

# 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 Cíveis de Lisboa. — ADMINISTRADOR e EDITOR: António Garrett.

## SUMÁRIO

CONCEIÇÃO E SILVA JÚNIOR — A primeira consulta em urologia.

GUEDES PINTO — Aspectos da semiologia funcional das vísceras ocas do aparelho digestivo: Da vesícula biliar.

MOVIMENTO NACIONAL — Revistas e boletins: *A Medicina Contemporânea* (Pneumotórax e cavidades do pulmão contralateral. Pneumotórax não tuberculoso). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (As embriopatias. Epilepsia, convulsões e psicossomática). *Revista P. de Obstetrícia, Ginecologia e Cirurgia* (Fisiopatologia e tratamento das hidronefroses). *Jornal do Médico* (Rotura uterina. Os casos maus na tuberculose pulmonar). *O Médico* (Obesidade).

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — Da noção do tempo na evolução dos processos patológicos. Método de Smith na prevenção dos acidentes gravídicos. Distensão aguda do ventre por histerismo. Orelhas em abanador. Antagonismo entre cloromicetina e penicilina. As falsas hemoptises.

HISTÓRIA DA MEDICINA — AUGUSTO DE ESAQUIY: Abertura da Escola Médica de Luanda (1791).

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES — Prémio Nobel. Sociedades científicas. Congresso Internacional de Cirurgia. Prof. Costa Sacadura. Instituto P. de Oncologia. IV Curso de aperfeiçoamento médico-sanitário. Necrologia.

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



*unifon*

# Gardénal

FENIL-ETIL MALONILUREIA

EPILEPSIAS  
CONVULSÕES  
ESTADOS ANCIOSOS  
INSONIAS REBELDES

EM TUBOS DE COMPRIMIDOS  
a 0 gr. 10 0 gr. 05 0 gr. 01

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE**  
**SPECIA**

MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE  
21. RUE JEAN-GOUJON, 21 — PARIS-8°

Representante: SOCIEDADE COMERCIAL CARLOS FARINHA, LIMITADA

Rua dos Sapateiros, 30, 3.º — LISBOA





# PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXV — N.º 10

OUTUBRO DE 1951

## A primeira consulta em urologia

(Apontamento a propósito)

por CONCEIÇÃO E SILVA JÚNIOR

*Urologista (Lisboa)*

L'importance d'un diagnostic précis dans les maladies des voies urinaires, est telle qu'il suffit de la signaler pour être écouté et compris; là, plus que partout ailleurs peut-être, une erreur est susceptible d'entraîner les plus graves conséquences.  
P. BAZY

La caractéristique de l'urologie c'est que les erreurs et les fautes se commettent pas toujours pendant le traitement, mais bien à l'examen, et la portée de ces erreurs est parfois assez grande.  
L. STROMIGER.

### I — A ANAMNESE E A SEMIÓTICA

Os clientes, ou trazem muito para contar, — até escrito, «les malades aux petits papiers», de GUYON, — e também o diagnóstico feito; ou pouco falam e a custo, de nada se lembram; — entregam-se ao médico, e ele que adivinhe. Os instruídos, costumados a trabalhar com uma inteligência cultivada e a usá-la em sectores vários das Ciências, mas fora da Medicina, são os piores, porque a sua instrução e hábito de discernir os levam a apresentar a própria história clínica, e as conclusões até à sua classificação no quadro nosológico, com tal aparência de verosimilhança, que o clínico com dificuldade se furta à influência do juízo do consultante. Então o doente que trazer um «auto-diagnóstico» firmado na dor que o incomoda, — «a sua dor», — dificilmente se convencerá de que errou! Ora em urologia, este sintoma funcional é infiel sinal da localização e da gravidade das doenças! A dor anda na razão inversa da gravidade das doenças em vias urinárias; — as mais dolorosas são as mais benignas, como os cálculos, as hidronefroses; e pelo contrário, as que menos dores fazem, são as mais graves, como a tuberculose renal, a neoplasia maligna. E quanto ao que diz respeito à sua sede anatómica, por via de regra, a dor não corresponde à região do corpo em que se



CENTRO DE ESTUDOS DE UROLOGIA  
INSTITUTO DE CAVALEIRIA



acusa; *verbi gratia*: a dor do cálculo renal que se localiza no coração e no testículo; a do cálculo vesical, na glândula; a das tuberculosas renais, na bexiga; a das neoplasias dos rins, ou da bexiga, que evoluem sem ela até tarde, e por vezes tão tarde, que somente na necropsia se descobre o mal; — bem entendido, se pelo desenvolvimento do tumor não houver antes compressão, ou outra qualquer complicação que a provoque. Mesmo aquela dor vaga na região costal-lombar que aparece em determinadas modalidades de tuberculose renal, nada nos garante por si só quanto ao lado atacado; — porque pode ser reflexa.

O diagnóstico de uma afecção em vias urinárias mais fácil será fazermos-lo dependendo de um sintoma físico, — piúria, hematuria... — do que de uma perturbação funcional, — dor, sensação. O doente não compreende a grandeza e valor do sintoma físico em patologia; — constata-o.

Mas a perturbação funcional, sofre-a, dependendo o «seu sofrimento» da própria sensibilidade e respectivas faculdades reaccionais. Fiemos-nos, portanto, no sintoma físico; e ponhamos de quarentena, como medida de precaução e defesa do cliente e nossa, a perturbação funcional, até ulterior confirmação ou infirmação, ligadas ao nosso exame.

Ficam-nos, para encerrar esta arbitraria catalogação, os doentes que dizem justamente o que sentem, relatando-nos como o sentiram e sofreram, pondo de lado críticas e deduções. São os óptimos, para a nossa maneira de ver no caso; mas, sejam eles de que grupo forem, ter presente, «sempre», que, aquilo que nos contam passou através da sua sensibilidade e reacção individuais, por elas foi esculpido e chancelado, e sofrendo-lhe as respectivas consequências.

O que não é útil; e muito menos definitivo e seguro.

Na opinião de CABANIS, — *Raport du Physique et du Moral*, — não há ramo da Medicina em que o feitiço e o moral do doente tão interessados e prevertidos sejam, como nas doenças das vias urinárias e genitais; e, como consequência fatal, tão alteradas também as condições de apreciação e maneira correlativa de traduzir as impressões sofridas.

Nestes últimos tempos ressuscitou-se (positivamente; porque a ideia é antiga; simplesmente, tinha caído em triste desuso!) a conveniência de não separar no doente a parte física, da parte moral e espiritual. E, quantas doenças do corpo serão mais uma resultante de doenças morais que as desencadearam, do que de causas físicas que um organismo moralmente forte teria neutralizado, se não estivesse, exactamente, em inferioridade de resistência moral no momento!

E isto ajusta bem em qualquer ramo da medicina; — aten-



da-se ao papel importante que um forte abalo moral, ou um grande abatimento do espírito, têm na evolução de uma tuberculose...

Em urologia, a inversa é mais vezes «o pão nosso de cada dia». Os doentes das vias urinárias e dos rins, — como o das genitais, — no geral, vêm ao consultório alterados de ânimo, des-norteados, quantas vezes a descair para o trágico! Pesado encargo é então o do clínico: arrimado à ciência e à arte de curar, mete ao mesmo tempo ombros à pesadíssima tarefa de salvar o homem do seu mal moral. Porque não merece a pena salvar um, sem salvar o outro; — e aqui, é que é mesmo: ou salva o doente e salva o homem, ou não cumpre o seu dever absolutamente.

— Cliente que ajude o médico no seu trabalho, difícil será de nos aparecer; no mínimo, ainda nos embaraça com as suas histórias, com suas erradas visões dos acontecimentos e suas causas...

Mas o médico precisa de interligar os factos, localizar as causas e determinar-lhes os efeitos, correlacionar os fenómenos, e, concatenando as ideias reunidas, lançar-se ao diagnóstico definitivo, ao tratamento que dele surgirá em indicação precisa, e ao prognóstico consequente, do diagnóstico e dos resultados esperados da terapêutica empregada... É então o prognóstico; — diga-se, entre parêntesis, — «esse escolho de respeito», e que é quase sempre a razão de ser, e a mais importante, da consulta do doente!

Devemos a GUYON — inspirado em PASTEUR e CLAUDE BERNARD — a solução deste grave inconveniente, introduzindo na urologia, «o método».

O «método», é a marcha racional do espírito para chegar ao conhecimento e demonstração da verdade, — lógico, prudente, ponderado na arrumação dos elementos e sua valorização.

E sem método, «nada» se consegue; — ou pelo menos pouco se conseguirá, e no maior número de casos sem valor...

O «método» é absolutamente indispensável para o urologista que queira cumprir. DUMESNIL diz que o «método» é para o médico que pesquisa, o que o bordão é para o cego. De facto: bordão que assegura a boa marcha no bom caminho!

Devemos saber ouvir, perguntar, interpretar, com «método». Aprender na queixa do doente o que é de valor e interesse para o diagnóstico; na descrição dos fenómenos ocorridos o que está dentro da importância deles, procurando pôr ordem nos acontecimentos e suas causas, relacionando-os entre si; e também, à custa de paciência e inteligente orientação do interrogatório, corrigi-los. Porque aquilo que nós concluirmos ao ouvir e ao observar o doente, e soubermos esmiuçar com aproveitamento para a finalidade do nosso trabalho, será posto em equação pelo «método» que criteriosamente e com consciência adoptamos.



influenciados pelos conhecimentos científicos e clínicos adquiridos, e constituindo em síntese «o nosso juízo clínico».

Nestas condições é que se revelam os verdadeiros urologistas, — diz STROMINGER, — na maneira de ouvir, perguntar, examinar o paciente, e redigir a sua história clínica como fundamento e orientação para os exames clínicos a proceder nele: «parce que, un diagnostique médical, et une decision thérapeutique ne sont, en dernière analyse, qu'une operation de l'esprit, basée sur un fondement scientifique et dirigée par une méthode sévère et étroitement précisée».

GUSTAVE LEBON assevera que o método para o individuo é inicialmente um acto consciente, obrigado; mas depois, com a prática e uso correcto dele, e a educação que do uso resulta, transforma-se num acto inconsciente e indispensável, a impor-se imperiosamente do começo ao fim de todo o trabalho de investigação científica. «C'est en se laissant guider par la méthode, en se soumettant sans revolte à ses principes, à ses règles, — je dirai même, — à ses exigences, qu'on devient expérimenté» — na afirmação de GUYON.

Pode-se ser observador toda a vida sem se adquirir experiência; apenas o método torna útil a observação; — porque a metodiza.

— Todo o exame clínico, metódico, de um doente das vias urinárias, exige, paralelamente, um cuidadoso exame do estado geral desse doente.

«A exploração metódica de todo o corpo, e não somente de alguns dos seus órgãos e aparelhos, constitui condição principal e prévia para o exacto conhecimento, e tratamento conveniente e eficiente, de qualquer afecção. Esta lei é fundamental para a conduta seja de que médico for, e a especialidade a que se dedique; — por consequência o urologista terá esta regra sempre presente». — WILDBOLZ.

— Tanto os antecedentes hereditários, como os pessoais, exigem atento e meticuloso inquérito; pois à custa do que trazem para a história clínica do paciente é que tentaremos apanhar a ponta do fio da meada que nos guiará no exame físico até o diagnóstico definitivo.

Uma anamnese bem feita, esmiuçada, é meio diagnóstico; — pelo menos.

Quantos serão os que, ao cabo de quarenta anos de clínica urológica, não tenham que lamentar-se por terem passado ao lado de um incidente, — porque pareceu sem importância, — e só no fim verificaram, ao contrário, ser necessário para diagnosticar a doença, demorando o trabalho; quiçá, comprometendo-o.

A vulgar gota do meato urinário, teimosa e renitente, em



que os gonococos só muito depois se encontraram por acaso, na análise laboratorial, quantas vezes são causa primária, e única, do estado de descalabro físico em que o doente nos procura, porque de *proche en proche* foram sendo atacados outros órgãos no sistema uro-genital, e fora dele, na sua estrutura anatómica e nas suas funções?

Quantas glomerulonefrites e outras infecções crônicas ou agudas das vias urinárias, — nefrites purulentas, piélonefrites hematogénias, nefrite focal hemorrágica, abcesso épi ou paranefrítico, abcesso prostático hematogénio, epididimites e orquites agudas, — são processos inflamatórios agudos, purulentos, por metástase, originados por germens virulentos deslocados por intermédio da circulação linfática ou sanguínea de lesões da garganta, da naso-faringe, ou de algures, nem sempre bem definidas, daquelas que se transportam connosco sem sofrimento que as acusem, actuando como focos crônicos? São os granulomas dos dentes que apenas se descobrem depois da extracção do dente atacado, e então nos leva a pedir uma radiografia da boca toda, onde se diagnosticam mais granulomas; as amigdalites, as rinites e as otites, que, porque não incomodam, se ignoram; as colecistites e as apendicites crônicas, que nunca se suspeitaram...

A tuberculose na ascendência, ou a do próprio indivíduo supostamente passada e dada como curada, pode muito bem ser causa de uma cistite cuja etiologia nos escapa, de uma hematúria, de uma piúria crônica, de afecções das vesículas seminais, dos testículos, dos epidídimos...

A sífilis congénita, como a adquirida, — mesmo a que passou sem incómodo de maior, «feridinha» que desapareceu dos órgãos genitais com os cuidados habituais de hegiene caseira, — a sífilis de que mal se cuidou, e se cuidou mal com insuficiente tratamento específico, ou aquela em que erradas reacções serológicas, — erradas por qualquer condição de ocasião independente da vontade e consciência do analista, — levaram o doente a abandonar o tratamento sem ter procurado, antes da sua resolução, a indispensável concordância da clínica com o laboratório, quantas vezes é determinante e causa suficiente de orqui-epididimites, vesiculites, prostatites, cistites, sífilis vesical, esclerose dos corpos cavernosos?!

A orqui-epididimite bilateral, com os testículos e os cordões duros e renitentes à palpação, é muito suspeita quanto à sua natureza; — no mais vulgar é sífilítica. Evitem-se todas as intervenções enquanto o diagnóstico diferencial com orqui-epididimites de etiologia diferente não esteja feito...

Uma furunculose, mesmo em declínio, — e às vezes por isso mesmo, porque já não preocupa o doente, — pode ser fornecedora do agente infectante, pelas vias habituais, para uma prostatite em



processo metastático, e que apareceu de supresa e sem explicação fácil da sua etiologia.

Uma mastite purulenta, uma amigdalite aguda, um panarício ou outra inflamação da pele com infecção, são muitas vezes a causa de abscessos épi ou paranefríticos, pielites, pielonefrites e nefrites purulentas.

As albuminúrias, as hematúrias e as manifestações urémicas de hoje, podem estar ligadas, por uma evolução lenta até, a processos de nefrite ou pielonefrite anteriores, julgados extintos e curados.

Não é muito vulgar, mas encontram-se casos de albuminúria que «brincam» com o tratamento, e afinal andam ligados a ptoses renais bilaterais, da ordem do segundo e terceiro grau. Tenho na minha clínica dois casos nos quais, tão somente com o uso de cinta hipogástrica e competentes pelotas para conterem os rins no seu lugar, se conseguiram bons resultados.

As cólicas dos rins sofridas há muito, que passaram com remédios de casa, e não voltaram, devem mesmo assim, chamar a atenção do urologista para a calculose, para a ptose renal com prega do uretero em cotovelo, ou existência de qualquer outro obstáculo capaz de provocar uma dilatação pielo-uretérica.

A sensação de peso ou compressão na região costal-lombar, acusadas pelo cliente, fazem-nos pensar na existência de uma hidronefrose, ou de um cálculo no uretero pélvico em fase silenciosa. Mas se estes sintomas não trouxerem como guarda avançada uma cólica formal do rim, e se localizarem na região costal-lombar, desconfie-se antes de um processo inflamatório do rim, do bacinete ou da cápsula do rim; — a menos que os possamos ligar e filiar em processo de natureza circulatória, como sucede na obstrução aguda da artéria renal, insuficiência do rim, manifestações de afecções de órgãos abdominais: — «dor abdominal urológica» de alguns autores.

Um rim pode trazer um cálculo e não haver do incidente o menor indício; — basta que ele esteja acantonado onde não dê guerra nem à secreção nem à excreção da urina; e não precisamos que o doente tenha urinado cálculos ou areias para denunciar a sua existência no aparelho, — tanto no rim como na bexiga; — porém se a sua presença no organismo se complicar com um processo inflamatório ou infeccioso, ou se deslocar por forte queda, não tardará a denunciar-se:

B. de C., homem de 70 anos, apareceu-me em 1935 com forte cistite, micções imperiosas, polaquiúria, tenesmo, sangue terminal nas urinas, assim de repente, e não tendo tido nunca doença do aparelho. Pois trazia um cálculo vesical do tamanho de uma tangerina média, e que extrai por cistostomia supra-púbica, de uma bexiga com colunas. Este senhor começou sofrendo «seu mal»



depois de ter caído «sobre o assento» por escorregar na calçada íngreme e puída de uma rua de Lisboa mês e meio antes de vir à consulta. Pela certa estava alojado em ninho, ou loca, na bexiga, e dela se desencastou com o abalo da queda. Porque um cálculo daquele tamanho não se formava em quarenta e cinco dias!..

Um processo de apendicite, sobretudo prolongado, em forma crónica, pode originar apertos do uretero, ou a sua curvatura em cotovelo, provocando, *à la longue*, uma hidronefrose <sup>(1)</sup> por obstáculo mecânico à saída das urinas.

Os antigos traumatismos, principalmente da pelve e dos lombos, as quedas de pé, sobre as nádegas, devem procurar-se na história do doente; e seus efeitos; — pois são muitas vezes caso sério.

M. P. S., de 46 anos, viúva, procura-me em Maio de 1924, queixando-se de grandes incómodos no baixo-ventre e na bexiga, e se traduziam por dores «em baixo» (*sic*) e na uretra durante e fora das micções; de micções com ardor e dores, muitas vezes interrompidas; e também dificuldade de suster as urinas. Urinava pouco de cada vez e muito a miúdo. Relatou que «este sofrimento» começou há 18 anos, depois de um grande passeio em que se cansou muito, suportando fortíssima vontade de urinar, que não pôde satisfazer, e no fim, e nestas péssimas condições, caiu de pé, de um eléctrico e de bastante alto, desamparadamente, e com forte «abalo em todo o corpo».

À observação revela-se um meato em fenda vertical, irregular, entreaberto, tendo aderente um retalho de tecido em meia lua, de concavidade superior, e com inserção aos lábios do meato, pelo terço inferior deles, mas não impedindo a micção. À entrada da vagina, na linha média e na parte superior da parede, nota-se um tumor com o feitio e volume de um ovo pequeno, coberto de mucosa rugosa e descorada própria da região. À palpação digital delimita-se este tumor confinado aos dois terços anteriores da uretra, deprimindo-se com ligeira renitência do conteúdo. À observação feita com espéculo vaginal, — mas com as valvas colocadas lateralmente de modo a fazer ressaltar a parede superior da

---

(<sup>1</sup>) A apreciação e estudo desta lesão, «hidronefrose», desde a etiologia à anatomia patológica, — passando pela clínica, — é abundante e rica, ainda que por vezes embaraçante; e vem de longe; — RAYER, LE DENTU, CATHELIN, J. M. LAVALUX, MORRIS, BAZY, ao acaso, e ainda muitos mais; — e chega aos nossos dias, e, entre nós, nas referências que lhe faz em «Iniciação à Urologia dos clínicos gerais e estudantes de medicina», o prof. REYNALDO DOS SANTOS; — trabalho valioso, preciso e claro.

Ideias definitivas de momento a respeito: a hidronefrose congénita, de RAYER, é uma «doença autónoma»; a adquirida, «dilatação pielo-calicial, motivada por doenças diferentes capazes de impedir o acto da excreção das urinas dos cálices e do bacinete até o meato uretral.

Entretanto o que interessa o urologista, clínico prático, seja qual for a classificação dela, é que se trata de doença séria, e o deve preocupar, pela sua natureza: — alteração na conformação local ou vasos anómalos, subsidiários de terapêutica cirúrgica especial; ou cálculo, ou tuberculose, ou outra, exigindo terapêuticas adequadas; — evolução e repercussão no organismo, e na saúde e na vida do indivíduo. Por isso se encontrará neste apontamento «a palavra», indicando o mal sem lhe inquirir das causas; mas, pelo seguimento do discurso inferir-se-á das intenções, — espero.



vagina, — confirma-se a existência do «tumor»; e premindo-o faz-se aparecer no meato grossa gota de urina descorada e purulenta e com raios de sangue. E diagnostico um «uretrocelo». Uma uretroscopia com o uretroscópio de LUYS, mostra o «meato» da bolsa do uretrocelo. Esta doente foi operada no Hospital Estefânia pelo Dr. Alberto de Azevedo Gomes com ótimos resultados imediatos e que, ainda há poucos anos soube, se mantinham.

Este caso de uretrocelo de que tratei no n.º 34, ano XLII, de 24 de Agosto de 1924, de «Medicina Contemporânea», é o primeiro descrito na literatura médica portuguesa, — pelas pesquisas feitas, nessa altura, e com o maior cuidado, — e devia ocupar, nesse ano, o trigésimo terceiro lugar na estatística médica mundial a respeito, pois BOURSIER (1895) encontrou, ao todo, na literatura médica mundial, 31 casos, a que VILLEMIN (1922), acrescentou um.

Com discreção e prudência inquirir de defeitos, — propósitos ou inconscientes, — no acto sexual; porque, se levam muitas vezes a alterações graves no campo da neurologia, também as originam, e de vulto, no campo da urologia. O *coitus interruptus*, a masturbação, são causas de prostatites, vesiculites, epididimites, orquites, impotência coeundi, no homem; e na mulher, além das de ordem ginecológica, as uretrites e as cistites provocadas e alimentadas pela introdução de corpos estranhos na uretra; — quando estas manobras se não complicam com a fuga do corpo estranho para a bexiga, que isto é outro caso em tudo, e até nas correlativas complicações que de aí advêm, e correspondentes trabalhos.

A hematúria <sup>(1)</sup>, — que não é doença, mas sintoma, — é aviso de afecções das vias uro-genitais, primárias ou secundárias; mas em qualquer dos casos de importante valor semiótico, competindo ao clínico, em face deste sintoma, inquirir, com detalhe, quando apareceu o sangue, se foi depois de esforço físico, se houve dor e onde; e se o sangue veio misturado com a urina desde o principio ao fim da micção, ou somente em parte dela, e qual.

O uso de drogas podendo dar às urinas cores ou cheiros, — apesar de nada terem que ver com o trabalho do urologista, deve ser indagado; e assim, possíveis intoxicações, — arsênico, bismuto, chumbo,... cujos efeitos já são diferentes; gripes...

---

(1) Os quatro síndromas cardiais nas doenças do rim, são: dor, hematúria, piúria, e anúria.

«Conhecendo as afecções provocadas pelos síndromas cardiais das doenças cirúrgicas do rim, e os métodos de exploração indicados para cada um e para o conjunto, na maioria dos casos chega-se ao diagnóstico. Este, compreende não somente o diagnóstico da afecção, mas ainda o conhecimento do estado da função do rim doente e a do rim são. A clínica interpreta os resultados fornecidos pela exploração». — G. MARION.



## II — A OBSERVAÇÃO E EXAME FÍSICO

a) *A dor e sua localização*

A dor, nas doenças do aparelho uro-genital, ou é causada pela distensão dos órgãos por efeito de fenómenos espasmódicos, ou então pela compressão exteriormente exercida sobre os mesmos. Quando a contracção, distensão ou compressão, actuam num determinado órgão com permanência, a dor também se caracteriza pela persistência, — prostatites, pielites com retenção, nefrites.

A exteriorização, em sensibilidade, da adaptação de um órgão a estas situações, transforma a dor em amortecida sensação de peso, de compressão local, ou então de «moinha», — genérico termo muito empregado pelos doentes portugueses.

Qualquer órgão em repleção normal acusará dor aguda; — a bexiga dói quando distendida pela urina ou por excesso de líquido com que a barremos; mas, a dor no colo da bexiga ou na próstata, em processo de inflamação aguda, sòmente se acusa, ao contrário, para o fim da micção por contracção dos músculos do colo, ou então no acto da defecação pela pressão exercida pela passagem de fezes moldadas e duras.

Nem sempre o local onde o mal se instalou corresponde, para a dor, à região do corpo onde ela se acusa; — a dor irradia, para longe mesmo da localização anatómica do órgão atingido, e com facilidade nos pode induzir em erro se nos não louvarmos no conhecimento prévio das localizações neuro-medulares e nas precisas noções da fisiopatologia dos órgãos genito-urinários.

As vísceras, e particularmente os órgãos urinários, e os genitais, têm projecção definida, em local, no corpo humano, por as zonas respectivas de projecção cutânea corresponderem a localizações medulares determinadas. As dores no períneo ou na região sagrada, são por exemplo a única referência no doente com prostatite ou outra infecção inflamatória da próstata. A irradiação da dor nas doenças da bexiga ou dos rins, faz-se no homem para a glande; as da bexiga na mulher acordam reflexas vulvo-labiaes; porque estes órgãos obedecem à mesma fonte de inervação medular, — o 3.º e 4.º pares sagrados. A frequência e regularidade desta reflexa, permite-nos, pelo menos, fazer suspeitar da natureza e localização de afecção no colo da bexiga; — se bem que lhe não possamos outorgar categoria de sinal patognomónico dela. No adenomatoso da próstata, as irradiações da dor para a glande, intensas e teimosas, são por via de regra indicação de corpo estranho da bexiga, ou então da degenerescência do tumor. Por irradiação, as dores que os calculozinhos da extremidade do uretero provocam, sentem-se na região inguinal.



B. S. de 67 anos, magistrado, queixa-se de hemorroidas que muito o incomodam, com dores fortes locais, emissão de sangue, e dores reflexas para a frente, para a virilha esquerda. Interrogado, acusa uma semana antes «um arremedo de cólica do rim esquerdo; — nada que se assemelhasse às antigas cólicas renais; — e sem saída de pedra». À observação, tumores hemorroidários procerdentes, dolorosos ao toque. Nada encontro na região inguinal esquerda, nem à vista, nem à palpação.

Como este doente é um antigo «pisseur» de cálculos, e como acusou aquele «arremedo» de cólica, indiquei o tratamento local para as hemorróidas, mas fui pedindo uma radiografia. E ela veio denunciando um cálculo no uretero pélvico, e na ligeira curvatura dele, — a habitual curvatura do uretero e este nível, — próximo do orifício uretero-vesical. Como coincidência há a notar que, dois dias depois, — beladona e urotropina, — o cálculo era expulso, e no dia seguinte o nosso doente considerava-se curado da «poussée» hemorroidária.

O ponto de MAC-BURNEY é também lugar predilecto da reflexão longínqua da dor que um cálculo da porção lombar, e da intra-mural do uretero direito, ou outras lesões do órgão, de natureza inflamatória, produzam; e em clínica pode-se confundir com a dor da apendicite. Para diferenciar uma causa da outra, lembremo-nos que a dor da apendicite foge às características próprias da cólica renal clássica: localiza-se mais abaixo no abdómen, reflecte-se transversalmente ou directamente para o umbigo, e passada a crise nada fica a recordá-la; enquanto que, na litíase renal ou na ureteral, nas hidronefroses dolorosas de pequeno volume, nas pielites, nas pielo-nefrites com retenção, (e até na ptose renal), a dor, correspondendo a um espasmo da musculatura lisa do esfíncter pielo-ureteral e hiperquinesia dos músculos da pelve, toma feição diferente: — autêntica cólica com a dor a propagar-se para a bexiga, ou para o rim, francamente; e depois dela, declínio lento em lisis, — digamos, — com sensação de tensão local duradoura e teimosa, defesa da região, rim sensível, aumentado de volume; e à palpação, mesmo a superficial, os pontos ureterais são sensíveis.

Menos definido e fácil é o diagnóstico diferencial da dor da apendicite crónica ou da linfopatia mesaraica com a do cálculo ureteral silencioso, o aperto do uretero, ou a pielite sub-aguda. Palpando o uretero no ponto para-umbilical superior, — bacinete, — e apreciando-lhe a sensibilidade cautelosamente, podemos tentar ajuizar da localização da afecção, — se dentro, se fora do aparelho urinário; mas ainda assim, o melhor, — «o tira teimas», — será uma radiografia simples, seguida, — se houver necessidade, — de uma urografia endovenosa para se concluir com garantia. Temos no geral um embirrento inimigo nestas provas,



— os gases intestinais; mas, mesmo com eles, a prova não perde o seu valor.

A dor na região costal-lombar de um dos lados, nem sempre quer dizer que é o rim desse lado que está afectado; porque o cruzamento das fibras do plexo solar criando íntima solidariedade entre os dois rins, explica a transferência e justifica-se; e há a considerar que o rim que tem os seus elementos anatómicos íntegros, «sofre» mais do que o que os têm alterados; — «reflexa reno-renal» de GUYON.

As dores nas regiões lombo-sagradas ou na sagrada, reconhecem como causa prostatites, espermatocistites, pielites crónicas, processos inflamatórios dos rins, — e aparecem até na ptose renal mas neste caso acompanhadas de repuxamentos e dores para a espádua, de tipo nevralgico; nas mulheres, as afecções inflamatórias dos rins, as pielites crónicas, as ptoses renais, dão os mesmos sintomas, porém com exacerbação nos períodos menstruais. Não confundamos com os lombagos, as lombo-sacralgias, as nevralgias ileo-lombares, dos reumáticos, artríticos e nevralgicos. É de bom conselho estabelecer primeiro o diagnóstico negativo, sob o ponto de vista das afecções das vias urinárias com reflexa na região; depois, fazer um estudo do estado geral do doente; e não desprezemos o estudo dos movimentos do tronco, na flexão, e na extensão, procurando o sinal característico da dor na extensão depois de uma flexão forçada, como para apanhar um objecto do chão, que difficilmente se agarre, — uma folha de papel, — atacar os sapatos, etc.

A calculose renal é de facto a mais correntia causa da cólica nefrítica, mas não é a única; porque também as podem provocar a tuberculose renal, os tumores renais, a hidronefroze, a pionefrose, os coágulos retidos no uretero, o uretero dobrado em cotovelo oferecendo obstáculo à passagem da urina nele, apertos do uretero pelo mesmo motivo, vasos aberrantes comprimindo o canal ureteral...

O diagnóstico diferencial da cólica nefrítica com a dor causada por uma obstrução intestinal, o íléus reflexo, e a apendicite, e nas mulheres, ainda, com um processo de salpingo-ovarite, é importante para a clínica urológica, como se depreende. Tanto a dor apendicular como a cólica nefrítica, podem apresentar-se com sintomas idênticos; vômitos, prisão de ventre, (outras vezes com diarreia), meteorismo; mas, o pulso é normal na cólica nefrítica, acelerado na apendicite e na oclusão intestinal; a dor na cólica nefrítica irradia para a bexiga, para o testículo e para a virilha na conhecida projecção genito-inguinal; micções imperiosas e acompanhadas de dores na maioria dos casos. Não há razão para dúvida quando o paciente expulsa o cálculo; mas, quando



isto não sucede e apesar de toda a diferenciação possível, clínica, recorra-se ao radiologista; — vale mais prevenir do que remediar.

As dores supra-públicas aparecem na neoplasia vesical e na cistite crónica; mas a congestão, ou simples inflamação da próstata, também as provocam. Esta localização da dor nas mulheres, — e sobretudo nas mulheres muito nervosas, — também aparece na inflamação ou congestão do útero, dos ovários e dos anexos; e diferencia-se da dor da retenção aguda de urinas na bexiga, porque neste caso a palpação manual exacerba-a ao máximo. Na cistite ou na cistalgia o «acmé» da dor culmina com a repleção do órgão <sup>(1)</sup>.

Uma dor na uretra ou na vulva lembra inflamação do canal da uretra; em determinado ponto fixo da uretra, aperto, e vulgarmente «aperto apertado».

As infecções do colo vesical, próstata, e uretra posterior, dão, no geral, dores ao fim da micção, com projecção para o pénis; e nas mulheres para a vulva. Esta dor, quanto à sua intensidade, está na razão directa da vontade de urinar, da gravidade da doença, e da acuidade do processo mórbido; — habitualmente e invariavelmente.

Os dispépticos que vêm ao nosso consultório com dores no cavado epigástrico, — com os exames clínicos negativos sob o ponto de vista das doenças do aparelho digestivo, — são em muitos casos hipertrofiados da próstata com fenómenos de dispepsia ligados ao processo principal. Os que têm vinte anos, e apresentam a mesma sintomatologia, requerem detalhado exame clínico; pois o seu mal bem poderá ser a traçoieira hidronefrose congénita, que nestas idades aparece e nos surpreende com relativa frequência. No primeiro caso clínico, a dor no epigastro é reflexa do mal prostático, — o adenoma, ou o adeno-quistoma; mas no segundo, ela traduz um estado de intoxicação urémica e consequentes e derivantes manifestações nervosas.

Na lição magistral do prof. MÁRIO MOREIRA, de Lisboa, — publicada nesta revista em Janeiro último, — está descrito um flagrante caso clínico, de «necrose bilateral dos rins», que, num primeiro surto se mascarou de autêntica «angor pectoris», num segundo de «angina abdominal», e por fim, nos exames anátomo-patológicos, feitos em peças obtidas numa intervenção cirúrgica, se denunciou. E contudo, a trágica *mise-en-scène* que acompanhava os «ataques», bem justificava e documentava os diagnósticos propostos, com arte e ciência, pelo assistente.

---

(1) As afecções da bexiga caracterizam-se pelos cinco síndromas seguintes, — agrupados parcialmente ou no total, — dor, polaquiúria, piúria, hematuria, disúria e incontinência.



b) *Inspecção e palpação.* — *As urinas.* — *A exploração instrumental em vias urinárias.*

A inspecção é importante, e desde o aspecto dos tegumentos e mucosas até às alterações da conformação geral do corpo; — pois nos dará informes de valor, e referências da máxima utilidade para o nosso trabalho.

O «balão» vesical, a fazer proeminência no ventre do doente, chama-nos a atenção para uma retenção de urinas que um tumor prostático — ou apertos múltiplos e muito apertados e congestionados da uretra, — não deixam passar para o exterior. Mas se esse abaulamento do baixo-ventre for acompanhado de rubefacção, dor, e calor local, poderá indicar a existência de um fleimão pré-vesical da cavidade de RETZIUS, desenvolvido à custa dos dois gânglios retro-púbicos.

O abaulado nos flancos, abaixo das costelas, pressupõe uma perinefrite volumosa, no adulto; porque numa criancinha talvez seja um sarcoma, desenvolvido, do rim.

A região costo-lombar, bombeada, a desfazer a depressão usual mais ou menos marcada próxima da crista do ilíaco, leva-nos a pensar numa colecção purulenta em volta do rim, — colecção purulenta peri-renal: mas também pode ser um fleimão...

A parte média do períneo é sede de fistulas urinárias, infiltrações de urinas, abscessos urinosos; de um lado e do outro da parte média, abscessos das glândulas de COWPER no geral de natureza neisseriana na fase de supuração, processo de bulbite, abscesso das margens do ânus, colecção purulenta tuberculosa por processo desenvolvido nos ossos isquio-púbicos, abscessos das fossas isquio-rectais, gomas sifilíticas, ou nódulos de foliculites peri-uretrais.

O varicocele, o hidrocele, a orquite ou a orqui-epididimite, os quistos sebáceos, etc., mostram-se sem necessidade mesmo de maior exame; — contudo, confirmar sempre os diagnósticos por todos os meios ao nosso alcance para evitar erros.

Uma uretra que sangra, — babejando, — indica-nos que a fonte que a origina «anda» para cá do esfíncter intra-uretral; um vício de conformação: epispadias, hipospadias; fimosis, vegetações da glande, do prepúcio ou de rego balano-prepucial, são modalidades tão expostas que a inspecção logo no-las aponta à atenção. Na mulher verificar a existência de pólipos do meato ou de cistocele. A inspecção é fácil, — para este caso, — desde que a doente colocando-se em posição ginecológica e afastando os grandes lábios, se esforce, como para expulsar um corpo estranho de «dentro de si».

Olhar com atenção, e notar as modificações que a inspecção nos fizer descobrir; — é boa regra que sempre deu boa paga.



A palpação completará a inspecção do hábito externo, confirmando suposições, ou acordando suspeitas que aquela nos despertou. Não é aqui o lugar para repassar métodos e processos de palpação, e que todos conhecemos; porém, os nossos melhores métodos e processos são aqueles com os quais «calhamos», porque a longa prática e uso os fez preciosos, prestáveis e de confiança. A repetição de uma palpação, ou prolongamento em tempo, do exame clínico do doente, nunca faz mal, nem ao doente nem ao médico; — porque é garantia para ambos. Enquanto se não tiver a certeza, — se puder ser! — não acabar o exame nem a consulta.

— O exame incompleto de um doente é uma obra inacabada. O exame deve ser sempre «completo e metódico»; — com princípio, meio, e fim. O doente deve ter confiança no médico; — em urologia este princípio adquire o valor de axioma. E o médico é quem lha despertará e alimentará à custa da «sua» maneira de tratar o doente. A especialidade obriga-nos a empregar aparelhagem que não goza, positivamente, da fama de inofensiva; — mesmo quando manobrada por mãos experimentadas. O enervamento é fácil, — até para os que não têm nervos; e as contrações, os espasmos, e as defesas instintivas, separadamente ou em conjunto dificultando o exame, podem dar origem a percalços de várias natureza e consequências, não apenas para o estado do doente, — hemorragias ou lacerações da mucosa da uretra nas explorações e nas algaliasções, — como para o médico, alterando-lhe o juízo clínico por modificações que se provoquem no decorrer das manobras de exploração instrumental. Além do gravíssimo risco do doente não confiar em nós, — ter até medo! — e depois, generalizando este seu receio, fugir dos outros urologistas também, e portanto dos tratamentos de que necessita para se curar, desleixando o seu caso, e quantas vezes para entrar no campo da cronicidade da doença, complicá-la, comprometendo a saúde, e a própria vida; — o que é grave!

Tendo método e bom senso clínico na exploração das vias urinárias, não corremos o risco de proceder a explorações ou exames desnecessários ou prejudiciais, e chegaremos a um diagnóstico, positivo ou negativo, mas a um «diagnóstico»; — o que é de capital importância para ambos: doente e médico. Toda a exploração em urologia, por simples que seja, tem de ser necessária, indispensável. Toda a exploração instrumental que não esteja indicada, — assim como a exploração instrumental mal executada, — trazem sempre consequências mais ou menos funestas, e sempre deploráveis.

Os antigos urinários, sondados, correm o risco de verem os seus males piorarem; porque a virulência das múltiplas cepas de



micróbios neles latentes se exarcerbará pela certa, comprometendo-lhes a saúde e até a vida; mesmo sem as «ajudas» do exterior: — algalias, mãos do operador; pois até com sondas rigorosamente esterilizadas e mãos enluvadas em luvas esterilizadas, e todos os cuidados de assépsia e antissépsia, se contam muitos casos...

Nos albuminúricos, nos hemofílicos, nos prostáticos com urinas limpas, nas mulheres grávidas, e em outros casos de organismo sensível e susceptível, as manobras intra-uretrais estão interditas. A ter que as executar por força das circunstâncias, só mesmo rodeando-se o operador das maiores precauções.

— Logo a seguir à inspecção e à palpação, antes de qualquer manobra de exame com instrumental, proceder ao exame das urinas, — exame visual, — emitidas pelo doente em frente do médico; — nunca nos fiemos exclusivamente nas urinas que no traga de casa num frasquinho... Convém «ver» o doente urinar, observar o jacto de urina, aspecto físico, facilidades na emissão, interrupções; mas sempre *antes* de qualquer exploração da uretra ou da bexiga, — até mesmo toque digital da próstata, — porque o aspecto das urinas altera-se com os filamentos que com ela se misturam como consequência da exploração, alterando o nosso juízo a respeito.

Se o doente for um pudibundo, um nervoso, um neurastênico, ou até simplesmente um medroso, ensinemo-lo a dividir as urinas pelos três copos; e, dispense-se a observação directa, porque nunca a conseguiremos mais. Os que tragam contrariedade física à emissão da urina, ou alteração do sistema nervoso que lhe dê causa, — prostáticos em retenção completa, tabéticos, parésicos vesicais, apertados da uretra em período agudo de congestão dela, etc., — teremos que lhes resolver a situação de momento, e segundo os nossos conhecimentos e a nossa prática.

É de regra que se não deve algaliar um homem sem necessidade premente irremovível e justificada de o fazer para simples observação visual da urina que por este processo se lhe extrair, — sofre o canal, e alteraremos as urinas; mas na mulher, convém extrai-las para evitar que as secreções da vulva e da vagina, arrastadas com a urina, lhe alterem o aspecto macroscópico. Para as mulheres uso há muitos anos um processo, que evita a algaliação, — o que tem conveniências, — e consiste em, depois de lavar a vulva e a vagina com água destilada, tamponar a entrada da vagina, recolhendo-se a urina por micção espontânea, numa coveta de vidro onde se examinará.

Para as virgens, — é bem de concluir, — só mesmo colhendo as urinas por algaliação, pelos habituais processos.

— A turvação da urina e alteração do seu aspecto macros-



cópico pode ser devida a pus; a sais, — os fosfatos, os carbonatos e os oxalatos, dão-lhe cor esbranquiçada, leitosa, mais ou menos opaca; os uratos, avermelham-na; quilúria, hemato-quinúria, lipúria, hematúria...

No nosso gabinete, podemos tratar as urinas de momento, para nossa informação. A urina tratada a quente pelo ácido acético limpa libertando gases, — carbonatos; limpa e não os liberta, — fosfatos; tratada com ácido clorídrico dissolvemos os oxalatos. A urina com pus e fosfatos, misturados, trata-se pelo soluto de sódio (DONNÉ-MULLER); aclara, se tiver pus; mas aumenta-lhe a turvação e torna-a gelatinosa se tiver fosfatos. Para destringa mais completa e de outros elementos, recorrer ao laboratório.

— A prova dos três copos, nos quais se manda urinar dividindo por eles, e de seguida, a urina à medida que vai sendo emitida, — prova de GUYON, — apesar de não ter perdido o interesse prático que sempre lhe foi atribuído, — e com razão, — nem em todas as condições nos deve merecer fé. Há casos em que, o que ela nos pretende sugerir pelo que se contém em cada copo por sua ordem de utilização, não corresponde à verdade; — por exemplo: um abcesso da próstata aberto para a uretra posterior, misturará o pus com toda a urina e por toda a micção, e no entanto estão limpos a bexiga e todo o aparelho a montante, e as urinas turvas no 2.º e 3.º copos fazem pressupor-las infectados...

— O jacto da urina apresenta-se normalmente em linha levemente curva, — uma curva de grande raio, — em coluna cilíndrica, com colos e ventres, em espiral mais ou menos acentuada. As modificações do jacto vão desde o achatado dele, — no todo ou em parte, — até à sua separação em duas ou mais colunazinhas; e até afastadas de certa altura em diante, principalmente do meio do jacto para o seu fim.

O meato uretral epispádico ou hipospádico, os apertos da uretra justa-fossa navicular, devidem o jacto; o meato atresiado congénito ou por lesão cicatricial, — neste caso o prepúcio faz um «balão», distendido, — adelgaça-o e força-lhe o feitiço espiralado. Nas lesões medulares, na hipertrofia da próstata, — por tumor ou processo congestivo do órgão, quando a retenção completa ainda se não instalou, naturalmente, como nos apertos da uretra e nos tumores intra-uretrais, o jacto é fraco, quebrado o seu impulso, no começo do acto demorado e indeciso; — e na maior parte das vezes tanto mais demorado quanto maior é o esforço para urinar, em virtude da congestão dos órgãos e do canal, aumentando o obstáculo. Os cálculos vesicais, os uretrais, e as franjas dos tumores vilosos do colo vesical, interrompem por vezes o jacto, conseguindo até pará-lo, e obrigando-nos ao cateeterismo para o desobstruir.



Nas cistites e nas uretrites o jacto varia muito; porque na uretrite, sem cistite, o ardor e a dor na uretra intervêm no acto desde o começo da micção; na cistite, ao contrário, é no final dele que o jacto se quebra, pois à medida que a bexiga se esvazia e as paredes se lhe vão contraindo sobre o colo inflamado, é que aparece aquele embirrento conjunto «dor-ardor-vontade-de-urinar-sem-ter-urina» que é nem mais nem menos que o desagradável «tenesmo». E de tal sorte é a irritação e congestão no colo nesse momento, que o obriga a sangrar.

Nos prostáticos, retencionistas totais por grosso tumor, a urina sai às gotas umas vezes por outras, e sem a intervenção da vontade do doente. Isto não é «urinar», propriamente; é «urinar por regurgitação», o que é diferente, e se explica pela exagerada distensão do detrusor e concomitante retraimento do esfíncter do colo, (esfíncter interno), permitindo que a urina passe para a uretra às gotinhas e por escoamento; — e deste jeito até ao meato.

Um divertículo vesical denuncia-se por vontades de urinar seguidas, — duas micções aproximadas, — mas a primeira, demorada de pouca urina e jacto fraco, em contraste com a segunda que é abundante. Alguns autores, — nomeadamente os alemães, — consideram-no patognomónico do divertículo vesical congénito.

Os divertículos da uretra caracterizam-se pela saída involuntária de gotas de urina durante a noite; o que também sucede nos apertados da uretra, portadores de dilatações ampolares a montante de apertos, funcionando de pequenos reservatórios de retenção de urina; e ainda nas perturbações da bexiga de natureza nervosa, com lesões orgânicas e funcionais do sistema nervoso central. Emissão de urina de noite, com relativa abundância, — como em micção normal, — persistente, noites seguidas, sem a intervenção da vontade do indivíduo, que se encharca e não «dá por ela»: — incontinência de urinas essencial. Mas este sintoma também se encontra nos casos de alterações vesicais de natureza parésica, e nas anomalias: inserção anómala do uretero, por exemplo...

— Normalmente a urina é límpida, cor amarelo-topázio ou amarelo-âmbar; sobrenadando nela filamentos como pedacinhos de arminho, e que sobem para a sua superfície, no copo onde estejam contidas. Estes elementos não são de natureza patológica, pois representam o produto da secreção fisiológica das várias glândulas do canal.

As urinas podem ter o mesmo aspecto nos três copos; ou variar de copo para copo, em cor, limpidez, substâncias nela misturadas; — filamentos de muco, muco-pus, grumos de pus, sangue, areias vermelhas ou brancas, gotículas de gordura, cristais de ácido úrico, ou uratos, etc. A cor carregada das urinas, nem



sempre quer dizer que ela tenha sangue misturado. Dão-lhe cores diferentes, o ruibarbo, — amarelo-laranja mais ou menos carregado, a criogenina, — ouro; a antipirina, o sene; e principalmente quando as urinas são alcalinas... Certos frutos também lha alteram: cerejas, groselhas, amoras, etc. As urinas dos bebedores de águas minero-medicinais diuréticas, ou qualquer água em excesso, vinho branco, verde, Champanhes, etc., como a dos atacados de migraine, histeria, etc., são descoradas. Mas estas «cores» das urinas não interessam o urologista, porque são transitórias, e nada têm de comum com o estado do aparelho urinário (1).

— O cheiro das urinas poderá ajudar a orientar o clínico em determinadas situações e condições; mas, demos-lhe apenas seu valor relativo, porque muitas vezes não traduzem estados patológicos do sistema, e tão somente estados transitórios e que em nada o afectam — já se disse. O cheiro amoniacal é que pressupõe alterações da urina por catarro vesical, — retenção incompleta permitindo que ela se atarde na bexiga; fétido, — putrefacção de pus ou sangue nas vias urinárias; de clorofórmio ou maçãs reinetas, — azotemia. Porém, ocasiões há em que os alimentos é que as geram, e o interesse para o clínico reduz-se a nada: por exemplo, dão um cheiro característico, os espargos, a couve-flor, o aipo..., ou então as drogas: a valeriana, a assa fétida, o bálsamo de tolu, o sândalo, a terebintina...

— O explorador de bola é o instrumento indicado para fazer a exploração da uretra, exploração que deve ser feita com todas as cautelas e prevenções. Não devemos usar anestésico para ela; — a anestesia deve estar nos dedos do médico, dizia GUYON. Além de anularmos, com a anestesia, as reacções do individuo e correspondente denúncia, através da sua sensibilidade desperta dos locais que estão doentes, ainda corremos o perigo de, numa uretra lacerada com soluções de continuidade da sua mucosa, provocarmos fenómenos secundários de intoxicação, pela absorção do anestésico.

Os exploradores mais usados são, o de GUYON, — bola olivar; e o de LEROY D'ETIOLLES, — bola de feitio cónico, de base voltada para a haste do explorador. O de GUYON «toca» as paredes do canal tanto na ida para o colo da bexiga, como na volta; o de

---

(1) O doente pode urinar frequentemente ou por lesão da bexiga, ou da uretra, ou do rim. Nas lesões de origem renal, o doente urina muitas vezes porque o rim «fabrica» muita urina, e a bexiga enche-se a miúdo e com facilidade; — poliúria. Nas de origem vesical ou uretral, o doente urina a miúdo por irritação local, e o volume de urina em cada micção é pequeno, e o total também o pode ser; — polaquiúria (DIEULAFOY). Deixamos de lado as considerações, neste capítulo, ligadas a doenças gerais, como diabetes, etc.



LEROY D'ÉTIOLLES apenas na volta, — pelo menos mais sensivelmente, — com a aresta da base do cone.

A uretra que traz um corrimento não se explora; — indaga-se da natureza do corrimento e desinfecta-se com lavagens locais e remédios pela boca, se for o caso. O que seria apenas uma uretrite anterior, pode muito bem passar a um conjunto de sucessivas infecções no aparelho — até longe, — se não tivermos os devidos cuidados.

Quando na exploração, a bola do explorador se detém no bulbo, — constate-se pela palpação do períneo; — ou estacou ali por espasmo, ou por aperto. Um Beniqué resolve o problema, manejado com jeito; se é espasmo, passa-o; se aperto, encosta-se-lhe, não passa. Quando a bola do explorador se não encontrou pela palpação do períneo, procure-se, por toque rectal, porque então está na uretra posterior, e nela retida, por uma retracção da região, tumor do véru, lesão cicatricial, cálculo...

Nem todos os cálculozinhos da uretra a obstroem completamente; — atenção às roçaduras do explorador por qualquer corpo duro e áspero que podemos situar em determinado sector do canal, e nos permitirá não só diagnosticá-lo, como ainda dar a indicação do processo terapêutico a escolher para o extrair. Fazer a progressão da bola do explorador no canal, até ao colo da bexiga, com movimentos lentos e cautelosos. Por vezes o explorador franqueia o colo e pode, por mero acaso, roçar um cálculo vesical que esteja encostado a ele. «Mero acaso»; mas, não é a primeira vez que tal sucede.

Assim como o explorador de bola explora a uretra, assim a sonda explorará a bexiga. Cada um destes instrumentos tem sua aplicação própria.

As estenoses congénitas da uretra em válvula ou em brida ou barrinha, dificultam a micção; — mas a exploração de uma uretra nestas condições é fácil e o diagnóstico também.

Axiomático: explorador de bola para o adulto; uretrografia para as crianças. A uretrografia é também para os divertículos da uretra o processo de escolha; e tanto para adultos como para crianças; — como se compreende.

Os corpos estranhos da uretra, ou da bexiga; confirmam-se por radiografia simples ou de contraste; — nem sempre é viável uma uretoscopia ou uma cistoscopia em todos os casos.

Os apertos de uretra são lesões hoje muito menos frequentes e de menor gravidade, graças aos modernos tratamentos que diminuem o tempo da infecção do aparelho; — mas ainda nos ficam os congénitos, os da «antiga série», os portadores de cicatrizes intra-uretrais por «cancros», e os desleixados «destes tempos de hoje», relapsos ao tratamento, sem desculpa para a



sua atitude. Alguns apertados da uretra, depois de urinar ficam a «pingar» urina para as roupas; — é o resultado de paredes esclerosadas com diminuição da contractilidade; ou então de mínimas retenções de urina retidas por ampolas de dilatação a montante dos apertos, e que, ao contrário só sai quando o doente comprime o períneo para a ajudar a sair.

As lesões de natureza nervosa central, dão também ocasião a fenómenos semelhantes; — mas «isto» pertence a outro sector da medicina.

### c) *Endoscopias*

Raramente teremos que fazer uma uretoscopia numa primeira consulta; porém, com uma cistoscopia já o mesmo não acontece, porque algumas vezes se nos impõe desde logo; — por exemplo, no caso de uma hematúria de cuja causa convém fazer o diagnóstico, quanto mais depressa melhor; porque, posta de banda a localização da fonte da hemorragia no aparelho urogenital, — da fossa navicular ao colo da bexiga, — há que diagnosticá-la do colo ao rim.

A separação das urinas por cateterismo ureteral somente se deve tentar depois de prévio preparo do sistema; a menos que, e por motivo de urgência reconhecida, — cálculo encravado, ... — sejamos obrigados a executá-lo, ou para explorar o aparelho como elemento de diagnóstico, ou como meio terapêutico. Mas, se um cateterismo ureteral é sempre, em qualquer ocasião, operação exigindo extremos cuidados de assépsia e antissépsia, nos casos de emergência equivale, para o efeito e para as consequências, a uma laparotomia. Um cateterismo ureteral, pressupõe, — em condições normais de trabalho, — prévia cistoscopia para ficar conhecendo a bexiga.

Quanto à uretoscopia na primeira consulta, — para diagnóstico ou alívio do doente, — exigem-se também os maiores cuidados; — uretra mal preparada, sem lavagens uretrais que a desinfectem, ou dilatações que lhê melhorem o calibre...

Toda a uretoscopia que não seja de emergência, requer, para se executar, três a quatro horas de intervalo desde a última micção, para evitar que as secreções das glândulas da uretra sejam arrastadas para a superfície da mucosa, deixando de marcar assim aqueles elementos da anatomia do canal que convém ver e estudar em plena secreção patológica; — e até, mesmo nas secreções fisiológicas delas há que aprender...

A uretra começa «a ver-se» desde o colo vesical; — no sítio, justamente, que corresponde ao desaguar das urinas na uretra; típica «figura» com o bordo circular da mucosa uretral em círculo,





*Contra as perturbações  
da menopausa*

especialmente baforadas de calor, suores,  
excitação, cefalea, insomnia, etc.

# Klimakton

0,03 g de Ovaradeno, 0,006 g de Tiradeno,  
0,15 g de Bromural e 0,15 g de Calcio-Diuretina

**« A combinação feliz e inigualável »**

na opinião de numerosos médicos.

Tubos de 20 e vidros de 50 drageas; 3 vezes  
ao dia 1 a 2 drageas, tomem-se sem mastigar.



KNOLL A.-G., Ludwigshafen 5/0. Rheno (Alemanha).



Beba mais e  
melhor Leite



**NIDO**

NÃO AÇUCARADO

**NESTLÉ**

**● mais rico e completo  
produto alimentar**



rodeando o pedaço da mucosa vesical rosada, a fazer hérnia dentro dele; depois, a uretra prostática constituindo, com o véru e o utrículo prostático, aquela região cuja anatomia e fisiopatologia é de tão especial interesse, e tão preponderante e importante no estudo das doenças do colo da bexiga, e das doenças da próstata, etiologia, clínica e terapêutica; passa de seguida para o funil regular, liso, — que parece não querer lá conter o tubo do uretroscópio, — e é a uretra membranosa; para cair na bulbar, — ressaltado o esfíncter, — e nela pesquisar os orifícios das glândulas de COWPER, — difíceis de marcar pois são imperceptíveis no estado de saúde, e outras vezes porque estão mascaradas ou por valva da mucosa, ou no fundo de depressão que não desfazemos com o topo do uretroscópio e então, invisíveis até no estado de doença; e entramos na peniana com o seu mundo de glândulas de LITRE e lacunas de MORGAGNI, para terminar na fossa navicular. A cor da mucosa a este nível, é menos carregada em cor, nada tem de notável, — no estado de saúde, bem entendido, — tem a forma de uma ampola, — ou dilatação ampolar, digamos, — e está separada do resto da uretra por uma prega transversal, formando pequeno ninho em fundo de saco — a válvula de GUERIN, — de abertura voltada para a abertura do meato.

Diz-se: «uretroscopia anterior», «uretroscopia posterior»; mas de facto com razões de ordem anatómica, de ordem fisiológica e ordem patológica, — justificada pela natureza, funções e doenças, das várias partes dela, secreções, localização de tumores, etc., — e mesmo de ordem instrumental, visto que a morfologia do canal obriga os construtores a variar os modelos, a iluminação, e correlativa técnica para cada um deles, e em cada uma das suas aplicações especiais.

#### IV — AUXILIARES DO UROLOGISTA

##### a) *Laboratório*

Na primeira consulta e bem aproveitados os elementos colhidos, podemos chegar a um diagnóstico provisório, ou a um diagnóstico definitivo. Também poderemos chegar a um diagnóstico negativo; — sendo assim, demonstre-se que o doente não nos pertence pela doença que o faz sofrer, e envie-se a quem de direito.

Se o diagnóstico for o definitivo, o laboratório confirma os nossos juízos e conclusões; se for o provisório, ele ensinar-nos-á, com as análises que nos enviar, como interpretar sintomas sobre cujas causas tivemos dúvidas, e manifestações cuja origem nos fogia: — a natureza de um corrimento, a existência de substâncias várias na urina que explicam as queixas do paciente. «La



valeur sémiologique des modifications subies par les urines est si grande que le diagnostique ne peut, dans bien des cas, être complètement élucidé que lorsqu'elles ont été scientifiquement définies». — GUYON.

O Prof. SOUSA MARTINS na sua frase conceituosa e brilhante, escreve no prólogo do livro de VERGÍLIO MACHADO «Urosemiologia Clínica»: «A vida é como a luz da chama: carece de tiragem constante. Ora é, fiscalizando, em cada um dos emunctórios do corpo, os vários produtos daquela desintegração que o médico pode estabelecer o «Deve» da conta corrente do organismo e prever, e até prevenir, a falência mais ou menos eminente.

«Sem dúvida o rim sobreleva a todos os emunctórios humanos. Raro e de pequena monta será o conflito mórbido que se esquite a dar sinal de si na urina. Por ela se escoam os mais abundantes e os mais deletérios produtos da desassimilação.»

.....

«Não pretendo que a urosemiologia se arroge infalibilidades e exclusivismos que lhe não pertencem; mas sim acentuar que, como qualquer outro elemento semiótico, o estudo da urina só vale pelo confronto com os restantes sinais da moléstia; e o de cada um dos dados de uma análise só adquire valor quando interpretado em face dos demais dados da mesma, e até antecedentes análises.»

Do estudo do conjunto, e correlacionamento íntimo e sequente dos fenómenos, é que chegamos ao diagnóstico.

A apreciação dos elementos fornecidos por uma análise está dependente do critério do clínico e correspondente orientação julgada mais útil para o estudo dos diferentes problemas que terá que resolver ajudado por ela; porquanto e segundo o ponto de vista que ele tomar em face da fisiologia e da patologia do seu caso clínico, os resultados diferem para efeitos de interpretação. Não é o conceito de dosagem de cada elemento separadamente que deve influenciar o juízo do clínico; mas na reunião de todos eles a acção de cada um no todo, e de todos entre si e no todo, e a relação deles ainda com os elementos obtidos no exame clínico do doente.

— Não nos alongaremos sobre os exames a pedir ao laboratório; mas, acentue-se que os devemos pedir pelo máximo possível da sua importância para o estudo do caso clínico em mãos, — úteis, necessários, «que colaborem connosco»; e que devemos proceder à colheita dos produtos para analisar, segundo as melhores regras, e pelos mais seguros e correctos processos de os fazer, para atingirmos os fins em vista, e concomitante garantia dos seus resultados.



Sem pretensões, aqui ficam, em quadros de ocasião, as análises mais habituais e mais correntias a pedir ao laboratório:

Urinas .	Total das 24 horas — emissão espontânea.	}	Estudo da secreção global dos rins, notadamente: quantidade, densidade, elementos anormais, doseamento de cloretos e ureia (1), e sedimento.	
			Amostras; — por cateterismo uretral ou ureteral. Colheita asséptica.	}
	dos rins.	}		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudo das eliminações comparadas, e correspondente valor funcional de cada um dos rins.</li> <li>Exame cito-bacterioscópico do sedimento em determinadas amostras, ou no sedimento de todas, misturadas, — precedido de centrifugação.</li> <li>Inoculações: — B. K.</li> </ul>	
Provas de eliminação provocadas.	}	}	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Carmin de indigo.</li> <li>(Cromocistoscopia).</li> <li>— Fenolsulfonaftalaina.</li> <li>— Constante de Ambard - Moreno.</li> </ul>	as mais comuns.
			<ul style="list-style-type: none"> <li>— Prova da floridizina.</li> <li>— Prova da ureia.</li> <li>— Prova da eliminação do iodeto de potássio e lactose.</li> </ul>	as menos comuns.

Secreção, da uretra do homem ou da mulher, vulva, vagina, colo, fundos de sacco vaginais

{ Exame cito-bacterioscópico do produto, enviado em lâminas esterilizadas, convenientemente seco ao calor de uma chama de álcool, (ou gás), mas de modo a não ficar queimado.

Líquido prostático — e seminal obtido incidentalmente

{ Massagem digital, pelo recto.

{ — Lâminas esterilizadas.

{ Exame cito-bacterioscópico.

Líquido seminal, — e o respectivo prostático com ele misturado

{ Por expulsão natural.

{ — Cuidados na colheita.

{ Exame di-recto.

{ Cultura.

{ Citológico.

{ Espermatozoides, — número e vitalidade.

{ Gonococcus.



- Sangue. — Punção venosa
- Fórmulahemo-leucocitaria.
  - Contagem de glóbulos.
  - Velocidade de sedimentação.
  - Tempo de coagulação.
  - Doseamento da ureia.
  - Glicemia.
  - Hemoculturas.
  - Reacções de Wassermann e de Kahn.

(<sup>1</sup>) Relacionemos, — quanto pudermos, — os vários elementos da análise, com a qualidade e quantidade da alimentação. Quanto à ureia, além disto, compare-se com a sua taxa no sangue, colhido por punção venosa, em jejum. O valor da concentração no rim é dado pela conjugação dos elementos acusados na análise, e não por cada um, separadamente. Não há indicador que mais valha para o estudo do «rim», que o estudo da sua função: — secreção e eliminação. O rim segrega, eliminando, os produtos do sangue que lhe compete eliminar através do seu parênquima, e segundo leis e princípios conhecidos, e em proporções determinadas e também conhecidas, tanto para o estado de saúde, como para o estado de doença do órgão; e a sua constatação, portanto, traduz, em flagrante, a importância absoluta e relativa do seu funcionamento, — capacidade funcional, — correspondendo ao estado da sua anatomia e da sua fisiopatologia.

#### b) Radiologia

Entre a radiografia de há quarenta anos e a de hoje, há a mesma distância, em processos de técnica e em perfeição, que entre o daguerreótipo e a fotografia 1951. No daguerreótipo viam-se em atitude estática a figura e a paisagem; na fotografia 1951, há expressão, movimento, vida! A radiografia de hoje é isto, — porque nos dá a fotografia, mas também a vida do elemento radiografado; morfologia; o seu retrato perfilado, nos contornos; a circulação; a função dele no estado de saúde e de doença.

Vemos o «órgão», e vemo-lo «viver», — ou vemo-lo «doente».

Em 1911, — para nós, os da especialidade, — ela pouco mais nos auxiliava, além da denúncia da existência de cálculo opaco aos raios X dentro do aparelho; — e mesmo assim, quantas vezes com certa indecisão. Agora, a radiografia simples, indica-nos a posição de um rim, os contornos e o volume, — notáveis pela presunção, que em nós acorda, da existência de tumor nele, — existência de cálculos opacos aos raios X, as ptoses e a localização relativa do órgão entre as suas duas posições, e com a posição do corpo do indivíduo. A pielografia intravenosa desenha o rim, — nefrografia, — e revela-nos o seu aparelho excretor em função, e morfologia dele, a mancha clara do cálculo permeável aos raios X se o houver. A arteriografia, revelando-nos a circulação do



# ANÁLISES GLUCO-URINÁRIAS

em segundos..... com

Os Comprimidos Reagentes

# CLINITEST

(MARCA REGISTRADA)

no NOVO estojo

MODELO  
UNIVERSAL



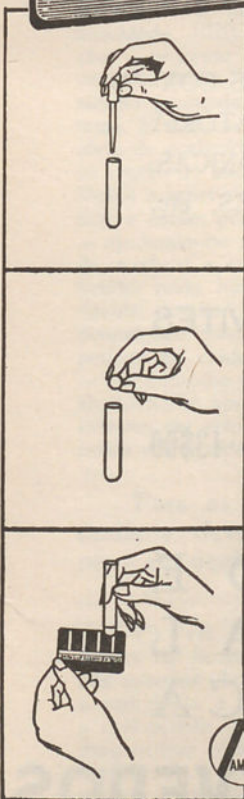
O novo estojo — Modelo Universal — contém o equipamento necessário para realizar análises gluco-urinárias. Os comprimidos reagentes CLINITEST em envelopes metálicos que acompanham cada estojo, representam um método baseado na precipitação cúprica, em que todos os reagentes estão reunidos num só comprimido. Não é necessário aquecimento externo visto que, ao dissolver-se, cada comprimido gera o calor necessário.

Para efectuar uma análise, basta deitar um comprimido num tubo de ensaio contendo, previamente, urina e água nas proporções adequadas. Espere a reacção e compare com a escala colorimétrica. Trata-se duma análise gluco-urinária rápida, simples e exacta, ideal para médicos, laboratórios e doentes.

Cada estojo contém 10 comprimidos CLINITEST em cartelas metálicas. As caixas para recargas, contém 24 destes comprimidos. Para folhetos descritivos e mais informações, é favor dirigir-se aos nossos representantes:

ESTABELECIMENTOS JERÓNIMO MARTINS & FILHO, L.da  
LISBOA — Rua Ivens, 61 — Telef. 32191

M. LOUREIRO DO AMARAL  
PORTO — Rua Santo António, 27-1.º — Telef. 27619



AMES COMPANY, INC.  
Elkhart, Indiana, U. S. A.



PARA A VASO-CONSTRIÇÃO E  
DESCONGESTÃO DAS MUCOSAS

# PRIVAMIDA

## AZEVEDOS

SOLUÇÃO ISOTÔNICA E ISOIÔNICA A 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub>  
DE CLORIDRATO DE NAFTIL-METIL-IMIDAZOLINA

PARA O TRATAMENTO SINTOMÁTICO DAS CON-  
GESTÕES NASAIS DE ORIGEM INFLAMATÓRIA  
OU ALÉRGICA, RINITES AGUDAS E CRÓNICAS,  
RINITE VASO-MOTORA, RINO-SINUSITES, etc.

COMO COLÍRIO, NAS CONJUNTIVITES

Frasco com pipeta conta-gotas. . . . 13\$00

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

**LABORATÓRIOS AZEVEDOS**



rim, completa os nossos conhecimentos sobre a sua função, sobre a sua morfologia. A quimografia e o roëntgencinematografia<sup>(1)</sup>, «fotografando» os refluxos vesico-uretéricos, definitivos e acidentais... A cistografia, a uretografia, a visiculografia...

— Aqui, ainda, a regra não falha: pedir a prova radiográfica que «convirá» para o «nosso caso clínico». Mas sabê-la pedir; pois convém pôr em destaque no pedido aquelas indicações que resultem da observação feita, dentro das exigências dela e necessidade ou de a completar ou de a verificar; — mas de modo a dar-nos plena satisfação. Todo o filme radiográfico cuja interpretação, — sem razão, — não esteja de acordo com a nossa história e conclusões, deve repetir-se ou em idênticas condições de execução ou modificando essas condições de sorte a provocar a comprovação, ou infirmação, que se procura para bem do diagnóstico e do doente.

C. L. de 24 anos, vai ao consultório, «porque tem dores no rim direito». As urinas são límpidas, sem albumina, taxas normais de ureia, sedimento nulo, densidade, 1020; — micções normais. À inspecção, nada de notável; à palpação, — processo de Glenard, — compressão dolorosa à frente na região da vesícula biliar, negativa tanto à direita como à esquerda na costo-lombar, mesmo profundamente. Negativas também todas as outras explorações do sistema. E influenciado pelo resultado do exame clínico, fiz o diagnóstico provisório de «calculose da vesícula biliar». Fez-se uma radiografia; e o filme acusou na região do bacinete direito uma «linda» mancha de cálculo opaco aos raios X. Voltei a repetir os meus exames no doente, e voltei «a cair» no mesmo diagnóstico; e então, pedi uma nova radiografia, mas feita em posição lateral esquerda, — ajudando-me muito nos meus intuitos o colega radiologista, — e tive ocasião de verificar a existência de um cálculo na vesícula biliar, como tinha diagnosticado; nada havendo parecido no bacinete. O clínico assistente habitual do doente, tomando conta dele, apreciou todas as provas e adoptou o «meu» diagnóstico. Era realmente um cálculo da vesícula biliar, — era! — mas eu bem poderia ter caído em erro se me não louvasse com o exame clínico... Por isso, — e é conselho que já vem de trás, — havendo confiança no nosso diagnóstico, abandoná-lo apenas quando ulteriores exames clínicos nos demonstram «que estamos em erro»; mas, também, nunca insistir sem razão; — o importante, é a saúde e é a vida do doente! O resto não vale nada!

Para as ptoses renais, rins flutuantes, diagnosticados clinicamente, deve proceder-se à radiografia em duas posições, — de pé, e em decúbito dorsal, respectivamente, — e nas mesmas condi-

(1) «A quimografia no diagnóstico do refluxo vesico-uretérico», de AYRES DE SOUSA e FERNANDO CALDEIRA, 1948. «Sendo limitados os recursos dos métodos clínicos, admite-se de uma forma unânime que cabe principalmente à radiologia o diagnóstico dos refluxos vesico-uretéricos. Mas verdade é que a radioscopia, a cistografia simples e as radiografias seriadas apenas permitem diagnosticar com segurança os refluxos definitivos. O diagnóstico dos refluxos acidentais,... problema de difícil solução,... só com a roëntgencinematografia, método excelente, mas ainda dos domínios laboratoriais.»



ções de execução quanto à posição e distância da ampola de RÖENTGEN, etc. Estes filmes sobrepostos dão muito aproximadamente o grau da ptose, e a latitude da flutuação.

A pielografia ascendente, — com cateter opaco aos raios X, — desenha com mais perfeição todo o sistema; — e principalmente se conseguirmos passar com ele o cotovelo do uretero até ao bacinete. O estudo de uma hidronefrose faz-se com maior precisão com uma pielografia ascendente, — distensão total e permanente do sistema pelo líquido de contraste que a «enche», e portanto desenha em todas as minúcias; do que com uma pielografia ascendente, — o líquido de contraste, a exemplo do que sucede com a excreção da urina, segue seu curso sem a demora suficiente no sistema, e portanto sem o «encher» e dilatar, pondolhe em destaque os contornos. Na pielografia ascendente o trajecto do uretero é mais regular, completo, — o cateter opaco desenha-o e mantém-no com o calibre dele; na descendente, nem sempre é completo, sendo que os colos e ventres resultantes das contracções durante a excreção, por vezes lhe apagam o rastro. Mas na descendente, em contrapartida, «estas contracções» ensinam-nos particularidades, ou na forma de uretero, ou nas alterações dele durante a excreção, — dilatações ampolares, etc.; e ainda nos apontam as sombras de cálculos permeáveis aos raios X, que nos poderiam escapar de outro modo e com outro processo.

O líquido de contraste deve ser injectado lentamente, tacteando a capacidade do bacinete, — pelo menos enquanto ela se não conhecer «muito bem»; e ainda, mesmo assim...

De resto, esta precaução é de regra em todas as provas em que estiver indicada uma injectão de qualquer líquido de contraste para efeitos de radiografia; pois no geral são feitos em cavidades de capacidade restrita, delicada anatomia e delicada função, e convém, — pelos resultados da prova em si, e pela saúde e bem-estar do cliente, — não forçar.

— A arteriografia do rim é prova de reconhecidos proveitos para o estudo da circulação dele, no estado de saúde e no estado de doença; porém, pela sua técnica especial, delicadeza de execução e correlativas consequências prováveis, ainda longe da prática diária.

— A cistografia, obtém-se indirectamente no final das urografias descendentes, — pois na marcha dela o líquido vem parar à bexiga que desenha em escuro, e em desenho próprio, que contudo nunca enche o receptáculo; ou directamente injectando o líquido de contraste por intermédio de algália, e nestes casos, barrando a bexiga de modo a «enchê-la», garantindo-nos assim o desenho dos seus contornos, divertículos, corpos estranhos permeáveis aos raios X, tumores endo-vesicais, a própria cúpula de



um adenoma ou outro tumor da próstata, fazendo, como que saliência, para o trigono, que empurra. As cistografias podem ser feitas num só tempo, — bexiga cheia, chapas em várias posições do individuo, — ou em dois tempos (LEGUEU e PAPIN), que consiste em tirar primeiro as chapas com a bexiga cheia, e nas posições habituais, e depois do doente urinar, repeti-las. Os divertículos ficam assim, nestas radiografias, bem desenhados, flagrantemente; o doente «urinando», esvazia a bexiga; para a esvaziar, contrai-lhe as paredes, e desta sorte fecha o orifício de saída do divertículo, que retendo nele o liquido de contraste, impressionará as chapas seguintes, desenhando-o. Exceptuam-se os casos de divertículos com orifícios de saída muito largos, não lhes permitindo a sua largura, a continência do liquido; e os retencionistas totais, portadores de divertículos, que para se lhes esvaziar a bexiga têm que ser algaliados, esvaziando-se-lhes assim também o divertículo; — visto que as paredes dela, por este processo se não contraem espontâneamente, mas se retraem, inertes, e portanto não obturam o ostium do divertículo.

O auxilio do radiologista é sempre precioso; casos clinicos há mesmo em que a sua colaboração é indispensável; — e principalmente se é dada de boa vontade.

No caso clinico que relatei em «Medicina Contemporânea», — n.º 12, de 22 de Março de 1936, — foi um bom trabalho de radiografia da bexiga que, desenhando o «sistema», do vértice da bexiga à uretra posterior, — esfíncter interno da uretra, — definiu e estabeleceu o diagnóstico (1). A cistoscopia de que muito esperava, desiludiu-me. Quando calculava entrar numa bexiga dilatada, com a capacidade correspondente aos dois litros de urina que ela trazia na antevéspera, encontrei-me numa cavidade esféroide, com um orifício de metade da largura do eixo dela, — sensivelmente, — na sua parte superior, e por onde não consegui passar, nem sequer a parte terminal do meu cistoscópio de NITZE, forrada de uma mucosa com poucas rugas, e estas pouco profundas e sem orifícios de ureteres, nem trigono, nem mais nada...

Em 1936 ainda se não faziam injecções endovenosas de substâncias opacas aos raios X para efeito de radiografias de contraste; e, nestas condições, posta de banda a possibilidade de

---

(1) Pré-bexiga. Mais tarde influenciado pelos trabalhos de M. I. CHORR e P. I. HELFER, dos Institutos de Roentgenologia e Radiologia da Ucrânia, Kiev, publicados no n.º 2, de Agosto de 1936, no «Journal d'Urologie», publiquei em «A Medicina Contemporânea», de 4 de Outubro desse ano, um estudo que considerei o complemento daquele meu trabalho. E mais tarde, fazendo com os dois um trabalho de conjunto. — sob o mesmo titulo, — apresentei-o no Congresso Argentino e Brasileiro, reunido em Buenos-Aires, 1937; — onde foi lido e aceite.



com o cistoscópio resolver o problema, recorri à radiografia, e foi por ela que diagnostiquei uma bexiga dilatadíssima, precedida de uma «pré-bexiga» formada à custa da uretra prostática, dilatada «à la longe» pelos esforços feitos pelo doente para urinar.

— A pneumo-cistografia, que se consegue enchendo a bexiga com ar ou com oxigénio, dá a imagem do órgão em claro; mas não só é perigosa a sua execução, (absorção do gás, e possível concomitante embolia), como os filmes não são de grande contraste, confundida a mancha clara da bexiga com as manchas dos gases intestinais a sobreporem-se a ela, e falseando a interpretação do clínico.

— As radiografias da bexiga devem fazer-se sob vários ângulos de incidência dos raios X, e posição do corpo do cistografado. As mais usuais são: ântero-posterior ortogonal, — decúbito dorsal; ântero-posterior axial, — decúbito dorsal, lâmpada inclinada de 45°, raio normal paralelo ao eixo da bacia; oblíqua, — decúbito semi-lateral, doente obliquamente colocado em relação ao raio normal; oblíqua axial, — a posição anterior, com a ampola inclinada de 45.º, raio normal paralelo ao eixo da bacia; cistografia lateral, — raio normal incidindo num ponto que fique a dois dedos transversos para diante do grande trocater, e portanto paralelo ao eixo bi-trocateriano. Em «cistografia» a posição do doente é importante, pois ela tem sobre a morfologia vesical influência decisiva, dado que o globo não é «redondo», e portanto as várias incidências dos raios sobre ele o fazem variar de aspecto.

— A uretografia desenha-nos os apertos, marca a sua localização; denuncia corpos estranhos, a trajectória da uretra e as suas alterações como consequência de rupturas anteriores, ou outras causas. Mandando o doente urinar enquanto se impressiona a chapa, obtém-se uma uretografia que é flagrante pela ideia da mecânica da micção, — contracções e dilatações, alterações na progressão da urina...

— A vesiculografia, — investigação urológica das vesículas seminais e vias espermáticas, pois apanha de facto todos estes elementos, — obtém-se, incidentalmente no decorrer de uma uretografia, pela infiltração forçada do líquido de contraste, ou por progressão dele pelos orifícios dos canais ejaculadores abertos e atónicos. Para a obter propositadamente injecta-se o líquido de contraste no canal deferente, por punção através do cordão espermático, ou pelas vias naturais, por cateterismo dos canais ejaculadores, por intermédio de um tubo de uretoscópio.

Quando se punciona o cordão espermático para se chegar ao canal deferente, há, — entre outros riscos, — o de o transfixar, infiltrando o líquido nos tecidos perijacentes, falseando os filmes, e a interpretação da figura. E como as doenças mais vulgares



# 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

## GRANULADO

PARA-AMINO-SALICILATO  
DE CÁLCIO . . . 3,4 gr.  
Por medida=4 gr.

ANTIBACILAR DE NOTÁVEL INOCUIDADE E GRANDE PODER INIBITIVO







destes órgãos são as inflamações com infecção concomitante, — vesiculites, espermatozoides, — as chapas não no-las revelam, e o processo redonda em pura perda, e incómodo para o doente, — o que de algum modo deve ser a razão de andar «quase» esquecido.

\*

— Saibamos servirmo-nos dos meios que a ciência e a arte médicas nos facultam; mas escolheremos os mais úteis, os mais garantidos na técnica e nos resultados; os necessários e os indispensáveis. Não ignoraremos todos os outros; — e até os que não são mais do que estudos de especulação científica, experimentais, e de uso restrito, ao laboratório; porque poderão ser base de métodos e processos que um dia entram na prática da medicina, da cirurgia, e da especialidade e teremos que empregar. Mas não os apliquemos enquanto não derem a garantia da sua utilidade!

— Fugamos da deformação profissional; e também da tendência para o diagnóstico extraordinário. Mas, não daremos crédito ao diagnóstico fácil a ponto de o julgar infalível; porque não é por ter sido fácil fazê-lo, que ele há-de ser, forçosamente, verdadeiro.

— A predominância de um sintoma, não nos deve impressionar e subjugar a ponto de nos dispensarmos de lhe indagar o real e verdadeiro valor no conjunto de sintomas de uma doença. Evitem-se as sugestões, «os palpites».

— Uma anamnese mal orientada é o melhor plano inclinado para os erros e falhas que nos esperam no fim dele; e, onde iremos cair desprecavidamente se não o evitarmos a tempo e horas.

— Separemos as associações mórbidas umas das outras, atribuindo a cada uma sua influência particular e própria no indivíduo, e também a influência mútua, entre elas no organismo.

— As «ratoeiras» que nos aparecem pelo caminho, desde o começo do nosso trabalho até o diagnóstico, e à terapêutica e ao prognóstico, são muitas, e muito perigosas; — evitemo-las cuidadosamente com todos os recursos e «luzes» que tivermos à nossa disposição: — conhecimentos de natureza científica e clínica, bom senso clínico, ensinamentos da nossa prática e da prática dos outros...

— O laboratório e a radiologia, com as suas análises e provas, respectivamente, não nos evitam os erros; mas, podem preveni-los se nos soubermos servir de ambos pelo valor absoluto e relativo deles e do sistema de conjunto e síntese que representa o «trabalho» do clínico junto do doente, e correspondente correlação entre as partes componentes constituintes de um bom e completo exame clínico urológico <sup>(1)</sup>.

(1) Adaptado, em parte, de LAFONT, de CLERMONT-FERRAND.



## CADERNOS RADIO-CLÍNICOS

I — Aspectos da semiologia funcional  
das vísceras ocas do aparelho digestivo

(Conceitos e reflexões)

por GUEDES PINTO

Radiologista (Porto)

(Conclusão)

*Da vesícula biliar*

Nenhuma outra víscera oca exige maior soma de conhecimentos anátomo-fisiopatológicos e reúne maior número de incógnitas, quando nos empenhamos no seu estudo. Tomada, ainda que isoladamente, sem a associação do órgão vizinho do qual se desintegrou, sem se libertar; se emancipou, sem recusar solidariedade, sofre ou reflecte os seus distúrbios. Responsabilizada por toda essa interminável gama de perturbações e disfunções desbertadas a jusante e mais ou menos ocultas a montante, se hoje é equacionada com o duodeno ou o distante apêndice íleo-cecal, amanhã é com o sangue e o rim.

Inegavelmente, uma víscera no caminho dos grandes síndromos abdominais confusos.

A vesícula por si só não é um problema individual, isolado; é um tema geral; clínico, radiológico e laboratorial.

Clínico, desafiando a sagacidade do policlinico; radiológico, solicitando informações de ordem morfo-topográfica e funcional e de suspeitada litíase; laboratorial, colhendo os elementos analíticos complementares, todos eles, de resto, de valor relativo nas alterações bioquímicas das afecções hepato-vesiculares.

Incontestavelmente, em nenhuma outra são mais pesados os encargos de reflexão.

Antes de ROENTGEN a vesícula não tem história. E mesmo depois do advento da radiologia só mais tarde os trabalhos de GRAHAM, COLE e outros lhe deram vida. Até então, era a vesícula anatómica; depois, as primeiras passadas do seu fisio-dinamismo. Os progressos contudo, são bem pequenos: um produto contrastante veiculado em preparado menos desagradável ao paladar e eis tudo. Infelizmente não existe ainda aquela droga ideal que,



por elevada qualidade opacificante, visualize satisfatoriamente os ductos.

Na prática corrente, o facto terá acontecido em condições excepcionais, mercê de circunstâncias conjuntas favoráveis. As fundadas esperanças nos corpos radioactivos serão uma realidade, quando se anular a acção do outro gume.

De sorte que, todo o exame radiológico da vesícula biliar se limita à demonstração das variantes anatómicas e correlativas topografias, ao horário de esvaziamento e possibilidades do seu poder colecistoquinético. Isto sem falar dos cálculos visíveis e dos tornados visíveis, e de certas particularidades do conteúdo vesicular.

Não interessa neste momento descrever aquelas variantes anatómicas, mas para o seu estudo funcional, razão fundamental deste artigo, não será demais relembrar, por forma esquemática a morfologia vesicular, constituída por um baixo-fundo, corpo e infundíbulo. Que o baixo-fundo e o infundíbulo possuem fibras lisas longitudinais e oblíquas que, ao aproximarem-se do colo se tornam circulares e tomam o aspecto de um verdadeiro esfíncter, continuando-se em seguida pelo cístico. Que o corpo quase não tem fibras musculares e é constituído por fibras elásticas.

Pode dizer-se que todo o alongamento se faz à custa do corpo e por isso, na generalidade, todos eles têm o mesmo cunho gráfico. Desta forma, as principais fibras musculares que se concentram nas zonas polares não sofrem excessivas distensões, que afectariam a sua contractilidade, o que aliás sucede com as fibras gástricas quando, de um modo geral distendidas, perdem gradualmente o poder contráctil. Com efeito, as mais alongadas vesículas, cujo baixo-fundo chega a atingir a articulação sacro-íliaca, podem dar cumprimento total ao seu esvaziamento, quando uma retenção era de esperar, revelando-se assim, de intacto e assegurado fisio-dinamismo.

\*

O curso por que passa a bilis pode concretizar-se nas quatro fases seguintes: «secreção», «excreção», «detenção» e «expulsão». Uma 5.<sup>a</sup> seria a da «re-síntese», operação de complexo mecanismo, iniciada ao nível de outros departamentos e acabada no fígado; e de cuja laboração no chamado «ciclo entero-hepático» se obtém a recuperação parcelar de determinados elementos biliares. As quatro fases, embora explicitas pelo seu significado, carecem de breves comentários. Deixemos por agora a «retenção» acidente no plano patológico.

A secreção da bilis é um trabalho contínuo da célula hepática



que a segrega em quantidades variáveis, segundo o condicionamento de diversos factores, desde a simples natureza dos alimentos, suas qualidades e quantidades, até os eventuais estados neuro-psíquicos.

A «excreção» é a movimentação da bilis, sujeita a «vis a tergo»; é a fase complementar da primeira. Ambas, fenómenos constantes na intimidade hepática. «Detenção» e «expulsão» fenómenos periódicos relacionados com a ingestão de alimentos; o primeiro correspondendo ao período de repouso vesicular, o segundo ao da mobilização do órgão. Ambos, portanto, extra-hepáticos.

A «detenção» entre dois actos digestivos é um fenómeno normal e necessário à fase última da elaboração definitiva da composição biliar; e, sucedendo-se alternada e sucessivamente com a «expulsão» estabelece as condições básicas para a normal renovação biliar.

A importância da detenção pode avaliar-se pelo que acontece nos colecistectomizados. A principio a passagem da bilis para o intestino é contínua; tempos depois, dá-se dilatação das vias biliares, formando-se como que umas tantas pequenas vesículas substitutas, depois do que o mecanismo se aproxima do primitivo.

A «retenção», termo que por si só já explica um estado anormal, pode ser normal se se verificar dentro de estreitos limites. Limites que, de resto, se não demarcam facilmente, relacionados que estão com o tipo morfológico da vesícula. Contudo, o seu cálculo pode basear-se na relação entre o volume aparente e o seu poder expansivo.

A retenção conduz à formação de bilis grossa, ao lodo e calculose, e, por conseguinte a crescente dificuldade da sua movimentação e à infecção, já que o meio é, por excelência, propício à cultura e proliferação de certas estirpes microbianas. Ora se por um lado se procura evitar este estado de coisas e até promover a renovação da bilis pela vantagem que daí resulta, por outro tem-se em vista dar ao órgão doente o relativo repouso de que carece. Nestes designios opostos, a conciliação não se obtém sem o conhecimento radiológico do seu fisio-dinamismo pelo qual se não-de estabelecer as normas dietéticas apropriadas.

É fora de dúvida que, uma dieta errada, ou ainda que certa mas excessivamente prolongada fracassa nos seus objectivos; e, a prática demonstra como é benéfica a estimulação periódica de hipercolia e a provocação concomitante de hiperquinesia.

O retencionista vesicular e o retencionista vesical são indivíduos acidentados, cuja analogia das perturbações a montante provocadas, merecem estudo comparativo. Enquanto que no segundo é evidente mais tarde ou mais cedo o comprometimento da parte alta do sistema urinário, com o conhecimento directo, objectivo,



O ESPASMOLÍTICO COMPROVADO

DA MUSCULATURA LISA

# EUPACO

**Indicações:** Todos os estados espasmódicos do tracto digestivo, vias biliares e ureterais.

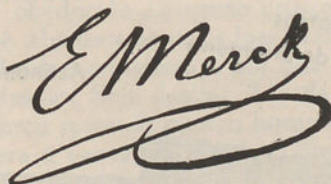
Em obstetrícia para abreviação do período de dilatação e como analgésico em casos de cerviz rígida ou espasmódicamente contraída (supositórios)

## APRESENTAÇÃO:

Comprimidos, tubo de 10

Supositórios, caixa de 5

Ampolas, caixa de 3



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





**Novo preço!**  
tubo com 20 compr. de 0,5 g cada  
Esc. 25.50

*O cumulo dos preparados na série de sulfonamidas  
com um alcance de acção rigorosamente alargado*

# SUPRONAL

contra  
**AEROBIOS**

Estreptococos  
Estafilococos  
Pneumococos  
Meningococos  
Gonococos  
Bact. coli  
Bact. pyocyaneum  
Pneum. Bact. Friedlaender  
Bact. proteus  
Bacilos de disenteria

e  
**ANAEROBIOS**

Agentes patogénicos do  
edema gasoso,  
Estrepto e Estafilococos  
anaeróbios,  
Bact. floccosum  
Bac. enterotoxicus  
Bac. funduliformis e outros  

---

Actinomyces



»*Bayer*« **Leverkusen, Alemanha**

Representante para Portugal:

Bayer, Limitada, L<sup>o</sup> Barão de Quintela, 11, 2<sup>o</sup> - Lisboa



pelos elementos de que dispomos, no primeiro as perturbações e disfunções altas são provocadas por verdadeiras retenções intra-hepáticas ligadas ao mesmo hidro-dinamismo da retenção vesicular — a única ao nosso alcance de avaliação.

### *Da visualização da vesícula*

Os actos conducentes à visualização da vesícula diferem entre os radiologistas, muito embora se ponham de lado velhos artificios e haja presentemente a tendência para a simplificação das instruções prescritas. Assim, não recomendamos purgante ou simples laxante para as últimas 48 horas; preferimos uma perfeita limpeza intestinal por via rectal.

Não colagogamos a vesícula na refeição que precede a da ingestão do produto opaco; isto é, deixamos o individuo no seu estado natural, hígido ou não, nas suas condições habituais que se devem respeitar, sob pena de criarmos situações de controversos significados. E atentas as dificuldades interpretativas que podem surgir, as alterações episódicas que por nossas mãos vamos provocar, no convencimento de uma melhor concentração vesicular, concorrem para falsear ou contorverter os resultados.

Doses: única?; fraccionada? Os defensores de cada método colocam-se justamente em campos opostos. Os primeiros, pela proibição formal da ingestão de alimentos depois de tomada a droga; os segundos, pela permissão de alimentos após a administração da droga, em refeições seguidas.

Por nossa parte, depois de termos usado por largos anos um e outro método nos casos correntes, colaborado em trabalhos sistemáticos de colegas e obedecido ao senso crítico pessoal, assentamos neste que não é absolutamente «dose única», e em rigor não é «dose fraccionada de Sandstrom», por que se divide a dose sem intercalar uma refeição. Seja assim: 2/3 da dose na última refeição da tarde e o terço restante quatro horas depois com água açucarada. Não se altera a vantagem da dose única, para a apreciação de um sinal a que adiante faremos referência, e temos possibilidade de reforçar ou aumentar a dose; nem se segue fielmente o segundo método que, movimentando diversos tipos de concentração biliar, não nos dá de antemão a certeza do horário óptimo da referida concentração e portanto a hora óptima da colecistiquinesia a provocar — a principal informação radiológica.

Partindo da vesícula inteiramente em repouso, pelo jejum, apenas em contracção-tónica, para a vesícula em contracção-peristáltica, iniciamos um estudo não só de mais exactos conhecimentos de ordem anátomo-topográfica, como também em menor grau



sujeito a erros do seu fisio-dinamismo. Neste espaço de tempo, desde a vesícula silenciosa até o seu despertar, não temos qualquer outro factor interveniente.

\*

O indivíduo está preparado.

Um pequeno interrogatório acerca da boa ou má tolerância poderá dar-nos, de entrada, algumas indicações.

A existência de algum dos conhecidos acidentes digestivos, já significa alguma coisa de anormal; e a sua intensidade não deve ser menosprezada.

Temos presentes radiografias em posições horizontal e vertical, segundo incidências mais favoráveis, obtidas na primeira hora-limite. A conveniência desta hora justifica-se pelo conhecimento de que, «quanto mais precoce a concentração, melhor é a célula hepática» e, inversamente, «concentração tardia ou ausente, célula doente». Ora analisemos. Pondo de lado a vesícula calcária, que não interessa neste momento, uma vesícula de tonalidade ossea à primeira hora significa normal permeabilidade hepática (pelo menos para a droga em questão) e equipara-se ao sinal de Ravasini na excreção urinária.

A inversa será verdadeira, sob a condição de uma vesícula indemne, pois doutra forma a falta podia imputar-se a este órgão.

Não se deve perder pois, a oportunidade de procurar este sinal, tanto mais que, é esta a ocasião de avaliar um aspecto do funcionamento hepático e de dar, pela única vez, uma informação do seu estado.

Depois, a vesícula e só a vesícula, com todas as subjectividades e variadíssimas hipóteses, que se pretendem desentenebrecer.

Começemos agora, por considerar as três hipóteses:

1.<sup>a</sup>) A vesícula é visível; boa tonalidade, densa, uniforme, ainda que de maior densidade no baixo-fundo, na vertical.

2.<sup>a</sup>) A vesícula é invisível.

Finalmente a 3.<sup>a</sup>), de mediana ou fraca tonalidade.

No primeiro caso trata-se de uma vesícula ordinariamente normal e só excepcionalmente doente. O cirurgião pode dizer-nos que encontrou as paredes tocadas por colecistite. Contudo, continuamos a afirmar a normalidade do órgão e suportamos a contingência das excepções. Já a resposta favorável à prova funcional é significativa de bom prognóstico.

Como atrás se disse, se houver o cuidado de radiografar na primeira hora-limite, a informação pode ser mais do que vesicular; entra no domínio hepático e recolhe subsídios do seu aspecto fun-



cional. Como é óbvio, o atraso da chegada da droga à vesícula, onde chegou e concentrou, embora tardiamente, traduz a existência de alterações ao nível hepático e simultaneamente a irresponsabilidade da vesícula.

Agora se a vesícula é invisível culpa-se o fígado ou a própria vesícula, ou os dois conjuntamente, ou ainda, por via reflexa, um estado ulceroso gástrico ou duodenal, em franca actividade, a litíase renal, a doença de Basedow, e diabetes. Resta dizer que, algumas vezes, uma vesícula volumosa não possuindo o sal opaco suficiente para dar uma sombra que a identifique, só se torna visível pela contracção provocada por colagogos usuais. Ela pode ulteriormente, em nova prova, projectar sombra apreciável se, deliberadamente, ou por mera casualidade da composição alimentar, sofrer aumento da contracção-tónica.

O porquê da invisualização não é fácil demonstrar-se, ainda mesmo havendo a possibilidade de eliminar causa após causa, porque é no sistema dual que, finalmente, reside a maior dificuldade. Está a célula hepática lesada, mas a vesícula íntegra? Uma hipótese habitualmente acompanhada de outros elementos comprobativos. Célula e vesícula doentes? A mais complexa das hipóteses. Célula normal e vesícula doente? A de melhor trilho meditativo; simplesmente porque, é de supor idêntico o exacto acontecimento passado em todas as outras vísceras possuídas de estados irritativos, isto é, a intolerância para o produto estranho, um trânsito rápido e a sua expulsão. Casos há, em que de facto, tudo leva a crer esteja certa a explicação. Referimo-nos v. g. àquelas diarreias de origem biliar provocadas pela ingestão da droga opaca. A vesícula teria recebido o produto, em normal trânsito através do fígado, mas tê-lo-ia expulso imediata e continuamente, porque o seu estado irritativo infeccioso o não tolerou.

A 3.<sup>a</sup> hipótese corresponde aos casos de tênues e incaracterísticas visualizações da vesícula; de inconstantes e variáveis meias tintas, cujas expressões raianas equivalem à intervenção moderada daqueles mesmos fatores que vamos encontrar na gênese da sua invisualização. Têm, em geral, um significado patológico fruste, e reduzidas consequências malélicas

Esses fatores são correntemente conhecidos e ao alcance da discriminação. Outros, porém, escapam ao controle das nossas pesquisas, como sejam as alterações reflexas da secreção biliar, as disquinesias na sua excreção, a instabilidade neuro-vegetativa e as formas jovens dos processos incipientes.

Por conseguinte, as respostas do radiologista quando inseguras, não devem deixar de ser prudentes, tanto mais quanto é certo que o próprio paciente o pode induzir em erro, por inobservância das instruções prescritas.



Tão vulgar, nos destituídos de um mínimo de cultura!

E mais do que inseguras ou duvidosas, quando há ignorados estados lesionais gastro-entéricos que alteram os fundamentos da exploração.

É o método oral o correntemente usado. A análise morfo-fisiológica da vesícula pode ser negativa (invisível) ou enquadrar-se na hipótese 3.<sup>a</sup>, grupos a que atrás nos referimos, se as funções de absorvência digestiva estiverem desequilibradas, ou simplesmente modificado o seu horário.

É o caso da estenose pilórica, com estases alimentares variáveis, desconhecida ou menosprezada.

A boa norma, nem sempre seguida, é a do conhecimento prévio do estado gastro-duodenal, para se chegar a resultados menos falíveis da análise vesicular; ou sendo possível materialmente, o estudo simultâneo.

Nestas circunstâncias, portanto, é improficuo o estudo colecistográfico, assim como o contra-indicam os estados icterico e sub-icterico.

Nestes, por impedimento da «expulsão»; naqueloutro, por falta do elemento opacificante veiculado na «secreção». Fases ambas do condomínio hepato-vesicular.

#### *Do esvaziamento vesicular*

Estamos chegados à parte respeitante ao esvaziamento vesicular, cujo controle, unânimemente reconhecido, não é demais encarecer.

Há que ver, porém, o modo como se encara esse procedimento. Bem vistas as coisas, a prova de Boyden é, em certos casos, um exercício violento para a vesícula, o qual criando situações espásticas, termina por falsear os resultados. Donde resulta a conveniência de, previamente, indagar-se qual o hábito alimentar; se omnívoro, se dietético.

A nosso ver, a prova colecistoquinética deve respeitar e cingir-se a cada um dos casos previstos, porque não é indiferente sujeitar ao estímulo quinético toda a vesícula habitualmente privada do uso de alimentos fortemente colagogos, como aliás o exige a prova de Boyden.

Por outro lado há todo o interesse em saber se a dieta instituída deve continuar, modificar-se ou parar, e não é um esvaziamento intempestivo que no-lo esclarece. Será antes, certamente, pelo uso de uma refeição habitual. E, então, o que se verifica? Três formas de resposta vesicular: esvaziamento total, esvaziamento parcial e inalterabilidade da vesícula. Descontam-se a cada uma, evidentemente, as condições da sua relatividade enquanto



# NEURO-TRASENTINA

é um sedativo diurno para a fadiga e excitação nervosa.

# NEURO-TRASENTINA

é uma combinação da Trasentina de acção espasmódica e do ácido fenil-etilbarbitúrico de acção sedativa.

# NEURO-TRASENTINA

é um medicamento isento de alcalóides e por isso melhor suportado que os preparados de beladona.

## APRESENTAÇÃO:

Frascos de 30 drageias a 0,07 grs.

---

Produtos CIBA, Limitada—Lisboa



# COLIMETINA

Preparado sinérgico dos

3 factores lipotrópicos	{	Colina . . . . .	0,200 gr.
		Metionina . . . . .	0,200 gr.
		Inositol . . . . .	0,080 gr.
em associação com o Complexo B. . . . .			0,025 gr.
			Por drageia

EM TUBOS DE 20 DRAGEIAS

A mais moderna concepção da  
**PREVENÇÃO E TRATAMENTO  
DAS HEPATOPATIAS**

modificando o prognóstico, até há pouco tão reservado,  
destas doenças.

Indicado na prevenção e tratamento da  
**ARTERIOESCLEROSE**

Esta associação melhora a tolerância dos Diabéticos para  
os Hidratos de carbono.

POSOLOGIA: 4 a 10 dragelas por dia às refeições

**LABORATÓRIO SANITAS**





se não standardizar com os correntes alimentos chamados inofensivos, uma refeição «ad hoc».

Na primeira resposta podemos concluir por um normal funcionamento do órgão, possuído de fácil poder «expulsivo». A prova de Boyden é absolutamente dispensável e se tivesse sido realizada, resultaria errada muito provavelmente a conclusão, porque à acção do vago responderia a vesícula com vigorosa contracção ou espasmocidade do colo ou do cístico (onde é mais forte a musculatura), dando lugar a paragem ou diminuição do fluxo biliar no duodeno. Se o indivíduo não tem restrições específicas de alimentos e até de bebidas, compreende-se a imediata aplicação da refeição de gorduras, gemas de ovos e natas — prova de Boyden —, sem receio de cólica, nem de conclusões erradas.

Na segunda, por um resultado pouco concludente, talvez ocasional ou fortuito, mas em todo o caso a submeter ao critério clínico. Não é dispensável a prova colagoga à hora da refeição seguinte. Esta, é a resposta em que a relatividade acima referida é mais evidente.

Na terceira demonstra-se a inércia vesicular, quer por inadequada composição alimentar, incapaz de despertar a quinesia, o que importa dar a conhecer ao clínico, quer por alterações intrínsecas das suas paredes, o que é demonstrável.

Agora é plenamente justificável a prova colagoga, que nos vai dar a conhecer até que ponto é muda ou responde ao estímulo vaginal.

Quanto tempo dura o esvaziamento da vesícula?

É fora de dúvida que existe uma mesma relação morfológica entre o estômago e a vesícula, bem como uma mesma relação funcional, dentro dos quadros correntes, desde o tipo hipertónico e o correspondente hipersténico, até o atónico e o correspondente asténico. Se há desvios no paralelismo há que imputá-los a diversas causas. O esvaziamento total da vesícula é normal tanto em uma hora ou menos nos hiperquinéticos, como em duas ou três horas nos hipoquinéticos.

Rápido ou lento o esvaziamento vesicular segue a par do gástrico, mas não se solidariza absoluta e cegamente com o do estômago, se, neste houverem surgido distúrbios provocados (gastro ou gastrectomia), ou adquiridos (estenose orgânica ou funcional do piloro). Daí, as variadíssimas disquinesias difíceis de dominar; as alterações dos tempos de «detenção» e «expulsão» que saem do tipo normal, para finalmente se adaptarem às novas situações, estabelecendo os seus horários à face das condições criadas. Não se pode dizer que estes órgãos vivam em condições realmente anormais de trabalho, mas sim obedecendo a outros ritmos, a que se viram forçados, pelo exercício de factores estranhos.



### Mecanismo da «expulsão» da bilis

É sabido que, sob a influência da contracção do vago a vesícula contrai-se e o esfíncter de Oddi relaxa-se; o simpático mobiliza forças opostas.

E contrai-se lenta e continuamente, em globo, como um todo, comparável ainda, à bexiga. E não possuindo propriamente um peristaltismo ondulante, no género do gástrico, a sua motricidade traduz-se por um aumento da sua contracção tónica. Esta força contráctil exerce-se na medida em que a bilis se escoo pelo cístico e Oddi consente, e aumenta, sempre que condições anormais se opõem ao seu livre trânsito. O aumento da pressão contráctil, global e concêntrica (como uma borracha periforme que a mão aperta) pode conduzir a contracção tetanizante, mormente do colo e provocar, a este nível, um aperto de tipo espástico. É o caso da súbita e forte contracção vesicular, em equilíbrio tónico instável, orgânico ou psíquico, aquando a prova colagoga, contra-indicada nas condições atrás apontadas. Uma vesícula normal tolera estes ataques; já outrotanto não sucede nos estados infecciosos, de irritabilidade fácil.

E contrai-se lenta e continuamente, indiferente ao ritmo que Oddi impõe ao escoamento da bilis; e aumenta lenta e progressivamente se houver obstáculos ao seu livre trânsito. E os obstáculos serão vencidos ou não, com ou sem cólica. Cólica ainda mesmo sem cálculo, e cólica espástica.

O impedimento do trânsito cístico-coledoco, em maior ou menor grau, temporário ou persistente, predispõe não só a estases vesiculares, como a intra-hepáticas e não é raro verificar-se, em radiologia, refluxo para o canal hepático.

Aquelas estases acabam por produzir lesões no parênquima hepático; este refluxo, diminuição da quantidade de bilis. E não será também da qualidade?

Terminado que seja o esvaziamento vesicular que pode não ser absolutamente total e deixar algum resíduo, sem que se considere anormal, cessa a contracção e a vesícula inicia a distensão. É presuntiva a nossa ideia, de que se não abandona a si própria e por inércia alcança a fase de repouso, em completa distensão muscular, sob pressão da bilis nova excretada através dos ductos. Antes é convicta de que, à acção do simpático descontraindo a vesícula e fechando Oddi, se segue imediato recomeço da sua repleção, mais por aspiração do que por consentimento.

E terminamos por agora a explanação daquelas considerações que mais têm absorvido a nossa curiosidade no campo do fisio-dinamismo das principais vísceras ocas abdominais.



## MOVIMENTO NACIONAL

### REVISTAS E BOLETINS

A MEDICINA CONTEMPORÂNEA, LXIX, 1951 — N.º 7 (Julho): *A repercussão do pneumotórax sobre as cavidades do pulmão contralateral*, por Lopo de Carvalho Cancela e Lopo de Carvalho Filho; *Pneumotórax espontâneo não tuberculoso*, por Mário S. Trincão; *Considerações sobre três casos clínicos*, por Ladislau Patrício; *Toracoplastias nas cavernas tuberculosas da base*, por E. Esteves Pinto e Jorge Santos; *Estudos experimentais sobre a circulação cárdio-pulmonar*, por Ayres de Sousa.

PNEUMOTÓRAX E CAVIDADES DO PULMÃO CONTRALATERAL. — Por engenhoso procedimento pessoal, estudaram-se as acções mecânicas exercidas pelo pneumotórax sobre as perdas de substância do pulmão contralateral, analisando as modificações de volume e forma que apresentavam, depois de em anterior trabalho haver sido estudada a acção moderadora que o colapso exercia sobre os movimentos das perdas de substância. Aproveitaram doentes com lesões bilaterais em que se fez o pneumotórax num dos lados. Das observações concluem:

«O problema, encarado desta maneira, suscita-nos fortes dúvidas quanto à acção útil que poderão ter, sobre grande parte das cavernas, os pneumotórax contralaterais. É hábito ouvir-se dizer, quando fazemos insuflações num espaço pleural, e nos aparecem lesões no parênquima do lado oposto, que estas são benêficamente influenciadas pelas introduções de ar que estávamos realizando. Será sempre assim? Como é sabido, as cavidades justamediastínicas podem cicatrizar com os pneumotórax contralaterais; todos conhecemos casos em que isso se verificou, e não é para admirar que assim tenha sucedido, particularmente nos doentes que apresentam um mediastino móvel.

Mas quando as perdas de substância não tenham aquela localização? Será benéfica a acção sobre elas exercida pelas insuflações do lado oposto? Não temos, hoje em dia, elementos suficientes que nos permitam tirar uma conclusão definitiva, conquanto, na generalidade, a nossa opinião seja negativa. Se, por um lado, encontramos uma acção favorável, manifestada pela diminuição dos movimentos de deslocação da cavidade, por outro, verificamos manter-se, sem alterações sensíveis, o seu volume inicial, observando, por vezes, mudanças na sua forma, antes e depois da realização das insuflações contralaterais. Nestes últimos casos pode, até, dizer-se que os pneumotórax, que estávamos efectuando, exerciam uma acção prejudicial, pois, com as alterações da forma, deixar-se-ia de obter o repouso da lesão, elemento que se conta entre os principais, no mecanismo da cicatrização dos processos cavitários.»



PNEUMOTÓRAX NÃO TUBERCULOSO. — Com o relato de 4 observações, fez uma revisão do assunto, de que extraímos as seguintes notas. Na etiologia representa frequente papel o esforço, exercido sobre lesão inaparente, mas o pneumotórax pode surgir em repouso, mesmo com o indivíduo a dormir; merecem referência o enfisema, a asma, a silicose, e sobretudo a rotura das vesículas subpleurais. Há duas formas: a enfisematose generalizada e a localizada a bolhas pouco numerosas ou mesmo constituindo uma bolha única e volumosa geralmente; a radiologia presta valioso auxílio na distinção, mas pode ser preciso recorrer à pleuoscopia. Nem sempre há a sintomatologia típica, dolorosa; há formas de sintomatologia incompleta ou mesmo nula, esta quando a lesão é muito pequena. Não há geralmente derrame líquido, nem febre, contrariamente ao que sucede no pneumotórax tuberculoso. Como tratamento, destaca-se a importância da atropina e da adrenalina, que provocam aumento de volume pulmonar e conseqüente elevação da pressão pleural, depressão relativa do centro respiratório por diminuição do gás carbónico alveolar e sanguíneo devida à broncodilatação, diminuição da actividade muscular inspiratória com aumento da pressão intrapleural por acção bulbar. O quisto aéreo do pulmão pode levar à intervenção cirúrgica, para evitar as complicações de rotura e supuração.

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, XIV, 1951 — N.º 3 (Maio-Junho): *As embriopatias*, por Maurice Lamy; *Epilepsias, convulsões e psicossomática*, por Orlando de Carvalho; *Emprego de uma nova sulfamida, a Gantrisin*, por N. Cordeiro Ferreira.

AS EMBRIOPATIAS. — As malformações não são mais do que perturbações do desenvolvimento que só podem dar-se no período da embriogénese, ou seja nos três primeiros meses da vida intra-uterina; há que separá-las das doenças congénitas, adquiridas pelo feto. Nas embriopatias compreendem-se de um lado as que são devidas a factores hereditários, genotípicos, e as que são determinadas por factores externos, que podem ser tóxicos, infecciosos, actínicos, endocrínicos e mecânicos. Só o conhecimento de estes pode levar à adopção de medidas preventivas pelo médico clínico; a sua averiguação porém, frequentemente, é cheia de dificuldades.

EPILEPSIA, CONVULSÕES E PSICOSOMÁTICA. — Comentário ao livro de E. M. Brige «Epilepsy and convulsive disorders in children», discordando em vários pontos das opiniões nele expandidas. Brige entende que todas as convulsões são epilepsia, a qual se produz uma ou muitas vezes; quando os factores que as provocam se mantêm, podem as convulsões tornar-se recorrentes, formando-se círculos viciosos que obrigam o cérebro a criar o «hábito convulsivo» e assim levam à situação conhecida geralmente pelo termo «epilepsia». Ora este conceito é contraditado pelos factos, que mostram diferenças notáveis entre as simples convulsões e o



**A mais recente conquista na  
terapêutica da úlcera péptica**

# BANTUL

(Brometo de Metantelínio)

Apresentado em frascos de 50 comprimidos doseados a 50 mg.

---

**LABORATÓRIOS ATRAL, L.<sup>DA</sup>**

TELEFONES, 58665-58767-58768

LISBOA — Avenida Gomes Pereira, 74-78



## REGISTO DE LIVROS NOVOS

L. DUFOURMENTEL — *Chirurgie réparatrice et correctrice des téguments et des formes*. 400 págs., com 457 figs., (Masson, Edit., Paris, 1950 — 1.850 fr.).

2.<sup>a</sup> edição, aumentada e revista. Começa por expor os métodos gerais, a cirurgia plástica de urgência, os enxertos cutâneos, a inclusão de corpos estranhos. Segue-se o capítulo relativo às correcções da pele, nas ptoses cutâneas, nas alterações de cor e de estrutura, e à cirurgia reparadora da face, das pálpebras e dos lábios em especial. Capítulos sucessivos tratam do referente às correcções a realizar no nariz, na região fronto-orbitária, nas maxilas, nas orelhas, no lábio leporino, no seio, e em outras diversas partes.

Obra de um especialista em cirurgia estética, com numerosas publicações sobre o assunto, vem ilustrada com excelentes gravuras, expondo os processos, muitos originais, seguidos pelo autor na sua longa prática de este ramo da cirurgia.

ALBERT COURTY — *Les volvulus aigus du colon droit*. 404 p. 45 figs. (Masson, Edit., Paris, 1950 — 850 fr.).

Monografia que trata o assunto por forma completa. Todos os aspectos são nela versados. Trata-se de um caso de cirurgia de urgência, cujo conhecimento interessa tanto o médico como o cirurgião; aquele para o reconhecer e bem o diagnosticar, este para o tratar devi-

damente. Documentação radiológica ilustra a monografia, e figuras expressivas documentam a parte cirúrgica.

R. LAVEZZARI — *L'ostéopathie*. 120 págs., com 61 figs. (G. Doin, Edit. Paris, 1949 — 550 fr.).

Trata-se de uma monografia destinada a expor um processo de tratamento, por manobras manuais, de diversas afecções osteo-articulares. O método, ideado por A. Still, é pouco conhecido, e o A. procura divulgá-lo, expondo os seus fundamentos e a sua técnica, e documentando o valor com a descrição de casos por ele tratados com sucesso.

L. LEGER & C. FRILEUX — *Les phlébites*. 400 págs., com 85 figs. (Masson, Edit., 1950 — 1.400 fr.).

Este livro está escrito por dois cirurgiões que principalmente se têm dedicado aos estudos das flebites post-operatórias, assunto com que ocupam grande parte da obra, sem descuidar os outros aspectos. Começando por expor a patogenia das trombozes e a sua anatomia patológica, a técnica da flebografia, seus ensinamentos, pensam ao estudo clínico: diagnóstico precoce das trombozes, formas, complicações. Vem depois os métodos terapêuticos e suas indicações, a profilaxia da doença trombo-flebitica; e finalmente o estudo da doença post-flebitica, sua fisiopatologia e tratamento.

## PORTUGAL MÉDICO

NOTA DA REDACÇÃO: — Os artigos enviados para publicação devem vir dactilografados, e não poderão exceder 16 páginas de composição tipográfica; quando mais extensos serão divididos por dois ou mais números, se forem aceites. A aceitação depende apenas da índole do trabalho, pois as opiniões expandidas são da exclusiva responsabilidade dos autores.

NOTA DA ADMINISTRAÇÃO: — Os Srs. assinantes a quem, por qualquer motivo, faltem números na sua colecção desta revista, receberão gratuitamente esses números, se não estiverem esgotados; dos anos de 1947 em diante há exemplares de todos os números.



mal epiléptico; todos os trabalhos modernos são contra ele, e até o próprio autor do livro refere resultados que são em seu desfavor.

Bridge considera cinco factores etiológicos das convulsões: hereditariedade, lesões cerebrais, alterações fisiológicas, personalidade e ambiente. Estudando a sua estatística de casos clínicos, conclui que há grande correlação entre os factores do ambiente e a personalidade, que a há menor entre a personalidade e o ambiente, e que há exclusão mútua entre o factor cerebral e os outros quatro factores. Estas conclusões abonam a separação entre a epilepsia sintomática de lesão cerebral e a epilepsia chamada essencial; quanto à influência dos outros factores, a noção, dada pelo autor, de que o epiléptico chamado «essencial» é o indivíduo que tem um limiar convulsivo tão baixo que factores de insignificante intensidade nele provocam a crise, é manifestamente excessiva, embora a modificação dos factores fisiológicos e das influências do ambiente possam melhorar o doente. A actuação dos factores fisiológicos (alterações da circulação cerebral, do equilíbrio ácido-base, do metabolismo da água e dos hidratos de carbono, sono, febre, perturbações gastro-intestinais, etc.) é mais importante na criança do que no adulto. Quanto às modificações da personalidade e às influências do ambiente, acentua a importância dos factores emocionais no desencadeamento das crises, principalmente nas crianças, e com razão, porque é de observação frequente a precipitação das crises convulsivas devida às excitações psíquicas, zangas, castigos, ansiedade, medo; mas Bridge não tem razão quando, ao contrário da psiquiatria alemã, põe de lado o factor constitucional, considerando a chamada «personalidade epiléptica» apenas como uma reacção do indivíduo à própria doença; o que levaria à noção (que até o A. contesta nas suas observações) de que as influências nocivas do ambiente se exercem igualmente em todos os indivíduos.

A terapêutica tem de atender a essas influências do ambiente, sobretudo nas crianças, em que as atitudes e hábitos familiares desempenham importante papel; por isso o médico, cónscio da interdependência psicossomática, tem de actuar tanto sobre a criança como sobre a família e os professores. Na terapêutica farmacológica da epilepsia cita, para o grande mal, os brometos, os barbitúricos, as hidantoínas, a dieta cetogénica, a dieta desidratante, etc. Para o pequeno mal destaca as drogas do grupo da cafeína e a dieta cetogénica, e particularmente o medicamento «trimetadione».

REVISTA P. DE OBSTETRÍCIA, GINECOLOGIA E CIRURGIA, III, 1950 — N.º 6 (Nov.-Dez.): *Fisiopatologia e tratamento das hidronefroses*, por L. de Moraes Zamith; *Volumoso tumor congénito sacro-coccígeo*, por Alberto Costa.

FISIOPATOLOGIA E TRATAMENTO DAS HIDRONEFROSES. — Além das hidronefroses congénitas, há neste capítulo da patologia urinária uma mul-



tidão de lesões provocadoras de hidronefrose, desde os apertos de uretra, a doença de colo vesical, até às várias afecções que, desde a bexiga até ao colo dos cálices, impedem a evacuação normal da urina e determinam a dilatação uretero-pielo-calicial, com todas as suas consequências prejudiciais sobre o parênquima renal. O A. cinge-se ao estudo da hidronefrose provocada por causa, de qualquer natureza, localizada ao nível dos próprios cálices, do bacinete ou do ureter.

Este traço do aparelho excretor é innervado pelo simpático e pelo para-simpático e possui uma innervação intrínseca, com células ganglionares nas suas paredes; é este sistema nervoso intrínseco que comanda a contracção muscular do excretor, parecendo que a innervação extrínseca se destina a equilibrar o tónus e a motricidade do excretor, de acordo com as exigências da evacuação da urina segregada. Assim, parece evidente que a actividade peristáltica do ureter é iniciada pela distensão da sua luz com líquido, é independentemente da sua innervação extrínseca, mas pode ser aumentada reflexamente por estímulos químicos ou mecânicos das terminações sensitivas da mucosa; será pelo facto de serem dirigidas pelos centros nervosos intrínsecos do órgão que as contracções musculares do ureter caminham em forma de ondas peristálticas. O conhecimento de esta fisiologia leva a compreender o mecanismo da hidronefrose, que é sempre o resultado de uma perturbação da dinâmica do sistema excretor, seja qual for a causa primitiva de essa perturbação.

Exceptuando as hidronefroses congénitas, verdadeiras malformações, a hidronefrose pode constituir-se por dois mecanismos completamente diferentes.

Umaz vezes todo o sistema excretor é perfeito na sua anatomia e no seu funcionamento até que, num dado ponto, aparece uma causa, parietal, intrínseca, orgânica ou dinâmica, que dificulta a diástole do excretor no momento próprio em que devia dar normalmente a passagem à urina. Nesses casos há sempre uma dificuldade à eliminação normal desta, retida por uma má abertura do excretor a nível do obstáculo, que impede a sua passagem fácil e habitual, por uma verdadeira *disectasia*, seja qual for a sua causa e que vai actuar de determinada maneira sobre o seu funcionamento primeiro, sobre a sua anatomia mais tarde. Um aperto, uma compressão, uma plicatura, um espasmo, a acalásia de um esfíncter funcional, actuam do mesmo modo, e as suas consequências são semelhantes e idênticas. Nesta hipótese, todo o sistema era anatómicamente e fisiologicamente normal até ao momento em que o estabelecimento da disectasia determinou o desequilíbrio fisiológico que por sua vez causou a modificação anatómica.

Outras vezes, porém, a hidronefrose constitui-se porque há, desde o início, uma alteração funcional — uma dificuldade à realização das contracções normais e rítmicas que fazem progredir a urina. O que a provoca são as perturbações neuro-musculares, traduzidas por um estado atónico que impede a formação dos movimentos normais e necessários.



Neste caso, a fisiopatologia é diferente — não é obstáculo localizado a um ponto que vai prejudicar primeiro o excretor e mais tarde o secretor, é a dificuldade de aquele se poder contrair normalmente e poder assim realizar a sua missão, ou por defeito muscular ou por que não recebe ou não conduz o influxo nervoso indispensável ao seu funcionamento. Então a repercussão sobre o restante excretor e sobre o próprio rim é diferente e o seu mecanismo diferente também.

Há, portanto, no ponto de vista fisiopatológico, duas espécies de hidronefrose: *a)* por disectasia do excretor; *b)* por atonia neuro-muscular.

No primeiro caso, a hiperpressão da urina retida sobre a mucosa do excretor provoca maior intensidade e rapidez das ondas de contracção que tentam vencer o obstáculo; é a primeira fase da afecção, a hiperquinésia com hipertonia. Se a disectasia persiste, a dilatação conduz à atonia das paredes, por esgotamento das defesas fisiológicas, e finalmente à atonia. No segundo caso a atonia é o fenómeno inicial, estabelecido sem fase de luta, defesa ou resistência. Com evolução diversa e diversa sintomatologia, o resultado final é o mesmo: a retenção vai actuar sobre o rim produzindo refluxos para a drenagem da urina e são as alterações circulatórias que esses refluxos e a estase que os acompanha determinam, juntamente com a compressão que o próprio saco da hidronefrose exerce sobre os ramos da artéria renal, que provocam a esclerose ou a atrofia progressiva do rim.

Depende de várias circunstâncias, sobretudo do tipo do bacinete e da altura da disectasia, a rapidez como se constitui a bolsa hidronefrótica ou se manifestam as lesões renais.

Na disectasia baixa de ureter e nos bacinetes extra-renais, o bacinete e o ureter superior dilatam-se e protegem algum tempo o parênquima renal, sendo as lesões deste, por esse motivo, mais tardias do que nas disectasias do colo do bacinete ou quando este é pequeno ou infra-renal. O mesmo sucede nas hidronefroses de causa atónica.

Conforme o grau e a persistência da disectasia, a acção sobre o rim é igualmente variável. Se a obstrução é completa ou muito intensa, o saco é pequeno e a acção sobre o rim precoce e rápida. O contrário se observa nas disectasias ligeiras e sobretudo nas interminentes, que são as que produzem maiores dilatações.

A infecção secundária ou primitiva tem tendência para retardar a dilatação, porque a inflamação torna a parede pélvica mais rígida e menos extensível e para apressar a atrofia ou a esclerose, facilitadas por um processo infeccioso que com facilidade toca o próprio parênquima renal.

O aspecto clínico é diferente numa e noutra espécie de hidronefrose. Na devida a disectasia a fase de luta manifesta-se por dores, peso na região lombar, cólicas, hematurias; na devida a atonia, faltam os sinais de luta, e é geralmente a infecção, primitiva ou secundária, que chama a atenção para o aparelho urinário, ou então, na falta de infecção, são



as hematúrias ou perturbações digestivas de origem simpática, de causa inexplicável, que devem levar a explorar esse aparelho.

O diagnóstico das hidronefroses deve fazer-se cedo, antes que as perturbações renais se tenham estabelecido e as lesões obriguem a terapêutica mutilante. Tem o maior interesse diagnosticar a hidronefrose por disectasia na primeira fase do seu mecanismo fisiopatológico. O alarme é dado pelas dores, umas vezes surdas e lentas, outras vezes agudas e violentas, sem causa explicável, e que correspondem aos momentos de mais intensa hiperquinésia, ou a uma compressão mais viva; ou o alarme é dado por hematúrias sem causa evidente, apenas com sensação de peso na região lombar. O diagnóstico pode fazer-se, pois, precocemente, se em face de estes sintomas o médico enviar o doente ao urologista, para que este averigue da existência de um obstáculo à evacuação normal da urina no excretor e a que nível ele se encontra, servindo-se para isso da pielo-ureteroscopia, das radiografias em série ou da quimografia, que indicarão o ponto de paragem das ondas peristálticas do ureter.

Na hidronefrose por atonia, o diagnóstico tem de ser tardio, quase sempre motivado pela infecção da bolsa; às vezes, é a dilatação de outras vísceras que leva a explorar o aparelho urinário. Reconhece-se por uma simples pielografia, que toda a árvore urinária está dilatada, e que, pelo estudo quimográfico, toda a sua musculatura está inerte.

O tratamento varia segundo as circunstâncias de cada caso.

Quando a disectasia é diagnosticada precocemente, há que remover o obstáculo, e a terapêutica será médica, urológica ou cirúrgica, conforme a natureza do obstáculo. Se existe um corpo estranho é necessário que ele se elimine, quer pela acção da morfina ou da prostigmina, quer procurando fazê-lo descer nas vias naturais pelo cateterismo, quer extraíndo-o cirurgicamente. Se há uma infecção é necessário combatê-la, com anti-sépticos, com antibióticos correspondentes ao gérmen em causa ou com desinfecções locais. Se a disectasia é devida a espasmos ao nível dos esfíncteres funcionais ou em qualquer outro ponto, precisar bem o diagnóstico, examinando, à uretero-pieloscopia ou à quimografia a acção benéfica que sobre eles pode ter a infiltração dos esplâncnicos ou a simples injeção intravenosa da novocaína; são estes os casos em que a neuro-cirurgia — desinervação do rim, esplancnicectomia ou extirpação de gânglios lombares, está bem indicada. Se a causa é doutra natureza é a sua supressão cirúrgica que é indispensável realizar: ureterolise, destruição de bridas ou aderências, secção de vasos anómalos, nefropexia, extirpação de tumor compressor, etc., mas é preciso dissecar com cuidado toda a região na qual o estudo pré-operatório indicava a sede da disectasia, para que as causas, às vezes múltiplas, não possam escapar. Em todos estes casos, se o diagnóstico pode ser feito antes da hidronefrose se ter formado, os resultados são brilhantes e imediatos.

Quando a hidronefrose por disectasia já está francamente formada (e é o que infelizmente mais se vê na prática), só há o recurso à cirurgia,



participa aos Ex.<sup>mos</sup> Clínicos o reaparecimento do

# NUCLEOTRAT

(Sal sódico de nucleótido pentosado em solução a 7 %)

Rápida descida de temperatura e aumento do número de glóbulos brancos, em especial dos leucócitos polimorfonucleares

Angina agranulocítica, estados leucopénicos e neutropénicos no decurso de doenças infecciosas e agudas. Esquizofrénia. Leucopénias graves no decurso de intoxicações pelo benzol, bismuto, ouro, dinitrofenol, etc.

Caixas de 5 × 10 c. c.

## Outros produtos ULZURRUN:

ACETAROL	HEPATRAT FORTE 5 × 5 c. c.
ADETRAT	» LÍQUIDO
ASMOTRAT	HEPATRAT C/ ARSÉNIO (Xarope)
BÊDÔZETRAT	HEPATRAT BÊDÔZE 6 × 1 c. c.
DERMOTRAT	» » 6 × 2 c. c.
FERRO-FOLICOTRAT (Comprimidos)	HEPATRAT C/ VITAMINAS 6 × 1 c. c.
POLICOTRAT (Comprimidos)	» » » 6 × 2 c. c.
» 6 × 1 c. c.	» » » LÍQUIDO
HEPAFOLICOTRAT (Comprimidos)	LUHICAL (Comprimidos)
» 6 × 1 c. c.	OMNIVAL (Xarope)
» 6 × 2 c. c.	PILOTIMOL (Solução)
» FORTE (Xarope)	RUTINOTRAT (Comprimidos)
HEPARNOVINA ELIXIR	TÊBÊTRAT ( » )
» 5 × 2 c. c.	TIAZOTRAT ( » )
HEPATRAT 6 × 1 c. c.	TIMÚTERO 2 × 1 c. c.
» 6 × 3 c. c.	VOMIPAX (Comprimidos)



*Novidade!*

Em dores intensas

# POLAMIDON»C«

»HOECHST«

Bem tolerado devido a um componente de acção vagolítica

Especialmente apropriado á clínica quotidiana

**Embalagens:**

Para uso oral: gotas a 1%, frascos de 10 cc  
tubos de 10 comprimidos a 5,25 mg

Soluzão injectavel a 1/2%: 10 ampolas de 1 cc

**FARBWERKE HOECHST**



*vormals Meister Lucius & Brüning*



Frankfurt (M)-Hoechst

Representantes para Portugal: *Mecius Lda.*, Rua D. Pedro V, 7-1º Lisboa



consistindo o problema em seleccionar os casos em que é lícito esperar bom resultado de um tratamento conservador, sem ter de se lançar mão da extirpação do rim.

Nas hidronefroses por atonia o tratamento é variável, determinado pela causa em jogo: infecção, perturbações musculares ou nervosas, distinguindo as orgânicas das funcionais, etc.; a neuro-cirurgia (indicada nas disectasias por espasmo) só tem razão de ser nas perturbações do sistema nervoso extrínseco do rim.

JORNAL DO MÉDICO. — N.º 445 (4-VIII): *Uroquimografia*, por Ayres de Sousa; *Estudo da personalidade humana*, por Lopes Parreira. N.º 446 (11-VIII): *Sobre o clima do Gerês*, por Celestino Maia; *Contribuição para o estudo da antropologia dos Huambos*, por Alexandre Samento. N.º 447 (18-VIII): *A contribuição anglo-portuguesa para a medicina tropical*, por J. Fraga de Azevedo. N.º 448 (25-VIII): *Roturas uterinas e seu tratamento*, por Rolando Van Zeller; *Ictiose vulgar de transmissão ligada ao sexo*, por Artur Leitão; *O tuberculoso urinário após a nefrectomia*, por Roger Couvelaire. N.º 449 (1-IX): *Os casos maus na tuberculose pulmonar*, por Ladislau Patrício; *Abcesso solitário do fígado*, por Álvaro Rosas, Serrano Júnior e Artur Matos; *O probenecide como útil reforçador da acção bacteriostática do ácido p-aminosalicílico*, por L. Silva Carvalho. N.º 450 (8-IX): *A medicina no trabalho*, por F. Portela Gomes. N.º 451 (15-IX): *Cura espontânea de fístula esófago-jejunal post-gastrectomia por cancro do estômago*, por A. E. Mendes Ferreira, F. de Sousa Lé e J. Caria Mendes.

ROTURA UTERINA. — Considerações sobre uma estatística pessoal de 14 casos, dos quais 13 foram operados, sendo 12 por hysterectomia e 1 por sutura. Por causas, as roturas classificavam-se em: 6 espontâneas e 7 traumáticas. Os resultados foram bons em 9; faleceram 4, incluindo neste número a que não chegou a ser operada. Da sua experiência concluiu que: o emprego de uma anestesia apropriada (local), de drenagem eficiente (Mickulicz), de transfusões de sangue total e de antibióticos, diminuiu muito sensivelmente o número de casos fatais na casuística da rotura uterina.

OS CASOS MAUS NA TUBERCULOSE PULMONAR. — Resumo de uma lição, cujo conceito é: na tuberculose pulmonar, como em todas as doenças, há «casos maus» que terminam mal, e há «casos maus» que terminam bem; os «casos maus» que terminam mal servem para estudo, os casos maus que terminam bem servem para estudo... e para reclame...

A propósito de prognóstico, sejam quais forem os elementos fornecidos pelo diagnóstico, mais favoráveis, o médico deve evitar, na medida do possível, comprometer-se com o prognóstico na altura em que faz o diagnóstico. Já na fase do tratamento é menos difícil; é preciso deixar



passar três meses, pelo menos, sobre o início do tratamento para apreciar as reacções do doente ao tratamento, a sua cooperação com o médico. O regime tem ainda por base a clássica trilogia de Brehmer. Os medicamentos ultimamente apregoados têm virtudes e têm defeitos. Relativamente à terapêutica cirúrgica, quando está verdadeiramente indicada, dá resultados maravilhosos; não obstante, é preciso ter em conta que se observa a cada passo, meses depois da intervenção, o reaparecimento de expectoração bacilífera ou de uma imagem cavitária.

O MÉDICO. — N.º 24 (5-VIII): *Algumas divagações sobre a medicina*, por Augusto da Silva Travassos; *A Ordem dos Médicos e as Faculdades de Medicina*, por M. Cerqueira Gomes; *X Congresso Internacional de Medicina do Trabalho*, por Luís Guerreiro; *Obesidade*, por Iriarte Peixoto; *Traumatismos vértebro-medulares*, por E. Moradas Ferreira; *Estado actual das obstruções do colo da bexiga*, por J. Manuel Bastos; *O Dispensário de Puericultura de Nova Lisboa*, por Alexandre Sarmento; *Congresso luso-espanhol de Obstetrícia e ginecologia*, por Mário Cardia; *A vida e obra do grande pintor português Vasco Fernandes*, por F. A. Gonçalves Ferreira; *Mosaicos nortenhos*, por Silva Leal. — N.º 25 (20-VIII): *Perspectivas dos nossos seguros sociais*, por Mário Cardia; *Obesidade*, por Iriarte Peixoto; *Perturbações dita funcionais e seu diagnóstico*, por Francisco Alvim; *Meningites purulentas*, por Cristiano Nina; *Crónica de Madrid*, por C. de Lucas; *A flavorizina*, por Jacques Risler.

OBSESIDADE. — Os subsídios fornecidos pela clínica são favoráveis à pluralidade patogénica da obesidade. Embora em todos os casos intervenham, em certa medida, os conhecidos factores nervosos, glandulares e periféricos, em solidariedade funcional dos mecanismos reguladores, é possível muitas vezes identificar, com forte probabilidade, a perturbação dominante.

A clássica divisão etiológica, entre obesidades exógenas e endógenas, não é já aceitável. Quando muito, pode manter-se respeitando apenas a distinção entre os casos que, aparentemente, tem uma ou outra origem. Há, a este respeito, duas escolas: uma que sustenta resultar a obesidade da errada orientação dos hábitos alimentares, pois a eficiência metabólica dos gordos em nada difere da dos magros; outra que afirma que, pelo menos numa grande parte dos obesos, há alteração nos gastos de energia, no sentido de maior economia. A primeira escola é a que tem mais partidários.

Recordada a fisiologia do metabolismo dos lípideos e dos órgãos que para ele intervém, trata-se da classificação das obesidades, quanto à morfologia e à patogenia.

Sabido é que há obesidades generalizadas e as há segmentares. Embora seja doutrina corrente que, em geral as primeiras são exógenas e as segundas são endógenas, não deve esquecer-se que, em todos os



casos, há participação das duas ordens de factores, se bem que com predomínio de uma de elas.

No ponto de vista patogénico, o A. apresenta a seguinte classificação: — a) Forma comum de obesidade (com ou sem leves estigmas neuro-endocrinopáticos): com história de aparência exógena, ou endógena. b) Obesidades associadas a lesões nervosas evidentes: por encefalite, tumor cerebral, meningite, etc. c) Obesidades associadas a endocrinopatias evidentes: hipotireoidismo, hiperpituitarismo, hipersuprarrenalismo, hipogonadismo. d) Obesidades por alteração primária do tecido adiposo ou do sistema vegetativo intrínseco (periféricas, hiperlipofílicas).

Quanto à terapêutica duas noções fundamentais devem orientar o clínico: a de que se trata de uma doença grave e a de que a mais poderosa arma é o regime alimentar. A cura de emagrecimento só tem uma contra-indicação, a de tuberculose pulmonar evolutiva. Quer se adopte o método de restrição brusca quer o de restrições sucessivas, depois de obtida a redução da obesidade é indispensável pautar um regime de manutenção do resultado obtido. Os resultados são excelentes e poucos casos resistem; estes são devidos ou à inobservância pelo doente do regime aconselhado, ou a particularidades, ainda mal explicadas, da feição metabólica de alguns indivíduos.

Os tratamentos medicamentosos e fisioterápicos, embora úteis, ocupam na maior parte das vezes um plano secundário. De certo, quando há sinais de disendocrina, a opoterapia deve entrar em acção; mas, na forma comum da obesidade, o seu emprego não merece confiança. Como adjuvante, pela sua acção tónica e depressora de apetite, presta serviços a anfetamina; é mal suportada por alguns doentes, ansiosos e hiperexcitáveis.

Os exercícios físicos não substituem de modo algum a dieta; o seu papel no emagrecimento é muito reduzido.

---

## SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

---

### Da noção do tempo na evolução dos processos patológicos

RENÉ LERICHE acaba de publicar (*Presse Médicale*, 6-x-1951) interessantes considerações sobre este assunto, com exemplos bem demonstrativos de como podem aparecer consequências sérias de acidentes traumáticos ocorridos muitos anos antes. A noção de tempo não é a mesma para nós e para os tecidos do nosso organismo.

Um homem, lenhador, apareceu-lhe em 1940 com uma paraplegia espasmódica, recente. Contou que em 1915 fora atingido por uma bala no ventre, a qual, sem lesar os intestinos, fora alojar-se na massa muscular para-vertebral, à altura da D<sub>12</sub>, sem lesar a vértebra. A imagem lipiodada parecia indicar a existência de aracnoidite, sem relação com a bala, que não chegava a contacto com a vértebra. Operou, e encontrou grossas veias varicosas cobrindo a medula na extensão de alguns centímetros, comunicando por grossa veia que atravessava o buraco de conjugação seguindo até a vizinhança da bala. Distrofia venosa, que levou 25 anos a manifestar-se.



Um oficial do exército fora ferido, em 1918, por uma bala que atravessou o terço superior do antebraço, sem lesar os ossos, causando feridas insignificantes, mas deixando paralisia cubital imediata, com a típica anestesia. Não se fez intervenção, mas com tratamento eléctrico a recuperação da actividade dos dois dedos paralisados fez-se completamente, num prazo de três meses. Fazia a vida habitual, quando, em 1938, a seguir a exercício manual intenso, começou a padecer de dores na face interna do cotovelo, junto da cicatriz de entrada da bala, com dor à pressão. Dentro de duas a três semanas a dor estendia-se ao longo da face interna do braço, no trajecto do cubital, e depois alargou-se para a axilla, para o 3.º espaço intercostal, para o dorso, com hiperestesia cutânea acentuada; isto sugere a ideia de uma repercussão radicular, mas na palma da mão e nos últimos dedos não há dor. Só um tratamento o alivia, por horas: a injeção de novocaina, dada profundamente ao nível da cicatriz e no tronco cubital do braço. O nervo esteve silencioso durante 20 anos, e só ao cabo de este longo período de tempo deu sinal de si. As cicatrizes nervosas conservam uma potencialidade evolutiva tão grande que nunca se sabe quando termina a evolução cicatricial.

Outro exemplo, e de ainda maior intervalo, é o de um velho de 79 anos, que aparece, depois de longa marcha na montanha, com o joelho direito tumefacto e doloroso, dificultando o exame directo. A radiografia mostrou grandes deformações articulares: prato tibial escavado, hipertrofia condiliana do fémur, e calo de fractura diafiso-epifisária, que certamente foi acompanhada de disjunção condiliana. O doente contou que, na idade de 8 anos sofrera grave acidente e estivera hospitalizado muitos meses, recobrando lentamente a marcha, que com o tempo se tornou tão boa que pôde fazer sempre vida de alpinista. Depois de isso nunca esteve doente, e não sabe como explicar o seu estado actual. Uma punção esvaziou uma enorme hemartrose. Com massagens e ar quente recuperou uma marcha suficiente, com leve claudicação. Quer dizer: durante 71 anos um joelho deformado (cuja radiografia levaria um cirurgião a pensar numa artrodese) não deu qualquer sinal da sua lesão, e foi preciso que uma hemartrose viesse revelar a existência de uma tão inverosímil incongruência das superfícies articulares.

### Método de Smith na prevenção dos acidentes grávidos

O método consiste em administrar o dietilestilbestrol, diariamente, começando o tratamento na 6.ª ou 7.ª semana de gravidez, o mais tardar na 19.ª semana; doses de 5 miligramas nas primeiras duas semanas, aumentadas de outros 5 miligramas em cada quinzena, e depois de 15 semanas de tratamento de outra quantidade igual em cada semana. Autores americanos empregaram doses muito altas, chegando a dar por dia 250 miligramas. Em França, diz M. J. FORGE, temem-se com razão doses excessivas, não se ultrapassando a dose diária de 30 miligramas, com a qual se obtém o resultado desejado. Em 6 grávidas que anteriormente haviam tido nefrite gravídica (que é a indicação do tratamento) e quase todas eram hipertensas, verificou-se êxito de esta terapêutica, tendo-se dado bem os partos de crianças vivas. (*J. de Méd. et de Chir. pratique*, Maio de 1950).

### Distensão aguda do ventre por histerismo

Com este título descreveu BRIGHT, em 1838, a afecção observada numa jovem que havia sido laparotomizada duas vezes por errado diagnóstico de tumor do ovário. Recordando-a, A. ALVAREZ (*Rev. Clin. Española*, 30-iv-1950) descreve-a baseado em 92 casos pessoais, 7 dos quais em homens; o que mostra não se tratar de raridade patológica. Os indivíduos que a apresentam são de



UM NOVO PRODUTO "LAB"  
PARA O TRATAMENTO DAS  
TOSSES

# TRANSBRONQUINA - GOTAS

---

---

Composição :

TIMOLSULFONATO DE TRIETANOLAMINA  
Desinfectante das vias respiratórias  
e expectorante.

DIETILBARBITURATO DE CODEÍNA  
Calmante enérgico da tosse.

Apresentação :

Frasco de 20 gramas.

---

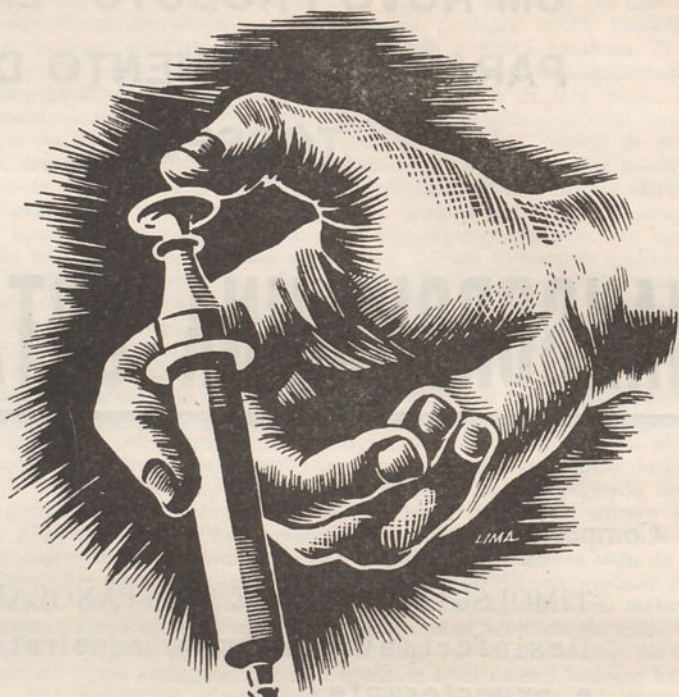
**LABORATÓRIOS LAB**

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

Avenida do Brasil, 99 — Lisboa — Norte



INSTITUTO LUSO-FARMACO, L.<sup>DA</sup>



# PROCILINA

OLEOSA e AQUOSA

*Um produto consagrado pela experiência*

Únicos Depositários:

PAOLO COCCO, L.<sup>DA</sup>

LISBOA: R. do Quelhas, 14 - PORTO: R. Fernandes Tomás, 480 - COIMBRA: Av. Fernão Magalhães, 32



temperamento nervoso, e pelo exame psicológico verifica-se personalidade instável, ou francamente anormal; quase sempre são do sexo feminino, e acusam frequentemente perturbações menstruais.

A distensão do ventre pode ser geral ou localizada a um sector. Aparece bruscamente, sem motivo apreciável, ou por pequeno incidente, como seja uma refeição, um copo de água fria, uma contrariedade, etc. Acompanha-se de dores, náuseas, vômitos, ardor epigástrico. Assim como aparece, assim desaparece, também bruscamente.

A radiografia mostra que a inchação do ventre não é devida a acumulação de gases. O A. é de opinião que se produz por contracção dos músculos posteriores e laterais do abdómen; com efeito, a relaxação muscular provocada pela anestesia geral faz desaparecer a distensão.

A terapêutica é de efeitos duvidosos, sendo de tentar a injeccção de morfina e a administração de barbitúricos. A psicoterapia é de empregar, tanto durante o acesso como depois de ele, para evitar a repetição.

### Orelhas em abanador

Esta desgraciosa malformação deve ser corrigida precocemente, para evitar a repercussão sobre o psiquismo que provoca quando a criança entra em contacto com o meio escolar; portanto, por volta dos 7 anos. R. FARINA, com observações exemplificadoras, mostra os bons resultados estéticos que se obtêm com a operação de Lockett, levemente modificada, e que consiste no seguinte: 1) incisão na face média do pavilhão, acompanhando o sulco do ângulo escafo-conchal; 2) descolamento mínimo dos bordos da incisão, para expor a cartilagem; 3) condução do pavilhão à posição desejada; 4) passagem de 3 ou 4 alfinetes da face lateral à média, acompanhando o relevo do ângulo do anti-helix, e saindo através da incisão; 5) nova incisão, na face média da cartilagem, acompanhando os alfinetes que vão sendo retirados sucessivamente, incisão que chega até o helix, seguindo o ramo superior do anti-helix, e tendo o cuidado de evitar a abertura da pele da face lateral do pavilhão; 6) retirar pequena tira de cartilagem, com 1 a 2 mms., do lado da escala na metade superior e do lado da concha na metade inferior; 7) quando necessário, incisar também o ramo inferior do anti-helix; 8) levando o pavilhão à posição correcta, extirpar o segmento de pele que sobra sobre a concha; 8) suturar a pele; 9) colocar penso contensivo durante 10 dias. (*O Hospital*, Abril de 1951).

### Antagonismo entre cloromicetina e penicilina

Em editorial da *Revista Clínica Española* (30-iv-1951) fez-se um resumo dos trabalhos publicados no ano passado sobre este tema interessante, a partir de GUNNSON e colaboradores, que primeiro observaram que a cloromicetina estorvava a acção sobre as culturas de enterococo exercida pela penicilina. A seguir, JAWETZ e colaboradores, estudando o assunto, «in vitro» e «in vivo», empregando uma estirpe de estreptococo hemolítico e outra de bacilo de Friedlander, muito sensíveis à penicilina, verificaram que a junção das duas drogas impedia a acção bacteriostática; e que os ratos infectados com aqueles agentes morrem em maior proporção quando se administram os dois antibióticos do que quando apenas se injectam com penicilina. A interferência é da cloromicetina sobre a penicilina, pois se esta é empregada em dose eficaz, a posterior intervenção da cloromicetina não altera a sua actividade, e quando a acção da cloromicetina precede a da penicilina, esta é inibida, a não ser que a dose seja muito alta.



Experiências feitas com vários antibióticos mostraram que essa acção antagonica pode impedir-se por meio da estreptomina ou da bacitracina, que são activos potencializadores da fase inicial, bactericida, da penicilina; o emprego simultâneo de penicilina, cloromicetina e estreptomina ocasiona um fenómeno resultante do efeito aditivo ou subtractivo de cada um dos antibióticos que se associam à penicilina.

Os resultados de estes trabalhos experimentais devem ter correspondência na clinica, mas esta não se estudou ainda.

### As falsas hemoptises

No nosso N.º 1 de 1951 (págs. 69-70) publicamos uma nota sobre as hemoptises sem causa aparente, quase sempre devidas a lesões brônquicas circunscritas. A rejeição de sangue pela boca pode, porém, não representar uma verdadeira hemoptise, vindo o sangue da árvore bronco-pulmonar, mas sim de uma falsa hemoptise, vindo o sangue do aparelho digestivo, ou da parte alta das vias respiratórias. E embora o assunto seja velho, não é certamente inútil recordá-lo, resumindo a revista geral do assunto que GONZÁLEZ RIBAS, F. LATORRE & ROCAS RIBAS vem de publicar em *Anales de Medicina* (Junho de 1951).

As epistaxis podem levar à ideia de coexistência com hemoptise, quando o sangue, escorrendo até à glote, provoca tosse pela qual é expulso sangue vivo e arejado. Pode suceder que a hemorragia nasal, pequena, se dê durante a noite, e então, de manhã, o individuo escarra sangue, mais ou menos escuro; este facto pode repetir-se com insistência que produz justificada preocupação.

Nas laringites é raro haver hemorragia, mas as lesões da traqueia já a dão com maior frequência, qualquer que seja a sua natureza; o sangue vem então, vivo e arejado, com tosse, como na hemoptise bronco-pulmonar.

Pelo que toca ao aparelho digestivo, é da boca que vem as falsas hemoptises, pois as hemorragias da faringe são geralmente mínimas, acumulando-se o sangue durante a noite, expulso de manhã em pequenos coágulos; e as que provêm do esófago e do estômago são inconfundíveis com uma hemoptise, pois o sangue colecta-se no saco gástrico, e o aspecto característico da hematemesse não dá lugar a dúvidas.

As hemorragias da boca apresentam-se com sangue puro, misturado com saliva e sem tosse. São as que mais frequentemente provocam a tisiophobia. O sangue vem das gengivas inflamadas, de erosões da mucosa, de estomatites medicamentosas, de sucção viciosa; a hemostomose é uma caso particular de transtorno vasomotor local em neuropatas. Há uma causa de hemorragia pouco conhecida e que é muito importante, não só por não ser rara, como por incidir muita vez em individuos com tuberculose latente ou estabilizada, levando o médico ao diagnóstico errado de hemoptise. Trata-se de varicosidades na base da língua, abaixo do V lingual.

A hemorragia da base da língua oferece várias formas: geralmente dá sangue rutilante, em quantidade grande ou pequena, cuja saída é precedida por sensação de estorvo e comichão na garganta, repetindo-se às vezes durante dias; quando a hemorragia é abundante, o sangue que desce à laringe e traqueia provoca tosse. Pode aparecer inopinadamente, mas é vulgar suceder-se a um esforço fisico qualquer. Hemorragias mínimas, durante a noite, dão pela manhã um escarro escuro. Muito interessante é a frequente relação entre as varicosidades da base da língua e as lesões altas do mediastino e as lesões apicais fibrosas, provavelmente por compressão que dificulta a circulação de retorno da região varicizada; sempre, porém, independentemente do processo tuberculoso que, quando existe, está sem actividade. Não há discrasia sanguínea, mas é frequente a coexistência com varizes dos membros.



## HISTÓRIA DA MEDICINA

AUGUSTO DE ESAGUY

### ABERTURA DA ESCOLA MÉDICA DE LUANDA (1791)

(Dois livros inéditos do Dr. José Pinto de Azeredo) (1)

O P.<sup>o</sup> Ruela Pombo e o Prof. Doutor Luís de Pina, o primeiro na revista *Diogo Cão* e o segundo em vários opúsculos, entre os quais destacamos pela sua importância a *História da Medicina Imperial Portuguesa (Angola)*, referem-se à Escola Médica de Luanda e reproduzem, tal como o fiz na minha *Breve Notícia sobre a Escola Médica de Luanda* (2), o Bando sobre a Abertura da Aula de Medicina e Anatomia, publicado, a som-de-caixa, em São Paulo da Assunção de Luanda, a 10 de Setembro de 1791.

Por esse Bando se ordenava a abertura do «Importante Estabelecimento» no dia seguinte, isto é, 11 do referido mês, às quatro horas da tarde, «com a Oração de Sapiência que se recitará na Sala do Consistório do mesmo Hospital Real».

Não fora esta a primeira tentativa. Já em 1703, segundo Luís de Pina, se tentara a instalação da primeira Escola. Em 1844 foi criada em Luanda uma outra. Três tentativas. Só a de 1791 teve efémera existência. As outras duas não passaram do papel...

No Fundo Geral de Manuscritos da Biblioteca Nacional de Lisboa existem cinco códices, num dos quais, por indicação preciosa do erudito investigador P.<sup>o</sup> Ruela Pombo, fomos encontrar o original da *Oração de Sapiência feita e recitada no dia 11 de Setembro de 1791 por José Pinto de Azeredo, Doutor pela Universidade de Leide, Físico-Mor, e Professor de Medicina do Reino de Angola*.

São 14 folhas de papel, amarelecidas pelo tempo, com as seguintes dimensões: 21,5×16,5. Têm o número 8.486. Neste códice se encontram também as seguintes lições: a — *Sobre ossos*; b) — *Prologomenos da miologia em geral*; c) — *Sobre músculos*; d) — *Sobre circulação*; e) — *Sobre artérias*; f) — *Sobre nervos*; g) — *Observações em geral sobre as loxações*.

(1) Excerpto de livro, no prelo.

(2) Vid. AUGUSTO D'ESAGUY, *Breve notícia sobre a Escola Médica de Luanda (Documentos)*. Lisboa, 1951. AUGUSTO D'ESAGUY, *A abertura da Escola Médica de São Paulo da Assunção de Luanda, 1791. (Documentos)*. Lisboa, 1951.



Os outros códices possuem os seguintes números:

F. G. 8482

Isagoge / Pathologica / do / Corpo humano / dedicada / A Sua  
Alteza Real / O Principe Regente / Nosso Senhor / Por / José Pinto  
de Azeredo / Cavalleiro Professo na Ordem de Christo, Doutor / em  
Medicina, Medico do Real Hospital / Militar de Xabregas, e socio de  
varias Academias / da Europa / 1802 /  
(Tem 42 capítulos).

F. G. 8483

Sem rosto. (Collecção de observações clínicas). — (Tem 4 capítulos).

*Isagoge Pathologica*  
do  
*Corpo humano*  
dedicada  
A  
*Sua Alteza Real*  
*O Principe Regente*  
*Nosso Senhor*  
Por  
*José Pinto de Azeredo*  
*Cavalleiro professo na Ordem de Christo, Doutor*  
*em Medicina, Medico do Real Hospital*  
*Militar de Xabregas, e Socio de varias Academias*  
*da Europa*



1802





# MIOCILINA R

150.000 U. DE PROCAÍNA-PENICILINA G E 50.000 U. DE PENICILINA G POTÁSSICA PARA SUSPENSÃO-SOLUÇÃO AQUOSA

**FÓRMULA  
INFANTIL**

LABORATÓRIOS

DO

**INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**



# DUAS PALAVRAS DE TERAPÊUTICA

O estudo sistemático da *Ammi visnaga* (Lam.) (khela) utilizada empiricamente no Egipto no tratamento de «certas doenças do coração», levou ao conhecimento de diversos princípios farmacologicamente activos existentes naquela umbelífera. Destes, o mais estudado e, ao que parece, o mais activo foi designado com o nome de kelina e pertence, como os outros conhecidos, ao grupo das cromonas.

Numerosíssimos trabalhos clínicos e laboratoriais demonstraram à saciedade que a kelina tem uma acção vasodilatadora específica sobre os vasos coronários, que é das mais duradouras e potentes de todos os fármacos até ao presente utilizados. Sabe-se, por exemplo que em concentrações de 1:100.000 aumenta a quantidade de sangue circulante nas coronárias em cerca de 12 vezes e 4 a 5 vezes quando a concentração baixa para 1:200.000. Por outro lado, tem um tempo de acção muito maior do que os nitritos e um efeito bem mais potente e mais prolongado (à roda de 5 vezes) do que a aminofilina. Esta cromona actua ainda directamente como relaxadora sobre a fibra muscular lisa, particularmente nos brônquios, ureteres e vias biliares.

A absorção do novo fármaco é, quer por via oral quer por parentérica, muito rápida e a excreção urinária relativamente lenta.

Acções acessórias que se têm observado (náuseas, vômitos, etc.) parecem dever-se a impurezas de que o Eskel

está liberto, uma vez que Alpha Laboratories, do Cairo (Egipto), concederam ao Instituto Pasteur de Lisboa o exclusivo da sua preparação segundo o processo e a fórmula originais usados nos trabalhos de investigação e ensaios clínicos feitos pelos seus descobridores, Professor Anrep, F. R. S., Dr. Kenawy e Dr. Barsoum, o que garante um medicamento isento de quaisquer outros princípios contendo cerca de 100% de kelina.

Estamos, pois, em presença de um medicamento de eleição na insuficiência coronária, asma brônquica, *cor pulmonale*, e ainda em casos de espasmo das vias biliares e ureterais. A kelina tem sido ainda utilizada, com resultados muito prometedores, no tratamento sintomático da tosse convulsa.

## BIBLIOGRAFIA

- Mustapha I., *Ammi visnaga*, Compt. rend. Acad. sc., Paris, LXXXIX, 442, 1879.
- Spaeth E. e Gruber W., *Constitution of Kbellin*, Ber. deutsch. Chem. gesellsch., LXXI, 106, 1938.
- Spaeth E. e Gruber W., *Hydrolysis products and chemical constitution of the active principles of Ammi visnaga*, Ber. deutsch. Chem. gesellsch., LXXIV, 1549, 1941.
- Spaeth E. e Gruber W., *Constitution of Kbellol glucoside*, Ber. deutsch. Chem. gesellsch., LXXIV, 1492, 1941.
- Samaan K., *The pharmacological action of Visamin*, Quart. J. Pharm. & Pharmacol., V, 6, 1932.
- Samaan K., *The pharmacological action of the glucoside Kbellinin*, Quart. J. Pharm. & Pharmacol., V, 183, 1932.

# ESKEL



INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA



F. G. 8484

Sem rosto. (Estudos sobre plantas, produtos químicos, receitaúrios, etc.).

F. G. 8485

Colecção de peças incompletas. Apenas uma tem o seguinte título:  
Anatomia / dos / Ossos e vasos Lymphaticos / Do / Corpo Humano  
/ Por / Jozé Pinto de Azeredo M. D. / Fízico Mor e Professor de Medecina / no Reino de Angolla, Prezidente annual da Sociedade Medica de Endinburgo; Membro da Real Academia das Sciencias / de Londres, de Endinburgo, de Lisboa, etc. / Lisboa / 1791 /

Anatomia  
dos  
Ossos e vasos Lymphaticos  
Do  
Corpo Humano  
Por



Jozé Pinto de Azeredo M. D.  
Fízico Mor, e Professor de Medecina  
no Reino de Angolla, Prezidente annual  
da Sociedade Medica de Endinburgo,  
Membro da Real Academia das Sciencias  
de Londres, de Endinburgo, de Lisboa, etc.

Lisboa

---

No anno de 1791



\*

Achamos muito curiosa e útil para os estudiosos a reprodução, na íntegra, nesta rápida nótula, da Oração de Sapiência. Julgamos ser esta a primeira vez que ella é publicada, apesar de todos os historiadores da nossa província de Angola e da medicina portugueza a citarem nos seus estudos e trabalhos.

Na Torre do Tombo existe no *Livro dos Testamentos* o do Dr. José Pinto de Azeredo, que faleceu em Xabregas, em cujo Real Hospital Militar foi médico, após ter regressado de Luanda (1).

Preparamos para breve uma monografia sobre a *Escola Médica de Luanda*, intitulada: *Comentos à vida e obra do Doutor José Pinto de Azeredo*.

\*

«Oração de Sapiencia / Feita, e recitada / No dia 11 de Setembro de 1791 / Por / José Pinto de Azeredo / Doutor pela Universidade de Leide / Fizico Mor, e Professor de Medicina / Do Reino de Angolla. /

«Levantar-se glorioza a medicina em outros tempos desconhecida ou desprezada, e opprimir com pezado jugo e erro, e o falso gosto de seculos barbaros he obra d' alta providencia, e real bondade da sempre Augusta Rainha destinada pelo Ceo p.<sup>a</sup> fazer a gloria da Nação (Ill.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Snr.) daquella grande Rainha que cuidadoza sacrifica seus dias preciosos a utilidade dos seus vassallos.

«Renasce com felis auspicio o bom gosto das / letras q̃ estava amortecido: a aurora da sciencia ja anuncia proximo o seu maior luzimento: ella ja estende o seu dominio sobre o coração dos homens e logo passará a immortalizar aos herois dando vida ao brônze, sentimento ao mármore.

«Sira meus senhores vós q̃ até agora vistes a medicina practicada pela natureza sem sistema ouvireis pela pr.<sup>a</sup> vez nestes climas q̃ ella he aquella arte encantadora q̃ apura o gosto, q̃ enriquece o espirito, q̃ anima a sociedade, q̃ descobre os males, q̃ protege o bem, q̃ defende a vida, q̃ eleva a saude, q̃ faz as delicias da humanidade.

«Vos amados Discipulos, vos transportaes, e tendo pelas historias o mundo em hum ponto de vista contemplais esta sciencia dando leis oppostas a sua pr.<sup>a</sup> barbarid.<sup>e</sup>. Eu vejo q̃ ja vos dosgostão os caprixos grosseiros

---

(1) O Dr. José Pinto de Azeredo nasceu em 1763 na cidade do Rio de Janeiro e faleceu em Lisboa em 1807. Doutorou-se em Leide e foi médico da câmara da Rainha e sócio da Academia Real das Ciências de Lisboa. Visitou vários países e criou fama, principalmente na Inglaterra, onde obteve o grande prêmio da Sociedade Harveyana de Edimburgo com o seu trabalho: *Memória acerca das propriedades químicas e médicas das substâncias litontrípicas*, impresso em 1800, em Edimburgo.



da natureza sem arte, ou antes de huma importuna, e mal entendida q̄ perturba os mesmos dictames da natureza. O clarão da sciencia principia a raiar nos vossos orizontes, e a clara fonte da sua doutrina a fertilizar o espirito da vossa sequiosa mocid.<sup>e</sup>. Os vossos rapidos progressos em huma breve carreira serão as mais seguras provas desta verdade.

«Portanto sofrei q̄ eu orne o meu discurso com a brilhante materia do vosso adiantamento e com devidas demonstraçoens do sincero agradecimento a Real Mão / que se estende em nosso beneficio.

«Embora me faltem as delicadas, e preciozas flores da Rethorica, que apenas toca a minha mão pouco versada, pois quando não mereça o nome de hum orador discrepto sempre occuparei o lugar de hum vassalo agradecido, sendo ao menos por esta cauza digno da vossa benevola attenção.

«Ja houve quem julgasse não ter a medicina necessidade de preceitos, e muitos contentando-se com hum Empirico conhecimento, ou com o q̄ lhe deo a natureza olhavão p.<sup>a</sup> toda a diligencia como p.<sup>a</sup> hum vão exercicio imaginando q̄ sem arte podião facil.<sup>te</sup> curar todas as enfermidades. Com esta errada, e temeraria prezunção entravão cegos a praticar esta sciencia guiados somente pela natureza, que sem ser aprefeçoada pela arte nunca produzirá monumentos que passem de mão em mão as ultimas posteridades. Outros pelo contrario fazião consistir toda a sua gloria, e toda a sua ostentação em carregar suas exposiçoens, e conferencias de sentenças, / e authoridades sem colher os fructos da invenção, das experiencias, nem da sã Filosofia. Os escriptos que passão debaixo do nome de Hippocrates tendo algum valor pela sua exactidão na collecção dos factos, contudo a sua sciencia em Anatomia era quasi nenhuma; as suas explicaçoens fisiologicas erão ridiculas, as suas ideas concução, e expulsão de materia morbifica p.<sup>a</sup> curar as enfermidades fazião a sua practica necessariam.<sup>te</sup> timida e fraca. A cega veneração que havia dos escriptos dos Antigos fez com que a Pathologia humoral infeliz.<sup>te</sup> passasse p.<sup>a</sup> os nossos dias. Os auctores daquelle seculo não erão mais q̄ huns meros copiadores huns dos outros. O mesmo Boerhaave com ter sido hum homem de hum genio candido, systematico e eclecticico ainda apegado as pr.<sup>as</sup> doutrinas fundou todo o seu systema sobre a condição dos fluidos.

«Porem no progresso de huma idade industrioza, e indagativa não se deve esperar q̄ systema algum dure por muito tempo. A grande revolução da Física, as repetidas experiencias, e continuas observaçoens abaterão o systema de Boerhaave, e voltarão todo o nosso estudo p.<sup>a</sup> os movimentos, e leis da economia animal. Cullen mostra que se nos reflectirmos genuinamente sobre a crimasia, sobre as mãos humores, sobre o lensor dos fluidos bem sedo nos convenceremos q̄ este systema não só he incompleto / mas mui apto a enganar ao mais attento practico. Venha o grande Hewson com suas experiencias provar esta mesma verdade. Descubrão-se esses falsos attributos que os Médicos tem achado na qualidade dos humores. Conheça-se que o sangue he huma substancia inerte, sem sensação, que he incapaz de adquirir má qualidade dentro dos seus vasos, e por



consequencia que não pode ser causa activa de molestias. Já o immortal Milman tracta do scorbutu como huma afeição dos solidos; ja lamenta deenganado a infelecidade dos infermos que cahem nas mãos de hum Medico Humorista, que attribuindo muitas queixas aos humores, e qualidade do sangue tem feito mais estrago que beneficio a humanidade.

«Mas p.<sup>a</sup> chegarmos, amados Discipulos, ao verdadeiro conhecimento da Medicina, que solidos principios nos serão necessarios? Anatomia, aquella sciencia que nos ensina as partes do nosso corpo he a pr.<sup>a</sup> que deve occupar as nossas ideas: Ella nos abrirá a porta p.<sup>a</sup> a verdadeira indagação da natureza: ella convidará a vossa perspicaz actividade, a vossa ampla comprehensão, ella mesma vos produzira monumentos / q.<sup>o</sup> passem as ultimas idades.

«Assim principiaremos a examinar a mesma cutes e pelas dissesoens descobriremos as suas fibras, os seus vasos, os seus ductos tudo cuberto com huma cuticula, que modera qualquer impressão, que possa ofender estas sensiveis partes.

«Depois seguiremos a membrana adipoza o tecido celular, que se estende por quazi todo o corpo. A sua textura, a sua união, os seus bolsos communicando-se huns com os outros, a despozição dos seus vazos darão bastante materia p.<sup>a</sup> as nossas reflexçens. Esta separada veremos huma membrana q̄ tirando humas extensoens de certas fibras derivadas dos tendoens cobre os musculos, formando huma membrana commuã.

«Os mesmos musculos atados aos ossos por meio dos seus tendoens para servirem de instrumento a todos os movimentos, serão separados: e depois de aprendermos a sua figura, a sua situação, o seu nome, a structura do seu mechanismo passaremos a tractar phi[si]ologicam.<sup>te</sup> das suas funcçoens. Embore pense Boerhaave e os seus sequazes, que sejam as fibras musculares compostas de nervos. Huma pequena reflexão apoiada pelas experiencias nos persuadirá do contrario. /

«As arterias sahindo do coração, formando por todo o corpo differentes anastomoses; pelo seu curso terminando já no principio das veias, já nos sinuses do Cerebro, já nos vasos excretorios, já nos exhalantes; pela sua força elastica, e movimento oscillatorio levando o sangue ate as ultimas extremidades; pelos seus angulos retardando o movimento onde convem. As suas tunicas cercadas de fibras musculares cheias de sensibilidade fazendo lembrar a opinião de Beddoma que suppoem huma certa ordem de nervos particular ao systema vascular.

«As veias levando o sangue recebido dar arterias outra vez ao coração, furnecidas de valvulas para empedir a regurgitação do sangue; As suas rameficaçãoens, os nomes, os seus officios, a sua situação nos serão conhecidos.

«Os vasos lymphaticos principiando na superficie do corpo; fazendo o seu cur[s]o totalm.<sup>te</sup> independente dos vasos do sangue, encaminhando-se por entre glandulas, unindo-se huns aos outros ate chegarem ao ducto thoratico que recebe os fluidos absorvidos de todas as cavidades, e



superfície do Corpo. Pelo exame destes vasos veremos quam justa he a opinião de Hewson, e Cruickshank, que / mostram terminarem os vasos lymphaticos por toda a parte com orificios abertos, e que nunca terminavão nas veias. O mesmo provarão as sabias experiencias do grande Monro e Hunter. O cerebro, o cerebello, as medullas, os nervos cobertos com a duramater, os ganglios compondo ja outro systema differente. Aqui pararemos para fazer as mais attentas reflexoens, e mais deligente estudo. Depois de conhecermos a sua distribuição veremos elles dão a conhecer o seu poder ao mais leve toque de hum stimulo, e como se redus a hum collapsio deminuido o seu tono. Nos mostraremos com factos, com observaçoens, e com a mesma practica em como do Estado e condição destes he que unicamente depende o phenomeno de todas as enfermidades.

«Hoffman a quem nós devemos as nossas primeiras ideas das fibras moventes, excitou a Willis, a Baglivio, a Haller, a Barthez, a Cullen a ampliarem os conhecimentos do systema nervoso, e deste modo os Humoristas ou antes os infelizes Medicos que attribuem a maior parte das queixas as qualidades do sangue bem sedo serão escarnecidas da sua fraca leittura. E muito me admiro que chegue haver Medicos que sem investigarem as novas experiencias, e observaçoens se conservem / muito satisfeitos com explicaçoens hypoteticas, e theorias vulgares.

«Depois de algum tempo passaremos a conhecer o periosteo, aquella membrana que unida aos ossos evita a fricção dos musculos sobre os mesmos nas suas contracçoens suporta os vasos que entrão a nutrir os ossos; serve de base aos ligamentos que os prende; segura a união dos mesmos com as cartilagens, e apyphysis; prohibe o seu demaziado crescimento. Descubriremos a sua natureza, as suas laminas, os seus vasos por meio de injecçoens. Provaremos a sua sensibilidade em paronichia, exortosis, e outras inflamaçoens.

«Os ossos finalmente a base de toda a machina, unidos por suturas e ligamentos serão descriptos; A sua structura, o encadeamento das suas partes componentes serão analizadas. O seu primeiro estado cartilaginoso, a sua primeira formação será debatida, ou seja nascida da circulação especifica da materia que os forma, ou seja de huma gradual ossificação das laminas do periosteo, ou seja de huma deposição de terra separada da massa do sangue.

«Exaqui os vossos primeiros ensaios menos semelhantes as engraçadas flores da primavera que aos sazoados fructos do Outono. Passemos daqui a especulação e a practica dos preceitos d'arte. A Physiologia dara hum pleno conhecimento das nossas funçoens. Veremos como o alimento introduzido no ventriculo se dissolve por meio de hum menstrou que o redus a huma substancia neutra. Embora pensa Macbride que haja fermentação, embora diga Pringle que a pudridão existe as experiencias de Hunter, de Monro, de Stevens, de Spallanzani nos mostrarão o contrario.

«O chylo formado he absorvido pelos vasos lacteos, que se encaminhão ao ducto thoratico; he introduzido na massa do sangue. Pelo movi-



mento do coração e das arterias circula, chega aos bofes, onde lança de si parte do ar fixo que se desenvolve: recebe huma purção do ar dephlogisticado que existe na atmosphaera; combina-se com elle; dai-lhe a cor vermelha como mostra o immortal Priestley; pelo stimulo excita nova acção dos vazos torna ao coração, aonde produz novo excitamento, obriga-o a lançar de si, derramase por todos vazos, move a sensibilidade das arterias extendem-se as fibras, deixa a materia da nutrição por toda a parte; que muitos ainda alheios das ultimas experiencias pensão ser conduzida pelo supposto fluido nervoso.

«As glandulas pela acção especifica dos seus vazos separa do todo huma purção de fluido necessario para certa / função; separa outra que sendo inutil se esgota pelos seus excretorios.

«Pela practica conheceremos as molestias, as suas cauza proximas, e remotas, as suas diagnosis, e o seu mais provavel methodo de cura.

A ferrugem dos seculos barbaros, a terrivel maxima de remedios especificos, a grande composição dos receitauarios, a dezordenada confusão de indicaçoens, a pueril combinação de remedios oppostos, nada disto senhores, nada disto apparecerá entre nos senão p.<sup>a</sup> ser evitado: Nos contemplaremos estes lugares como rochedos do mar ja celebres pelos naufragios alheios.

«Que uteis conhecimentos, amados discipulos, que solidos principios não tereis adquerido para passares algum dia a desprezivel meta da mediocrid.<sup>o</sup> Se me não engana o amor e o espirito de patriotismo algum de vós unindo os preceitos d'arte a vivacidade do engenho será a gloria da sua Partia.

«Sim o genio, e a doutrina, que em vos admiro são signaes que distinguem o homem extraordinário pois a natureza humana foi, e sera sempre a mesma em todas as idades e em todas as Naçoens. /

«Angolla eu te considero semelhante a Russia tirada de repente do mais profundo abatimento ao ponto da mais alta felicidade! Não te agraves, que se eu te mostro o teu pr.<sup>o</sup> estado he p.<sup>a</sup> engrandecer a poderosa mão que te levanta.

«Mas como pouco aproveita a especulação dos preceitos d'arte sem hum continuo exercicio, eu vos rogo em nome da Patria q̃ tem direito de exigir de nos o fructo dos nossos trabalhos, eu vos rogo, digo, que prossigae a comessada carreira, da qual tirareis nobres vantagens em todo o genero de literatura, e em todos os estados da vida.

«A estrada que guia p.<sup>a</sup> o templo da immortalid.<sup>o</sup> aquella que eternizou a tantos celebres varoens que a fama admira que o mundo respeita, he esta que vos abre a poderosa, e Augusta Mão de huma Rainha empenha[da] pela nossa feicidade. Oh beneficio incomparavel! Oh beneficio digno do real coração que só respira o amor, e dezejo de fazer felizes aos seus vassalos.

«E quaes devem ser amados Discipulos as demonstraçoens do nosso agradecimento? /



Foi costume dos Antigos em honra dos Soberanos levantarem estatuas de bronze p.<sup>a</sup> q̄ nestes duraveis monumentos passassem de seculo em seculo o publico testemunho do seu amor, e da gratidão. Mas se o coração generoso deve medir pelo beneficio que recebe o agradecimento q̄ tributa não são as estatuas o mais proporcionado signal q̄ consagra o amor dos Povos a memoria dos Principes: Os beneficios publicos passando de pays a filhos extendem os seus effeitos a última posteridade quando o tempo tem ja gasto os bronzes, consumido as estatuas, derribado as columnas.

«A lizonja por outra p.<sup>te</sup> faz suspeitosos estes obsequios igualando nas estatuas hum Rei, que foi o flagelo da humanidade, a outro que era as delicias do seu Povo.

«Qual será pois o signal do nosso agradecimento que corresponda a grandeza do Real beneficio, que recebemos se as estatuas são suspeitosas, e se he pouco duravel a solidez do bronze?

«Hum / templo magestoso, eterno, e vivo he que deve conservar o nome, e memoria da sempre Augusta Rainha: renovando sempre as sinceras expressoens do nosso agradecimento.

«Este templo he o nosso coração. Aprendão de nós os vindouros, e estes o ensinem as ultimas geraçoens para que perpetuando-se a memoria do beneficio seja eterna a lembrança do reconhecimento.

«E vos, O grande Rainha, cuja innata piedade iguala a real beneficencia, e a real beneficencia a grandeza incomparavel do vosso Augusto coração, recebei estes puros votos como o pr.<sup>o</sup> tributo do nosso agradecimento. Possa a Lusitania numerar pela longa serie dos nossos dias os seus triunfos, possão todos os Reis do Universo por bem da Humanidade imitar em paz tranquillã o vosso feliz Governo; e possão as bellas artes que por vos de novo se levantão celebrar dignamente a gloria das vossas Reaes virtudes.

Dize. /»

---

## NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

---

PRÊMIO NOBEL — O prêmio Nobel de Medicina, do corrente ano, foi concedido ao Dr. Max Theiler, bacteriologista sul-africano que trabalha na Fundação Rockefeller, de Nova Iorque, pelas suas investigações sobre febre amarela e paralisia infantil; é autor de outros valiosos estudos, entre os quais os relativos à etiologia e profilaxia da gripe.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS. — Não tem sido possível registrar aqui, por forma completa, todos os trabalhos apresentados a sociedades e reuniões científicas; procurar-se-á que, de futuro, esse registo se faça sem demora e sem omissões. Acrescentar aos citados nos números anteriores, relativos aos últimos meses: — Na *Sociedade das Ciências Médicas*: Nota prévia sobre uma doença ganglionar com características especiais, por Ducla Soares. Na *Sociedade P. de Neurolo-*



*gia e Psiquiatria*: o III Congresso Internacional de Psiquiatria, por António Flores; Meduloblastomas e o síndrome lóbulo-nodular do cérebro, por Miller Guerra e Lobo Antunes. Na reunião no Porto da *Sociedade P. de Cardiologia*: Cardiopatia tireotóxica, por Rocha Pereira; Alterações electrocardiográficas consecutivas a intervenções sobre o simpático cervical, por Pereira Leite; Um caso de dissociação aurículo-ventricular de tipo raro, por Jacinto Bettencourt; Considerações sobre um caso de «cor pulmonale» agudo, por Rocha Brito e João Porto; Endocardite séptica por corinobactéria, por Arsénio Cordeiro; Dissociação interauricular completa por fibrilação parcial, por Araújo Moreira. Na *Sociedade P. de Pediatria*: Extrofia vesical, por Abel da Cunha; Disostose endocondrial, por Maria de Lourdes Levy, Rocha Pinto e M. Farmhouse; Aureomicina e terramicina no tratamento da tosse convulsa, por Silva Nunes e Fernando Sabido; Tratamento dos angiomas pelo método esclerosante com citrato de sódio, por Abílio Mendes. Na *Sociedade P. de Ortopedia*: Fracturas diafisárias do antebraço, por Fernando de Magalhães; Ressecção autoplástica da anca com a cabeça acrílica, por Jorge Mineiro.

Brevemente começarão as reuniões, no presente ano académico, dos médicos do Hospital de Santo António do Porto, dos neuro-psiquiatras da mesma cidade, da Secção do Norte da Sociedade P. de Pediatria e dos médicos dos estabelecimentos do Instituto Maternal.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA. — Neste Congresso, últimamente reunido em Paris, foi relator de uma das teses, a de cirurgia simpática das afecções cerebrais, o Prof. Sousa Pereira, da Faculdade do Porto. O prémio René Leriche, destinado ao melhor trabalho sobre cirurgia vascular, foi conferido ao Prof. Cid dos Santos, da Faculdade de Lisboa. O próximo Congresso, em 1953, reunirá em Lisboa, sendo seu presidente o Prof. Reynaldo dos Santos.

PROF. COSTA SACADURA. — Pelo governo espanhol foi agraciado com a alta distinção da Comenda da Ordem de Afonso X, o Sábio.

INSTITUTO P. DE ONCOLOGIA. — Iniciou-se o novo ano académico com a 1.<sup>a</sup> lição de um curso de electrónica, regido pelo Prof. Mariano Bodell Suriol, da Faculdade de Medicina de Barcelona.

IV CURSO DE APERFEIÇOAMENTO MÉDICO-SANITÁRIO. — Promovido pelo Conselho Regional de Lisboa, realiza-se este curso de 5 a 7 do próximo mês de Novembro.

NECROLOGIA. — Em Lisboa faleceu o Prof. Augusto de Vasconcelos, há muito aposentado, que foi eminente cirurgião, tendo em 1911 trocado a profissão pelo exercício de altos cargos diplomáticos. Em Rezende, o Dr. Carlos Hugo de Oleastro. Dr. Victoriano Ribeiro de Figueiredo, velho clínico em Melgaço. Dr. Benjamim Tiago Valente de Brito, antigo subdelegado de saúde na Feira. Em Lisboa também faleceram os Drs. António Laranjo Ferreira Monteiro e Domingos de Andrade.

## PORTUGAL MÉDICO

Assinatura anual — 40\$00. (À cobrança postal — 45\$00)

Número avulso — 7\$50







MARTINHO & C.ª Lda

TUDO O QUE INTERESSA À MEDICINA E CIRURGIA

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

# Quinarrhenina Vitaminada

## Elixir e granulado

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

'PASTEUR'

Suspensão oleosa contendo 2%  
de mono-estearato de alumínio  
Frascos de 300.000 e de 900.000 U.

## BIBLIOGRAFIA

«O emprego da penicilina procaina com mono-estearato de alumínio nas crianças», por J. L. Emeny, 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

Sala  
Est.  
Tab  
N.º