



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

CARLOS RAMALHÃO — Acção da Tuberculina-Proteína purificada (P. P. D.) num caso de meningite tuberculosa com bloqueio espinal.

JOÃO COSTA e PEDRO RUELA TORRES — Hipotensão controlada e prostatectomia retro-púbica.

MOVIMENTO NACIONAL — Revistas e boletins: *A Medicina Contemporânea* (Sobre uma frase do Padre António Vieira. A experiência de Egas Moniz no tratamento cirúrgico das doenças mentais. Observação radiográfica em massa. Semiologia neurológica). *Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis* (Retinocitomas. Anatomia radiológica bronco-pulmonar). *Arquivo de Patologia* (Diagnóstico precoce do cancro do pulmão. O problema do cancro gástrico. Gastrectomia total do cancro). *Boletim Clínico dos Hospitais Cíveis de Lisboa* (Terramicina na tosse convulsa. Terramicina no tratamento da febre escaro-nodular). *Revista P. de Pediatria e Puericultura* (Estado actual da terapêutica psiquiátrica infantil. Aureomicina e terramicina na tosse convulsa. Glicorraquia e estreptomina na meningite tuberculosa. Anti-histamínicos na enurese nocturna. Tratamento esclerosante de hemangiomas e linfangiomas. Farinha de alfarroba no tratamento das diarreias das crianças). *Trabalhos da Sociedade P. de Dermatologia e Venereologia* (Caso curioso de brotoeja. Tratamento da tinha pela Lusomicina. Tratamento da herpes-zoster pelos ultra-sons). *Jornal do Médico* (Elefantíase dos órgãos genitais externos). *Boletim do Instituto S. de Higiene Doutor Ricardo Jorge* (Triquinose humana. Serologia da sífilis). *Revista Clínica do Instituto Maternal* (Oligospermia). *Revista P. de Obstetrícia, Ginecologia e Cirurgia* (Placenta prévia). *O Médico* (Úlceras duodenais e bulbites na idade escolar). *Acta Endocrinologica Iberica* (Síndromas hipofiso-hipotalâmicos na meningite tuberculosa. Puberdade precoce).

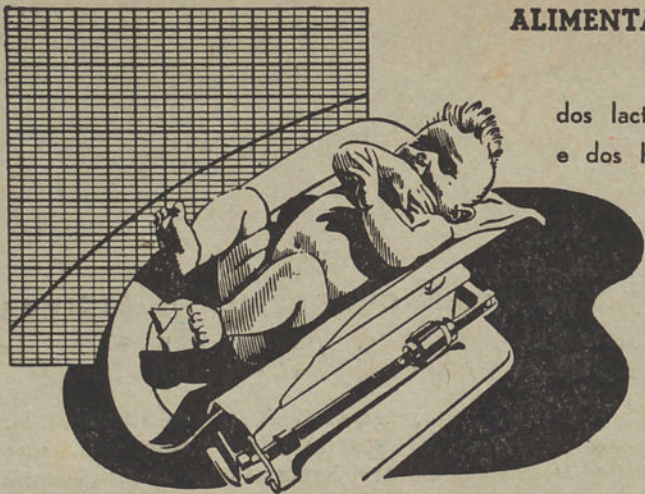
SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — Actualização do tratamento médico das úlceras gastro-duodenais. Medicação iodada na velhice. A penicilina na escarlatina. Observações sobre a cirrose portal com ascite.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES — Sociedades médicas. Conferências. Cursos de ampliação. Congressos luso-espanhóis. Luta contra a tuberculose. Faculdade de Medicina de Coimbra. Dispensário de Higiene Social do Porto. Deontologia Médica. Necrologia.

Registo de livros novos — (em face da pág. 153).

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

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



ALIMENTAÇÃO REGULAR

dos lactentes sadios
e dos hipotrópicos.

Para uma progressão

constante do peso,



para um perfeito desenvolvimento, para uma boa resistência às infecções, leite em pó completo acidificado "Pelargon" tendo já adicionados os hidratos de carbono (amido especial, dextrina-maltose e sacarose).

PELARGON





PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXVI — N.º 3

MARÇO DE 1952

Acção da Turberculina-Proteína purificada (P. P. D.) num caso de meningite tuberculosa com bloqueio espinal (1)

por CARLOS RAMALHÃO

*Prof. de Bacteriologia e Moléstias Infecciosas
na Faculdade de Medicina do Porto*

É ainda delicada a posição do Médico em face duma meningite tuberculosa. Em primeiro lugar, acentua-se que o período de tratamento tem de ser longo, com pausas condicionadas pelo estado do doente e pelas alterações regressivas do l. c. r..

Há manifesto contraste com a atitude dispensada no tratamento das meningites agudas bacterianas, onde a solução do caso se apresenta facilitada pela mais pronta eficiência do antibiótico como, por exemplo, nas meningites meningocócica, pneumocócica, etc. Nestas últimas, a acção clínica é, por vezes, mais brilhante e decisiva, dadas as condições de amparo que o clínico tem à sua disposição para uma selecção rigorosa da droga — isolamento do microorganismo e apreciação da sua susceptibilidade aos antibióticos. É seguramente um método de rotina que não deve ser desprezado e que pode ser praticado com prontidão nos laboratórios convenientemente apetrechados para a execução de tal prova.

Hoje temos à nossa disposição testes (Dia-Discs) (2) que nos habilitam com certa aproximação a apreciar a susceptibilidade do agente bacteriano, uma vez isolado do doente. As consequências de tal prova são bem evidentes: basta destacar a título de exemplo a boa orientação no tratamento duma endocardite bacteriana, meningite aguda (meningo, pneumo, estrepto,...), coli-

(1) Comunicação apresentada às Reuniões da Fac. de Medicina em 21 de Fevereiro de 1952.

(2) Fabricados pela Commercial Solvents Corporation, de Nova Iorque, representada pela Sociedade Portuguesa de Produtos Wander, L.da.



bacilemia, etc., única forma de actuar com acerto e bom critério para alcançar o maior proveito da intervenção terapêutica.

É assim que convém trabalhar em clínica infecciosa.

*

Em presença duma meningite suspeita de tuberculose, tomamos a seguinte atitude:

a) Punção lombar com aproveitamento do líquido para culturas em Löwenstein e Dubos. A sementeira será feita sempre antes da aplicação de estreptomycinina.

b) Exame cito-químico do líquido e pesquisa directa do b. K. no retículo. A pesquisa do b. K. por exame microscópico directo é tarefa delicada e nem sempre coroada de êxito. Exemplo: em 8 doentes internados neste momento a caracterização bacteriológica foi possível em todos por cultura positiva em Löwenstein e pelo exame directo apenas em 4. Destes temos quatro resultados positivos no meio de Dubos (1). O crescimento nos meios de cultura é ainda questão a apreciar, visto que no meio de Löwenstein aparece mais tardiamente do que no Dubos, 15 a 20 dias no primeiro, 7 a 10 dias no segundo.

c) Sem esperar a confirmação laboratorial o tratamento pela estreptomycinina é imediatamente instituído na dose de 0,05 e 0,025 para as crianças e de 0,10 a 0,05 até 0,025 nos adultos; tratamento contínuo durante 3 a 4 semanas, seguindo-se depois com interrupções de um dia ou mais de acordo com os resultados obtidos e com a reacção manifestada pelo líquido, sobretudo a aparição da xantocromia.

d) O tratamento intra-raquídeo é acompanhado pela inj. intram. diária de estreptomycinina— 40 miligramas aproximadamente por quilo de peso nas crianças e 1,5 a 2 gr. no adulto.

e) O cloreto de estreptomycinina é usado exclusivamente para inj. intra-raquídea e a dihidro-estreptomycinina para uso intramuscular.

f) Julgamos que a injeccção lenta do antibiótico, misturando-o intimamente ao l. c. r., nos tem proporcionado bons resultados, impedindo a aparição precoce de sinais de irritação focal.

É este o esquema que presentemente adoptamos no nosso serviço.

Vejamos agora o nosso caso: Acção da P. P. D. na destruição do bloqueio. A P. P. D. é um derivado de proteína purifi-

(1) Só ultimamente começamos a utilizar este meio conjuntamente com o de Löwenstein.

cada, estudada por SEIBERT, e obtida no estado de pó fino e seco, pouco estável depois de diluída em soro fisiológico. A purificação é feita por ultrafiltração separando a substância activa dos sais, glicerol, aminoácidos e a fracção ainda parcialmente purificada é finalmente tratada com ácido tricloracético. Tem sido utilizada para o estudo da alergia na tuberculose (ARONSON).

Depois de apreciados os trabalhos de CAIRNS, SMITH e VOLLUM ⁽¹⁾, que notaram o papel dissolvente do exsudado e apresentaram algumas observações, julgámos poder ensaiar a sua aplicação, não esquecendo as impressões dos A.A. quando afirmam: «Entretanto não se pode deixar de acentuar que em face duma meningite activa as inj. intratecaes de P. P. D. são extremamente perigosas. É necessário o maior cuidado na dosagem da tuberculina e apertada observação do doente, visto que um desastre pode ocorrer»...

J. L. V. C., 20 anos, electricista, acamou em 27 de Junho de 1950. Havia já dois meses que sentia com frequência dores de cabeça de horário incerto e de localização frontal que o obrigavam a recorrer a analgésicos. Não tinha tosse, apenas suores nocturnos, frequentes.

Nessa altura (27 de Junho) o médico assistente aconselhou um exame radiológico pulmonar que revelou: «Lesões parenquimatosas dominantes nos dois terços sup. do campo pulm. esq., vendo-se sobre o primeiro espaço intercostal uma imagem irregular, hipertransparente que faz admitir a possibilidade duma perda de parênquima. Em conclusão: lesões bilaterais, mas nitidamente mais pronunciadas à esq. onde dominam nos dois terços sup. do campo pulmonar, vendo-se sobre o 2.º espaço intercostal anterior um aspecto que, como dissemos, faz admitir a possibilidade de pequena fusão» (ALBANO RAMOS).

Acentuaram-se nessa altura as dores de cabeça mais intensas e continuas, acompanhadas de vômitos que surgiam principalmente após ingestão de alimentos ou com mudança de posição.

Feita uma punção lombar o l. c. r. revelou alterações suspeitas de meningite tuberculosa, sendo internado no H. J. U. em 22 de Agosto de 1950 com cefalalgia remitente, apatia, intranquilidade nocturna, vômitos, Kernig e febre (37º-38º), l. c. r. com franca reacção celular (linfocitária), diminuição da taxa de cloretos, aumento de proteínas e baixa de glicose. Ausência de b. K. no reticulo; sementeira em Löwenstein positiva.

Em 5-9-50 uma nova radiografia pulmonar acusa que «as lesões do lado esq. evoluíram de forma nitidamente favorável, tendo-se dado reabsorção dos focos nódulo-infiltrativos».

No quadro I regista-se a marcha da doença e a escala terapêutica seguida:

No 1.º período (22 de Agosto a 7 de Outubro) o doente recebe estreptomomicina por via intra-raquídea na dose de 0,025 gr. e intramuscular (1 gr.). Fez durante este primeiro tempo uso de P. A. S. por via oral.

Segue-se uma pausa de tratamento e o doente recolhe ao domicílio para dar de novo entrada no Hospital em 13 de Nov. onde esteve até 23 de Dezembro fazendo tratamento intra-raquídeo com intervalos de 2-5 dias, visto o liquor acusar xantocromia.

(1) The Lancet, 19-8-50. — J. A. M. A., vol. 144, n.º 2, 1950.

Num 3.º período de internamento (30 de Dez. a 10 de Fev. de 1951) o doente é submetido a tratamento que nos parecia necessário para resolver o bloqueio, pois o estado geral do doente agravava-se, tornando-se mais vivas as dores de cabeça, vômitos frequentes, com tendência para a caquexia. O resultado obtido anteriormente num doente com a aplicação intra-raquídea de P. A. S. e Liquémine não surtiu o efeito desejado e as consequências do bloqueio mantinham-se com acentuada influência sobre o estado geral.

	Dias de Hospital		
1.º Período 22 - VIII 1950 a 7 - X	45	Estreptom. intra-raq. 0,025 gr. " intram. 1 gr. P. A. S.	Löwenstein +
2.º Período 13 - XI 1950 a 23 - XII	40	Estreptom. intra-raq. 0,025-0,20 gr. " intram. 1 gr.	X antocromia +
3.º Período 30 - XII 1951 a 10 - I	42	Liquémine 250 unidades P. A. S. 5cc-10 0/0 Estreptom. intram. 2 gr.	(4 inj.) (2 inj.)
4.º Período 14 - II 1951 a 8 - III	22	Liquémine	(1 inj.)
5.º Período 16 - V 1951 a 9 - VI	24	P. P. D. + Estreptom.	(6 inj.) (4 inj.)

Nova tentativa com Liquémine foi praticada no 4.º período de hospitalização até que em Maio, conhecedores dos artigos publicados no J. A. M. A. e na Lancet por CAIRNS, SMITH e VOLLUM pensamos na realização dessa experiência.

Examinando o quadro II salientam-se os seguintes factos:

1.º — Demonstração da sensibilização do doente pelas provas de Mantoux (grau 2 a $\frac{1}{100}$).

2.º A primeira injecção de P. P. D. (1) foi seguida de reacção febril

(1) As primeiras ampolas de P. P. D. foram obtidas por intermédio do Colega Dr. CORINO DE ANDRADE. A nossa reserva acha-se hoje acrescida com ampolas que o Dr. R. L. VOLLUM amavelmente nos enviou de Oxford — «Public Health Laboratory Service».

Depois do tratamento — Apetite, bom estado geral, aumento de peso (19 kgr.), desapareção de dores, apirexia e ausência de sequelas.

*

O problema terapêutico da meningite tuberculosa continuará em estudo. A variabilidade da evolução e os episódios que surgem mercê do processo ou da intervenção terapêutica exigem grande prudência na apreciação dos resultados.

Verifica-se pela leitura dos relatos sobre este assunto como são desarmónicas as cifras apresentadas a propósito da cura da meningite tuberculosa, visto que ao lado de números muito animadores há outros menos expressivos.

Tais diferenças podem explicar-se numa diagnose imprecisa e na exiguidade de tempo para afirmar a cura clínica definitiva.

Não discutimos neste momento os benefícios que a estreptomycinina pode dar; já contamos alguns casos de cura, com 3 anos de observação e sem sequelas comprometedoras.

A nossa experiência relativa à meningite tuberculosa revela, através de factos acumulados nestes últimos tempos, certa inquietação.

Apreciamos em primeiro lugar casos de meningite tuberculosa que evoluem com a agudeza própria da marcha que tomava a meningite tuberculosa na era pré-estreptomycinica, isto é, com marcada indiferença ao antibiótico, como é possível igualmente observar em alguns casos culturas positivas do l. c. r. em doentes submetidos a tratamento estreptomycinico.

Isto leva a supor que nestes casos a resistência à estreptomycinina é manifesta, mesmo sem a prova experimental que pensamos brevemente pôr em prática, aproveitando a colecção de b. de Koch isolados no serviço.

Já há anos o Prof. LAWRENCE GARROD, bacteriologista da Univ. de Londres quando passou por esta Faculdade admitia e prognosticava que a vida média dum antibiótico não iria além de 10 anos!

É, na verdade, problema que apoquentá os clínicos quer a doença se inicie com raça já resistente ou adquira a resistência em pleno tratamento. A resistência à estreptomycinina cria um novo conceito da patogenia da tuberculose qualquer que seja a sua localização, e o facto mais sério situa-se na criação de focos disseminadores de estirpes desobedientes à estreptomycinina.

As consequências de tal facto serão verdadeiramente trágicas se não for possível descobrir um sucessor da estreptomycinina que actue de molde a afastar os inconvenientes que hoje se apontam e temem.

A associação de certos medicamentos que correntemente se aconselham — Sulfonas e P. A. S. — parece atenuar, até certo grau, a possibilidade de que a estirpe adquira a sua fase de resistência, e nesse sentido aconselhamos o P. A. S. em todos os nossos doentes.

*

Considerando a terapêutica da meningite tuberculosa ainda em fase experimental é de aconselhar:

1.º — Que o seu estudo se faça em regime hospitalar.

2.º — Os variados esquemas de tratamento deverão ser discutidos em sessões periódicas, visto que esquemas rígidos não são possíveis, como é fácil de prever; as flutuações estão dependentes de factores múltiplos, tais como: idade do doente, susceptibilidade ao antibiótico, evolução e carácter clínico da doença.

3.º — Em nossa opinião, com doses baixas de estreptomina e com técnica de injeção de forma a assegurar uma boa mistura do antibiótico com o líquor se reduzirá o traumatismo e as possibilidades de originar septos.

4.º — Um estudo criterioso e de harmonia com a importância e complexidade do assunto só pode realizar-se com o auxílio de médicos que num trabalho de equipa possam colaborar nessa tarefa tão exigente e delicada.

Saliento ainda a falta do estudo necrópsico dos casos de meningite tuberculosa, falha que tanto nos embaraça para um ajustamento da natureza do processo, da sua expansão, bem como o estudo histológico das lesões, dados indispensáveis para formular uma opinião com rigor científico.

5.º — Os bloqueios raquídeos podem ser resolvidos com a intervenção da P. P. D. sempre que se obedeça às normas de prudência que a droga exige. É certo que num caso anterior a este, conseguimos a resolução do bloqueio com a associação da Liquémine e P. A. S. Trata-se dum rapaz de 12 anos, curado clinicamente de meningite tuberculosa e com 3 anos de observação. É estudante num estabelecimento oficial e com regular aproveitamento.

No caso presente tal medicação, igualmente experimentada, apresentou-se incapaz de solucionar semelhante complicação. À parte a cifra ainda elevada de albumina, os outros componentes do líquor apresentam-se normalizados.

O estado geral do doente responde confiadamente pelo sucesso terapêutico — franca regressão do infiltrado pulmonar e ausência de sequelas post-meningíticas.

SUMMARY

The A. presents the effect of the intrathecal use of P. P. D. in a case of tuberculous meningitis with meningeal block, and describes the rules to be followed when using tuberculin to dissolve exsudates, according to the work of CAIRNS, SMITH and VOLLUM.

The signs of block appeared during the second phase of the intrathecal therapy with streptomycin. They were: persistent xanthochromy, massive albumin, hypotension of the fluid and difficulty of its flowing, greater severity of the meningeal signs (headache, vomiting, progressive emaciation).

The sensitization of the patient to tuberculin was determined (Mantoux) and on this basis a dose of .75 micrograms of P. P. D. was given in the first three intrathecal injections. In the following three injections the dose of P. P. D. was progressively increased and 50 milligrams of streptomycin were added to each. The P. P. D. was from the Veterinary Laboratory, Weybridge; it had a titer of 1,500 micrograms, per ce and was used in a dilution of one to one thousand. (See fig. II).

The A. describes the main painful reactions to the injections of P. P. D. They were mostly of the perineum, *with difficult urination*. There were also pains of the rachis and the lower limbs. They all subsided after twenty four hours.

The patient is now, nine months later, in good health, has gained 19 kilograms (about 42 pounds) and shows no post-meningitis sequelae. The spinal fluid is normal, except for the albumin that is still high.

RÉSUMÉ

L'auteur présente l'action du P. P. D. dans un cas de méningite tuberculeuse bloquée et décrit les règles qui doivent déterminer l'emploi de la tuberculine comme dissolvant de l'exsudat d'accord avec les travaux de CAIRNS, SMITH et VOLLUM.

Les signes de blocage apparaissent dans la deuxième phase du traitement intrarachidien par la streptomycine et dénoncés par xanthochromie persistante, albumine massive, hypotension du liquor avec écoulement difficile et aggravation des signes méninges (mal à la tête, vomissements et amaigrissement progressif).

Il décrit les doses du P. P. D. après la détermination de la sensibilisation à la tuberculine (Mantoux) — 0,75 microgrammes dans les 3 premières piqûres doses succesivement croissantes de P. P. D. et streptomycine (0,05 gr.) dans les 3 dernières piqûres en utilisant P. P. D. fournie par Veterinary Laboratory — Weybridge, dosée à 1.500 microgrammes par c.c. et délayée à 1 ¹/₁₀₀ (Voir tableau II).

Pendant l'application du P. P. D. l'auteur décrit les principaux phénomènes douloureux qui étaient surtout marqués dans le périnée avec difficulté de miction, des douleurs de la colonne vertébrale et des membres inférieurs, des perturbations qui s'atténuaient au bout de 24h.

Le malade réssent un bon état général et a augmenté de 19 kgs et sans perturbations post-méningite.

Neuf mois passés, les examens du liquor montrent la normalisation de ses composants à l'exception des protéines qui se maintiennent encore élevées.



S A L I B I

Suspensão oleosa de subsalicilato de bismuto em dispersão muito fina

Mesmo número de ampolas

Mesmo preço

Mas maior teor de Bi metálico por ampola: 0,15 g.

LABORATÓRIOS

DO

Instituto Pasteur de Lisboa



UMA NOVA ESPECIALIDADE

FRENANTOL

UMA NOVA SUBSTÂNCIA DE SÍNTESE, ORIGINAL

para-oxi-propiofenona

composto H-365

UM CAPÍTULO NOVO NA QUIMIOTERAPIA

frenador hipofisário

Comprimidos de 0,05 e 0,25 g.

Instituto Pasteur de Lisboa

Hipotensão *controlada* e prostatectomia retro-púbica

(Nota prévia)

por

JOÃO COSTA

e

PEDRO RUELA TORRES

1.º assistente na Faculdade de Medicina
do Porto. Urologista

Chefe dos Serv. de Anestesia
no Hospital de Santo António, Porto

Estas breves notas visam apenas chamar a atenção para o emprego da hipotensão *controlada* durante a anestesia geral, nas adenomectomias prostáticas pela via retro-púbica.

No respeitante à operação pròpriamente dita, sòmente faremos alguns breves comentários. Esta via de acesso à próstata, hoje largamente usada, é, incontestavelmente, a melhor. Permite a visão próxima e directa da loca prostática, incluindo o colo vesical; vemos assim os pedículos vasculares do adenoma que se tornam fàcilmente laqueáveis.

Inicialmente, usámos a técnica de TERENCE MILLIN, com o auxílio dos instrumentos imaginados por este cirurgião, incluindo a traumatizante agulha «boomerang». Mais tarde, adoptámos a técnica de ROGER COUVELAIRE, sem dúvida, a mais notável de todas as modificações da operação de MILLIN.

Como COUVELAIRE muito bem acentua, a fixação do seu afastador especial à porção inferior da incisão vertical hipogástrica, transformando a abertura da parede em triângulo de base inferior, assim como a deslocação da próstata para cima e para trás, feita com dois dedos de um ajudante introduzidos no recto, resultam em magnífica exposição do órgão. Fazemos sempre a abertura da cápsula prostática, transversalmente, no colo da bexiga. Desta forma o retalho inferior é sempre extenso e permite uma facilíma sutura da cápsula, por meio da agulha de Jalaguier, óptima para este fim, assim como para a laqueação dos pedículos vasculares do adenoma, e para a sutura do lábio distal do trígono à cápsula da próstata.

A técnica de COUVELAIRE transformou a adenomectomia prostática retro-púbica numa operação extremamente simples. A exposição da próstata, em geral, e do colo da bexiga, em particular, é tão boa, que se dispensa a iluminação especial, com lâmpada montada em haste flexível, imaginada por MILLIN.

O post-operatório dos adenomectomizados por esta via é muito simples, sem dores e curto. Duma maneira geral, podemos

dar alta a estes operados ao 7.º ou 8.º dia, isto é, dentro do tempo necessário à cicatrização dos planos superficiais, excepto do local do dreno supra-púbico. Convém não retirar este dreno muito precocemente, por ser necessário um período relativamente longo para a completa cicatrização de todo o espaço retro-púbico. Este espaço é de difícil drenagem, porque a mesma não se faz pelo ponto de maior declive. A nossa experiência tem-nos aconselhado a manter a drenagem do espaço pre-vesical durante duas a três semanas, isto é, até se completar a cicatrização dos planos profundos. Durante este período, podem os operados deslocar-se à vontade e mesmo retomar os seus trabalhos profissionais.

Costumamos usar a transfusão de sangue durante a adenomectomia prostática. Isso parece-nos dispensável, e até inconveniente, pela subida da tensão arterial que pode acarretar, se usarmos a hipotensão *controlada* durante a anestesia.

A hemorragia durante a adenomectomia prostática é um dos maiores inconvenientes da operação, quer pelas dificuldades técnicas que acarreta, quer pelo aumento do risco operatório. Por essa razão, fomos tentados a ensaiar nestas intervenções as técnicas hipotensivas.

Apesar da idade sempre avançada dos pacientes sujeitos a este tipo de intervenção, e apesar de não estar ainda bem estabelecido o risco que o emprego desta técnica acarreta, achamos plausível ensaiá-la, pelo desejo de obter aqui os bons resultados que com ela vimos obtendo noutros tipos de cirurgia, e pelas bases fisiológicas em que assenta, agora mais conhecidas e melhor estudadas.

Com efeito, verificou-se (GILLIES) que «uma tensão sistólica de 6 cm. mantém uma circulação capilar suficiente para a respiração celular e para o metabolismo de todos os órgãos vitais, desde que o sangue seja bem oxigenado, e na presença de vaso-dilatação».

Com o emprego das drogas ganglioplégicas (hipotensão com vaso-dilatação), e com as possibilidades técnicas que a anestesia possui de *controlar* a respiração, e regular a admissão de O₂ (oxigenação), obtém-se para o paciente (e pela satisfação dos requisitos fisiológicos atrás apontados), um estado de coisas que, embora espectacular (baixa T. A., ausência de pulso radial, campo operatório exangue, midríase), parece não representar grande desvio do rumo fisiológico.

Dada a fugacidade da acção ganglioplégica, e, portanto, hipotensora, e dada a importância da posição do paciente na obtenção e manutenção de baixos níveis tensionais, incluindo o aproveitamento da intensa vaso-dilatação dos membros inferiores

(preponderância do efeito simpaticolítico — PICKERING e HESS), escolhemos para estes primeiros casos a seguinte posição: — Decúbito dorsal; ligeiro FOWLER, se possível; membros inferiores em abdução; extensão das coxas e flexão das pernas; pernas apoiadas nos suportes de talha perineal.

— A droga hipotensora usada foi, em todos os casos, o *brometo de hexametônio* («*Vegolysen*» May and Baker), por ser a que vimos usando em casos cirúrgicos diversos, e por ser até há pouco tempo a única de que dispúnhamos.

Salientamos agora alguns pormenores da técnica por nós seguida:

Após exame médico orientado com interesse especial para o funcionamento do aparelho cardio-vascular, e verificada a ausência de qualquer lesão ou *deficit* funcional deste sector, determinamos o valor das tensões arteriais, o que nos irá dar informes sobre as facilidades de as fazer baixar, conhecido o facto de que os pacientes idosos e hipertensos (ao contrário dos jovens e hipotensos) cedem mais facilmente às drogas hipotensoras.

Em seguida:

— Pré-medicação: *Pantopon* e sulfato de atropina nas doses habituais, cerca de uma hora antes da intervenção.

— Nova determinação das tensões arteriais, de modo a apre-
ciar as variações dependentes da pré-medicação.

— Indução: *Pentothal* → relaxante muscular → intubação traqueal.

— Manutenção: $N_2O + O_2$ (2 litros: 1 litro); absorvedor de WATERS; respiração assistida.

— Injecção de C_6 («*Vegolysen*»).

— Passagem à posição descrita.

— Determinações frequentes das tensões arteriais.

— Início da intervenção somente após a obtenção do nível
tensional previsto.

— Manutenção do nível tensional obtido à custa de:

— plano anestésico mais profundo (doses intermitentes de *Pentothal* e *Petidine*)

— doses subseqüentes de C_6 .

— alterações da posição do } (Diminuição do retorno
paciente } venoso)

— *contrôle* da respiração }

No quadro seguinte resumimos, duma maneira geral, as doses das diferentes drogas usadas para cada caso, bem como os desníveis tensionais máximos:

	Idade	T. A. Iniciais	Nível tensional mínimo obtido	Relaxante	Pentothal	Petidine	C ₆
Caso 1 José M. G.	75	12/6	6,5	Tubarine 12 mgm.	0,55 gram.	30 mgm.	70 mgm. (30 + 20 + 20)
Caso 2 Amadeu M.	60	14/8	7	Tubarine 20 mgm.	0,9 gram.	30 mgm.	3 mgm.
Caso 3 José J. N.	67	16/8	6	C ₁₀ 8 mgm.	1,3 gram.	30 mgm.	100 mgm. (50 + 30 + 20)
Caso 4 João R. S. L.	60	16/9	6	C ₁₀ 5 mgm.	0,9 gram.	20 mgm.	90 mgm. (50 + 20 + 20)

Reproduzimos a seguir as curvas tensionais obtidas em cada um deles. Da observação destas curvas conclui-se:

a) Maior dificuldade de baixar e manter em níveis baixos as tensões arteriais de pacientes relativamente hipotensos (caso 1);

b) Resposta pronta à injeção endovenosa de simpático-miméticos (caso 2);

c) Manutenção da anestesia em planos superficiais;

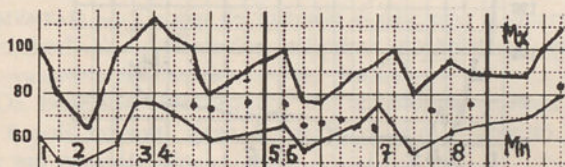
d) Regresso às tensões arteriais pré-operatórias nas primeiras horas a seguir ao fim da intervenção.

O campo operatório apresentava-se sem hemorragia, particularmente nos casos 1 e 3, apesar de no caso 1 o nível mais baixo obtido ter sido apenas 7.

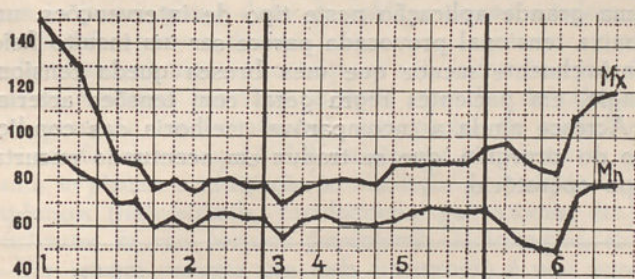
Os doentes apresentaram todos, durante a intervenção (e persistindo algumas horas), acentuada midríase que é interpretada como a posição de equilíbrio da pupila liberta dos estímulos simpáticos e parassimpáticos.

O recobro da anestesia verificou-se em todos os casos, ainda na sala de operações, ao terminar a sutura dos planos superfi-

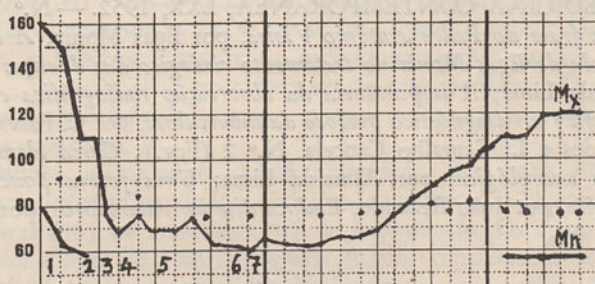
ciais, e sem qualquer excitação; ausência de hemorragias secundárias.



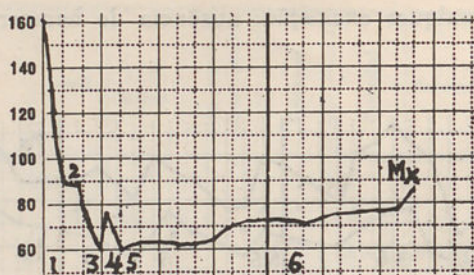
Caso 1.º—1) C_6 : 30 mgm; 2) Petidine: 20 mgm; 3) C_6 : 20 mgm; 4) Petidine: 10 mgm; 5) C_6 : 20 mgm; 6) Pentothal: 0,10 g; 7) Pentothal: 0,10 g; 8) Pentothal: 0,05 g.



Caso 2.º—1) C_6 : 30 mgm; 2) Pentothal: 0,20 g; 3) Pentothal: 0,10 g; 4) Pentothal: 0,10 g; 5) Pentothal: 0,10 g; 6) Foledrine: 5 mgm.



Caso 3.º—1) C_6 : 50 mgm; 2) C_6 : 30 mgm; 3) Petidine: 20 mgm; 4) C_6 : 20 mgm; 5) Pentothal: 0,30 g C_{10} : 3 mgm; 6) Pentothal: 0,20 g; 7) Petidine: 10 mgm.



Caso 4.º—1) C₆: 50 mgm; 2) C₆: 20 mgm;
3) Petidine: 20 mgm; 4) C₆: 20 mgm; 5) Pentothal: 0,10 g; 6) Pentothal; 0,10 g.

Parece-nos, pois, que ao emprego desta técnica estará reservado uma grande aplicação neste tipo de intervenções, uma vez que a baixa tensional provocada parece ser um insulto fisiológico incomparavelmente menor que uma brusca queda tensional por hemorragia, em pacientes regra geral com tensões arteriais elevadas. Acresce ainda a incomparável melhoria das condições de trabalho do cirurgião, que se traduz em acentuado encurtamento do tempo operatório.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

A MEDICINA CONTEMPORÂNEA, LXX, 1952. — N.º 1 (Jan.): *Sobre uma frase do Padre António Vieira*, por Egas Moniz; *A experiência da escola de Egas Moniz no tratamento cirúrgico das doenças mentais*, por Almeida Lima; *A importância da observação radiográfica em massa (Abreugrafia) no diagnóstico precoce da tuberculose*, por C. Paiva Raposo, C. Fernandes e L. Carvalho Cancela. N.º 2 (Fev.): *Curso elementar de semiologia neurológica*, por Almeida Lima; *Uma forma pouco vulgar de meningite*, por João Rezende; *Endocardite de enterococos*, por Alfredo Franco.

SOBRE UMA FRASE DO PADRE ANTÓNIO VIEIRA. — A frase é: «No cérebro estão guardadas as imagens de todas as coisas que nos entram pelos sentidos». Teve pois a clara intuição das funções do órgão encefálico; o A. aproveita o tema para recordar a vida do grande Vieira e as

tentativas de explicar a vida psíquica pelas modificações anatómicas do sistema nervoso.

A EXPERIÊNCIA DE EGAS MONIZ NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS DOENÇAS MENTAIS. — Depois de historiar e descrever a operação de leucotomia cerebral e as alterações psíquicas neurológicas que provoca, citando os variáveis resultados obtidos, conclui:

1 — Os benefícios terapêuticos da leucotomia cerebral são inegáveis. Não é pois razoável, nem é científico, nem é próprio de clínicos, não os ter em consideração.

2 — As bases teóricas da interpretação dos resultados da leucotomia são insuficientes, incompletas, movediças, por vezes fantasiosas.

Estas premissas permitem marcar a orientação dos clínicos e dos investigadores perante a leucotomia e de um modo geral perante o tratamento cirúrgico das doenças mentais. Pelo menos assim nos parece.

1 — Pensar na hipótese cirúrgica quando outros meios terapêuticos se mostrem ineficazes, pois é dever do médico recorrer a todos os meios capazes de beneficiar o seu doente.

2 — Ponderar e limitar severamente as suas indicações, pois é necessário pesar os resultados benéficos possíveis a par das deficiências certas que se vão provocar. Esta atitude nada tem, porém, de particular à leucotomia: é exactamente comparável à decisão que tem de tomar qualquer clínico tanto ao planear a extirpação ou mutilação de qualquer órgão com fins terapêuticos (histerectomia, tiroidectomia, gastrectomia, etc.) como ao realizar cortes de vias nervosas (cordotomia, radicotomias, etc.).

3 — Ter sempre presente que cada intervenção é uma experiência valiosa. Portanto cada caso deve ser exaustivamente observado antes e depois da operação, e se houver material anatómico deve ser convenientemente estudado ou pelo menos cuidadosamente preservado para outros o aproveitarem.

OBSERVAÇÃO RADIOGRÁFICA EM MASSA. — Artigo de propaganda da Abreugrafia, destacando o seu valor na luta contra a tuberculose. O método permite descobrir entre muitos indivíduos aqueles que são suspeitos de bacilose, os quais se apartam para exame mais perfeito; não pode elucidar sobre a actividade do processo, porque lesões activas podem parecer residuais e vice-versa.

Os autores examinaram 4.526 indivíduos, dos quais 449 foram seguidamente telerradiografados, verificando-se que só 172 apresentavam lesões activas (96) ou residuais (76) de importância. Os erros de interpretação dos filmes de fotorradiografia foram: consideradas activas não o sendo 28,07 por cento; consideradas inactivas sendo activas 24,10 por cento. Em 119 filmes considerados normais na primeira leitura, 56 apresentavam lesões mínimas que foram observadas em posteriores leituras de correcção.

SEMIOLOGIA NEUROLÓGICA. — Primeira lição de um curso de semiologia das doenças do sistema nervoso, para alunos, com as noções mais utilizáveis pelos clínicos gerais, expostas esquemáticamente. Esta primeira lição tem por tema a motilidade, e começa por generalidades sobre a disposição do sistema nervoso motor voluntário, na série de neurónios que o constituem, desde o neurónio cortical ou primeiro neurónio e dos seus prolongamentos cilindraxiais (as vias piramidais e o feixe geniculado) e do neurónio periférico ou segundo neurónio e dos seus prolongamentos (as raízes e os nervos motores).

Descreve a seguir os neurónios motores centrais, grandes células piramidais do córtex cerebral da região rolândica, que correspondem a determinadas funções motoras e não a músculos isolados. Depois, a reunião dos prolongamentos de essas células motoras em feixe que se dirige à medula (via piramidal) e aos núcleos dos nervos cranianos (feixe geniculado), passando pela cápsula interna; o trajecto do feixe piramidal, dissociado na protuberância para se reconstituir compacto no bulbo, e na sua maior parte se cruzar; e o de feixe geniculado que se vai esgotando no caminho, extinguindo-se no bulbo. Segue a descrição da posição dos feixes cruzado e directo ao longo da medula, abandonando fibras em cada segmento, até aos últimos, da região sagrada. E termina a exposição relativa ao neurónio central com alguns pormenores da distribuição do feixe geniculado, que explicam certos aspectos de perturbações de motilidade no domínio dos nervos cranianos.

Passa a seguir à descrição do neurónio motor periférico, que tem o corpo celular na substância cinzenta do corno anterior da medula, de onde, pelas raízes anteriores e posteriores, os cilindreixos vão formar os nervos raquidianos; e a reunião de estes nos 5 plexos nervosos, que dão origem aos nervos que servem as respectivas regiões.

A segunda parte foi destinada à exposição das perturbações da motilidade nas lesões do neurónio central. Como sempre é bom refrescar a memória das coisas fundamentais, vamos, com a devida vénia, transcrevê-la.

«1 — *Caracteres gerais das paralisias por lesão do primeiro neurónio.*

Quando a via motora é interrompida por qualquer lesão, os movimentos voluntários são impossíveis nos segmentos que dependem dos neurónios centrais lesados, mas, como o mecanismo motor periférico (célula motora do corno anterior da medula e seus prolongamentos) está íntegro, são poupadas várias formas de movimentos involuntários. Dada a função frenadora da via piramidal, quando a sua acção se atenua, a actividade motora periférica reflexa é mesmo exagerada.

Como o trofismo do músculo depende de célula motora do corno anterior da medula, nas lesões do primeiro neurónio o músculo não apresenta atrofia, nem reacções eléctricas de degenerescência. Secundariamente, em lesões da via piramidal, os músculos podem sofrer, como consequência da hipertonicidade, inactividade e posições viciosas que acarretam alterações do metabolismo no músculo, mas não primariamente.

O PRIMEIRO ANTIBIÓTICO SINTÉTICO

Chloromycetin



As enormes possibilidades terapêuticas deste novo antibiótico estão-se tornando dia a dia mais evidentes.

O «Chloromycetin» está sendo usado com sucesso nas seguintes doenças:

INFECÇÕES DO TRACTUS RESPIRATÓRIO

Tosse convulsa
Pneumonia bacteriana
Pneumonia atípica primária (vírus)

INFECÇÕES DO TRACTUS ALIMENTAR

Gastro-enterite infantil
Intoxicação alimentar (Salmonella)
Disenteria bacilar

INFECÇÕES DO TRACTUS URINÁRIO

De origem cócica ou bacilar

OUTRAS INFECÇÕES

Uretrite não específica
Meningite por Haemophilus influenzae
Herpes zoster

O «Chloromycetin» está-se mostrando também promissor em oftalmologia, dermatologia e, ainda, em cirurgia. Já estabeleceu o seu valor no tratamento de muitas doenças tropicais, incluindo o tifo e a febre tifóide, úlceras tropicais e tracoma.

Em frascos de 12 cápsulas de 0,25 grs.



PARKE DAVIS & COMPANY, LIMITED

HOUNSLOW — próximo de LONDRES

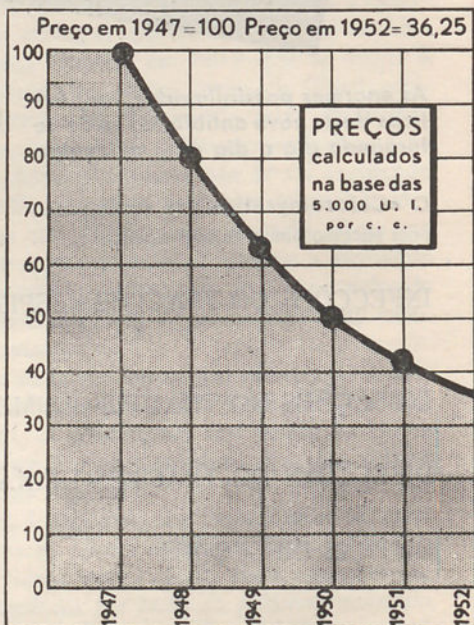
Representantes em Portugal:

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA

NOVA REDUÇÃO DOS PREÇOS DA HEPARIN

Apesar do aumento de custo das matérias-primas e da mão-de-obra verificado a partir da guerra, o preço da HEPARIN (Evans) já sofreu uma redução de 64% como demonstra o gráfico junto.

Os preços determinados por esta última redução, que só foi possível em virtude do aumento da produção e da consequente economia de fabrico, estão já em vigor.



HEPARIN
TRADE MARK
(EVANS)

Frascos-ampolas de 5 c.c. contendo 1.000, 5.000 e 25.000 U.I. por c.c. Frascos contendo 100.000 U.I. de Heparin em pó. Tubos Heparinizados contendo 100 U.I. de Heparin. Caixas de 3 tubos.

A HEPARIN É FABRICADA EM INGLATERRA POR

EVANS MEDICAL SUPPLIES LTD

SPEKE, LIVERPOOL, 19, E 50 BARTHOLOMEW CLOSE, LONDRES, E. C. 1.

COMPANHIAS E SUCURSAIS ULTRAMARINAS:

AUSTRÁLIA, BRASIL, EIRE, ÍNDIA, PAQUISTÃO, ÁFRICA DO SUL, ÁSIA DO SUDUESTE

Os reflexos superficiais ou cutâneos, ao contrário dos tendinosos, têm um arco reflexo complexo, que parece ter como um dos seus componentes a via piramidal. Estando esta lesada, o arco reflexo interrompe-se e os movimentos reflexos deste tipo estão abolidos ou enfraquecidos.

Vemos pois que nas lesões da via piramidal estão abolidos determinados tipos de movimentos, os voluntários e os dependentes de reflexos superficiais, mas que outros, longe de estarem abolidos, estão exagerados, como sucede aos dependentes dos reflexos profundos e a várias sincinesias. As lesões do primeiro neurónio manifestam-se pois por um misto de paralisias e hipercinesias.

As características clínicas das lesões do primeiro neurónio motor podem resumir-se:

a) Perda ou dificuldade dos movimentos voluntários;
 b) Exagero da actividade do neurónio motor periférico, privado da acção frenadora central, e que se manifesta por: 1 — hiper-reflexia; 2 — hipertonía muscular; 3 — aparecimento de sincinesias anormais; 4 — aparecimento de reflexos patológicos como o de Babinski e outros semelhantes;

c) Abolição ou diminuição dos reflexos cutâneos.

d) Ausência de atrofia muscular.

e) Reacções eléctricas normais nos músculos e nervos.

2 — *Localização das lesões do primeiro neurónio motor.*

Tendo-se verificado pelo estudo semiológico de um determinado caso de paralisia que esta é devida a lesão do primeiro neurónio motor, é necessário em seguida tentar averiguar em que região foi atingido esse neurónio. Para chegar a este diagnóstico topográfico lançamos mão de duas séries de sintomas: aqueles que são manifestação de lesões do próprio elemento motor e os que derivam de terem sido concomitantemente atingidas pelo processo patológico outras estruturas nervosas vizinhas. Passaremos em seguida em revista as características semiológicas das lesões do neurónio central, ou primeiro neurónio, nas localizações mais frequentes e de maior interesse clínico, desde a origem no córtex cerebral até à terminação nos cornos anteriores da medula.

a) *Lesões no córtex motor* — As manifestações características das lesões corticais são condicionadas pela extensão do território ocupado pela região motora. Assim, a hemiplegia é rara, visto para a sua eclosão ser necessária uma lesão que atinja toda a circunvolução frontal ascendente, facto que só excepcionalmente se dá. O que se observa com frequência são monoplegias ou monoparesias: do membro inferior, do superior ou da face, conforme o ponto em que a circunvolução é atingida.

Doenças inflamatórias (encefalites e encefalomiélites), assim como alterações vasculares (amolecimentos consecutivos a trombozes ou embolias) podem determinar lesões da região motora cortical, mas as causas mais frequentes de paralisias corticais são os tumores intracranianos e as lesões traumáticas.

As neoplasias, desenvolvendo-se lentamente, podem, antes de arrastar à destruição das células motoras, provocar fenómenos de irritação que se manifestam clinicamente por crises de epilepsia parcial sem perda de conhecimento, conhecidas pela designação de *epilepsia jacksoniana*.

Nem só os tumores são capazes de provocar a epilepsia jacksoniana; ela é frequente também em lesões traumáticas (hematomas, fracturas) e pode encontrar-se nos processos inflamatórios ou vasculares.

O facto de a paralisia (de início em geral apenas uma monoplegia, por vezes mesmo muito limitada, a um dedo da mão por exemplo) ser precedida de crises de epilepsia jacksoniana é muito característico da localização cortical.

Noutros casos a epilepsia jacksoniana não precede a paralisia mas é concomitante com ela.

Quando a causa da lesão é um processo progressivo, por exemplo, uma neoplasia, a destruição dos elementos motores vai-se fazendo em ordem determinada pela sua localização. Assim, tendo sido, por exemplo, primeiro atingida a região da mão, virá em seguida a paralisia da face e do braço, cujos centros se encontram logo acima e abaixo, e só mais tarde aparecem as manifestações da paralisia do membro inferior. Se pelo contrário é a região do pé a primeira a sofrer, a progressão será: membro inferior, tronco, braço, mão e por fim a face.

Dada a proximidade das regiões correspondentes aos centros motores do membro inferior em um e outro hemisfério (provavelmente no homem quase totalmente situadas na face interna do hemisfério, no lobo paracentral, e portanto contíguas), é possível a uma lesão única atingir as duas, dando assim origem à paralisia de ambos os membros inferiores (*paraplegia de origem cortical*). Este facto tem sido observado em traumatismos e em neoplasias, principalmente nos meningiomas da foice do cérebro que comprimem ambas as porções mais superiores das regiões motoras.

Evidentemente quando a lesão for do hemisfério dominante (geralmente o esquerdo) manifestar-se-ão fenómenos de afasia motora quando for atingida a zona respectiva.

Na interpretação das paralisias de origem cortical é necessário ter presente não só a localização dos respectivos centros na circunvolução frontal ascendente, como também o facto de a extensão da representação motora cerebral não ser proporcional ao volume das massas musculares mas sim à complexidade funcional. A representação cortical, ao contrário da medular, é funcional, não de movimentos musculares isolados mas de movimentos complexos. Consideramos aqui apenas as manifestações clínicas das lesões da área motora piramidal (área 4 de Broadmann). A semiologia das outras áreas motoras corticais (área 6 e 6 a), áreas pré-motoras, é de menor interesse na prática clínica corrente.

Os principais aspectos semiológicos das paralisias de origem cortical são pois os seguintes: 1 — paralisias parciais, frequentemente só mono-

plegias; 2 — crises de epilepsia jacksoniana; 3 — progressão das paralisias seguindo a distribuição topográfica das localizações motoras corticais; 4 — ausência frequente do sinal de Babinski.

a) *Lesões subcorticais da via motora voluntária.*

Na substância branca subcortical começam a reunir-se os prolongamentos cilindraxiais das células motoras que vão formar a via piramidal, mas as fibras provenientes das várias zonas da região motora estão ainda suficientemente afastadas para poderem ser lesadas isoladamente. As monoplegias são ainda frequentes, mas as paralisias menos extensas (tais como de um dedo, por exemplo) pouco prováveis. As crises jacksonianas são raras e já não há possibilidade de uma única lesão provocar paraplegia. O sinal de Babinski está em geral presente e é precoce no aparecimento.

b) *Lesão da via piramidal na cápsula interna.*

Ao atravessar a cápsula interna a via piramidal constitui já um feixe compacto e como a sua extensão, considerada em corte, é muito pequena, qualquer lesão mesmo reduzida atinge-a toda e daí resulta o aparecimento de hemiplegia ou hemiparesia. Disposições especiais da circulação arterial tornam esta região particularmente vulnerável nas afecções vasculares cerebrais. A lesão por doença vascular do neurónio motor nesta região é muito frequente, dando origem ao tipo de hemiplegia que mais vulgarmente se encontra na prática clínica.

A *hemiplegia capsular* apresenta a forma, por assim dizer, típica da hemiplegia, mostrando uma distribuição das paralisias que corresponde ao chamado «tipo de Wernicke-Mann».

O maior ou menor grau da paralisia que se observa nos vários grupos musculares atingidos pela hemiplegia é geralmente explicado pela importância da representação cortical bilateral respectiva. Embora recebam impulsos de ambos os hemisférios, a proporção em que a influência do hemisfério homolateral se faz sentir varia muito conforme os grupos musculares considerados. Assim os músculos do tronco têm uma inervação bilateral, e portanto quase não apresentam alterações funcionais, ao passo que os movimentos das mãos, preponderantemente influenciados pelo hemisfério do lado oposto, são muito atingidos. De um modo geral nos membros superiores os músculos extensores são muito mais prejudicados do que os flexores, dando-se o contrário nos membros inferiores.

Como a posição que os segmentos de um membro tomam é aquela que lhes imprimem os músculos menos paresiados, encontramos nas hemiplegias de origem capsular o membro superior em flexão e o inferior em extensão. O braço está em geral em adução, estreitamente unido ao corpo. O antebraço está flectido sobre o braço e em pronação e a mão também flectida. Frequentemente o polegar, assente na palma da mão, é agarrado pelos dedos flectidos. No membro inferior todos os segmentos estão em extensão e a ponta do pé voltada um pouco para dentro.

É necessário notar que esta posição típica só se observa passado um certo tempo após a instalação da hemiplegia, quando a hipertonía mus-

cular, devida à lesão da via piramidal (espasticidade) teve ocasião de se desenvolver plenamente. Imediatamente a seguir ao aparecimento da hemiplegia (que sendo frequentemente de origem vascular se apresenta com um início brusco, apopléctico) as paralisias não apresentam estas características típicas: contudo a tendência à pronação do antebraço é precoce e a sua observação é um sinal importante para o diagnóstico da hemiplegia do período inicial. Logo a seguir ao instalar-se a hemiplegia também se pode observar certa paresia dos músculos do tronco, que se corrige passados alguns dias.

A motilidade dependente dos nervos cranianos é atingida nas hemiplegias de modo muito variável. Este facto é também explicável pela representação cortical bilateral, diferente para os vários nervos. Todos os *nervos motores oculares* são poupados, o mesmo sucedendo aos *nervos trigémio e pneumogástrico*. Em todos estes nervos a influência do hemisfério homolateral é suficiente para assegurar a função. Não há portanto alterações notáveis dos movimentos dos globos oculares, nem da mastigação, deglutição e fonação. Se, como sucede para o tronco, se apresentam de início, rapidamente desaparecem. O *nervo facial* comporta-se de modo particular. O seu núcleo recebe inervação cortical bilateral na porção correspondente aos músculos frontais e orbiculares das pálpebras (facial superior), e preponderantemente contralateral para os restantes (facial inferior). Por isso nas paralisias faciais de origem central (supranucleares), estão poupados ou muito menos atingidos os músculos dependentes do facial superior (frontal, orbicular das pálpebras e supraciliar) e muito ou preponderantemente atingidos os músculos da porção inferior da face. O doente pode, em geral, enrugar a testa de ambos os lados e fazer a oclusão das pálpebras. Às vezes, principalmente de início, o encerramento das pálpebras é difícil, mas esta perturbação é sempre menos acentuada nas lesões piramidais do que nas do facial periférico (núcleo e tronco nervoso).

O *nervo hipoglosso* apresenta, no que diz respeito à inervação cortical, grandes variações individuais. Nuns casos há paralisia da língua, noutros a língua está completamente poupada.

Frequentemente a lesão da vida piramidal é incompleta, não havendo impossibilidade absoluta de executar os movimentos voluntários mas apenas dificuldade. Há neste caso *hemiparesia*, não *hemiplegia*. As hemiparesias, quando ligeiras, são por vezes de diagnóstico difícil.

Em certos síndromas extrapiramidais é possível apresentar-se hipertonía de um só lado, de distribuição hemiplégica.

Na histeria é frequente também observarem-se paralisias dos membros de um só lado — *hemiplegia histérica*. É necessário também ter presente a possibilidade de simulação. A hemiplegia é simulada com frequência, pois todos têm ocasião de ver hemiplégicos e as perturbações que apresentam afiguram-se de fácil imitação. É necessário portanto nos

Contra a tosse

Xarope «Knoll» de Paracodina

*mais activo
que a Codeina*



Frasco com 100 gr.

Tambem existe en comprimidos:
PARACODINA «Knoll»
Tubo de 20 comprimidos de 0,01 gr.

KNOLL A.-G.

**Fábricas de Produtos Químicos, Ludwigshafen/Rheno
Alemanha**

Representantes: August Veith, Herdeiros
Rua de Palma, 146, Telefone 251 37, LISBOA



PRODUTOS
LAURUS

Lauroconvulsol
XAROPE CONTRA
TOSSE CONVULSA

PREPARAÇÃO
Dr. MANUEL RODRIGUES
QUÍMICO-FARMACÊUTICO

LABORATÓRIO
FARMÁCIA SILMAR
RUA DE S. LAZARO, 128-132

LAURUS

Lauroconvulsol
XAROPE
CONTRA
TOSSE CONVULSA
INDICADO TAMBEM NA ASMA
BRONQUITES, GRIPE, ETC.

PREPARAÇÃO DO
DR. MANUEL RODRIGUES LOUREIRO
Químico-Farmacêutico

BASE:
Bromoformio 0.15% - Codeína 0.2% - Beladona 0.002%
Benzoato de sódio 0.25% - Aconito 0.01% - Lobélia 0.003%
- Tomilho 0.40% - Balsa de Foli 0.45%

POSOLÓGIA:
SALVO INDICAÇÃO MÉDICA
ADULTOS: 4 a 5 colheres, 4 a 5 de sopa, por dia
CRIANÇAS: Até aos 3 anos: 2 colheres 4 a 5 de chá
8 a 5 '' : 3
6 a 7 '' : 4
7 a 10 '' : 2
10 a 15 '' : 3

LABORATÓRIO DA FARMÁCIA SILMAR
RUA DE S. LAZARO, 128. 132.

Lisboa



casos duvidosos poder fazer com segurança o diagnóstico de hemiplegia *orgânica* de origem piramidal.

As características gerais já indicadas, espasticidade, hiper-reflexia tendinosa, abolição dos reflexos cutâneos e a presença de reflexos anormais, como o sinal de Babinski e semelhantes (Gordon, Schaeffer, Rossolimo, etc.), do lado paralisado, podem, nos casos pouco acentuados, não ser suficientemente característicos para afirmar o diagnóstico. Deve recorrer-se então à observação de um certo número de sinais ou à execução de provas clínicas especiais. As mais úteis são as seguintes que, como veremos, se fundam na observação do aparecimento de sincinesias anormais ou na abolição de movimentos sincinéticos normais.

1.^o — *Sinal do cutâneo do pescoço*. Quando o doente abre muito a boca e principalmente quando se opõe resistência a esse movimento, dá-se uma contracção sincinética do cutâneo do pescoço. Na paralisia de origem piramidal o cutâneo não se contrai do lado paralisado.

2.^o — *Sinal de pronação de Babinski*. Procura-se pedindo ao doente que coloque as suas mãos com as palmas voltadas para cima e sem fazer qualquer movimento ou esforço (mão morta), sobre as mãos do observador, que então lhes imprime pequenos abalos sucessivos, fazendo saltar as mãos do doente nas suas. A mão do lado atingido por lesão piramidal coloca-se passivamente em pronação. Estando o doente deitado e mesmo inconsciente com ambos os braços estendidos ao longo do corpo e sendo levados passivamente pelo observador à supinação, logo que se libertam, o braço paresiado volta imediatamente à posição em pronação. É um sinal precoce. Encontra-se por vezes logo no início da instalação da hemiplegia, e durante o coma, quando ainda nenhum outro sinal ou sintoma permite com clareza diagnosticar o lado hemiplégico. Observa-se também em certas hemiparesias muito pouco acentuadas, nas quais este sinal e o de Barré são os únicos que permitem afirmar uma lesão da via piramidal.

3.^o — *Sinal de Barré*. Estando o doente em decúbito ventral e com as pernas flectidas em ângulo recto sobre a coxa, a perna do lado paresiado descai mais ou menos rapidamente, enquanto a outra se mantém na posição indicada. O descaimento da perna dá-se gradualmente. Pode-se de vários modos «sensibilizar» a prova, mandando, por exemplo, o doente fazer previamente várias flexões de perna ou, em vez de colocar a perna em ângulo recto sobre a coxa, pô-la em semiflexão, o que exige maior esforço para se manter.

4.^o — *Falta do movimento sincinético do braço, na marcha*. Do lado hemiparético falta o movimento pendular do braço que se observa na marcha normal. A perda desta sincinesia encontra-se também em lesões extrapiramidais, nos parkinsonicos, por exemplo.

5.^o — *Pressão complementar da perna sã ao elevar a perna doente*. Estando o doente em decúbito dorsal e com as pernas estendidas, o observador coloca as mãos sob os calcanhares do doente. Mandando então ele-

var a perna doente, sente-se que o doente exerce uma pressão com a perna sã sobre o plano do leito. Esta acção complementar da perna sã falta nas hemiplegias histéricas.

6.º — *Sinal de abdução da coxa de Raimiste.* Mandando o doente deitar-se no leito e fazer abdução do membro inferior do lado sã e opondo-se o observador a esse movimento com bastante força, a perna hemiplégica executará involuntariamente a abdução. O mesmo se dá com a adução.

Muitos outros «sinais» se podem encontrar nos hemiplégicos de origem piramidal; os que apontamos são porém suficientes para o diagnóstico dos casos ligeiros de hemiparesia, para distinguir a hemiplegia orgânica da histérica e para descobrir as simulações.

Apontamos mais alguns de menor importância que podem num ou outro caso prestar auxílio ao diagnóstico. São todos exemplos de sincinesias anormais que se manifestam quando há lesões da via piramidal.

1 — A pressão digital do globo ocular provoca contracção da hemiface paralisada, e por vezes elevação do ombro.

2 — Quando o doente eleva o braço paresiado, os dedos da mão afastam-se uns dos outros, em leque.

3 — Quando o doente flecte o antebraço, exagera-se a tendência à pronação, de modo que é o dorso da mão que se aproxima do ombro e não a palma, como é normal.

4 — Se se flectem passivamente os antebraços e depois se diz ao doente que os deixe cair, a queda do lado doente faz-se com mais lentidão e aos sacões.

5 — A extensão passiva dos dedos é acompanhada de flexão e adução do polegar.

6 — Nos movimentos activos enérgicos da mão, como, por exemplo, fechar ou abrir a mão com força, observam-se movimentos idênticos involuntários na mão paralítica.

7 — Ao bocejar e tossir acentua-se a flexão dos dedos na mão atingida, e produz-se a extensão do membro inferior.

8 — Estando o doente em decúbito dorsal e sendo-lhe dito que se sente no leito sem auxílio das mãos, dá-se uma elevação involuntária da perna doente.

9 — Estando o doente de pé, ao inclinar-se para a frente flecte-se a articulação do joelho do lado hemiparético.

Os núcleos cinzentos centrais, tálamo óptico e corpo estriado podem por vezes ser lesados ao mesmo tempo que a via piramidal. Esta ocorrência é porém rara, pelo menos com claras manifestações clínicas. Diremos o mais importante dos síndromas clínicos que se podem manifestar nesses casos ao tratar da semiótica das vias extrapiramidais.

c) *Lesão da via piramidal no pedúnculo cerebral — Síndroma de Weber.*

No tronco cerebral (pedúnculo cerebral, protuberância e bulbo) uma

única lesão (hemorragia, amolecimento, tumor, foco inflamatório) pode atingir simultaneamente a via piramidal e os núcleos dos nervos motores cranianos (ou as fibras que deles partem) que se encontrem ao mesmo nível. Desenvolve-se deste modo uma série de síndromas clínicos, caracterizados pela paralisia de um nervo craniano do lado da lesão, e hemiplegia do lado oposto. *São as paralisias alternas.*

Por vezes a lesão de outras formações vizinhas, núcleo vermelho, vias cerebelosas, núcleos sensitivos, etc., pode vir enriquecer o quadro clínico, mas o mais característico e de maior valor prático no diagnóstico de localização são as paralisias dos nervos cranianos que acompanham a hemiplegia.

No pedúnculo cerebral encontra-se o núcleo do III par craniano. Assim, uma lesão a este nível poderá provocar, além de hemiplegia do lado oposto ao pedúnculo atingido, paralisia dos músculos motores oculares inervados pelo oculomotor comum do mesmo lado. O núcleo deste nervo pode ser só parcialmente atingido ou a lesão incidir só nas fibras que, dirigindo-se para a base, atravessam o pedúnculo, e portanto haver apenas paralisias de um ou outro músculo inervado pelo III par craniano. Tais paralisias podem não ser completas e nesse caso há apenas dificuldades de movimento ou parestesia.

Este quadro clínico tem a designação de *Síndrome de Weber. Hemiplegia contralateral + paralisia ipsilateral do motor ocular comum.*

A lesão do pedúnculo cerebral pode determinar outros quadros clínicos, menos frequentes e menos característicos, e por isso de menor importância na prática. São os *síndromas de Benedikt* e o de *Claude*, originados pela lesão do núcleo vermelho e das vias cerebelosas.

Como se sabe, a via piramidal passa no pé do pedúnculo, ao passo que as estruturas indicadas (núcleo vermelho, pedúnculos cerebelosos) são mais dorsais. Daí resulta muitas vezes serem as alterações piramidais pouco acentuadas, quando a lesão assenta na porção dorsal do pedúnculo.

No *síndrome de Benedikt* há em geral apenas hemiparesia ligeira, mas os membros atingidos estão animados de um tremor de oscilações em geral largas e com tipo intencional. Do lado oposto, marcando a localização da lesão no pedúnculo, encontram-se sinais de paralisia do III par craniano. Em resumo: *do lado oposto à lesão, parestesia ou paralisia dos músculos motores do globo ocular inervados pelo motor ocular comum.* O tremor é devido a ser atingida a região do núcleo vermelho.

No *síndrome de Claude* as lesões piramidais são ainda mais atenuadas ou não existem. A lesão situada mais dorsalmente atinge as vias cerebelosas, cuja lesão nessa altura provoca sintomas contralaterais. *O quadro clínico revelará: hemi-síndrome cerebeloso contralateral + paralisia do III par homolateral.*

d) *Lesão da via piramidal na protuberância — Síndrome de Millard-Gubler.*

A presença de uma paralisia facial do tipo periférico do lado oposto

à hemiplegia caracteriza a localização na protuberância. É o *síndrome de Millard-Gubler: hemiplegia ou hemiparesia compreendendo ou não a face do lado oposto à lesão + paralisia facial do tipo periférico do mesmo lado da lesão*. Na protuberância encontra-se, além do núcleo do facial, o núcleo do VI par (motor ocular externo). Este nervo pode ser lesado ao mesmo tempo do que o facial, aparecendo então uma variante do síndrome de Millard-Gubler, na qual, além da sintomatologia indicada, se encontra paralisia do recto externo (estrabismo convergente) do mesmo lado da lesão.

Também na protuberância, e em estreita proximidade do núcleo do motor ocular externo, encontram-se estruturas anatómicas que servem as funções dos movimentos conjugados dos globos oculares. Estas podem ser lesadas independentemente ou juntamente com o motor ocular externo ou com este e o facial, ou só com o facial, motivando novas variantes do síndrome protuberancial, nas quais à hemiplegia se juntam paralisias dos movimentos conjugados dos globos oculares (em geral paralisia do olhar para o lado do foco protuberancial, de modo que os globos levados pelos movimentos conservados olham para o lado oposto à lesão).

Quando o facial é poupado, o síndrome reduz-se à paralisia do motor ocular externo homolateral + hemiplegia do lado oposto. O quadro clínico assim constituído é designado por *Síndrome de Foville* ou, melhor, *Síndromas de Foville*, pois as possibilidades indicadas de paralisias dos movimentos conjugados do olhar podem combinar-se de vários modos com a paralisia do motor ocular externo.

Outras formações podem ainda ser lesadas no caso de um foco patológico na protuberância: vias da sensibilidade e cerebelosas.

A combinação (raramente observada na prática clínica) de hemiplegia e hemianestesia de um lado e sintomas cerebelosos e paralisias oculares do outro, merece o nome de *Síndrome de Raymond Cestan*.

e) *Lesão da via piramidal no bulbo.*

As pequenas dimensões do bulbo raquidiano e as numerosas e importantes estruturas anatómicas, que aí se acumulam, tornam em geral muito complexos e variáveis os quadros clínicos resultantes de lesões localizadas nessa região. Esses quadros são porém bastante raros na prática clínica, pois as lesões do bulbo levam muitas vezes à morte rápida antes que qualquer observação seja possível.

São muitos os síndromas descritos, mas é pouco frequente encontrar na prática formas clínicas que coincidam exactamente com as descrições clássicas.

O mais constante, segundo a nossa experiência, é o *síndrome de Wallenberg*, provocado por trombose ou embolia da artéria cerebelosa inferior e posterior que irriga um sector bem determinado do bulbo e determina um quadro clínico bastante típico, constituído por hemiparesia e hemianestesia contralaterais + paralisia do véu do paladar das cordas vocais, e alterações da sensibilidade da face do mesmo lado da lesão.

Na anacidez
anorexia
dispepsia:

ACIDOL-PEPSIN

O preparado de ácido clorídrico e Pepsina na forma sólida

Agradável e prático no uso diário

Facilita um doseamento exacto

De acção proteolítica total
da pepsina

Embalagens originais.

Tubos com 10 comprimidos de 0,5 g cada



»Bayer« Leverkusen, Alemanha

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

**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

Conforme são atingidos os vários nervos cranianos de origem bulbar, assim têm sido descritos outros tantos síndromas de pouca importância prática que apenas apontaremos. Em todos eles se encontram hemiplegia ou hemiparesia contralateral e paralisia de um ou mais nervos cranianos bulbares.

No *síndrome de Avellis* — está atingido o vago (paresia do véu do paladar e cordas vocais) e no *síndrome de Schmidt* — está atingido o vago e o espinal (paresia do véu do paladar, cordas vocais, esternocleido-mastóideo e trapézio); no *síndrome de Jackson* — está lesado o hipoglosso (paralisia e atrofia da língua do lado da lesão).

Merece especial menção o *síndrome de Babinski-Nageotte*, no qual se encontram, além da hemiplegia e hemianestesia contralaterais, sinais cerebelosos e alterações pupilares (miose) do lado da lesão.

Ao nível da porção inferior do bulbo, onde se inicia a decussação do feixe piramidal, é possível dar-se uma forma muito especial da lesão motora. Quando se dá o cruzamento do feixe piramidal as fibras destinadas aos membros superiores e inferiores cruzam-se independentemente e a níveis ligeiramente diferentes. Esta disposição anatómica torna possível que uma lesão de dimensões restritas atinja, por exemplo, os feixes que se destinam ao braço antes de terem passado para o lado oposto e os que se dirigem ao membro inferior já depois do cruzamento. Resulta neste caso, portanto, instalar-se uma paralisia contralateral do braço e homolateral da perna. Este tipo de hemiplegia cruzada, clinicamente raro, indica sempre uma localização bulbar inferior, pois em nenhuma outra região é possível tal combinação de sintomas.

f) *Lesões da via piramidal na medula.*

Ao penetrarem na medula, as vias piramidais estão já completamente cruzadas; em cada hemimedula ficam pois incluídos o contingente principal das fibras que servem a motilidade voluntária e que vem do hemisfério oposto (feixe piramidal cruzado) e o contingente homolateral, de muito menor volume e importância funcional, vindo do hemisfério homolateral (feixe piramidal directo). As paralisias de origem medular não são pois já cruzadas, como sucede em todas as localizações encefálicas, mas sim do mesmo lado em que se encontra a lesão.

As manifestações clínicas são, porém, condicionadas pelas pequenas dimensões da medula. Dada a exiguidade do órgão no plano transversal, a maioria dos factores lesivos da medula: compressões (tumores, etc.), hemorragias, traumatismos ou mesmo lesões inflamatórias, atingem em geral ambos os feixes piramidais. Desenvolvem-se por isso sintomas quase sempre bilaterais e não unilaterais como nas lesões supramedulares: tetraplegias (paralisia dos quatro membros), paraplegias (paralisia dos dois membros inferiores) ou ainda paralisias mais limitadas mas simétricas dos membros inferiores, conforme o nível medular da lesão.

A distribuição das paralisias pelos vários grupos musculares é também diferente nas lesões do primeiro neurónio por doença medular, dada

a habitual bilateralidade das lesões. Aqui, em vez do tipo de distribuição que se encontra nos hemiplégicos e que descrevemos sob o nome de Wernicke-Mann, há ou paralisia igualmente distribuída por todos os músculos ou tendência à flexão dos membros inferiores. Nalguns casos, porém, como sucede em raras lesões traumáticas, por vezes nos tumores e outras formas de compressão medular e com muito menos frequência em doenças inflamatórias ou vasculares, só metade da medula é comprometida no processo. Pode portanto encontrar-se, se a lesão for na região cervical, uma hemiplegia de origem medular.

Qualquer dos agentes etiológicos mencionados determina porém, quase sem excepção, lesões de toda a hemimedula atingida e não apenas dos feixes piramidais. Forma-se assim um quadro clínico complexo que se designa por *Síndrome de Brown-Séquard*, caracterizado essencialmente por paralisia do lado e abaixo da lesão e perturbações da sensibilidade do lado oposto.

Ao indicar a sintomatologia dos grandes síndromas medulares, discriminaremos pormenorizadamente as características e as várias formas da hemiplegia medular ou síndrome de Brown-Séquard, e os critérios semiológicos que permitem localizar em altura uma lesão medular. Aqui apontaremos apenas brevemente a extensão das paralisias de origem piramidal segundo os níveis em que é atingido o primeiro neurónio motor.

Na região cervical — Paralisia de todo o corpo, com excepção dos movimentos da cabeça, dependentes dos músculos esternocleidomastóideo e trapézio (inervados pelo XI par craniano), e dos músculos da face. Os quatro membros estão atingidos, há *tetraplegia* ou *tetraparesia*.

As *lesões da medula dorsal* acarretam paralisias dos músculos abdominais mais ou menos extensas conforme o nível lesado, e de ambos os membros inferiores; há *paraplegia*.

Quando a lesão tem a sede na *porção superior da medula lombar* já não há paralisia dos músculos abdominais mas ambos os membros inferiores estão atingidos. Há *paraplegia*.

Os segmentos proximais dos membros inferiores estão poupados nas lesões da *porção inferior da medula lombar* e, quando é apenas atingida a medula sagrada, as paralisias limitam-se a alguns músculos da perna e do pé.

Finalmente uma lesão no *cone medular terminal* não provoca já paralisias dos membros e apenas dá lugar a perturbações motoras das funções vesicais, rectais e sexuais.»

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS — XXIII (1948): *Variedades e anomalias do osso occipital*, por H. I. Cardoso Teixeira; *Estudos histo-patológico e ontogénico do timo*, por A. I. Cardoso Teixeira; *Fundo da órbita, novos casos de variações musculares*, por J. Reis Maya; *O alongamento respectivo do 2.º e 4.º dedos da mão (estudo radiológico)*, por Abel S. Tavares; *Acerca de dois casos de dera-*

delfia por Alvaro Moitas; *Contribuição para o estudo das curvaturas da coluna vertebral*, por A. Simões de Carvalho. — XXXIV (1949): *Descrição de um coração anômalo*, por Rocha Brito, Maximino Correia e Renato Trincão; *Subsídios para a história da anatomia em Coimbra*, por Maximino Correia; *Septum intermusculare pedis tibiale*, por M. Guirao Pérez; *Um caso de anomalias musculares múltiplas*, por A. Simões de Carvalho; *Anatomia do hipotálamo e do sub-tálamo largo*, por Michel Mosinger. — XXV (1950): *Muesculus interdigastricus*, por H. I. Cardoso Teixeira; *Ausência total dos ossos palatinos e malformações do vômer*, por Constâncio Mascarenhas; *Subsídio para o estudo dos retinocitomas*, por A. Salvador Júnior; *Teratoma sacro-coccigeo*, por R. Sousa Santos; *Sobre as células pigmentadas dos tumores epiteliais da conjuntiva bulbar*, por Rogério Gonzaga; *Anatomia radiológica bronco pulmonar*, por J. Moura Relvas.

RETINOCITOMAS. — Os tumores das crianças imprópriamente chamados gliomas da retina são neoplasias malignas, felizmente raras, de sintomatologia e evolução muito variadas, de que o A. refere 19 casos. Expõe os aspectos histológicos das peças estudadas, destacando que sempre se observa tendência geral para a textura neurocelular, embora uns sejam mais simples, imaturos, e outros sejam complexos, mais adiantados na sua evolução, de maior capacidade morfogenética. Por isso, a designação que melhor cabe a estes tumores é a de retinoblastoma ou retinocitoma; devem individualizar-se como neoplasias específicas no vasto quadro dos tumores nervosos.

ANATOMIA RADIOLÓGICA BRONCO-PULMONAR. — Depois da descrição da anatomia de brônquios e pulmões, e das imagens das lesões dos vários segmentos pulmonares, de frente e de perfil, mostra-se com o apoio de 16 observações relativas a vários processos e diversas localizações, que as radiografias de perfil corrigem interpretações errôneas colhidas no exame de face e nas próprias tonografias, sendo muitas vezes o principal elemento de diagnóstico.

ARQUIVO DE PATOLOGIA, XXII, 1950. — N.º 2 (Agosto): *Sobre o diagnóstico precoce do cancro do pulmão* (em italiano), por R. Paolucci; *Tratamento do cancro do cárdia* (em espanhol), por Puig-Sureda; *O problema do cancro gástrico na prática diária do cirurgião* (em espanhol), por Garcia Barón; *O papel de alguns factores alimentares no cancro experimental* (em francês), por M. T. Furtado Dias. N.º 3 (Dez.): *Estudo para uma nova técnica para a aplicação visceral do radão* (em francês), por F. Gentil e M. T. Furtado Dias; *A gastrectomia total por cancro* (em francês), por J. Courniot; *Notas sobre a classificação dos tumores de Ewing* (em francês), por G. Gander; *Contribuição da citotóxica para o estudo da cancerigênese*, por A. N. Aboim; *Lesões testi-*

culares e adenocarcinoma espontâneo da mama de ratos (em francês), por M. T. Furtado Dias. — XXIII, 1951. N.º 1 (Abril): *Gastrectomia transdiafragmática*, por E. Lima Basto.

DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CANCRO DO PULMÃO. — Dos últimos 100 casos que passaram pelas mãos do A. foram colhidas histórias minuciosas. O diagnóstico que havia sido feito quando os doentes foram pela primeira vez a um médico, foram: em 15 cancro, em 23 nevralgias torácicas, em 18 tuberculose pulmonar, em 16 broncopneumonia, em 12 abscesso pulmonar, em 10 quisto hidático, e nos restantes diversas afecções pleurais ou pulmonares. Não admira que assim fosse, que em 85 por cento não se tivesse feito o diagnóstico de cancro, porque este é quase impossível fazer-se com um só exame clínico. Pode suspeitar-se, contudo, por certos sinais, embora suceda nalguns casos que, quando eles aparecem, já o doente é inoperável. Os sinais que devem levar à suspeita de cancro são: tosse persistente e rebelde à terapêutica, nevralgias torácicas insistentes, escarros sanguinolentos, e, com muito menor frequência, dispnéia ao menor esforço. Um de estes sinais, em indivíduo de mais de 40 anos, deve levar à radiografia, à tamografia e à broncografia, para definir o diagnóstico.

Dos referidos 100 casos, só puderam operar-se 27, pois os restantes estavam já em fase de inoperabilidade. A maior parte dos doentes foram operados no decurso dos últimos três anos, de modo que não pode ainda estabelecer-se percentagem de curas; mas em metade apareceram metástases (ósseas, cerebrais, mediastínicas) dentro do semestre seguinte à intervenção.

O PROBLEMA DO CANCRO GÁSTRICO. — Reconhecendo o pouco de definitivamente benéfico que é possível conseguir-se em matéria de cura do cancro gástrico, alude ao diagnóstico precoce, isto é, àquele que pode fazer-se aos primeiros sinais da doença, notando que em muitíssimos casos é impossível, porque a exteriorização clínica é muito tardia, quando já a lesão é extensa e com metástases. Também por vezes sucede que, diagnosticado precocemente, ao laparotomizar se encontra um cancro pequeno mas já com metástases ganglionares ou hepáticas, visíveis, ou que se tornam evidentes depois de ressecção do tumor.

Para que aumente o número dos possíveis diagnósticos precoces há que fazer propaganda no público dos sinais que podem ser devidos à doença; e há que levar os médicos a pensar na hipótese de cancro nos doentes hiperclorídricos que vêem aumentar o seu padecimento ou que passam a ter digestões difíceis com sensação de peso, nos indivíduos dispépticos que perdem o apetite e emagrecem, e nos que sem história gástrica começam a sentir incómodos digestivos. Levados ao aparelho de raios X pode acontecer que se faça um diagnóstico de cancro ainda operável; na maior parte das vezes, não haverá cancro, mas o médico, se não

ANTIBIÓTICOS AZEVEDOS

TRIMICINA AZEVEDOS

ASSOCIAÇÃO SINÉRGICA DE 0,50 G DE DIHIDRO-ESTREPTOMICINA-BASE + 100.000 U. O. DE PENICILINA G CRISTALIZADA + 300.000 U. O. DE PENICILINA G PROCAÍNICA PARA SUSPENSÃO AQUOSA

Caixas de 1 dose, 3 doses e 5 doses

ESTREPTOMICINA P. P. A Z E V E D O S

0,5 G DE DIHIDRO-ESTREPTOMICINA-BASE PARA SOLUÇÃO EXTEMPO-RÂNEA EM SOLVENTE RETARDADOR DE PECTINA E PROCAÍNA

Caixas de 1 dose



**LABORATÓRIOS AZEVEDOS
SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA**

Procilina

PENICILINA G PROCAÍNA

Nova apresentação

Caixa com 1 ampola de 150.000 U. I.	Esc.	12\$00
Caixa com 3 ampolas de 150.000 U. I.	Esc.	27\$00
Caixa com 1 ampola de 300.000 U. I.	Esc.	21\$00
Caixa com 1 ampola de 400.000 U. I.	Esc.	24\$00
Caixa com 3 ampolas de 400.000 U. I.	Esc.	52\$00
Caixa com 5 ampolas de 400.000 U. I.	Esc.	80\$00
Caixa com 10 ampolas de 400.000 U. I.	Esc.	150\$00
Caixa com 1 frasco de 600.000 U. I.	Esc.	30\$00

INSTITUTO LUSO-FARMACO

Únicos Depositários:

PAOLO COCCO, L.^{DA}

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

falou em tal hipótese ao doente ficará bem com este. Mas é preciso que o radiologista seja competente em gastrologia, porque o diagnóstico precoce radiológico é muito delicado.

Ao cirurgião cabe enorme responsabilidade, pois se uma má intervenção num ulcerado pode remediar-se, a que se faz para o cancro é única, inapelável.

Os resultados positivos que se obtêm com a cirurgia são ainda pequenos, se bem que vão melhorando; mas é a única probabilidade de cura, ou pelo menos de razoável sobrevivência, e por isso devem operar-se todos os que estejam em estado de sofrer a intervenção. E a maneira de proceder para com a família deve ser a de dizer que o doente está condenado, e a única esperança está na operação, que se escapar vivo de ela provavelmente terá, mais tarde ou mais cedo, uma recidiva, mas que há a possibilidade de cura e, sendo a doença mortal, é obrigação moral apelar para o único recurso de que dispomos.

GASTRECTOMIA TOTAL NO CANCRO. — Para o A. a única esperança de se obter uma diminuição na mortalidade por cancro do estômago está na prática da gastrectomia total, que hoje, com as técnicas modernas, e em especial a de Lefèvre, é relativamente fácil, e só dá dez por cento de mortalidade operatória. As perturbações fisiológicas que derivam da ressecção total do estômago são graves, incidindo sobre o sangue, sobre a digestão e secreções duodenais, biliares e pancreáticas, e ainda sobre a absorção de vitaminas; todas essas perturbações apresentam-se com grandes variações na sua frequência e gravidade, e podem na maioria dos casos corrigir-se por meio de adequadas terapêuticas, mas outras vezes, cerca de 10 por cento, levam o doente à morte por desnutrição, e há que contar com a anemia macrocítica que aparece tardiamente em cerca de 40 por cento.

São muito interessantes as estatísticas de vários autores, que cita, para avaliação dos resultados das gastrectomias totais por cancro. Dizem que 50 por cento dos operados vivem mais de um ano, 30 por cento estão vivos ao fim de dois anos, e 20 ao fim de três anos. As estatísticas relativas à gastrectomia subtotal dão apenas 12 por cento de sobrevivências depois dos três anos.

BOLETIM CLÍNICO DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA, XV, 1951. N.º 4: *Sobre a terramicina na tosse convulsa*, por E. Mac Bride e J. Vieira Lisboa; *Terramicina no tratamento da febre escaro-nodular*, por Cristiano Nina; *As heredo-degenerescências espinocerebelosas* (em francês), por L. van Bogaert; *Doenças hereditárias do neurone periférico e do músculo*, por L. van Bogaert.

TERRAMICINA NA TOSSE CONVULSA. — «Uma das indicações da aplicação deste novo antibiótico — a Terramicina — é, entre muitas, a sua

acção sobre o *Hæmophilus Pertussis*. Os trabalhos conhecidos até agora sobre este assunto são, no entanto, pouco numerosos, mas mostram «in vitro» e clinicamente ter o seu emprego na tosse convulsa real valor.

As nossas conclusões, após a sua utilização nesta doença, vêm demonstrar de igual modo a sua eficácia. Empregámos a Terramicina em 30 casos de tosse convulsa, confirmada bacteriológicamente por pesquisa naso-faríngea do *Hæmophilus Pertussis* em crianças cuja idade oscilava de alguns meses até 7 anos. A administração de Terramicina foi feita na dose média de 50 mg. por dia e por quilo de peso (de 0,75 a 1 gr. diário, ou seja uma cápsula de 8 em 8 horas ou uma de 6 em 6 horas, segundo a idade) e pelo número de dias não inferior a uma semana. Em alguns casos, utilizamos Terrabon (Elixir de Terramicina).

A maioria dos doentes eram portadores de formas graves, pelo que tinham sido obrigados a procurar a hospitalização.

Uma doença como a tosse convulsa em que não existe um método objectivo para registar a sua evolução clínica e a sua cura definitiva, torna-se, difícil de ajuizar com segurança do resultado da acção eficaz de qualquer meio terapêutico.

Verificamos, porém, na grande maioria dos nossos casos que quanto mais precoce era a aplicação da Terramicina, tanto mais nítidos eram os efeitos terapêuticos obtidos. Assim, o número de acessos de tosse paroxística, e por vezes emetizante, ia decrescendo dia a dia, passando num dos casos mais demonstrativos de 45 acessos no 13.º dia de doença, a 7 acessos no 20.º e a 2 no 25.º dia de doença (A. J. M. L.), o que se deu semelhantemente com outros, em que os acessos diminuíram desde o início até ao fim do tratamento, não só no número como na sua intensidade. Sabemos que a diminuição do número de acessos (*cough index*) não pode ser encarada senão como uma indicação da melhoria parcial desta afecção. Esta melhoria porém, caracterizou-se com maior evidência objectiva na atenuação dos sinais pulmonares, marcada com a quase desapareção de fervores e sinais brônquicos, em especial nas crianças de poucos meses de idade, onde as formas eram mais graves e estas modificações mais apreciáveis. Contudo, notamos que os sinais radiológicos não sofreram, como era de esperar, uma regressão tão imediata.

As leucocitoses elevadas como são próprias desta doença sofrem uma notável baixa, como podemos apreciar por exemplo num caso que, de 71,150 baixou para 45,160 num intervalo de 48 horas (P. C. B.). E, assim, de um modo geral, podemos afirmar, tendo em vista os muitos casos que entraram no Serviço com poucos dias de evolução, de preferência aproveitados para o estudo da acção da Terramicina, houve um encurtamento, não só na fase aguda da doença, como também na sua duração. Foi pouco frequente a intolerância ao medicamento, que se manifestou por vômitos, ou por outras perturbações gastro-intestinais, sendo a diarreia a mais habitual, mas que raras vezes impediram a continuação da sua administração. Estes inconvenientes, porém, atenuaram-se

ou desapareceram com a ingestão de Terramicina após as refeições, como é hoje aconselhado. Foi mais fácil a ingestão do antibiótico em crianças que não conseguiam engolir as cápsulas inteiras, misturando-se o medicamento com mel ou xarope de groselha, que encobre o seu gosto amargo. Outras complicações, como sejam alterações sanguíneas (anemia, agranulocitoses, diáteses hemorrágicas, etc.), ou manifestações alérgicas da pele e mucosas, não nos foi dado observar. — »

Seguidamente, apresentam os resumos de 8 observações clínicas, para exemplificação.

TERRAMICINA NO TRATAMENTO DA FEBRE ESCARO-NODULAR. — Conhecida, como é, a eficácia de alguns antibióticos nas rickettsioses, no presente estudo procurou-se determinar uma pauta de tratamento da febre escaro-nodular, que reunisse a dupla condição de economia e eficiência, servindo-se o A. da terramicina. Foram tratados 30 doentes com menos de 7 dias de evolução, mediante administração de duas doses maciças de 50 miligramas por quilo de peso do doente, separadas por quatro dias de intervalo; e 27 com 7 a 9 dias de evolução da doença por meio de uma dose única, igual às anteriores. Todos os doentes ficaram apiréticos entre 32 a 48 horas depois de feito o tratamento. Uma dose única em 10 doentes com menos de seis dias de evolução foi insuficiente, pois em 7 houve recaídas que surgiram entre 5 e 6 dias mais tarde; o que não admira, pois em evolução espontânea a febre escaro-nodular exige geralmente dez a doze dias para conferir imunidade definitiva. Doses superiores às acima indicadas não são mais operantes. De modo que a pauta adoptada no ensaio satisfaz às condições pretendidas.

REVISTA P. DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, XIV, 1951.
— N.º 5 (Set.-Out.): *Estado actual da terapêutica psiquiátrica infantil*, por Victor Fontes; *Aureomicina e terramicina no tratamento da tosse convulsa*, por Silva Nunes e Fernando Sabido; *Declaração obrigatória das doenças contagiosas*, por Augusto da Silva Travassos; *Quadro cronológico da evolução da pediatria e da puericultura*, por A. César Anjo.
N.º 6 (Nov.-Dez.): *Glicorraquia e estreptomina na meningite tuberculosa*, por Silva Nunes, Guilherme Janz e Fausto Xavier; *Anti-histamínicos no enurese nocturna*, por Manuel Farmhouse; *Hemangiomas e linfangiomas, seu tratamento esclerosante pelo citrato de sódio*, por Abílio Mendes; *A aplicação da farinha de alfarroba no tratamento das diarreias infantis*, por N. Cordeiro Ferreira.

ESTADO ACTUAL DA TERAPÊUTICA PSIQUIÁTRICA INFANTIL. — Notando que a psiquiatria infantil constitui uma especialidade bem caracterizada, o A. escreve:

« — Para apreciarmos o aspecto terapêutico do estado mental nas crianças dividi-lo-emos em dois grandes grupos; acentuamos porém que

esta divisão nada tem de nosológico ou etiológico, mas fazemo-la por comodidade de exposição do que vamos dizer:

- 1) Psicoses, estados paranóides e epilepsia.
- 2) Estados de *déficit* mental e de alteração afectiva.

Quanto ao primeiro grupo, sabemos que as psicoses são raras na infância. E no referente à terapêutica os psiquiatras desta quadra da vida, aceitam para o tratamento das psicoses de tipo esquizofrénico (demência precocíssima de *Heller*) das ciclóides e das paranóias, o que é usado em idênticos estados no adulto. Isto tanto no que respeita ao electrochoque como no tratamento medicamentoso. A leucotomia também tem interessado aos doentes jovens e, segundo o nosso ponto de vista pessoal, achamo-la indicada nos estados de idiotia eréctica, onde a operação, reduzindo a actividade exaltada da criança, facilita a sua assistência asilar ou mesmo familiar.

Quanto às situações ditas psicopáticas, pode afirmar-se que existem hoje valiosas técnicas de observação e tratamento exclusivas da infância que permitem consideráveis êxitos nos pequenos doentes. Estamos certos de que, se for possível aos psiquiatras da infância organizar extensamente estes métodos de observação e de tratamento, nos milhares de crianças que em todos os países sofrem de anomalias de conduta como reacção a influências as mais diversas, a higiene mental infantil terá dado um seguro passo em frente na profilaxia mental das populações.

O fundamento destes métodos é exclusivamente psicológico e exerce-se sobre as camadas mais profundas da psiqué infantil. Da observação passa-se à psicoterapia dentro do mesmo critério de análise psicológica em profundidade.

Justo é relembra a contribuição enorme que os estudos de Freud trouxeram aos actuais conhecimentos psicoterapêuticos da infância, pois sem dúvida que o que hoje se faz nesse campo deriva dos princípios da psicanálise daquele autor. No entanto temos que esclarecer que não é fixado nos moldes já clássicos da psicanálise de Freud que hoje se faz a psicoterapia dos estados anómalos do comportamento infantil. Reconheceu-se a necessidade de modificar o sistema de tratamento.

Deixando portanto os raros casos de psicose infantil e voltando às alterações psíquicas já citadas de *déficit* de inteligência e de alteração do comportamento, podemos dizer que a conveniente profilaxia destes males assim como o estabelecimento em bases seguras duma boa terapêutica, dependem primeiramente duma perfeita e rigorosa observação da criança: idade mental e estudo das faculdades afectivas e volitivas, sem esquecer as influências mesológicas (família, escola, oficina, etc.).

Todo um vasto arsenal de técnica de observação que vai desde os *testes* mais variados à observação directa do comportamento da criança na sua vida livre, com técnicas muito diversas, servem para essa observação. Daqui se deduz logo, a necessidade de se criarem numerosos centros

AETRAT

ARISTAMIDA

LUHICAL

TERETRAT-COMPOSTO

Outros produtos ULZURRUN:

ACETAROL	HEPARNOVINA	OKAL
ASMOTRAT	HEPATRAT	PILOTIMOL
BÊDÔZETRAT	HEPATRAT c/ vit.	RUTINOTRAT
DERMOTRAT	HEPATRAT c/ ars.	TÊBÊTRAT
FERRO-FOLICOTRAT'	HEPATRAT-BÊDÔZE	TIAZOTRAT
FOLICOTRAT	MIOTICOL	TIMUTÉRO
HEPAFOLICOTRAT	NUCLEOTRAT	VOMIPAX

NOVIDADE!

PENDIOMID

marca registada

Ganglioplégico

O emprego de substâncias ganglioplégicas é uma terapêutica relativamente inédita, cujo princípio só recentemente foi objecto de uma especial atenção. Não é pois, possível actualmente delimitar o campo de aplicação da **Pendiomid**. O seu emprego está indicado em todos os casos em que é preciso influenciar transtornos generalizados ou circunscritos do sistema nervoso autónomo.

APRESENTAÇÃO:

Ampolas de 2 cc. a 100 mg.: Caixa de 5 ampolas.

Literatura sobre a **Pendiomid**, à disposição da Ex.^{ma} Classe médica.

Produtos CIBA, Limitada — Lisboa

de observação, suficientemente apetrechados e um pessoal técnico especializado para este género de exames.

Quanto às situações de *déficit*, intelectual, temos ainda que distinguir as oligofrenias dos estados demenciais. Para estes últimos, poucos são os recursos terapêuticos e dependem da etiologia respectiva (nesta altura é de lembrar a epilepsia, doença de limitados meios de cura). No caso da oligofrenia em que a situação mental é, digamos, estacionária, é possível ensinar ao oligofrénico determinados actos profissionais que, se não podem ser considerados como formas de cura, possuem o considerável valor da recuperação social, tornando-os assim de certa utilidade para o meio em que vivem. Os casos de mais baixo nível intelectual, os imbecis e os idiotas, espera-os o asilo como solução definitiva.

Quanto às situações de anomalias afectivas, alterações caracterológicas, de comportamento, o processo de observação e a terapêutica, possuem um rico material psicológico que, convenientemente manejado, leva não só ao conhecimento da situação mental da criança, como ainda permite o tratamento dos sintomas de desajustamento ao meio.

Este êxito terapêutico afigura-se-nos valiosíssimo sob o aspecto social. Se, como acima dissemos, as psicoses infantis são raras, as situações de psicopatia, de neurose, de anomalias de comportamento, de alteração afectivo-volitiva, são frequentísimas na criança. Mais ou menos demoradas, pode afirmar-se que todo o adulto passou nas primeiras idades, por situações afectivas complicadas que uns venceram por um auto-domínio curativo, mas que noutros se fixaram em atitudes de desajustamento ao meio, com prejuízo muitas vezes irremediável e definitivo. Estas circunstâncias valorizam extraordinariamente a psicoterapia curativa destes estados na criança, circunstância a que não se tem dado o merecido relevo em matéria de higiene e profilaxia mentais.

Para a boa compreensão desta observação e tratamento psicológicos há que levar em conta, como bem se compreende, o valor dos sintomas. Na verdade, observando o comportamento do psicopata, da criança em fase de reacção afectiva desajustada, não encontramos aquilo a que poderemos chamar *um grande sintoma*.

O desajustamento, a neurose, ou a psicopatia realizam-se por um conjunto de «pequenas coisas» de pequenas reacções, de pequenos actos e atitudes que examinados isoladamente, um a um, pouco se afastam do comportamento da criança normal.

O psicopata nas suas brincadeiras com os companheiros tem um comportamento muito semelhante ao normal em diversos passos do seu jogo; mas lá vem, intempestivamente, uma atitude ilógica, estranha, uma agressão fora de propósito, uma inibição que vai além da vulgar timidez infantil, um medo ou uma cólera que chegam ao paroxismo, etc.

São, na verdade, pequenos sintomas a que os psicólogos chamam os *micro-sintomas*. Estes sintomas traduzem-se, não só na anomalia de conduta, como nos sintomas corporais os mais diversos: enuresis, encopresis,

vícios infantis, etc., e atingem, por vezes, o comportamento social extensamente: furtos, agressões, fugas, etc.

É contra todo este conjunto de actos de desajustamento que a psicoterapia infantil possui, hoje, valiosos recursos. A base dessa terapêutica está em dar ao jovem a possibilidade de exercer livremente, de «descarregar» os conflitos recalçados que o levam ao comportamento anómalo, aproveitando o significado realista (e animista) que dá aos seus jogos e brincadeiras.

Todos sabem que a criança «brinca a sério». Quando ela brinca aos «policías e ladrões», sente-se, realmente, investida no papel que desempenha e vive com intensidade afectiva o drama psicológico que representa. Quando a criança brinca com os seus bonecos e lhes atribui o significado de determinados personagens, fala com eles e procede com eles como se de facto se tratasse das próprias pessoas que representam. Ora, é aproveitando esta verdade psicológica que os técnicos foram levados aos modernos métodos de observação e tratamento.

Uma criança brinca com vários bonecos: este representa o pai, aquele a mãe, o outro o irmão, ela própria aqueloutro, etc., e o jogo passa-se dentro das suas situações afectivas em relação aos personagens verdadeiros. E, durante o jogo, durante a brincadeira, o pai bate no irmão ou bate nela, conforme o problema psicológico emotivo que domina a sua afectividade íntima.

É dentro deste critério psicológico que, se nós quisermos conhecer o que uma criança sente e pensa dos pais, dos irmãos, dos professores, dos companheiros de escola, dos criados, etc., demos-lhe muitos bonecos para a mão, deixemo-la realizar e interpretar livremente a pantomima (isto evidentemente dentro dumas certas normas protocolares da experiência) e em breve ela mostrará, no seu jogo, a pessoa de quem gosta, a que detesta, a que lhe é indiferente, etc.

O chamado «gaignol» ou «fantoche», constitui um dos meios mais úteis para conhecer a vida afectiva da criança com os seus numerosos conflitos. Trata-se de bonecos de trapo, representando homens, mulheres, crianças, velhos, diabos, etc., com que a criança brinca livremente. E se esta prática vale para a observação, é também preciosa para a terapêutica.

É sabido que o indivíduo cria nas primeiras idades complexos de amor e de zanga para com quem o cerca, mais vulgarmente os pais. Dentro e fora das teorias psicanalíticas, todos os técnicos sabem que assim é. E se à criança é permitida a livre manifestação de ternura, de amor pelo pai ou pela mãe, não o é igualmente consentida no referente à zanga (às vezes mesmo ódio), por algum deles. Daqui resulta uma cólera contida, um sentimento de agressividade pronto a exercer-se, altamente prejudicial para o comportamento infantil que, mesmo ocultando a exteriorização desse sentimento, não poderá deixar de se conduzir por ele.

Ora, se nós deixamos a criança brincar com os seus bonecos e exercer livremente o seu amor e o seu ódio nesses mesmos bonecos que repre-

sentam, este o pai, aquele a mãe, etc., nós vemos que ao passo que acarícia e trata com a maior ternura aquele que ela ama, maltrata, agride, escangalha e rasga o que odeia.

É preciso, na verdade, ter feito sessões destas com crianças com perturbações afectivas e ver o rancor que põem na agressão, na violência dessa agressão para o boneco que representa o personagem odiado! As situações de perigo em que o põem, o ridículo como o tratam e como se riem com o mal que lhe fazem!... É uma verdadeira satisfação dum desejo interiorizado, é a libertação duma força oculta e profunda que vivia dentro do seu espírito em formação! É uma verdadeira catarse afectiva!...

E, como acima dissemos, como a criança brinca a sério, a criança que detesta o pai, bate-lhe (no boneco que o representa), atira-o fora, destrói-o, liberta-se dele! E as frases de «bater no pai», «matar o pai», que se ouvem nas sessões de psicoterapia infantil e que se devem deixar dizer livremente, aparecem com frequência nas bocas dos pequeninos nevrosados.

O que se passa com o chamado «guignol» infantil, passa-se, duma maneira idêntica, com o desenho livre, com a pintura livre, modelação, em que a criança desenha, pinta e modela os intérpretes dos seus dramas psicológicos, representando as cenas tal como as sente perante os personagens reais.

Se a criança fizer estes jogos, estas brincadeiras um número considerável de vezes, acaba por se libertar desses mesmos complexos que «realizou» com os personagens fictícios dos seus bonecos. E desde que esta terapêutica seja acompanhada por uma educação e devido esclarecimento da atitude dos pais para com os filhos, o sucesso de cura é seguro!

Outra técnica usada na psicoterapia infantil é o «psicodrama» adaptado às crianças, diferente portanto do que foi imaginado pelo seu criador o psiquiatra Moreno. É, em regra, uma psicoterapia colectiva em que entram algumas crianças (sumariamente em número pequeno, 3 ou 4) e o psicoterapeuta. Dando toda a iniciativa às crianças a observar e a tratar, elas decidem «ir brincar» a qualquer coisa: aos polícias e ladrões, aos comboios, aos jantarinhos, etc. O psicoterapeuta participa, duma maneira activa, na brincadeira, aceitando o papel que lhe é destinado.

O papel do psicoterapeuta está, apenas, em observar o que se vai passando, sem tolher qualquer iniciativa das crianças. O decorrer do psicodrama faz-se com mais ou menos pormenores e o psicoterapeuta participa nele, cumprindo bem o papel que lhe coube e no fim, não é raro as crianças (quando não o psicoterapeuta!) aparecerem sujos, rotos, pintadas as caras e os fatos, e com os seus arranhões ou nódoas negras, pelas agressões sofridas! É, digamos, a brincadeira feita com os fantoches, mas com personagens vivos, o que lhe dá maior realismo e intensidade afectiva.

Esta norma bastante usada nos centros de reeducação psíquica, tem-se

mostrado também de grande valor terapêutico, pois, age como uma catarse, uma libertação de situações simbolizadas em personagens diferentes, mas... «mais ao vivo»!

Finalmente, vimos recentemente no Instituto de Psicologia, dirigido pela Dr.^a Lowenfeld, em Londres, outra prática psicoterapêutica que era o que a autora chama «The little world». Dá-se à criança um tabuleiro com areia e uma grande variedade de pequenos bonecos, representando homens, mulheres, crianças, casas, moinhos, pontes, árvores, carroças, automóveis, comboios, bichos diversos: animais domésticos e selvagens, etc., etc. e deixa-se que ela realize dentro do tabuleiro com aqueles bonecos, o seu «pequeno mundo». E a criança cria um conjunto de cenas, onde, por vezes, aparecem as situações mais estranhas que são a representação dos seus complexos íntimos; batalhas com mortos e feridos, atropelamentos, feras matando homens, mulheres e crianças, ao lado de outras cenas com homens, mulheres e crianças que gozam, por exemplo, as delícias duma quinta cheia de jardins, de arvoredos, de automóveis e animais em atitudes pacíficas, verdadeiros paraísos! E este boneco representa o pai, aquele a mãe e estoutro uma avó que o neto não tolera, outra de que ele gosta por lhe fazer todas as vontades... quer dizer, é o seu pequeno mundo de fantasia, em relação com a verdade que ela vive no seu foro mais íntimo. E da mesma forma que no «guignol» e no «psicodrama», a criança «mata» quem detesta, libertando-se dos seus «julgados inimigos» em effigie, põe em grande deleite aquele que ama, simbolizando assim, de forma bastante concreta, «seus desejos mais íntimos».

Tais são algumas pequenas notas da moderna psicoterapia da infância. É claro que o que acabamos de referir tem a sua técnica e o psicoterapeuta tem de ser um profundo psicólogo e ter até condições psíquicas muito especiais para suportar todas estas «brincadeiras» em que participa, sem o entusiasmo dos seus observados, mas com mostras de o ter! Nem sempre é fácil!

Repetimos e acentuamos que julgamos da maior valia o successo terapêutico destas várias técnicas, pois melhoram ou curam muitos casos, para cujo tratamento havia as maiores hesitações nos processos usados até aqui; e as coisas resolviam-se, às vezes, contando essencialmente com o factor tempo que ia modificando, pela experiência dos próprios alterados da mente, as suas atitudes anómalas.

E se o assunto interessa duma maneira imediata ao médico psiquiatra na sua actividade terapeuta, mais extensamente se projecta no campo da profilaxia e higiene mental infantis. — »

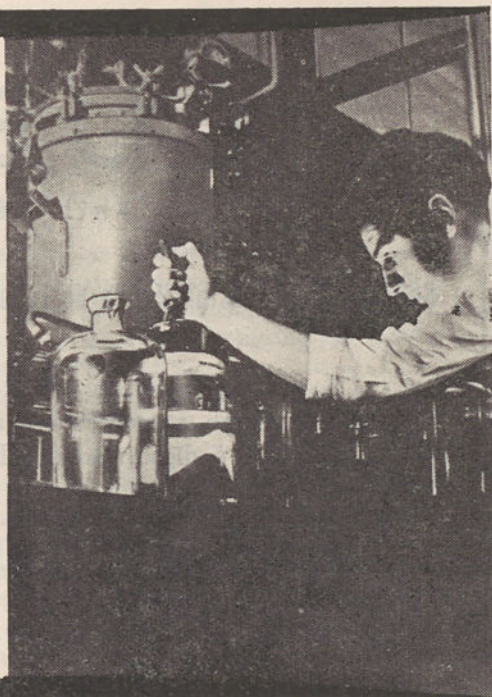
AUREOMICINA E TERRAMICINA NA TOSSE CONVULSA. — Os AA., baseados na acção *in vitro* da Aureomicina e da Terramicina sobre o H. Pertussis, e dos resultados geralmente favoráveis, que têm sido publicados, trataram 19 crianças portadoras da tosse convulsa com os referidos antibióticos. Apenas uma se curou, rapidamente. Das restantes, mais de

EVANS

tem prestado uma
forte contribuição à

Terapêutica oral pelo ferro

Aspecto de um laboratório de verificação



O principal inconveniente da maioria dos preparados de ferro por via oral é o facto de provocarem perturbações gastro-intestinais. É assim impossível muitas vezes administrar quantidades de ferro suficientes para uma completa restauração da hemoglobina.

O hidróxido coloidal férrico, que constitui o Colliron, não tem este inconveniente pois o ferro é apresentado sob uma forma não irritante, sendo muito bem tolerado em grandes doses e por largos períodos de tempo:

AS VANTAGENS EXCEPCIONAIS DE COLLIRON SÃO:

1. *Agradável ao paladar.*
2. *Muito raramente causa perturbações gastro-intestinais.*
3. *O ferro é apresentado sob uma forma não irritante.*

4. *Pode prolongar-se a sua administração nos lactentes e crianças.*
5. *Não mancha os dentes.*

APRESENTAÇÃO:

Frascos de 4 e de 8 onças.

COLLIRON

TRADE MARK

EVANS MEDICAL SUPPLIES LIMITED
LIVERPOOL E LONDRES

FILIAIS E DELEGAÇÕES EM: AUSTRÁLIA,
PAQUISTÃO, IRLANDA, ÍNDIA, BRASIL,
ÁFRICA DO SUL E ÁSIA DO SUDESTE

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:
JORGE FREIRE, LIMITADA
TRAVESSA DAS PEDRAS NEGRAS, 8-1.º
LISBOA

LUEBI

Anti-luético

Solução anidra estabilizada de Iodeto duplo de Bismuto e de Sódio

Este conhecido produto, cuja preparação esteve suspensa, encontra-se novamente à disposição dos Ex.^{mos} Clínicos

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

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

REGISTO DE LIVROS NOVOS

H. HARANT & G. GALAN — **Pharmacologie Médicale**. 440 págs. (Maloine, Edit., Paris, 1950).

Na 1.^a parte expõe-se a origem dos medicamentos, a absorção, eliminação e acção medicamentosa; noções de farmácia galénica e arte de receitar. Na 2.^a parte, de farmacologia especial, expõe-se os medicamentos seriados pelas suas principais acções farmacodinâmicas. Em anexos, trata-se das plantas indígenas, da verificação dos medicamentos, e dos antídotos usuais. Livro didáctico, traduzindo a feição do curso professado na Faculdade de Montpellier.

R. LUTEMBACHER — **Syphilis et lésions cardio-vasculaires**. 224 págs., com 111 figs. (Masson, Edit., Paris, 1951 — 2.300 fr.).

O papel da sífilis nas lesões do aparelho circulatório foi exagerado; mas o trabalho de revisão, largamente

documentado e com grande senso clínico, põe as coisas no seu lugar, discriminando, com base na anatomia patológica, na serologia e na clínica, o que pertence à sífilis, estudando a aortite, a coronarite, a miocardite, as lesões do sistema autónomo, as arterites, etc. Obra valiosa, de revisão feita por consagrado, de vasta experiência.

CARL A. MOYER — **Fluid balance**. 192 págs., com 20 quadros e 3 figs. (The Year Book Publishers, Chicago, 1951 — 3,75 dolars).

Neste livro apresenta-se um plano simples e prático de diagnóstico das alterações do equilíbrio dos fluidos e dos electrólitos, e dos tratamentos a fazer em cada caso. Livro muito bem documentado e escrito com intenção de utilidade clínica, baseia as atitudes terapêuticas nos conhecimentos de fisiologia, que dá por forma apreensível, sem deixar de ser completa.

metade ficaram no mesmo estado, e apenas um terço sentiu alguns alívios, dum modo geral transitórios. Em face da reduzida eficácia demonstrada por estes antibióticos, concluem por julgar a estreptomina, associada à sulfadiazina, ainda presentemente, a melhor terapêutica da tosse convulsa.

GLICORRAQUIA E ESTREPTOMICINA NA MENINGITE TUBERCULOSA. — As observações dos AA., embora pouco numerosas (9), confirmam que as cifras da glicorraquia, em jejum, são sensivelmente inferiores às verificadas 1-2 horas após a ingestão de alimentos, mantendo um certo paralelismo com a glicemia, nas mesmas condições.

Nos casos graves de M. T., alguns mortais em curto prazo, as glicorraquias baixas, em jejum, aumentam até limites normais, após a ingestão de alimentos.

A adição de estreptomina ao líquido colhido por punção, tanto em crianças normais, como nas sofrendo de meningite tuberculosa, não provocou alteração da taxa de glucose.

Parece, pois, poder-se acentuar que a glicorraquia deve ser considerada um elemento de relativa importância prognóstica, na evolução da meningite tuberculosa, desde que a sua determinação seja feita sistematicamente em jejum, porquanto nas formas graves, como nas de bom prognóstico ou até já clinicamente curadas, as cifras obtidas dependem do momento da colheita do líquido, sendo, com raras excepções, geralmente mais elevadas após a ingestão de alimentos.

A estreptomina, quer administrada simultaneamente pelas vias muscular e raquídea, quer adicionada directamente ao líquido «in vitro», não se revelou susceptível de modificar a glicorraquia.

ANTI-HISTAMÍNICOS NA ENURESE NOCTURNA. — O tratamento de esta afecção é muitas vezes precário de resultados, e requer a intervenção de vários procedimentos, pois na etiologia entram diversos factores, em proporções variáveis de caso para caso.

Por se ter notado (Adelis e Gordon) elevado número de enuréticos em famílias com taras alérgicas, e por em crianças com inteligência normal a enurese estar na dependência de hiperexcitabilidade da mucosa vesical, suscitou-se a ideia do tratamento da enurese pela dessensibilização da bexiga e combate ao fundo alérgico. Os ensaios feitos por diversos autores, e especialmente por Schneebergen de Ataíde, deram sucessos em percentagens variadas, mas de considerar como um dos meios terapêuticos a experimentar.

O A. applicou-o em 6 rapazes internados, todos enuréticos habituais: O tratamento consistiu em administração, durante trinta dias, de 4 colheres pequenas de elixir de Piribenzamina e 4 comprimidos de Antistinetes. Dois de esses rapazes ficaram praticamente curados, e os outros quatro melhoraram muito; as melhoras foram mais rápidas e evidentes nos casos em que as micções eram mais frequentes.

TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE HEMANGIOMAS E LINFANGIOMAS. — Neste artigo, baseado em 26 casos, confirmam-se os resultados muito bons que se obtêm nos angiomas e nos linfangiomas com as injecções de soluto saturado de citrato de sódio, que há anos aqui foram publicados. Conforme o volume do angioma, as quantidades a injectar vão desde um décimo de centímetro cúbico até um centímetro. É preciso deixar passar a reacção provocada pela injecção, ou seja uns 3 ou 4 dias, para se fazer nova injecção; se o tumor é muito volumoso, injecta-se em diferentes pontos, em sucessivas sessões. Nos linfangiomas grandes a dose pode subir a dois centímetros cúbicos. O método é sobretudo recomendável nos angiomas cavernosos ou tuberosos, e nos linfangiomas em que, quando não se obtêm a completa redução, esta faz-se com formação de cavidades quísticas, mais acessíveis à intervenção cirúrgica.

FARINHA DE ALFARROBA NO TRATAMENTO DAS DIARREIAS DAS CRIANÇAS. — A farinha de alfarroba contém cerca de 4 por cento de proteínas e de 26 por cento de substâncias não azotadas de acção benéfica sobre a intoxicação intestinal (pectina, linhina, taninos); a sua acção nas diarreias por dispepsia de origem entérica ou parentérica tem sido afirmada por muitos autores. Neste artigo, empregando-se a farinha «Arobon», o A. verificou que o aspecto das fezes se modifica ao fim de 18 a 24 horas, tomando poucos dias depois um aspecto particular chamado de «fezes de alfarroba»; só em poucos casos a diarreia reapareceu, devendo então prolongar-se a administração da farinha, mas não por muito tempo, pois afecta o peso da criança. A farinha mistura-se em água (com leite ou sem ele conforme a dieta indicada) açucarada, na proporção de 5 a 20 por cento, dando-se geralmente quatro vezes por dia. O A. considera a farinha de alfarroba um excelente medicamento para as dispepsias com diarreia, com ou sem toxicose.

TRABALHOS DA SOCIEDADE P. DE DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA, IX, 1951. — N.º 1 (Março): *Alguns aspectos da luta contra a lepra no Estado de S. Paulo (Brasil)*, por Salazar Leite; *A moderna terapêutica pela penicilina* (em inglês), por D. R. Kitchen; *Um caso curioso de brotoeja do Pediculoides ventricosus*, por Neves Sampaio; *Aspecto da cultura de espécies pigmentadas de fungos em meio de cérebro*, por Luís Ré; *Apresentação de doentes*, por Sá Penela, Farrajota Ramos, Luís Ré, Meneres Sampaio, Menezes Ferreira e Elias da Costa; *Aplicação da microscopia em contraste de fases ao diagnóstico laboratorial das tinhas*, por Maria M. Antunes. N.º 2 (Junho): *Problemas da terapêutica da sífilis* (em inglês), por Ch. R. Rein; *Uretrite herpética*, por Juvenal Esteves e Manuel R. Pinto; *Eczema infantil complicado por vírus*, por Juvenal Esteves, Manuel R. Pinto e F. Norton Brandão; *Xeroderma pigmentosum*, por F. Cruz Sobral; *A quinografia no estudo da circulação venosa da perna*, por Ayres de Sousa; *Sarna das Mondinas*, por

Luís Malheiro; *Apresentação de doentes*, por Sá Penela, Luís Ré, Menezes Ferreira, Meneres Sampaio e Farrajota Ramos. N.º 3 (Set.): *Possibilidades do tratamento da tinha pela Lusomicina*, por Manuel Ferreira, A. Lima Carneiro, M. Rezende Pinto, A. Lemos Pereira e J. Marques Gomes; *Determinação da resistência capilar e sua aplicação em Dermatologia*, por Aureliano Fonseca, Wilhelm Osswald e Artur Matos; *Apresentação de doentes*, por Artur Matos, Mário de Castro, Santos Cunha, Wilhelm Osswald, Aureliano da Fonseca, Paulo Santos, A. Rebelo, Celestino Maia, Mário Basto, Pedroso Cabral e Sá Penela. N.º 4 (Dez.): *Tratamento da herpes-zoster pelos ultra-sons*, por Formigal Luzes; *Alguns comentários a propósito do «fenómeno L. E.»*, por Morais David e Carlos Trincão; *Pênfigo eritematoso*, por Morais David, Juvenal Esteves e Carlos Trincão; *As lesões cutâneas da telangectasia hemorrágica hereditária*, por M. Xavier Morato; *Apresentação de doentes*, por Juvenal Esteves.

CASO CURIOSO DE BROTOEJA. — Descrevem-se casos, em habitantes de Lisboa, de acarodermite pelo «*Pediculoides ventricosus*», semelhantes aos da brotoeja da palha centeia, que todos os anos, na primavera e verão reaparecia. O parasita neste caso estava na mobília de verga carunchosa, devendo hospedar-se nas larvas do *Stegobium*, e encontrando portanto alimento persistentemente; de aí a reaparição sazonal da dermite, ao contrário do que acontece com os enxergões de palha centeia, onde o alimento do parasita se esgota em pouco tempo.

TRATAMENTO DA TINHA PELA LUSOMICINA. — Os doentes com tricofitias crónicas e extensas ou com tinha favosa exigem tratamento radio-terápico, mas as microsporias e as tricofitias de limitada extensão podem tratar-se e por vezes curar-se com a aplicação de antissépticos, geralmente empregando-se ácidos gordos não saturados (como o ácido undecilénico) ou a salicilanida, ou certos antibióticos (tirotricina, tomatina, piocianina, fumigacina, etc.).

Estudando a acção antibiótica das leveduras, notaram os AA. que as células de uma levedura selvagem, a «*Rhodotorula*», totalmente impregnadas de pigmentos e ricas em gotículas de gordura, possuíam forte actividade sobre a vitalidade celular, alterando os núcleos das células em cineses, inibindo as mitoses; aplicando essa acção aos fungos das tinhas, verificaram notável alteração das linfas do «*Trichophyton crateriforme*». De esses estudos resultou o ensaio da terapêutica das tinhas com a cultura da levedura, primeiramente, e depois com o extracto etéreo do produto de acção antibiótica de essa cultura, a que deram o nome de Lusomicina.

Relatam 8 observações. Dois casos de tinha favosa, um de microsporia e outro de tricofítia por «*Trichophyton acuminatum*» curaram-se rapidamente. Dois casos de microsporia por «*Microsporum andouini*» levaram mais tempo a curar, porque não puderam obter-se rigorosos cui-

dados e vigilância, como nos anteriores. O primeiro caso, de tinha por «*Trichophyton violaceum*», tratado com caldo de cultura envelhecido, não só curou como ao cabo de quatro meses apresentava a placa repovoada de cabelos. Finalmente, o último caso, por «*Trichophyton glabrum*» arrastou-se por onze meses, mas acabou por curar as 21 placas que apresentava.

Estes excelentes resultados fazem prever que, afinadas as técnicas de preparação (a que estão procedendo) se terá um antibiótico poderoso e de fácil aplicação pois exige somente o corte do cabelo, amíude, a lavagem da cabeça com água e sabão, e o uso de um barrete. A Lusomicina aplica-se veiculada, a 10 por cento, em azeite ou lanolina.

TRATAMENTO DA HERPES-ZOSTER PELOS ULTRA-SONS. — Dá-se conta dos resultados obtidos em 30 casos de zona tratados por aplicação de ondas ultra-curtas. Só num houve insucesso; tratava-se de uma doente de 73 anos de idade, diabética, com nevrite post-zona, que havia resistido já a várias terapêuticas, inclusive à radioterapia. Noutra doente, também diabética e com péssimo estado geral, só se obteve a cicatrização de placas de necrose e a diminuição das dores. Dois doentes tiveram só uma sessão de tratamento, e com ela melhoraram muito. Oos restantes 26 casos são de cura completa, e todos eram de zona em período agudo. Logo depois da primeira ou quando muito da segunda aplicação, as vesículas diminuíam de volume e entravam a secar; as dores abrandavam e em poucos dias desapareciam. Quase todos esses doentes tinham feito, sem resultado, vitamina B₁ em altas doses, e alguns a terapêutica antibiótica. O número de aplicações variou entre 3 e 7 nos casos correntes, indo até 12 nos rebeldes. Os doentes em que mais depressa se manifestou a cura foram aqueles em que mais cedo começou o tratamento.

JORNAL DO MÉDICO. — N.º 471 (2-II-1952): *Um caso de elefantíase dos órgãos genitais externos, de causa aparente*, por José Maria R. de Carvalho; *Estudo sobre a personalidade humana*, por Lopes Parreira. N.º 472 (9-II): *Constituição e esquizofrenia crónica*, por A. Sottomayor Rego e Gerhard Koch. N.º 473 (16-II): *Virgindade*, por Asdrubal de Aguiar. N.º 474 (23-II): *Tratamento cirúrgico da ozena*, por Daniel de Carvalho; *Contribuição para o estudo do absentismo por doença num meio industrial heterogéneo*, por F. Portela Gomes.

ELEFANTÍASE DOS ÓRGÃOS GENITAIS EXTERNOS. — Volumosíssima elefantíase de pénis e escroto, desenvolvida a partir dos 13 anos de idade, em crescimento progressivo. O doente, de 20 de idade, tinha cicatrizes de antigas adenopatias ínguino-cruais, que padeceu dos 7 aos 10 anos, e que haviam supurado persistentemente. Deve ter sido esta afecção, certamente bacilar, que, por sideração funcional dos gânglios dos grupos

TÍSIO

PAS

Bial



INJETÁVEL

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

súpero-internos da cadeia inguinal superficial, incapacitou a drenagem linfática do forro do pénis e do escroto.

Duas consecutivas intervenções, de que se descreve a técnica, reduziram pénis e escroto a volume sensivelmente normal.

BOLETIM DO INSTITUTO S. DE HIGIENE DOUTOR RICARDO JORGE, VI, 1951. — N.º 29: *Subsídios para a história de 25 anos de defesa da saúde pública em Portugal*, por Fernando Correia. N.º 30: *Aspectos da prática sanitária*, por Arruda Furtado; *A competência profissional dos subdelegados de saúde*, por Fernando Correia; *Epide-mícula de triquinose humana*, por José Lopes Dias; *Acerca da triquinose em Portugal*, por A. Alves da Cruz. N.º 31: *Novos aspectos na serologia da sífilis*, por Arnaldo Sampaio; *Formação escolar e formação profissional*, por Delfim Santos; *O conteúdo em carotenos, tiamina e ácido ascórbico de amostras de mel português*, por Gabriela Pinto. N.º 32: *Esboço da história da medicina social em Portugal*, por Fernando Correia.

TRIQUINOSE HUMANA. — Refere-se a infestação de um grupo de pessoas, ocorrida em Aranhas, Penamacor, já noticiada nesta revista (N.º 7 de 1951, pág. 408). Inventaria-se a bibliografia portuguesa sobre o assunto.

SEROLOGIA DA SÍFILIS. — O assunto foi tratado aqui (N.º 12 de 1951, pág. 678), trasladando-se as normas laboratoriais seguidas na apreciação da eficácia da terapêutica, a propósito da tratamento pela penicilina, para se evitar o erro de repetidos tratamentos desnecessários. Neste artigo, o A. descreve as técnicas laboratoriais que prefere, e aponta os erros que mais frequentemente se cometem, uns por defeitos de técnica, e outros pela existência de reacções positivas falsas.

Sobre este último aspecto oferece o quadro estabelecido por Moore, o qual indica que em cada cerca de 3.000 pessoas normais, sãs, há uma com reacção serológica positiva, e que nos estados patológicos, as percentagens de positividade são as seguintes: Pian 100, Sodoku 15 a 25, Febre recorrente 20 a 30, Leptospirose 10 a 20, Lepra 40 a 60, Tuberculose avançada 1 a 3, Escarlatina 2 a 5, Pneumonia 5, Malária aguda 100, Infecções do aparelho respiratório superior 5 a 20, Mononucleose infecciosa 30, Hepatite infecciosa 20, Vacina 20, Sarampo 2 a 5, Linfograneloma venéreo 3 a 5. Não há técnicas laboratoriais que permitam separar as reacções positivas por sífilis das devidas a outras causas; por isso na prática clínica quando aparece reacção positiva em indivíduo que não tem sinais de sífilis, impõe-se uma investigação muito cuidada, e o emprego do antigénio cardio-lipina na técnica da reacção (que dá título mais baixo de reaginas nas falsas positivities), antes de pôr o diagnóstico de lues; mas tratando-se de grávidas, convém instituir a peniciloterapia, para evitar possível sifilização do feto.

Por outro lado, há que contar com as reacções negativas em sífilis, indicando Moore as seguintes percentagens de positividade: S. secundária 100, S. latente recente (menos de dois anos) 95 a 100, Idem tardia 75 a 100, S. tardia muco-cutânea ou óssea 95 a 98, S. cárdio-vascular 80 a 95, Paralisia geral 95 a 98, Tabes 50 a 70, Outros tipos de S. nervosa 80 a 95, S. congénita recente 100, Idem tardia 85 a 95. Há pois, em muitas circunstâncias, uma porção relativamente grande de negatividade laboratorial, apesar de as positividade terem crescido com o emprego de técnicas mais sensíveis que as anteriormente adoptadas.

REVISTA CLÍNICA DO INSTITUTO MATERNAL, IV — N.º 10 (1951): *Prematuridade*, por Constantino Esteves; *O tumor de Brenner*, por Tibério B. Antunes; *Um caso de tumor de Brenner*, por J. Vasconcelos Frazão; *Tumor da granulosa e cancerização uterina*, por Gonçalves de Azevedo Filho; *Sobre o êxito terapêutico na oligospermia grave*, por Jorge Neves Braz; *Inversão uterina*, por Sacadura Fonseca; *Ectopia renal pélvica em obstetria e ginecologia*, por F. J. Ferreira de Lima; *Considerações sobre alimentação e regimes dietéticos*, por M. Silva Leal.

OLIGOSPERMIA. — São muito limitados os conhecimentos actuais sobre a etio-patogenia das alterações espermáticas, e por isso não é possível instituir terapêuticas causais; também não há um valor padrão, para excluir as oscilações espontâneas do grau de fertilidade e avaliar com segurança o efeito dos tratamentos da oligospermia, apenas sendo lógico admitir a eficiência de estes quando a terapêutica teve efeito excitante sobre a espermatogénese, sobretudo quando a esterilidade tende a reaparecer depois de cessada a medicação.

O caso relatado neste artigo refere-se a um homem de 37 anos, sem passado mórbido digno de menção, forte e hígido, que, casado há 11 anos, sua mulher gravidou logo, mas a gestação interrompeu-se no 2.º mês; depois, não voltou a gravidar. O exame da função genital do homem mostrou que no esperma não havia espermatozóides ao exame directo, e que por biopsia testicular se verificava degenerescência em focos com espessamento da membrana dos tubos seminíferos, dispostos sem uniformidade, anárquicamente; com enorme redução dos elementos celulares; nos tubos intactos, notou-se paragem da espermatogénese nas duas primeiras fases, e raros espermatozóides. O exame da mulher não mostrou motivos para infecundação ou fecundação imprópria.

Depois de, por repetidos exames, não terem sido observadas no esperma as células fecundantes, foi instituída, entre 10-1-49 e 30-4-49, a seguinte terapêutica: tiroideia — 0,06 gr. por dia durante 40 dias; gonadotropina sérica — progressivamente de 400 U até 1.200 U, três vezes por semana, endovenosa; gonadotropina coriônica — 500 U três vezes por semana, intramuscular. Em 4 exames não foram vistos espermatozóides. De 10-6-49 a 30-9-49, repetição da anterior terapêutica, mas

com 1.200 U de gon. sérica e 1.000 U de gon. coriônica. Começaram a aparecer espermatozoides no esperma nalguns dos exames feitos, sendo 3 ou 4 por campo, com fraca mobilidade, em Setembro e Novembro; nesta altura, a mulher tornou-se amenorreica e teve um aborto no dia 28 de Novembro. O tratamento continuou, no molde anterior, entre 3-11-49 e 20-1-50, verificando-se que aumentava o número de espermatozoides (4-18 por campo), e que, no final de este período de tempo, já tinham francos movimentos de progressão. A mulher tornou-se de novo amenorreica em 26-2-50 e teve um aborto em 17-4-50. De 10-4-50 a 2-6-50, nova série de tratamento, com gon. sérica de 400 a 1.200 U, e gon. coriônica na dose de 1.500 U. Em 12-2-50, o volume do esperma havia subido de 1,5 cc. inicial para 3 cc., e continha 16 milhões de espermatozoides, número este que subiu para 68 milhões em 10-6-50. A mulher teve a última menstruação em 20-6-50, e em 24-3-51 nasceu um feto vivo, com 3.440 gr. de peso. Isto é: durante um ano repetição de concepções, depois de 11 anos de esterilidade, com obtenção por fim de gravidez levada a termo com feto vivo; cessado o tratamento, houve reparação da esterilidade.

Este caso não significa que possam obter-se sucessos em todos os casos de oligospermia grave de etiologia desconhecida, como era o da presente observação. Mas prova que graves alterações da espermatogénese não são sempre irremediáveis.

REVISTA P. DE OBSTETRÍCIA, GINECOLOGIA E CIRURGIA, IV, 1951. — N.º 6 (Nov.-Dez.): *Placenta prévia*, por Albertino da Costa Barros.

PLACENTA PRÉVIA. — Concluindo um trabalho sobre este tema, o A. apresenta o seguinte resumo, com indicação das atitudes que entende deverem tomar-se na prática clínica:

1 — As placentas prévias hemorrágicas que ultrapassam o 6.º mês da gestação, aparecem na proporção de 1 para mil partos, aproximadamente. Nas Maternidades essa proporção é naturalmente mais elevada (3 a 10 ‰, em geral). Na Clínica Obstétrica de Coimbra, onde convergem doentes de todo o centro do país, atinge 25 ‰. São mais frequentes nas múltiparas e nas mulheres com gravidez gemelar.

2 — A classificação numérica de Browne (tipo ou grau I, II, III e IV) parece-nos a melhor, e preconizamos o seu emprego internacional, a fim de acabar com a confusão criada pelas antigas denominações.

3 — A formação da placenta no segmento inferior é primitiva ou secundária, mas a etiopatogenia não está esclarecida. Julgamos que, no primeiro caso, a nidação baixa do ovo possa ser puramente ocasional. Os casos de repetição de placenta prévia na mesma mulher são muito raros (1,2 ‰ na nossa série), o que demonstra não haver uma causa determinante que se mantenha.

4 — O sangue perdido pelas doentes provém da parede do útero e da superfície cotiledonar, separadas pelas contracções uterinas. Estas, além de mobilizar o útero, repuxam o bordo da placenta por intermédio das membranas (enquanto íntegras). Depois de manobras, ou de parto rápido, o sangue pode provir também de roturas do colo ou do segmento inferior.

5 — O feto só perde sangue quando são lesadas vilosidades coriais, ou vasos do cordão.

6 — As placentas são frequentemente anormais, tanto na forma como na espessura e superfície (as mais das vezes alongadas e pouco espessas). O cordão umbilical insere-se muitas vezes à sua periferia, no bordo, ou mesmo nas membranas, que, junto da placenta, são habitualmente espessas e rugosas. O segmento inferior, espesso e muito vascularizado, tem mucosa delgada que é facilmente atravessado pelas vilosidades coriais. Por este motivo as placentas anormalmente aderentes, ou acretas, são menos raras que nas inserções normais.

7 — O principal sintoma da placenta prévia é a hemorragia de sangue rutilante, inesperada, indolor, que se repete com intervalos variáveis. A primeira hemorragia nunca é mortal. Sobrevém habitualmente num dos 3 últimos meses, sobretudo no 8.^o ou 9.^o. As hemorragias seguintes são em geral mais abundantes, mas só depois de iniciado o trabalho de parto costumam ser graves. As doentes ficam no entanto muito anemiadas, devido à repetição das perdas, se não forem convenientemente tratadas, e por vezes em condições de não poderem resistir às hemorragias do parto ou da dequitação, mesmo que estas sejam inferiores às normais.

8 — Nos casos de placenta prévia são muito frequentes as apresentações transversas e pélvicas, a falta de adaptação da apresentação que se mantém alta e móvel, a rotura prematura das membranas, o parto prematuro, as procidências do cordão umbilical, e a insuficiência das contracções uterinas.

9 — No diagnóstico, todos estes elementos têm valor, mas é o exame vaginal que permite eliminar qualquer dúvida, ao sentir a placenta através do canal cervical, ou dos fundos-de-saco, almofadando o segmento inferior. Esse exame é porém perigoso, pois mobiliza coágulos e pode aumentar o desprendimento da placenta.

10 — Os modernos métodos de exame radiológico (cistografia e radiografia dos tecidos moles especialmente) permitem localizar a placenta em mais de 90 % dos casos e devem empregar-se sempre que haja ainda qualquer dúvida.

11 — Estudámos os métodos terapêuticos que se têm usado na placenta prévia e os resultados maternos e fetais que com eles foram obtidos em vários países. A mortalidade materna diminuiu de 20 a 8 % desde que no fim do século XIX se começaram a tratar melhor as infecções puerperais e deixaram de se empregar os métodos de dilatação rápida do colo. Não teve alterações sensíveis até 1935. Só sofreu nova descida

quando se tornou possível fazer grandes transfusões, e tratar as infecções com sulfamidas e antibióticos.

12 — O prognóstico materno, na realidade, depende sobretudo do tratamento instituído. Este é tanto mais eficaz quanto melhores forem as condições do meio, a competência dos médicos e o estado geral da doente. Em várias séries de doentes convenientemente e precocemente tratadas, nos últimos anos, a mortalidade não ultrapassou 1 %.

13 — O prognóstico fetal depende sobretudo do grau de maturidade e da orientação terapêutica. Os fetos com menos de 7 meses podem considerar-se inviáveis, pois não costumam sobreviver, seja qual for o tratamento instituído. A mortalidade fetal global manteve-se em volta de 50 % enquanto se usaram quase exclusivamente as intervenções vaginais, mas actualmente, com o internamento precoce das doentes, o emprego judicioso das cesarianas, e o critério de não interromper a gestação antes da 37.^a semana, é possível baixar essa mortalidade a menos de 20 %, sem prejuízo para as mães.

14 — Para que da terapêutica se obtenham os melhores resultados maternos e fetais é necessário que as mulheres com hemorragias *ante partum* sejam tratadas por especialistas, em hospitais bem apetrechados, enquanto o estado geral for bom. (Na Clínica Obstétrica a mortalidade foi de 1,6 % nas 180 que tinham mais de 10 mm. de T. A. Mx., de 12,2 % nas 41 que tinham 100 a 70 mm., e de 40 % nas 15 que estavam chocadas ou tinham menos de 70 mm.).

15 — O médico assistente deve portanto aconselhar o internamento logo que sobrevenha a primeira hemorragia. Se a doente já estiver em trabalho de parto, com perdas abundantes e o transporte for demorado, julgamos conveniente a aplicação dum tampão embebido em antibióticos e sulfamidas, se o colo estiver fechado ou recoberto pela placenta. Se as membranas forem acessíveis é preferível rompê-las, e a seguir, sendo necessário, aplicar o método de Willett ou abaixar um pé.

16 — Nas clínicas obstétricas a doente será examinada e tratada pelos médicos mais experientes. Determina-se logo o grupo sanguíneo e o factor Rh, a fim de lhe injectar sangue compatível e normalizar a massa sanguínea e a taxa de hemoglobina. Só depois se fará o exame vaginal, cuidadoso, com tudo preparado para intervir sem perda de tempo por via abdominal ou vaginal, se for necessário.

17 — Se não estiver em trabalho de parto e a gravidez tiver menos de 8 meses e $\frac{1}{2}$, a doente ficará em repouso, sob rigorosa vigilância, até que o parto se inicie espontaneamente ou surja uma hemorragia abundante. Entretanto continua-se o tratamento do estado geral (pequenas transfusões, tónicos, etc.).

18 — Se estiver a termo, ou em trabalho de parto, convém intervir para evitar ou sustar as hemorragias provocadas pelo apagamento e dilatação do colo.

19 — Na escolha da intervenção devemos tomar em consideração a

viabilidade do feto e a sua posição, o tipo de placenta prévia, a dilatação do colo, a possibilidade de parto rápido, o estado geral da doente, paridade, etc..

20 — Quando o feto não é viável, a cesariana só está indicada nos casos de placenta de tipo IV ou de hemorragia abundante com colo fechado. Nos outros é preferível fazer a rotura ampla das membranas e a seguir, se for necessário, aplicar o método de Willet ou abaixar um pé.

21 — Quando o feto é viável e o colo está pouco dilatado, a cesariana só não está indicada nas apresentações de ápice, com colo descoberto, em que a simples rotura das membranas baste para sustar as perdas de sangue e não sobrevenha sofrimento fetal.

22 — Com colo já muito dilatado e possibilidade de parto rápido, quando as hemorragias persistem depois de se romperem as membranas está indicado o método de Willett, se a apresentação for de ápice. Nas outras apresentações o risco fetal é muito grande se não se fizer a cesariana.

23 — Se for necessário sustar a hemorragia enquanto se prepara uma intervenção abdominal ou se trata o estado geral das mulheres muito chocadas, recorre-se ao tamponamento ou à tracção da cabeça fetal.

24 — No período da dequitação a doente é cuidadosamente vigiada. Se começar a perder sangue faz-se moderada compressão do útero. Se a hemorragia não cessa faz-se a expressão para ver se a placenta sai naturalmente. Se assim não acontecer pratica-se a dequitação manual e injectam-se ocitócicos de acção enérgica e prolongada. Só em casos raros se torna necessário tamponar o útero, ou fazer a histerectomia. Esta intervenção está indicada também nas placentas acretas e nas roturas do segmento inferior.

25 — Quando a doente tiver de ser tratada fora dum meio cirúrgico, deve haver ainda maior cuidado em evitar perdas de sangue, pois geralmente não é possível substituí-lo.

26 — Se houver hemorragia e o colo estiver fechado, o que é raro, aplica-se um tampão bem apertado.

27 — Quando o colo está permeável e as membranas são acessíveis, rompem-se, e a seguir, se for necessário, aplica-se o método de Willett⁽¹⁾, ou faz-se o abaixamento dum pé (precedido de versão nas apresentações transversas, de face ou de frente). A tracção sobre o feto deve ser pequena, sobretudo quando estiver vivo.

(1) O método de Willett consiste na tracção da cabeça do feto. O A. emprega pinças de Museux, de 4 ou 6 garras, e aplica-as da seguinte maneira: depois de romper as membranas, se for necessário, enquanto um ajudante mantém a cabeça fetal apoiada contra o segmento inferior, introduz no útero 1 ou 2 dedos, conforme a dilatação, e 1 pinça que, guiada por eles, se põe em contacto com a região occipital; aberta a pinça, procura apoiá-la contra a cabeça, de modo que, ao aproximarem-se de novo os ramos, fique bem fixada na base de uma prega do couro cabeludo, tão perto quanto possível do lambda. Desta forma, a cabeça flectida, em condições favoráveis para se encravar e descer.

Quando a dilatação do colo o permite, aplica mais outra pinça, para distribuir a tracção por maior área. A seguir, ata uma fita ou um fio a cada pinça, e mantém a tracção contínua com um peso de 500 gr., até se dar o encravamento da cabeça fetal. A hemorragia cessa logo e o parto progride quase sempre sem necessidade de intervenção.

28 — Quando a placenta cobre completamente o colo, mesmo depois de retirado o tampão aplicado para ganhar tempo, torna-se necessário perfurá-la ou acabar o descolamento dum dos bordos, para evacuar o líquido amniótico e traccionar o feto. O prognóstico, nestes casos, é mau.

29 — Enquanto se espera o parto, faz-se o tratamento do estado geral da melhor forma possível (injecções de sangue, plasma, soros, etc.), e inicia-se a terapêutica profiláctica das infecções (com sulfamidas e anti-bióticos actualmente).

30 — Durante a dequitação o médico deve estar preparado para intervir logo que a placenta acabe de se desprender ou comece a haver hemorragia, procedendo da maneira atrás indicada (só não poderá fazer histerectomias que raramente são indispensáveis).

O MÉDICO. — N.º 37 (5-II-1952): *O problema biológico dos vírus-proteínas e a questão da origem da vida*, por Fernando Nogueira; *Úlceras duodenais e bulbites ulcerosas da idade escolar*, por Jaques Dubarry; *XIV Congresso luso-espanhol para o progresso das ciências*, por Rogério Gonzaga; *Alicerces doutrinários da socialização*, por M. da Silva Leal. N.º 38 (15-II): *A Medicina e o Social*, por M. Marques da Gama; *A classe médica perante a organização corporativa*, por C. A. Carneiro e Freitas; *Psicologia popular feminina*, por Castillo de Lucas; *Vida e obra de von Verschuer*, por Gerhard Koch; *O materialismo da medicina socializante e as tendências modernas da medicina*, por M. da Silva Leal. N.º 39 (25-II): *Espírito e matéria*, por Américo Pires de Lima; *Hipertensão arterial essencial*, por Nogueira da Costa; *Alguns aspectos médico-sociais da educação da juventude*, por M. Tavares de Sousa; *O funeral da Rainha D. Amélia*, por Carlos Leite; *Ainda a propósito das tendências modernas da medicina*, por M. da Silva Leal; *A assistente social do trabalho*, por René Barthe.

ÚLCERAS DUODENAIS E BULBITES NA IDADE ESCOLAR. — As úlceras duodenais são excepcionalmente observadas na infância, porque passam muita vez despercebidas, indagnosticadas, tanto mais facilmente quanto as formas atípicas são mais frequentes que no adulto; o diagnóstico só se estabelece com minucioso exame, que elimine outras causas dos padecimentos digestivos: apendicite crónica, colites (sobretudo as parasitárias), insuficiência hepática. Requer-se interrogatório metódico dos pais e do doente, para pôr em evidência a existência de um síndrome ulceroso, mais ou menos típico com, nomeadamente, uma forma aerofágica, que não se observa no adulto, ou ainda uma forma com obstipação periódica dolorosa. Este síndrome ulceroso é confirmado por vezes pela verificação de

uma defesa do músculo grande recto do lado direito, e sempre por um aspecto radiológico anormal do bulbo duodenal, sem que haja frequentemente verdadeira imagem ulcerosa; enfim pela eficácia dos tratamentos médicos anti-ulcerosos clássicos. Sob a sua acção as perturbações podem desaparecer completamente ou não reaparecer senão muito atenuadas, espontaneamente ou por ocasião de certas grandes fugas do regime. Só raramente as perturbações verdadeiramente rebeldes a estes tratamentos necessitam de uma intervenção cirúrgica. Mas, mesmo nos casos em que, durante vários anos há aparência de cura total, a anomalia radiológica do bulbo persiste. Este síndrome ulceroso mostra quer uma verdadeira úlcera duodenal, quer, mais frequentemente, um estado inflamatório bulbar, estendendo-se sobre o piloro e o antro, que o aproxima então das antro-piloro-bulbites, pseudo-ulcerosas, vagotónicas, do adulto jovem.

ACTA ENDOCRINOLOGICA IBERICA, I, 1951. — N.º 5: *Unidade ou pluralidade da secreção córtico-suprarrenal*, por A. Celestino da Costa; *Síndromas hipofiso-hipotalâmicos na clínica da meningite tuberculosa*, por C. T. Cros; *A biopsia do endométrio como método de diagnóstico hormonal*, por R. M. Cuisi e A. G. Segui. N.º 6: *Nota sobre o fósforo inorgânico e a fosfatase alcalina na acromegalia*, por G. Marañón, J. Florido e J. Benitez; *Puberdade precoce*, por Inácio de Salcedo; *Um caso de miosite ossificante com depósito nas conjuntivas, de possível origem hipertiroidéica*, por A. Lafuente e F. Galindez; *Os pêlos axilares na insuficiência suprarrenal*, por J. A. Urbina; *Doseamento das gonadotrofinas*, por M. P. Hargreaves; *Um índice para determinação do tamanho da sela túrcica*, por F. G. Armengaud.

SÍNDROMAS HIPOFISO-HIPOTALÂMICOS NA MENINGITE TUBERCULOSA. — A evolução tórpidas e prolongada da meningite bacilar tratada com estreptomocina e PAS permite o desenvolvimento de síndromas de patogenia nitidamente hipotalâmica, dos quais são mais frequentes os de obesidade de tipo Fröhlich, de caquexia e de diabetes insípida. Muito provavelmente são também de origem diencefálica certas alterações que se observam na remissão da meningite: algumas crises vaso-motoras, hipertermias tardias, acessos convulsivos, glicosúrias, perturbações psíquicas, dores abdominais agudas, e possivelmente alguns casos de morte súbita que tem sido observados nesses doentes.

PUBERDADE PRECOCE. — Uma pequena de 4 anos de idade, apresentou, desde há meses, perdas sanguíneas pela vagina e tumefacção dos seios, que agora tem o volume próprio de rapariga de 12 a 14 anos; iniciam-se os pêlos axilares e o povoamento piloso do púbis. Não se encontraram anormalidades ao exame radiográfico do esqueleto, dignas de consideração. Pelo toque rectal sentiu-se uma tumefacção mole, lisa e indolor, do tamanho de um ovo, à esquerda (tumor do ovário esquerdo?).

Pode diagnosticar-se puberdade precoce hipotálamo-hipofisária, ou perfolliculoma do ovário esquerdo; em qualquer dos casos, há disfunção hipotálamo-hipofisária, seja directa ou por estímulo exercido pela foliulina. Em favor da hipótese estão os valores altos de gonadotrofinas, que se encontraram nesta criança. Não havia sinais de lesões da pineal ou das suprarrenais, que são outros motivos do quadro de puberdade precoce.

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

Actualização do tratamento médico das úlceras gastro-duodenais

O Prof. FELÍCIO CINTRA DO PRADO expõe este assunto (de interesse tão grande que nunca é demais tratá-lo) numa conferência que, com a devida vénia, vamos transladar da revista brasileira *O Hospital* (XLI, 1952, N.º 1). Nela se dá uma perfeita visão do aspecto actual do respectivo problema clínico.

O tratamento médico das úlceras gastroduodenais é tema bastante complexo e longo. Complexo, sobretudo, porque até hoje se ignora qual a causa das úlceras. É tema bastante longo, que procurarei aqui resumir nos seus aspectos mais importantes. Meu triplice objectivo será o de mostrar que: 1) os resultados terapêuticos dependem principalmente da selecção criteriosa dos casos; 2) o tratamento médico, apenas sintomático, é imediatamente eficaz nas úlceras não complicadas; 3) as recidivas ulcerosas continuam sendo o aspecto fundamental do problema terapêutico.

Indicações do tratamento médico — A terapêutica das úlceras gastro-duodenais continua a evoluir à medida que se esclarecem alguns pontos básicos do assunto. Hoje em dia já não se cuida, como antigamente, de deixar estabelecido, pelo confronto de estatísticas, qual o melhor tratamento, o médico ou o cirúrgico. Nem mais se discute, por isso mesmo, a respeito de método terapêutico único, «realmente eficaz» e «mais lógico», pois não se chegou ao exacto conhecimento da causa última ou das causas da moléstia ulcerosa. Actualmente, a questão passou para o plano das *indicações do tratamento médico e indicações do tratamento cirúrgico* das úlceras gastroduodenais, pois ambos poderão dar bons resultados ou malograr, conforme o caso.

A escolha do tratamento mais adequado apresenta-se, antes de tudo, em eventualidades distintas: nos casos urgentes e nos casos não urgentes.

Os casos urgentes são os agudos, de *hemorragia profusa* e de *perfuração em peritонеo livre*, nos quais o clínico deverá decidir imediatamente quanto ao tratamento, podendo então dispensar o exame radiológico. Sem entrar em pormenores, deixo claro desde já que na perfuração aguda, o tratamento inadiável é o cirúrgico, ao passo que na hemorragia maciça, a indicação imediata é a do tratamento médico, visando estancar a hemorragia mediante repouso absoluto, transfusões sanguíneas, plasma, hemostáticos, etc..

Exceptuados assim os casos urgentes, a escolha do tratamento nos demais será sempre o resultado de uma análise cuidadosa, em que se põem em jogo todos os dados, tanto clínicos como radiológicos.

Nestes casos sujeitos a estudo e, portanto, de solução mediata, deve-se considerar primeiramente se a sede da lesão ulcerosa é no estômago ou no duodeno, e se a lesão já está complicada por aderências periviscerais com obstrução permanente do trânsito ou por penetração em órgãos da vizinhança. A sede da lesão ulcerosa tem extraordinária importância. Se for no estômago, poderá talvez caber a *hipótese de câncer*, e o caso mudará então de classe,

passando a constituir um caso urgente, de indicação operatória. Se a lesão estiver no duodeno, a hipótese de câncer poderá ser afastada desde logo pelo clínico, dada a extrema raridade do câncer primitivo da primeira porção duodenal, sede quase exclusiva das úlceras.

A existência das complicações é também de grande importância, pois, independentemente de sede, todas elas, por sua própria natureza, só podem ser afastadas mediante a intervenção cirúrgica.

A análise de todos estes dados que devem influir na indicação terapêutica conduz, ainda hoje, às seguintes conclusões: 1) A indicação do tratamento médico é a regra que deve ser seguida inicialmente nas úlceras gástricas e duodenais não complicadas. Estas, as não complicadas, constituem a grande maioria dos casos clínicos, devendo-se notar ainda que a úlcera do duodeno é 5 ou 5 vezes mais frequente do que a do estômago; 2) A indicação do tratamento cirúrgico ficará para os casos de úlceras gástricas e duodenais complicadas, para os de impossibilidade do tratamento médico e para os de tentativas médicas frustradas.

A hipótese de câncer deve preocupar todo o médico consciencioso. Quando a lesão ulcerosa for do estômago e der lugar à suspeita de câncer, o tratamento cirúrgico se impõe. Saliento ainda que será uma discussão académica estabelecer nesse caso se se trata de câncer ulcerizado ou de úlcera cancerizada, pois a indicação terapêutica não varia por isso. Está-se admitindo cada vez menos que a úlcera possa sofrer uma transformação maligna: leia-se, a propósito, o que foi dito no Congresso de Gastroenterologia norte-americano, em 1944, a que estiveram presentes conhecidos tratadistas como Eustermann, Crohn, Palmer e outros. Mas esta opinião não invalidou, nem aí, a recomendação de operar todo caso suspeito, tendo ficado ainda em merecido relevo o facto de que é comum na clínica confundir-se, apesar dos recursos actuais de diagnóstico, a úlcera gástrica com o câncer gástrico. Até o «nicho» do radiologista ou a «cratera» do gastroscopista pode desaparecer temporariamente, pela formação de um epitélio nos casos de câncer — o que antigamente só se admitia nos casos de úlcera péptica. Assim se explica, finalmente, por que tende a aumentar nos Estados Unidos o número das operações nos casos de úlceras gástricas, embora tenha havido relativo decréscimo das operações por úlceras duodenais. Bem se vê, portanto, que não se trata de fazer prevalecer a orientação cirúrgica sobre a médica na *terapêutica das úlceras*, mas, sim, de alertar o espírito dos clínicos quanto a outro problema, o *diagnóstico precoce do câncer*.

Alguns autores, por esse e por outros motivos que não vou agora analisar, insistem em considerar a úlcera gástrica ao lado e não junto com a úlcera duodenal. Aqui, porém, continuarei considerando ambas como um só problema terapêutico, e, para concluir esta primeira parte da minha exposição, repetirei que, tanto o tratamento médico, como o cirúrgico, serão bons quando correctamente escolhidos conforme o caso.

Bases do tratamento clássico — Como é o tratamento médico das úlceras? Varia muito, de acordo com o autor. Há os simples, os complicados, os supostamente específicos, etc., mas em todos eles, ou pelo menos nos principais procura-se atingir o objectivo por três meios: a) afastando as causas e concausas, possíveis ou prováveis, da moléstia ulcerosa; b) mantendo em repouso funcional relativo o órgão doente; c) estimulando os processos naturais de cicatrização da úlcera.

Dentro deste tríplice programa, recomenda-se: 1) extinção preliminar de focos sépticos; 2) repouso físico; 3) repouso psíquico; 4) dieta; 5) neutralização do meio gástrico.

1) *Extinção de focos sépticos*, nos dentes, nas amígdalas, etc.. Recomeço, por experiência, que é medida importante, antes de se iniciar o tratamento médico da úlcera.

2) *Repouso físico*, acamando-se o doente durante 3 ou 4 semanas no mínimo. Repouso na cama, em decúbito, com relaxamento completo da musculatura abdominal. O paciente não precisa ficar imóvel; pode ler, conversar, etc., desde que não se esforce nem tenha de alterar a posição deitada. De noite, ou mesmo de dia, para descansar, ser-lhe-á permitido deitar-se de lado, com as pernas flectidas. Costuma-se recomendar o uso de aplicações quentes sobre o epigástrico (bolsas de água, cataplasmas, almofadas eléctricas), 2 ou 3 sessões por dia, de uma hora cada; além da acção antispasmódica do calor, que é muito útil, a recomendação contribuirá para a imobilidade do corpo, nessas horas. Não faço objecções ao desejo dos que preferem levantar-se meia hora cada manhã para a «toilette», porque a defecação em vasos e os cuidados higiénicos, na cama, são difíceis para a maioria dos doentes. Todavia, insisto em que devem levantar-se da cama o menos tempo possível. Quanto mais completo o repouso, em qualquer sentido, tanto melhor.

3) *Repouso psíquico*. Antes de submeter-se ao tratamento, deve o doente estar disposto a interromper completamente as suas actividades habituais, ao menos por 2 meses. Não basta deixar de trabalhar, é necessário ainda abandonar toda a preocupação. As visitas devem ser limitadas ou proibidas. Rádios de cabecreira, leituras amenas, etc., serão permitidos como leve distracção do espírito mas, ainda assim, com prudência e medida para não fatigarem.

4) *Dieta*. O regime dietético será instituído de modo que não sobrecarregue o estômago nem irrite mecânica e quimicamente a lesão. Branda de início, a dieta irá depois progressivamente desdobrando-se, com a inclusão de alimentos de preparo mais complicado. No princípio, apenas leite cru ou fervido, morno, e ovos quentes. Depois, mingaus preparados com leite e farinhas; sopas grossas ou papas de cereais e legumes; comida mais sólida, sob a forma culinária de pirão (pureia ou puré), e assim por diante, até a fase de um regime dietético próximo da comida habitual, fase essa que será atingida quando o doente se levantar da cama. Condimentos, conservas, molhos picantes, bebidas alcoólicas, fumo (!), café e mate puros, enfim tudo quanto possa excitar demasiado as funções do estômago, acarretando espasmos, dores, hipersecreção — tudo isso será definitivamente proibido ao ulceroso, embora lhe represente muitas vezes grande sacrificio.

5) *Neutralização do meio gástrico*. Têm sido usados muitos medicamentos, desde o bicarbonato de sódio e o carbonato de cálcio, preconizados na clássica cura de Sippy, até as mucilagens. Dentre tantos neutralizantes, merecem a preferência dos clínicos o hidróxido de alumínio coloidal, o carbonato de cálcio, o trissilicato de magnésio, o fosfato tribásico de cálcio, a magnésia calcinada e o subcarbonato de bismuto. Costumo empregar o hidróxido de alumínio coloidal. Gelhidral, Pepsamar em comprimidos, ou a geleia, como por exemplo os preparados Alucol, Aldrox. O maior inconveniente dos sais de alumínio é a constipação intensa que produzem, a qual será combatida com o uso de laxantes oleosos.

Como neutralizantes do meio gástrico, estão sendo agora empregadas certas resinas sintéticas, denominadas anion-permutadoras. Finamente pulverizadas a fim de apresentarem maior superfície de contacto, essas resinas absorvem o ácido clorídrico no estômago e o transportam até o intestino, onde, com a mudança do pH do meio para alcalino, o ácido clorídrico, então libertado, é neutralizado pelos alcalis do suco intestinal e a resina é eliminada. A vantagem das resinas, em relação aos demais neutralizantes, está em evitar as alterações do equilíbrio ácido-básico do organismo e alcalose produzida pelo uso continuado de certos sais; além disso, as resinas são substancias inertes, que não irritam o intestino, não são por ele absorvidas e não provocam efeitos secundários indesejáveis, como constipação, diarreia, flatulência, etc. O Transition Lâbor, que contém a resina metileno poliamínica, 300 mg. em cada com-

primido, é um exemplo deste novo grupo de neutralizantes; administram-se 2 e 4 comprimidos após cada refeição. Resinat, em cápsulas de 250 mg. é outro exemplo.

Além dos neutralizantes, recomendam-se os antispasmódicos, como a beladona, a atropina, a papaverina, etc., por via oral e parenteral. A medicação antispasmódica requer doses elevadas, sem o que seria inoperante, mas a maioria dos doentes não tolera essas doses. Em alguns casos, quando se deva empregar um antispasmódico, por exemplo na retenção funcional do piloro ou nas dores persistentes, aconselha-se o uso de preparados com beladona. As injeções intravenosas de glicose hipertónica constituem também bom recurso, pois deprimem o vago.

Recentemente fizeram-se pesquisas com hormónios capazes de influir na actividade motora e secretora do estômago. Ensaiou-se primeiramente a enterogastrona, derivada da mucosa intestinal, que é um agente inibidor («calona») da secreção gástrica. Entretanto, os resultados conseguidos na prática não corresponderam à expectativa. O mesmo aconteceu com outros dois hormónios, a antelona e a urogastona, extraídas da urina. Também a foliculina, a ergotamina, o soro antifermentoso, o suco de couve, e outros «novos» recursos não lograram convencer como agentes mais eficazes no tratamento das úlceras.

Agora, as esperanças se voltam para a banthine — amina quaternária, de cuja molécula faz parte a amónia. Quimicamente, é o metabrometo de beta-dietilamino-etilxanteno-9-carboxilato, abreviadamente designado como brometo de metantelina. Facilmente solúvel nos solventes habituais e nas secreções digestivas, a banthine é empregada por via oral, em comprimidos de 50 mg. cada. Além de exibir acção tipo-atropina, esse medicamento constitui verdadeira substância anticolinérgica, bloqueadora do parassimpático e com accentuada electividade para o trato digestivo; no organismo realiza, portanto, a vagotomia farmacológica, menos intensa do que a vagotomia cirúrgica, mas com a vantagem de não ser definitiva, isto é, o vago voltará a funcionar uma vez suspenso o uso do medicamento.

O novo tratamento com a banthine — Descontado o entusiasmo natural com que é recebida qualquer inovação terapêutica, ainda assim não se poderá negar que a banthine veio facilitar de muito o tratamento médico das úlceras. Em consequência, vários termos do problema, comentados nos parágrafos anteriores, terão de ser também modificados.

Minha experiência com a banthine teve início há 8 meses e baseia-se até o momento, na observação de mais de 150 casos da clínica particular. Trata-se realmente de droga valiosa, de efeito sintomático (e não etiográfico, uma vez que ainda não se conhece a exacta causa das úlceras).

Grimson, Lyons e Reeves, autores do primeiro estudo clínico publicado (J. A. M. A. 143, pág. 873, Julho de 1950) preconizam a administração de 1 ou 2 comprimidos de banthine, isto é, 50 mg. ou 100 mg. cada 4 ou 6 horas, dia e noite. Para facilidade e principalmente para não interromper o repouso nocturno dos pacientes, comecei a prescrever aquelas doses parciais, mas de 8 em 8 horas; os resultados que tenho obtido considero equivalentes aos da administração em intervalos mais curtos.

Em linhas gerais, adopto o método que passo a expor: — Nenhuma dieta rigorosa, apenas cuidados gerais: evitar temperos fortes, ácidos e picanetes, frituras, tudo o que o próprio doente notou que lhe faz mal. Abolição do fumo e do álcool. Repouso relativo, aconselhando trabalho moderado e sobretudo «fugir às preocupações excessivas».

Banthine, 1 comprimido cada 8 horas, às 7 hs., 15 hs., 23 hs. Após 3 dias, se o medicamento for bem tolerado: 2 comprimidos cada 8 horas. Após 8 dias, se ainda persistem sintomas dolorosos: mais 2 comprimidos diários, a saber, 1 comprimido às 11 hs. e 1 às 19 hs. perfazendo então 8 comprimidos por dia. Após 15 dias, se o doente ainda apresentar sintomas da moléstia, prescrevo

um neutralizante, trissilicato de magnésio ou hidróxido de alumínio coloidal, antes das principais refeições e quando apareçam aqueles distúrbios. Na grande maioria dos casos, basta a dose de 2 comprimidos de banthine cada 8 horas; em cerca de metade destes casos, o uso de neutralizantes completa o tratamento, dando integral alívio aos doentes.

A banthine é bem suportada. As primeiras doses produzem secura da boca e da garganta, e leves perturbações visuais. Com o tempo, tais efeitos secundários se atenuam e, só por causa deles, não se deverá interromper o tratamento. Em 4 casos até agora (dos 150) não foi possível continuar o emprego da banthine: 2 casos de perturbações visuais acentuadas, mesmo com doses diárias de 3 comprimidos; 1 caso de máculas purpúreas da pele; 1 caso de retenção urinária persistente, em paciente idoso, com prostatismo. Em alguns casos adoptei o seguinte esquema: 1 comprimido cada quatro horas durante o dia (7 hs.—11 hs.—15 hs.—19 hs.) e 2 comprimidos à noite (23 hs.)

Até o momento, posso apresentar os resultados imediatos obtidos em 80 doentes de úlceras não complicadas, os quais concluíram o tratamento sob minha orientação. Em todos eles (100%) houve supressão completa e mais ou menos rápida dos sintomas: dor, azia, vômito. Em 32 (ou 40%) observou-se, além disso, desaparecimento do nicho ulceroso nas radiografias feitas após 2 meses, em média, de tratamento; num caso ficou provado que o nicho já havia desaparecido depois de uma semana. Em 40 casos (ou 50%) verificou-se que o nicho persistia, embora menor, após o tratamento de 2 meses. Finalmente, em 8 casos (ou 10%) o nicho conservou-se inalterado, apesar de o doente se sentir bem.

Considero ainda muito curto o prazo, para tirar conclusões definitivas. Falo aqui de resultados imediatos e apenas para dar uma ideia dos efeitos que observei. Voltarei oportunamente ao assunto, apresentando dados mais completos. Por ora, desejo acentuar que é muito boa a minha impressão sobre o valor terapêutico da banthine. Mesmo que essa nova droga não consiga diminuir o número das recidivas, ainda assim ela apresenta, em relação a outros recursos já experimentados, a grande vantagem de ser método cómodo e eficiente, mesmo sem dieta especial e sem repouso na cama. Por isso, insisto em dizer que a banthine constitui importante progresso. A chamada «indicação social do tratamento cirúrgico» ou «impraticabilidade do tratamento médico» desaparecerá, provavelmente, como argumento contrário à terapêutica conservadora e clínica das úlceras.

Resultados terapêuticos. — A úlcera péptica é moléstia crônico-recidivante. Pode permanecer silenciosa, clínica e radiologicamente, durante vários anos, e esta particularidade dificulta o juízo de cura definitiva. Admito que a úlcera pode curar-se a bem dizer espontaneamente; há ulcerosos, com o rótulo diagnóstico de dispepsia nervosa, solarite e outros, que fazem um tratamento qualquer e ficam bons. Admito também que alguns casos excepcionais são praticamente incuráveis pelo tratamento médico, embora rigoroso. O que se observa na quase totalidade dos casos de úlceras não complicadas é a melhoria rápida do estado geral, com o desaparecimento completo da sintomatologia, ao cabo de 1 a 2 semanas de tratamento bem orientado. Nas úlceras do duodeno, convirá insistir na terapêutica clínica, variando e esgotando os recursos medicamentosos, mesmo diante de um malogro inicial, e antes de se indicar a operação. Nas úlceras do estômago, porém, prefiro aconselhar seja apressada a indicação cirúrgica, sobretudo nos indivíduos com mais de 40 anos de idade, 1.º) pela possibilidade de que, apesar de tudo, o diagnóstico esteja errado; câncer e não úlcera, 2.º) porque, parece, o estômago ulcerado está mais sujeito do que o normal ao desenvolvimento do câncer.

O critério de cura das úlceras gastroduodenais, habitualmente adoptado, é o clínico, corroborado pelo exame radiológico. Baseia-se no desaparecimento integral dos sintomas e, ao mesmo tempo, no desaparecimento do nicho, sendo

que esta verificação, feita uns 2 meses após o tratamento, deve conservar-se negativa durante 2 anos, para que um período de latência, comum na evolução da moléstia, não venha confundir-se com uma falsa cura. Portanto, o critério é subjectivo e objectivo, sancionado pelo tempo e tanto mais seguro quanto mais dilatada a observação clínica do caso. A cura, assim verificada, corresponde somente à cicatrização do processo local. A cicatrização, por sua vez, não significa cura definitiva ou radical da moléstia, porque a úlcera pode cicatrizar-se com relativa facilidade, sobretudo no início e em indivíduos jovens, e esta cicatrização, mais ou menos duradoura, nem sempre é definitiva. O doente, uma vez curado, continuará exposto a recidivas, as quais, entretanto, vão-se tornando menos prováveis com o decorrer do tempo. Mantida a cura por cinco anos, a recidiva poderá surgir, mas, pela minha estatística, em menos de 1/3 dos casos.

A questão das recidivas mereceu particular atenção dos especialistas, nos últimos tempos. Quais são as causas de recidivas? Em primeiro lugar, a própria constituição do indivíduo que é o factor primordial. A gastroduodenite, que acompanha sistematicamente a úlcera, constitui outro factor de grande importância. Além disso, há os motivos ocasionais, como os abusos dietéticos, a carência alimentar, o tabagismo. Modernamente, vem-se chamando a atenção para os factores psíquicos ou emocionais, representados pela vida agitada, estafante, cheia de preocupações; na última grande guerra, o número de ulcerosos aumentou mesmo entre as populações bem alimentadas, e as juntas médicas norte-americanas recusaram como combatentes de primeira linha os convocados que apresentassem passado gástrico, como dor de fome, nos 5 anos precedentes ao exame. Finalmente, deve-se salientar a importância das infecções, como causas imediatas de recidivas; a gripe seria uma delas, talvez a mais comum, e, além da gripe, as sinusites, as amigdalites, as bronquites, enfim as infecções gerais e focais.

Quanto às estatísticas de tratamento médico, baseadas em doentes da clínica civil, lembro que elas são inevitavelmente falhas, a menos que se refiram a resultados *imediatos*. Com efeito — observamos entre nós — alguns doentes não respondem ao questionário do «follow up», por negligência; ou não voltam ao consultório para informar; ou, se mudaram de médico, respondem evasivamente. O número global destes doentes é incerto e, mesmo supostamente diminuto, basta para alterar a exactidão dos cálculos. Os próprios cirurgiões, com maior facilidade para as suas estatísticas de ulcerosos operados, não conseguem fugir à contingência dessas causas de erro, ao afirmarem em números e percentagens os resultados *tardios* das intervenções.

Medicação iodada na velhice

L. BINET, H. BOUR & F. DOURLIÈRE pensam que a clássica medicação iodada tem direito a manter o lugar que em tempos lhe foi dado, embora continue a ignorar-se o seu modo de acção, que talvez possa, pelo menos em parte, explicar-se pela activação do metabolismo que na velhice está modificado com abaixamento do metabolismo basal e da despesa de fundo, que dá o verdadeiro teste do envelhecimento. E relatam um caso sumamente interessante, de um velho de 89 anos, com metabolismo basal de 28 e despesa de fundo de 880 calorias, no qual, com duas semanas de tratamento com caseína iodada, esses valores subiram para 35 e 1.130 calorias, mantendo estes valores, sensivelmente, passado um mês. O aspecto do doente, acamado, entorpecido, com pele seca e apergaminhada, melhora consideravelmente, e o peso sobe de 52 a 61 quilos, tendo aumentado o apetite; senta-se na cama, já se interessa pelo que sucede, lê o jornal, em nítida melhoria do psiquismo. Menos de dois meses depois de iniciar o tratamento, sai do hospital curado, e leva uma vida regular para a sua idade e para a decadência orgânica a que havia chegado. (*La Presse Médicale*, N.º 59, 10-XI-1951).

A penicilina na escarlatina

Mais um apoio à utilidade da penicilinoterapia na escarlatina é dado por F. BAZÁN, R. CARONI & J. HUBERMAN, de Buenos Ayres, que já haviam publicado em 1950 um estudo comparativo de 100 casos tratados com o antibiótico com outros 100 submetidos somente à dieta e medicação sintomática, concluindo pela vantagem do uso do antibiótico. Agora trataram 140 doentes com 300 mil unidades durante cinco dias, e verificaram: menor duração da doença e do período febril, diminuição considerável do número de complicações, não tendo observado entre estas nenhum caso de nefrite. O exame bacteriológico da faringe mostrou que não há redução do período de contagiosidade. Presentemente estudam a evolução da doença recebendo os enfermos somente 2 injeções de 200 mil unidades em dias seguidos; se for eficaz, simplificará muito a terapêutica. (*Acta Pediátrica Española*, Dez. de 1951).

Observações sobre a cirrose portal com ascite

De 50 casos estudados, W. E. RICKETTS chegou às seguintes conclusões: — Exceptuando-se a restrição de sal para as cirroses com ascite, o tratamento médico é o de todas as cirroses. Este compreende regime rico em proteínas, hidratos de carbono e administração de cloridrato de colina. Favorece a nutrição e a regeneração do parênquima hepático, aumenta a albumina do plasma e contribui assim para eliminar os edemas e a ascite. Este efeito só se obtém prolongando durante meses o tratamento; a albumina do plasma só se restaura depois da repleção dos tecidos em proteínas. As paracenteses repetidas devem evitar-se, porque com elas se perdem proteínas. Nos casos não complicados, se os doentes estão bem nutridos, a ascite não volta. Sem edemas nem ascite, os cirróticos devem ser vigiados cuidadosamente, porque as complicações os ameaçam, sendo a mais frequente a rotura de varizes esofágicas. (*Annals of Internal Med.*, N.º 1, Janeiro de 1951).

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

SOCIEDADES MÉDICAS. — Trabalhos apresentados: — *Sociedade P. de Pediatría*: Estado actual da vacinação anti-tuberculosa em Portugal, por Lopo de Carvalho, Cândido de Oliveira, Mário Cardoso, Santos Bessa, Casanova Alves, Mário Cordeiro e Ferreira Gomes; A higiene mental na Suécia, por Victor Fontes; Síndrome disfágico cárdio-esofágico, por Armando Estrela (na Secção de Lisboa); Malformações congénitas e endocrinopatias na infância, por Inácio de Salcedo; Polidistrofia de Hurler, por S. Barata da Rocha e Miranda Rodrigues (na Secção do Porto). *Soc. P. de Cardiologia*: Calcificação da válvula mitral, por Jacinto de Bettencourt e Ayres de Sousa; Endocardite lenta por colibacilo, por João Porto, Antunes de Azevedo, Ramos Lopes, Renato Trincão e Moura Sá. *Sociedade P. de Radiologia Médica*: Pneumoretroperitoneu, por Idílio de Oliveira, Damião Pires, Taborda Duarte e Ribeiro Osório; Radiologia do estômago e simulação, por Albano Ramos; Doenças de Hirschsprung, por Fernandes Ramalho. *Soc. P. de Neurologia e Psiquiatria*: Interceptividade na formação do Eu, por Barahona Fernandes; Meningo-encefalite tuberculosa generalizada, por Diogo Furtado e Moradas Ferreira. *Soc. P. de Estomatologia*: Sobre dentes de leite, por Luís Gonzaga. *Quinzenas Médicas dos Hospitais da Universidade de Coimbra*: Criptocitemia aguda, por Mário Trincão; Urticária

pigmentar, por Artur Leitão e Renato Trincão; O podofilino no tratamento dos papilomas venéreos, por Artur Leitão; A propósito de uremias pré-renais, por Rocha Brito; Caso clínico, por J. Espírito Santo. *Soc. P. de Endocrinologia*: Síndrome adrenogenital por carcinoma suprarrenal, por Joaquim Bastos, Inácio Salcedo e M. Castro Henriques; Um caso de puberdade precoce, por Mário Fernandes e A. G. de Sousa Dias.

CONFERÊNCIAS. — No Instituto P. de Oncologia: Ruptura traumática da uretra, por F. Gentil; Problemas de dadores de sangue, por Orlando Lopes; Cirurgia de cancro do lábio, por José Conde; Fibro-adenomas do seio, por Maria F. Marques e J. Vasconcelos. No Hospital das Caldas da Rainha: Evolução da patologia cirúrgica no século xx, por Reynaldo dos Santos. No Hospital do Ultramar: Derivados e substitutos do sangue, por Almerindo Lessa; Tratamento da hérnia diafragmática, por Afonso Pais; Complicações pulmonares da anestesia, por José Fajardo.

CURSOS DE AMPLIAÇÃO. — De Cardiologia, em Abril, sob a direcção do Prof. Jacinto de Bettencourt, com a colaboração de especialistas nacionais e estrangeiros. De Pediatria e Puericultura: em Lisboa, de 28 de Abril a 10 de Maio, nos Hospitais de Santa Marta e Estefânia e no Instituto António Aurélio da Costa Ferreira (Para inscrições: Dr. Silva Nunes — Hospital Estefânia); em Santiago de Compostela, de 12 a 24 de Maio, sob a direcção do Prof. Manuel Suarez.

CONGRESSOS LISO-ESPAÑHÓIS. — De Obstetrícia e Ginecologia, no Porto, de 22 a 25 de Julho, sendo os temas oficiais Gonadotropinas e Colpocitologia (Secretário geral Dr. Fernando de Almeida — Maternidade Alfredo Costa, Lisboa). De Radiologia, em Madrid, de 14 a 19 de Abril, sendo relatores portugueses os Profs. Aleu Saldanha (Circulação plástica), Pereira Caldas (Aortografia) e Ayres de Sousa (Hemodinâmica).

LUTA CONTRA A TUBERCULOSE. — A Sociedade das Ciências Médicas tem efectuado reuniões em que se discute o problema da vacinação pela BCG. A Sociedade Portuguesa de Pediatria nomeou uma comissão para tratar da propaganda da vacinação. Foram solenemente inaugurados os Centros de Profilaxia e Diagnóstico de Lisboa, Coimbra e Porto, e nesta cidade o novo Dispensário; também se inaugurou o Laboratório de preparação da BCG no Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.

FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA. — Com a costumada solenidade foram impostas as insígnias doutorais aos Drs. Manuel Pinto, J. Espírito Santo, Lobato Guimarães e Albertino de Barros.

DISPENSÁRIO DE HIGIENE SOCIAL DO PORTO. — As suas novas instalações foram solenemente inauguradas pelo Sr. Ministro do Interior.

DEONTOLOGIA MÉDICA. — Estão a decorrer, promovidas por alunos filiados na J. U. C., séries de conferências sobre problemas deontológicos, nas Faculdades de Medicina de Lisboa e Porto.

NECROLOGIA. — Dr. Ludgero Soares Moreira, subdelegado de saúde aposentado de Constância, distinto clínico e nosso prezado assinante, Dr. Francisco Nunes Blanco, tenente-coronel médico reformado, falecido em Braga. Em Zebreira o nosso leitor e considerado clínico Dr. Francisco António Teodósio.





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

DUAS PALAVRAS DE TERAPÊUTICA

AS primeiras investigações acerca do papel das gorduras no campo da nutrição demonstraram a importância daqueles alimentos como fonte de calorías na alimentação animal e pouco mais. Só mais tarde se averiguou a sua função de veículo fundamental na absorção de determinadas vitaminas e só em data recente (1929) descobriu Burrs a natureza essencial de determinados ácidos gordos na nutrição do rato. Pela primeira vez se atribuiu às gorduras uma função essencial específica. Um estudo laborioso feito posteriormente em relação ao metabolismo humano veio demonstrar que o nosso organismo é capaz de sintetizar todos os ácidos gordos saturados e até não saturados com uma só dupla ligação, mas é impotente para realizar a síntese dos ácidos com duas ou mais duplas ligações de que, no entanto, necessita para o seu desenvolvimento. A ausência destes lípidos na alimentação ocasiona manifestações mórbidas semelhantes às doenças carenciais, como as avitaminoses, manifestações que desaparecem com a administração dos ácidos gordos a que se dá hoje e por esse motivo o nome de Vitamina F.

A mais conhecida e, porventura, a mais importante função desta vitamina parece ser a manutenção da integridade da pele. Com efeito verificou-se um aumento da resistência cutânea às noxas, depois da administração prolongada do ácido linoleico e o eczema infantil, por exemplo, é sete vezes mais frequente nas crianças alimentadas artificialmente do que nos lactentes alimentados ao peito. Como por outro lado, Meara e Heldeche verificaram existir uma percentagem

muito maior de ácido linoleico e outros ácidos não saturados C_{20-22} na gordura do leite humano do que na do leite de vaca, atribuiu-se aquela diferença ao maior aporte de Vitamina F no primeiro caso.

Brow e colaboradores verificaram também que grande número das mães com filhos sofrendo eczema tinham um leite muito menos rico em ácidos linoleico e araquínóico do que o das mães de crianças saudáveis.

Por estes motivos utiliza-se com resultados surpreendentes a Vitamina F na terapêutica de numerosas afecções cutâneas, particularmente nos estados eczematosos da criança e do adulto; certas formas de acne resistente aos tratamentos habituais; estados de desnutrição ou de perturbações hepáticas e de carência de lípidos.

Não são ainda bem conhecidas as relações destes compostos com as outras vitaminas; sabemos porém que, por exemplo, o ácido linoleico previne a acroдинia que acompanha no rato a carência de piridoxina e isto faz prever uma muito maior utilização da Vitamina F na terapêutica

BIBLIOGRAFIA

- Arild E. Hansen e G. O. Burr J. A. M. A. 132, 14: 855, 1946.
A. Touraine: Le Concours Medical 14:71, 1949.
Brow Hansen e Burr J. Nutrition 16:511, 1936.
E. Azerad e Th. Grupper La Semaine des Hôpitaux 16:25, 1949.
Giral—Rojahn—Prod. Quim. J. Pharmac. 438, 1946.
Hansen J. Amaha Mid. West. Clin. Soc. 4: 48, 1943.
Hilditch e Meara Biochem. J. 38: 29, 1944.
Wiese e Hansen Fech Proc. 3:97, 1944.

VITAMINA F



INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Sala
Est.
Tab.
N.º