

# PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

**DIRECÇÃO CIENTÍFICA:** AYRES KOPKE, prof. jubulado do Instituto de Medicina Tropical; EGAS MONIZ, prof. de Neurologia na Faculdade de Medicina de Lisboa; FROILANO DE MELO, director da Escola Médico-Cirúrgica de Nova Gôa (Índia); J. A. PIRES DE LIMA, prof. director do Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina do Pôrto; ROCHA BRITO, prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra; ROCHA PEREIRA, prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina do Pôrto.

ALMEIDA GARRETT, prof. na Faculdade de Medicina do Pôrto — REDACTOR PRINCIPAL

**REDACÇÃO:** ALBERTO DE MENDONÇA, director de serviço de Oto-rino-laringologia nos Hospitais Cívicos de Lisboa; AMÂNDIO TAVARES, prof. de Anatomia Patológica na Faculdade de Medicina do Pôrto; ARMANDO NARCISO, prof. do Instituto de Hidrologia e Climatologia de Lisboa; COSTA SACADURA, prof. jub. de Obstetrícia na Faculdade de Medicina de Lisboa; FERNANDO MAGANO, prof. agregado de Cirurgia na Faculdade de Medicina do Pôrto; FERREIRA DA COSTA, director do serviço de Estomatologia nos Hospitais Cívicos de Lisboa; FONSECA E CASTRO, prof. agregado de Pediatria na Faculdade de Medicina do Pôrto; LADISLAU PATRÍCIO, director do Sanatório Sousa Martins, Guarda; LOPES DE ANDRADE, prof. agregado de Oftalmologia na Faculdade de Medicina de Lisboa; VAZ SERRA, prof. de Patologia Med. na Faculdade de Medicina de Coimbra.

**SUMÁRIO:** O problema da revascularização cardíaca no tratamento cirúrgico da «angina pectoris», por SILVA PINTO. Rins sem bassinete, por CONCEIÇÃO E SILVA JÚNIOR.

**Movimento nacional** — *Amatus lusitanus* (Hiperostose frontal interna. Estatística de tuberculose cutânea. Tuberculose ósteo-articular em Portugal. Sulfanilamidoterapia local em cirurgia dentária. Pesquisa de bacilo tífico nas fezes. Tratamento da criptorquidia. Cura por embolectomia de um caso de embolia da origem da artéria humeral. Pelagra endémica em Portugal). *Boletim clínico dos hospitais cívicos de Lisboa* (Miastenia e úlcera gástrica). *Jornal do médico* (Extranha gravidez ectópica. Apêrtes filiformes da uretra. Sulfamidoprophilaxia em obstetrícia). *Ação médica* (Hierologia médica).

**Notas várias** — Tratamento dos prematuros. O intervalo ótimo entre as inoculações da vacina. Incompatibilidade da sulfamida local com os antissepticos clorados. Tratamento das linfangites do seio por infiltrações de novocaína. Enfisema sub-cutâneo artificial como agente terapêutico. Sulfamidoterapia preventiva das complicações do sarampo. O lugar da operação no tratamento das varizes. O lugar da operação no tratamento das varizes. Tratamento do síndrome de insuficiência estrogénea.

**ANEXOS** — Clínica livre e socialização da medicina, por A. GARRETT. A linguagem médica e o vocabulário ortográfico da língua portuguesa, (Conclusão) por LUÍS DE PINA. Notícias e informações.

**BISMUTO TERAPIA**  
DA  
**SIFILIS**  
POR  
VIA INTRAMUSCULAR

**NÉOÇARDYL**

SOLUÇÃO OLEOSA  
de butil-tio-laurato de bismuto

**INJECCÕES INDOLÓRES**  
**ELIMINAÇÃO LENTA E CONTÍNUA**

*A presença do enxofre na molécula  
pelas suas propriedades antitoxicas  
favorece a acção terapeutica*

**NEO CARDYL**  
(PARA ADULTOS)

Caixas de 12 empôlas  
de 1 cc. 1/2 contendo  
0<sup>gr</sup>.075 de bismuto metal.

**NEO CARDYL**  
(INFANTIL)

Caixas de 10 empôlas  
de 1 cc. contendo  
0<sup>gr</sup>.015 de bismuto metal.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPECIA** MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE  
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS (8<sup>e</sup>)

Representante para Portugal  
**SOC. COM. CARLOS FARINHA, L.<sup>DA</sup>**  
Rua dos Sapateiros, 30, 3.<sup>o</sup>  
**LISBOA**

## Clínica livre e socialização da medicina <sup>(1)</sup>

Que neste andar, de extensão cada vez maior dos serviços médicos a colectividades, ficando os médicos a trabalhar como serventuários das instituições representativas de grupos de indivíduos, se caminha para a chamada socialização da medicina e correspondente desparição da clínica livre,— é voz geral.

Será efectivamente assim? E qual deve ser a atitude da classe médica perante tal fenómeno?

Em primeiro lugar, convém definir o significado das expressões usadas em tal assunto, que por vezes não está claro em vários artigos que na nossa imprensa médica tem vindo a lume, o que pode causar a impressão que há divergência de ideias quando ela só existe no sentido em que se empregam as mesmas palavras.

Todos sabemos que clínica livre é aquela que se exerce sem subordinação a terceiros, porque o médico só tem relações com o doente, que para êle apela, em inteira liberdade de escôlha. Quando há intervenção de terceiros, porque o médico atenda o doente pelo facto de êle estar filiado em qualquer organismo, a clínica deixa de ser livre, tanto pelo que respeita ao médico, como pelo que respeita ao doente: no tocante a êste porque não pode escolher, e quanto ao médico porque tem de socorrer o doente conformando-se com as normas prescritas pelo organismo respectivo, que é quem retribue os seus serviços. A clínica assim exercida é um exercício profissional assa-

(1) Ao rematar a carta, dirigida a um colega, publicada no último número desta revista, prometi dizer da minha justiça na tão actual e debatida questão da socialização da medicina. O presente escrito dá satisfação a essa promessa; tome-o o referido colega e amigo, com os meus cumprimentos, como a continuação daquela carta.

*Syphilis:*

**Bismogenol**

*Fama Mundial*

lariado; o médico passa a ser (porque não empregar o termo justo?) um empregado, um funcionário, com vencimento fixo e obrigações determinadas pela entidade que lho paga.

Entendo que a expressão — socialização da medicina — deve representar a aplicação do sistema a tóda a população do país. Se ela existisse, todos os indivíduos teriam assistência prestada pelos médicos de entidades encarregadas de a assegurar; haveria médicos-funcionários para tóda a gente. Enquanto tal se não der, e houver sòmente certos grupos de indivíduos socorridos por essa forma de clínica, há colectivização, mais ou menos exteusa, mas sem o carácter de totalidade que reservo para a palavra — socialização.

Afirma-se que a colectivização da medicina, dada a sua progressiva expansão, conduzirá fatalmente à socialização de profissão médica, já feita na parte relativa à medicina sanitária. E não falta quem, nessa ordem de ideias, defenda uma orgânica oficial, do Estado, que estabeleça francamente, com tóda a latitude, como função pública, a medicina clínica. Por isso as perguntas que formulo a mim próprio são as seguintes: Será inevitável a socialização da medicina? Será essa socialização conveniente para a medicina e seus servidores?

Tenho, por várias vezes já, exposto a opinião de que a colectivização da medicina é um fenómeno social inevitável, que obedeceu a motivos económicos a que não pode negar-se legitimidade. Assim é que as entidades, oficiais ou privadas, que se constituíram na obrigação de tratar gratuitamente os muitos pobres, falhos de recursos para qualquer despesa que exceda a do pão quotidiano, contratam médicos que, por estipêndio fixo, lhes prestem os socorros da profissão. Assim é que se juntam indivíduos em organismos, oficializados ou particulares, para, mediante uma quota pequena, receberem os socorros dos médicos que êsses organismos tomam para tal serviço, retribuindo-os com um tanto por mês. Assistência no primeiro caso, previdência no segundo, em qualquer dos dois a posição do clínico e do doente é essencialmente a mesma: — nem exercício livre, nem livre escolha.

Apesar de um tal sistema restringir a liberdade do doente, sempre existiu no campo da assistência; é nêle tão velho como as próprias instituições de caridade com serviço médico. No campo da previdência, incaracterística e rudimentarmente antes do advento do moderno mutualismo por meados do século passado, ràpidamente se expandiu, passando a ser aproveitado não só pelas associações particulares de socorro-mútuo, mas também pelo próprio Estado e pelos organismos dêle dependentes, por vezes em simbiose com assistência pura. Da parte dos poderes públicos há o desejo de garantir os socorros da medicina a tóda a população que vive em condições económicas desfavoráveis para receber êsses socorros em regimen de clínica livre; da parte dos particulares há o de obter os serviços clínicos com pequena despesa e de assegurar o tratamento, quando doentes, sem gastos extraordinários. Dois sentimentos respeitáveis, que, por assim ser, temos de reconhecer como legítimos, não os podendo combater.

No entanto, penso que a socialização da medicina não será nunca um facto, a não ser que, nós, os médicos, a reclamemos com insistência clamorosa. E sou dêste parecer porque, no fundo, o sistema é inevitável quando os beneficiários lutam com necessidades económicas, mas não é desejável para quem não está nessas condições de escassês de recursos; se o fôsse, a esta hora haveria uma multidão de agrupamentos de indivíduos com boa posição económica, a gosar os benefícios do mutualismo. Tal se não dá. Certo é que há, em sociedades de socorro mútuo um certo número de filiados que tem capacidade financeira para satisfazer os gastos ocasionados pelo estado de doença; mas também é certo que, apesar disso, recorrem frequentemente a médicos extranhos às referidas sociedades, como é bem sabido.

A base do meu parecer e dos factos que acabo de recordar está, fundamentalmente, em que a medicina clínica é, na sua essência, uma profissão liberal: é liberal porque nela a razão se exerce livremente, sem intervenção de extranhos, sem obediência a outros imperativos que não sejam a ciência e a consciência; é liberal porque no seu exercício o médico não deve estar sujeito a patrões, trabalha por sua conta,

## FARMÁCIA VITÁLIA

DIRECÇÃO TÉCNICA DO SÓCIO RIBEIRO DA CUNHA 34, PRAÇA DA LIBERDADE, 37—PÓRTO Telef.: 828 e 413  
Telegr.: Farmácia VITÁLIA

Laboratórios de esterilizações, de produtos farmacêuticos e de análises  
AVIAMENTO RIGOROSAMENTE CONTROLADO DE TODO O RECEITUÁRIO CLÍNICO



Alguns produtos injectáveis especializados de reconhecido valor terapêutico:

**Cálcio Vitália** — Ampolas de 2,5 e 10 c. c. de soluto estabilizado a 10 e 20 % de gluconato de cálcio quimicamente puro.

**Cálcio-Vitacê** — Ampolas de 5 c. c. de gluconato de cálcio a 10 % e de Vitamina (C 1.000 U.I.).

**Vitabê** — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B<sub>1</sub>, doseadas a 0,005 (2.500 U.I.).

**Vitabê forte** — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B<sub>1</sub>, doseadas a 0,025 (12.500 U.I.).

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

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

sem salário, com honorários variáveis segundo as circunstâncias relativas à natureza do serviço prestado e à situação de quem o recebe. Só a clínica livre realiza completamente as condições próprias de uma profissão liberal, só ela dá ao médico a plena consciência das suas responsabilidades. Quando o clínico aceita um cargo numa colectividade, aliena uma parte da sua liberdade, pois tem de sujeitar a sua acção às normas impostas por essa colectividade; e muita vez essas normas limitam as possibilidades terapêuticas, e fazem do médico um fiscal do estado de saúde do doente, informador da administração da entidade que serve, criando-se situações morais delicadas. A posição não é adequada para um exercício profissional perfeito.

Para o doente, a limitação do carácter liberal da medicina traz-lhe prejuízo notório. A terapêutica implica confiança do doente na prescrição do facultativo; só ocasionalmente isso se dá quando o doente é forçado a tratar-se com um determinado médico. Só a livre escolha garante aquela confiança. Isto sem falar da restrição dos meios terapêuticos, tanta vez imposta pela administração da respectiva entidade colectiva.

Assim, podemos dizer que a colectivização da clínica é um mal, tanto para o médico, como para o doente. É um sistema anti-natural, um sistema vicioso. Adopta-se, porque as condições económico-sociais forçam a utilizá-lo, e não porque seja melhor, ou pelo menos tão bom como a clínica livre. Porque essas condições não permitem a grande parte da população os socorros de clínica livre, o sistema tem prosperado; isso não quer dizer que seja aprovável, mas apenas que é melhor adoptá-lo, com todos os defeitos, do que privar dos serviços médicos grande parte da população.

Qual deve ser, então, a conduta da classe perante a colectivização da medicina? Procurar a atenuação dos seus inconvenientes, tanto para o médico como para o doente, mediante medidas legislativas que condicionem o exercício da medicina clínica nos estabelecimentos de assistência e nas instituições de socorro-mútuo e previdência, por forma a que o clínico possa atender devidamente os doentes. Sem entrar em pormenores (que já versei em outros números desta revista) direi em resumo que me parece dever pedir-se, principalmente: limitação do número de indivíduos com direito a socorro médico a uma cifra tal que o número de doentes seja compatível com regular assistência; garantia do médico poder dispor dos meios terapêuticos suficientes para o tratamento conveniente dos doentes; retribuição do serviço clínico em conformidade com a quantidade de doentes ou, pelo menos, dos indivíduos com direito a esse serviço, por forma a que o médico não seja levado, pelas duras necessidades da vida, a desleixar a obrigação moral de cuidar de todos os doentes igualmente. A regulamentação oficial de clínica das colectividades impõe-se como medida indispensável para defeza do médico e do doente.

# Preparados de hormonas



## **PROGYNON PROLUTON TESTOVIRON CORTIRON**

contêm as verdadeiras hormonas quimicamente puras, obtidas depois de extensas investigações químicas e biológicas realizadas nos laboratórios Schering desde o ano de 1923. A sua composição e dosificação estão em harmonia com a experiência clínica mundial.

São evidentes as vantagens que uma terapêutica com substâncias somato-específicas tem sobre a aplicação de medicamentos estranhos ao organismo.

**Schering S. A. Portuguesa**, Largo da Anunciada No. 9-2º, Lisboa

As apregoadas vantagens da socialização, proclamadas pelos seus defensores, são ilusões, que a mais singela reflexão desfaz.

Dizem que a socialização da medicina permitiria levar a todos, pobres e ricos, igualmente, em tôda a parte, os benefícios das ciências médicas, e que seria, portanto, excelente para os doentes; e que para o médico seria magnífica, porque acabaria a concorrência entre os profissionais da medicina, e porque todos teriam a sua subsistência assegurada pelo vencimento, sem necessidade de pensar nos honorários, maiores ou menores, a receber dos clientes.

Ora a verdade seria muito diferente tanto para uns como para os outros. Creio que deixei suficientemente expressa a noção de que só a clínica livre garante ao doente uma assistência médica perfeita; e que é possível, até certo ponto, atenuar os defeitos da colectivização por meio de normas que a regulem, assegurando socorros médicos atentos e meios terapêuticos adequados. Não há que pensar nos doentes que podem pagar em clínica livre, porque êsses nem precisam de colectivização nem a desejam. E quanto aos médicos, e à medicina a socialização seria a maior calamidade que poderia aparecer-lhes.

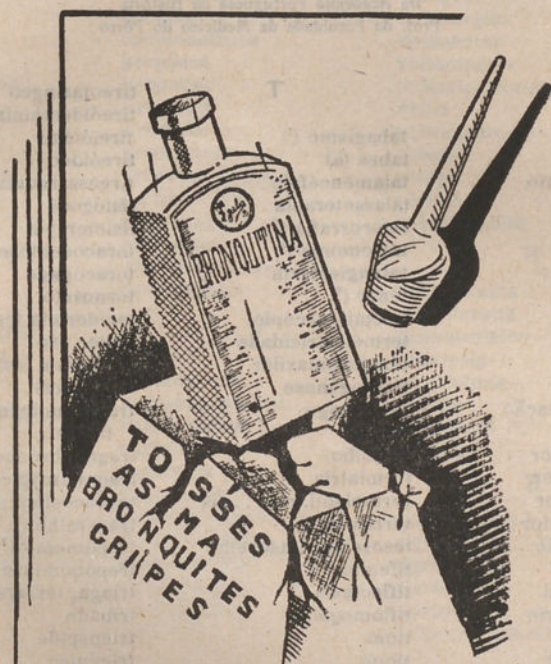
Com efeito, para o médico seria a servidão. O médico clínico passaria a ser um funcionário, sujeito aos regulamentos que para o seu exercício ditassem indivíduos leigos na medicina. Numa profissão em que o juízo pessoal é a base dos procedimentos terapêuticos, é fácil prever a série de prepotências que seria possível, com o pretexto de que o doente foi tratado desta ou daquela maneira e devia ter sido daquela ou desta... Ou com o de que o médico não atendeu rapidamente uma chamada de urgência, ou com qualquer outro do mesmo jaez... E tudo isto, já se vê, praticado por aquela classe de indivíduos que, por não terem necessidade económica que os force à colectivização, não se coadunariam com a mais pequena deficiência, verdadeira ou suposta.

Depois, no espírito dos médicos iria desaparecendo o sentido das responsabilidades e a ância de fazer melhor que os demais, que é o factor essencial dos progressos da clínica. Poderá alegar-se que a recta consciência do médico venceria as nocivas condições criadas pela funcionalização dos médicos, mas o natural é supôr que isso poderia sustentar-se durante algum tempo, mas que, pouco a pouco, o embotamento seria inevitável, porque é próprio da estrutura humana adaptar os seus estados anímicos às circunstâncias da vida. E o decaimento progressivo, da ciência e da consciência médicas, seria um facto, em futuro não distante.

A socialização da medicina não é só um sonho ingénuo; é uma utopia perigosa, que devemos combater sem dó nem piedade. Felizmente, creio bem que ela não será nunca uma realidade, pois basta para isso que não sejamos nós, os médicos, a elogiá-la e a pedi-la.



# TERAPÊUTICA DAS AFECÇÕES BRONCO-PULMONARES



## BRONQUITINA

ampolas—xarope

PREPARAÇÃO DOS  
**LABORATORIOS JABA**  
Rua Actor Taborda, 5 — Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PÔRTO:  
R. dos Caldeiros, 31  
DEPOSITÁRIOS EM COIMBRA:  
Rodrigues da Silva, L.da  
Avenida Navarro, 53

# A linguagem médica e o Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa

por LUÍS DE PINA

(Conclusão)

Da Academia Portuguesa da História  
Prof. da Faculdade de Medicina do Pôrto

subdilocéfalo		
subepático		
subespécie		
subicterícia		
subinflamatório		
subscapular		
sudoriparo		
suicida		
suicídio		
sulfácido		
sulfarsénico		
sulfationte		
sulfossal		
super-acidez		
super-alimentação		
superfosfato		
súpero-anterior		
súpero-exterior		
súpero-interior		
súpero-posterior		
super-oxidação		
supra-axilar		
supra-esternal		
supranumerário		
supra-renal		
suprascapular		
surdimutismo		
surdo-mudez		
surdo-mudo		
	<b>T</b>	
	tabagismo <sup>(1)</sup>	tireofaríngeo
	tabes (a)	tireóidectomia
	talamencéfalo	tireóideo
	talassoterapia	tireóideo
	tarseorrafia <sup>(2)</sup>	tireossarcoma
	taxionomia <sup>(3)</sup>	tisiógene
	telangiectasia	tisioterapia
	ténar <sup>(4)</sup>	toracocentese
	telemicroscópio	toracópaga
	termelectricidade	tornozele
	temporomaxilar	toxidermia (cs) <sup>(6)</sup>
	teratogénese	tóxico (cs)
	teratópage	toxicemia (cs), toxique- mia (cs)
	terçol	transfundir (não trans- fuser)
	terçolho	traqueobrônquico
	termiatria	traqueorrágico
	termolábil, pl. . . eis	traqueostenose
	termostábil	trasorelho <sup>(7)</sup>
	tesorelho, trasorelho	treponemo <sup>(8)</sup>
	tifemia	treponemíase
	tiflectasia	triaga, teriaga <sup>(9)</sup>
	tiflomegalia	tribade
	timo	tricúspide
	tique	trigêmeo
	tirearritmóideo	tripanossomíase
	tireepiglótico	tripanossomo <sup>(10)</sup>
	tireóide <sup>(5)</sup>	trirrádio <sup>(11)</sup>

(1) Não *tabajismo*: esta forma vem no *Voc. Ort.* (2) Este *Vocabulário* traz *tarseorrafia*, como o de Ramiz Galvão. (3) *Taxionomia* melhor do que *taxonomia* e *taxionomia* superior a esta. (Cfr. Ramiz, Louro). (4) Confr. notas a respeito de *antitenar* e *hipótenar*. (5) Já bem discutida e aclarada palavra: não *tiróide*. Cf. Basto (*Ling. de Camilo*, etc.), R. Galvão e *Voc. da Acad.*, para não citar mais, esclarecem bem essa forma e seus derivados. (6) Pronúncia do  $x=cs$ . (Vid. Agost. de Campos, *Glossário*, I. 283). (7) Ricardo Jorge, como disse na nota 1 da pg. 15 (introdução deste *Vocabulário*) quer excluir *trasorelho*, recomendando *tesorelho*, o que comentei na citada nota. O *Voc. da Ac.* não regista *tesorelho*. Porém, inscrevo aqui as duas formas. (8) Não *treponema*. (Cfr. Louro, *Questões*, etc. 251. (9) Da *theriacca* arcaica proveio *teriaga* e *triaga*, esta mais comum. A dita *theriacca magna*, de Andrômaco (médico de Nero), compunha-se de mais de cem *simples*. Encheu a Farmácia e a Terapêutica durante mais de 1.700 anos. (10) Masculino e com *ss*. (11) *Trirrádio*. Não registado nos *Vocabulários* que vi. É designação de uma figura dermopapilar da palma humana.

trocãter <sup>(1)</sup>  
tróclea  
trofonevrose  
troquiter <sup>(2)</sup>  
tsé-tsé <sup>(3)</sup>  
tuberculemia  
tuberculinoterapia

## U

ultimogênito  
ultra-microscopia  
ultra-vermelho  
ultra-violeta  
umeral  
umerário  
úmero  
uncinariase  
úngüe <sup>(4)</sup>  
ungüento  
unissexuado  
úraco  
uraniscosteoplastia  
uranosteoplastia  
uremia  
ureopoese  
ureter, ureteres <sup>(5)</sup>  
ureterectasia  
ureterectomia  
ureterenterostomia  
uretericistoneostomia  
ureterocolostomia  
ureteropieloneostomia  
ureteroplico  
ureterorrafia  
uretrectomia

uretrocele  
uretrorrafia  
uretrorragia  
uretrorreia  
uretróscopo  
uretrostenose  
uricemia, uriquemia <sup>(6)</sup>  
urobilinuria  
urocele  
uropioneufrose  
uropoese  
uropoético  
urorragia  
urorreia  
urodierefer  
urossemiologia  
... ústico <sup>(7)</sup>  
uterorragia  
uteroscopia  
uterostomátomo  
uterovaginal

## V

vacinogenia  
vaginopéritoneal  
vaginorrectal  
vaginovesical  
vagotonia <sup>(8)</sup>  
vagostenia <sup>(9)</sup>  
vago-simpático  
vasiconstricção  
vasiconstritor  
vasidilatação  
vasidilatador  
vasimotor <sup>(10)</sup>

vasimotriz  
verdunização  
vátio <sup>(11)</sup>  
venereologia  
vesicorrectal  
vesicovaginal  
vesicuterino  
vitiligem <sup>(12)</sup>  
vivissecção  
vivissector  
voltampério  
voltamperómetro  
vóltio  
voltómetro <sup>(13)</sup>  
vólvoló  
vómer  
vórmio  
vulvovaginite

## X

xantocromia  
xantodermia  
xantoproteico  
xantopsia  
xerofalmia  
xifóide  
xifosterno <sup>(14)</sup>  
xifópaga

## Z

zígio (antrop.)  
zigóbata  
zígoto  
zimase <sup>(15)</sup>  
zimógene  
zuidouro, zuidoiro

<sup>(1)</sup> e <sup>(2)</sup> Não *troquiter*, nem *trocãter*. <sup>(3)</sup> Moreno (*Joio na seara*, I, 197) e Botelho do Amaral (*ob. cit.*) propõem *ceccé*, repudiando tôdas as demais formas. Aplaudese a idéia, mas seria difícil aceitar *ceccé* pelo velho *Tsé-Tsé* ou *tsé-tsé*. <sup>(4)</sup> Não *úngüis*. O *Voc. da Ac.* traz *úngüis* e *úngüi*. Moreno (*Como falar*, etc. 56) regista *úngüis*. A lição de J. Louro (*úngüe*) é mais convincente. <sup>(5)</sup> Ramiz Galvão, A. Moreno, Louro e outros ensinam *ureter*; o *Voc. da Ac.* tem *uréter*. Botelho do Amaral arrola *uréter*, *uretere*. <sup>(6)</sup> J. Louro indica como mais perfeita a forma *uriquemia*; por isso a registo, sem deixar de considerar *uricemia* (assim apontada no *Voc. da Ac.* e no Ramiz Galvão) já velha palavra de aceitável cotio. <sup>(7)</sup> Não *úsico* (*v. g. acústico, hiperacústico*). <sup>(8)</sup> e <sup>(9)</sup> Leiam-se comentários feitos a *parassimpaticotonia* e *parassimpaticostenia*, mais correctos que estes, de difícil aniquilação. <sup>(10)</sup> Não *vasomotor*, etc. <sup>(11)</sup> Como poderia dizer-se de *quilovátio*, já indicado, poderia escrever, com Moreno (*Lições*, etc., III, 230): «a Portaria n.º 6.409, de 23 de Setembro de 1929, mandou que continuassem em vigor os nomes estrangeiros dessa e de outras unidades eléctricas». <sup>(12)</sup> Não *vitiligo*. <sup>(13)</sup> Não *voltmetro*. Vd. Botelho do Amaral (*ob. cit.*). <sup>(14)</sup> O *Voc. da Ac.* regista as formas *xifosternal* e *xifisternal*. É preferível a primeira. <sup>(15)</sup> Não *zimase*. *Zimase* está registada em Ramiz Galvão e no *Voc. da Ac.*

Antes de rematar êste vocabulário, não aplaudo, antes recrimino, o nosso grande cirurgião seiscentista António Ferreira que dizia, em certo relanço da sua «*Luz verdadeira e recopilado exame de toda a cirurgia*» (edição de 1757), que trata da *solução de continuidade* e nomes vários que lhe eram dados: «os quaes não servem mais que para curiosidade; por quanto a cura própria das enfermidades não se alcança pelos nomes, mas pelo verdadeiro conhecimento das cousas».

Reprove-se tão irreverente conceito do tão prático mestre de escalpelo e lanceta. E relembrem-se, antes, os textos de Curvo Semedo, um dos mais cultos médicos portugueses, falecido em 1719, clássico da língua, quando recomenda grandes e largas leituras: «entre as as folhas do Livro menos cultivado se achão algumas vezes muyto sazonados frutos... o Leytor prudente a todos deve ouvir, tudo ha de ler, & a nenhuma cousa ha de desprezar; mas de todos ha de aprender, considerando, naõ o muyto que sabe, mas o muyto que ignora». (*Polyanthea Medicinal*, 1727). Todavia, quão rasteira e pobrezinha a linguagem de Ferreira, se a emparceirarmos com a de Semedo, desaparecido dêste mundo quarenta anos após a morte daquêle.

Aproveito o lanço para, novamente, lembrar oportunnissimas palavras do Rev.º A. Rocha, há pouco escritas na *Brotéria* (1), quando recordava os estudos liceais do latim e do grego na Espanha reformada: «*dos estudos humanísticos, dos quais só conservam — os estudantes — ou o sorriso de desdém, ou iracundas lembranças, além da consciência de terem perdido miseravelmente um tempo precioso...*» (pg. 29). E depois de, muito acertadamente, ter afirmado que em Portugal «se perdeu a tradição humanística»; depois de ter esclarecido o valor do latim, por exemplo, como disciplina de formação mental (ordem, precisão, lógica e justa medida); depois de exalçar o sentido da cultura que brilha na nova organização liceal espanhola; depois de tudo isso e de outras sensatíssimas informações, o ilustre autor do artigo citado confessa — a propósito da incultura de certos cultos portugueses disfarçados de humanistas para as gentes ignaras — confessa que teve de traduzir «*documentos, escritos num latim bem accessivel, para cruiditos portugueses que andavam a publicar trabalhos de investigação. A isto chegamos*».

Quando acordará, em nós, Médicos, a consciência de podermos voltar a ser os Médicos cultos que já fomos? O carácter da nossa educação artística e científica na Medicina é óptima condição para se conseguir cultivar êsse Humanismo pedido. A não ser que queiramos regressar à idade negra da nossa Medicina, a em que inçavam por aí, aos cardumes, tolerados pelo Físico-mor ou Cirurgião-mor e Protomedicato, echacorvos ou icha-corvos, os curões, apostemeiros, algebristas, mata-sanos de tãda a casta e idiotas florescentes, há muitas dezenas de anos (2)! Se isto é o que se pretende, fácil está a tarefa. E palmeie-se, já, o dito do cirurgião que atrás citei e chamem-se tolos maiores da marca aos que vivem no doce, inofensivo engano de que à classe apenas bastam e sobejam os cirurgiões Ferreiras!

(1) A. ROCHA — *Outra vez o humanismo*. «*Brotéria*», xxxvii. i. 1943. Lisboa. Ver o artigo *Sur l'unification de la terminologie médicale et l'internationalisation des termes médicaux hélieniques*. In «*Umfia*», 1934, n.º 87. Paris.

(2) Com razão escrevia, em 12 de Agosto de 1500, ao Rei D. João III, o célebre Reitor da Universidade de Coimbra Frei Diogo de Murça, dizendo que se devia prover a que os estudantes médicos não se graduassem em Salamanca, onde o poderiam fazer no curtíssimo discurso de 2 ou 3 anos! De essa forma, alcançam aqui depois cartas do Físico-mor, pelo que se inundava o Reino de médicos a que chamam *Icha-corvos e Mata-sanos!* (Cód. existente no Arq. Nac. da T. do T. e na Bib. de Évora).

# VACINAS

DOS LABORATÓRIOS DO

## Dr. P. ASTIER

### COLITIQUE

VACINA ANTICOLIBACILAR

APRESENTAÇÃO { PER OS  
INJECTÁVEL  
FILTRADO

### PHILENTÉROL

VACINA POLIVALENTE BEBÍVEL

COMPOSIÇÃO { COLIBACILOS  
ENTEROCOCOS  
ESTAFILOCOCOS

### STALYSINE

VACINA ANTIESTAFILOCÓCICA

APRESENTAÇÃO { PER OS  
INJECTÁVEL  
FILTRADO

---

Laboratórios do **Dr. P. ASTIER**  
PARIS ——— CHATEAUROUX

Representantes para Portugal e Colónias

**GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>^</sup>**

240, Rua da Palma, 246 ——— LISBOA

## ÍNDICE DOS ERROS E ADITAMENTOS

Por lapso, alguns vocábulos rematados em *cite* foram-no em *cito*, razão por que devem emendar-se os seguintes: *leucócite*, *linfócite*, *megalócite*.

Alguns outros, terminados em *page*, *gene*, *mele* e *mere* devem ser corrigidos, passando para aquela forma as respectivamente erradas: *page*, *geno*, *melo* e *mero*. Logo:

<i>algesiogene</i>	<i>ectrómele</i>	<i>cefalotoracópago</i>	<i>metámere</i>
<i>electrógene</i>	<i>focómele</i>	<i>craniópago</i>	<i>neurómele</i>
<i>endógene</i>	<i>hemimele</i>	<i>craniógene</i>	
<i>epileptógene</i>		<i>ectópago</i>	
<i>esclerógene</i>		<i>esternópago</i>	
<i>estesiógene</i>		<i>hemípage</i>	
<i>fibriniógene</i>		<i>heterópago</i>	
<i>galactógene</i>			
<i>halógene</i>			
<i>malarígene</i>			
<i>monógene</i>			

Nas notas a respeito de *gene*, de *page*, de *mele* e de *mere* esclareci eu, todavia, a grafia dos mesmos elementos terminais.

Outras emendas:

PÁG.	LINHA	ONDE ESTÁ:	LEIA-SE:
		<i>alcoóis</i>	<i>alcoóis</i>
		<i>aortostemia</i>	<i>aortostenia</i>
		<i>anciloglosse</i>	<i>anciloglosso</i>
		<i>colocintida</i>	<i>colocintida</i>
		<i>colossigmoidostomia</i>	<i>colossigmoidostomia</i>
		<i>colpoperineorrafia</i>	<i>colpoperineorrafia</i>
		<i>cacriociste</i>	<i>dacriociste</i>
28	4. <sup>a</sup> (a contar de baixo)	<i>dizirm</i>	<i>diziam</i>
		<i>ectoblasta</i>	<i>ectoblasto</i>
XXII	3. <sup>a</sup> ( > )	<i>e são poucos</i>	<i>e nao são poucos</i>
		<i>electrocele</i>	<i>elitrocele</i>
28	14. <sup>a</sup> ( > )	<i>enterococica</i>	<i>enterococcia</i>
		<i>entepexia</i>	<i>enteropezia</i>
		<i>epispádias</i>	<i>epispádia</i>
		<i>esternoclidomastóideo</i>	<i>esternoclidomastóideo</i>
		<i>ético</i>	<i>... ético</i>
		<i>... ético</i>	<i>... ético</i>
		<i>eureso</i>	<i>eurese</i>
		<i>fibrocartilógeno</i>	<i>fibrocartilagíneo</i>
7	3. <sup>a</sup> ( > )	<i>flue</i>	<i>flui</i>
		<i>fotelétrico</i>	<i>foteléctrico</i>
		<i>hematosalpingoo</i>	<i>hematosalpingeo</i>
		<i>hemi-tanopsia</i>	<i>hemi-anopsia</i>
		<i>heteropariógenese</i>	<i>heteroparienogénese</i>
		<i>hiper-leucocitose</i>	<i>hiper-leucocitose</i>
		<i>hiposclerite</i>	<i>hiposclerite</i>
		<i>hipospádia</i>	<i>hipospádia</i>
XXII	23. <sup>a</sup> ( > )	<i>identict.e</i>	<i>idénticam.te</i>
		<i>ilio</i>	<i>ilio</i>
		<i>impigem</i>	<i>impígem</i>
		<i>inguinoscrola!</i>	<i>inguinoscrotal</i>

PÁG.	LINHA	ONDE ESTÁ :	LEIA-SE :
8	8. <sup>a</sup> (a contar de baixo)	<i>laringotraqueíte</i>	<i>laringotraqueite</i>
XXII	25. <sup>a</sup> (*)	<i>Liguagem</i> <i>melanotrico</i> <i>meod.</i> <i>mucopurulento</i> <i>não metacismo</i>	<i>Linguagem</i> <i>melanotrico</i> <i>mod.</i> <i>mucopurulento</i> <i>não mutacismo</i>
XXXVIII	5. <sup>a</sup> (*)	<i>ourage</i>	<i>ouvrage</i>
17	8. <sup>a</sup> (*)	<i>To</i>	<i>Tò</i>
XXXIV	5. <sup>a</sup> (*)		

ALOÉS. — Forma recomendada por António Moreno (*Joio*, etc. Ob. cit.). Pág. 215.

ANCILOGLOSSO. — O *Vocab. da Acad.* regista, também, *anciloglosse*.

AUTO-SEROTERAPIA. — Lembro o composto *auto-soroterapia*. Ver *soro-* e *sero-terapia*. O *Voc. da Ac.* não traz *auto-soroterapia*, embora registre *soroterapia*.

BUZINADOR. — O *Voc. da Ac.* traz *bucinador* e *bucinator* se diz nas Faculdades de Medicina portuguesas. A versão vem de *buccinator*, *oris* = corneta, trombeteiro, o que toca corneta ou trombeta. Se a base da palavra é *buccina*, buzina, o derivado será *buzinador*. Camilo C. Branco, nos *Anos de prosa* (pg. 196, Ed. de 1920, Pôrto), escreveu *businador* (erradamente com s): « *O marido, arregaçando os musculos businadores e as azas nasaes com elles . . .* ». *Buccina*, de seu lado, vem de *bucca* = bôca, e *cano*, *ere* = cantar. A passagem ao português é, sem dúvida, *buzina*, *buzinador*. O utilissimo músculo assim deve chamar-se.

CÁIBRA. — Não vai citado este vocábulo, embora correntio. Pronuncia-se mais ou menos *cáimbra* e *caimbra*; o povo pronuncia também *cãobra* (*cáumbra*), confundindo o vocábulo, assim, com as *câmaras* ou *cambras* (= diarreia; *curros*, *correnteza*, pop.). Eis um passo da *Corja*, de Camilo (pg. 42. Ed. 4.<sup>a</sup>, Pôrto): « *E as cambras — ajuntou Felícia. — Camvras — emendou o boticário* ». Gonçalves Viana (*Vocabulário*, 1920) tem *caimbras*, *caibra*. O *Dicionário* de Moreno arquiva *cãibra*, como a Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira. Outros dicionários antigos dizem *cãibras* (v. g. o de *Faria*, de 1851). *Caimbras* podem ser as *câmaras*: « *algumas pessoas mais letradas pretendem emendar para «caimbras», mas a expressão fazer câmaras, no sentido de ter diarreia, já se encontra em autores do século XVIII* ». Vd. A. Saavedra, *A Linguagem médica popular*. Informo que *câmaras* era já vocábulo usado antes daquele século. Saavedra não regista *cãibras*.

CARÓTIDES. — Assim escreviam e diziam muitos antigos médicos e cirurgiões. A *Anatomia* de Santucci (1739), portuguesa, bem revista por quem bem sabia a nossa língua, lá traz *carótide*, *carótides*.

CÓRIO. — Não *córion* ou *corion*. Alguns autores arrecadam formas terminadas em *on* e *en*, sem razão. Assim Costa Leão (*Prontuário ortográfico*, 1943), que menciona *glúten*, *límen*, *ileon*, *pterion*, *cólon*, etc., aliás de mistura com outros bem grafados, tais *abdome*, *obélio*, *germe*, *cerume*, *acrómio*, etc.

CRANIOSPONGIOSE. — Vd. nota ao vocábulo *espongiose*.

CURADEIRO, A. — Não se registou este vocábulo, nem suas variantes *curandeiro*, *a*. Disse Luiz Gomes Ferreira, no *Erario Mineral*, de 1735 (Lisboa): « *castelhana curadeyra, ou para melhor dizer comedeyra* ». Pág. 88. Vulgar era o vocábulo *curão*, *curões*. Os dicionaristas têm-se esquecido destas velhas palavras.

DÍPLOA. — Sub. fem. Outros nomes se usaram: *díploes* (Braz L. de Abreu, *Portugal Médico*, 1726); *díplora* (Santos de Torres, *Promptuario Pharmaco e Cirurgico*, 1741); etc. Vd. Luiz de Pina. *Subsidio para a História da Anatomia Portuguesa, do Renascimento à Reforma Pombalina: Vocabulário*. Em pub. na *Folia Anatómica*. Vol. XVIII. N.º 5. Coimbra.

DUCHA. — Também se não registou este vocábulo. Uns, v. g. Moreno, assinalam *duche* e *ducha*, como o *Voc. da Ac.*; Botelho do Amaral (ob. cit.) prefere o vocábulo *ducha*, fem. Podem aceitar-se estas maneiras: *banhos duches* e *duchas*.

ESPINHAL. — Alguns autores médicos antigos escreviam *espinhal*, v. g., Álvares da Cruz (*Arte médica*, 1759) e António Ferreira, já cit.: — *espinhal-medula*. Isto há 200 anos.

FERROCIANETO, FERRICIANETO. — Embora designações de dois sais de ferro diversos, a segunda forma, lingüisticamente considerada, é a melhor, tal como disse. A diferenciação química exige a prosódica!

GLICEMIA. — Mais correcta é *gliquemia* (J. Louro, *Questões*, etc.).

HEMORRÓIDES. — Também nos livros médicos se dizia (e agora diz o Povo) *almoreimas*. Alguns dicionaristas, *exempli gratia* Solano Constâncio (cirurgião e filho do célebre anatómico lisbonense Manuel Constâncio), em 1836, registam *hemorróidas*.

HERPES (melhor HERPETE). — Camilo registou esta palavra, variadas vezes, como feminina e no plural. Assim, *herpes venenosas que fermentaram no sangue* (Cenas da Foz, pg. 98, 1920); *clavículas esqueléticas mordidas das herpes* (A Corja, 4.<sup>a</sup> ed., 4); *antídoto das herpes* (Id., 5); etc. etc.

HIPOSPADIA. — Escreveu-se correctamente *hipospádia*. Em um último artigo de J. Louro (*Questões et Port. Méd.*, 1942, n.º 11) propõe-se *hipospádia* (s. m.) para uniformizar os dois vocábulos *hipospádia* e *epispádia*. Éste último registei-o, inadvertidamente, sob a forma de uso corrente — *epispádias*, em que conservei o *s*. Embora seja mais admissível *hipospádia*, pode usar-se, pela razão apontada, *hipospádia*; quanto a *epispádias*, bastaria elidir a letra final. Como bem lembro Louro, Ramiz Galvão e Antenor Nascentes arquivam nas suas obras *hipospádias* e *epispádias* (Os franceses anotam *hypospadias* e *epispadias*). Gonçalves Viana tem no seu *Vocabulário* o termo *hipospádia* (já correcto), mas regista *epispádias*. Tal como o *Vocabulário* da Academia e como inseri no meu.

É louvável o intuito de J. Louro, ao propor a unificação *hipospádia* e *epispádia* (ambos masculinos, advirta-se), que são as formas correntes, sem *s* terminal. Os correspondentes adjectivos são, necessariamente, como bem indica o nosso filólogo portuense, *hipospádiaco* e *epispádiaco*. Não seria mais acertado aceitar, então, *hipospádia* e *epispádia*?

*Hipospádia*, como se inscreve no *Vocabulário* da Academia e neste meu, proscreve-a J. Louro, na acepção de substantivo. Cfr., todavia, *prognatismo* e *prognato*; *estratégia* e *estratego*; *platirrinia* e *platirrine*; etc. Não será rigoroso demais o julgamento do Dr. J. Louro, quanto ao *hipospádia*?

Quanto ao adjectivo *hipospádiaco* (que não arrolei no *Vocabulário*, embora a êle aludisse), nota-se que é forma vulgaríssima esta, embora errônea, sem dúvida.

IÃO. — Sá Nogueira, nas *Questões de ling.* (ob. cit.), recomenda esta forma (1936, pg. 118). Já vimos que a forma curial é *ionte*.

IATRIA. — Juntem-se às apontadas estas palavras: *ιατρειά*, *cura* e *ιατροδικαστής*, *médico-legista*.

IMPALUDISMO. — Esta palavra, não registada no seu lugar, é preferível a *paludismo*.

ODO. — Seria melhor *iode*; mas *iodo* está firme no léxico popular e culto.

... IÓDEO. — Autores há que apresentam vocábulos grafados de duas formas: *ióideo* e *ioideu*, *ioidea* e *ioideia*. Assim, Costa Leão (*Prontuario*, cit.) traz *sigmoideo*, *sigmoideia*, a par de *xifóideo*.

IRIS. — Entre os que consideram masculina esta palavra, indico Botelho do Amaral (ob. cit.).

LARYNX. — Masc. *O Larynx*: assim escreveram alguns autores antigos de Medicina. V. g. A. Ferreira (ob. cit.): *o buraco do Larynx* (pg. 44); «*no principio della se acha o Larynx*», id. Outros masculinizaram o vocábulo, como Manuel Leitão (*Tratado Completo de Anatomia*, etc., de 1788), que lhe chama *O Larynx*. Também se diz *O Faringe*. Estavam dentro da lógica e da razão. É difficil, contudo, desfeminizar a palavra (Vd. Rebêlo Gonçalves, *Filologia e Literatura*, 412).

SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE. — Embora sem qualidades para ser aceite, esta designação, indubitavelmente gauleza, empregou-a, entre mais, o cirurgião António Ferreira, do século XVII, como pode ler-se em edição de 1757 da sua obra *Luz verdadeyra*, etc., já cit. no capítulo IV da *Nova Pratica de Cirurgia*, no fim daquela obra (pg. 429) o cirurgião de Lisboa discreiteia sobre a *solução de continuidade*.



## NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

**Segrêdo médico.** — Por motivo de dois clínicos se terem escudado em determinações da Ordem dos Médicos para não referir o que ao seu conhecimento chegou relativamente a um crime de aborto, cujo processo corria pela Comarca de Sintra, e por entenderem o Procurador da República e o Delegado que, em circunstância de crime público, a razão invocada não era suficiente, foi o caso levado à Procuradoria Geral da República, que em sua sessão de 24 de Julho último, aprovou o seguinte parecer, que é útil tornar conhecido da classe médica:

A obrigação de guardar em segredo os factos de que se tenha tomado conhecimento no exercício de uma profissão foi imposta e assegurada com sanções penais e disciplinares por motivos de interesse público evidente. Pelo que se respeita ao segredo dos médicos, tal como o de outros profissionais, o fundamento da obrigação encontra-se, como diz Mazini (Trat. di Dir. Pen., vol. VIII, de 1937, pág. 817 e seg.) na defesa da liberdade e da segurança das relações íntimas, profissionais, determinadas pela necessidade ou quasi necessidade de recorrer ao auxilio dos que exercem uma profissão (Vid. ainda Garraud, *Traité Theor. et Prat. de Droit Pen. Franc.* 3.<sup>a</sup> ed., 1935, tomo VI, pág. 65.) Tôdas as pessoas podem, com efeito, ter necessidade de recorrer a êste auxilio e precisam de ter a certeza de que o farão sem o perigo de verem desvendados factos íntimos, algumas das suas desgraças, as suas preocupações, os seus anseios, em resumo, aquêlê âmbito da sua personalidade que deve ser defendido de intromissões estranhas ou de conhecimentos alheios que poderiam afectar a liberdade de acção de cada um e, possivelmente, a sua segurança ou a sua vida. O segredo profissional não é, assim, protegido em razão de um interesse puramente particular ou mesmo de classe, quando estreitamente considerado, mas sim em virtude de um interesse geral ou público, pela susceptibilidade de poder respeitar, ou por respeitar, com efeito, à totalidade dos cidadãos. Mas êste interesse público cede, ou deve ceder, naturalmente, perante outro interesse público mais forte, e é por isso que hoje, por tôda a parte, se entende que a obrigação do segredo profissional não deve ser mantida quando razões superiores áquelas que determinaram a sua criação imponham a revelação dos factos conhecidos durante as relações profissionais. O sistema da lei portuguesa está, quanto aos médicos, de acôrdo com estes princípios. Para só falarmos agora do segredo profissional perante a lei penal, por ser o aspecto que interessa à presente consulta, recordamos que o nosso Código Penal sancionava na disposição geral do § 1.<sup>o</sup> do art. 290.<sup>o</sup> as violações do segredo médico profissional e que o Código do Processo Penal, no art. 217.<sup>o</sup>, n.<sup>o</sup> 3, isentou da obrigação de depôr os que por lei estão obrigados a guardar segredo profissional, *sôbre os factos que não devam revelar*. E ainda legislação mais recente, o Decreto n.<sup>o</sup> 32.171, de 29 de Julho de 1942, art. 7.<sup>o</sup>, veio mesmo esclarecer que os médicos podem revelar um segredo profissional *havendo justa causa*, isto é «quando a revelação se torne necessária para salvaguardar interesses manifestamente superiores», apontando logo alguns exemplos de *justa causa* (aparecimento de certas moléstias contagiosas ou a verificação de óbito de pessoas a que não tenham prestado assistência e também quando exista suspeita de algum crime público), preceituando, ao mesmo tempo, que os médicos não podem recusar-se a depôr, em processo penal, mesmo com revelação do segredo, nesses casos apontados, a não ser que a pessoa assistida pudesse incorrer com responsabilidade penal (§ 1.<sup>o</sup> daquelle art. 7.<sup>o</sup> e seus n.<sup>os</sup> 1.<sup>o</sup> e 2.<sup>o</sup>). Entendeu-se pois, expressamente, que as conveniências do segredo profissional tinham de ceder perante certos perigos da saúde pública ou perante as necessidades da justiça penal, quando houvesse suspeita de crime público e estivesse afastada a possibilidade de incorrer em responsabilidade criminal a pessoa a que os médicos houvessem prestado assistência. No caso da consulta verifica-se, nitidamente, uma dessas hipóteses (a do n.<sup>o</sup> 2.<sup>o</sup> do § 1.<sup>o</sup> do mesmo art. 7.<sup>o</sup>) em que os médicos se não podem recusar a depôr sôbre os factos de que tiveram conhecimento no exercício da sua profissão e por causa da assistência que prestaram à falecida Aurora da Silva, vítima de aborto, por haver suspeitas de crime público e não haver já possibilidade de ela incorrer em responsabilidade penal, pois que faleceu (art. 125.<sup>o</sup>, n.<sup>o</sup> 1, do Código Penal). O superior interesse público e a lei imperiosamente exigem que os médicos que prestaram assistência

à vítima do abôrto deponham com a amplitude necessária ao inteiro esclarecimento da justiça. Deverá, assim, a Ordem dos Médicos autorizar os dois clínicos de que se trata a prestarem aos investigadores do crime e à justiça as declarações ou depoimentos que se tornem precisos ao apuramento da verdade.

**Novo partido médico.** — Foi criado na freguesia de Odeleite, concelho de Castro Marim.

**Partidos médicos,** a concurso: Cabril, Pampilhosa da Serra. Cabeço de Vide, Fronteira. Póvoa de Santa Iria, Vila Franca de Xira. Ponta do Sol, séde. Moselos, Paredes de Coura. Penela, séde. Aldeia da Mata, Crato. Favaio, Alijó. Carlão, Alijó. Santa Clara, Sardoal.

**Médicos e farmacêuticos.** — O Conselho Geral da Ordem dos Médicos distribuiu uma circular, lembrando que incorre em pena disciplinar todo o médico que solicite a qualquer farmacêutico e seus auxiliares que o substituam na prática de injeções ou outros tratamentos, e recomendando a obediência às disposições sôbre o receituário de estupefacientes e a conveniência de escrever as receitas em papel timbrado. Informa que o Sindicato Nacional dos Farmacêuticos vai distribuir às farmácias um cartaz com as disposições da lei sôbre exercício da medicina que interessa os farmacêuticos, o qual deve ser afixado em lugar bem visível do público.

**Acumulação de lugares em organismos corporativos e de previdência.** — Pelo Sub-secretariado das Corporações foi publicado o seguinte, na imprensa do dia 26 do corrente: « — Na disposição 5.<sup>a</sup> do despacho de 18 do mês findo, sôbre acumulações do pessoal dos organismos corporativos e das instituições de previdência dependentes do I. N. T. P. fixou-se até 10 do corrente o prazo para a apresentação dos requerimentos pedindo autorização para acumular.

Esse prazo foi agora prorrogado até ao fim dêste mês, devendo os interessados observar as seguintes instruções: os contratos cuja homologação não depende de despacho autorizando para acumular serão apresentados no I. N. T. P. no prazo atrás fixado; os contratos cuja homologação referida na disposição 1.<sup>a</sup> do citado despacho, serão apresentados dentro de 5 dias após a comunicação do respectivo despacho.

Os requerimentos serão acompanhados de uma estampilha fiscal de taxa de 1\$50 e os contratos feitos em triplicado, sendo o original em papel selado e assinado sôbre uma estampilha fiscal de 25\$00 e os dois restantes exemplares em papel comum, formato legal.

Os requerimentos e contratos de fóra do distrito de Lisboa são enviados por intermédio dos delegados distritais do I. N. T. P. que os farão acompanhar da sua informação.

Os requerimentos pedindo autorização para acumular serão sempre instruídos com as informações dos organismos corporativos ou das instituições de previdência interessadas.

A obrigação de requerer para acumular, refere-se não só ao exercício de funções em organismos corporativos e instituições de previdência, mas ainda nos serviços de qualquer entidade por virtude dos quais se perceba remuneração certa.

Os assistentes corporativos estão dispensados da obrigatoriedade do contrato escrito e os consultores jurídicos e os médicos só o farão quando percebam remuneração fixa. —»

A prorrogação do prazo, até ao dia 30, abrangeu um período ainda tão curto, que é natural ainda sejam recebidos requerimentos; por isso e por interessar a muitos médicos, publicamos êste aviso.

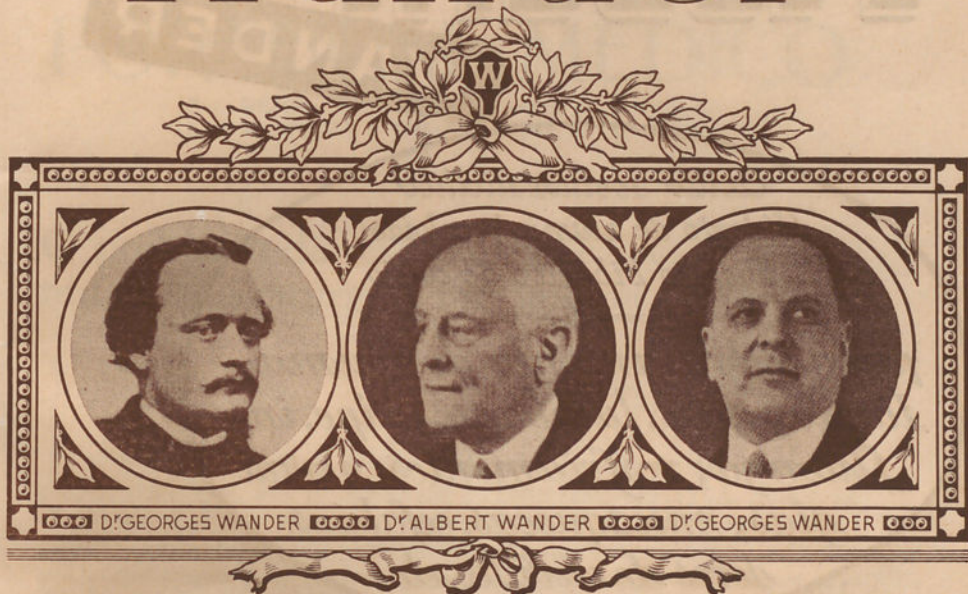
**Necrologia portuguesa.** — Dr. Joaquim Pereira Machado, médico em Cantanhede. Dr. Ricardo Souto, que durante muitos anos exerceu clínica em Algés, donde retirou para Angeja, sua terra natal. Em Arcos de Val-de-vez, o nosso estimado assistente, antigo distinto clínico, Dr. Manuel Joaquim Ferreira Mendes.

Tipografia ENCICLOPÉDIA PORTUGUESA, L.<sup>DA</sup>

Executa todos os trabalhos tipograficos,  
a preços sem competência.

47, Rua Cândido dos Reis, 49 — PORTO

# Wander



## Tradição !

Três gerações de farmacêuticos criaram o renome mundial de Wander.

Três princípios mantêm a sua reputação: **CONSTANTE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA, QUALIDADE, EFICÁCIA.**

Tôdas as matérias primas utilizadas na fabricação dos produtos Wander são cuidadosamente verificadas para se ter a certeza da sua pureza.

É a razão porque Wander pode oferecer ao corpo médico preparações de reconhecida eficácia e perfeita tolerância.

**WANDER = Qualidade + Eficácia**

**DR. A. WANDER S. A., BERNE — SUÍÇA**

Fabricantes de produtos dietéticos, químicos e farmacêuticos desde 1865

ÚNICOS CONCESSIONÁRIOS PARA PORTUGAL :

**ALVES & C.<sup>A</sup> (IRMÃOS)**

Rua dos Correios, 41-2.º — LISBOA

# Noveril

WANDER

*Ácido acetilosalicílico  
Hidrato de alumínio coloidal  
Fosfato bibásico de cálcio*

*para o tratamento do reuma-  
tismo, gota, lumbago, gripe, in-  
fluenza, resfriamentos, neural-  
gias, enxaquecas, cefaleias,  
dores de ouvidos, etc.*



*Tubo de 20 comprimidos  
Esc. 12.00*

Dr. A. WANDER S. A., BERNE (Suíça)

Concessionários: ALVES & C<sup>A</sup> IRMÃOS

RUA DOS CORREIROS - 41-2º - LISBOA

# PORTUGAL MÉDICO

(3.<sup>a</sup> SÉRIE DAS ANTIGAS REVISTAS: GAZETA)  
(DOS HOSPITAIS E VIDA MÉDICA. ANO 35.<sup>o</sup>)

1943

N.<sup>o</sup> 11

## O problema da revascularização cardíaca no tratamento cirúrgico da "angina pectoris" <sup>(1)</sup>

por SILVA PINTO

1.<sup>o</sup> Assist. na Facul. de Med. do Pôrto  
e bolseiro do Inst. para a Alta Cultura

Desde a clássica e inicial descrição da angina de peito, feita por HEBERDEN, até à morte de J. HUNTER, em 1793, pouco se disse àcerca da natureza deste padecimento. Porém, a autópsia do grande cirurgião inglês, juntamente com as observações já colhidas por outros autores, demonstraram certas alterações vasculares cardíacas que, com o tempo, os investigadores tornaram responsáveis pela *angina pectoris*.

De acôrdo com eminentes cardiologistas, como LEWIS, entre outros, consideramos a angina de peito um síndrome independente dos síndromes para-anginosos, que podem complicar entidades nosológicas bem definidas: infartos do miocárdio, insuficiências cardíacas, hipertensão arterial, etc. Assim entendida a expressão *angina pectoris*, passando em revista a evolução dos conhecimentos e opiniões a seu respeito, vê-se que já JENNER, em 1772, havia ligado a angina de peito à esclerose coronária; depois, entre outros trabalhos, a descrição da necrópsia de J. HUNTER, feita em 1794 por EVERARD HOME, e os estudos de ALEN BURNS e PARRY (1809), levaram a explicar assim o mecanismo da angina de peito: perturbações coronárias — esquemia cardíaca — síndrome anginoso.

Mas o assunto não ficou esgotado; durante gerações, foi motivo de rija discussão, apoiando-se os contraditores em dados necrópsicos numerosos. Na realidade, freqüentemente se encontram extensas alterações coronárias em pessoas que nunca sofreram qualquer crise anginosa, ao lado de grandes anginosos cujas autópsias nada mais revelam além de leves alterações coronárias, e alguma vez integri-

(1) Resumo do livro «Revascularização cardíaca. Estudo experimental», dissertação de candidatura ao grau de doutor, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Pôrto.



dade do sistema vascular do coração. Isto levou a considerar um factor importante — a sensibilidade individual —, muito variável de indivíduo para indivíduo.

Apesar da larga documentação publicada, não é fácil dizer até onde vão as lesões coronárias e qual o papel real das insuficiências circulatórias, com a sua correspondente esquemia, na étio-patogenia da angina de peito. Nota-se, contudo, que as altas percentagens em que, nos casos estudados, se apresentam as lesões coronárias, levam à aceitação quási geral da sua importância, critério que LEVINE exprime desta maneira: «À excepção de alguns casos especiais, penso que é melhor considerar todos os doentes de angina de peito, atingidos de coronarite e, sobretudo, de esclerose coronária».

Mas certas acções nervosas podem dar singular relêvo à insuficiência circulatória do coração. Já J. HUNTER havia esboçado a sua importância, quando afirmou, a respeito de si próprio, «que a vida estava nas mãos de qualquer malandro que quizesse aborrecê-lo e encomodá-lo». FRANCK, mais tarde, deu feição científica a êste conceito, atribuindo acidentes mortais, em certas formas de angina de peito, à contratura reflexa das coronárias. CORVISART e LÄENNEC incluíram a angina de peito no capítulo das doenças nervosas.

No síndrome domina o sintoma dôr, tradução inegável de sofrimento do plexo cárdio-aórtico. O que interessa, porém, no problema de que nos ocupamos, é o papel fisiológico do sistema nervoso na circulação cardíaca, na regulação vasomotora das coronárias, que têm de fornecer o sangue em quantidade proporcional às necessidades correspondentes à actividade do órgão que irrigam. Segundo uns, o equilíbrio estabelece-se devido às variações da pressão aórtica, segundo outros requer um mecanismo especial (acções mecânicas, de origem miocárdica, e químicas, de origem metabólica), e segundo outros, ainda, depende de reflexos vasomotores. Todas estas hipóteses tem factos a apoiá-las. Os reflexos patológicos têm, também, grande importância: existência de infartos do miocárdio sem oclusão coronária, perturbações do funcionamento cardíaco na úlcera péptica e na colecistite, experiências de KRONECKER (fibrilação quando se pinça uma artéria coronária aberta), coexistência da angina de peito com outros síndromes nitidamente vasomotores, etc. Não se pode, pois, negar a existência de reflexos na corono-regulação normal e em certos estados patológicos, como a angina de peito. Se a artéria esclerosada, rígida, não pode contrair-se, o facto não impede que o espasmo exista, e atinja a rede arteriolo-capilar correspondente ao vaso afectado, e, às vezes, territórios de outras artérias. No consenso de muitos autores, e em resumo, o acesso de *angina pectoris* resulta de uma crise de

coronaro-constricção reflexa, de origem cardíaca ou extra-cardíaca. Essa crise de coronaro-constricção (LERICHE) ou reflexo invertido (MORAWITZ) exerce-se por intermédio dos nervos vasomotores coronários.

Serão as fibras simpáticas vasoconstritoras e as parasimpáticas vasodilatadoras, ou vice-versa? Sôbre êste ponto foi, e ainda é, rude a discussão. Citarei apenas, do muito que se tem escrito, os estudos de KATZ e JOCHIM, os quais verificaram que, no Cão, o vago conduz fibras coligêrnicas, sempre vasodilatadoras, nunca vasoconstritoras e que a acção tónica dos nervos simpáticos é predominantemente vasoconstritora. Esta última acção é, para nós, muito importante, baseando esta opinião em observações clínicas e experiências laboratoriais, a algumas das quais assistimos, as realizadas no Laboratório de Cirurgia Experimental da nossa Faculdade, pelos Profs. HERNANI MONTEIRO, ALVARO RODRIGUES e SOUSA PÉREIRA, e pelo Dr. MELO ADRIÃO, em seqüência dos trabalhos sôbre a anatomia comparada, principalmente no Cão, a irrigação e a inervação cardíacas, de que há muito se ocuparam os referidos investigadores.

O factor nervoso une-se ao factor vascular, por tal forma que se pode falar de um só: o factor neuro-vascular, perturbador da irrigação cardíaca, impedindo a adaptação de débito coronário às exigências do trabalho do coração, de modo constante ou temporário, absoluto ou relativo.

\*

Contrariando o conceito de FALÓPIO, «vulnerato corde non potest homo vivere nisi miraculose», vencendo antigos preconceitos bem expressos na frase de BILLROTH de que o cirurgião que quisesse tentar a sutura de uma ferida cardíaca devia perder o respeito dos colegas, e arrostando o justificado receio de tôda a manobra cardíaca, TASSI (1881), primeiro, e CAPPELEN (1895) e FARINA (1896) depois, baseados nas célebres experiências de BLOCK, de DEL VECCHIO e de ROSENTHAL praticaram, respectivamente, a sutura do pericárdio e do coração, trazendo, assim, êste órgão para o campo da cirurgia. Tratou-se a sínfise pericárdica (DELORME), por indicação de LAUDER BRUTON, em 1902, tentou-se a cura das estenoses vulvulares, mitraes, (ensaiada por CUTTLER, ELIOT e outros), aórticas (TUFFIER) e pulmonares (DOYEN) e, finalmente, há dez anos, iniciou-se o estudo dos métodos de revascularização cardíaca por enxertos de vários órgãos sôbre o coração, para não falar noutras intervenções também realizadas para o tratamento das lesões coronárias traumáticas, dos cistós de equinococos do miocárdio, etc.

A cirurgia do simpático, votada ao ostracismo durante longos

anos, renasceu em 1916, graças aos trabalhos de JONNESCO sobre a angina de peito e de LERICHE sobre o simpático peri-arterial. Os seus progressos, os óptimos resultados que em diversas circunstâncias como ela se obtêm, são claros e conhecidos. A sua importância no problema que hoje versamos é muito grande, como vamos ver.

Como na angina de peito há, quasi sempre pelo menos, um factor nervoso, a que já aludimos, um factor neuro-vascular, do qual depende, como sabemos, a esquemia, a mais não ser relativa, tantas vezes presente quer neste síndrome quer noutros semelhantes; como existe esquemia, compreende-se que os processos indicados visem remediar este *deficit* circulatório. E, em tais condições, só duas alternativas se nos oferecem: primeiro, aumentar o calibre das artérias coronárias ou de quaisquer dos seus ramos, isto é, tornar mais abundantes as vias normais de abastecimento do coração ou das zonas doentes; segundo, criar novos vasos, dar novas fontes sanguíneas ao coração.

Antes de mais, deve notar-se que há anastomoses das coronárias entre si e cadeias colaterais que põem estas artérias em relação com as cavidades cardíacas e territórios vizinhos. As anastomoses extra-cardíacas assumem em determinadas circunstâncias um singular valor: em alguns casos de artérias coronárias insuficientes, a vitalidade, possibilidades de adaptação e resistência do coração, devem-se à eficiência dessa rede colateral.

Pôsto isto, vejamos como se tem procurado aumentar o calibre das artérias coronárias ou de quaisquer dos seus ramos.

Há só dois processos para o conseguirmos: medicamente, pelos vasodilatadores, cirurgicamente, pela simpaticectomia.

É, na realidade, ao que se tem recorrido, em medicina, pelo uso dos nitritos e nitroglicerina, em cirurgia, pelo emprêgo da estelectomia, bloqueio dos gânglios simpáticos cérvico-torácicos, etc.

A simpaticectomia deve exercer acção vasodilatadora sobre os vasos do coração, como indica a acção fisiológica do simpático e mostram os bons resultados obtidos por LERICHE e por GOVAERTS. Mas, como se compreende, o resultado dos bloqueios simpáticos sobre as artérias depende do estado das suas paredes, sendo ilógico pretender aumentar o diâmetro de um vaso cujas paredes se transformaram num bloco conjuntivo. Ora sucede que as artérias cardíacas não estão sempre íntegras, antes pelo contrário, como se verifica pelas numerosas estatísticas publicadas sobre o assunto, as quais mostram a existência de rigidez dos vasos cardíacos em mais de 25 por cento dos indivíduos, sendo elevadíssima (97,2% segundo LEVY) a constatada nos doentes com perturbações coronárias. Quando as duas coronárias estão lesadas junto da origem, e quando, além disso, houver diminuição do seu calibre, é inteiramente illusório



pretendermos remediar a insuficiência circulatória pelo simpático, a menos que volvamos os olhos para os anastomoses extra-cardíacas.

A questão apresenta-se, então, desta forma: a simpaticectomia vale o que valerem, pelo seu estado, número e volume, as anastomoses intra e extra-cardíacas. Acontece, porém, que a não ser em casos raríssimos, surgidos em circunstâncias especiais, a reserva que êstes delgados vasos constituem para a circulação cardíaca, embora valiosa, é pequena, e, em tais condições, não se lobrigam possibilidades do cirurgião, com o auxílio das simpaticectomias, dotar o coração de suficiente quantidade de sangue.

Nestas circunstâncias, só resta uma solução, a segunda alternativa que apresentamos, isto é, criar novas fontes de abastecimento, já que as existentes não bastam, copiando o que o organismo muitas vezes consegue pelas suas próprias fôrças. Com esta orientação e nesta base se ensaiaram os enxertos cardíacos, cujo emprêgo encontra ainda fundamento em certas observações anátomo-patológicas acumuladas na literatura médica da especialidade. O médico nada mais faz do que auxiliar a natureza, primeira operária da saúde; como diz o nosso grande ZACUJO (*LVI praeceptum*).

A solução lógica e completa do prolema é, pois, no ponto de vista cirúrgico, a seguinte: simpaticectomia para dilatar os vasos existentes e os que vierem a formar-se e aumentar o número das neoformações vasculares, enxertos para dar ao organismo meios para se desenvolverem novas conexões vasculares.

O aumento das fontes de abastecimento do coração por meio de enxertos, cujas bases já expusemos, é ainda um problema em estudo, longe de possuir solução definitiva ou mesmo satisfatória. No momento presente, êste processo de revascularização cardíaca, o mais fisiológico de todos (BLALOCK) impõe-se mais pelas bases em que assenta e esperanças de que se rodeia, do que pelos resultados que permite. Contudo, abriu um auspicioso capítulo da cirurgia cardíaca que desde os primeiros trabalhos, de BECK (1931) tem sido laborado um pouco por tôda a parte. Variando a natureza dos tecidos e órgãos enxertados, assim apareceu, na Inglaterra, a cárdio-omentopexia (O'SHAUGNESSY, 1936), na Alemanha, a cárdio-pneumopexia (LEZJUS, 1937), etc. Nesta altura já não se tratava de fundamentar a idéia: pretendia-se, antes, encontrar o meio de a tornar mais eficaz.

\*

Considerando a existência de um factor neuro-vascular na etiopatogenia da angina de peito, não esquecendo os conhecimentos actuais sôbre as intervenções cirúrgicas preconizadas experimentalmente, ou tentadas na clínica, considerando, também, as incógnitas

e dúvidas que o problema ainda reveste, propusemo-nos estudar, experimentalmente, o emprêgo da associação das plastias com os bloqueios simpáticos, tendo em vista, por um lado, fornecer novas fontes de abastecimento ao coração e, por outro, dilatar, tanto quanto possível, as já existentes e as que viessem a formar-se. Lògicamente e em hipótese parecia o melhor que no momento presente se podia indicar para a resolução do problema que tínhamos em estudo. Restava, porém, a veriguar se aquela associação terapêutica não tinha contra-indicação formal.

Os trabalhos já efectuados no Laboratório de Cirurgia Experimental mostraram que a ablação do gânglio estrelado não acarreta perturbações graves e irreductíveis da fisiologia cardíaca, estudada através da roentgenquimografia. Porém, a propósito das alterações electrocardiográficas da estelectomia nada se havia feito no nosso Laboratório, motivo por que necessitamos de encetar investigações no intuito de esclarecermos êste ponto.

Depois de procurarmos determinar, nas condições experimentais em que trabalhamos, a forma normal do electrocardiograma e o valor dos seus accidentes e ainda as variações que lhe imprimem diversos anestésicos, como a morfina, o éter, a morfina mais éter e a morfina mais somnifeno, realizamos experiências com o fim de averiguarmos do papel da estelectomia direita, da estelectomia esquerda e da estelectomia bilateral sôbre a fisiologia cardíaca. E a resultados curiosos nos conduziram êsses três grupos de experiências.

Assim, verificamos o efeito diverso das estelectomias esquerdas e direitas, quer sôbre a freqüência, quer sôbre a duração dos vários elementos do electrocardiograma, e a anfibologia da estelectomia bilateral, que ora reflete preponderância do gânglio estrelado direito, ora mostra predomínio do gânglio estrelado esquerdo. Resumidamente se relatam, também, as alterações de amplitude e morfológicas dos accidentes electrocardiográficos, pròvocados por cada uma das simpaticectomias.

De tudo pudemos concluir que, tal como sucede na roentgenquimografia, a electrocardiografia não mostra alterações bastantes para contra-indicarmos, em princípio, a associação dos bloqueios simpáticos e dos enxertos.

Fundamentada, assim, a nossa hipótese de trabalho, iniciamos experiências tendentes a esclarecê-la e demonstrá-la: umas vezes, repetíamos as experiências já efectuadas, outras vezes (e nisto residia a parte inédita, original, do nosso estudo), associávamos-lhes a simpaticectomia do coração e do enxêrto (estelectomia e esplancnicectomia) em cada um dos quatro métodos basilares da revascularização cirúrgica do miocárdio: a cárdio-pericárdiopexia, a cárdio-miopexia, a cárdio-omentopexia e a cárdio-pneumopexia.

Incontestavelmente, à simples fixação de qualquer enxerto ao coração segue-se, quasi sempre, a sua aderência, tanto nos pontos normalmente irrigados como nas zonas com *deficit* circulatório, sem que tenhamos de recorrer à descorticação dos ventrículos ou ao emprêgo de substâncias irritantes. É, porém, a baixa, local ou generalizada, do débito sangüíneo das coronárias cardíacas que, directa ou indirectamente, preside à formação e desenvolvimento de anastomoses abundantes e volumosas.

Nem todos os enxertos e os processos que êles centralizam têm igual valor e indicação. Percorrendo a série, encontramos dois que sobrelevam todos os outros pelos resultados experimentais: o epíplon e o pulmão. Tanto um como outro são órgãos muito vascularizados, cuja constituição não deixa prever grandes alterações após a enxertia.

O pericárdio, em virtude da sua fraca irrigação normal, não nos parece enxerto recomendável; a cárdio-pericárdiopexia poderá, contudo, tornar-se um método de eleição nos casos maus, isto é, nos doentes que não suportem grandes traumatismos operatórios; mas, mesmo assim, há tôda a conveniência em se enriquecer, tanto quanto possível, com tecidos muito vascularizados do mediastino anterior.

A cárdio-miopexia não me parece muito defensável, experimentalmente; as alterações esclerosas dos fragmentos musculares suturados ao miocárdio, tornam os enxertos do grande peitoral péssimos, sem a maleabilidade e a riqueza sangüínea requeridas nestes casos.

Outro facto desejamos apontar: a pequena diferença de percentagem de mortes provocadas por qualquer dos métodos de revascularização cardíaca ensaiados, ressaltando a cárdio-pericárdiopexia que os animais suportam melhor. Por outro lado, é quasi constante a ausência de alterações cardíacas devidas às suturas dos enxertos, nas plastias técnicamente perfeitas.

A título de exemplos, intercalamos neste resumo do nosso trabalho, duas das experiências que o documentam.

C ♀ 461 — 7 kg.

3-XII-941: Cárdio-pericárdiopexia precedida de estelectomia esquerda e de laqueação dos vasos interventriculares anteriores. Electrocardiograma e quimograma antes. Anestesia: morfina mais éter.

9-III-942 (96 dias depois): Sacrificado. Anestesia: morfina mais éter. Electrocardiograma e quimograma. Injecção de um soluto de nanquim no início da aorta, após a laqueação dos pedículos vasculares cardíacos. Fotografia do coração e mediastinos. Recolheram-se quatro fragmentos para exame histológico: um correspondente ao enxerto; outro correspondente aos vasos laqueados e os dois restantes dos bordos cardíacos; fixação em Bouin.

*Exame directo*: O nanquim corou todo o coração, principalmente do lado esquerdo, passou para o enxerto e atingiu os vasos mediastínicos, a artéria mamária

interna esquerda e até as intercostais esquerdas; a maior parte dos vasos pericárdicos desenhou-se até às mais finas ramificações. Aderência pericárdica forte e limitada à zona de implantação do enxerto. Sinais pouco evidentes de antigo infarto. Flagrante diferença de número de vasos à esquerda e à direita, nos mediastinos, com marcado predomínio do lado da simpaticectomia.

*Electrocardiograma* (Fig. 1): Aumento de frequência (à custa do espaço QT e da diástole cardíaca); nitida melhoria morfológica do gráfico.

*Quimograma* (Fig. 1): Ausência de variações da forma da sombra cardíaca e do comprimento dos ganchos ventriculares, normais em qualquer ponto do contôrno do coração; há, porém, uma zona do contôrno esquerdo, na parte média, onde a sua forma é nitidamente trapezoidal. Elevação do hemidiafragma esquerdo.

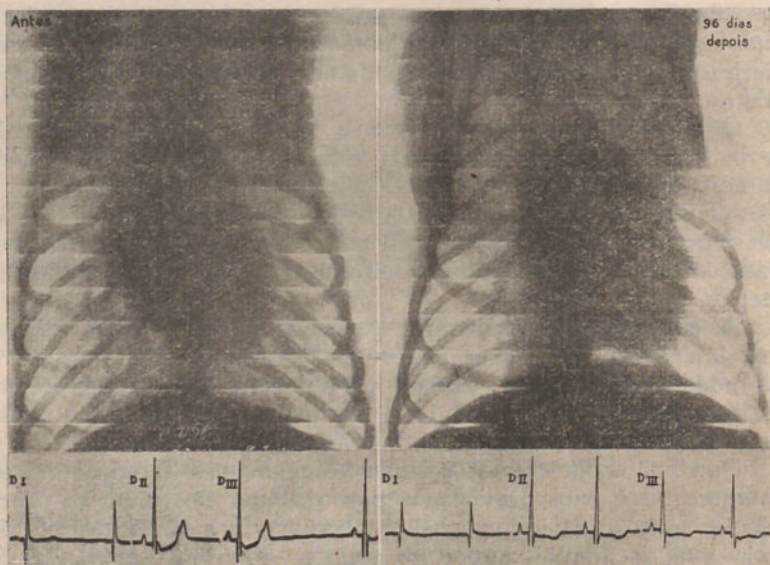


Fig. 1 — C. 461

Cárdio-pericárdiopexia + laqueação vascular + estelectomia esquerda.  
Quimograma e electrocardiograma, antes e 96 dias após a intervenção.

*Exame histológico:* 1.º — Fragmento respeitante ao enxerto: Na preparação que lhe corresponde podemos considerar três zonas: enxerto, zona intermediária e coração.

a) Enxerto: Formado por tecidos do mediastino anterior, está intimamente unido ao coração.

b) Zona intermediária: Constituída por tecido conjuntivo que prende, fortemente, o enxerto ao coração; nêle se observam capilares e arteriolas, quasi tôdas cheias de nanquim.

c) Coração: Normal em quasi tôda a extensão, menos na zona correspondente aos vasos laqueados onde apresenta tecido de esclerose. Em alguns pontos há continuação do tecido conjuntivo cardíaco com o tecido conjuntivo intermediário.

2.º — Fragmento correspondente aos vasos laqueados: Parede ventricular muito fina e quasi tôda formada por tecido conjuntivo, no seio do qual se notam, principalmente

à periferia, grandes ilhas de tecido muscular normal. Quer num, quer noutro tecido, há abundância de vasos injectados.

3.º — Fragmentos dos bordos cardíacos: Não há alterações dignas de registo em nenhum bôrdo, mas o número de vasos injectados parece maior do lado esquerdo.

C. ♀ 615 — 5,5 kg.

15-XII 942: Esplancnicectomia bilateral. Anestesia: morfina mais éter.

16-I-943: Córdio-omentopexia precedida de estelectomia esquerda e de laqueação dos vasos interventriculares anteriores. Quimograma antes. Anestesia: morfina mais éter.

16-II-943 (31 dias depois): Sacrificado. Anestesia: morfina mais éter. Quimograma do coração e diafragma. Abertura do tórax com o animal em respiração artificial e, depois da morte, injeção de gelatina corada com nanquim, no coração e nos pulmões, de forma que a substância injectada só atingisse territórios extra-cardíacos através do enxêrto. Retiraram-se, para exame histológico, fragmentos do enxêrto, do mediastino ventral, da aderência córdio-epiplóica e dos bordos do coração, assim como das aderências pneumotorácicas e pneumo-pericárdicas; fixação em Bouin.

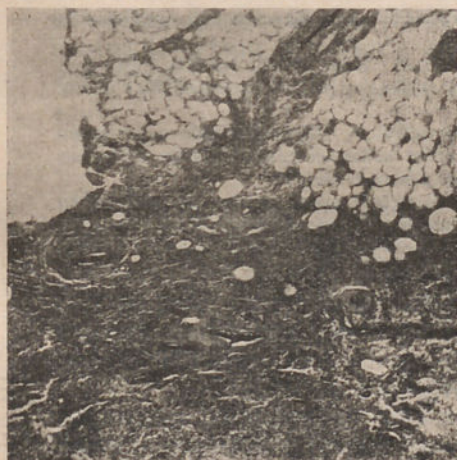


Fig. 2 — C. 615

Córdio-omentopexia + esplancnicectomia bilateral + laqueação vascular + estelectomia esquerda. Aderência córdio-epiplóica, 31 dias após a intervenção.

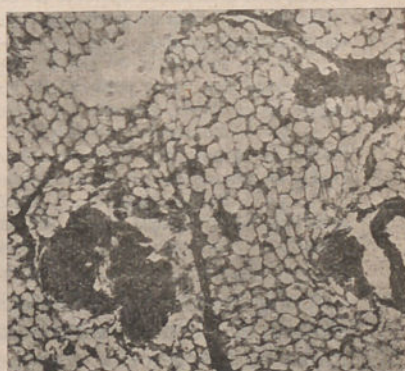


Fig. 3 — C. 615

Córdio-omentopexia + esplancnicectomia bilateral + laqueação vascular + estelectomia esquerda.

Enxêrto — região afastada do coração, 31 dias após a intervenção.

*Exame directo:* Rica vascularização dos órgãos intratorácicos, principalmente à esquerda (observação feita *intra-vitam*); ausência de hérnia diafragmática; aderência do enxêrto aos órgãos vizinhos e do pulmão esquerdo à cicatriz pericárdica. O grande epiploon não repuxava o estômago e adería ao orifício diafragmático sem apresentar sinais de compressão a essa altura; ausência de alterações macroscópicas do diafragma. Forte união córdio-epiplóica. A gelatina corou os pulmões e o coração e, depois, o enxêrto, o pericárdio, o mediastino, etc. Pequena zona esclerosada na área correspondente aos vasos miocárdicos laqueados.

*Quimograma:* Sombra cardíaca globulosa; presença de ganchos de contracção no contôrno direito, mais difíceis de observar do lado esquerdo em virtude da sobreposição

de imagens. Elevação do hemidiafragma esquerdo, mas presença de grande câmara de ar no estômago.

*Exame histológico:* 1.º — Fragmentos correspondentes à aderência cárdio-epiplóica (Fig. 2): Nas preparações relativas a êstes fragmentos podemos distinguir, embora em algumas com muita dificuldade, três zonas: enxêrto, zona intermediária e coração.

a) Enxêrto: Constituído por tecido conjuntivo com grande quantidade de tecido adiposo, um e outro infiltrados de elementos celulares, mais aquele do que êste; abundância de vasos cheios de gelatina corada.

b) Zona intermediária: Formada por tecido conjuntivo, de tal modo unido ao enxêrto e ao coração, que na maior parte das preparações é impossível marcar-lhe os limites certos; elementos celulares, em menor quantidade que no grande epiploon: presença de vasos injectados.

c) Coração: Normal nuns cortes, mas alterado noutros; faixas maiores ou menores de tecido de esclerose, com as características já apontadas noutros casos; vasos injectados com gelatina corada.

2.º — Enxêrto (regiões muito afastadas do coração) (Fig. 3): Constituído por tecido conjuntivo com muitos vasos injectados, alguns dêles artérias, as quais mostram, entre as alterações de mais relêvô, espessamento da parede, à custa, sobretudo, da túnica média, sem diminuição aparente do calibre.

3.º — Tecido do mediastino ventral: Formado por tecido conjuntivo com abundância de vasos injectados.

4.º — Aderência do pulmão à parede torácica: Fusão íntima dos dois órgãos com hepatisação das zonas pulmonares vizinhas da aderência; na zona intermediária aos dois órgãos há capilares, mas não injectados.

5.º — Aderência do pulmão à cicatriz pericárdica: Alterações pulmonares semelhantes às da aderência pneumo-torácica, mas muito menos acentuadas; passagem de vasos cheios de gelatina corada da zona pulmonar para a zona cicatricial.

6.º — Bordos cardíacos: Ausência de alterações; maior número de capilares do lado esquerdo (variação menor em tamanho que em número); pericárdio seroso muito espessado no bórdo esquerdo, com bastantes capilares injectados.

Os resultados clínicos, registados na literatura médica, excluindo a cárdio-pneumopexia que, até hoje, se mantém uma operação de laboratório, corroboram, inteiramente, os resultados experimentais colhidos nas nossas investigações.

A associação da simpaticectomia do coração (estelectomia) e do enxêrto (estelectomia ou esplanicectomia) à simples plastia, qualquer que seja o enxêrto, produz, de modo geral: primeiro, baixa da mortalidade provocada pela laqueação de vasos cardíacos; segundo, redução da cicatriz do antigo infarto e aumento da sua irrigação; terceiro, normalização mais rápida das alterações electrocardiográficas resultantes da intervenção; quarto, aumento do número e do diâmetro das conexões vasculares entre o enxêrto e o coração; quinto, enriquecimento das fontes extra-cardíacas de abastecimento do coração. Todos êstes resultados são outros tantos benefícios que a simpaticectomia nos concede.

Baseado em tôdas as experiências realizadas, em número de algumas centenas, ficou-nos a convicção de que a simpaticectomia tem, neste campo, o mesmo papel que desempenha em qualquer sector do organismo; dilata os vasos e aumenta o seu número. No ponto de vista experimental não se encontra motivo que, em prin-

cípio, contra-indique, formalmente, a associação da simpaticectomia com os enxertos, antes pelo contrário. E, parece-nos vir a talho de foice plagiar uma frase de GARCIA D'ORTA, nos «Colóquios»: «não me punhais medo com Dyoscorides nem com Galeno, porque não ey de dizer se não a verdade e o que sey».

A prova experimental basilar está dada, quanto a nós; o interêsse prático e a aplicação clínica imediata dessa terapêutica já constituem problema um pouco diferente daquele que procurávamos resolver quando iniciamos êste trabalho, e ao qual só os anos futuros poderão responder com precisão.

O novo método deu os primeiros passos no laboratório; alguns pontos terão que ser estudados, outros melhor esclarecidos, até que a prática clínica abrace ou repudie o novo processo terapêutico do emprêgo simultâneo dos bloqueios simpáticos e das plastias na revascularização de corações com deficiências circulatórias. Pela nossa parte procuraremos, na medida das nossas fôrças, continuar a contribuir para o melhor conhecimento de tão lógica associação terapêutica.

\*

De tudo o que observamos e pelo que dissemos, cremos poder tirar as conclusões seguintes:

1.º — Que o estudo electrocardiográfico e roentgenquimográfico não mostra alterações cardíacas graves, provocadas pela estelectomia, e incompatíveis com a sua associação às suturas de vários enxertos ao miocárdio;

2.º — Que a forma do electrocardiograma e as alterações electrocardiográficas diferem com o tipo de anestesia e com a intervenção simpática executada: estelectomia direita, estelectomia esquerda ou estelectomia bilateral;

3.º — Que os métodos de revascularização cardíaca, utilizados nas nossas experiências laboratoriais (cárdio-pericárdiopexia, cárdio-miopexia, cárdio-omentopexia e cárdio-pneumopexia), têm valor diverso, sendo a cárdio-pericárdiopexia o menos traumatizante de todos e a cárdio-omentopexia e a cárdio-pneumopexia os que permitem melhores resultados;

4.º — Que o pericárdio, pela sua fraca irrigação normal, e o músculo, pela transformação esclerosa que sofre, são maus exertos

5.º — Que a simples fixação, com pontos separados, de qualquer enxerto ao miocárdio, é seguida da sua aderência, cujo desenvolvimento e resistência dependem, sobretudo, do *deficit* sanguíneo do coração;

6.º — Que a estelectomia esquerda, nas cárdio-pericárdiopexias,

cárdio-miopexias e cárdio-pneumopexias, e a estelectomia esquerda e a esplanchnicectomia bilateral, nas cárdio-omentopexias, produzem:

*a)* baixa da mortalidade, nos casos de laqueação dos vasos interventriculares anteriores;

*b)* redução da cicatriz do antigo infarto com aumento da sua irrigação;

*c)* normalização mais rápida das alterações electrocardiográficas;

*d)* aumento do número e do diâmetro das conexões vasculares entre o enxêrto e o miocárdio;

*e)* refôrço das fontes extra-cardíacas de abastecimento do coração;

7.º — Que as primeiras provas experimentais são a favor da transferência, para a clínica, com vantagem, desta nova associação terapêutica.

## Rins sem bassinete

(Apontamento clínico de um caso de tuberculose renal)

por CONCEIÇÃO E SILVA JÚNIOR

Urologista em Lisboa

Ainda que as anomalias congénitas dos rins e dos ureteros sejam consideradas pelo seu número e freqüência (como escrevem alguns autores) vulgaridade que não merece referência, penso, apesar-de tal afirmação, que despistá-las a tempo e horas, delas se arreceiar, e de para elas chamar a atenção dos interessados, é de boa prática e de muita utilidade para o diagnóstico, para os tratamentos das doenças dêste sector do aparelho urinário, para falarmos só do que por agora nos interessa.

Uma anomalia na morfologia, calibre, número e posição dos rins e dos ureteros, por via de regra, na maior parte dos casos, explica e justifica suficientemente a predilecção de localização do processo patológico e sua patogenia, e orienta a terapêutica, muito particularmente a cirúrgica.

A dilatação congénita numa determinada zona do uretéro, em forma de ampôla ou de ninho, é local propício para depósito de pequenos cálculos, mucos e areias, que nela se detêm, e que conglomerando-se e aglutinando-se dão origem — à la longue — ao cálculo graúdo que, por obturação parcial, ou total, do canal, dá logar a ectasias piélo-ureterais com a destruição do parenquima renal e concomitante perda de função. E, pelo mesmo mecanismo,



o apêrto congénito do uretero consegue os mesmos maléficos efeitos...

Permitam-me recorde, de passagem, o caso clínico por mim apresentado à Associação Portuguesa de Urologia, na sessão de 8 de Janeiro de 1925 (depois publicado em «A Medicina Contemporânea», n.º 13, de 29 de Maio do mesmo ano), a que faz referência, a páginas 62 e 63 do seu belo e ilucidativo trabalho «Vícios de conformação do sistema uro-genital», o Sr. Professor Dr. J. A. Pires de Lima. (Pôrto, 1930). Tenho para mim que todo aquêl desca-labro anatómico e fisiológico do parenquima renal, a ectasia dos cálices e dos bassinetes, a subsequente retenção de areias, mucos e pus, e a infecção resultante e concomitante que inutilizaram o órgão e a função e puzeram a vida da doente em grave risco, foi possível até aquêl ponto, porque a anómala terminação dos dois topos dos ureteros e a formação de uma ampôla, ou «cloáca», permitiram a formação de um cálculo «obturante» que, senão sempre, pelo menos raramente consentia a drenagem do conteúdo do sistema a montante.

Não me lembro de na clínica ter encontrado uma anomalia do sistema urinário a que se não ligue um diagnóstico de doença que a lese, ou nela se encontre localizada. Em todo o caso é notável: anomalia que nos apareça, excepcionalmente anda longe da situação patológica em que o seu portador está apanhado... E estas anomalias congénitas são, com raríssimas excepções, causa de sérias (e até insuperáveis) dificuldades, tanto no que se refere ao diagnóstico, que complicam, como, e muito particularmente, à terapêutica cirúrgica; que é outro lado da questão que não precisará de ser encarecido.— Aí temos: no caso de rins em ferradura!

Ainda recordo (para não falar senão do que está no meu arquivo clínico) o caso de F. M., mulher de 45 anos de idade, doméstica, que o falecido Mestre e grande Amigo, Professor Belo Morais, e o Colega Amigo Dr. Tomé de Lacerda,— que por certo ainda se lembra do caso clínico a que vou referir-me,— enviaram ao meu consultório para que o estudasse e relatasse, em 8 de Outubro de 1921. Já passaram 22 anos!

Esta doente queixava-se de cólicas do rim esquerdo, sem saída de cálculos ou areias: dôres na bexiga no fim das micções, que eram imperiosas, de urinas turvas, com sangue terminal; inapetência; astenia; emagrecimento e elevação da temperatura (37,8, 38,6), pelas tardes, e sempre precedida de arrepios com tremores, e seguida de suores abundantes.

A cistoscopia sòmente se consegue vêr «um único» orifício ureteral que vem abrir-se em fenda, de bordos edemaciados, do lado esquerdo da bexiga e um pouco para fóra do logar mais habitual. O cateterismo ureteral dêste «único» orifício faz-se com dificuldade,

e o cateter, logo que entra nêles poucos centímetros, incomoda a paciente, primeiro sôbre o lado esquerdo, mas imediatamente para o lado direito do ventre até ser êsse «sentimento» máximo ao nível do rim direito,— o que chega a dar ligeiro enjôo,— enquanto o esquerdo está mudo. Cateterizado o rim direito, que era para onde o cateter seguia sempre, e com algália na bexiga, procedi à prova da poliúria experimental de Albarran; e, enquanto o laboratório preparava a resposta, procedeu-se a radiografias (Dr. Benard Guedes), de onde se concluiu que existiam os dois rins, o direito e o esquerdo nas suas respectivas locas.

E, juntas tôdas as provas, fiz o diagnóstico de: tuberculose renal do lado direito, sem poder afirmar que o lado esquerdo estava indemne, ainda que, e segundo o relatório do Dr. J. Firmino Sant'Ana, «as cobaias inoculadas com o sedimento da urina colhida da bexiga — e seriam só do rim esquerdo — engordaram, e sacrificadas não se lhe encontraram lesões anatomo-patológicas sensíveis; ao par e passo que «as cobaias inoculadas com a urina colhida pelo cateter (R. D.), sacrificadas e autopsiadas, apresentaram um volumoso gânglio caseoso, típico, uma, e a outra nada de importância».

O uretero direito descia, do rim para a bexiga, do lado direito da coluna no seu trajecto freqüentemente descrito, até que, entre a 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> lombares, cruzava a linha média para a esquerda, e dêste lado continuava para receber, já encostado à parede postero-inferior da bexiga, o uretero esquerdo com o qual, em canal único, entrava naquele reservatório. Relembre-se que ainda se não fazia pielografia descendente...

Despistada a anomalia, a insuficiência de dados garantidos pôs fora de causa a intervenção que, se não fôra ela, e a incerteza que por sua culpa nos assaltou, por certo seria aconselhada: nefrectomia do rim doente, garantida a boa e suficiente função do rim esquerdo.

Respigando no meu modestíssimo arquivo poderia apresentar mais alguns casos para documentar a idéia que inscrevi no comêço dêste arrasoado; mas, a literatura médica, e sobretudo a da especialidade, tem muitos, e muito decisivos, e firmados por bons mestres da urologia, a demonstrar que não está fora da razão o que penso a tal respeito, e escrevi, e desculpa e justifica a apresentação e publicação do caso seguinte.

\*

C. mulher, 28 anos de idade, vivendo no campo a cujos trabalhos se dedica, vem ao meu consultório a 27 de Março de 1932, porque urina freqüentemente, por vezes com um «*incômodo*» na bexiga, talvez como que uma dôr que a arripia; e, porque sente

do lado direito do ventre, e atraz nas costas, uma certa «*moedeira*» que a dispõe muito mal. «*Isto*» começou vai em cinco anos. Quando estava a urinar, sentiu dôr na bexiga, e daí para cá ficou urinando a miúde, urinas com sangue, e no fim das urinações «*um desconsôlo*». Não se lembra que se tenha resfriado, ou dado pancada, ou feito qualquer esforço antes do seu mal começar; nem depois... Por êste tempo começou também com dôres nos lombos, — «sôbre os rins» — (aquela «*moedeira*» a que já se referiu), a perder as fôrças, a vontade de comer, a coragem para o trabalho, e de noite, agitada, mal e pouco dormia.

De sempre, menstruações dolorosas, irregulares em tempo, quantidade e qualidade, — sangue «aguado», — e muito repetidamente, dentro e fora dos períodos da menstruação, «uma coisa que vai da bôca do estômago à garganta, e lá se desfaz, e a agonia» (Bola histérica). Prisão de ventre que a nada cede; tem experimentado «de tudo que há na farmácia...»

Franzina, mucosas descoradas, tegumentos, expostos à luz, (das mãos, dos braços e das faces) queimados do sol, aparenta apatia umas vezes, outras, vivacidade excessiva em contraste com aquela.

Palpação: — todo o ventre está dorido, corda cólica; o rim direito palpa-se bem e doi, o esquerdo só deixa palpar o seu polo inferior, e mal, em posição de pé. Trajecto dos ureteros: doloroso e sensível o do lado direito.

Urinas turvas, purulentas com muitos filamentos, brancas; e, as que colhi assèpticamente da bexiga e enviei para o laboratório, revelaram, ao exame directo, colicommunis em abundância, células de descamação e raros glóbulos de pus; nas culturas coli apenas; e as inoculações, resultaram negativas para o bacilo de Koch. (Dr. Luiz Figueira).

Capacidade vesical: duzentos e cinqüenta c. c., sem resíduo de urina na bexiga.

Citoscopia: mucosa vesical mal irrigada, relêvo uterino de média saliência, orifícios ureterais em fenda, de maior eixo o direito, escancarado e de bordos ligeiramente inflamados e revirados, de menor o esquerdo sem inflamação no meato nem em volta dele. Ambos ejaculam com ritmo, o direito urinas turvas, o esquerdo límpidas. O carmim de indigo endo-venoso mostra-se no fim de três minutos no orifício do uretero esquerdo, no fim de quatro no do direito, e em ambos com fraca intensidade de côr.

*Diagnóstico*: tuberculose renal direita.

Pedi pielografia descendente de que se encarregou o Dr. Pereira Caldas: — Injecção de per-abrodil. Corre tôda a prova bem. Do relatório: «Há uma imagem suspeita do cálice superior do rim direito com irregularidades e esfumados nos tôpos que permitem

pôr o diagnóstico, muito provável, de lesão específica bacilosa a êste nível. Chama-se a atenção para a interessante imagem do aparelho excretor, tanto à direita como à esquerda, de *rins sem bassinete* ».

Segui esta doente até princípios de 1940 (oito anos certos mesmo), data em que se despediu, porque, tendo mudado de terra, para tão longe foi que vir a Lisboa lhe era *absolutamente* impossível, sob todos os pontos de vista.

Levou, com um relatório da sua doença e dos tratamentos feitos, os filmes radiográficos. A gravura que publico com êste apontamento foi feita sôbre positivo de que me muni antes de entregar os originais à sua proprietária. Durante os oito anos que segui a doente, via-a, no geral, numa média de três vezes por ano, e nunca mais de que uma vez em cada visita a Lisboa, pois se chegava no comboio da manhã, abalava no da tarde, e se viesse, por comodidade, no da noite regressava infalivelmente no do dia seguinte logo depois da consulta. O pêso dela manteve-se sensivelmente, neste período de tempo, no mesmo número, ou muito próximo—54 quilos. Alimentava-se pouco bem, tanto em quantidade como em qualidade. Usava e abusava, — quantas vezes por falta de melhor! — de hortaliças e legumes. Raramente comia peixe; bacalhau muito demolhado, e também criação; e uma vez ou outra carne de vaca ou carneiro. Que a habitual e mais vulgar alimentação era, — como se disse, — hortaliças, legumes e, no tempo, frutas. Não bebia leite, rarissimamente manteiga ou queijo.

Chegou a ter largos períodos de melhoria, e de tal ordem que se dizia em convalescença. Urinava menor número de vezes, a dôr deixava-a sossegada, a moedeira das costas só quando pegava em pesos maiores.

Os períodos menstruais é que foram sempre maus apesar de tratamento especialmente recomendado com o intuito de a melhorar, corrigindo a disfunção. Naturalmente, e por várias vezes, tentei convence-la a internar-se numa enfermaria do Hospital para observação mais seguida e eficaz, e mesmo possivelmente para que a operassem, (teria pensado ser o seu caso o de uma nefrectomia, depois de bem estudado o funcionamento do rim esquerdo...), mas a doente recusou-se sempre terminantemente, não tanto pelas observações a que teria que sujeitar-se, — ainda que, já isto, a não deixasse indiferente, — mas sobretudo pela « operação », acto contra o qual tinha absoluta má vontade. Verdadeiro horror é que era!

Em 1939, por favor de Colega que me quiz ajudar, fizeram-se inoculações com amostra de urina colhida por cateterismo ureteral do lado direito, que acusou raríssimos bacilos ácido—



## *A bem da saúde*

exercem os médicos e seus colaboradores um trabalho cheio de responsabilidade. Um auxiliar valioso são, neste caso, os medicamentos de alta qualidade. Há mais de 100 anos que alinham entre os melhores como preparados clinicamente ensaiados, praticamente comprovados e nos quais se pode sempre confiar, os da Fábrica de Produtos Químicos, fundada em 1827,

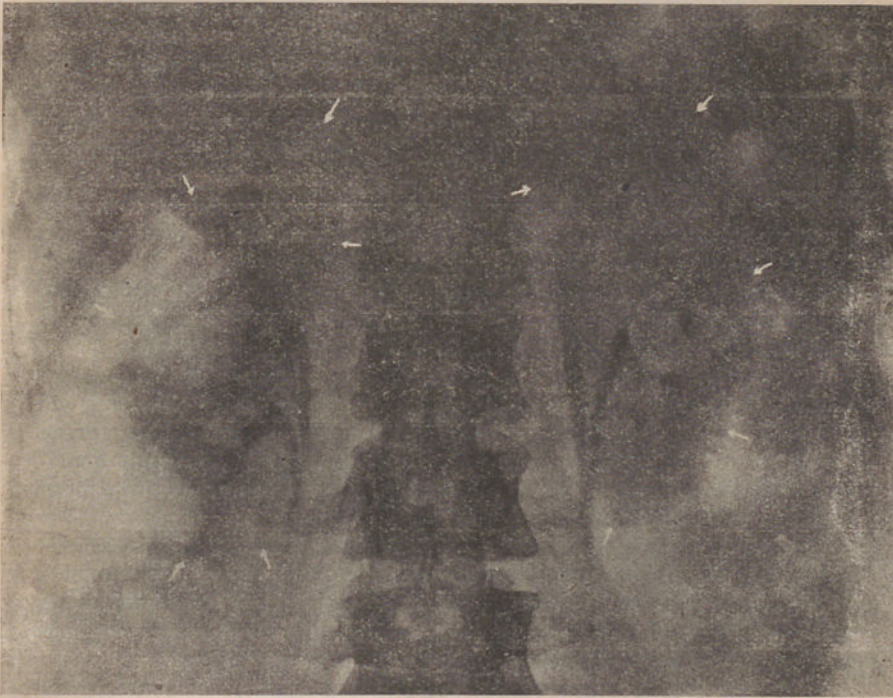
*E. Merck*

DARMSTADT



resistentes (B. K.) no exame directo; o cobaio sacrificado tinha lesões bacilosas.

Foi, por sinal, num dos seus períodos de melhor apetite, levantamento do estado geral, ligeiro aumento de pêso, e enfim notada euforia...



Radiografia obtida com a prova da pielografia descendente, em Abril de 1932, pelo Dr. Pereira Caldas. Mostra, nitidamente, que de ambos os lados, no aparelho excretor faltam os bassinetes.

Como explicar a sobrevivência desta doente, a sua aparência exterior sensivelmente uniforme, a sua resistência orgânica por tanto tempo, apesar-de a doença que traz consigo?

De 1932 — ano em que me procurou pela primeira vez — até ao meio do ano de 1939 as análises das urinas, cito-bacterioscópicas e a inoculação, foram sempre negativas para o bac. de Koch; apenas, pelos fins de 1939, o laboratório acusa encontrados no sedimento

das urinas enviadas, e colhidas por cateterismo ureteral do lado direito, — também se deve notar «isto»; cateterismo do uretero direito, — bacilos ácido-resistentes, bacilos de Koch (Ziehl), e as inoculações, positivas, feitas com o sedimento da mesma amostra de urina.

«Há uma imagem suspeita do cálice superior do rim direito, — diz o relatório do Prof. Dr. Pereira Caldas, — com irregularidades e esfumado nos tôpos que permitem pôr o diagnóstico, muito possível, de lesão específica bacilosa a este nível».

Mas tôda a sintomatologia apreendida, — sintomatologia objectiva e subjectiva, — nos impôs o diagnóstico de tuberculose renal à direita; e as seguintes visitas, depois das primeiras, só nos confirmaram, pelo questionário e pela observação clínica, a consciência do nosso diagnóstico.

Nos fins de 1939 aparece o laboratório, — bem sei que isto foi só uma vez, e ainda que muito desejássemos repetir a «prova», não nos foi possível por muitas e já denunciadas razões, — a acusar a existência de bacilos ácido-resistentes (Bac. de Koch), no sedimento das urinas enviadas, e no fim de um mês a declarar que a cobaia apresentava lesões específicas, afirmando o diagnóstico feito.

Por tanto: tuberculose renal não supurada, *uma tuberculose médica*, na classificação de Bernard e Heitz-Boyer (Congresso de Urologia de 1912), — ou se preferir-mos, nefrite tuberculosa, forma folicular, que se por suas lesões anatómicas pode constituir a primeira fase da tuberculose ulcero-caseosa, por sua evolução fica bem entre as formas médicas da tuberculose renal.

Uma tuberculose fechada, — tuberculose parenquimatosa primitivamente fechada, — pela classificação de Noël Hallé (Les formes de la tuberculose renale chronique), que justifica o silêncio das raras análises feitas até começos de 1939, e faz compreender a resistência daquele organismo apesar-de portador do mórbo temido . . .

A marcha da tuberculose renal crónica é habitualmente lenta, mas progressiva, com remissões. Encontramos esta noção em todos os tratados de Urologia.

E isto, e mais o que supuz sobre o caso clínico relatado da doente «C», faz-nos compreender que durante oito anos, — com a minha assistência, porque depois disso nada mais sei dela, com bastante pena e justificada curiosidade minha, — não surdisse o incidente espectacular de hábito nos doentes desta doença.



## MOVIMENTO NACIONAL

### REVISTAS E BOLETINS

AMATUS LUSITANUS, II, 1943.— N.º 3 (Março): *Drogas hipoglicemiantes*, por Souto Teixeira; *Hiperostose frontal interna*, por A. Ferraz Júnior e Emídio Ribeiro; *Reconstituição do fornix inferior por desdobramento da pálpebra*, por Ruy Puga; *Apresentação de frente*, por Freitas Simões; *Rotura de gravidez ectópica*, por Manuel Frazão; *Nota estatística da tuberculose cutânea*, por Juvenal Esteves e Aureliano Fonseca.— N.º 4 (Abril): *A tuberculose osteo-articular em Portugal*, por Lopo de Carvalho Cancela; *Contribuição para o estudo da sulfaniloterapia local em cirurgia dentária*, por A. Emílio da Silva; *Sousa Martins*, por Reynaldo dos Santos.— N.º 5 (Maio): *Pesquisa do bacilo tífico nas fezes*, por J. A. M. de Loureiro (conclusão de trabalhos publicados em Lisboa Médica e Amatus Lusitanus); *Justifica-se a orquidopexia na criptorquidia do adulto?*, por A. Carneiro de Moura; *Rectites estenosantes*, por Luís Raposo; *A propósito de tuberculose cutânea*, por Menéres Sampaio.— N.º 6 (Junho): *Dinâmica arterial: a teoria do Windkessel*, por Pulido Valente; *Embolia da origem da artéria humeral*, por J. Cid dos Santos; *O primeiro caso de espiroquetose ictero-hemorrágica identificado na Ilha Terceira*, por José Cutileiro e J. Silva Horta; *Reumatismo psoriásico*, por Norton Brandão; *Sobre um caso de gravidez tubárica avançada*, por Jorge Braz; *Naevus quístico trico-sebáceo no tronco e naevus comedoniano zoniforme*, por Aureliano Fonseca.— N.º 7 (Julho): *Contribuição para o estudo laboratorial das anemias*, por J. Pereira Leite (conclusão dos n.ºs 4 e 5); *Contribuição para o estudo da pelagra endêmica em Portugal*, por Herculano Coutinho, A. J. Moura Monteiro e G. Jorge Janz (conclusão do n.º 6); *Naevus piloso gigante*, por Sá Penela e Tito Noronha; *Um caso de volumoso quisto para-dentário do maxilar superior esquerdo*, por J. V. de Sousa Dias.

**Hiperostose frontal interna.**— Uma mulher de 54 anos de idade começou a sentir, em Março de 1939, dores na coxa direita, com hiperestesia, formigueiros, e entorpecimento do membro, que lhe dificultavam a marcha. Uma semana depois, foi acometida de dor muito violenta no joelho esquerdo, e em poucas horas a articulação tumefez-se e o edema estendeu-se a todo o membro nos dias seguintes. Tinha febre e dores violentas. Internada num serviço de Cirurgia do Hospital, uma punção deu líquido citrino, e uma radiografia, não mostrou alterações morfológicas notáveis. Com a imobilização, as dores espontâneas cessaram, a temperatura normalizou-se, e o processo articular reduziu-se; mas o edema persistiu, assim como fortes dores a qualquer movimento. Passavam-se assim meses. Em Fevereiro de 1940, uma série de infiltrações de novocaína no simpático lombar esquerdo reduziram um pouco o edema, mas a impotência funcional persistia. Em Abril, uma radiografia do

joelho esquerdo mostrou largas zonas de osteoporose difusa, em todos os ossos que participam na articulação. No entanto, os fenómenos dolorosos estenderam-se ao membro inferior direito e ao ráquis, e a doente imobilizou-se em decúbito, não podendo sequer sentar-se na cama. Várias tentativas de recalcificação resultaram inúteis.

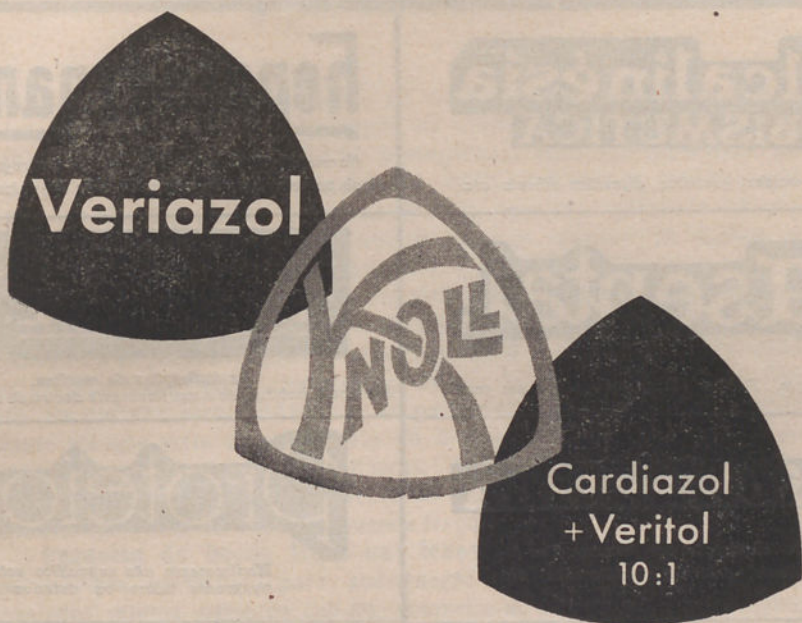
Transferida para a Clínica Médica, o exame clínico não forneceu elementos úteis para diagnóstico, além da obesidade (que apresentava há muitos anos), com gordura predominante no tronco e nas raízes dos membros, do aparecimento de cianose e manchas de livedo nos membros quando se punha de pé, e dos sintomas dolorosos acima referidos. Um exame radiológico do esqueleto mostrou profundas lesões, não só na proximidade do joelho, mas a distância, ossos dos pés, colo do fémur e grande trocanter, regiões também com osteoporose; e osteofitos nas zonas articulares do fémur e da tibia, e na coluna lombar. Em face de osteoporose tão difusa e acentuada, e do hipogenitalismo (que os antecedentes genitais indicavam), fez-se o estudo radiológico do crânio, que mostrou: sela túrcica um pouco reduzida, espessamento da lâmina interna do frontal. A prova da hiperglicemia provocada deu valores altos de duração e intensidade, com elevação do limiar renal da glicemia, o que frequentemente se encontra nas perturbações de origem hipofisária. A determinação do metabolismo basal forneceu um aumento de 21 por cento. Pelo exame de sangue verificou-se linfocitose relativa.

Posto o diagnóstico de hiperostose frontal interna, possivelmente estabelecida por desequilíbrio de um sistema ósseo constitucionalmente instável, provocado pela artrite que iniciou a marcha dos padecimentos, instituiu-se medicação opoterápica, primeiro pelo extracto ovárico total, depois pela foliculina, e por fim pela parathormona; acompanhando-a por medicação recalcificante (vitaminoterapia, raios ultra-violetas, etc.). No verão de 1941 a doente começou a dar os seus primeiros passos, e melhorou progressivamente: marcha com relativa facilidade, apesar da anquilose do joelho, quasi não tem dores, e os fenómenos circulatórios desapareceram. As radiografias mostram melhoria acentuada da densidade óssea.

A-propósito dêste caso, faz-se a história desta curiosa e rara afecção e discute-se a sua ainda duvidosa patogenia.

**Estatística de tuberculose cutânea.** — 338 casos, registados no serviço de Dermatologia do Hospital dos Capuchos, distribuem-se assim: lupus vulgar — 75, tuberculose verrucosa — 8, tuberculose ulcerosa — 2, tuberculose coliquativa — 21, tuberculose indurativa — 72, tuberculides pápulo-necróticas — 149, líquen scrofulosorum — 2, sarcoides — 9. De tôdas as formas, é maior a quantidade no sexo feminino do que no masculino; no total — 285 contra 53. Além dos casos acima relacionados, registaram-se 142 de lupus eritematoso, sendo 52 em homens e 90 em mulheres.

**Tuberculose ósteo-articular em Portugal.** — Supondo que, tal como sucede em estatísticas estrangeiras, os casos de tuberculose osteo-



acção central reforçada e  
de forte efeito periférico.

## Na insuficiência circulatória

em consequência de doenças infecciosas, intoxicações, antes e depois de operações, nos estados de esgotamento, nas convalescenças, no mal estar produzido pelos raios X.

## No colapso

acidentes da narcose, intoxicações, paralisias vasculares, asfixia.

Frascos de 10 g de líquido.

Caixas de 5 ampolas de 1,1 cc.

**KNOLL A.-G.**, Fabricas de Produtos Químicos, Ludwigshafen do Rheno

Representante: Aug.Veith, Rua da Palma, 146, 2 — Lisboa.

## Alcalinésia BISMUTICA

*Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis etc.*

## "Aseptal,"

*Ginecologia. Partos. Usos antisépticos em geral.*

## BioLactina

*Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, enterecolite etc.*

## Bromovaleriana

*Doenças de origem nervosa, insónias, epilepsia, histeria, etc.*

## 'Diaspirina,

*Gripe, reumatismo, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes neuralgias, cólicas menstruais.*

## DYNAMOL

*Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, fraqueza geral, depressões nervosas, convalescenças, etc.*

## "Glucálcio,"

*Descalcificação, tuberculoses, litíatismo, raquitismo, fraqueza geral, pleurísias, pneumonias, escrofulose, asma, etc.*

## hepatodynamol

*Normalização da eritro-e da leucopoése, regularização da percentagem de hemoglobina e do valor globular.*

## "NARCOTYL,"

*As indicações da morfina. Previne a habitação e morfomania dentro de certos limites.*

## Proteion

*Medicamento não específico actuando efectivamente sobre os estados infecciosos.*

## PULMÃO-SORO

*Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traqueia e dos brônquios, pneumonia, etc.*

## SUAVINA

*Baixativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.*

## Terpioquina

*Medicação anti-infecciosa.*

## Transpneumol

*Quinoterápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.*

-articular representam 23 por cento do total de casos mortais de tuberculose extra-pulmonar, e confrontando as cifras, assim obtidas das consignadas nas estatísticas oficiais portuguesas, com as registadas no relatório da Sociedade das Nações de 1938, verificou-se que Portugal ocupa um dos lugares de maior mortalidade, com uma quota de 7,6 por 100.000 habitantes. O mesmo sucede com as cidades de Lisboa e Pôrto, respectivamente com as quotas de 21,2 e 19,1.

**Sulfanilamidoterapia local em cirurgia dentária.** — Nas avulsões dentárias obtem-se os melhores resultados, evitando-se infecções, com o emprêgo de pequenos fragmentos dos comprimidos usados para medicação por via oral, introduzidos no alvéolo, depois de lavagem com água fervida em pressão, recomendando-se ao paciente lavagens com água fervida quente até que volte ao consultório no dia seguinte, para renovação do tratamento. Nas gengivites pultáceas, depois da ablação do tártaro, consegue-se a cura mais rapidamente do que com os processos clássicos, introduzindo entre os dentes pequenos fragmentos dos ditos comprimidos.

**Pesquisa de bacilo tífico nas fezes.** — Interessa particularmente aos serviços sanitários, para averiguação dos portadores de bacilos. Ensaçados muitos meios de cultura, apuraram-se como melhores, debaixo de todos os pontos de vista, o meio de Wilson e Blair e o do Selenito F., em combinação. Todos os pormenores técnicos das experiências feitas e dos ensinamentos que deram, são expostos neste trabalho de especialistas, para especialistas.

**Tratamento da criptorquidia.** — Relativamente freqüente é o aparecimento de tumores nos testículos ectópicos, ao passo que êles são raros nos que foram cirurgicamente abaixados. Por isso, tôdas as criptorquidias que não cederam ao tratamento médico, devem ser operadas antes da puberdade. Até aos 6 a 7 anos, a expectativa pode ser a conduta do clínico, porque muitas ectópias vão-se reduzindo espontaneamente. Depois dessa idade, deve tentar-se o tratamento hormonal, tanta vez coroado pelo sucesso, com hormona gonado-estimulante do lobo anterior da hipófise, só ou adicionada à hormona sexual masculina se há sinais de hipogenitalismo; o tratamento deve ser intenso e durar uns seis meses. Ao fim deste período, se houve insucesso, deve recorrer-se à cirurgia, fazendo-se a orquidopexia.

Quando, porém, os casos aparecem tardiamente, o problema é mais difícil de resolver. Apesar do órgão estar muitas vezes atrofiado, não é legítimo fazer a castração. Deve recorrer-se ao abaixamento e fixação do testículo no seu lugar próprio. A maneira de fazer a orquidopexia em tais casos é descrita neste trabalho, em que se apresentam duas observações pessoais.

**Cura por embolectomia de um caso de embolia da origem da artéria humeral.** — Quasi sempre os casos de embolias dos membros chegam tão tardiamente ao cirurgião que este só pode fazer a ressecção da artéria ou praticar a embolectomia sem esperança de êxito. Neste

caso, a intervenção pôde fazer-se uma hora e meia depois de se fazer a embolia. Feita a embolectomia, levantada a hemostase provisória, verificou-se haver um intenso espasmo arterial em tôda a extensão do segmento suturado, e abaixo dessa zona a formação de um trombo; o que obrigou a segunda intervenção cirúrgica. O espasmo desapareceu logo, e a cura obteve-se. Serve êste caso para considerar a importância do espasmo na formação dos trombos na artéria com condições favoráveis provocadas pela sutura; e regista-se como o primeiro caso, na literatura médica nacional, de embolectomia feita com sucesso.

**Pelagra endêmica em Portugal.** — Estudo feito no concelho de Celorico de Basto, onde foram vistos mais de cem casos, dos quais se apartaram 30 para exame minucioso. O plano do trabalho compreendeu: o exame clínico, procurando-se sobretudo despistar as manifestações relacionadas com as carências alimentares; estudo laboratorial no mesmo sentido; inquérito dietético; averiguação da acção terapêutica do ácido nicotínico sôbre os sintomas observados. Vamos resumir os ensinamentos colhidos em cada um dêstes capítulos.

Na grande maioria das observações a pelagra segue uma marcha essencialmente crônica; a sua duração é, em média, de 5-7 anos. A afecção evolue progressivamente, embora a progressão seja lenta; de ano para ano os sintomas vão-se agravando e, por vezes, o quadro clínico é enriquecido pelo aparecimento de novas manifestações. A remissão dos sintomas, ao terminar cada recrudescência vernal vai-se tornando, à medida que a doença se prolonga, cada vez menos nítida; enquanto, durante os primeiros anos, o doente se restabelece, com a aproximação do inverno, completa e rapidamente, mais tarde os sintomas, embora se atenuem, não regressam inteiramente. As primeiras recrudescências, constituídas, em geral, por um só acesso eritmatoso, são de curta duração, iniciando-se, por exemplo, em Março e desaparecendo em Abril; posteriormente, essas recaídas repetem-se várias vezes, encadeando-se umas nas outras, desde Março até Setembro ou Outubro, ou mesmo durante todo o ano. Embora a evolução geral da doença se tenha afigurado progressiva, nem sempre, porém, todos os sintomas seguem uma marcha inevitavelmente paralela; sucede mesmo, com relativa freqüência, que um determinado sintoma que, em anos anteriores, se tinha manifestado com desusada intensidade, desaparece ou se atenua consideravelmente em recrudescências ulteriores. Por vezes, sem razão aparente, a afecção estaciona durante algum tempo para retomar, em seguida, a sua marcha progressiva. Num caso, uma remissão temporária foi completa.

As características apontadas — cronicidade e evolução progressiva — fazem já prever uma relativa benignidade; esta torna-se claramente evidente quando analisamos, em detalhe, o quadro clínico ou, melhor ainda, os sintomas mais significativos que o integram. Esta benignidade dos sintomas reflecte-se em todos os sectores do quadro clínico — cutâneo, digestivo, neurológico e mental.

As manifestações cutâneas, embora por vezes atinjam regiões extensas, são, em si mesmas, bastante discretas. Só muito excepcionalmente, aparentavam um carácter agudo; em geral o eritema era pouco intenso, não se acompanhando nem de edema, nem de vesiculação. A pele, mesmo nos casos de longa duração, mantinha a sua continuidade, o que explica a ausência de infecções secundárias. As lesões cutâneas conservam, durante muito tempo, o carácter reversível, desaparecendo sem deixar vestígios; somente num caso, cuja pelagra persistia desde há 48 anos, se notou atrofia cutânea.

Entre os sintomas digestivos da pelagra, a glossite e a diarreia, pela regularidade com que se manifestam, ocupam um lugar preponderante no quadro clínico da doença. Além disso, êsses sintomas reflectem, pela maior ou menor intensidade com que se exteriorizam, o grau de gravidade da afecção; o conhecimento das suas características possui, por isso, uma importância fundamental. Assim, as formas graves da pelagra acompanham-se, quasi invariavelmente, de glossite aguda, com manifestações acentuadas — sialorreia abundante, glossodínia violenta, descamação mais ou menos intensa do epitélio lingual — e de diarreia profusa, por vezes sangüinolenta; pelo contrário, nas formas leves, êsses sintomas ou não existem ou são muito moderados.

Não se observou um único caso de glossite aguda. Embora bastante freqüente — 73 % dos doentes apresentavam lesões de glossite — os seus sintomas funcionais eram sempre pouco intensos e os sinais objectivos limitavam-se, na grande maioria dos casos, a atrofia papilar e a fissuração; apenas em 5 casos se observaram, concomitantemente, raras ulcerações superficiais de língua, de aspecto aftoso, e hipertrofia de algumas papilas. A evolução das lesões linguais também se afasta, sob certos aspectos, daquela que habitualmente é seguida nas formas típicas de pelagra. Nestas, a glossite atrófica — lesão de carácter crónico — estabelece-se como consequência de repetidos acessos de glossite aguda; nos casos observados, porém, a atrofia papilar parece surgir directamente, como um processo primitivo, pois não foi possível descobrir, na sua anamnese, sintomas que levassem a pensar numa provável existência de glossites agudas anteriores.

A diarreia apresentava-se sempre como um sintoma leve, com débil repercussão sobre o estado geral. Além disso, encontrava-se apenas em 16 % dos casos, o que contrasta flagrantemente com a elevada percentagem registada na maioria das estatísticas.

Frisantes e significativas são a pobreza e benignidade dos síndromas neurológico e mental das observações colhidas. E particularmente notória é a falta de sintomas objectivos por parte do sistema nervoso; com efeito, êstes reduzem-se a alterações dos reflexos tendinosos. Essas características contrastam, de modo singular, com o extraordinário polimorfismo e notável intensidade de que se revestem aquêles síndromas na maioria dos casos de pelagra doutras regiões.

Outro aspecto que merece ser assinalado é a ausência quasi absoluta de manifestações evidentes próprias das avitaminoses clinicamente melhor individualizadas. É bem conhecida a frequência com que, no quadro clínico da pelagra, se enxertam sintomas determinados por carências de vitaminas independentes do complexo B<sub>9</sub>. Assim em numerosas observações, quer nacionais, quer estrangeiras, encontram-se registadas manifestações devidas à carência das vitaminas A, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, C e D. A este respeito é verdadeiramente elucidativa a leitura das observações de Manuel Ferreira; os doentes a que elas se referem, pertencentes a uma região próxima — Póvoa de Lanhoso — revelam, além de uma maior riqueza sintomatológica, aparentes e claras manifestações de avitaminose A (hemeralopia), B<sub>1</sub> (polinevrite) B<sub>2</sub> (estomatite angular, seborreia naso-labial) e C (sufusões subcutâneas, gengivorragias). Apenas algumas das lesões oculares observadas parecem ter um significado de carência vitamínica; dois doentes apresentavam provavelmente manchas de Bitot, associadas, no primeiro caso, a queixas de hemeralopia. Em um doente a pelagra era complicada por outro síndrome carencial — edema nutritivo, sendo a pelagra, que era discreta, muito anterior ao edema; a coexistência dos dois síndromas explica-se pela carência alimentar qualitativa e quantitativa a que o doente estava sujeito.

Em todos os doentes, com excepção de dois (neoplasia gástrica e doença celiaca), a pelagra pertencia à variedade endémica ou primária. Outras doenças associadas não parecem ter qualquer relação etio-patogénica com a pelagra.

O estudo bio-químico dos doentes faz-se mediante determinações no sangue e na urina. Os valores médios das determinações feitas no sangue foram os seguintes: Glóbulos rubros, 44,5; volume corpuscular médio, 117,5; Concentração hemoglobínica, 31,3; Hemoglobina corpuscular média, 36,7; Proteínas totais, 7,28; Albuminas, 5,19; Globulinas, 2,11; Cálcio, 9,73; Fósforo inorgânico, 3,85; Caroteno, 63,7; Vitamina A, 67,6. Na urina, foram: Ácido nicotínico, 2,3; Porfirinas — ausentes, excepto em 3 casos.

Numa doença por carência e em que a aquília é sintoma dominante, é de interesse fundamental o estudo do quadro eritrocitário. Todos os doentes apresentavam uma anemia moderada, com 3.800.000 eritrócitos em média, um máximo da 5.160.000 e um mínimo de 2.940.000 (coeficiente de variação, 13 %); a hemoglobina era, em média, de 14 gr. %, com uma variação também não muito grande, entre 11 e 16,3; o valor hematocrítico médio foi de 44,5 com um coeficiente de variação de 7,7 %. Nos 30 casos, podemos classificar os seguintes tipos de anemia: Macro-cítica hipocrómica, 12 casos; Macro-cítica normocrómica, 8 casos; Normo-cítica hipocrómica, 1 caso.

Os valores achados para as proteínas sangüíneas totais foram em média de 7,28, com uma variação não muito grande (4,92-9,94 gr.). Apenas num caso se obteve um valor baixo, em doente com edema da



# PRODUTOS GARANTIDOS COM A MARCA

## Lab

ÁTROPA-LAB (simples)  
ÁTROPA-LAB Papaverina  
ATROPENAL  
CALMO-LAB  
CANFOCÁLCIO  
CITRUS-LAB Injectável  
CITRUS-LAB Nasal  
COLICÁLCIO  
LACTIL-LAB Caldo  
LACTIL-LAB Comprimidos  
NADIODO Simples  
NADIODO Vitaminado  
SPLENO-HEPATIL  
SULFAN  
TONOCÁLCIO Simples / Gotas  
TONOCÁLCIO Simples / Injectável  
TONOCÁLCIO Vitaminado / Gotas  
TONOCÁLCIO Vitam. / Injectável  
TRANSBRONQUINA  
VITAMINA B<sub>1</sub> Comprimidos  
VITAMINA B<sub>1</sub> Injectável  
VITAMINA C Injectável  
VITAMINA C Comprimidos

LABORATÓRIOS SOB A DIRECÇÃO TÉCNICA DO  
**PROF. COSTA SIMÕES**

LISBOA - N — AV. ALFERES MALHEIRO, 99 — Apartado 37  
TELEFONES 57212-57213

# —THIERMOL—

Hg EM SUSPENSÃO COLOIDAL

O MELHOR SAL DE MERCÚRIO

PORQUE

É RIGOROSAMENTE INDOLOR  
NÃO PROVOCA ESTOMATITE  
NÃO FORMA NÓDULOS  
A ELIMINAÇÃO É PERFEITA  
NÃO PROVOCA DIARREIA  
NÃO DÁ REACÇÃO LOCAL OU GERAL



REPRESENTANTES GERAIS PARA PORTUGAL E COLÓNIAS

BACELAR & IRMÃO, L. DA

RUA DO CARMO, 8

P O R T O

fome. Estes dados estão de acôrdo com o tipo de pelagra estudado, e revelam-nos que tais doentes, conquanto desnutridos, conseguem ainda manter uma proteinémia normal.

Não se encontra hipocalcémia, pois a média é de 9,73. Sòmente um dos doentes apresentava um valor um pouco elevado. O único caso de hipercalcémia tinha um carcinoma gástrico, com metástases, e encontrava-se em caquexia.

Os valores achados para a fosfatémia oscilam entre 2,65 e 5 mgs. %.

Nos 30 doentes, as cifras de carotinémia podem considerar-se dentro da normalidade, com largas oscilações que lhe são próprias. Quanto à vitamina A, a média geral é baixa (67,6 U. I. %), e os valores obtidos variam bastante. No entanto, apenas 4 doentes podem considerar-se no limite inferior da normalidade, senão mesmo definitivamente hipovitaminóticos; é curioso notar, porém, que nenhum dêstes doentes apresentava sintomas atribuíveis à hipovitaminose A. Pelo contrário, aqueles em que tais sintomas foram encontrados, estavam precisamente entre os que tinham valores mais altos de vitamina A no sangue. Não nos esqueçamos, no entanto, que tanto a hemeralopia como as manchas de Bitot não são patognomónicas da carência em vitamina A.

Foi aos A. A. impossível, por dificuldades laboratoriais, proceder ao estudo exacto do balanço do ácido nicotínico. As determinações do ácido nicotínico na urina foram feitas em alíquotas e referidas arbitrariamente a um volume de 1.000 cc. Encontrou-se uma média de 2,3 mgr. de ácido nicotínico, com pequena variação. Só foi possível proceder à redeterminação, no fim do tratamento pela amida do ácido nicotínico, em 7 doentes; dêstes, 5 mostraram um aumento da eliminação de ácido nicotínico,

A porfinúria foi encontrada em 3 doentes, todos êles com formas intensas ou de longa duração. Nova pesquisa, feita no final do tratamento com a amida do ácido nicotínico, não revelou a presença de quaisquer pigmentos vermelhos fluorescentes na urina dêstes mesmos doentes.

Para que os resultados do tratamento pudessem ser facilmente comparáveis os doentes receberam, sempre que foi possível, doses iguais de medicamento durante o mesmo período: diariamente, «per os», 50 ctgr. de amida do ácido nicotínico, divididos em 5 fracções de 10 ctgr., durante 10 dias consecutivos. Nalguns casos, esta norma foi um pouco alterada. Durante o tratamento todos os doentes se mantiveram no exercício das suas ocupações habituais que, nessa época do ano, implicavam, para o maior número dêles, uma demorada exposição ao sol, e foi-lhes insistentemente recomendado que não alterassem os hábitos alimentares. Dêste modo os resultados colhidos podiam ser exclusivamente atribuídos à acção, especifica ou não, da amida do ácido nicotínico. Só se exceptuou esta regra num caso, em que foi indispensável prescrever, concomitantemente com a amida do ácido nicotínico, uma imediata melhoria da alimentação.

Dos resultados do tratamento, destacam-se os seguintes factos, de maior interesse: Quanto aos sintomas subjectivos, todos êles se mostraram extremamente sensíveis à medicação. A astenia, um dos sintomas dominantes do quadro clínico, melhorou em 55 % dos casos, e desapareceu completamente em 15 %; não foi beneficiada em 30 %; deve-se notar, no entanto, que metade dos doentes dêste último grupo tomaram o medicamento durante menos tempo. Os restantes sintomas — cutâneos, digestivos, neurológicos, mentais, etc. — foram, sem excepção, favoravelmente influenciados pelo tratamento; uns, como, por exemplo, as cefaleias, as vertigens e as parentesias desapareceram ou atenuaram-se nitidamente em 100 % dos casos; noutros, a percentagem das curas ou melhoras foi menos elevada, como aconteceu com a dor epigástrica e, em último lugar, com as perturbações do apetite, em que a amida do ácido nicotínico se revelou eficaz apenas em 37 % dos casos.

Certos sintomas, como as perturbações subjectivas da sensibilidade ao nível da língua e das lesões cutâneas, regressaram completamente ao fim de 2 a 3 dias de tratamento; outros, como a astenia e as dores nos membros, persistiram durante mais tempo, mesmo naqueles doentes em que acabaram por desaparecer.

A diarreia é considerada como um dos sintomas de pelagra que mais rapidamente cede à acção do ácido nicotínico ou da sua amida. Nos 3 únicos casos em que foi possível seguir a evolução dêsse sintoma, o tratamento não se revelou particularmente brilhante, conseguindo-se apenas uma atenuação parcial; é verdade que em dois dêsses doentes a pelagra coexistia com outra doença, o que talvez tenha prejudicado o efeito terapêutico da medicação.

As lesões cutâneas evoluíram para a cura duma maneira lenta, pois, ao fim de 10 dias de tratamento, só em 5 casos estavam completamente extintas e, em todos êles, já se encontravam em regressão espontânea quando se iniciou a administração da amida do ácido nicotínico. Noutros casos, contudo, em que o grau de regressão era mesmo mais adiantado no momento da primeira observação, a influência da terapêutica foi menos evidente. Em 5 casos não se apreciou modificação sensível das lesões cutâneas, o que se pode explicar por insuficiência de dose em 2 casos, pela existência simultânea doutras afecções em 2 casos, e num caso não se encontrou justificação satisfatória para o facto, tanto mais que os restantes sintomas responderam ao tratamento. Noutro caso surgiu um eritema da fosêta supra-esternal no decurso do tratamento, embora as lesões cutâneas das regiões anteriormente afectadas tenham melhorado. Em todos os outros doentes as lesões cutâneas evoluíram em sentido favorável, sem no entanto regressarem completamente.

As lesões linguais não foram influenciadas pelo tratamento, excepto em 2 casos; no primeiro, que apresentava pequenas ulcerações dos bordos da língua, estas estavam quasi cicatrizadas ao fim de 10 dias de tratamento; no segundo, diminuiu a fissuração. Estas alterações, porém,

foram tão discretas que bem podem ser levadas à conta de regressão espontânea.

As modificações sofridas pelos reflexos periósseo-tendinosos incidiram não só sobre aqueles que se encontravam previamente alterados, como também sobre os que, antes do tratamento, estavam normais. Em 3 dos 9 doentes que apresentavam exagêro parcial ou geral dos reflexos, êstes diminuíram após a medicação; nos 6 doentes restantes os reflexos permaneceram no mesmo estado. Nos doentes, cujos reflexos eram normais durante a primeira observação, notaram-se as seguintes alterações: em 3, diminuição ou abolição dos reflexos aquilianos; em 1, diminuição de vários reflexos; em 1, exagêro dos reflexos patelares e presença dos reflexos dos aductores, anteriormente ausentes.

Na maioria dos casos, a amida do ácido nicotínico exerceu um efeito hipotensivo, por vezes mesmo bastante marcado. As variações em sentido oposto verificaram-se num número escasso de doentes e foram sempre moderadas. Atendendo à alta percentagem de casos em que se deu uma diminuição da tensão arterial e ao facto dos doentes se conservarem, durante todo o período que durou a observação, no mesmo régimen de alimentação e de trabalho, parece lógico admitir que as alterações verificadas se devem à acção, directa ou indirecta, do medicamento. A influência da amida do ácido nicotínico sobre as tensões arteriais pareceu evidente; por isso é de estranhar que não existam na literatura referências a êste problema.

Não foi possível obter o pêso de muitos doentes depois do tratamento; por tal motivo apenas se registaram as variações de pêso em 10 doentes. Estas são, em geral, pouco significativas, excepto em 3 casos. O primeiro, além da pelagra, apresentava edema da fome e um péssimo estado geral, e recebeu, por isso, com a amida do ácido nicotínico, um suplemento alimentar rico em proteínas e gorduras; a êste refôrço dietético se deve certamente o aumento de 5 kg., tanto mais que, durante os 10 dias que mediaram entre as duas pesagens, os edemas diminuíram. Noutro caso é provável que o aumento de pêso (2 kg.) seja devido, em parte, à franca diminuição da diarreia.

Vê-se, pois, que a acção do medicamento é muito mais marcada e evidente sobre as perturbações funcionais do que sobre os sinais físicos. As próprias lesões cutâneas, as únicas que sofreram a influência da terapêutica nicotínica, mostraram uma tendência para a cura muito lenta, ao contrário do que sucedeu com os sintomas subjectivos que regressaram, total ou parcialmente, após alguns dias de medicação. E' claro que as características de algumas lesões, como, por exemplo, as glossites atróficas, permitiam, à priori, prever a sua irreversibilidade, nada se podendo logicamente esperar do tratamento. Curioso é, no entanto, frisar a falta de paralelismo entre os resultados da acção terapêutica sobre as lesões e os sintomas funcionais de que elas são a séde; ao passo que a atrofia lingual se mantém no mesmo estado, a ardência da língua, sin-

toma muitíssimo freqüente, cede rapidamente à administração da amida do ácido nicotínico. O mesmo se observa com as manifestações cutâneas, embora, neste caso, o contraste seja menos nítido. De um modo geral, os resultados obtidos concordam com os da maioria dos autores. Quási todos êles admitem que o ácido nicotínico, ou a sua amida, exerce uma acção extraordinariamente brilhante sôbre as perturbações digestivas e mentais, menos intensa sôbre os sintomas cutâneos, revelando-se, pelo contrário, totalmente ineficaz sôbre muitas outras manifestações do quadro clínico da pelagra. Nesta série de casos, porém, certos sintomas reagiram à terapêutica nicotínica de um modo particular e diferente daquele que habitualmente se lhes atribui: rebeldia das lesões cutâneas, cura de todos os casos de parestesias, persistência da glossite.

O isolamento sucessivo de várias vitaminas, o conhecimento, dia a dia mais perfeito e completo, do quadro clínico que a sua deficiência provoca e, sobretudo, os resultados obtidos pela sua aplicação terapêutica, mostraram que a pelagra é um síndrome condicionado pela carência simultânea de diferentes factores. Êste conceito adquiriu maior precisão e foi plenamente confirmado pela identificação do ácido nicotínico com a vitamina PP. E assim a pelagra foi-se progressivamente desmembrando numa série de síndromas particulares, cada um dos quais está, sob o ponto de vista etio-patogénico, relacionado com a carência de um determinado factor. Conhecem-se já actualmente algumas das vitaminas que, pela sua insuficiência, originam o complexo sintomático, por vezes extraordinariamente rico e proteiforme, da pelagra. Entre elas ocupa um lugar de destaque o ácido nicotínico, pois da sua carência dependem os sintomas fundamentais da pelagra (cutâneos, digestivos e mentais), aquelles que essencialmente caracterizam a doença e permitem a sua individualização clínica. Porém, nem tôdas as manifestações que habitualmente compõem o quadro clínico da pelagra são devidas a uma deficiência de ácido nicotínico: umas — tais como a polinevrite e a estomatite angular — são determinadas pela carência de vitaminas já bem conhecidas, respectivamente a tiamina e a riboflavina; outras — alguns sintomas neurológicos, talvez certas formas de estomatite, etc. — estão na dependência de factores ainda mal caracterizados. À luz desta concepção, em face dos elementos colhidos pelo estudo terapêutico desta série de casos, pode concluir-se que a pelagra observada era uma anicotinoze pura ou quási pura, o que, de resto, é indirectamente confirmado pelo inquérito dietético. Esta conclusão é interessante, pois a pelagra só muito raramente se apresenta sob esta forma.

O inquérito dietético abrangeu as famílias de 18 doentes, compreendendo 86 indivíduos, sendo 33 pelagrosos e 53 não pelagrosos. As famílias inquiridas procediam da classe rural de várias freguesias do concelho de Celorico de Basto. As suas condições de vida nestas famílias, são extraordinariamente uniformes; quer pelos hábitos alimentares, quer ainda pelas precárias e rindimentares condições de hygiene em que todos



# OS FÂRMACOS

*Homburg*

Continuam mantendo as qua-  
lidades que os consagraram

CHEMIEWERK *Homburg* AKTIENGESELLSCHAFT  
FRANCFORT S/MENO

Informações: EMILIO PELLEN  
LISBOA

Rua da Horta Sêca, 7-3.º  
Tel. 26841



## ADONIGEN

*Extr. estand. de Adonis Vernalis*

Gotas	frascos 10 e 30 cc.
Comprimidos	frascos 30 compr.

## DERIFILINA

*Teofilina + dietanolamina*

Ampôlas	caixas 5 amp. / 5 cc.
Gotas	frascos 10 cc.
Supositórios	caixas 6 sup.

## DERIFILINA-ESTROFANTINA

*Derifilina + estrofantina k*

Ampôlas	caixas 5 amp. / 5 cc.
Supositórios	caixas 10 sup.

## DERIMINAL

*Derifilina + ácido feniletilbarbitúrico*

Ampôlas	caixas 6 amp. / 2 cc.
Gotas	frascos 10 cc.
Supositórios	caixas 6 sup.

## FOSVITANON

*Quinina-cola-piscidia-viburno-lúpulo-fosfato-cobre-ferro-manganês-magnésio-bromo*

frascos 200 cc.

## HOMBURG 680

*Ext. estab. da raiz de beladonna búlgara*

Gotas	frascos 10 e 30 cc.
-------	---------------------

## KAMILLORAL

*Kamillosan concentrado*

Gotas	frascos 10 cc.
-------	----------------

## KAMILLOSAN

*Extr. estand. de camomila*

Líquido	frascos 30 e 100 cc.
Pomada	bisnaga 25 gr.

## SEPTOQUINA

*Solvoquina + p-aminofenilsulfonamida*

Ampôlas	caixas 3 amp. / 2 cc.
Comprimidos	tubos 10 e 20 compr. / 0,5 gr.

## SINTOBILINA

*p-tolimetilcarbinolcanfor-éster ácido-dietanolamina*

Ampôlas	caixas 6 amp. / 1 cc.
Comprimidos	tubos 25 compr.

## SOLVOQUINA

*Soluto aquoso quinina básica a 25%*

Ampôlas	caixas 3 amp. / 2 cc.
---------	-----------------------

## SOLVOQUINA-CÁLCIO

*Solvoquina + glutaminato de cálcio*

Ampôlas	caixas 3 amp. / 2,5 e 5 cc.
---------	-----------------------------

## SPIROBISMOL

*Suspensão oleosa de tartarato de potássio-sódio-bismuto e iodo-bismutato de quinina*

Ampôlas	caixas 6 e 12 amp. / 2 cc.
---------	----------------------------

## TEMOEBILINA

*Temoe Lawak, hortelã pimenta cominho e camomila*

Comprimidos	tubos 10 compr.
-------------	-----------------

## TRANSPULMINA

*Quinina, cânfora e óleos essenciais*

Ampôlas	caixas 6 e 12 amp. / 1,2 cc.
---------	------------------------------

## TREUPEL

*Fenacetina, narcotina, ácido acetilsalicílico, sulf. sódio e sais de Homburg*

Comprimidos	tubos 10 compr. / 0,5 e 1 gr.
-------------	-------------------------------

Chemiewerk *Homburg* Aktiengesellschaft

FRANCFORT S / M E N O



vivem, os indivíduos estudados formam um grupo de características sociais muito homogêneas.

O regimen alimentar caracteriza-se pela sua simplicidade e monotonia. Compõe-se de um número muito reduzido de alimentos, os mais importantes dos quais são: o *milho*, a *couve galega*, o *feijão sêco* e o *azeite*. Em certas famílias êstes alimentos são os únicos constituintes da dieta; mesmo naquelas em que a dieta é um pouco mais variada, os alimentos adicionais — centeio, batatas, cebolas, arroz, bacalhau, leite, etc. — entram sempre em pequena quantidade. Em tôdas as famílias, sem excepção, os quatro alimentos acima mencionados, principalmente os dois primeiros, constituem a base da alimentação.

Os alimentos são distribuídos habitualmente por quatro refeições, cuja composição e horário são, com pequenas variantes, os seguintes: Almôço (nascer do sol), brôa e, algumas vezes, leite ou bacalhau; Jantar (meio-dia), caldo, brôa e, por vezes, batatas ou arroz; Merenda (incerta), brôa, cebola ou fruta; Ceia (pôr do sol), caldo e brôa. Esta rotina é, em certas ocasiões, alterada pela introdução de outros alimentos consumidos em pequena quantidade.

Calculado o valor nutritivo desta alimentação, os resultados obtidos foram como segue.

Sob o ponto de vista calórico verifica-se que a ração média das famílias é de 2.988 calorias, com um máximo de 4.957 e um mínimo de 1.088. Deve reconhecer-se, todavia, que há, na maioria dos regimens, uma certa uniformidade que orça à roda de 3.000 calorias. Admitindo que o operário rural desta região efectua um trabalho moderadamente pesado e que êste exige cêrca de 3.100 calorias pode-se afirmar que os valores obtidos na maioria das famílias correspondem a um mínimo das necessidades. E', contudo, difficil de classificar o trabalho efectuado pelos agricultores desta região visto que êle varia muito, em intensidade e duração, com as diferentes épocas do ano, condicionado como é pelas exigências agrícolas; se durante certas épocas e na execução de determinados trabalhos o seu consumo energético é certamente bem maior do que 3.100 calorias, noutras ocasiões, porém, deve aproximar-se dêstes valores. O milho cobre 70 % do consumo energético.

Os glúcideos entram na dieta na quantidade média de 515 gramas. Os valores obtidos aproximam-se bastante desta média, afastando-se apenas em duas famílias, em que o consumo é bastante inferior e duas outras de consumo muito mais elevado. Como acontece habitualmente nos regimens pobres, a ração de hidratos de carbono, em relação à dos outros constituintes energéticos, é sensivelmente elevada; 6,36 gr. de hidratos de carbono para 1 gr. de proteínas, proporção superior à considerada como óptima — 4 a 5 gr. de hidratos de carbono para 1 gr. de proteínas. Além disso, a ração hidrocarbonada cobre 69 % do consumo calórico total, excedendo assim a comparticipação adequada dos hidratos de carbono que é de 55 a 60 %. O milho é a principal origem dêste

princípio imediato fornecendo 79 % do total consumido; o restante é fornecido pelos feijões secos, o centeio e as batatas, principalmente pelo primeiro; em algumas famílias a ração de hidratos de carbono é completada pelo arroz, o leite e, excepcionalmente, a mandioca e o açúcar.

O consumo médio de gorduras é de 63 gr., e em quasi tôdas as famílias a quantidade consumida é muito vizinha da média, afastando-se substancialmente apenas em duas, onde atinge os valores extremos de 30 e 127 gr. A participação das gorduras na satisfação das necessidades energéticas limita-se a 19 %, percentagem bastante inferior à aceite como óptima (25 a 30 %) neste clima e condições de trabalho. As gorduras são quasi exclusivamente de origem vegetal e as suas principais fontes são o milho e o azeite que fornecem respectivamente, em média, 50 % e 34 % no total consumido. Além dêstes dois alimentos nenhum outro desempenha, só por si, papel de valor, nem fornecimento de gorduras. Apenas em oito famílias o leite contribui, embora em escala reduzida, para o consumo de substâncias gordas.

As proteínas entram na composição do regímen na quantidade média de 81 gr.; como sucede com os outros princípios energéticos, os valores nas diferentes famílias aproximam-se, em geral, desta média. Dêstes 81 gr., 73 gr. procedem do reino vegetal e apenas 8 gr. provêm do reino animal; isto é, as proteínas animais representam somente 10 % do total. Pode dizer-se que as necessidades proteicas de um homem adulto orçam por cêrca de 1 gr. por quilo de pêso e por dia, devendo as proteínas animais entrar na proporção de 50 %. Confrontando êstes números com os valores obtidos, verificamos que a quantidade total de proteínas é satisfatória ou mesmo, atendendo ao pêso dos indivíduos inquiridos; excede as necessidades mínimas, mas a proporção entre as proteínas animais e vegetais é muito inferior àquela que se considera como necessária ao equilíbrio orgânico. 63 % do total de proteínas são fornecidas pelo milho; as restantes proteínas de origem vegetal provêm do feijão, centeio, batata e couve. No entanto, estes três últimos alimentos são, sob êste aspecto, de secundária importância. As escassas proteínas animais são dadas sobretudo pelo leite, que era consumido por metade das famílias, e pelo bacalhau. Qualquer dêstes alimentos era utilizado em quantidades pequeníssimas e acidentalmente; em várias famílias o consumo do leite datava, na ocasião do inquérito, apenas de há um ou dois meses e era usado mais como medicamento do que como alimento. A carne era utilizada, em quantidades superiores a 1 gr. por dia, apenas por duas famílias e os ovos eram consumidos, embora por maior número de indivíduos, sempre em quantidades ínfimas. No dizer de muitos, carne, ovos e leite são alimentos usados quasi exclusivamente durante as doenças e por ocasião das festas tradicionais.

A provisão de cálcio do regímen era, em média, por unidade de consumo, de 815 mgr.; na família da obs. 3 descia a um mínimo de 613 mgr. e, na família das obs. 4 e 5, elevava-se a 1.207 mgr. Êste

mineral provém principalmente das couves que fornecem 56 %. Os cereais (milho e centeio), os feijões e, em alguns casos, o leite, contribuem com a quasi totalidade do restante. Esta quantidade de cálcio deve satisfazer as necessidades mínimas, embora seja inferior às consideradas como óptimas. Deve notar-se que cerca de metade do cálcio é fornecido pelas couves nas quais este mineral se encontra sob uma forma altamente assimilável.

O consumo médio de fósforo era de 1.670 mgr., com o máximo de 2.822 mgr. e o mínimo de 629 mgr. O milho é a principal origem deste mineral, cobrindo 60 % do consumo total; o restante é dado sobretudo pelo centeio, feijões, leite, batatas e couves.

A dose média de ferro contida na dieta era de 27,51 mgr., com um mínimo de 10 mgr., e um máximo de 75,41 mgr. Como sempre, as variações oscilam na vizinhança da média. O ferro tem a seguinte proveniência: do milho — 50 %; dos outros cereais — 5 %; dos feijões — 17 %; da couve galega — 13 %; das batatas — 4 %; dos produtos de origem animal — 7 %; de outros alimentos, tais como cebolas, azeitonas, etc., o restante. Aparentemente a quantidade de ferro consumida sobrelva amplamente as necessidades orgânicas, avaliadas em 15 mgr. diários. Devemos notar, porém, que metade do conteúdo total da dieta em ferro provém do milho que, como vimos, é consumido sob a forma de pão integral, ferro que se afirma ser deficientemente utilizado, em consequência da sua precipitação no intestino pelo ácido fítico e, possivelmente, por fosfatos inorgânicos, compostos estes muito abundantes naquelas farinhas. Sendo assim, é provável que, na realidade, grande parte do ferro ingerido não seja absorvido.

A quantidade média de vitamina A ingerida era de 3.219 U. I. por dia, valor que deve satisfazer apenas as necessidades mínimas, sem margem de segurança. Estas computam-se em 2.000 U. I., quando este factor é absorvido sob a forma de vitamina A, mas elevam-se ao dôbro se o produto existente na dieta for, não a própria vitamina A, mas o caroteno. Ora, nesta série de observações, apenas 6 % de vitamina A se encontra em forma directamente assimilável nos alimentos de origem animal, sendo os restantes 94 % fornecidos pelos alimentos de origem vegetal, sob a forma de caroteno. As couves e o milho são as fontes principais do caroteno e fornecem respectivamente 48 % e 42 % do total consumido. A circunstância da dieta ser pobre em gorduras faz ainda prever uma utilização incompleta do caroteno da dieta.

Em números absolutos o consumo médio individual da vitamina B<sub>1</sub> era de 1,770 mgr. Em princípio este número indica-nos que devem estar cobertas as necessidades desta vitamina pois que estas se avaliam em 1 a 2 mgr. Como se sabe, no entanto, o consumo de vitamina B<sub>1</sub> varia na razão directa dos hidratos de carbono e proteínas ingeridas, sendo, pelo contrário, diminuído pela ingestão de gorduras. Assim as necessidades de vitamina B<sub>1</sub> devem ser calculadas em função do género

de alimentação; com a registada, obtém-se o coeficiente 0,73; valores superiores a 0,30 são considerados como suficientes para prevenir uma carência desta vitamina; por isso, as necessidades de tiamina nestas famílias devem estar amplamente cobertas. Esta vitamina procede principalmente do milho, que fornece 64 % do total consumido; secundariamente das couves, do feijão, do centeio, das batatas e, em poucos casos, do leite.

O consumo médio, por cabeça, da riboflavina era de 1,308 mgr.; as variações são um pouco mais amplas do que nos nutrientes já estudados, indo de um máximo de 2,348 mgr. a um mínimo de 0,557 mgr. Considerando que as necessidades diárias de vitamina B<sub>2</sub> oscilam entre 2 e 4 mgr., verifica-se que existe uma carência dietética de riboflavina em todos os casos, embora a quantidade consumida pareça suficiente para satisfazer o mínimo necessário e impedir a concorrência de evidentes manifestações de arriboflavinose. Por via de regra os conteúdos dos regimens em vitaminas B<sub>1</sub> e riboflavina variam paralelamente, quer para mais, quer para menos. Por vezes, porém, acontece que o consumo de riboflavina é relativamente maior do que o de vitamina B<sub>1</sub> e isto verifica-se precisamente nos casos em que o leite entra na dieta em quantidade apreciável. Como sucede com a vitamina B<sub>1</sub>, a origem mais abundante de riboflavina encontra-se no milho que fornece 58 % do total da dieta; seguem-se, por ordem decrescente de importância, os feijões, o leite, o centeio, as batatas e as couves.

A quantidade média de vitamina C existente nas dietas era de 30,50 mgr., com um máximo de 53 mgr. e um mínimo de 17,84 mgr.; havia, de um modo geral, uma certa regularidade, de família para família, no seu consumo. A dose ingerida deve ser deficiente se tomarmos como representativo das necessidades mínimas o valor de 50 mgr. Devemos recordar, contudo, que autores há que avaliam as necessidades mínimas de vitamina C em 25 a 35 mgr. Em 7 famílias a ingestão de vitamina C era mesmo inferior a 25 mgr. As fontes desta vitamina resumem-se praticamente a quatro: entre elas ocupa o primeiro lugar a couve galega, cobrindo 61 % do total ingerido; contribuem com quantidades menos importantes, as batatas, as cebolas e o leite.

As necessidades diárias de ácido nicotínico estão avaliadas em 15 a 20 mgr. O conteúdo médio em ácido nicotínico das dietas estudadas era de 11,725 mgr. Porém, em 3 famílias, o consumo deste factor era superior a 15 mgr.; em 9, orçava entre 10 e 15 mgr.; e nas restantes 6, não atingia mesmo 10 mgr. O milho é a principal fonte de ácido nicotínico, cobrindo por si só mais de metade do consumo total. A quantidade média desta vitamina existente nas dietas estudadas é, pois, ligeiramente inferior às necessidades mínimas. Estas necessidades, porém, não são fixas, mas dependentes de certas condições fisiológicas e patológicas. Entre as primeiras apontam-se a idade, o trabalho muscular e a composição da dieta; a constituição individual deve, também, desem-

# CYREN-B

*Composto sintético  
com a acção biológica da  
hormona folicular*

usado com ótimos resultados nos casos de ginecologia, medicina interna e dermatologia em que até hoje apenas se praticava a terapêutica pela hormona folicular.

*O diminuto preço do Cyren torna possível a sua aplicação em grande escala.*

*Comprimidos de Cyren B: frasco com 20 comp. de 0 mg. 10 de dipropionato de dietildioxistilbeno*

*Ampôlas de Cyren B: caixa com 5 amp. de 1 c. c. do soluto oleoso de 0 mg. 50 de dipropionato de dietildioxistilbeno*

*Comprimidos de Cyren B-forte. frasco com 20 comp. de 0 mg. 50 de dipropionato de dietildioxistilbeno*

*Ampôlas de Cyren B-forte: caixa com 5 amp. de 1 c. c. de soluto oleoso de 2 mg. 50 de dipropionato de dietildioxistilbeno*

*Pomada de Cyren: tubo com 20 gr.; um cordão de pomada expremido do tubo com 5 cm de comprimento corresponde approx. a 1 gr. de pomada com 1 mg. de dietildioxistilbeno*



**Bayer**  
LEVERKUSEN



Representantes:  
**BAYER, LIMITADA**  
largo do Barão de Quintela 11-2º LISBOA

# Quinarrhenina

ANEMIAS  
CLORO-ANEMIA  
SEZÕES  
TUBERCULOSE  
CONVALESCENÇAS

## ELIXIR — GRANULADO

Dá força, excita o apetite, diminue a febre, facilita a digestão.  
Muito bem tolerada pelas crianças. Efeitos rápidos e seguros.

Deposito geral: Farmacia GAMA — C. Estrela, 130, Lisboa

Agentes: Em LUANDA — DINIZ, LIMITADA      No FUNCHAL — MADEIRA NOSTRA  
No PORTO — ALBERTO FERNANDES LEAL — Rua Alferes Malheiro, 129-2.º

## XAROPE STEPP <sup>DE BROMOFORMIO</sup> COMPOSTO

Na **tosse convulsa** é o  
remédio mais eficaz.

48 horas depois da sua aplicação, os acessos tornam-se mais moderados

## IODOLOSE "GAMA,"

Combinção orgânica de iodo e peptona de carne,  
usada há longo tempo por numerosos clínicos  
///// que a preferem a outras similares. /////

## KOLEINA « G A M A »

GRANULADO DE KOLA E CAFEÍNA

Mais activa que todos os outros granulados de kola, em  
estados depressivos, sobretudo na hipotonia cardíaca, pela  
acção cardiotónica da cafeína.

Depósito geral: Farmacia GAMA — C. Estrela, 130, Lisboa  
Agente no PORTO — ALBERTO FERNANDES LEAL — Rua Alferes Malheiro, 129-2.º

penhar um papel importante, embora, no estado actual dos nossos conhecimentos, nada de positivo e concreto se saiba sobre a influência exercida por esse factor. Entre as segundas ocupa, sem dúvida, um lugar preponderante o estado do aparelho digestivo, como é claramente demonstrado pela existência de casos de pelagra consecutivos a afecções desse aparelho.

Quanto à influência da composição dietética sobre as necessidades do organismo em ácido nicotínico, sabe-se que a acção anti-pelagrogénica dos alimentos não é directamente proporcional ao seu conteúdo nessa substância. Esta noção, estabelecida experimentalmente no homem, levou à conclusão de que o ácido nicotínico dos diferentes alimentos não é igualmente utilizável. Por isso alguns autores conceberam coeficientes de utilização do ácido nicotínico para os vários alimentos, de modo a tornar possível o cálculo do poder anti-pelagrogénico das dietas. Estes coeficientes, cuja exactidão se apresenta duvidosa, só estão determinados para um número restrito de alimentos. Considera-se que o ácido nicotínico da carne de boi e de porco, do leite, das couves e do tomate é altamente utilizável, pelo que foi tomado como unidade-padrão da escala de coeficientes; pelo contrário, o ácido nicotínico do milho, arroz, batatas, etc., é só parcialmente utilizável, em proporções tais que levam a atribuir-lhe coeficientes inferiores à unidade. Aplicando estes coeficientes às cifras do conteúdo médio de ácido nicotínico dos diferentes alimentos da dieta, a quantidade total de 11,725 mgr. fica reduzida a 6,262 mgr. de ácido nicotínico utilizável. Dir-se-ia, portanto, que o conteúdo da dieta era extremamente deficiente; entretanto, os mesmos autores que introduziram o critério da diferente utilização orgânica do ácido nicotínico consoante a natureza dos alimentos em que elle está contido, estabeleceram como necessidade mínima de ácido nicotínico utilizável para o homem adulto, de 70 kgr., a cifra de 7,000 mgr. De qualquer modo, verifica-se, por consequência que o ácido nicotínico existente na dieta é um pouco inferior ao mínimo considerado como necessário.

Em resumo dêste capítulo, as dietas estudadas apresentavam as seguintes características principais: Monotonia, uniformidade e constituição quasi exclusivamente vegetal, em que o milho ocupa um lugar preponderante; Semelhança, sob quasi todos os aspectos, entre as dietas das 18 famílias, com raras excepções; Valor energético adequado às necessidades de um trabalho moderado; Percentagem elevada de hidratos de carbono; Escassez moderada de gorduras e ausência quasi total de gorduras de origem animal; Ração proteica suficiente em valor absoluto, mas extremamente pobre em proteínas de origem animal; Conteúdo de cálcio suficiente para a satisfação das necessidades mínimas; Provisão apropriada de fósforo e de ferro; Ligeira deficiência de vitamina A e de riboflavina que cobrem a custo as necessidades mínimas; Teor de vitamina B<sub>1</sub> superior às necessidades mínimas; Insuficiência de vitamina C; Déficit moderado de ácido nicotínico.

As considerações com que remata o trabalho que acabamos de resumir, e de transcrever em parte, destacam as seguintes notas.

Verificado que o conteúdo de ácido nicotínico dos regimens era ligeiramente inferior às necessidades mínimas e muito distante dos valores considerados como óptimos, em princípio esta carência justifica a ocorrência de pelagra. Contudo, ao admitir tal conclusão, generaliza-se um pouco o significado dos resultados colhidos pelo inquérito alimentar, pois êste abrange 86 indivíduos dos quais apenas 33 sofriam de pelagra. Por isso seria natural perguntar a razão porque nem todos os indivíduos adoecem. Êste facto pode atribuir-se, em parte, às diferenças do consumo individual dentro de cada família, e, em parte, à influência do factor constitucional que neste caso, à semelhança do que acontece na gênese de muitos outros estados patológicos, desempenha um papel importante; a intervenção dêste último factor no determinismo da pelagra tem sido posta em evidência por vários autores, experimentalmente. Além disso, o pequeno grau da insuficiência do ácido nicotínico está de acôrdo com a feição clínica da doença que apresentava as seguintes características fundamentais: cronicidade, evolução lentamente progressiva, benignidade e ausência de outras avitaminoses bem individualizadas. Com efeito, difficilmente se poderia conceber que uma carência acentuada de ácido nicotínico — vitamina de alta importância no metabolismo orgânico — fôsse compatível com as características clínicas acima referidas. O carácter persistente da afecção, que raras vezes desaparece, também se coaduna com a constância e monotonia do regimen, cuja constituição e conseqüente riqueza em ácido nicotínico se deve manter inalterável através de gerações. Em cada doente, com raras excepções, observa-se paralelismo entre o déficit de ácido nicotínico da dieta e a intensidade das manifestações clínicas.

Com excepção da tiamina, tôdas as outras vitaminas — A, B<sub>2</sub> e C — existiam nas dietas em quantidades ligeiramente deficientes, não inferiores, contudo, por via de regra, aos valores aceites como adequados para a satisfação das necessidades mínimas. Êste facto concilia-se com os resultados da observação clínica que não revelou a presença de sintomas dependentes da carência de qualquer daquelas vitaminas. Apenas em dois doentes se observaram manchas de Bitot, sintoma geralmente considerado como uma manifestação de avitaminose A. Só um dêstes doentes foi estudado sob o ponto de vista alimentar; a sua dieta continha 2.808 U. I. de vitamina A, quantidade um pouco inferior à média; no entanto, outros doentes com um consumo desta vitamina idêntico ou mesmo inferior não apresentavam sintomas de avitaminose.

À luz do inquérito dietético não se pode explicar cabalmente o mecanismo que determina a abrasão dentária. Tudo o que se pode dizer é que o tipo das lesões faz supor que deva estar sobretudo afectada a camada mais externa dos dentes, isto é, o esmalte, que é formado à custa dos ameloblastos, células cuja função está condicionada pela vita-



mina A; isto leva a pensar que a abrasão dentária possa estar relacionada com uma carência de vitamina A.

Entre os dados fornecidos pelo exame laboratorial merecem uma referência especial os relativos ao quadro eritrocitário visto que revelam perturbações da hemopoiese cujas características se afastam um pouco das que têm sido mais freqüentemente encontradas em casos semelhantes, pois os doentes apresentavam apenas anemia discreta. A hipocromia, reflexo de uma carência de ferro, mostrou-se carácter quasi constante, o que não seria de esperar nem do exame clínico nem da abundância de ferro existente nas dietas. Tem que se admitir que o ferro ingerido não é totalmente absorvido, o que pode ser devido aos seguintes factores: por um lado ao mau coeficiente de utilização de grande parte do ferro contido na dieta como foi particularmente evidenciado no caso do pão integral que é, de resto, a principal fonte d'este mineral; por outro lado deve contar-se com a possível interferência da aquilia, cuja existência, embora não averiguada, deve ter-se como muito provável em doentes pelagrosos. A influência d'estes factores explica a aparente divergência entre os resultados do exame laboratorial e do inquérito dietético. A macrocitose, outra característica hematológica freqüentemente apresentada por estas anemias, leva a pensar, dada a composição das dietas, numa carência do factor extrínseco. Com efeito, embora a distribuição d'este factor nos alimentos seja incompletamente conhecida, sabe-se que êle se encontra sobretudo nos produtos de origem animal e em certos alimentos vegetais como as ervilhas e o gérmen do trigo; isto é, em alimentos que não fazem parte do regimen dos doentes estudados. Também uma carência de factor intrínseco poderia explicar igualmente a macrocitose.

BOLETIM CLÍNICO DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA.— N.º 12-13 (Julho de 1941): *Sobre a recidiva de um tumor de células gigantes*, por Adelino Costa; *Poroqueratose de Mibelli*, por Menéres Sampaio; *Sobre um caso de cisticercose*, por Ducla Soares; *Miastenia e úlcera gástrica*, por Carlos George; *Fracturas múltiplas do crâneo*, por António V. Marques; *Estado disráfico e seringomielia*, por Miranda Rodrigues; *Acêrca das nodosidades de Lutz-Jeanselme*, por Alvarez Esteves.— N.º 14-15 (Jan. de 1942): *Comentário médico do momento actual*, por Carlos Santos; *A anatomia patológica do tifo exantemático*, por F. Wohlwill; *Dois casos de psoríase em gotas*, por Bastos da Luz; *A anestesia loco-regional nas amputações da côxa*, por J. Melo do Rêgo.

**Miastenia e úlcera gástrica.**— Um homem de 60 anos, que sofria do estômago há 15 anos, viu agravarem-se os seus padecimentos, tendo uma hematemese abundante. Pouco tempo depois, deu conta de diplopia, e notou que as pálpebras lhe descaíam, que a cabeça lhe pendia, e que tinha dificuldade em mover os membros superiores; êstes sintomas não existiam ao acordar. Progredindo, passou a ter dificuldade na fala

e na deglutição. O exame gástrico mostrou estase quasi total às 6 horas, e dois nichos ulcerosos gigantes, um na pequena curvatura e outro justa-pilórico. Palidez intensa. Como a miastenia se acentuasse, injectou-se meio miligrama de prostigmina; uma hora depois da injectação teve uma hematemese. Os fenómenos de miastenia, as paresias, desapareceram quasi por completo; essas melhoras foram transitórias, pois o doente caíu no estado anterior, agravado rapidamente, falecendo por motivo da paralisia da musculatura respiratória. Na autópsia não se encontraram lesões, excepto as das duas úlceras gástricas, uma das quais invadia o pâncreas.

A miastenia pseudo-paralítica pode ser primitiva ou secundária. A filiação com a gastropatia é evidente neste caso. Dois factores devem ter concorrido para a sua produção: a extrema desidratação do doente e invasão do pâncreas pela úlcera gástrica, causando profunda perturbação do mecanismo fermentativo do sangue.

JORNAL DO MÉDICO.— N.º 60 (15-V-43): *O sistema neuro-endocrínico na biologia e patologia*, por Michel Mosinger; *A selecção dos contingentes militares*, por L. Macias Teixeira.— N.º 61 (1-VI): *O conceito eugenista na hygiene moderna*, por Ayres de Azevedo; *O «Leal Conselheiro» lido por um anatómico* (conclusão), por J. A. Pires de Lima; *Sousa Martins*, por Diogo Furtado; *Estranha gravidez ectópica*, por F. Pessoa Monteiro; *Circulação vicariante do miocárdio*, por Maximino Correia.— N.º 62 (15-VI): *Ideias gerais sobre eugenia*, por Ayres de Azevedo; *A protecção à infância em Portugal*, por Fernando Correia; *Apêrtos filiformes da uretra*, por Alves Pereira.— N.º 63 (1-VII): *Três anatómicos célebres da Renascença italiana: Leonardo de Vinci, Berengário de Carpi e Andre Vesálio* (conclusão), por Hernâni Monteiro; *Vacina contra a difteria*, por Pedro Sampaio.— N.º 64 (15-VII): *Mecânica da hereditariedade*, por Ayres de Azevedo; *Prostatites agudas não blenorragicas*, por Alves Pereira.— N.º 65 (1-VIII): *A hereditariedade do psiquismo*, por Ayres de Azevedo.— N.º 66 (15-VIII): *A hereditariedade da personalidade*, por Ayres de Azevedo; *Uma rara publicação médica do século XVIII*, por Fernando Magano; *Deve fazer-se sulfamidoprofilaxia em obstetrícia?*, por Mário Cardia; *As falsas ralas crepitantes*, por A. B. Leite de Faria.— N.º 67 (1-IX): *Clínicos do Pôrto de outro tempo* (continuação de n.ºs anteriores), por Silva Carvalho; *Falsa rala traqueal*, por A. B. Leite de Faria.

**Estranha gravidez ectópica.**— Estranha, por se ter dado numa mulher operada quatro anos antes da hysterectomia sub-total.

**Apêrtos filiformes da uretra.**— A uretrotomia interna foi substituída, com vantagem, pela dilatação progressiva, primeiro com sondas permanentes e depois com sessões intermitentes; mesmo nos casos de infecção urinosa grave, o processo suplantou a uretrotomia.

**Sulfamidoprofilaxia em obstetrícia.**— Sempre que fôr legitima a suposição de que pode sobrevir uma infecção puerperal, deve ministrar-se

**B<sub>1</sub>****B<sub>1</sub>**

As experiências dos últimos tempos mostraram que muitas vezes a acção terapêutica da Vitamina B<sub>1</sub>

**e m c a s o s r e n i t e n t e s**

só se obtém com doses que ultrapassam em muito as que eram empregadas até à data. Afim de facilitar aos Ex. mos Srs. Clínicos o emprêgo de doses mais elevadas de Vitamina B<sub>1</sub>, decidimos introduzir no mercado ampôlas de 100 mgrs. do nosso preparado de Vitamina B<sub>1</sub>, Betabion. Esta nova forma encontra-se no comércio sob a designação de

**B E T A B I O N**  
**„ f o r t í s s i m o “**

Embalagem original com 3 ampôlas de 2 ccs.

Embalagem hospitalar com 15 ampôlas de 2 ccs.

As restantes formas (ampôlas de 5 mgrs., ampôlas „forte“ de 25 mgrs. e comprimidos de 3 mgrs.) continuam à venda.

**DARMSTADT • FÁBRICA DE PRODUTOS QUÍMICOS • DESDE 1827**

**Representantes: Químico-Farmacêutica, Lda. — Rua Gomes Freire, 96 - Lisboa**

**B<sub>1</sub>****B<sub>1</sub>**

“ **Ceregumil** ”  
**Fernández**

**Alimento vegetariano completo á base  
de cereais e leguminosas**

*Contém no estado coloidal  
Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados  
e principios minerais (fosfatos naturais).*

**Indicado como alimento nos casos de intolerân-  
cias gástricas e afecções intestinais — Especial  
para crianças, velhos, convalescentes e  
doentes do estomago.**

**Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo.**

**FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA**  
Deposítarios. GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>  
240, Rua da Palma, 246  
**LISBOA**

---

## PORTUGAL MÉDICO

**Condições da assinatura (por ano — série de 12 números)**

**Continente e ilhas — 30\$00      Colónias — 40\$00      Estrangeiro — 50\$00**

**Número avulso — 5\$00**

**REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO: Rua Cândido dos Reis, 47, Porto**  
**Agência em Lisboa: LIVRARIA LUSO-ESPANHOLA — R. Nova do Almada, 88**

---

As colunas do PORTUGAL MÉDICO estão abertas a todos os médicos, para publicação de artigos de carácter científico ou clínico, e de interêsse profissional.

---

Os artigos enviados são da exclusiva responsabilidade dos seus autores.

---

A redacção desta revista responde a tôdas as perguntas que os assinantes lhe dirijam. Está ao dispor para enviar esclarecimentos sobre qualquer assunto, científico ou profissional, de que os leitores precisem, sem encargo algum para êstes.

sulfonamida, em doses de 2 ou 3 gramas, e por vezes mais. Com êste procedimento, tem-se evitado as complicações sépticas do parto em variadas circunstâncias.

ACÇÃO MÉDICA.— N.º 25 (Set. de 1942): *O distrito de Leiria na história da assistência*, por Fernando Correia; *Serviços sociais franceses*, por Sousa Gomes.— N.º 26 (Dez. de 1942): *O cinema, agente de abastardamento da juventude*, por Cruz Neves; *Responsabilidade médica*, por Paiva Boléo.— N.º 27 (Março de 1943): *Hierologia médica*, por Pedro Vitorino; *Reflexões médico-pedagógicas*, por Fernando Sardo.— N.º 28 (Junho de 1943): *O homem e a ordem social cristã*, por João Pôrto; *Aptidões profissionais do candidato a médico*, por Braz Nogueira.

**Hierologia médica.**— Entre os santos invocados como protectores em ocasiões de epidemias, destacam-se S. Sebastião e S. Roque, cuja iconografia se recorda.

---

## NOTAS VÁRIAS

---

### **Tratamento dos prematuros**

Entre os diversos trabalhos que nos últimos tempos tem aparecido a louvar o efeito da Vitamina K na vitalidade dos prematuros, está o de A. KOLLMANN, que viu reduzida a mortalidade observada em 1940, que foi de 34,4 por cento, para a de 24,6 em 1941. A ministração, aos recém-nascidos prematuros, da Vitamina K, reduziu a mortalidade dos primeiros dias; as dos dias seguintes evita-se empregando a alimentação com leite de mulher. A dose que emprega é de 7,5 a 10 miligramas. Em 16 casos de pneumonia empregou 25 miligramas de sulfapiridina, três vezes por dia, injectando simultaneamente 5 c. c. de sangue da mãe; a proporção de mortes foi apenas de 12,5 por cento. (*Munchener Med. Woch.*, 13-III-1942).

### **O intervalo ótimo entre as inoculações de vacina**

Estabeleceu-se que o intervalo entre as duas doses do tixoide tetânico é de 4 a 6 semanas. Se as duas vacinas forem misturadas e a segunda dose fôr dada 4 semanas depois da primeira, qual será o efeito sobre o poder protector da vacina anti-tífica? Para trazer alguma luz sobre esta questão H. SCHUTZE experimentou intervalos curtos e longos entre as duas doses duma vacina (sem adição de toxoide tetânico). A vacina escolhida foi a do *S. typhi murium*, que vários grupos de ratinhos receberam, uns com intervalo de uma semana e outros de semanas. A imunidade desenvolvida foi medida pelas aglutininas somáticas desenvolvidas 1 ou 7 semanas depois da 2.ª dose de vacina, e também pela

resistência às culturas vivas ao fim de 3 ou 9 semanas. Os resultados da aglutinação foram largamente a favor do «grupo de intervalo longo», sendo o título médio ou a média geométrica cêrca de 50 % mais alta quando o intervalo entre as duas doses de vacina era de 4 semanas. O ensaio da imunidade foi feito pela injeção de 300 microorganismos; enquanto os ratinhos de contrôlo morriam em cêrca de 6 dias, os ratinhos vacinados, tanto os do grupo de «uma semana» como os do grupo de «quatro semanas» viveram uma média de 10 dias. O autor sugere, portanto, que a mistura dos profiláticos tífico e tetânico deverão dar uma inteira protecção se o intervalo entre as doses fôr aumentado para 4 semanas. (*J. of Pathology and Bacteriology*, Nov. de 1941).

#### **Incompatibilidade da sulfamida local com os antissepticos clorados**

Tendo observado, casualmente, a formação de placas eritematosas e pruriginosas em doente tratada com lavagens de soluto de Dakin, seguidas por aplicações de sulfamida, F. COSTE apurou que o facto se deve à formação de compostos cloro-sulfurados, irritantes para a pele. (*Presse Médicale*, n.º 4 de 1943).

#### **Tratamento das linfangites do seio por infiltrações de novocaína**

STRAETMANS & GEERAERT, considerando a acção favorável que as infiltrações de novocaína exercem sôbre a vasodilatação e a diapedese, trataram por êsse processo vários casos de linfangite do seio, com êxito. Entendem que o processo deve entrar na prática clínica. (*Le Scalpel*, n.º 33, Dez. de 1941).

#### **Enfisema sub-cutâneo artificial como agente terapêutico**

Partindo de um caso em que, acidentalmente, a seguir a um pneumo-peritoneu, se fez um extenso enfisema sub-cutâneo, melhorando o doente consideravelmente da sua peritonite bacilar, BOLLER provocou igual resultado, injectando 100 a 400 c. c., em variadas circunstâncias patológicas. Diz que o enfisema sub-cutâneo mostra ser processo terapêutico de acção apreciável, principalmente na peritonite tuberculosa e nas pleurisias, sêcas ou com derrame; é útil também em enterites e em estados reumatismais. (*Klin. Wochens.*, 27-VI-42).

#### **Sulfamidoterapia preventiva das complicações do sarampo**

Em 293 casos em que se ministrou sulfamida durante o período eruptivo, houve complicações bronco-pulmonares sômente em 4, e otites em 19. Em 360 casos em que se não applicou sulfamida, houve 24 com complicações bronco-pulmonares (com 3 mortes) e 70 com otites. A diferença entre estas duas séries, apresentadas por J. CELISE, é pois notável. As doses empregadas oscilaram entre 1 e 4 gr. por dia, conforme a idade dos doentes. (*Paris Médical*, 1943, n.º 3).

### O lugar da operação no tratamento das varizes

Todos os métodos de tratamento envolvem a obliteração anatómica das veias doentes e a obliteração fisiológica e funcional da circulação varicosa. Segundo R. T. PAYNE, as indicações da operação podem ser absolutas ou relativas. São indicações absolutas: 1— a extensão da variz à safena interna acima do joelho; 2— a safena varicosa; 3— a dilatação ou a insuficiência valvular, sem nítida tortuosidade; 4— as grandes dimensões das veias lesadas; 5— a ineficácia do método das injeções. São indicações relativas: 1— o facto de as veias se dilatarem rapidamente; 2— o do seu aparecimento precoce; 3— existência de varizes na história familiar; 4— quando o paciente é obrigado a permanecer muito tempo em pé ou tem perturbações circulatórias das extremidades. (*British Med. Journ.*, 18-X-41).

### Tratamento do síndrome de insuficiência estrogénea

U. GOITIA, depois de revisão pormenorizada e cuidadosa de tudo o que se tem feito em hormonoterapia genital, baseia o seu novo método de tratamento, segundo êle mais eficaz, nas seguintes afirmações: «É já sabido que nas mulheres de ciclo e vida genitais normais existem duas fases: a da foliculinização, proliferação ou fase de crescimento da mucosa uterina, que se compreende dentro da primeira metade do ciclo aproximadamente, numa mulher de ciclo normal, de 28 a 30 dias; esta fase vai pois desde o 1.º, depois da menstruação até ao 14.º aproximadamente, data da ovulação. Desde aqui até à seguinte menstruação, fase de uns 14 dias, chama-se fase de luteinização ou fase de secreção, de preparação pré-grávida da mucosa uterina. Em toda a mulher na primeira fase do ciclo menstrual ou de foliculinização existe, no seu sangue, uma inundação de esta hormona estrogénea da feminidade. e na segunda metade do ciclo uma difusão de luteína no sangue.

Fundando-nos nisto, nós realizamos o nosso trabalho clínico, que a seguir exporemos, empregando o sangue de mulher normal no seu ciclo genital da segunda e primeira metade para ser transfundida para as nossas doentes de síndrome de insuficiência estrogénica. Ajudando êste tratamento, fizemos a aplicação local sobre a região hipogástrica de ondas curtas, que age favoravelmente pela sua acção congestiva, calorífica, vasodilatadora e hiperemiante sobre os órgãos genitais, especialmente sobre o útero.»

Descreve a seguir os casos assim tratados, que abrangem todas as modalidades da insuficiência estrogénica, desde o «síndrome de infantilismo primário» às insuficiências secundárias e aos casos de mulheres castradas cirurgicamente, traça a sintomatologia característica de cada caso e depois de várias considerações clínicas, conclue, expondo o seu método:

«Toda esta série de doentes, com uma diversidade de sintomas grande,

mas todos êles dependentes de uma insuficiência estrogénica, foram tratadas pelo método que passamos a expôr. A eleição da dadora de sangue deve ter em vista uma mulher normal no seu ciclo genital e menstrual, nulipara ou múltipara. A seguir determina-se o grupo sanguíneo da dadora e da receptora pelo processo directo (tomam-se 2 cc. de sangue da receptora, obtem-se o sôro e põe-se êste em contacto com uma gôta de sangue da dadora e vê-se se há ou não hemólise). As transfusões sanguíneas realizamo-las por processos indirectos e em quantidades de 300 cc. de cada vez. Tomando o sangue da dadora, colocamo-la num frasco que se encontra em banho maria a 37° aproximadamente e que contém 25 cc. de citrato de sódio a 10 0/0, estéril, e depois com uma vareta de vidro fazemos uma solução homogénea de sangue e de citrato de sódio. Adaptamos a tampa do frasco, que fecha herméticamente, e que contem dois tubinhos: um por onde sai o sangue, que por tubo de vidro e borracha vai ter à agulha, outro pelo qual injectamos ar (com pêra insuffladora) no frasco, quere dizer, de forma semelhante a um frasco lavador que fôsse fechado herméticamente por interposição de cêra entre o tampo e o gargalo. Da dadora tomamos 300 cc. de sangue, dentro da primeira metade do seu ciclo genital, isto é, nos 14 dias que seguem a sua menstruação. Depois disso, ou seja na segunda metade do ciclo, ministramos Proluton, de 5 a 10 miligramas, conforme se trate de amenorreias primárias ou secundárias, e assim sucessivamente, pelos meses fora, até obter menstruação, nos casos de amenorreia primitiva, ou até que a menstruação se regule, nos casos de amenorreia secundária.

O número de dadoras pode ser diverso, desde que reúnam as qualidades já mencionadas. Além de tudo, damos ainda às doentes alimentos vitaminados e anti-anémicos (tres colheres por dia de citrato amoniacal de ferro a 25 0/0 e extractos hepáticos «per os» e por via parentérica.)

Passando depois à descrição dos resultados obtidos, afirma, em resumo que nas amenorreias secundárias a menstruação fica definitivamente regulada ao fim de dois ciclos genitais mas que nas amenorreias primitivas consegue-se fâcilmente a primeira menstruação, havendo, porém, a necessidade de continuar o tratamento por mais 4 ou 5 meses, senão a amenorreia sobrevem ràpidamente de novo.

Ao terminar êste trabalho, publicado em *Medicina Española* (Julho de 1943), conclue: «Mediante o método de tratamento exposto damos às doentes foliculina durante a primeira metade do ciclo, e, com o Proluton, a luteína na segunda metade. Além disso, administramos, sem dúvida, com o sangue outras hormonas e outras substâncias que fazem obter com êste tratamento melhores e efectivos resultados que com tôda a hormonoterapia usada até hoje; com isto, constatamos que se não devem tratar as doentes com insuficiência estrogénica unilateralmente, e a sintomatologia que oferecem diz respeito a todo o organismo, embora a sua localização principal seja o aparelho genital.»





# **SULFARSENOL**

SAL DE SÓDIO DO ÉTER SULFUROSO ÁCIDO METILOLAMINOARSENOFENOL

## ANTISIFILITICO — TREPONOCIDA

EXTRAORDINARIAMENTE PODEROSO

VANTAGENS: INJECCÃO SUBCUTÂNEA SEM DÔR.  
INJECCÃO INTRAMUSCULAR SEM DÔR.

ADAPTANDO-SE, POR CONSEQUÊNCIA, A TODOS OS CASOS

TOXICIDADE consideravelmente inferior à dos seus similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar. (Injecções em série).

MUITO EFICAZ na orquite, artrite e mais complicações locais de blenorragia, metrite, salpingite, etc.

Preparado pelo laboratório de

*BIOQUÍMICA MÉDICA*

19-21, RUE VAN-LOO

PARIS

Representantes e Depositários exclusivos para Portugal e suas Colónias:

**TEIXEIRA LOPES & C.<sup>ª</sup>, L.<sup>DA</sup>**

RUA AUREA, 154-156

TELEF. 24816 — LISBOA

# VITAMINAS

P A S T E U R



## B<sub>1</sub>

Béri-Béri, Nevrites e Polinevrites, Ciática, Zona, Cardiopatias, Parestesia, Neuralgias, Convalescências, Obstipação por atonia gastro-intestinal, etc.

## B<sub>2</sub>

Pelagra, atrasos de crescimento, diminuição da acuidade visual, fotofobia, conjuntivites, afecções gastro-intestinais, anemia hipocrômica, etc.

## B COM PLE XA

Adjuvante do tratamento das avitaminoses e hipovitaminoses B, anorexia, perda de peso, debilidade geral, atraso de crescimento, gravidez e lactação, etc.

## C

Escorbuto, doença de Møller-Barlow, síndrome escorbútica, doenças infecciosas, aumento de metabolismo, intolerâncias medicamentosas, etc.

## K

Hipoprotrombinémia, diátese hemorrágica do recém-nascido. Períodos pré e post-operatórios na cirurgia hepática, afecções da mucosa intestinal, etc.



LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA