião de que todos estes fenómenos são a consequência directa da própria actividade uterina; de facto, há situações clínicas difficilmente explicadas se se considera a bolsa de águas como único agente natural de dilatação. É o caso, por exemplo, de certas parturientes cuja apresentação fetal por ser viciosa ou por se adaptar mal à bacia materna, se não insinua; apesar da rotura precoce das membranas, tanta vez observada nestas condições, é vulgar verificar-se o progresso da dilatação que pode completar-se como habitualmente, sem que para isso intervenha a bolsa de águas, precocemente aberta. Extinção e dilatação realizam-se até, em certos casos, sem bolsa de águas nem tão-pouco apresentação insinuada, invocada, por vezes, como substituindo-a nas suas funções dilatadoras; é o que acontece, fora da gestação em doentes com um pequeno pólipso suspenso no fundo da cavidade uterina susceptível de provocar contracções expulsivas; sem que o pequeno tumor chegue a atingir a cavidade cervical, o colo apaga-se mais ou menos completamente e entreabre-se de modo a permitir franca exploração digital intracavitária.

Se a natural permeabilidade da cavidade uterina realizada durante o parto depende fundamentalmente de fenómenos activos ligados às funções musculares do útero, compreende-se facilmente a notável influência que podem ter na evolução do trabalho as anomalias dessas funções. Os estudos destes últimos anos têm contribuído consideravelmente para o esclarecimento de muitos dos problemas relacionados com este importante capítulo da Obstetrícia.

Foi justamente destes estudos que resultou, em grande parte, a attitude intervencionista no parto normal. A sua história é curta; pode dizer-se iniciou-se por volta de 1912, quando Van der Hoeven aconselhou a rotura das membranas ovulares a partir de uma dilatação de 4 cm. com o fim de acelerar o trabalho de parto e de diminuir o número de intervenções obstétricas. O procedimento de Van der Hoeven encontrava incontestável justificação naqueles partos que se arrastavam por motivo de espasmo do orifício uterino dependente da integridade da bolsa de águas; uma vez abertas as membranas, o espasmo desaparecia e o parto precipitava-se.

Um pouco mais tarde Schickelé obtinha, porém, idênticos resultados injectando antiespasmódicos enérgicos (Espasmalgina), embora respei-

tando a integridade ovular. Parecia, portanto, haver espasmos dependentes da bolsa de águas quando intacta, outros independentes dela, estes últimos cedendo à acção dos antiespasmódicos, por vezes de maneira surpreendente.

Porque não é fácil, na prática clínica, destringar com segurança uns dos outros, Kreis, em 1930, associou os dois métodos que sistematicamente applicou a todos os partos mesmo normais como profilaxia dos estados espasmódicos, técnica que designou com o nome de «parto médico». Na maneira de ver de Kreis, o «parto médico» justifica-se pela frequência, em seu entender grande, desses estados espasmódicos que alongam a duração do trabalho ou lhe imprimem aspecto francamente anormal.

A técnica de Kreis consiste essencialmente na sistemática rotura artificial das membranas em todos os casos normais (desde que o colo se encontre extinto e a dilatação iniciada), associada à injeccção, também sistemática, de espasmalgina; nestas condições fornecer-se-iam ao organismo preventivamente, os elementos com os quais se combatem as duas espécies de espasmos: os que são provocados pela bolsa de águas e os que são independentes dela. Os resultados que Kreis obteve com a applicação do método, foram excellentes: número mais elevado de partos espontâneos, encurtamento na duração do trabalho, óptimos resultados fetais.

Todavia, a técnica que propunha, proporcionou alguns comentários, designadamente o de Couvellaire que, por ter sido levantado precisamente na ocasião em que Kreis expunha os seus primeiros resultados, merece agora, decorridos longos anos durante os quais o método foi largamente experimentado, a nossa particular admiração; diz Couvellaire: «o facto de querer sistematicamente, a título artificioso, com receio de complicações imprevistas mas raras, decidir-se a dirigir artificialmente todos os partos, privando o feto da protecção do saco amniótico e injectando à mãe venenos-medicamentos, choca com a velha tradição dos parteiros modestos, aos quais eu pertença, que têm como norma não contrariar inutilmente, nos casos normais, o mecanismo natural da parturição. Contudo, supondo mesmo que a prática sistemática proposta por Kreis não seja aceita, não resta a menor dúvida que o nosso colega teve o mérito de aprofundar o estudo dos estados espasmódicos do útero parturiente, de nos incitar a tratá-los precocemente, acrescentando à clássica rotura das membranas, muitas vezes sufficiente, a acção do ópio e da beladona, judiciosamente regulados».

Entretanto, outras objecções se iam levantando ao método de Kreis; em primeiro lugar, a rotura artificial das membranas praticada logo no início da dilatação poderia ter o inconvenientemente, num ou noutro caso, de ser realizada antes mesmo de ter começado o trabalho, sabido como é encontrar-se o colo, especialmente nas múltiparas, não raras vezes francamente aberto nos últimos tempos da gravidez. Além disso, a applicação sistemática de antiespasmódicos, em regra sem inconvenientes de

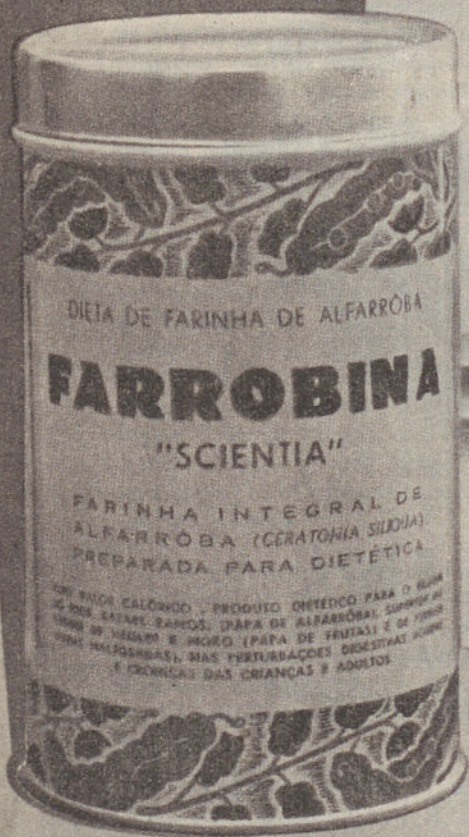
maior, pode no entanto alongar a duração do trabalho se este for do tipo hipossistólico, característica impossível de prever quando do seu início.

Estas razões levaram Voron e Pigeaud a modificar levemente a técnica de Kreis; para que a rotura artificial das membranas fosse praticada seguramente com a mulher em trabalho, aconselharam realizá-la só com colo extinto e dilatação de, pelo menos, 4 cm.; demais, se os antiespasmódicos provocassem tendência para inércia uterina, indicavam a aplicação de pequenas doses de pituitrina até ao restabelecimento de contracções normais. A esta modificação do método de Kreis deram o nome de «parto dirigido».

Qualquer dos dois métodos, método de Kreis ou método de Voron e Pigeaud, experimentados em larga escala, não se mostraram destituídos de inconvenientes, alguns deles não sendo mais do que os perigos classicamente atribuídos à rotura precoce das membranas: convite à infecção amniótica (se o parto se arrastasse), maior tendência aos prolapso do cordão em caso de apresentação alta, edema progressivo do lábio anterior do colo, vitalidade fetal ameaçada pela incidência mais directa da contracção uterina sobre o corpo do feto após o escoamento do líquido amniótico.

O tempo parecia, pois, encarregar-se de confirmar os receios de Couvellaire: não é sem perigo que se rompem intempestivamente as membranas nem é totalmente inócua a medicação antiespasmódica aplicada fora das suas bem marcadas indicações terapêuticas. A observação continua a mostrar que os partos, na sua grande maioria, decorrem sem que haja necessidade de se realizar qualquer profilaxia dos estados espasmódicos, ou porque não são frequentes ou porque se corrigem espontaneamente caso apareçam. Afigura-se-me, portanto, mais prudente e mais lógica a atitude abstencionista no parto normal; mesmo assim impõe-se particular atenção para tudo quanto possa traduzir ameaça de distocia.

No que diz respeito à actividade muscular do corpo uterino, merecem ser cuidadosamente apreciadas as características que traduzem a contracção e o tono; as anomalias da primeira, apresentam-se, por via de regra, bem evidentes nas suas manifestações clínicas; outro tanto se não dá com as anomalias de tonicidade; recordemos em especial, o aspecto da hipertonia generalizada em que além da existência de dores localizadas na região sacro-lombar, há uma diminuição mais ou menos acentuada da amplitude da onda contráctil e uma consistência maior do útero no intervalo das contracções, se existem. Nestes casos, a ausência de contracções uterinas bem individualizadas, observa-se com frequência, o que pode conduzir ao diagnóstico errado de hipossistolia; se com base neste falso diagnóstico, fosse aplicada terapêutica ocitócica, a situação, evidentemente, agravava-se; pelo contrário, se se consegue baixar o tono pela aplicação de antiespasmódicos enérgicos, as contracções recomeçam e adquirem rapidamente as características normais.



Enterites

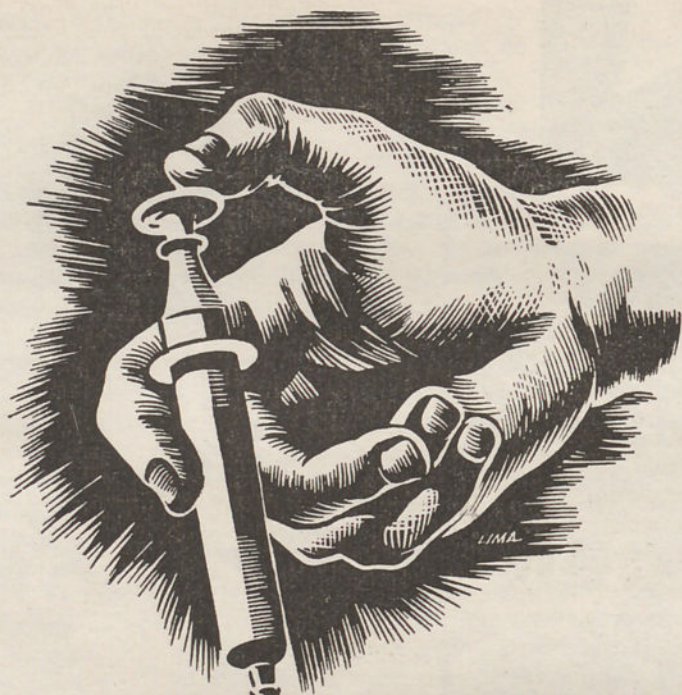
Diarreias

eliminadas em poucas horas com

FARROBINA "SCIENTIA"

PREPARADO A BASE DE FARINHA DE ALFARROBA

INSTITUTO LUSO-FARMACO, L.^{DA}



PROCILINA

OLEOSA e AQUOSA

Um produto consagrado pela experiência

Únicos Depositários:

PAOLO COCCO, L.^{DA}

LISBOA: R. Andrade, 4, r/c - PORTO: R. Fernandes Tomás, 480 - COIMBRA: Av. Fernão Magalhães, 32

No que se refere à região cérvico-segmentar, o que mais interessa conhecer é, além do progresso da dilatação, a descida do pólo fetal, o estado da bolsa de águas e o momento da sua rotura. Sabe-se que, com as membranas rotas, a observação durante o trabalho de parto deve ser particularmente atenta; aos inconvenientes já citados (infecção amniótica fácil, acção directa da contracção uterina sobre o feto), há a acrescentar, quando se trata de apresentação cefálica, a possibilidade do aparecimento de fístulas genitais, quando a cabeça se mantém na mesma situação, sem progredir, mais de duas horas.

Finalmente, adquire particular importância na exploração clínica da região cérvico-segmentar, o conhecimento da sua tonicidade. É quase sempre ao procurar-se apreciar o progresso da dilatação que se confirma a existência de um espasmo do orifício uterino, que até aí apenas poderia ser suspeitado pela existência de sinais de hipertonia no decorrer do trabalho. Quando oportunamente reconhecidos, estes espasmos encontram, em regra, solução satisfatória, quer no uso de antiespasmódicos, quer na rotura artificial das membranas, quer na associação destes dois elementos; a prontidão com que o útero responde a esta terapêutica é mais um elemento a favor da atitude abstencionista no parto normal, preferível, a meu ver, à que se fundamenta na aplicação sistemática de uma técnica que a observação mostra ser, na grande maioria dos casos, desnecessária. Na verdade, se durante um trabalho de parto confiado exclusivamente à sua evolução natural, surge um estado espasmódico susceptível de o anormalizar, a terapêutica oportunamente instituída resolverá quase sempre a situação.»

ARQUIVOS PORTUGUESES DE OFTALMOLOGIA, II (1950)

— N.º 1: *Dr. Alfredo João José da Fonseca*, por Lopes de Andrade; *Dr. F. P. Fischer*, por Lopes de Andrade; *Os vários métodos de separação da zónula na extracção intracapsular da catarata*, por Daniel B. Kirby; *Osteomas raros da órbita: osteoma compacto do seio palatino*, por Manuel de Lemos e Silva Pinto; *Úlceras da córnea e bloqueios simpáticos*, por Silva Pinto.

ÚLCERAS DA CÓRNEA E BLOQUEIOS SIMPÁTICOS. — Das suas experiências em cães concluiu o A. que os bloqueios do gânglio estrelado não alteram a evolução das ulcerações superficiais da córnea, e que nas úlceras produzidas por queimaduras as injecções retrobulbares de novocaína são prejudiciais ou indiferentes, mas que os bloqueios dos gânglios estrelados mostram vantajosos efeitos, pois apressam a evolução para a cura e diminuem a frequência e a gravidade das complicações oculares de essas queimaduras.

O MÉDICO — N.º 18 (5-v-1951): *Considerações a respeito da habilitação ao título de especialista*, por Fernando Nogueira; *Limitações do tratamento médico e indicações para o tratamento cirúrgico nas úlceras*

gástricas e duodenais, por António Mendes Ferreira; *Aspectos da socialização da medicina*, por Álvaro de Mendonça e Moura; *Como a vaga dos curandeiros contribui para o mal-estar médico*, por J. R. Debray. N.º 19 (20-v): *Assistência médica às classes trabalhadoras*, por Eurico Pais; *A tinha*, por Juvenal Esteves; *Exame funcional do rim*, por Ducla Soares; *Adagiário odontológico*, por Castillo de Lucas.

INDICAÇÕES CIRÚRGICAS NAS ÚLCERAS GÁSTRICAS E DUODENAIS. — Indicações absolutas: perfurações; hemorragias abundantes e repetidas, sobretudo se se trata de indivíduos com mais de 40 anos; estenoses pilóricas orgânicas; úlceras do estômago suspeitas de degenerescência maligna ou que não curam médica e radiologicamente em três a cinco semanas; úlceras penetrantes que não cedem ao tratamento médico. Indicações relativas: úlceras duodenais intratáveis medicamente, por se manterem as dores ou recidivarem com frequência apesar de tratamento continuado (a situação económica e social do doente, bem como a sua falta de educação e mentalidade, que o levam a não obedecer ao médico ou a não seguir rigorosamente o tratamento, obrigam a alargar na prática esta indicação).

A TINHA. — Os princípios que devem orientar o médico na clínica de esta doença, são: diagnóstico exacto, caracterização clínica e etiológica rigorosa, pesquisa da fonte de contágio, investigação dos contactantes, isolamento dos doentes adequado às circunstâncias (família, escola, etc.), início do tratamento no período recente da doença, determinação da atitude terapêutica em consideração do tipo biológico do caso ou da epidemia. A terapêutica aconselhável deve seguir esta norma: submeter a criterioso tratamento local, durante pelo menos três meses, os casos de tinha tonsurante, particularmente os de microsporia e os de tricofítia não difusa e de curta duração (o tratamento local assenta na epilação à pinça e subsequente aplicação de tópicos, entre os quais a salicilanilida tem dado bons resultados); evitar a irradiação pelos raios X nos casos com fenómenos inflamatórios, por inútil; utilizar essa irradiação nos casos de favo e nos de tricofítia e microsporia em que esteja invadido mais de um terço do couro cabeludo, ou que não mostrem tendência nem para processos inflamatórios nem para cura espontânea e que tenham resistido ao tratamento local acima indicado. Este artigo constitui uma revista geral do assunto, em que etiologia, diagnóstico clínico e laboratorial e tratamento são expostos pormenorizadamente.

ACTA ENDOCRINOLÓGICA IBÉRICA, I, 1951 — N.º 1: *Mobilização do ácido úrico pelos estrogénos*, por J. Gimena, Benitez de Huelva e G. Cabrera; *Progressos na semiologia laboratorial das doenças da tiroideia*, por G. Jorge Janz; *Doença de Addison e reumatismo*, por J. M. Cañadell e P. Barceló; *A estreptomycina na doença de Addison*, por Ignácio de Salcedo. N.º 2: *Osteomalacia puerperal*, por Diogo Furtado

e Domingos Machado; *Psoriasis e bloco hipófiso-talâmico*, por C. Agui-
iera Maruri; *Psico-somática do hipertiroidismo*, por Iriarte Peixoto; *Tra-
tamento etiológico da doença de Addison de origem tuberculosa*, por
J. M. Cañadell.

SEMIOLOGIA LABORATORIAL DAS DOENÇAS DA TIROIDEIA. — Inventariando, descrevendo e comentando as diversas provas que têm sido estudadas e utilizadas, salienta o valor de três: metabolismo basal, doseamento químico do iodo orgânico do sangue e determinação da apetência da tiroideia para o iodo radioactivo. Com as limitações conhecidas, pela observação de valores altos sem haver hipertiroidismo e de baixos sem haver hipotiroidismo, o metabolismo basal é prova que não conseguiu ser destronada no diagnóstico das afecções da tiroideia, e cuja maior utilidade é talvez a de com ela se poder controlar, no decurso do tratamento, o efeito de este. A determinação química do iodo orgânico do soro é de uma técnica delicada e morosa, pelo que não é fácil entrar na rotina da diagnose, além de não constituir, por si só, elemento decisivo do diagnóstico. A apetência da tiroideia para o iodo radioactivo dá indicações muito úteis; na opinião de Werner, só em 20 por cento dos casos necessita confirmação por outras técnicas de averiguação funcional da glândula.

A ESTREPTOMICINA NA DOENÇA DE ADDISON DE ORIGEM TUBERCULOSA. — Ensaio de estreptomicinoterapia em 8 casos de insuficiência suprarrenal de provável origem tuberculosa, em 7 dos quais tudo levava a crer que a glândula estava lesada por processo bacilar; 3 dos doentes apresentavam no início do tratamento lesões pulmonares evolutivas ou estacionárias, e um tinha mal de Pott com abscesso. Os resultados não foram nítidos: as melhoras foram diminutas e não modificaram sensivelmente a marcha da doença. No entanto, é de crer que o antibiótico será empregado com vantagem nas fases precoces do processo destrutivo suprarrenal ou quando existam outras lesões tuberculosas que contribuam para o agravar.

PSICO-SOMÁTICA DO HIPERTIROIDISMO. — Discutindo o conceito e a patogenia dos estados basedowiformes, engloba neles a verdadeira tireotoxicose e a neurose basedowóide, que tem igual patogenia, com a diferença de na segunda não ter a tireóide capacidade de resposta hiperfuncional. O problema das alterações psíquicas nestes estados merece a atenção dos psiquiatras, para descortinar as possíveis diferenças que mostrem as duas modalidades. Analisando o problema da psicogénese de estes quadros mórbidos, observa que esta etiologia, embora evidente nalguns casos, não é de regra; os factores emocionais, quando intervêm, actuam como noxas cu sobrecargas inespecíficas sobre um organismo que apresenta uma predisposição constitucional latente para reacções hipotalâmicas tireotróficas, com ou sem resposta hiperfuncional por parte da tireóide.

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

Reinfecções tuberculosas exógenas em alérgicos

As opiniões sobre a importância das reinfecções exógenas, nos indivíduos que já tiveram um processo tuberculoso, são muito diversas, o que não admira porque o problema é complexo e na sua discussão intervêm factores capazes de viciar o juízo a emitir. Começando por notar essa dificuldade, A. DUFOURT examinou a multidão de documentos sobre o assunto e apresenta (*La Presse Médicale*, 18-IV-1951) o parecer colhido dos trabalhos mais valiosos, encarando principalmente a questão das reinfecções nos sanatórios.

Relativamente às reinfecções em meio familiar (de adultos), as estatísticas dão números bastante aproximados, à roda de 10 por cento de casos de tuberculose conjugal, enquanto nos casais de são a proporção em que aparece a doença é muito menor, com frequências que, nas mais carregadas, são cinco vezes mais baixas que nos casais em que há tuberculose evolutiva.

Nos sanatórios e hospitais é mais difícil a apreciação, porque os cuidados contra o contágio podem ter maior ou menor rigor, factor importante, não só pelo que respeita ao contágio directo, de doente para doente ou para o pessoal do estabelecimento, mas também no que toca ao papel das poeiras, que podem conter bacilos virulentos, como ficou provado pelas investigações do A., confirmando os trabalhos de Cornet, Heymann, Le Noir e Camus, etc.

Numerosos estudos sobre a frequência da tal doença nos médicos e no pessoal dos estabelecimentos para tuberculosos em relação aos casos da doença nos hospitais gerais, mostram que, apesar de aquele pessoal ser em grande parte recrutado entre antigos tuberculosos curados, a proporção dos que cedem aos contágios é maior na primeira circunstância do que na segunda; o livro de Ickert sobre reinfecção exógena e superinfecção no decurso da tuberculose (Leipzig, 1939) recolhe abundante documentação, à qual podem juntar-se trabalhos recentes, de Canetti e Robert, e de Brun, Viallier e Pinet, que apuraram, respectivamente, número de casos de tuberculose evolutiva, de mais de duas vezes e de mais de dez vezes, nos médicos, estagiários e estudantes em meio hospitalar tuberculoso, do que em meio hospitalar de clínica geral. O efeito das reinfecções exógenas nos alérgicos demonstra-se também pelo aparecimento de tuberculose por bacilos humanos em doentes por bacilo do tipo bovino. Os trabalhos de Vaccarezza e de Jensen mostram que a frequência da tuberculose pulmonar pelo b. bovino vai diminuindo com a idade, e que, nos doentes sanatorizados, vão aparecendo as infecções mistas, e ao cabo de algum tempo os doentes só expectoram bacilos de tipo humano, que esses doentes adquiriram no sanatório.

Muito interessantes são os três casos seguintes, relativos à aparição de tuberculosas terciárias imediatamente estreptomomicino-resistentes, provocadas por contágio de bacilo resistente, há pouco publicados, BRUN e colab. observaram uma mulher infectada pelo marido, que tinha feito tratamento pelo antibiótico. De Piéchaud e colab. é um caso de tísica aguda com bacilos resistentes, num interno de sanatório. Canetti e Saenz relatam um caso de reinfecção contraído no laboratório e também por bacilo estreptomomicino-resistente. A reinfecção exógena é, nos três casos, incontestável.

Se a existência da reinfecção endógena em indivíduos alérgicos, com maior ou menor frequência segundo as circunstâncias do meio hospitalar, está largamente provada, interessa apurar como se comportam tais indivíduos em face do contágio. Considerem-se os dois elementos em jogo: o bacilo e o terreno.

Em referência aos bacilos, a quantidade de estes não pode ser grande; para o caso em questão não há contágios maciços. A virulência é naturalmente

ANTI-DIARREICO
DE ACÇÃO RÁPIDA E SEGURA

TANILEVE

COMBINAÇÃO ORGÂNICA DE
ÁCIDO TÂNICO E LEVEDURA

Enterites agudas, diarreias estivais.
Colites crónicas e sub-agudas das crianças.
Diarreias sintomáticas: dos tuberculosos, da febre tifóide, etc.

ADULTOS: 1-2 comprimidos, 3-4 ao dia

CRIANÇAS: 1/2-1 comprimido, uma ou mais vezes ao dia

Tubos de 10 e 20 comprimidos de 0,50 gr.

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

Representantes no Porto: Químico-Sanitária, L.^{da}

REGISTO DE LIVROS NOVOS

A. HÉBRAUD — *Formulaire de thérapeutique hormonale et corrélatif sexuelle et parasexuelle*. 104 págs. (G. Doin, Edit., Paris, 1950 — 200 fr.).

Monografia dividida em duas partes: na primeira trata das indicações terapêuticas nos síndromes endócrinos; a segunda relaciona as preparações farmacêuticas aplicáveis, visto só se prescreverem hormonas como especialidades. Livrinho de carácter prático, sem considerações fisiológicas, com indicações terapêuticas claras.

J. ROSKAM & R. FONTAINE — *Trombose veineuse*. 100 págs., com 20 figs. (Masson, Edit., Paris, 1950 — 350 fr.).

São os dois relatórios apresentados às «Journées Internationales de Phlébologie» de Setembro de 1950, reunidos nesta monografia. O primeiro trata da patogenia da trombose e das consequências do seu conhecimento para a profilaxia e tratamento médico. O segundo ocupa-se da terapêutica cirúr-

gica das trombozes venosas recentes. Ambos, escritos com manifesta competência, trazem copiosa bibliografia.

JACQUES CARLES — *Précis de thérapeutique appliquée*. 1.476 págs., ilustr. (G. Doin, Edit., Paris, 1950 — 3.700 fr.).

Na terceira edição deste manual, que faz parte da conceituada «Collection Testut», foi profundamente renovado o texto, embora mantendo a orientação geral da anterior, inspirada no propósito de dar indicações o mais completas possível sobre o tratamento a empregar em cada afeição. Entrou agora em linha de conta com as medicações introduzidas na terapêutica há poucos anos: antibióticos, novas vitaminas, hormonas sintéticas, etc.; assim como com as entidades mórbidas que estudos modernos definiram melhor. Destinado a estudantes, tem para os médicos a utilidade de um manual de fácil consulta.

REGISTO DE LIVROS NOVOS

E. P. LAURENT — **Retour du tuberculeux a la vie sociale et professionnelle, sa réadaptation.** 116 págs. (G. Doin, Edit., Paris, 1950 — 270 fr.).

O problema da readaptação dos tuberculosos à vida comum constitui uma preocupação não apenas social mas também clínica. O tuberculoso estabilizado carece de ficar em condições de vida profissional que o não levem novamente à incapacidade e à necessidade de novo tratamento, em regra mais difícil então. Com bons documentos sobre o assunto, foi escrita esta monografia.

A. POLICARD — **Précis d'histologie physiologique.** 860 págs., com 357 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1950 — Enc. 2.450 fr.).

Vai na 5.^a edição este volume da reputada «Collection Testut». Conservando o espirito e a ordenação de matérias das anteriores edições, ligando a morfologia à fisiologia, o texto foi profundamente reformado em muitos pontos, que foi preciso actualizar, mercê dos progressos trazidos pelo emprego da microscopia electrónica e em contraste de fase, microdissecção, isótopos radioactivos, etc. Estará certamente reservada à nova edição aquele sucesso que a obra há muito granjeou, sobretudo entre os estudantes.

J. D. MARTINET & R. TUBIANA — **Pathologie des veines.** 450 págs., com 71 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1950 — 2.000 fr.).

Reunir num só volume, destinado tanto ao médico como ao cirurgião, o vasto campo da patologia venosa e sua terapêutica, foi o propósito dos autores, que o escreveram seguindo as modernas orientações na matéria. Depois de uma primeira parte dedicada às indispensáveis generalidades, sucessivamente versa: as varizes dos membros inferiores, as flebites e tromboses venosas, as embolias pulmonares, a insuficiência venosa crónica, as úlceras da perna em relação com a insuficiência venosa crónica, a hipertensão portal e as anastomoses porta-cava, as malformações congénitas das veias, as hemorróidas e o varicocele.

ETIENNE MARTIN — **Précis de médecine légale.** 856 págs., com 111 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1950 — Enc. 2.350 fr.).

O ensino da medicina legal na Faculdade de Medicina de Lyon goza de reconhecida reputação. Este manual traduz o ensino ali professado, e aparece agora em 3.^a edição, melhorada com novos pormenores. Terá seguramente o êxito das edições anteriores, não só entre os alunos do curso médico como entre os médicos que precisem de estar ao par da ciência e da prática da medicina legal.

PAUL COSSA — **Physiopathologie du système nerveux.** 960 págs., com 329 figs. (Masson, Edit., Paris, 1950 — 1.900 fr., Enc. 2.300 fr.).

3.^a edição de um livro que se tornou clássico, e que agora aparece remodelado inteiramente, diferindo muitíssimo da 1.^a edição, pois os progressos notáveis dos últimos tempos no campo da neurologia a tal obrigavam. Divide-se em 4 partes: Fisiologia geral, normal e patológica do sistema nervoso; Fisiologia especial, função a função da vida de relação, no estado normal e no patológico; Iguamental para as funções da vida vegetativa; Relações do sistema nervoso com a actividade psíquica, nas suas várias formas. Toda a exposição visa a aplicação à clínica; bem cabido está o subtítulo que o autor lhe deu: «Do mecanismo ao diagnóstico».

CH. JOYEUX & A. SICÉ — **Précis de médecine des pays chauds.** 1072 págs., com 332 figs. (Masson, Edit., Paris, 1950 — 2.800 fr.; Enc. 3.300 fr.).

Pertence este volume à reputada colecção «Précis Médicaux», e é a 4.^a edição, o que prova um sucesso de venda correspondente à aceitação que merece. Vem aumentada e modernizada. A matéria está dividida em 3 partes: a primeira descreve as várias doenças exóticas, de carácter local, segundo os órgãos e aparelhos lesados; a segunda ocupa-se das doenças caracterizadas principalmente pela febre; a terceira trata das doenças chamadas gerais, não versadas na parte anterior. Obra de valia.

importante, mas não pode relacionar-se com a forma anátomo-clínica da doença, porque em formas benignas os bacilos podem ser muito activos e vice-versa.

Prepondera no efeito do contágio a receptividade para o bacilo. Quando o indivíduo tem resistência a reinfectação não dá manifestações, mantém a alergia. Mas se ela é forte, o bastante para a vencer, produzem-se focos de alveolite, circunscritos, que geralmente abortam, fibrosam e calcificam, e às vezes dão adenia satélite; a alergia, que era do tipo terciário, toma os caracteres do secundário. Um aspecto curioso é o da reactivação de velhas lesões, há muito extintas; tal, por exemplo, o caso de um filho de médico, com pequeno infiltrado apical, apagado, de aspecto fibroso, que foi passar dois meses num sanatório, entrando seguidamente o processo em franca evolução, estendendo-se a toda a região infraclavicular. Os casos de esta ordem não são raros, e obrigam a pôr o problema da instituição de casas especiais para os doentes com formas latentes e para os convalescentes, não os expondo às reinfectações fáceis de adquirir nos sanatórios.

Em suma: se o papel da primo-infectação e da reinfectação endógena conserva todo o valor em matéria de produção da tuberculose, o da reinfectação exógena não pode ser esquecido, porque dele decorre a necessidade de medidas de preservação dos contágios nos indivíduos já alérgicos.

A prova de Thorn

O doseamento nas urinas dos 11-oxiesteróides e dos 17-cetosteróides fornece preciosas noções sobre o valor funcional do córtex suprarrenal; exige, porém, uma técnica analítica só realizável em laboratório especializado. Um método mais simples, embora não dê resultados aceitáveis sem confronto com os dados clínicos, é o da prova de Thorn, sobre a qual L. HOLLENDER & J. CROKAERT escreveram um artigo de revisão (*Bruxelles Médical*, 11-III-1951) que passamos a resumir.

Baseia-se no facto de que uma injeção de hormona hipofisária corticotropa (ACTH) provoca hiperfuncionamento do córtex suprarrenal normal, o qual pode evidenciar-se por um teste metabólico e por um teste hematológico.

Para o teste metabólico procede-se da seguinte maneira: O doente, em jejum há 20 horas, urina às 6 da manhã, e bebe 200 cc. de água. Duas horas depois volta a urinar, urina que se guarda. Em seguida dá-se uma injeção de 25 mgr. de ACTH diluídos em 5 a 10 cc. de soro fisiológico. Às 9 horas urina, volta a beber 200 cc. de água. Às 12 horas volta a urinar e guarda essa urina. Nas duas amostras da urina que guardou doseia-se o ácido úrico e a creatinina. A comparação dos resultados obtidos na segunda amostra com os da primeira amostra dá as indicações requeridas. Num indivíduo normal a relação ácido úrico:creatinina eleva-se em 4 horas de 90 por cento; se houver insuficiência suprarrenal esse aumento é muito mais pequeno.

Para o teste hematológico, ao doente, em jejum de 20 horas, retira-se um pouco de sangue venoso e injectam-se 25 mgr. de ACTH em 5 a 10 cc. de soro fisiológico. 4 horas depois repete-se a colheita do sangue. Este será, para cada amostra, lançado, na quantidade de 5 cc. sobre o residuo que fica depois de se filtrar e secar a baixa temperatura o seguinte soluto: oxalato de potassa — 0,8 gr., oxalato de amónio — 1,2 gr., água destilada — q. b. para 100 cc. Agita-se suavemente, para não quebrar os eosinófilos, muito frágeis, pois o teste consiste em verificar a baixa do número de eosinófilos provocada pela hormona, baixa que no indivíduo normal é de 50 a 70 por cento, e que deixa de existir quando o córtex está insuficiente. Feita a coloração com os solutos de Randolph ou de Thorn, faz-se imediatamente a contagem.

Dado o alto preço da ACTH tem-se substituído por outras substâncias que provocam efeito semelhante, e entre elas sobretudo pela adrenalina, estimulante hipofisário, e portanto estimulante indirecto do córtex. Injecta-se

0,2 mgr. de adrenalina a 1 por mil, diluída em 250-250 cc. de soro fisiológico, em perfusão intravenosa lenta, que leve 1 hora a fazer-se, ou injecta-se por via intramuscular 0,3 mgr. de adrenalina a 1 por mil, com uma seringa de tuberculina; a solução da adrenalina deve ser muito fresca. De resto, as amostras de sangue colhem-se como foi indicado para a ACTH. Este teste pela adrenalina tem sido muito criticado, sobretudo quando feito com a injeção intramuscular; além de que, com ele, não se pode distinguir a insuficiência hipofisária da da suprarrenal.

As indicações dadas pela prova de Thorn são aproveitáveis, sem dúvida, mas é necessário saber, para a interpretação dos seus resultados, que estes podem ser alterados por diversas circunstâncias. Evidentemente, o teste hematológico não serve quando há eosinofilia alérgica; doenças agudas, como a pneumonia, o reumatismo articular, a febre tifóide, provocam uma queda notável dos eosinófilos, na prova em questão.

Patogenia e terapêutica da eclampsia

Resumo do artigo de H. LABORIT, em *Gynécologie et Obstétrique* (N.º 3 de 1950). — Na produção da eclampsia intervêm diversos factores. O primeiro é a inibição do sistema reticulo-histocitário, que provoca hipocalcemia, déficit de histaminase e de colinesterase, urobilinúria. Em resultado da insuficiência antitóxica do sistema reticulo-endotelial surge o segundo factor, o aumento da permeabilidade capilar, da colina e da histamina, dando edema, albuminúria, hipertensão. Terceiro factor: o edema cerebral, por afectar o hipotálamo. Nestas noções de patogenia deve firmar-se a terapêutica. Antes da fase convulsiva: anti-histamínicos de síntese, atropina, tetra-etilamónio, cálcio, vitaminas C e P, progesterona, transfusão de plasma. Na eclampsia confirmada: solutos hipertónicos (sulfato de magnésio) para combater o edema cerebral, infiltrações dos gânglios cervicais superiores e de gânglio estrelado, diparcol e phénergan, transfusões de plasma; pentothal curare, como anti-convulsivo.

O metabolismo basal nos velhos

LÉON BINET & F. BOURLIÈRE notam que os valores do metabolismo basal nos velhos, consignados nos livros, assentam em trabalhos feitos sobre limitado número de indivíduos e sem olhar aos estados patológicos, o que levou a resultados imediatos muito diversos, dos quais se tiraram médias; o que tudo levou a valores apenas de aproximação. Retomando o assunto, nalgumas dezenas de velhos, de 70 a 99 anos, que levavam uma vida activa, não oferecendo qualquer estado patológico, determinaram o metabolismo basal em circuito fechado, empregando o aparelho de Benedict. (*La Presse Médicale*, 25-IV-1951).

O número de homens foi pequeno (23), o das mulheres foi maior (114) e por isso permite tirar conclusões mais seguras. Os números obtidos para elas foram: 70 a 79 anos — 34,4; 80 a 89 anos — 32,9; 90 a 99 anos — 32,5. Os desvios para mais ou para menos atingiram respectivamente as importâncias de 4,5, de 3,9 e de 4,4. Estes desvios estão de algum modo relacionados com a vitalidade dos velhos, pois em regra os valores inferiores à média observam-se nos que tem bom estado físico e intelectual, parecendo mais novos que o próprio da sua idade, ao passo que os mais elevados se encontram nos mais envelhecidos; o que é favorável ao conceito de KOUNTZ e CHIEFFI, de ser o aumento do metabolismo basal nos velhos um sinal de doença degenerativa. Também nos hipertensos se verifica esse aumento, com frequência.

Um ponto interessante é o da reversibilidade da baixa de consumo de oxigénio nos velhos, operada pela implantação de comprimidos de testosterona; igual efeito se obtém empregando o extracto tiroideu ou a caseína iodada. As observações dos autores mostram que por estes meios se pode elevar um meta-

bolismo basal inferior à média, levando-o a valores que excedem esta; por exemplo, com a caseína iodada, numa mulher de 99 anos, o metabolismo subiu de 28 para 35,5 calorias.

Um novo anti-coagulante: a tromexane

Expostas as propriedades farmacodinâmicas de uma nova substância anti-coagulante (éster etílico do ácido Di-3,3' — 4 oxicumániril acético), C. LIAN e colaboradores (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 10-v-1951), com os ensinamentos de 80 observações pessoais, dizem que embora ela não satisfaça todos os requisitos de um anticoagulante ideal, tem superioridade sobre a heparina e o dicumarol, pois é tão eficaz como estes e é muito mais maneável. Com efeito, administra-se por via bucal como o dicumarol, mas absorve-se muito mais rapidamente, actuando portanto mais depressa, e elimina-se depressa, o que evita os inconvenientes da acumulação. Nos 80 casos em que foi ensaiada (40 de flebites, 29 de embolias, e 11 de infarto do miocárdio) os resultados foram satisfatórios. Quanto às susceptibilidades individuais e à tolerância, e às contra-indicações (que pormenorizadamente expõe), são semelhantes às dos outros anti-coagulantes, com diferenças só a ter em conta em circunstâncias especiais.

O ácido succínico no tratamento da artrite reumatóide e do lúpus eritematoso disseminado

Em nota prévia, e em consequência de trabalhos experimentais realizados pelo primeiro, J. CANDELA, J. GOMEZ ORBANEJA & A. LOPEZ DE LETONA informam que empregaram o ácido succínico em soluto a 2 por cento e na dose de 10 cc. por injeção endovenosa, em 14 casos de artrite reumatóide, 2 de lúpus eritematoso disseminado e 5 de psoríasis. Na artrite reumatóide obtiveram excelentes resultados nalguns doentes e nos restantes nítido benefício; aparecem tardiamente, 10 a 15 dias; e caracterizam-se pelo desaparecimento das dores, maior facilidade nos movimentos, e frequentemente melhora na velocidade de sedimentação, que nalguns doentes volta à normalidade. Nos casos de lúpus em cinco dias desapareceram as lesões cutâneas; reapareceram, mas com nova série de injeções novamente desapareceram. Na psoríasis não obtiveram qualquer efeito. Estes factos põe em novo caminho a investigação terapêutica, com prometedoras esperanças. (*Medicina*, Abril de 1951).

Diagnóstico ceoproce do cancro do estômago

Um processo original de investigação foi ensaiado por D. STATE e colab., procurando sistematicamente a existência do cancro, que ainda não dava sinais próprios, em todos os indivíduos com mais de 50 anos, que apresentavam acloridria, anemia perniciosa ou baixa inexplicada da hemoglobina, que tinham melena oculta, ou pólipos gástricos, ou que eram pais de cancerosos do estômago. Os resultados foram: num milhar de aclorídricos descobriram 10 casos de cancro, num cento de anemias perniciosas 3 canceros, em 49 portadores de pólipos 7 casos. (*J. American Med. Ass.*, 15-iv-1950).

Tratamento higiénico da amigdalite aguda

Segundo T. C. MACDONALD & I. H. WATSON, não é preciso empregar sulfamidas para tratar as amigdalites agudas. Elas curam da mesma maneira, no mesmo período de tempo, obrigando o doente a repouso no leito e administrando-lhe grandes quantidades de líquido, que levem a abundante diurese. (*British Med. J.*, 17-Fev.-1951).

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO. — Trabalhos apresentados nas Reuniões do pessoal docente, que se efectuaram de 27 de Janeiro a 15 de Março: — Fontes e caminhos greco-árabes da medicina do ocidente europeu latino, por Luís de Pina. Os enxertos do grande epiplon na drenagem venosa do rim, por Abel Tavares. A iodemia e a lipemia nas suas relações com a função tiroideia, por Carlos Alberto da Rocha. Notas sobre a hematologia e a clínica das leucoses agudas, por Ernesto Morais. Reacções vasomotoras provocadas pelas injecções intra-arteriais terapêuticas, por José Garrett. Inervação vesical e papel dos nervos vegetativos, por João Costa. A anatomia broncovascular do cão, por Carlos Jorge. Alguns factos experimentais sobre queratoplastias perfurantes, por Silva Pinto. Vasodilatadores em perfusão intra-arterial na terapêutica das artrites dos membros inferiores, por Casimiro de Azevedo e M. Castro Henriques. Curvas glicémicas nos operados gástricos, por Estêvão Samagaio. Algumas observações sobre a reacção de Hanger em doentes com padecimentos gástricos, por Júlio Costa. Novos horizontes da tomografia, por Albano Ramos. A propósito de um caso de tumor da granulosa, por M. Castro Henriques. A homo-transfusão esternal num caso de púrpura trombocitopénica secundária, por Sousa Sobrinho. Um caso de acromegalia com bócio, por Carlos Alberto da Rocha. Fistulas biliares internas, por Joaquim Bastos. Duas formas de síndrome de Meigs, por Silva Carvalho. Leiomioma gástrico, por Abel Talvares. A propósito do síndrome ictero-asmático, por Gomes de Oliveira. Influência do simpático cervical nas modificações electrocardiográficas da sobrecarga ventricular, por J. Pereira Leite. A propósito de hemipleqias em indivíduos novos, por A. Ferraz Júnior e Emídio Ribeiro.

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA. — Fez acto de doutoramento o Dr. Pedro Madeira Pinto, cuja dissertação se intitula: Fundamentos teóricos da electro-cardiografia, sua aplicação ao estudo dos enfartos do miocárdio.

RICARDO JORGE. — O Instituto Central de Higiene prestou homenagem à memória do grande médico, inaugurando uma exposição das suas obras, em número de 130 livros e opúsculos.

CONFERÊNCIAS. — Pedro Hispano e os Regimentos de Saúde medievais na cultura médica popular hispânica, pelo Prof. Luís de Pina, na Academia Portuguesa de História. Na Junta de Missões Coloniais, do Dr. Paiva Chaves, sobre A cirurgia reparadora perante a industrialização do Ultramar.

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO. — No Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, sob a direcção do Prof. Cândido de Oliveira, está a correr um curso de aperfeiçoamento de Bacteriologia Geral, no qual fazem também lições os Profs. Flávio de Rezende, Toscano Rico e Meliço Silvestre, e os Drs. Domingos Filipe, Machado Vaz e Mendes da Silva.

NECROLOGIA. — Dr. Tomaz Godinho de Faria, distinto clínico em S. Mamede de Infesta. No Funchal a Dr.^a D. Henriqueta Gabriela de Sousa. Em Lisboa a médica analista do Hospital de Santa Marta Dr.^a D. Helena Calado; e o Dr. Eduardo Nicolau de Oliveira. Em Tabuaço o considerado clínico Dr. Albano Baptista Tauredé de Sousa, subdelegado de saúde aposentado e nosso estimado leitor. Em Macedo de Cavaleiros, o também nosso antigo leitor e estimado clínico Dr. Acácio Rufino de Sousa Pimentel. Dr. Hildo Lerenó Monteiro, director dos Serviços Médicos Municipais de Lourenço Marques; e Dr. Altamiro Alves Machado, clínico no Porto.





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 Integrals da quina, metilarsinato de sódio e — vitamina C
em veículo estabilizador**

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

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

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO
NAS BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO

TRICALCOSE

SAIS CÁLCICOS ASSIMILÁVEIS
COM GLUCONATO DE CÁLCIO

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

MIOCILINA

' P A S T E U R '

Suspensão oleosa contendo 2%₀

de mono-estearato de alumínio,

Frasco de 300.000 e de

900.000 U.

BIBLIOGRAFIA

«O emprego da penicilina procaína com mono-estearato de alumínio nas crianças», por J. L. Emery, L. M. Rose, S. M. Stewart e E. J. Wayne (n.º 65 da Col. Bibl. Cient.).

«O tratamento rápido da sífilis pela penicilina» por E. W. Thomaz, M. O. (n.º 78 da Col. Bibl. Cient.).



LABORATÓRIOS
DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA