

# COIMBRA MÉDICA

ANO XIV

JULHO de 1947

N.º 7

## SUMÁRIO

	Pág.
ASPECTOS CIRÚRGICOS DA ÚLCERA DO ESTÓMAGO — dr. Nunes da Costa . . . . .	34r
AQUISIÇÕES RECENTES DA UROLOGIA — LIÇÃO AOS ALUNOS DO X CURSO DE FÉRIAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA (JULHO DE 1947) — dr. L. de Moraes Zamith . . . . .	36r
O SANGUE EM CLÍNICA — dr. A. da Rocha Brito . . . . .	38o
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES. . . . .	XV

---

*MOURA MARQUES & FILHO*  
*COIMBRA*



## DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Elisio de Moura — Prof. Alvaro de Matos — Prof. Almeida Ribeiro — Prof. Rocha Brito — Prof. Feliciano Guimarães — Prof. Novais e Sousa — Prof. Egidio Aires — Prof. Maximino Correia — Prof. João Pôrto — Prof. Lúcio de Almeida — Prof. Augusto Vaz Serra — Prof. António Meliço Silvestre — Prof. J. Correia de Oliveira — Prof. Luis Raposo — Prof. Luis Zamith — Prof. Mário Trincão — Prof. Manuel Bruno da Costa — Prof. António Nunes da Costa

## REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

António Cunha Vaz

António de Matos Beja

Armando Tavares de Sousa

Luis Duarte Santos

Francisco Gonçalves Ferreira

João de Oliveira e Silva

José Bacalhau

## CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente, Ilhas e Colónias — ano . . .	60\$00
Estrangeiro . . . . .	80\$00
Número avulso — cada. . . . .	10\$00

## PAGAMENTO ADIANTADO

Só se aceitam assinaturas a partir do primeiro número de cada ano.

Dez números por ano — um número por mês, excepto Agosto e Setembro.

---

Editor e Proprietário — Prof. JOÃO PORTO

---

Toda a correspondência deve ser dirigida  
à Administração da "COIMBRA MÉDICA."

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA



Em resumo, das experiências feitas para avaliar o poder inibitório e o poder antisséptico concluiu-se que o Aseptal tem um alto poder antisséptico e inibitório sobre as bactérias patogênicas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os microbios

Cointra 14 de dezembro de 1910

Cláudio Lippincott



NA HIGIENE  
ÍNTIMA  
DA MULHER

**“Aseptal.”**  
ANTI-SEPTICO-PERFUME  
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATÓRIO DE FARMACIA NACIONAL



## Alcalinésia BISMUTICA

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

## "Aseptal,"

*Ginecologia, Partos, Usos antisépticos em geral.*

## BioLactina

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

## Bromovaleriana

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

## 'Diaspirina,

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

## DYNAMOL

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

## "Glucálcio,"

*Descalcificação, tuberculosas, linfatismo, raquitismo, fraqueza geral, pleuritis, 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 habitude e morfomania dentro de certos limites*

## Proteion

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

## PULMÃO-SORO

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

## SUAVINA

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

## Terpioquina

*Medicação anti-infecciosa.*

## Transpneumol

*Quinoterapia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.*





## ASPECTO CIRÚRGICO DA ÚLCERA DO ESTÔMAGO <sup>(1)</sup>

POR

A. NUNES DA COSTA

O aspecto cirúrgico da úlcera do estômago constitui sem dúvida um dos capítulos mais importantes da cirurgia actual.

Pela grande frequência com que hoje se observa a úlcera do estômago, pela frequência com que nesta doença está indicado o tratamento cirúrgico, pela importância e gravidade de certas intervenções a realizar e ainda pelos problemas de ordem clínica e fisiopatológica que tais intervenções condicionam, o tratamento cirúrgico da úlcera do estômago constitui um capítulo importante da cirurgia, merecendo por isso a nossa maior atenção.

Sem dúvida, este assunto tem sido longamente estudado e discutido, sobretudo desde os fins do século passado até hoje.

Numerosos são os trabalhos de ordem clínica e experimental que têm sido dedicados ao assunto, realizados por fisiologistas, anatomopatologistas, clínicos e cirurgiões, tendo dado origem a um número quase ilimitado de publicações, em monografias, livros, artigos dispersos em revistas médicas de todos os Países. Também, alguns congressos, quer nacionais ou internacionais têm sido dedicados ao estudo particular do tratamento cirúrgico da úlcera do estômago.

No entanto, apesar de tantos e tão variados trabalhos dedicados ao assunto, ainda hoje subsistem certos problemas relacionados com o tratamento cirúrgico da úlcera gástrica e duodenal,

---

(1) Lição realizada no Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra, em Julho de 1947.



que estão longe de se poderem considerar completamente resolvidos, e, possivelmente aguardarão por longo tempo ainda uma solução satisfatória.

Sem dúvida estamos já longe, quer no tempo quer nos conceitos, da época em que os precursores da cirurgia gástrica ensaiaram os primeiros passos no tratamento cirúrgico da úlcera do estômago, sendo justo lembrar a título de homenagem os nomes de alguns desses precursores que mais contribuíram para estabelecer as bases essenciais em que ainda hoje assenta o tratamento cirúrgico da referida doença. E assim lembramos sobretudo os nomes de WOLFLER, BILROTH, PÉAN, RYDIGIER, POLYA, HORSLEY, KROUBIN, MICKULICZ, RICARD, KOCHER, ROUX, MOM PROFIT, JOBERT, etc., que foram entre todos os que maior contribuição inicial prestaram ao desenvolvimento da cirurgia gástrica no último quartel do século passado.

Desde então até hoje, quanto caminho percorrido, quanta evolução se tem notado neste capítulo da cirurgia, tanto no que respeita às indicações do tratamento cirúrgico na doença a que nos estamos referindo, como no que diz respeito ao aperfeiçoamento da técnica dos diversos métodos operatórios.

Não deixa de ter certo interesse recordar a tal respeito e passar em ligeira revista as vicissitudes por que tem passado na sua orientação o tratamento cirúrgico da úlcera gástrica.

Desde que CRUVEILLER em 1839, fez a descrição magistral da doença que ainda hoje muito justamente tem o seu nome, logo os clínicos se esforçaram para descobrir os meios terapêuticos capazes de conduzir à cura da referida doença.

Mas, dentro em breve se reconheceu que o tratamento médico era insuficiente ou ineficaz na maior parte dos casos e por isso os cirurgiões procuraram pelos métodos sangrentos remediar a deficiência dos processos de terapêutica médica.

Nesse sentido foram ensaiadas as primeiras intervenções na úlcera do estômago, que foram sobretudo intervenções do tipo resseccionista.

Tais intervenções, realizadas sobretudo por BILROTH, PÉAN e RAYDIJUR, (1880) não grangearam de início a simpatia da maior parte dos cirurgiões em virtude dos resultados imediatos não serem muito lisongeiros. Em virtude da deficiência dos processos de anestesia e da assepsia e também do reduzido treino que



a maior parte dos cirurgiões da época tinham ainda da cirurgia abdominal, que só depois dos preceitos estabelecidos por PASTEUR a respeito da assepsia começaram a invadir este departamento do organismo, as intervenções resseccionistas então realizadas conduziam a uma taxa de mortalidade operatória bastante pesada. Em virtude disso, logo os cirurgiões orientaram a sua acção noutro sentido, procurando obter a cura da úlcera gástrica por intervenções mais simples, embora menos radicais, em que os resultados imediatos fossem mais benignos.

Baseados no conceito etio-patogénico de que a úlcera do estômago podia ter como causa do seu entretimento a acção irritativa de ordem química pelo ácido clorídrico do suco gástrico e a irritação mecânica produzida pelos alimentos, imaginaram os cirurgiões da época praticar intervenções derivativas, criando artificialmente uma nova via de passagem dos alimentos do estômago para o jejuno, subtraindo assim os processos ulcerativos, gástricos e duodenais à acção desses dois factores.

Neste sentido foram praticadas as primeiras intervenções de gastro-enteroanastomose, por WOLFLER, BILROTH, VON HACKER, etc.

Com este tipo de intervenção procurava-se criar condições favoráveis à cicatrização dos processos ulcerativos gastro-duodenais, sobretudo nos casos em que a úlcera gástrica tinha a sua localização no canal pilórico e na pequena curvatura, o que era o caso mais frequente.

A gastro-enteroanastomose, pela sua simplicidade técnica e pela relativa benignidade dos resultados imediatos, grangeou rapidamente a simpatia dos cirurgiões dos diversos Países, começando a ser praticada cada dia em mais larga escala.

E assim, no Congresso Internacional de cirurgia realizado em Bruxelas em 1905, a gastro-enterostomia foi consagrada como intervenção ideal para o tratamento da úlcera gástrica e duodenal.

Desde então, a gastro-enterostomia passou a ser praticada como intervenção de rotina, sobretudo até 1920, data em que num novo Congresso de cirurgia se verificou que os resultados tardios de tal intervenção não correspondiam em grande parte dos casos às esperanças que nela se haviam depositado. Com efeito, se era certo que a gastro-enterostomia condicionava uma



pequena taxa da mortalidade operatória imediata, os seus resultados tardios não eram tão animadores, pois a maior parte das estatísticas referentes a esses resultados, mostraram que a percentagem de curas definitivas não ultrapassava 50 a 60% dos casos operados.

Além disso, verificou-se ainda que muitos doentes operados continuavam com maior sofrimento do que antes da intervenção, sendo também bastante apreciável a taxa de mortalidade tardia em consequência de complicação inerente ao processo ulcerativo, como hemorragia, perfuração, degenerescência maligna, ou o aparecimento de novas úlceras sobretudo junto da boca anastomótica.

Em consequência da observação de tais resultados, a atenção dos cirurgiões desviou-se novamente para as intervenções ressecionistas, e graças ao aperfeiçoamento dos processos de anestesia e de assepsia, a uma melhor preparação dos doentes e ainda aos progressos realizados no aperfeiçoamento técnico da cirurgia gástrica, dentro em breve se verificou que tais intervenções não se revestiam de aspecto tão grave no que dizia respeito a taxa de mortalidade operatória, que não se afastava muito da que era geralmente observada nas intervenções simplesmente derivativas.

Deste modo, enquanto muitos cirurgiões continuaram fiéis à prática da gastro-enterostomia, outros mais ousados começaram a praticar com frequência a gastrectomia, estabelecendo-se assim duas correntes de opinião no que diz respeito à prática destes métodos no tratamento da úlcera do estômago. E, no Congresso Internacional de cirurgia de Varsóvia em 1929, puderam ser postos em confronto os resultados, quer imediatos ou tardios, obtidos em larga escala pelas intervenções, de tipo gastro-enterostomia ou gastrectomia.

No referido Congresso se apurou, de um modo geral, a superioridade dos resultados definitivos da gastrectomia em relação à gastro-enterostomia na proporção aproximada de 90% para 60%, respectivamente, enquanto a taxa de mortalidade imediata não se afastava muito, em relação aos dois tipos de intervenção.

Em virtude de tais resultados observados, aumentou cada vez mais desde então o número dos cirurgiões ressecionistas, ao passo que se tem verificado de ano para ano o arrefecimento



do entusiasmo dos gastro-enterostomistas, de tal modo que hoje é bem reduzido o número daqueles que ainda praticam a gastro-enterostomia como tratamento de rotina nos casos de úlcera gastro-duodenal.

Mais adiante teremos ocasião de ver com mais detalhe, os motivos de ordem clínica e fisiopatológica em que se fundamenta uma tal orientação, bem como as directrizes que nos devem hoje guiar acerca do tratamento cirúrgico da úlcera do estômago.

Neste sentido, há sobretudo dois problemas que merecem mais a nossa atenção, dizendo um respeito às indicações do tratamento cirúrgico na úlcera gastro-duodenal e outro à natureza da intervenção a realizar em cada caso.

Quando e como operar a úlcera do estômago? Eis os problemas mais importantes que o cirurgião tem de resolver dia a dia em presença dos doentes ulcerados gástricos. São problemas nem sempre fáceis de resolver, mas de cuja solução adequada depende a maior parte das vezes a natureza dos resultados, quer imediatos ou tardios.

Para podermos discernir acerca da orientação a adoptar nos diversos casos, julgo conveniente passar em revista, embora breve, o estado actual do problema etio-patogénico da úlcera gástrica, bem como os resultados que se podem obter no tratamento desta doença, com os processos de terapêutica médica.

Desde que CRUVEILLER, em 1839, fez a descrição magistral da úlcera do estômago, logo o problema etio-patogénico da doença começou a ser estudado, sendo hoje bem numerosos os trabalhos dedicados a este assunto. Seguindo todos os caminhos que nos podem orientar no esclarecimento da etio-patogenia de qualquer doença, em particular o estudo clínico, anatomopatológico e experimental, os fisiologistas, clínicos e anatomopatologistas dos diversos Países têm investigado quer isoladamente quer em colaboração, no sentido de esclarecer o mecanismo íntimo do aparecimento dessa lesão tão característica sob o aspecto clínico e anatomopatológico, a úlcera de CRUVEILLER.

E assim, são já hoje quase inumeráveis as teorias e conceitos etiopatogénicos emitidos pelos diferentes Autores que se têm dedicado ao assunto, mas, apesar disso, estamos ainda longe de poder considerar satisfatoriamente resolvido um tal problema.



Para podermos ajuizar do estado actual da questão e do valor real das diferentes teorias ou hipóteses patogénicas, passemos em seguida revista a algumas daquelas que nos parece terem gozado de maior crédito em virtude de melhor se adaptarem à realidade dos factos ou de terem a apoia-las certas experiências com aspecto mais demonstrativo.

a) — *Teoria neurogenea* — Defendida principalmente por MULLER, VON BERGMANN e BOURDEUKO, estabelece como base essencial no determinismo da úlcera de CRUVEILLER, a existência de lesões de certos núcleos da base do cérebro. Os seus defensores invocam a coexistência frequente dessas lesões nos ulcerados gástricos, marcadas por estigmas de ordem neurológica e ainda certos factos de natureza experimental, como o aparecimento de lesões ulcerativas na mucosa gástrica em consequência de lesões artificialmente produzidas nos núcleos da base do encéfalo.

b) — *Teoria neuro-vegetativa* — Defendida essencialmente por REILY, filia o aparecimento da úlcera gástrica em perturbações do tónus do sistema vegetativo, condicionando secundariamente perturbações circulatórias no território dos vasos do estômago, com diminuição da vitalidade dos tecidos das paredes gástricas.

c) — *Teoria vascular* — Defendida por HOCHOFF e seus adeptos, invoca a existência de lesões orgânicas de trombose venosa e arterial, como substratum essencial para o aparecimento dos processos ulcerativos gástricos.

d) — *Teoria infecciosa* — ROSANOW, DUVAL e outros, baseando-se essencialmente no aspecto inflamatório que revestem as crises inerentes à úlcera gástrica, atribuíram o determinismo desta doença à acção patogénica de certos germens, em especial o estreptococcus.

e) — *Teoria péptica* — Defendida por grande número de Autores, em especial BUCHNER, ainda hoje é muitas vezes invocada quer para nos explicar o mecanismo patogénico das lesões ulcerosas do estômago, pela acção corrosiva do suco gástrico, quer para nos dar conta da dificuldade de cura da doença, ou do seu



entretenimento, devido a acção irritativa do ácido clorídrico do estômago. Esta teoria que reúne ainda grande número de adeptos, tem a apoiá-la certos factos de ordem clínica e experimental, havendo no entanto outros que a contradizem.

Se é certo que a úlcera gástrica se acompanha a maior parte das vezes de hipercloridria, também se observam muitos casos com cloridria normal ou até com hipocloridria. Em 300 casos de úlcera gástrica ou duodenal que nós temos observado, com exame laboratorial, a hipercloridria existia em cerca de 55 %, a normocloridria em 45 % e a hipocloridria em 5 % desses casos. Estas percentagens são um pouco aproximadas das que alguns Autores têm observado nos indivíduos isentos de qualquer afecção orgânica do estômago e parecendo depender mais do tipo constitucional do que de qualquer relação com os processos ulcerativos gástricos.

Como demonstraram os trabalhos de MESTREZAT, verifica-se que os indivíduos que podem ser considerados normais sob o ponto de vista das suas funções digestivas, não são todos normoclorídricos, sendo uma grande parte hiperclorídricos e outra parte hipoclorídricos. Parece no entanto que os indivíduos constitucionalmente hiperclorídricos são mais predispostos ao aparecimento da úlcera de CRUVEILLER, sem contudo se poder por esse facto estabelecer qualquer relação de causa para efeito, o que faz perder grande parte do valor atribuído ao conceito cloridro-péptico da úlcera gástrica.

Do mesmo modo, tantas outras teorias, ainda, invocadas para explicar a etio-patogenia dos processos ulcerativos gastro-duodenais, como as defendidas por LERICHE, EDKINS, BOLDYOFF, MANUS e WHILIANESON, etc. tendo por base a acção irritativa do ácido clorídrico do suco gástrico e a falta de acção protectora do mucus ou a deficiência do reflexo duodeno-gástrico, não vieram resolver o problema. Se é certo que as experiências de MANUS e WHILIANESON baseadas na derivação do suco duodenal para pontos distantes do estômago, parecem à primeira vista bem demonstrativas, tendo conseguido o aparecimento das lesões ulcerosas gástricas, tais experiências estão longe de realizar as condições em que geralmente se observa a úlcera gástrica, e as lesões ulcerativas determinadas no estômago são bem diferentes, nos aspectos anatomopatológico e clínico, da lesão tão característica



que é a úlcera de CRUVEILLER. Quer isto dizer, que na maior parte das experiências realizadas com o sentido de esclarecer o mecanismo patogénico da úlcera do estômago, as condições de realização são em regra diferentes das observadas na clínica e as lesões ulcerativas determinadas experimentalmente também não são idênticas às lesões ulcerosas que observamos nos doentes.

Também as teorias patogénicas, tendo por base pretendidas perturbações humorais, como desequilíbrio ácido-básico, diminuição da taxa dos ácidos aminados, em particular a histidina, ou ainda perturbações funcionais de certas glândulas endócrinas, como a hipófise, supra-renal, pâncreas, paratiróide, etc., estão muito longe de esclarecer o problema patogénico da úlcera gástrica, pois os resultados terapêuticos geralmente obtidos com a medicação tendente a estabelecer tais desequilíbrios humorais ou glandulares, não são de molde a despistar a nossa convicção na realidade de tais conceitos patogénicos.

De tudo isto se deprende que o problema etio-patogénico das úlceras gastro-duodenais está muito longe de poder considerar-se devidamente esclarecido e, possivelmente, aguardará por longo tempo ainda uma solução satisfatória.

Sem dúvida, nota-se entre os investigadores que nos últimos tempos se têm dedicado ao estudo do assunto, uma tendência manifesta para considerarem o aparecimento da úlcera de CRUVEILLER, relacionada com certos factores de ordem geral, ao contrário do que antigamente se verificava a tal respeito, em que se atribuía apenas a factores locais o determinismo dos processos ulcerativos gástricos.

E assim, segundo o conceito mais em voga nos tempos actuais, a úlcera gástrica deve ser considerada sob o ponto de vista etio-patogénico, uma manifestação local de doença geral, a que se dá a designação vaga de «doença ulcerosa». No entanto embora tal conceito seja defendido por Autores de conhecida competência, como BERGMANN, EPPINGER e outros, ninguém pôde definir até hoje concretamente em que consiste a doença ulcerosa que, para nós, representa apenas uma predisposição constitucional, e para outros um conjunto bastante heterogéneo de perturbações adquiridas, como alterações do sistema nervoso vegetativo, ou cérebro-espinhal, disfunções das glândulas endócrinas, desequilíbrios humorais, etc.



De tudo isto se pode concluir que o determinismo etio-patogénico da úlcera gástrica parece ser bastante complexo, e relacionado com factores de ordem local e geral, mas por enquanto, essencialmente desconhecido em seu mecanismo íntimo.

Sendo assim, depreende-se que a resolução do problema terapêutico da úlcera gástrica não pode assentar ainda em bases etio-patogénicas, não havendo portanto, actualmente, qualquer tratamento específico desta doença quer de ordem médica ou cirúrgica. Por isso, os múltiplos agentes e drogas medicamentosas que os laboratórios dia a dia nos vão apregoando com o rótulo pomposo de específicos contra a úlcera gástrica, só têm de específico o nome, como nos mostram os resultados em regra obtidos na clínica, pois não são superiores aos que podemos obter com os tratamentos clássicos, embora empíricos como todos os outros.

A este facto se deve atribuir a pequena percentagem de curas definitivas que em regra se obtém com os tratamentos médicos na úlcera gastro-duodenal. Seja qual for o método ou processo de tratamento médico empregado, (método de SYPPY, de SMITHIES, de EINHORN, etc.), a percentagem de curas definitivas não vai além de 40 a 50 % dos casos. Segundo alguns Autores esta percentagem seria mesmo demasiadamente elevada, porque, tornando-se muito difícil avaliar a cura definitiva da úlcera gástrica, são muitas vezes tomadas por curas definitivas os períodos prolongados de acalmia, tão frequentes nesta doença.

Sabemos, além disso, como são de pouco valor os sinais radiológicos para afirmar a cura duma úlcera gástrica, pois que esses sinais desaparecem em regra durante os períodos de acalmia. Mesmo o elemento considerado de mais valor, como é o nicho radiológico, não pode servir para resolver o problema, porque os nichos traduzem a maior parte das vezes os fenómenos inflamatórios associados à úlcera nos períodos de actividade, e não dependem exclusivamente do processo ulcerativo.

Por este motivo, um nicho radiológico pode desaparecer, sem isso corresponder à cura de uma úlcera gástrica, como tantas vezes se observa, especialmente nas úlceras de pequena curvatura.

Quem pratica a cirurgia gástrica tem muitas vezes ensejo de verificar a existência de uma ou mais úlceras calosas no estô-



magos em doentes que se julgavam curados simplesmente porque as imagens radiológicas eram negativas.

Nem mesmo a sintomatologia clínica pode em certos casos elucidar-nos a tal respeito, porquanto há certas úlceras que não condicionam qualquer sofrimento.

Com efeito, quantas vezes observamos casos de perfuração gástrica em doentes que nunca haviam tido anteriormente o mais ligeiro sofrimento, mostrando-nos a intervenção a existência de processos ulcerosos antigos, de bordos calosos, que silenciosamente conduziram à perfuração. A percentagem destes casos está longe de poder considerar-se insignificante, pois que MONDOR a avalia em 20 % do total de úlceras perfuradas, tendo nós verificado um facto semelhante.

Por todos estes motivos, torna-se extremamente difícil poder afirmar a cura médica da úlcera gastro-duodenal, pois que a sequência dos factos vem muitas vezes demonstrar quanto uma tal afirmação é inexacta.

É lógico portanto admitir que a maior parte das estatísticas relativas à taxa de curabilidade da úlcera gástrica, está sujeita a discussão, apresentando-nos percentagens em regra mais elevadas do que as que correspondem à realidade. Isto nos explica o facto de alguns Autores nos apontarem a taxa de 40 a 50 %, como percentagem para a cura dos processos ulcerativos do estômago pelo tratamento médico, enquanto outros referem apenas 20 %, embora com os mesmos processos terapêuticos.

Daqui podemos concluir que é bastante diminuta a probabilidade de cura definitiva da úlcera de CRUVEILLER, simplesmente à custa do tratamento médico, qualquer que seja o método empregado.

### Tratamento cirúrgico

As indicações do tratamento cirúrgico na úlcera gastro-duodenal, resultam em grande parte da ineficácia do tratamento médico.

A este respeito, as opiniões dos Autores são bastante discordantes, principalmente entre médicos e cirurgiões, mas também entre os próprios cirurgiões. E assim, enquanto os clínicos defendem a utilidade do tratamento médico na maior parte dos



casos, reservando para a cirurgia os doentes nos quais se verifica uma completa ineficácia desse tratamento devidamente prolongado, os cirurgiões de um modo geral são partidários da intervenção cirúrgica, na maior parte dos casos, logo que no fim de certo tempo se verifique a inutilidade do tratamento médico.

E, as discordâncias são ainda maiores quando se trata de estabelecer o período oportuno para a intervenção, defendendo uns a operação precoce, enquanto outros contemporizam com o tratamento médico prolongado. Outros, só julgam as intervenções indicadas nos casos em que a úlcera se acompanha de qualqu e das complicações que lhe são peculiares, como a hemorragia, a gastrite, a perfuração, a estenose ou a degenerescência.

No meio desta divergência de opiniões, torna-se difícil estabelecer um critério seguro pelo que diz respeito às indicações e à oportunidade do tratamento cirúrgico.

Vejamos, a tal respeito, como devemos na prática resolver este problema, de harmonia com os conhecimentos teóricos sobre o assunto e com o apoio da nossa experiência adquirida no tratamento de numerosos doentes de úlcera gastro-duodenal.

### **Indicações do tratamento cirúrgico e oportunidade da intervenção**

A indicação do tratamento cirúrgico na úlcera gástrica deve ser estabelecido tomando em conta um conjunto de factores, entre os quais devemos mencionar: a duração do processo ulcerativo, o tratamento médico efectuado, o aspecto das imagens radiológicas, a intensidade do sofrimento, o aparecimento de complicações inerentes à úlcera e a situação social dos doentes.

Pelo que diz respeito à duração do processo ulcerativo, devemos estabelecer a indicação da intervenção cirúrgica nas úlceras antigas, ou seja, com mais de três anos de evolução. Segundo a opinião de alguns autores, a úlcera gástrica depois de 2 a 3 anos de evolução tem já poucas probabilidades de curar com o tratamento médico. Segundo NIELSEN, os processos ulcerativos gastro duodenais com mais de 2 a 3 anos de evolução são só



susceptíveis de curar com tratamento médico na pequena percentagem de 5 a 10% dos casos.

Segundo este critério, o tratamento médico não deve ser prolongado além de 1 a 2 anos na úlcera gástrica, devendo ser propostos para intervenção cirúrgica todos os casos tendo ultrapassado este período sem resultado favorável.

O aspecto das imagens radiológicas, pode, no entanto, fazer modificar este critério, sobretudo nos casos em que se observe que a úlcera apresenta uma tendência perforativa, e caracterizada pela acentuação dos nichos radiológicos, ou nos casos em que o aspecto radiológico não se modifica sob a influência do tratamento médico bem conduzido. Neste último caso, e segundo a opinião de alguns Autores de reconhecida competência, como GUTMANN, é de temer a natureza ou a possibilidade da transformação maligna dos processos ulcerativos do estômago, devendo estabelecer-se rapidamente o tratamento cirúrgico.

A intensidade do sofrimento dos doentes também deve orientar-nos a tal respeito, pois, se o sofrimento é ligeiro e com longos períodos de acalmia, o tratamento cirúrgico pode ser protelado, em quanto nos casos em que o sofrimento é intenso ou tende a tornar-se contínuo, a indicação cirúrgica deve ser estabelecida.

O aparecimento de certas complicações inerentes à úlcera de CRUVEILLER, como a hemorragia, a estenose pilórica, duodenal ou médio-gástrica, devem levar-nos a propor sem demora o tratamento cirúrgico, antes que o estado geral dos doentes se torne demasiadamente precário.

São em grande número ainda hoje os doentes de úlcera gastro-duodenal que morrem em consequência de hemorragia aguda sem serem operados, quando podiam ser salvos se a intervenção fosse preconizada a tempo.

Outro tanto se pode dizer a respeito dos doentes nos quais é lícito suspeitar a degenerescência maligna, que só operados precocemente têm probabilidades de obter a cura definitiva.

A possibilidade de degenerescência da úlcera gástrica é um dos factores que mais deve fazer pender o nosso espírito para o tratamento cirúrgico desta doença. Embora não esteja devidamente estabelecida a percentagem em que a úlcera do estômago é susceptível de degenerescência maligna, não pode consciencio-



samente ser posta em dúvida tal possibilidade, porquanto os factos nos demonstram a sua existência. Já CRUVEILLER, quando em 1839, fez a descrição magistral da doença que ainda hoje conserva muito justamente o seu nome, afirmou a possibilidade da degenerescência maligna em certos casos, opinião que foi confirmada ainda no século passado, pelas investigações de ROKITAWKY, DIETRICH, HANSER e mais tarde pelos trabalhos de HAYEM, que para tais casos criou a designação de úlcera cancro.

E, apesar da opinião em contrário defendida no século passado pela Escola de Lyon, principalmente por TRIPIER, DUPPLANT e SANEROT, os trabalhos recentes de MAC CARTY, GUTTMANN e outros, têm demonstrado imputavelmente a realidade da degenerescência maligna dos processos ulcerativos do estômago, sobretudo quando localizadas na região pilórica ou na porção horizontal da pequena curvatura. E, sem perfilharmos inteiramente a opinião dos Autores americanos, que nos afirmam que a úlcera gástrica é susceptível de degenerar em 60 % dos casos e ainda que 60 a 70 % dos cancros gástricos são úlceras degeneradas, não podemos deixar de admitir hoje a realidade da transformação maligna da úlcera do estômago.

E se atendermos a que os doentes com ulcerações gástricas malignas, sejam cancros ulceriformes primitivos ou úlceras degeneradas, chegam quase sempre demasiadamente tarde aos Serviços de cirurgia, porque o tratamento médico é demasiadamente prolongado na esperança illusória da cura, não podemos deixar de considerar a possibilidade de degenerescência da úlcera gástrica como uma das indicações mais formais para o tratamento cirúrgico das úlceras antigas do estômago.

Vejamos, agora, até que ponto a condição social dos doentes pode influir também para as indicações da intervenção cirúrgica.

Há Autores que negam qualquer importância a este factor, como elemento para ajudar a estabelecer a indicação operatória afirmando que só as condições da doença devem influir nesse sentido. No entanto, e embora este conceito seja exacto sob o ponto de vista teórico, devemos na prática procurar ajustar a indicação operatória em certos casos às realidades da situação social dos doentes. Se é certo que alguns doentes podem sem sacrifício suportar longo tempo as exigências do tratamento médico essencialmente a dieta e o repouso prolongado, outros



não podem suportar tais exigências, quer pela falta de recursos ou pela impossibilidade de restringir as suas ocupações profissionais.

Em tais casos, a intervenção cirúrgica impõe-se por vezes, como único meio de restituir rapidamente o doente às suas ocupações.

É esta uma das grandes vantagens do tratamento cirúrgico, pois enquanto o tratamento médico obriga os doentes ao repouso prolongado, à dieta e ao uso quase constante de medicamentos vários, sem a esperança de poder conduzir à cura a maior parte das vezes, a cirurgia pode curar esses doentes na percentagem de 90 a 95 % dos casos no curto período de 15 dias. O tratamento cirúrgico representa pois sob o ponto de vista económico-social uma grande vantagem em relação ao tratamento médico, e, sem que isso represente maior risco, pois que a taxa de mortalidade operatória é já hoje bastante reduzida.

Do que anteriormente fica exposto, pode concluir-se sob o ponto de vista prático, que o tratamento cirúrgico está indicado na úlcera gastro-duodenal, essencialmente nos seguintes casos:

a) — Quando a úlcera tem tempo de evolução superior a 2 ou 3 anos.

b) — Quando a úlcera tem uma tendência acentuada para a hemorragia.

c) — Na úlcera complicada de estenose pilórica, duodenal ou médio-gástrica.

d) — Nos casos em que a úlcera é suspeita de degenerescência maligna.

e) — Nos casos em que a úlcera inicia o seu aparecimento em indivíduos com idade superior aos 40 ou 50 anos.

f) — Nas úlceras com tendência perforativa.

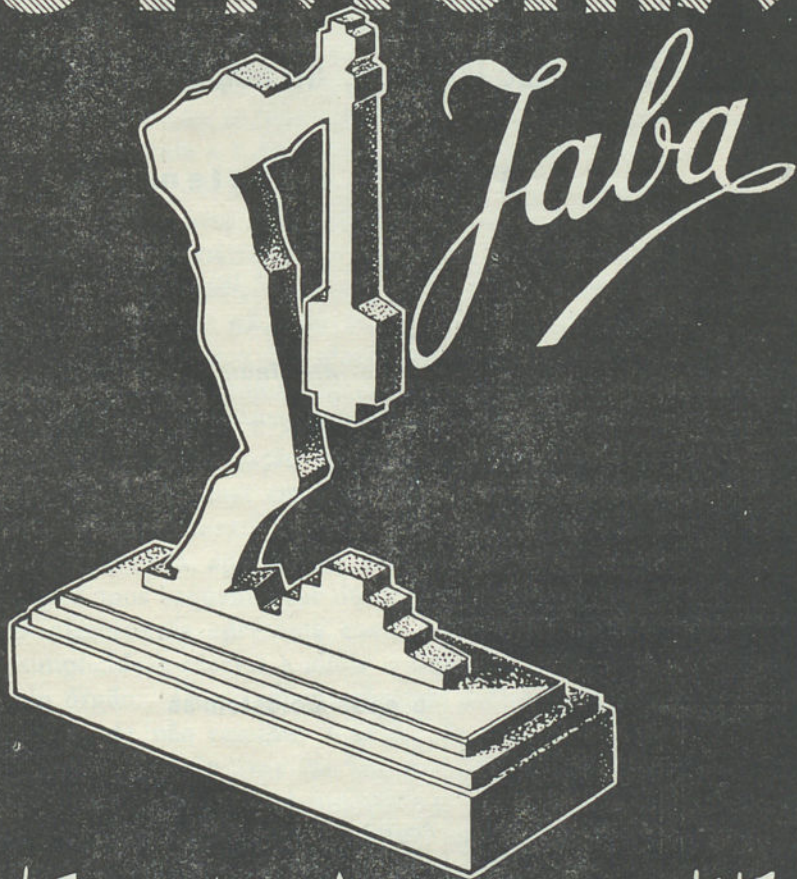
g) — Nos indivíduos cuja condição social não permite a longa restrição do trabalho e um tratamento médico prolongado.

### Intervenção cirúrgica a executar na úlcera gastro-duodenal

Uma vez resolvido o problema da indicação operatória, logo outro problema se nos apresenta no tratamento cirúrgico dos processos ulcerativos gastro-duodenais.



# NUTRICINA



*Aumento rápido de força, peso e apetite.  
Valioso auxiliar da convalescença.  
Recomendavel no periodo de férias.*

DELEGAÇÃO NO PORTO:  
R. Mártires da Liberdade, 120

LABORATÓRIOS JABA  
R. Actor Taborda, 5 - LISBOA

DEPÓSITO EM COIMBRA:  
Avenida Navarro, 53



# I - S O - G E L

(*Marca registada*)

**Laxante mucilaginoso, de acção mecânica natural**

**Simples e inofensivo**

Útil em

*Perturbações gastro-intestinais*

*Obstipação (e incidentalmente na gravidez)*

*Diarreia*

*Colite*

*Disenteria crónica*

*Hemorroidal*

*Diabetes*

**e após colostomias**

*Frascos de 140 e 670 gramas*

*Amostras aos Ex.mos Clínicos*

**Fabricantes: ALLEN & HANBURY'S, LTD.—LONDRES**

Representantes:

**COLL TAYLOR, L.DA, Rua dos Douradores, 29-1.º — Lisboa**

Agentes no Norte:

**FARMÁCIA SARABANDO, L. dos Loios, 36 — Porto**



Dispomos, com efeito, de diversos tipos de intervenção, tornando-se por vezes difícil escolher o que mais convém em cada caso. Não vamos aqui apreciar as vantagens e inconvenientes de cada um dos processos operatórios que podemos usar na úlcera gástrica, limitando-nos à apreciação de dois desses processos mais correntemente usados que maiores benefícios podem prestar no tratamento da doença. Quero referir-me às duas modalidades de intervenção já hoje clássicas, e consagradas pelo uso: a gastro-enterostomia e a gastrectomia. Estes dois tipos de intervenção, inteiramente diferentes no seu conceito fisiopatológico, são muitas vezes usados sem discernimento, havendo cirurgiões que praticam quase sistematicamente qualquer deles, e outros que apenas atendem às condições locais para decidir a escolha. Estas maneiras de proceder não são as que mais convêm para obter no tratamento cirúrgico da úlcera gástrica os melhores resultados. Antes, devemos tomar em conta diversos factores, de ordem clínica, fisiopatológica e de ordem técnica, para sobre eles podermos tomar a resolução mais conveniente acerca do processo operatório a executar em cada caso.

Considerados isoladamente, os dois tipos de intervenção, derivativa e resseccionista, apresentam certas vantagens e inconvenientes que podemos esquematisar do seguinte modo:

A gastro-enterostomia apresenta como vantagens essenciais, a sua maior simplicidade técnica e ainda o facto de não conduzir à mutilação do órgão. Como inconvenientes, podem apontar-se sobretudo o facto de não remover a lesão, de conduzir a uma pequena taxa de curas definitivas (60 %), e a uma percentagem apreciável de úlceras pépticas post-operatórias.

A gastrectomia tem em seu favor uma maior percentagem de curas (90 %), a raridade da úlcera péptica e ainda o facto de pela redução da taxa de acidez gástrica, criar condições desfavoráveis ao aparecimento de novas úlceras. Como inconvenientes, podem apontar-se a sua maior complexidade técnica e o facto de conduzir à mutilação do estômago com as desvantagens que daí podem advir. Propositadamente não mencionamos a taxa de mortalidade operatória, que os livros geralmente apontam em desfavor da gastrectomia, visto que, na realidade, já hoje não se nota diferença apreciável na taxa de mortalidade dos dois tipos de intervenção, como temos tido ensejo de verificar em elevado



número de casos. E, embora pareça um pouco paradoxal, não podemos deixar de afirmar que a gastrectomia, correctamente executada, se nos apresenta com maior benignidade imediata do que a gastro-enterostomia, sendo habitualmente as suas sequências operatórias mais simples, sem vômitos nem hemorragias.

Este facto tem a sua explicação racional, se pensarmos que a gastro-enterostomia, deixando ficar o processo ulcerativo, condiciona um certo número de complicações post-operatórias inerentes à úlcera, o que não acontece na gastrectomia.

Parece, portanto, que a gastrectomia, conduzindo a melhores resultados, quer imediatos, quer tardios, apresenta nítida superioridade em relação à gastro-enterostomia.

Não quer isto dizer, no entanto, que a gastrectomia deve ser praticada sistematicamente na úlcera gastro-duodenal, pois que outros factores devemos ainda tomar em conta para decidir em cada caso a modalidade de intervenção a executar.

E, assim, há certos casos em que a gastrectomia se torna difícil de praticar em virtude de determinadas condições locais, revestindo-se então de gravidade excepcional. Em tais casos, a gastro-enterostomia, embora menos radical, pode ter uma das suas indicações, de preferência mesmo a uma ressecção por exclusão.

Por outro lado, nos processos ulcerativos cicatrizados, tendo determinado estenose do piloro, todos os cirurgiões são unânimes em afirmar os excelentes resultados habitualmente obtidos com a gastro-enterostomia que tem, nestes casos, a sua mais formal indicação.

Ainda em certos casos de úlcera duodenal, difficilmente extirpável e não acompanhada de hipercloridria, a gastro-enterostomia pode conduzir a excelentes resultados, sendo muitas vezes aconselhável a sua prática, de preferência à operação de FINSTERER.

Como acabamos de ver, embora em princípio devamos dar a preferência à gastrectomia no tratamento da úlcera gastro-duodenal, a gastro-enterostomia conserva ainda determinadas indicações, umas formais, como a estenose pilórica cicatricial, e outras relativas como a úlcera duodenal com hipercloridria e sobretudo nos casos em que se torna impraticável a gastrectomia.



Tal é a conduta que temos habitualmente seguido nos doentes de úlcera gastro-duodenal que nos últimos tempos têm passado pelo Serviço de Medicina Operatória, e cuja análise rápida vamos fazer, pelos dados que passo a expor:

## Serviço de Medicina Operatória

1943-1947

## I

*Úlceras do estômago e do duodeno*

Total de casos. . . . .	300	
Homens . . . . .	260	88 %
Mulheres . . . . .	40	12 %
Úlceras com hipercloridria . . . . .	48	16 %
»    »    normocloridria . . . . .	42	14 %
»    »    hipocloridria . . . . .	10	3 %
Úlceras do estômago { Úlceras pilóricas . . . . .	110	37 %
Total de casos 170 (57 %) { Úlc. do corpo do estômago . . . . .	60	18 %
Úlceras do duodeno . . . . .	130	43 %
»    múltiplas . . . . .	6	2 %
»    perfuradas agudas . . . . .	11	4 %
»    degeneradas . . . . .	12	4 %
»    com biloculação gástrica (Mulheres) . . . . .	3	1 %

NOTA — Taxa de mortalidade nos últimos 100 operados — 3 %.

## II

*Intervenções realizadas conforme a localização da úlcera*

Úlcera pilórica { Gastrectomia . . . . .	16	50 %
Total 31 { Gastro-enterostomia . . . . .	15	
Estenose pilórica { Gastrectomia . . . . .	17	23 %
Total 72 { Gastro-enterostomia . . . . .	55	77 %
Úlcera da pequena curvatura { Gastrectomia . . . . .	17	23 %
Total 61 { Gastro-enterostomia . . . . .	10	16 %
Úlcera do duodeno { Gastrectomia . . . . .	30	26 %
Total 116 { Gastro-enterostomia . . . . .	166	60 %
Úlcera péptica { Desgastero-enterostomia seguida de gastrec- (3 casos) tomia . . . . .		

Taxa de mortalidade global — 5,6 %.



Em conclusão das considerações anteriormente expostas e dos factos por nós observados acerca do tratamento cirúrgico da úlcera gastro-duodenal, nalgumas centenas de casos, podemos deduzir um certo número de princípios que nos podem mostrar qual o aspecto cirúrgico actual da úlcera do estômago.

Verificamos, em primeiro lugar, que a úlcera gástrica é hoje uma doença bastante frequente, e, contrariamente às ideias expressas nalguns livros clínicos de patologia, a sua frequência é nitidamente maior no homem do que na mulher, na proporção aproximada de 80 para 20 %.

Verificamos também que os processos ulcerativos gastro-duodenais são muitas vezes múltiplos, coexistindo frequentemente a úlcera gástrica e duodenal, e, noutros casos também observando-se duas ou mais úlceras do estômago, com localização mais frequente ao longo da pequena curvatura. Nalguns casos tivemos ocasião de observar um número elevado de lesões ulcerativas sobre o departamento antro-pilórico do estômago, dando-nos a ideia de uma verdadeira gastrite ulcerosa, em que este aspecto anatomopatológico se pudesse atribuir a etio-patogenia diferente daquela que é geralmente atribuída à úlcera de CRUVEILLER.

Sob o ponto de vista patogénico, nada podemos observar que contribuisse para o esclarecimento de tal problema na úlcera gastro-duodenal, excepto no que diz respeito à pretendida acção do ácido clorídrico sobre o determinismo do aparecimento desta afecção, cuja patogenia continua ainda por esclarecer, apesar dos numerosos trabalhos de investigação dedicados ao assunto e das variadas teorias propostas para nos elucidar a tal respeito. Sobre a pretendida acção patogénica do HCl tivemos ensejo de observar que tem sido exagerada a importância geralmente atribuída a este factor, pois que a hipercloridria não é tão frequente nos casos de úlcera como habitualmente os livros clássicos nos afirmam.

Pelo que respeita ao tratamento, verificamos que não existe actualmente qualquer terapêutica específica de ordem médica para a úlcera gastro-duodenal e que se perde habitualmente tempo demasiado com a insistência nos tratamentos médicos, na maior parte dos casos sem resultado favorável e em prejuízo da oportunidade do tratamento cirúrgico.



Este facto é sobretudo verdadeiro para os casos de úlcera gástrica, em particular da pequena curvatura, cujos resultados do tratamento médico são muitas vezes enganadores, pois que a cura clínica de tais processos ulcerativos não corresponde a maior parte das vezes à cura anatómica da lesão, mesmo com o desaparecimento dos sinais radiológicos, como temos tido ocasião de verificar em diversos casos operados.

A úlcera gastro-duodenal é hoje uma doença essencialmente do foro cirúrgico, e devem ser propostos para a intervenção todos os casos em que o tratamento médico não conduza à cura definitiva após dois ou três anos de tratamento adequado, excepto quando haja contra-indicação formal à operação.

A intervenção a realizar deve ser adequada a cada caso, competindo ao cirurgião resolver tal problema, de harmonia com os dados clínicos e laboratoriais e em certos casos depois de verificadas as condições anatomopatológicas da lesão.

Verifica-se, no entanto, uma tendência cada dia mais acentuada para a prática das intervenções do tipo resseccionista, visto que os resultados definitivos da gastrectomia são nitidamente superiores aos da gastro-enterostomia, sem que a taxa de mortalidade operatória seja mais elevada.

E assim, enquanto a gastro-enterostomia conduz apenas a cerca de 70% de curas tardias, a gastrectomia para conduzir a mais de 90% de resultados favoráveis.



## BIBLIOGRAFIA

- ABADIE — Congrès français de chirurgie, 1920.
- ADRIANOPOULOS — Traitement chirurgical de l'ulcère du duodenum — (Thèse - Paris, 1937).
- AIMES — Les indications opératoires dans l'ulcère de l'estomac — (*Journal des Médecins* - Junho, 1920).
- AUSENAC — Traitement de l'ulcère de l'estomac par la méthode de Sippy (Thèse-Toulouse, 1925).
- BILLROTH — Ueber enterorrhafie — (*Wien. Mediz. Wochenschrift*, 1897).
- CHAFFIN — Gastro-intestinal suturing forceps — *Surg. Gynec. and Obst.* 1921).
- DELORE et OCKINZIC — Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère du duodenum — xxxvii Congrès fr. de chirurgie, 1928.
- DUBOUY — Recherches expérimentales sur la technique des resections gastro-intestinales — (Thèse-Bordeaux, 1931).
- DUVAL — L'ulcère de la petite courbure — (Rapport au xxix congrès français de chirurgie, 1920).
- EINHORN — Le tube duodenal; ses applications au diagnostic et à la thérapeutique de l'ulcus gastro-duodénal — (Masson ed. 1927).
- MARTEL — Le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et du duodenum — (*Journ. Med. Fr.* 1923).
- Nouvelle technique opératoire de la gastrectomie — (*La Presse Médicale*, 30 de Junho, 1920, p. 433).
- MONTIER et PARCHER — Le traitement de l'ulcus gastro-duodénal — (*Presse Médicale*, 1927).
- MOYNIHAN — Abdominal operations — Philadelphia — Saunders ed. 1914.
- MUNGEMBERGER — Résultats éloignés du traitement chirurgical et médical de l'ulcère de l'estomac et du duodenum — (Thèse de Strasbourg, 1929).
- NIELSEN — Du choix entre le traitement médical et chirurgical de l'ulcus de l'estomac et du duodenum — (*Acta Chirurg.* Seanol, t. LX, 1922, p. 57).
- OBERTHUER — La gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac et du duodenum (Thèse-Paris, 1926).
- PAUCHET, LUQUET et HVICHBURG — Ulcères de l'estomac et du duodenum — (Doin ed., Paris, 1929).
- RAMON — Les indications opératoires de l'ulcère gastrique et duodenal — (*Progrès Médical*, 12 de Agosto de 1922).
- SABIN — Healing of end to end intestinal anastomoses with special reference to the regeneration of blood vessels — (*John Hopkins Hospital Bull. Baltimore*, 1920, t. xxxi, p. 289).
- SCHMIEDEN — Zur technik der Darmnaht die Fortlanfende einstulpun — gsnahat bei der entere anastomose — (*Zentr. f. chir.* 1911).
- SENN — Enterorrhaphy; its history. Technics and present states — (*Journ. Amer. Med. Assoc.* 1893).
- SMITHIES — *Journal of Amer. Medical Assoc.* 29-8-25.
- TÉMOIN — Chirurgie gastrique — *Bull. Acad. de Med.* t. xxvii, 1917).
- WOELFLER — Gastro-enterostomia — *Zentr. f. chir.* — Leipzig, 1883).



## AQUISIÇÕES RECENTES DA UROLOGIA

Lição aos alunos do X Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra

( Julho de 1947 )

POR

L. DE MORAIS ZAMITH

Se fizermos passar na nossa memória os progressos e avanços que a Urologia realizou nos últimos anos, não podemos deixar de reconhecer que ela é, certamente, de todas as especialidades médico-cirúrgicas, a que mais se tem desenvolvido e mais rapidamente tende a atingir a perfeição.

Quer nos meios de observação e de diagnóstico, quer nos processos de terapêutica médica ou operatória, o que actualmente temos à nossa disposição não se pode comparar em nada com o arsenal que possuíamos há 10 ou 15 anos.

Mas não só nesses ramos a Urologia tem progredido, pois as investigações anatómicas, fisiológicas e de patologia, vieram dar uma orientação nova à resolução de numerosos problemas.

Assim, dentro da Anatomia, os estudos pacientes de DAMBRIM, entre outros, vieram esclarecer por completo a delicada inervação dum órgão tão importante como o rim. Sabemos hoje perfeitamente a disposição dos filetes nervosos que para ele se dirigem, os seus pontos de partida e os seus trajectos, os gânglios que os comandam e as suas terminações. Sabemos hoje que esse comando é da responsabilidade do plexo solar e que os filetes partindo dos gânglios semi-lunar, mesentérico superior e aórtico-renal, seguem sobretudo o bordo superior da artéria renal, o que permitiu o aparecimento da cirurgia do sistema nervoso



do rim, com as suas múltiplas indicações e os seus animadores resultados.

Os trabalhos dos americanos YOUNG e WESSON sobre a disposição muscular do colo vesical e dos esfínteres uretrais, vieram lançar uma nova luz sobre o funcionamento dos mesmos e sobre as suas disectasias patológicas.

Os estudos recentes, alguns dos quais ainda inéditos, de GIL VERNET, conduzidos com uma perfeita intuição da honestidade científica, virão muito em breve esclarecer ainda mais as dúvidas que temos sobre a constituição anatómica do colo e corpo da bexiga.

No campo da Fisiologia, a aceitação, por assim dizer, hoje geral, da velha teoria da filtração e reabsorção renal, de LUDWIG, tanto tempo esquecida, e que nos satisfaz plenamente na explicação da secreção do rim.

Os estudos pieloscópicos de LEGUEU, FEY e TRUCHOT, mostrando-nos e permitindo-nos ver o funcionamento do aparelho pelo-calicial.

Os trabalhos da Escola Romena de Bucarest, dando-nos, dentro do sistema urinário, a noção de um aparelho secretor e de um aparelho excretor, absolutamente independentes, com a sua inervação, a sua fisiologia e a sua patologia próprias.

As novas noções da fisiologia do colo vesical e do fenómeno da micção, tão bem estudadas por WESSON e GINÉSTIÉ e que demonstram ser a abertura do colo activa e não passiva, como sempre se julgara até então.

No domínio da Patologia, a nova concepção das nefrites agudas — embolia séptica com angio-espasmo consecutivo e esclerose secundária.

As perturbações para-tiróides e a avitaminose A na etiologia da calculose renal, permitindo-nos orientar o tratamento post-operatório de forma a evitar recidivas.

O esclarecimento, pelo estudo do Ph urinário, do mistério da formação dos cálculos primitivos do rim.

A nova concepção do rim poli-quístico que resulta dos conscientes e meticolosos estudos de LAMBERT, demonstrando-nos que, ao contrário do que se supunha, não se trata de quistos propriamente ditos mas da dilatação congénita dos canículos renais, o que veio modificar por completo a nossa conduta terapêutica nessa doença.



O medicamento da Época



# BELLER GAL

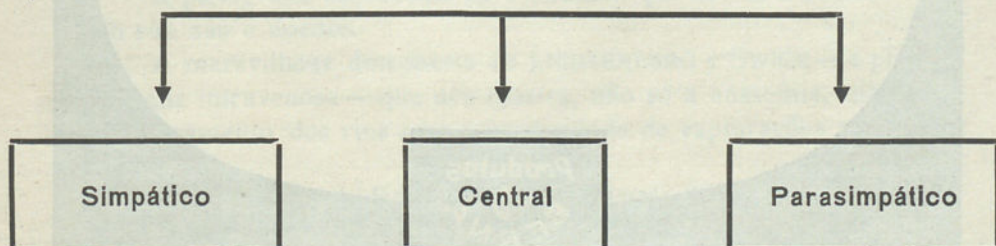
---

---

(Bellafoline + Gynergène + Fénobarbital)

Medicação estabilisadora do sistema neuro-vegetativo,

Acção periférica e central sem efeito hipno-narcótico



Tratamento de fundo das distonias neuro-vegetativas por  
modificação do terreno neuropático

Posologia:

3 a 5 drageas por dia

Embalagens:

Frascos de 25 e 100 drageas

---

Representantes e concessionários da

**SANDOZ S. A.** — Bâle-Suíça

PRODUTOS SANDOZ LIMITADA

Rua João Penha, 14-B — LISBOA



Sôro anti-diftérico Berna  
Toxóide alunado diftérico  
Anatoxal Berna  
Anatoxina diftérica-tétânica  
DT Berna  
Anatoxina diftérica Berna

Produtos  
BERNA

*Instituto Seroterápico e Vacinal Suíço Berna*  
Representante exclusivo

**RAUL VIEIRA LDA, LISBOA**

Rua da Prata 51, Tel. 271 50



Os estudos de GOLDBLATT e HOUSSAY, que levantaram a questão do rim isquémico como causa de hipertensão arterial e da sua terapêutica pela supressão desse órgão.

A noção de constipação renal — dinâmica ou mecânica — tão bem expressa e apresentada por LICHTENBERG, com todas as suas consequências terapêuticas e práticas.

Toda a patologia funcional dos ureteres e bacinetes com o esclarecimento da acção do simpático na formação das hidronefroses e dos mega-ureteres.

A verdadeira causa da chamada hipertrofia benigna da próstata — os adeno-miomas péri-uretrais e a sua possível origem endócrina.

O reconhecimento, pelos trabalhos de HEITZ e de MARION, da existência da «doença do colo vesical» permitindo-nos explicar os velhos prostáticos sem próstata, que tanto intrigavam os antigos cirurgiões, as retenções vesicais até aí incompreensíveis na mulher e a possibilidade de refluxos vesico-renais cuja causa se ignorava.

No aperfeiçoamento dos métodos de Diagnóstico, nós vemos aparecer sucessivamente:

A pielografia ascendente de VOLCKER, que nos dá a anatomia do rim são e doente.

A maravilhosa descoberta de LICHTENBERG e SWICK — a pielografia intravenosa — que nos mostra, não só a anatomia, mas o funcionamento dos rins sem a necessidade de explorações endoscópicas.

A aortografia de REINALDO DOS SANTOS, tão útil no diagnóstico dos tumores e indispensável no estudo dos pedículos vasculares anómalos.

A biopsia intra vesical, hoje método insubstituível no diagnóstico dos neoplasmas.

O aperfeiçoamento notável dos aparelhos endoscópicos, com as suas ópticas perfeitíssimas e de ângulos variáveis que nos permitem ver em qualquer posição toda a uretra, colo e bexiga.

E, para terminar, basta olharmos para os progressos da Terapêutica, quer médica, quer cirúrgica.

O aperfeiçoamento da técnica cirúrgica e dos cuidados pré e post-operatórios.

As novas incisões para a nefrectomia, substituindo a clássica incisão lombar, com a preocupação de resolver com facilidade os



dois tempos difíceis dessa operação — a libertação do polo superior do rim e o domínio do pedículo — como são, entre outras, a incisão costal de FEY e a incisão posterior de FURCOLO.

A vulgarização da nefrectomia sub-capsular e da nefrectomia parcial.

A cirurgia do simpático renal no tratamento das nefrites crónicas, da anúria e das hidronefroses, a do simpático ureteral no tratamento do mega-uretere, e do simpático vesical nas operações de RICHER e de COTTE para o alívio dos infelizes cancerosos e tuberculosos inoperáveis.

A cirurgia endoscópica dos tumores vesicais, do colo e sobretudo da próstata, permitindo-nos curar enfermos sem a resistência indispensável para operações graves e chocantes.

O combate às temíveis infecções urinárias — que nos faziam perder tantos doentes e tantos operados — pelas vacinas, pelos bacteriofagos, pelas sulfamidás, pela penicilina, pela estreptomycina.

Os trabalhos de DODDS e HERBST mostrando-nos a acção inibidora da estrona no crescimento do cancro da próstata e das suas metastases...

E basta.

O que disse é suficiente para vos provar que não exagerei ao afirmar que são notáveis e seguem em ritmo ascendente os progressos e as conquistas da Arte Urológica.

\* \* \*

É impossível detalhar todos estes conhecimentos novos, todos estes avanços que a ciência nos tem prodigalizado. Seria assunto para um curso e não para uma lição, além de que muitos deles interessam apenas o especialista e não o clínico geral.

Falando para vós, médicos práticos e estudantes, quero apenas chamar a vossa atenção para alguns dos pontos que, sendo de aquisição recente, podem interessar a todos por se ligarem com problemas referentes a casos da clínica diária e corrente.

Dir-vos-ei apenas portanto o que neste momento é indispensável conhecer sobre meia dúzia de assuntos que a todos podem ser de utilidade.



## I

**O tratamento moderno das nefrites agudas**

É frequente, durante a evolução de doenças infecciosas por vezes ligeiras e com aparência benigna, como um sarampo, uma varicela ou uma simples angina, vermos desencadear toda a sintomatologia brusca e alarmante de um processo agudo de nefrite, com a sua oligúria, os seus edemas, a sua albuminúria, hematuria, cilindrúria e por vezes a hipertensão arterial.

Todos temos encontrado esse quadro, quer na criança quer no adulto e procurado debela-lo pela aplicação das regras clássicas tão bem enunciadas por VOLHARD — repouso absoluto do órgão doente pela dieta da fome e sede alguns dias, a que se seguia a ingestão de hidrocarbonados, alimentos que no organismo se transformam em água e anidrido carbónico, podendo assim ser eliminados sem lesar o rim.

Pois que não existia nenhum medicamento para actuar sobre a inflamação aguda do órgão, tínhamos de limitar a nossa acção a colocá-lo em repouso, a não o irritar obrigando-o a trabalhar na eliminação dos resíduos alimentares.

E com o tratamento assim dirigido, todos conseguimos êxitos: a hematuria desaparecia, a albuminúria atenuava-se, os cilindros granulosos davam lugar a um ou outro cilindro hialino, os edemas e outros sinais clínicos abandonavam o doente.

Mas muitas vezes, pouco tempo depois, ele reaparecia porque a albuminúria não cessava por completo, porque havia edemas discretos, porque a tensão arterial começava a elevar-se de uma maneira inquietante ou porque no sedimento urinário persistiam os glóbulos vermelhos ou os cilindros.

Então punha-se em acção toda a gama das dietas, dos diuréticos, das curas termas, mas os resultados eram insignificantes e passageiros — o doente a pouco e pouco se ia transformando num enfermo, com o seu parênquima renal definitivamente lesado e com a sua nefrite tornada definitivamente crónica.

Era este o grande perigo e a sombra negra das nefrites agudas — a possibilidade da instalação de um processo crónico que amargurasse para sempre a vida do doente.



Tudo se modificou desde o momento em que compreendemos o verdadeiro mecanismo da instalação da nefrite aguda e sobretudo o modo e o processo porque ela passa ao estado crónico.

Assim, sabemos hoje que a nefrite aguda se inicia por uma embolia séptica, quase sempre provocada pelo estreptococcus e que se localiza num dos vasos do rim. Imediatamente e por uma acção reflexa, todos os vasos renais se contraem espasmódicamente determinando uma esquiémia ou anoxémia renal.

Se essa acção angio-espástica é breve, o doente cura. Se é demorada, a nefrite tende para a cronicidade e o rim para a esclerose, pois bem sabemos a acção prejudicial que sobre a nutrição de órgão tão nobre têm os fenómenos isquémicos.

Conhecendo-se estes factos, é relativamente simples combater a nefrite aguda, o que já é muito, mas sobretudo evitar que ela se transforme em crónica, o que é mais ainda.

Basta para isso combater a infecção para evitar novas embolias sépticas e combater o ângio espasmo para evitar a esclerose.

Nestes dois pontos está resumida a conduta do médico que hoje se veja em face de um caso de nefrite aguda.

Destruir os focos estreptocócicos pela penicilina em doses suficientes e continuadas, provocar a vaso dilatação de toda a circulação renal actuando sobre a inervação simpática, de preferência pelas infiltrações lombares, de técnica tão simples e inofensiva.

Sentado o doente e em flexão, como para uma punção lombar, basta marcar o trajecto da 12.<sup>a</sup> costela prolongando o seu traço até à linha média. Neste ponto de intersecção marcar 3 dedos para baixo e 3 para fora. Introduzir a agulha para diante, dentro e acima até encontrar a apófise transversa da 1.<sup>a</sup> lombar; inclinar para baixo o pavilhão da agulha e fazê-la deslizar sobre o bordo superior da apófise. A uma profundidade de 8 a 10 centímetros desde a pele, injectar lentamente 20 c.c. de novocaína a um por cento. Repetir a injeção, sem receio, 48 horas depois.

É isto que deveis fazer no tratamento das nefrites agudas, na certeza de prestar ao vosso doente um bom auxílio na doença presente e de evitar graves complicações futuras.



## II

## As piúrias assépticas

Somos muitas vezes procurados por doentes com a sintomatologia clássica e habitual de uma cistite aguda: há algum tempo, sem causa aparente, instalou-se uma polaquiúria cada vez mais intensa, um ardor à micção que dia a dia se torna mais intolerável, uma hematúria com dor viva ao expelir as últimas gotas de urina.

Examinamos cuidadosamente o enfermo, quase sempre do sexo masculino e jovem ou adolescente — as suas urinas são turvas, por vezes sanguíneas; a capacidade vesical pode ser normal ou estar reduzida; a próstata e as vesículas são normais; a cistoscopia mostra apenas congestão difusa; o pielograma descendente é normal e o indigo carmim revela uma boa função dos dois rins.

Centrifugamos a urina e examinamo-la cuidadosamente — o seu sedimento apresenta pus, muito pus, mas nem nas colorações pelo azul de metilena, nem pelo GRAM, nem pelo ZIEHL se encontra um só germen banal ou um só bacilo de KOCH. Inoculamos a cobaia — o resultado é negativo.

O que fazer a este doente com esta piúria intensa, que vem já cansado de tratamentos infrutíferos?

Já tem largo tempo de lavagens e instilações vesicais, já usou urotropina e grandes doses, por vezes até à intolerância, de sulfamidas, já empregou centenas de milhares de unidades de penicilina...

Apesar de tudo, a sua sintomatologia clínica, teimosa e incomodativa, persiste e as suas urinas continuam turvas, resistindo a todos os esforços feitos para as aclarar.

Em face deste quadro clínico e laboratorial, fazei o diagnóstico de Piúria Asséptica e institui o único tratamento capaz de curar o vosso doente — o neo-sal-varsan, em doses pequenas, 0,15 ou 0,30 centigramas, de 4 em 4 dias, com abstenção completa de qualquer tratamento local.

Em duas ou três injeções, por vezes logo após a primeira, tudo se modifica: a polaquiúria atenua-se, a dor desaparece, a



hematúria não volta mais, a capacidade vesical normaliza-se, as urinas clarificam-se e em 8 ou 10 dias tereis restituído ao enfermo, desanimado e desmoralizado, a ambicionada saúde.

Mas o que é a piúria asséptica?

Não sabemos. Forma incipiente de tuberculose, infecção por um virus filtrante desconhecido, cistite submucosa, úlcera de HUNNER ignorada e invisível, forma discreta de colibacilúria?

Nada sabemos, repito, ao certo, a este respeito. De positivo apenas sabemos o principal: curá-la.

Mas nem sempre a piúria asséptica cede ao tratamento referido.

Em dezenas de casos que tenho tratado e seguido, alguns não têm curado com o neo-sal-varsan.

Examinai, se assim vos suceder, de novo as urinas. Muitas vezes vereis que o colibacilo faz a sua aparição e alguns dias de sulfamidoterapia resolverão o problema. Outras vezes mantém-se a piúria sem germens. Desconfiai destes casos, acompanhai-os durante largo tempo, repeti meses depois os pielogramas e a inoculação — são muitas vezes casos de tuberculose renal que com o tempo se esclarecem.

Mas estas hipóteses são excepções; o vulgar, o corrente, é obter a cultura da piúria asséptica com duas ou três injeções de neo-sal-varsan.

### III

#### Penicilina em Urologia

Não vos venho dizer o que todos sabeis: o que é a penicilina, como e para que se usa.

Quero apenas chamar a vossa atenção para a anarquia com que vejo empregar, no campo da Urologia, um medicamento tão útil, precioso e insubstituível em muitos casos.

É corrente, de facto, aparecerem nas nossas consultas urinários que receberam milhões de unidades desse anti-biótico sem o menor resultado.

Isto é devido, quase sempre, não a defeito do farmaco, mas à má orientação do tratamento,



Na verdade, o que vemos todos os dias é a aplicação de penicilina às mais variadas afecções urinárias, sem as fazer preceder do estudo indispensável para o esclarecimento do diagnóstico ou da hipótese clínica.

Que um doente se queixe de ardor à micção, que tenha uma piúria, que tenha polaquiúria, por vezes mesmo uma hematúria, que apresente qualquer dos outros sintomas que trazem habitualmente um urinário junto de nós, a terapêutica é quase sempre e antes de mais nada, a injeção de penicilina repetida, com uma persistência e teimosia incríveis, apesar de nenhum benefício se notar, até às doses extraordinárias de vários milhões.

É certo que a penicilina não tem, como tinham as sulfamidas, cuja popularidade levou a excessos lamentáveis, o perigo da intolerância e da toxicidade. É um medicamento de que se pode abusar, que quando não faz bem, também não causa prejuízos a não ser o tempo que o doente perdeu com um tratamento inútil e a despesa igualmente inútil que o obrigou a fazer.

É indispensável pôr um pouco de ordem nesta má orientação, assentar nas bases em que o uso do medicamento deve ser feito com a certeza dum benefício.

É preciso fixar em primeiro lugar que, em Urologia, a penicilina está indicada apenas nas infecções provocadas por cocus.

É imprescindível, portanto, começar por um exame bacteriológico das urinas ou secreções uretrais. Assim se poderão evitar os erros correntes de pretender tratar com penicilina, processos que a ela não são sensíveis, como as piúrias amicrobianas, as colibacilúrias e a própria tuberculose renal.

É preciso em segundo lugar saber que a penicilina não cura essas infecções de cocus, desde que exista um ninho, ou um corpo estranho em qualquer sector do aparelho urinário ou haja retenção a nível da bexiga ou do rim.

Não curam, portanto, as uretrites do cocus entretidas por fistulas, apertos, litrites, polipos, lesões do veru montanum ou prostatites, enquanto estes focos não forem limpos e esterelizados por meios mecânicos, físicos ou cirúrgicos.

Não curam igualmente as cistites de cocus nas bexigas onde há corpos estranhos (cálculos ou outros), onde há divertículos ou tumores, ou naquelas que não se esviam por completo.



Não curam, finalmente, as pielites de cocus nos bacinetes que fazem estase ou nos quais existem concreções calculosas.

Quer dizer que para a aplicação consciente da penicilina a um urinário, é necessário fazer o seu estudo completo.

Porque esse estudo não é feito correntemente é que vemos o fracasso de tantos tratamentos.

Em resumo, se pretendeis empregar a penicilina a um doente do foro urológico:

Eliminai em primeiro lugar as infecções que não são produzidas por cocus.

Se se trata de uma infecção uretral ou das suas vizinhanças, sobretudo de carácter crónico, estudai a uretra e as glândulas anexas, procurando e eliminando qualquer ninho microbiano.

Se se trata de uma infecção vesical, verificaí por um simples cateterismo após a micção, se existe resíduo; pedi uma radiografia para eliminar a hipótese de um cálculo; se aos sintomas de infecção se juntam hematúrias, pensai num tumor e mandai fazer um exame endoscópico.

Nas infecções renais, nunca iniciéis o tratamento sem um cuidadoso estudo pielográfico descendente, ele vos mostrará se há cálculos e se a árvore pelo calicial é normal no seu funcionamento ou se não se esvasia convenientemente.

Só depois podereis indicar ao vosso doente o tratamento penicilínico com a certeza de um êxito, mas para isso deveis ter ainda o cuidado de o fazer em doses suficientes e com os intervalos necessários para uma acção constante e eficaz.

#### IV

### O que podemos esperar da estreptomomicina em Urologia

Se todos vós tendes experiência da penicilina, é muito natural que poucos tenham tido ocasião de ensaiar o novo anti-biótico, que em 1944 SCHTZ, BUGIE e WAKSMANN prepararam a partir do «Streptomices griseus».

De facto, a dificuldade da sua aquisição e o seu preço não permitem ainda usá-lo correntemente, mas convém desde já conhe-



# Spleno-Hepatil-Vitaminado

Caixa de 12 ampolas de 2 c.c..... 28\$00  
Caixas de 6 e 12 ampolas de 5 c.c. .... 25\$00 e 44\$00

.....

Fórmula por c. c.:

Lipóides splênico e hepático <> 0,2 grs. de glândula,  
cinamato de benzilo 0,01 grs., colessterina 0,02 grs.,  
cânfora 0,04 grs., vitamina «A» 500 U. I., vitamina «D» 50 U. I.

.....

De comprovado valor terapeutico no tra-  
tamento das anemias e estados  
pre-tuberculosos

A clássica fórmula do cinamato de benzilo, colessterina e cânfora, reforçada pela acção antitóxica, coagulante e tónica dos extractos etéreos hepático e splênico e pelo poder anti-infeccioso e tónico da vitamina A + D.

---

LABORATÓRIOS **LAB** — Direcção técnica do Prof. Costa  
Simões — Avenida Alferes Malheiro, 99 — Lisboa - N.



# Últimas novedades recibidas

ANGUERA — <i>Terreno y Bacilo en la Tuberculosis</i> . 1 vol. 163 pág. 48 fig. 1946. (MS) . . . . .	140\$00
BÉCLÈRE — <i>Diagnostic Hormonal et Traitements Hormonaux en Gynécologie</i> . 1 vol. 371 pag. 1946. (M) . . . . .	183\$50
BLECHMANN — <i>Maladies des Nourrissons et des Enfants</i> . 5 <sup>e</sup> édition. 1 vol. 758 pag. 1947. (LM-D) . . . . .	362\$00
BOUCHET — <i>Manuel d'Anesthésie</i> . 1 vol. 269 pag. 1946. (F) . . . . .	112\$00
BOVER — <i>El Diagnostico por la Puncion Ganglionar</i> . 1 vol. 146 pág. 55 fig. en negro y color. 1947. (ES) Encad. . . . .	225\$00
BRANCA — <i>Précis d'Histologie</i> . 1 vol. 613 pag. 412 fig. Cinquième édition 1947. (M) Encad. . . . .	245\$00
BRUMPT — <i>Travaux Pratiques de Parasitologie</i> . Quatrième édition. 1 vol. 319 pag. 203 fig. 1916. (M) . . . . .	91\$00
CARILLON — <i>Anatomie et Physiologie à l'usage des Infirmières</i> Quatrième édition. 1 vol. 182 pag. 91 fig. 1917. (LM-D). . . . .	30\$00
CHAMPY — <i>La Vie Cellulaire</i> . 1 vol. 256 pag. 1947. (F) . . . . .	68\$00
CHIRAY — <i>Sindromes Digestivos y Patologie Neurohormonal. La Therapeutica Hormonal de las Enfermedades Digestivas</i> . 1 vol 215 pag. 1946. (1 M) . . . . .	130\$00
DARIER — <i>Précis de Dermatologie</i> . 1 vol. 1152 pág. 269 fig (inquième édition. 1947. (M) . . . . .	595\$00
DELARUE — <i>Le Problème Biologique du Cancer</i> . 1 vol. 200 pag. 31 fig. 1947. (M) . . . . .	105\$00
DEVRAIGNE — <i>Précis d'Obstétrique</i> . Sixième édition. 1 vol. 1050 pag. 385 fig. 1946. (LM-D) Encad . . . . .	498\$00
DOUSSET — <i>Examen du Malad en Clientèle</i> . 1 vol. 461 pag. 155 fig. 1947. (LM) . . . . .	115\$00
DUPUY DE FRENELLE — <i>Compendio de Anatomia Descriptiva y Regional. Tomo I. Coluna Vertebral y Región Dorsal</i> 1 vol. 106 pag. 164 fig. 1946. (LM) . . . . .	52\$50
DUPUY DE FRENELLE — <i>Compendio de Anatomia Descriptiva y Regional. Tomo II. Paredes Torácicas, Mamas. Huelco Axilar. Aparato Pulmonar</i> . 1 vol. 151 pag. 166 fig. 1946 (LM) . . . . .	52\$50
HARANT — <i>Parasitologia Médicale</i> . 1 vol. 239 pag 105 fig. 1947. (LM) . . . . .	77\$00
HERTENBERG — <i>L'Épilepsie Chronique</i> . 1 vol. 61 pag. 1946. (M) . . . . .	81\$00
JÉANNENEY — <i>Formulaire Gynécologique du Praticien</i> . Quatrième édition. 1 vol. 418 pag. 51 fig. 1946. (LM-1) . . . . .	85\$00
LAUNOY — <i>Éléments de Physiologie Humaine</i> . Deuxième édition. 1 vol. 760 pag. 67 fig. 1917. (LM) . . . . .	390\$00
LEIBOVICI — <i>Les Thyroïdectomisés</i> . 1 vol; 109 pag. 1946 (LM-D). . . . .	49\$00
MATHEY — <i>Dix Préludes à la Biologie</i> . 1 vol 226 pag 19 fig. 1945. (M) . . . . .	78\$80
REYES — <i>Guia Formulario de Clinica Pediátrica</i> . 1 vol. 398 pag. 1947. (ES) Encad. . . . .	160\$00
RICHER ET MARAÑÓN — <i>Alimentation Aliments et Régimes</i> . 1 vol. 220 pag. 1947. (BB) . . . . .	161\$00
ROCHA — <i>Medicina de Urgencia</i> 1 vol. 415 pág. ilustrado. 1917. (SB) Encad. . . . .	380\$00
SERGEANT, etc. — <i>L'Exploration Clinique Médicale. Technique et Séméiologie</i> . Troisième édition. 1 vol. 1215 pag. 515 fig. 1917. (M) Encad. . . . .	617\$50
SIMÉON — <i>Contrôle Médical des Activités Physiques et Sportives. Rôle du Médecin dans l'Éducation</i> . 1 vol. 118 pag. 1917. (BB) . . . . .	52\$50
WEIL — <i>L'Hémophilie. Affection Familiale</i> . 1 vol. 128 pag. 1946. (M) . . . . .	46\$00



cer as esperanças que, para o tratamento dos urinários, nele podemos depositar.

Essa esperança deve-se sobretudo ao facto de «in vitro» actuar sobre germens que resistem à penicilina, como os Gram negativos e o bacilo de KOCH. O aparecimento deste medicamento vinha portanto fazer pensar que dispunhamos dum agente enérgico para o combate às temíveis infecções produzidas pelo coli e pela tuberculose.

O produto é fornecido em ampolas de 1 grama, que corresponde a um milhão de unidades s. A dose habitual é de um a dois gramas por dia repartida em 4 injeções intramusculares, de 6 em 6 horas, durante 8 ou 10 dias seguidos, parecendo haver vantagem em alcalinizar fortemente as urinas para obter uma acção mais enérgica.

Infelizmente os resultados clínicos não corresponderam, como em tantos outros casos tem sucedido, aos resultados laboratoriais.

As causas desses fracassos, que se podem observar nos casos em que o germen em causa é bem sensível ao anti-biótico e este é empregado em doses suficientes, consistem sobretudo na facilidade com que o mesmo germen adquire rapidamente uma resistência, por vezes extraordinária, à sua acção.

Uma vez iniciado o tratamento e tendo mesmo o cuidado de verificar «in vitro» e sensibilidade do germen, vê-se, muitas vezes, esta modificar-se duma maneira rápida e inesperada.

Há casos já registados em que, por exemplo, a sensibilidade era de 10 a 15 unidades por c. c. de cultura do germen que se ia combater e algum tempo depois do tratamento começado, passa a 50000 e mais unidades para a mesma quantidade de cultura.

É este, na verdade, o principal inconveniente dum medicamento que tinha despertado tanto entusiasmo quando foi anunciada a sua descoberta por ir actuar sobre espécies microbianas contra as quais a penicilina era imponente.

Em Urologia, tem-se ensaiado sobretudo nas infecções colibacilares e na tuberculose.

Nas primeiras, há casos em que actua bem, no entanto os insucessos são inúmeros, parecendo que as causas principais destes são a referida resistência adquirida pelo germen durante o tratamento, a mudança da flora microbiana inicial por outra não



sensível à estreptomycina, e sobretudo a existência de retenção ou cálculos a qualquer nível da árvore urinária.

Aqui, como no caso da penicilina, é indispensável o estudo prévio do doente, de preferência pela pielografia descendente, antes de iniciar o tratamento.

Na tuberculose urinária, os resultados não são muito animadores.

Tem sido experimentada principalmente nos casos inoperáveis — tuberculose do rim único ou tuberculose bilateral — e nas cistites tuberculosas como complemento do tratamento cirúrgico.

Tem-se feito tratamentos prolongados, por vezes até 200 gramas, mas os resultados não são satisfatórios. Todos sabemos que, no rim como em qualquer outro órgão, há tuberculoses que evoluem com marchas e velocidades muito diferentes. É difícil portanto, com o pequeno número de observações publicadas até agora, ficar com a convicção de que o tratamento estreptomycinico actua favoravelmente sobre a evolução da tuberculose renal.

Por vezes o bacilo de KOCH desaparece da urina, mas volta logo que se cessa a administração do anti-biótico.

Os poucos casos nos quais se conseguiu fazer exames necropsicos ou biopsicos, mostram as lesões renais em franca evolução, depois de tratamentos prolongados.

Esse tratamento não modifica, portanto, as habituais indicações da nefrectomia na tuberculose renal.

Parece ser útil nas cistites tuberculosas que se mantêm depois da intervenção ou que acompanham os casos inoperáveis e, se isto se confirmar, é um auxílio notável que nos presta, pois tais casos são muitas vezes difíceis, renitentes e rebeldes aos tratamentos clássicos.

É necessário contudo notar que a estreptomycina não é absolutamente inofensiva, não se pode usar em larga escala como a penicilina, sem por vezes se ser surpreendido por acidentes tóxicos ou sinais de intolerância.

Da minha curta prática pessoal vou citar-vos o resumo de algumas observações.

1 — Homem de 31 anos; piodrose colibacilar dupla. 25 gramas sem o menor resultado.

2 — Homem de 35 anos; tuberculose renal bilateral. 20 gramas. Os bacilos de KOCH desapareceram da urina mas os espec-



tos dos pielogramas antes e depois do tratamento são idênticos. Quinze dias depois encontram-se de novo bacilos de KOCH em grande quantidade na urina.

3 — Mulher de 23 anos; tuberculose renal direita. 25 gramas. É obrigada a suspender o tratamento por vertigens, zumbidos dos ouvidos e aparecimento de erupção papulo eritematosa na face. Os bacilos de KOCH persistem na urina em grande quantidade e o pielograma mantém as mesmas alterações anatómicas.

4 — Homem de 68 anos; tuberculose renal direita, cistite intensa e epididimite direita fistulizada. 30 gramas. Interrompe o tratamento por cefalalgias e vertigens. A cistite melhora ligeiramente, mas persistem os bacilos; as fistulas epididimares cicatrizam por completo.

5 — Mulher de 35 anos; operada de tuberculose renal direita há 5 anos; cistite tuberculosa com úlceras e bacilos de KOCH. A pielografia mostra o rim único com aspecto e funcionamento normal. 26 gramas. Suspende por perturbações oculares, enfraquecimento rápido da visão e dores intensas a nível das articulações dos joelhos. Melhoras muito leves da sua cistite nos primeiros dias, que desapareceram rapidamente.

A dificuldade que há neste momento na aquisição da estreptomomicina não permite por enquanto utilizá-la senão raras vezes e em doses talvez insuficientes. No entanto estas cinco observações não são de molde a dar-nos grandes esperanças na mais frequente, entre nós, de todas as infecções urinárias: a tuberculose.

## V

### Os tratamentos modernos do cancro da próstata

Entre os cancros que invadem o aparelho urinário, o mais corrente é sem dúvida o que se localiza na glândula prostática. A sua frequência é tal que se diz que, de entre 30 homens que atingiram os 60 anos, um tem um cancro da próstata. Só em Inglaterra morrem dessa doença 4.000 pessoas por ano. Por vezes, a afecção manifesta-se por sintomas que chamam a atenção para a sua sede — a polaquiúria nocturna, a disúria, as



hematúrias ou a retenção precoce — e obrigam a um exame urológico e a reconhecer ao toque rectal a dureza característica do neoplasma.

São esses os casos em que se pode tentar uma operação radical — a extirpação em bloco, por via perineal, do tumor, próstata e vesículas.

Mas estes casos, na prática corrente são raridades; quando o doente vem junto de nós e o examinamos, encontramos quase sempre a sua próstata transformada num bloco duro, nodular, petreo, absolutamente imóvel e fixo e no qual seria illusória toda a tentativa de extirpação.

E isto nem sempre sucede por desleixo ou culpa do enfermo. É que o cancro da próstata é traiçoeiro e muitas vezes só se denuncia pelas dores que as suas metastases ósseas (as mais precoces e frequentes) provocam.

São as dores lombares persistentes e rebeldes a todos os tratamentos, são as dores irradiando ao longo dos membros inferiores, por vezes com dificuldade à locomoção, etiquetadas de reumatismo ou de ciática, mas que resistem a todas as terapêuticas, que muitas vezes fazem pensar nas metastases ósseas cancerosas de origem prostática e levam a fazer o toque rectal e com ele o diagnóstico.

Mas então o doente está já fora dos limites da operabilidade e infelizmente é quase sempre neste momento que o mal é reconhecido.

O que fazer, então, a estes desgraçados enfermos, que não urinam e que são atormentados pelas dores da infiltração e com pressão do tumor e das suas metastases?

Até há poucos anos o cateterismo permanente, a fistula supra púbica definitiva e a morfina em doses cada vez mais elevadas, resumiam toda a nossa terapêutica.

As aplicações de Raios X ultrapenetrantes aliviavam algumas vezes as dores metastáticas e suspendiam as hematúrias, mas os seus efeitos eram fugazes e inconstantes.

A implantação directa de agulhas de rádio nunca produziu resultados evidentes no tratamento destes neoplasmas.

E assim, esses infelizes eram condenados a viver com a sua drenagem supra-púbica permanente e a atordoar-se com estupeficientes nos últimos meses da sua existência.



Desde que, em 1944, HERBST e DODDS reconheceram a acção inibidora da estrona sobre o crescimento desses tumores e das suas metastases, tudo se modificou.

Administrando estrona — dietilboestrol ou sintocrina — em doses suficientes e continuadas, consegue-se melhorar a situação dos cancerosos prostáticos — a marcha progressiva dos seus tumores detém-se, as metastases reduzem-se e sobretudo as dores que as acompanham cedem e desaparecem às vezes com uma facilidade incrível.

Este tratamento não cura o cancro da próstata — apenas inibe o seu crescimento e das suas metastases e actua sobre o sintoma que mais penoso é ao doente: a dor.

Pode obter-se o mesmo resultado por uma maneira indirecta; em vez de administrar substâncias endócrinas femininas, suprimir do organismo doente as glândulas produtoras das substâncias endócrinas masculinas, fazendo a castração ou orquidectomia dupla, com a técnica sub-capsular para não dar ao doente a sensação da falta dos órgãos sacrificados. Por qualquer destes processos conseguimos melhorar o doente e prolongar a sua vida sem sofrimento.

Se há retenção, em regra, este tratamento não é suficiente para a combater; é necessário fazer uma ressecção trans-uretral, cavando em pleno tumor uma goteira que permita a fácil saída da urina.

Então a aparência da cura é completa. O pobre canceroso que vivia mortificado com a sua retenção, os cateterismos repetidos, as dores metastáticas, vê restabelecer-se o fácil jacto urinário e as dores desaparecerem, e, embora a sua vida termine tempo depois, porque o tumor vai continuando a sua obra de caquexia progressiva, tem os últimos meses da sua existência libertos de sofrimento e com a ilusão da saúde.

Isto é conseguir muito numa enfermidade para o combate à qual estávamos por assim dizer desarmados por completo.

Tenho tratado numerosos cancros da próstata, muitos deles com metastases ósseas na coluna vertebral ou nos ossos da bacia.

Nos que têm retenção, faço sistematicamente a ressecção larga do tumor, por via trans-uretral, que é fácil e inofensiva pois tais tumores quase não sangram ao corte.



Início então sistematicamente o tratamento hormonal, fazendo de preferência a castração bilateral. É notável a acção desta intervenção sobre o sintoma dor; na noite da operação, o doente que há muito não descansava sem morfina, recusa-a por inútil. Essas melhoras que surpreendem pela sua rapidez, mantêm-se durante largo tempo.

Quando não faço a castração, aconselho o uso do dietilboestrol, na dose de 3 miligramas por dia, permanentemente. Os autores americanos mandam regular a dose dos preparados hormonais com a elevação da fosfatase ácida do soro sanguíneo, que aumenta nos cancros da próstata com metastases ósseas, começando por doses altas de 15 ou 10 miligramas por dia e descendo-as à medida que a fosfatase se torna normal. Tais tratamentos só podem, porém, ser feitos em clínicas ou consultas onde os doentes sejam revistos periodicamente, o que entre nós é difícil.

Apesar disso tenho procurado acompanhar os meus cancerosos para verificar o seu futuro. Quase todos morrem dentro de dois anos com uma intercorrência de marcha rápida — hematuria abundante, crise azotémica irreversível — mas até lá a grande maioria conserva a ilusão de uma saúde perfeita, urinando sem dificuldade e vivendo sem dores.

Em face dum cancro inoperável da próstata — e são quase sempre os que nos aparecem — lembrai-vos portanto que podeis aliviar o vosso doente com um tratamento tão fácil e simples que não podeis deixar de o aconselhar: a orquidectomia bilateral de técnica tão singela que qualquer a executa ou a administração prolongada, persistente, continua, de alguns miligramas diários de dietilboestrol ou de sintocrina, podendo mesmo e com vantagem associar os dois métodos, para uma acção mais intensa.

Não curais o vosso doente, mas aliviais os seus últimos dias e dais a sensação de saúde a quem estava destinado a uma agonia atroz.

Se a retenção se estabelecer apesar disso, mandai fazer uma ressecção trans-uretral que restabelecerá a micção e então, para o pobre condenado, a ilusão da cura será completa durante muitos meses.



## VI

**A indicação operatória na hipertrofia prostática**

Todos conhecem a hipertrofia benigna da próstata, nome errado mas clássico porque são designados os adeno miomas peri-uretrais que complicam tantas vezes a micção dos homens depois dos 50 ou 60 anos.

Todos sabem como tal doença se inicia, como evolui e as três fases que percorre sucessivamente — a polaquiúria com disúria, o resíduo e a retenção com distensão.

Quero apenas chamar a vossa atenção para a oportunidade de indicar a esses doentes o tratamento operatório.

Na primeira fase da evolução da doença, o prostático pouco sofre; a disúria é ligeira, a polaquiúria suportável. Limita-se aos cuidados higiénicos e aos tratamentos pelos extractos endócrinos testiculares.

Na segunda fase, o resíduo incomoda-o um pouco; vai-o combatendo com sondagens repetidas e lavagens vesicais.

Quando porém, surge a terceira fase, a retenção completa, com ou sem distensão vesical, é que o doente se compenetra de que não pode viver assim, que é intolerável a sua situação, com a vida dependente das horas dos cateterismos, e procura então uma solução definitiva, aceitando uma intervenção cirúrgica como remédio para o seu mal.

É nesta altura que procura o cirurgião, disposto a sujeitar-se a tudo que necessário for.

É este o quadro habitual que encontrais na clínica e com dificuldade faríeis compreender a um prostático a necessidade de se operar cedo, desde os primeiros sinais de disúria e de polaquiúria nocturna.

E no entanto, se pensarmos um pouco sobre a evolução e a marcha do prostatismo, vemos que se a doença é peri-uretral, o perigo está no rim e é preciso conjurá-lo o mais cedo possível.

Desde os primeiros sintomas, desde a disúria do início, o globo vesical luta contra um obstáculo, hipertrofiando-se primeiro, para mais tarde se distender. Nessa hipertrofia congestiona-se e, se há um resíduo, embora mínimo, a infecção vesical é certa.



Um passo mais e esse esforço vesical vai reflectir-se no funcionamento renal: o rim sofre com ele, infecta-se, esclerosa-se, leva o doente à morte.

O esforço vesical é o primeiro elo desta cadeia de complicações: esforço, hipertrofia, resíduo, congestão, infecção, distensão, pielo-nefrite, esclerose renal, morte.

O estado renal reflecte-se sobre o funcionamento cardíaco, o que vem complicar ainda mais a situação.

E na prática é quase sempre nestes estados extremos que os prostáticos nos procuram para que os operemos e ponhamos termo aos seus sofrimentos.

É muitas vezes tarde para intervir e uma operação radical nesses enfermos arrisca-se muitas vezes a ser seguida de um desastre, pois eles já não têm a resistência precisa para um abalo cirúrgico de certa importância, como é o da prostatectomia.

De facto, do estudo das condições em que apareceram 500 portadores de hipertrofia protástica, pude tirar as seguintes conclusões:

- 1.º — Seja qual for a sua condição social, só aparecem habitualmente quando a retenção se manifesta, mesmo que os sintomas clínicos os incomodem muito.
- 2.º — Vêm infectados em 95 % dos casos.
- 3.º — 56,5 % são de idade superior a 70 anos.
- 4.º — Metade são insuficientes renais.
- 5.º — Mais de metade são insuficientes cardiacos.

Em resumo, doentes que podiam ter sido operados em boas condições chegam tarde, permitindo apenas tratamentos paliativos ou incompletos.

É aos médicos práticos que compete fazer ver aos seus doentes o inconveniente de deixar seguir o prostatismo até à sua última fase.

Se o perigo é o esforço vesical, todo o prostático deve ser operado logo que esse esforço se esboça.

Pode não haver resíduo, pode o tumor ser pequeno ainda, mas se há os primeiros sinais de prostatismo, a disúria e a pola-



# UM HIPNÓTICO SUAVE

DE TOLERÂNCIA

PERFEITA

DESTINADO AOS

INSONES

E AOS ANSIOSOS

# SONÉRYL

Butil-etil-malonilureia

## INSÓNIA

CAUSADA PELA DOR

## INSÓNIA

DOS VELHOS

Tubos de 20 comprimidos a 0 gr. 10

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE «SPÉCIA»

21, Rue Jean Goujon, — PARIS 8.<sup>e</sup>

Representante: SOC. COM. CARLOS FARINHA, L.da

R. dos Sapateiros, 30-3.<sup>o</sup> — LISBOA



# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

**ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA**

**Extraordinariamente poderoso**

**VANTAGENS:** Injecção subcutânea sem dor.  
Injecção intramuscular sem dor.

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

**TOXICIDADE** Consideravelmente inferior à de todos os produtos 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**

92, Rua Michel-Ange, PARIS (XVI<sup>o</sup>)

Depositários  
exclusivos

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

45, R. Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA

**Acaba de aparecer:**

## “Diabetes Sacarina”

Do Dr. Bruno da Costa

1 Grosso volume de 538 páginas, Esc. . . 140\$00

**Dirigir pedidos aos editores**

**Livraria Moura Marques & Filho**

19, Largo Miguel Bombarda, 25

**COIMBRA**



quiúria nocturna, deveis mandar avaliar, por um cistometrograma, o valor da contracção vesical.

Se esta está superior ao normal, indica que o destrussor se contrai em excesso para vencer um obstáculo que já existe e que está nesse momento indicado suprimir.

Os sintomas são ligeiros ainda — o doente com dificuldade aceitará uma adenomectomia, que sabe ser grave e de sequências demoradas, mas fazendo-lhe ver o perigo em que se encontra, sujeita-se sem relutância à ressecção trans-uretral, tão benigna nessa altura e que, suprimindo o obstáculo que forçava a bexiga, evita toda a serie progressiva de complicações.

\* \* \*

E eram estes os pontos de actualidade e de interesses prático que me pareceu útil apresentar-vos.



# O SANGUE EM CLÍNICA

POR

A. DA ROCHA BRITO

1. — Terá tanta importância o estudo do sangue em Clínica que mereça a honra de conferência inaugural num curso de férias? A resposta dá-la-ão V. Ex.<sup>as</sup> se tiverem paciência para me aturarem até ao fim.

Ao clínico importa, evidentemente, empregar todo o seu saber, sagacidade e dotes de observação, para, em face do doente, fazer um diagnóstico, pôr um nome à doença de que ele sofre. Não deve o médico poupar nem trabalho, nem tempo por difícil que aquele seja, nem por mais precioso que seja este, cujo preço é cada vez mais alto. Não cumpre o seu dever o médico que proceder doutro modo.

No entanto, quantas vezes e, a despeito da sua boa vontade, a doença fica sem nome, isto é, o diagnóstico por fazer? Não importa. O que não deve, de modo algum, ficar por fazer é o diagnóstico do... *doente*. A doença é uma coisa, e importante; o doente é outra coisa, e mais importante ainda. E, tanto assim é, e todos bem o sabem, que mesmo quando temos, como recompensa do nosso esforço, a satisfação de pôr uma etiqueta à doença — conceito abstracto — não nos contentamos enquanto não a vemos integrada no doente, com todos os matises e modalidades de cada caso, com o coeficiente próprio de cada um, com o selo que cada pessoa humana cola nas suas acções, — realidade concreta — facto tão comum e aceito que já a sabedoria popular sintetizou neste aforismo magnífico: há doentes, não há doenças. Ora, é precisamente para o diagnóstico do *doente* que o estudo do sangue pode e deve contribuir com a sua quota parte, por vezes de



incomputável valor. Quantas vezes é ele imprescindível, contribuindo só por si para o diagnóstico da doença: é o caso das doenças próprias do sangue e órgãos hematopoiéticos.

Não nos esqueçamos desta verdade, para evitarmos surpresas e não darmos a outrem a prioridade da descoberta, que nos deveria pertencer. Mas, não são em menor número, felizmente, aqueles casos em que, não se tratando de hemopatias propriamente ditas, o exame do sangue, nalguns dos seus componentes ou aspectos, é de um auxílio inegualável para o conhecimento integral do nosso doente e para a diagnose nosológica de situações mórbidas, que de outra maneira nunca se esclareceriam, o que amiúde é esquecido por se tratar de doenças que não afectam directamente ou não affectam aparentemente os órgãos sangui-formadores. Isto, que hoje é comestiva verdade, embora frequentemente posta de banda, levou tempo a fazer carreira. O que vale é que esse tempo perdido foi hoje recuperado e por que forma brilhante! pois o capítulo da hematologia clínica é um dos mais cultivados, rico em realizações de toda a ordem e promissor de ainda mais rasgados e fecundos progressos em todos os sectores: diagnóstico, etiopatogénico e terapêutico.

Se raciocinarmos um pouco, o estudo do sangue não poderia deixar de ter tão assinalado lugar na clínica.

O sangue é um meio viscoso, semilíquido, bifásico, abundante — cerca de 5 l. no adulto normal — ou sejam 80 c.c. por quilo de peso (a volémia): maravilhosa e complexa estrada móvel que chega a todas as partes da economia.

Nele se reflecte o funcionamento de todos os órgãos, (e não só os da hemopoiese) cujos produtos por eles elaborados — elementos figurados e proteínas — constituem a maior parte, afora a água. Meio nutritivo por excelência, é o condutor dos anabolitos — protidos, glucidos, lipidos, vitaminas e fermentos — do oxigénio-carreado pelos glóbulos vermelhos, dos metabolitos intermediários, como a ureia, a bilirrubina indirecta, os da série glucídica, protídica, lipídica, mas é também o esgoto dos dejectos de órgãos e tecidos — os catabolitos — desde o anidrido carbónico ao azote residual, a eliminar pelos emuntórios naturais: pulmão, rim, estômago, intestino e pele. Nele as glândulas endócrinas derramam as suas hormonas e o organismo muitos dos factores necessários à sua defesa.



No seu plasma, além da água, que é o solvente orgânico por excelência, água que ao passar pelo fígado parece adquirir uma espécie de vida nova, existem dissolvidos iões e moléculas, os cristaloides, e em suspensão, além dos eritrócitos, leucócitos e plaquetas, os coloides e as hemocónias. No sangue total encontram-se ainda os aglutinógenos que individualizam os eritrócitos dos grupos sanguíneos, *A, B, AB, O* e os sub-grupos *M, N, P*, com as respectivas aglutininas e hemolisinas, que parecem promanar das globulinas.

E, como se tudo isto fosse pouco nesse mundo de extrema complexidade, ainda não inteiramente desvendado, que é o sangue, muito longe disso, descobriu-se mais o factor *Rh*, com os seus sub-factores *Rh-Rh<sub>1</sub>, Rh<sub>2</sub>,  $\frac{Rh_1}{Rh_2}, Rh_0, Rh', Rh'' \frac{Rh'}{Rh}$* , por fim o factor *Hr*, todos eles com importantes applicações na Clínica mais as respectivas hemolisinas, aglutininas, glutininas e anti-corpos bloqueantes, cuja descoberta nos permite compreender certas situações mórbidas na aparência paradoxais, que seriam inexplicáveis sem a intervenção daqueles factores, como os abortos e letalidade das primeiras idades, dantes atribuídos quase só à sífilis.

No sangue fica ainda bem marcada e por muito tempo, nalguns casos por toda a vida, a lembrança da luta que o organismo deu ou está dando ao microorganismo patogénico, espécie de cunho que é utilizado para confirmar ou esclarecer diagnósticos, como a Reacção de WIDAL, de WRIGHT, de MARTIN e PETTIT, de PAUL e BUNNEL, etc. para a febre tifóide, febre de Malta, espiroquetose icterohemorrágica, mononucleose infecciosa, etc.

Sistema ubíquo, ligando todos os órgãos, tecidos e sistemas, agente intermediário que dá unidade ao todo, factor que, com o sistema nervoso e o reticulo-histiocitário, mantém uma estreita solidariedade entre os componentes da pessoa fisiológica e dos que mais concorrem para a constituição da personalidade mórbida, tinha e tem, por força da sua extrema complexidade fisico-química e funcional, de colaborar com uma quota parte menor ou maior na luta travada entre o organismo e as causas morbégenas, luta em que não raro lhe toca a parte do leão ou até mesmo toda a responsabilidade, quer essa luta se desenrole dentro do próprio sangue quer *aliunde*.



Outras vezes, nem mesmo luta chega a haver, mas apenas distúrbios funcionais para mais ou para menos, de órgãos ou sistemas, com ou sem lesões, mas cujo sofrimento se reflecte no sangue, alterando-o numa ou mais das suas constantes. Disse bem: constantes, pois todos estes constituintes do sangue, a principiar pela água que os carrega, oscilam dentro de limites tão estreitos, oscilações aliás indispensáveis à vida, que quaesquer alterações e desequilíbrios têm de ser interpretados, e importa interrogar, pois aí está, porventura, a chave do diagnóstico ou a sua confirmação, e a indicação terapêutica. Equilíbrio instável, na verdade, mas *equilíbrio*, pois todas as reacções que se passam dentro do organismo numa profusão incalculável, ao se reflectirem na estrutura físico-química do sangue, só dentro de estreitíssimos limites o podem alterar, sob pena de se gerar a doença ou a morte. Felizmente, na grande maioria dos casos, o organismo dispõe de potencialidades capazes de manter no sangue o que CANNON chama a *homeoestasia*, isto é, a constância da sua constituição físico-química. Assim o *pH* anda à volta de 7,35; a reserva alcalina em torno de 60 vol. %; o *Na*, o *K*, o *Ca* encontram-se na proporção 25:2:1 (no plasma); o  $\Delta$  (ponto de congelação) pode ir de 0,55 a 0,58°; a *P<sub>o</sub>* (pressão osmótica) deve ser de 7,63 atm. a 37° e a *Ponc* (pressão oncótica) oscila entre 30 e 40 cm. de água. Recentemente CLARK introduziu na físico-química um outro símbolo, o *rH*, para medir os diferentes sistemas oxi-reductores ou *redox*, o qual, embora não seja absolutamente necessário, visto ser função do *pH* e do potencial *E* da oxidação-redução, facilita, no entanto, a referência a estes sistemas que são dos mais transcendentos e importantes da biologia.

Por fim, o sangue transporta eventualmente microorganismos, patogénicos ou não, toxinas, venenos e medicamentos como as sulfamidas, as penicilinas e esses recenhegados e esperançosos isótopos radioativos artificiais, mais as moléculas *marcadas* onde existem...

Não admira, pois, que sejam inumeráveis, e cada vez sê-lo-ão em maior número, os casos, em que sem o estudo do precioso líquido não faremos o diagnóstico e, o que é mais importante, um juízo do doente.

Quando comparo o que se sabia sobre o sangue no principio da minha carreira clínica e pedagógica com o que hoje se sabe,



fico preso de espanto e admiro os médicos antigos que só com a sua intuição eram capazes de tratar doentes. Lembro-me de, quando há bons 35 anos iniciei em Propedêutica Médica a minha carreira de professor, ter citado a frase optimista de um mestre da medicina francesa: «hoje dá gosto ser-se médico, tantos são os meios de que a arte dispõe para o estudo das doenças».

Que diria o ilustre colega, se fosse vivo, ao dar conta só do que nos é capaz de revelar o estudo do sangue para o conhecimento dos doentes?

E o que dirão os vindouros quando outras incógnitas aí se desvendarem?

2. — De tanto sangue que torrencialmente correu na última guerra, um pouco pôde ser aproveitado pela «Cruz Vermelha» e posto generosamente ao serviço da ciência nos laboratórios norte-americanos, permitindo assim aos cientistas a realização de estudos e investigações notáveis no campo da Hematologia, cujos progressos se patenteiam em todos os sectores, sem esquecer o da terapêutica, seu objectivo mais útil. O sangue ao serviço do sangue...

Transfusões e grupos sanguíneos; o factor *Rh* em todas as suas modalidades; as aglutininas e hemolisinas, as iso-aglutininas, as glutininas e anticorpos bloqueantes; as fracções proteínicas de COHN; os sindromas hemolíticos; o ácido fólico; o sangue dos hemofílicos, que se caracteriza, segundo parece, pela falta da *fracção-globulina* de TAYLOR; testes e provas funcionais em que um ou mais factores se pesquisam no sangue; etc., etc. Enfim o sangue normal e o sangue doente foram estudados sob os mais variados aspectos. Dalguns destes trataremos no decorrer do assunto.

3. — Ora, sem de modo algum pretendermos esgotar os exemplos clínicos, muito longe disso, — a Clínica é poço sem fundo e só um ignorante ou enfatuado poderia alimentar essa ilusão — vamos escolher e resumir alguns casos das nossas enfermarias para evidenciar como pode ser grande e, até imprescindível, o auxilio prestado pelo estudo hematológico no diagnóstico, prognóstico e terapêutica.

E, sem a preocupação de os classificarmos em grupos, mas ao sabor da memória os vamos apresentando que eles também



na clínica não aparecem por qualquer ordem ou combinação prévia, mas trazidos pela mão misteriosa do acaso.

Eis, para principiarmos, um bem curioso exemplar, que só ele daria assunto para uma lição.

Homem de 65 anos, sem passado mórbido além do sezoniismo, começou há um ano a sentir-se cansado, a emagrecer e a perder progressivamente as cores. Em Janeiro de 1945 dores lombares, sem irradiação, não muito intensas, mas contínuas. Anorexia, arrepios, febre e o doente interna-se no Hospital, onde é tratado do sezoniismo, melhora, pede alta. As melhoras são passageiras, a palidez é extrema, as dores não o largam. É internado na minha enfermaria. A cor da pele fazia lembrar o alabastro e antes mesmo de termos o hemograma pedido fez-se uma transfusão sanguínea de 300 c.c., tão precário era o seu estado e intensa a palidez.

#### O hemograma

Hb. . . . .	30 %
G. V. . . . .	1.270.000
G. B. . . . .	7.000
V. glob. . . . .	0,9
Granulócitos neutro. . . . .	41 %
Linfócitos. . . . .	59

melhora muito pouco com a transfusão, extratos hepáticos, ferro. Não foi possível obter medula óssea para um mielograma quer esternal, quer vertebral, por não se conseguir atravessar a tábua óssea, muito dura.

WASSERMANN no sangue negativa. Não há disestesias, parestesias de qualquer ordem, os reflexos ósteo-tendinosos são normais.

Resolve-se fazer a radiografia da coluna vertebral que revelou tão intensas lesões, que o Dr. FERNANDES RAMALHO quis radiografar quase todo o esqueleto. Aparecem zonas de condensação dispersas e outras, também numerosas, e de rarefacção, umas e outras mais pronunciadas na bacia e costelas. As vértebras foram menos atingidas, mas a 9.<sup>a</sup> dorsal é uma verdadeira vértebra *ebúrnea* no negativo ou *de ébano*, no positivo. As vértebras lombares apresentam o aspecto «em diavolo», com exostoses osteofíticas. Em face destas imagens o ilustre radiologista conclui pela exis-



tência de uma generalização neoplásica do tipo sarcomatoso, com metástase cancerosa da 9.<sup>a</sup> dorsal.

Com o intento de esclarecer a situação foram feitos alguns exames complementares de laboratório como pesquisas das albuminas de BENCE-JONES na urina, dosagens do cálcio sanguíneo e urinário, das proteínas plasmáticas; tempo de protrombina e protrombinémia, não se obtendo qualquer resultado esclarecedor. O Prof. NUNES DA COSTA, a nosso pedido, tem a gentileza de ressecar um fragmento de costela para estudo da medula e do osso que revelam aplasia do tecido nobre e intensa proliferação de células atípicas, invadindo a medula e o S. R. E., isto quanto à medula; os fragmentos ósseos mostram a existência de metástases epiteliomatosas, com zonas *sarcomatoides* (Prof. M. MOSINGER). Estes exames estão de acordo com a interpretação radiográfica.

Mas... onde está o foco primitivo?

O tumor, até então silencioso, resolveu falar: o doente deixa de urinar durante dois dias e, observado pelo distinto Prof. de Urologia, Dr. L. ZAMITH apresenta ao toque a presença dum neoplasma da próstata, cuja biopsia permitiu ao Prof. MICHEL MOSINGER diagnosticar tumor epiteliomatoso atípico com zonas metaplásicas sarcomatoides.

O Prof. ZAMITH realiza a orquectomia intracapsular de harmonia com a recente doutrina patogénica da actividade da glândula intersticial do testículo como causa do epitelioma prostático. O estudo desta glândula, feito também pelo Prof. MOSINGER, testemunha uma hiperplasia nítida do testículo endócrino. As dores desapareceram logo, a anemia melhorou e vai melhorar ainda mais:

Hb . . . 50 0/0; Gl. V. . . 2.860.000

O doente foi para casa, onde lhe foi injectada a Syntocrina (*estrona*) mas, o neoplasma continuou a sua marcha inexorável e ao fim dum ano o doente morre, em meio de sintomas urinários, sem dores.

Além do muito que o caso nos ensinou e constituiu objecto da lição inaugural das *Quinzenas hospitalares* de 1946, é interes-



sante salientar que a marcha da *doença real* e a da *doença clínica* não foram paralelas. Vem publicado na íntegra em «Jornal do Médico», Dezembro de 1947.

4. — Homem de 56 anos. Antigo serrador e hoje lavrador «com algum capitalzinho à custa de muito trabalho e ourelo» teve uma pneumonia «quando foi tropa» e sezões há quatro anos. A mulher, a segunda, pois casou duas vezes, trouxe-lhe «uma caixa de quinino» que pôs sobre a mesinha. Tomou logo uma e na ausência da esposa que saíra para o campo, engoliu duma vez as cinco restantes. Sobreveio-lhe uma diarreia que foi o seu tormento; esteve cego e mouco durante duas horas, mas as sezões é que nunca mais voltaram; a diarreia, embora menos intensa é que ficou, até que ele ao fim dum ano resolveu consultar o médico que lhe receitou um remédio para tomar às colheres e uns comprimidos alemães. Voltaram as forças e o apetite, que tinha perdido, mas a diarreia, teimosa, não desapareceu por completo, tornando-se em extremo violenta ao fim de oito meses. As fezes pareciam leite, outras vezes gemas de ovos batidas, envolvidas em espuma e até chegaram a vir misturadas com sangue. Chegou a ter mais de doze dejeções diárias, que lhe causavam um ardor insuportável no ânus. Quando comia ou bebia era frequente ter de ir a correr para o «sítio porque saía-lhe logo tudo por baixo com grande barulho no ventre inchado onde sentia pontadas». «A boca rebentava-lhe e ardia-lhe com feriditas muito dolorosas, como também era dolorosa a garganta». Tudo isto junto à falta de apetite não o deixava comer. Daí o ter emagrecido muito, pois dos 81 quilos de dantes só tem hoje 48. «Era dos homens mais fortes das redondezas. Todos lhe tinham medo, embora não fosse «desordista» e nunca andasse em bodegas, posto que gosta muito de vinho». Era «moreno avermelhado e hoje tem esta triste cor de limão murcho». Cada vez mais fraco, cada vez mais amarelado, cada vez mais magro, resolveu baixar ao Hospital. Assim, duma forma pitoresca, nos contou a sua história.

Com *esta* diarreia, anorexia, acentuada magreza e cor amarela-palha, num doente de 56 anos, fizeram-lhe o diagnóstico provável dum neo-gástrico. Pedimos um exame radiológico do estômago e um estudo do quimismo gástrico, após injeção histamínica.



Um e outro afastaram a hipótese. O Ex.<sup>mo</sup> Radiologista diz em conclusão:

«Ausência de sinais radiológicos de úlcera gástrica, duodenal e de massa neoplásica. Grande aerocolia, que deforma o antro pilórico e o bolbo duodenal. Estômago um tanto volumoso e levemente deslocado para a esquerda.

Pela aerocolia se explica, pois, a globosidade do ventre tenso que observámos e os borborigmas a que o doente se refere.

O Ex.<sup>mo</sup> Analista encontrou, na prova de REHFÜSS:

	H Cl	Acidez total
Jejum . . . . .	0	10
I . . . . .	10	16
II . . . . .	30	36
III . . . . .	16	22
IV . . . . .	0	8

isto é, apenas hipocloridria, não anacloridria.

Como era óbvio, estudou-se a fórmula hemoleucocitária:

Hb . . . . .	18 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	Poli. neutro. . . . .	75 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
G. V. . . . .	710.000	Linfócitos . . . . .	25
G. B. . . . .	5.400	Anisocitose acen-	
V. globular . . . . .	1,2	tuada.	

que nos veio revelar uma intensíssima anemia hiperocrômica muito mais intensa do que era de suspeitar. Também se investigou o mielograma esternal, que nos descobriu uma hipoplasia, sobretudo na série vermelha; os elementos apresentam-se na seguinte percentagem:

Mieloblastos . . . . .	7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Mielócitos neutro. . . . .	8
Metamielócitos neutro . . . . .	29



<i>Granulócitos neutro.</i> . . . . .	27
" <i>eosino.</i> . . . . .	1
<i>Normoblastos</i> . . . . .	14
<i>Núcleos nus (de linf.?)</i> . . . . .	5
<i>Linfócitos</i> . . . . .	9
<i>(Hipoplasia medular)</i>	

A WASSERMANN do sangue é negativa. Fez-se o seguinte tratamento: Leite (o doente tinha impossibilidade de deglutir alimentos sólidos e mesmo pastosos); duas transfusões de sangue de 250 c. c. cada uma; extractos hepáticos; vit. A, C, P.P., B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>. Um novo hemograma feito 13 dias depois acusa certa melhoria:

Hb . . . . .	20 %	Poli.neutro. { em bast. . . . .	2 %
		{ segm. . . . .	80
G. V. . . . .	1.060.000	Linfócitos . . . . .	18
G. B. . . . .	4.600	Anisocitose; anisocromia, discreta normoblastose. Reticulocitose . . . . .	8 %

Entretanto conseguíamos o Folvite (a. fólico) que injectámos na dose de quinze miligrs. por dia, juntamente com dois comprimidos de Macroctan (a. fólico) por via oral.

Estamos na presença dum caso clínico em que se reúnem:

- uma diarreia crónica, de fezes pastosas, meio líquidas, descoradas, espumosas, de aspecto gorduroso;
- uma extrema magreza;
- uma estomatite aftosa, com sensação dolorosa e ardência;
- uma anemia hipercrômica, por sinal muito intensa;
- um ventre volumoso, meteorizado.

Não se impõe o diagnóstico de *Sprue nostras*?

Outras análises vêm confirmar e esclarecer o diagnóstico.

O exame das fezes, ao mesmo tempo que é negativo quanto à presença de parasitas e ovos, revela a existência de acentuada



abundância de gorduras e ácidos gordos, como clinicamente era de esperar. A excessiva quantidade de ácidos gordos explica a ardência anal.

Como era de esperar a prova de STAUB e TRAUGOTT mostra uma curva baixa, em planalto e retardada, da glicémia característica da Sprue, onde traduz um *déficit* notável da absorção hidrocarbonada pela mucosa intestinal, fenómeno selectivo que vimos existir também na absorção das gorduras qualquer que seja o mecanismo que o condicione, a estudarmos num trabalho a ser publicado.

Se neste caso, a prova de TRAUGOTT não é, todavia muito acentuada, talvez porque esta prova, como outras, as fizemos numa altura de apreciáveis melhoras, ela mantém, não obstante, as características das curvas glicémicas encontradas nas esteatorreias idiopáticas. A diarreia nesta ocasião tinha desaparecido já, voltando no dia em que foi administrada por via oral a glucose da prova de sobrecarga, fenómeno igualmente observado e descrito por outros autores e atribuído à não absorção daquele mono sacarido pela mucosa. A prova de STAUB e TRAUGOTT foi, pois, favorável ao nosso diagnóstico.

Foram determinadas as vitaminas na urina que acusa um *déficit* de C (4 mgr.) e de PP (1 mgr.), o ácido pirúvico levemente elevado (378 mgr.) com normal eliminação de B<sub>1</sub> (80  $\gamma$ ).

Ainda outras provas e análises se fizeram, com os seguintes resultados:

Colesterol . . . . .		1,73 grs. ‰
Proteínas 60,7. {	Serina . . . . .	42,5
	Globulina . . . . .	18,2
Cálcio. . . . .		9,3 mgr. ‰
Fósforo inofánico . . . . .		4,8

Isto é, havia uma ligeira baixa das proteínas totais e apesar disso o doente não acusa edemas, nem sequer esboçados, porque a serina estava muito mais alta do que as globulinas, dando um coeficiente albuminoso de 2,4 em vez de 1,6.

O cálcio, contrariamente ao que era de esperar, visto o doente ter tido fenómenos tetaniformes, não estava diminuindo ou



muito pouco. Isto pode ter a sua explicação em a análise ter sido realizada quando o doente entrava a melhorar e as caimbras das pernas e mãos já não se revelarem. Talvez, se a análise tivesse sido praticada antes da administração do ácido fólico, ela tivesse acusado uma calcémia mais baixa.

As mesmas considerações podemos fazer a respeito do fósforo, que está possivelmente normal, quando costuma estar desfalcado na *Sprue*.

A bilirrubinémia do nosso doente está baixa — 3 mgrs.  $\frac{0}{100}$ , de reacção retardada, o que está de harmonia com a modalidade de anemia desta doença, em que não há hemólise, como há na anemia perniciosa, apesar de ser com frequência hiperocrômica e macrocítica, por vezes mesmo megalocítica.

A determinação da reticulocitose permitiu seguir a evolução da doença no sentido da melhoria de quatro em quatro dias: 2  $\frac{0}{100}$ ; 8  $\frac{0}{100}$ ; 85  $\frac{0}{100}$ ; 120  $\frac{0}{100}$ .

O número de evacuações, que chegou a ser de mais de uma dúzia, estava reduzido em uma vintena de dias a uma evacuação diária, de fezes moldadas, embora bastante volumosas e gordurentas, o que naturalmente contribuiu para uma melhoria dos sintomas humorais, que não são tão acusados, como seriam no fastígio do morbo.

Nesta altura a boca e a língua do doente apresentam já um aspecto normal, permitindo-lhe a mastigação e deglutição, sem as dores e ardências, que tanto o faziam sofrer. Também desaparecera a sensação de queimadura no ânus, causada pela passagem das fezes muito ácidas.

Foi ainda determinado o metabolismo basal que está bastante diminuído (-13  $\frac{0}{100}$ ) ao contrário do que acontece na esteatorreia ideopática e fez-se o electrocardiograma que é normal.

Ao fim de mês e meio de tratamento pelo ácido fólico (*folvite*, e *macroctan* «Azevedos») nas doses indicadas, as melhoras colhidas são de tal ordem que quase poderíamos falar em cura clínica, se não soubessemos que esta doença, por definição, é sujeita a recaídas.

O doente, que recuperou quinze quilos do seu perdido peso, é possível que, continuando com a terapêutica, atinja os 80 quilos de dantes. Enriqueceu a panícula adiposa de que a doença o despojara literalmente; a cor amarela-palha deu lugar à sua bela cor

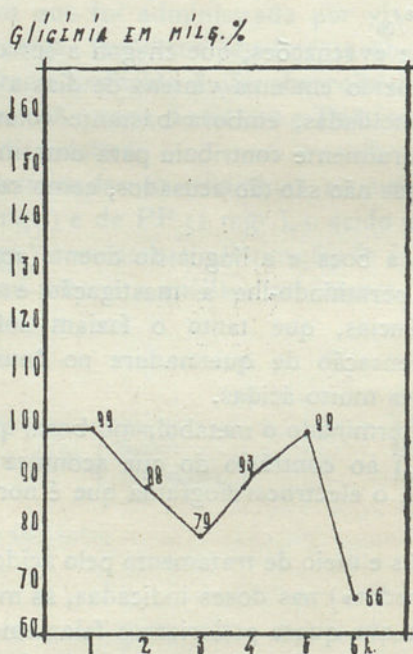


morena-avermelhada, de que tanto se ufanava; o apetite voltou com a possibilidade de mastigar e engolir, pois as aftas desapareceram por completo e o ardor da língua; as fezes já não apresentam o clássico aspecto da esteatorreia.

Finalmente se compararmos a fórmula hemoleucocitária inicial com a de hoje, mal acreditamos no salto dado:

Hb . . . . .	70 0/0	Poli. neutro. . . . .	60 0/0
G. V. . . . .	3.270.000	eosin. . . . .	3
G. B. . . . .	4.600	Mono. . . . .	6
Reticulo. . . . .	27 0/00	Linfo. . . . .	31
	Anisocitose		

E isto em pouco mais de um mês.



5. — Senhora, que ultrapassava a quarentena, tinha um prurido vulvar insofrível, que resistira a todos os tratamentos que lhe foram aconselhados, locais e gerais, tais como a hormonote-



rapia feminina e mesmo masculina (testoesterona). As análises de urinas não revelavam a presença de açúcar e por isso à atormentada doente não fora prescrita uma dieta nem uma terapêutica apropriadas, digamos específicas. Mas... pedi a dosagem da glicose no sangue em jejum e apurou-se que era... de 2,60 gramas por litro; só isto. Tratava-se de uma *diabetes aglicosúrica* — a chamada diabetes hiperglicémica pura de CHABANNIER — O tratamento impunha-se: uma dieta pobre em hidratos de carbono, a insulina em injeções intramusculares e era uma vez um prurido contra o qual tinham falhado todas as terapêuticas.

Em face do prurido da vulva, do pénis, do ânus... do prurido generalizado pesquisar a glicose na urina de 24 horas e se não for encontrada, procurá-la sistematicamente no sangue e se tanto for preciso fazer a prova de EXTON e ROZE ou uma STAUB-TRAUGOTT, eis o caminho a seguir.

(Continua).



INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO E REFERENCIAL EPIDEMIOLÓGICO DE CARVALHOS







## NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

### Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra

Sob a presidência do Reitor da Universidade, sr. Prof. Maximino Correia, ladeado pelos srs. Professores Novais e Sousa e João Porto, realizou-se no dia 1 de Junho, a sessão inaugural do X Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra.

Depois da alocação proferida pelo sr. Reitor da Universidade, na qual evidenciou a importância deste Curso, tanto para a sua Faculdade como para a Universidade, o sr. Prof. Rocha Brito, pronunciou a conferência inaugural, um notável trabalho, sobre «O sangue em clínica».

O Curso largamente concorrido, prosseguiu durante 9 dias, com o seguinte programa:

**Dia 2** — Às 10 horas — Prof. Correia de Oliveira: «Demonstrações clínicas» (no Serviço de Neurologia).

Às 11 horas — Prof. Nunes da Costa: «Aspecto cirúrgico da úlcera do estômago».

Às 21 horas — Prof. Vaz Serra: «Insuficiência hepática».

**Dia 3** — Às 10 horas — Prof. Oliveira e Silva: «Córtex suprarrenal. Alguns aspectos e problemas de fisiologia e fisiopatologia».

Às 11 horas — Prof. Meliço Silvestre: «Os novos progressos na terapêutica anti-infecciosa».

Às 21,30 horas — Prof. Luís Raposo: «Pneumoperitoneu espontâneo».

**Dia 4** — Às 10 horas — Prof. Egídio Aires: «Alguns casos clínicos» (no Serviço de Propedéutica Médica).

Às 11 horas — Prof. Bruno da Costa: «Possibilidades terapêuticas do pneumoperitoneu artificial, nomeadamente na tuberculose pulmonar».

Às 21,30 horas — Prof. Correia de Oliveira: «Alguns aspectos neuro-psiquiátricos das lesões traumáticas do cérebro».

**Dia 5** — Às 10 horas — Prof. Lúcio de Almeida: «Alguns casos clínicos».

Às 11 horas — Prof. Mário Trincão: «Novos aspectos do tratamento da sífilis».

Às 21,30 horas — Prof. M. Mosinger: «Tumor-receptividade; carcino-resistência e carcino-inibição química».

**Dia 7** — Às 10 horas — Prof. Rocha Brito: «Demonstrações clínicas» (nas enfermarias de Clínica Médica).

Às 21,30 horas — Prof. Novais e Sousa: «Distócia por anomalias da construção uterina, e seu tratamento».



**Dia 8** — Às 11 horas — Prof. Moraes Zamith: «Aquisições recentes da Urologia».

**Dia 9** — Às 10 horas — Prof. Vaz Serra: «Demonstrações clínicas» (no Serviço de Patologia Médica).

Às 11 horas — Dr. Cunha Vaz: «Casos clínicos de oftalmologia».

Às 21,30 horas — Prof. Almeida Ribeiro: «O ensino e os ensinantes da Medicina Legal na Universidade de Coimbra».

Por motivo de doença, o sr. Prof. João Porto não proferiu a sua lição sobre «Etiopatogenia e tratamento da asma».

Na sessão de encerramento, que se realizou com a lição do sr. Prof. Almeida Ribeiro, o sr. Prof. Novais e Sousa em nome da Faculdade de Medicina congratulou-se pelo bom êxito do curso, que constituiu uma forte e magnífica manifestação da actividade científica da Faculdade.

Agradeceu ao sr. Reitor da Universidade a honra concedida vindo abrir o curso e animando-o com a sua assistência a muitas das sessões. Agradeceu aos seus ilustres colegas a brilhante e eficiente colaboração e aos numerosos médicos que tão assiduamente frequentaram o curso; agradeceu também os aplausos com que manifestaram o seu agrado e satisfação e apoiaram o esforço realizado.

E, finalmente, agradeceu publicamente à imprensa a atenção votada à realização e sequência dos trabalhos, e terminou dizendo: «Até ao ano. Podeis contar com a nossa boa vontade, como contamos com o vosso crescente interesse».

O curso foi frequentado por 126 alunos.

### **Prof. Elísio de Moura**

O Senado Universitário e depois os professores da Faculdade de Medicina, após a última congregação do ano lectivo, foram à residência do eminente professor sr. dr. Elísio de Moura apresentar-lhe cumprimentos e manifestar-lhe o desgosto que os acompanha de o verem abandonar a Universidade, de que foi um dos mais notáveis ornamentos, e a que era obrigado por ter atingido o limite de idade estabelecido por lei.

### **Reuniões científicas**

Na última sessão realizada na Sociedade de Ciências Médicas, foram apresentados os seguintes trabalhos:

«Sobre o tratamento dos apertos rectais no Nicolas Fabres», pelo sr. dr. Mendes Ferreira; «Casos de doença de Lobstein numa família portuguesa», pelos srs. drs. Fernando Nogueira e Sarrajota Ramos, e «Perfuração dum aneurisma da aorta na veia cava superior», pelos srs. drs. Fernando Nogueira e António Seabra.

Sob a presidência do sr. Prof. Celestino da Costa, reuniu-se a Sociedade das Ciências Médicas que distribuiu o prémio «Sousa Martins», aos drs. Gustavo Igrejas e Pedro Polónia; prémio «Manuel Bento Sousa», ao dr. Jaime Celestino da Costa, e o prémio «Ricardo Jorge», ao dr. Ricardo Soeiro.

Felicitaram os premiados o dr. Celestino da Costa e dr. Cortez Pinto, ofertante dos prémios.



O sr. dr. Bettencourt Igrejas occupou-se da sua comunicação intitulada «Micro-reacção de Wassermann». Depois foram reeleitos os corpos gerentes.

### Várias notas

Integrado numa série de conferências sobre assuntos de terapêutica, o sr. dr. Zaldo da Fonseca fez uma palestra no Hospital dos Arroios, acerca da «Estreptomicina».

— Com a presença dos srs. Ministro do Interior e Subsecretário de Estado da Assistência, foram inaugurados importantes melhoramentos no Hospital. dr. Miguel Bombarda.

— O sr. director geral da Assistência deu posse à comissão administrativa do Centro Psiquiátrico de Coimbra, constituída pelos srs. Prof. Bissaia Barreto drs. Granada Afonso e Valentim de Almeida e Sousa.

— Em missão oficial do Ministério do Interior, partiu para Espanha, o sr. dr. Manuel dos Santos Silva, 1.º assistente da Faculdade de Medicina.

### Falecimento

Faleceu em Coimbra, o sr. Joaquim de Sousa Girão, tio do clínico desta cidade, sr. dr. Manuel de Sousa Girão.

À família enlutada apresenta «Coimbra Médica» sentidos pésames.









**LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO**

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

**Últimas Novidades:**

ALBORES — <i>Penicilina en Pediatría.</i> 1 vol., 188 págs., 1946 (A. T.) . . . . .	80\$00
ALTET — <i>Guía Formulario de Clínica Oftalmológica.</i> 1 vol., 191 pág., 13 figs., 1946 (E. S) . . . . .	75\$00
ASTRALDI, MONSERRAT y ROCCATAGLIATA — <i>Nomenclatura y Classificación Urológica Consideraciones sobre la clasificación.</i> 1 vol., 72 pág., 1945 (T. A.) . . . . .	48\$00
AUDIER — <i>La Pratique des Médications Cardio-Vasculaires.</i> 1 vol., 253 págs., 1944 (D.) . . . . .	42\$00
BAGUENA — <i>Lecciones de Geriatria. Enfermedades de la Vejez. Enseñanzas del Doctorado.</i> Volume I. 1 vol., 133 págs., 1947 (E. S.) . . . . .	80\$00
BARLARO — <i>Las Ictericias. Estudio moderno.</i> 1 vol., 251 págs., 20 figs., 1946 (A. T.) . . . . .	105\$00
BARIÉTY et BROUET — <i>Phtisiologie du Médecin Praticien.</i> 1 vol., 419 pág., 199 figs., 1944 (M.) . . . . .	56\$00
BARRAQUER — <i>Las parálisis 2.ª edición. La sintomatología, diagnóstico y tratamiento de las parálisis cerebrales, medulares, radicales de los nervios craneales, de los nervios espinales, musculares e histéricas, y un capítulo dedicado al electrodiagnóstico.</i> 1 vol., 205 págs., 85 figs., 1947 (S.) . . . . .	140\$00
BASOMBRIÓ — <i>La Lepra. Diagnóstico. Formas clínicas. Tratamiento.</i> 1 vol., 105 págs., 17 figs., 1943 (A. T.) . . . . .	48\$00
BÉCART — <i>Hématologie Clinique.</i> 1 vol., 254 págs., 68 figs., 1 planche en couleur (L. M.) . . . . .	87\$50
BENDA — <i>Le Granulo-Diagnostic de la Tuberculose.</i> 1 vol., 96 págs., 5 figs., 1945 (D.) . . . . .	34\$50
BERTRAND — <i>Les Leucoblastoses Aleucémiques. Étude Nosologique.</i> 1946, 1 vol., 260 págs., 8 figs., (L. M.) . . . . .	105\$00
BLADERGROEN — <i>La Físicoquímica en la Medicina y en la Biología.</i> 1 vol., 470 págs., 132 figs., 1946 (E. G.) . . . . .	210\$00
BLASKOVICS y KREIKER — <i>Cirugía de los Ojos. La experiencia del eximio autor húngaro, considerado como una de las primeras figuras de la Cirugía ocular europea.</i> 1 vol., 510 págs., 648 figs., 1947, Encad. (S.) . . . . .	750\$00
BOIGEY — <i>La Cure d'Exercice aux différents âges de la vie et pour les deux sexes.</i> 1 vol., 300 págs., 304 figs., 1946 (M.) . . . . .	140\$00
BOULE — <i>Les Hommes Fossiles. Eléments de Paléontologie Humaine.</i> Troisième édition. 1 vol., 587 págs., 294 figs., 1946 (M.) . . . . .	420\$00
BOURDE — <i>Précis de Séméiologie Chirurgicale Élémentaire.</i> 1 vol., 521 págs., 172 figs., 1946 (D.) . . . . .	185\$00
BRAILLON — <i>La Désinsertion Extra-Pleurale des Syphyses Pulmonaires sous Contrôle de la Pleuroscopie.</i> 1 vol., 120 págs., 1947 (L. M.) . . . . .	63\$00
BURNAND — <i>Problème des Tuberculoses Atypiques. Étude Clinique. Étude Anatomique. Étude Bactériologique.</i> 1 vol., 335 págs., 20 figs., 1946 (M.) . . . . .	266\$00
CANTONNET — <i>Ophtalmologie du Praticien.</i> 9ª edición. 1946, 1 vol., 172 págs., 85 figs. (L. M.) . . . . .	35\$00
CERVINI y WAISSMANN — <i>Dispepsia y Toxicosis. Revisión crítica de su patogenia y tratamiento.</i> 1 vol., 199 págs., 1946 (A. T.) . . . . .	97\$50
CIBERT — <i>Tuberculose Rénale sous l'angle de la Thérapeutique.</i> 1 vol., 533 págs., 148 figs., 1946 (M.) . . . . .	402\$50



# Últimas Novidades Médicas, à venda na

## LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

### Últimas Novidades:

COATZ — <i>Gigantismo Fetal</i> . 1 vol., 112 págs., 1945 (A. T.)	40\$00
CORNUDELLA — <i>Terapêutica de la Tuberculosis Pulmonar</i> . 1 vol., 220 págs., 72 figs., 1947 (S.)	135\$00
CORTESI — <i>Notes Médicales du Pharmacien</i> . 1 vol., 351 págs. 2 <sup>e</sup> édition. 1946 (L. M.)	87\$50
CURUTCHET — <i>Tratamiento actual de las Heridas. Cirugia. Sulfamidas. Penicilina</i> . 1 vol., 214 págs., 7 figs., 1945 (A. T.)	72\$00
CUTTING — <i>Manual de Terapêutica Clínica. Guia para Estudiantes y Médicos Prácticos</i> . 1 vol., 581 págs., 1946. Encad. (E. C.)	276\$00
DEJEAN — <i>Tuberculosos Inaparentes</i> . 1946, 1 vol., 191 págs., 14 figs. (L. M.)	87\$50
DIHINX — <i>Cifosis Dorsal del Adolescente. Insuficiencia Vertebral</i> . 1 vol., 166 págs., 74 figs., 1947 (S.)	105\$00
ESPIN — <i>Contribution à la connaissance de l'Avitaminose C chez l'Homme</i> . 1946, 1 vol., 46 págs., 22 figs. (L. M.)	16\$00
DOMÉNECH-ALSINA — <i>Diagnóstico y Terapêutica Quirúrgicos de Urgencia</i> . 1 vol., 912 págs., 330 figs., 1947 Encad. (S.)	645\$00
DUMAREST — <i>Pratique du Pneumothorax Thérapeutique</i> . 1 vol., 416 págs., 19 figs., 1945 (M.)	131\$50
FIORE — <i>Diagnostico Histologico. Reconocimiento de los Organos por su Estructura Microscopica</i> . Tomo I. 1945. 1 vol., 394 págs., 55 figs., 45 laminas (A. T.)	176\$00
FORGUE — <i>Précis d'Anesthésie Chirurgicale</i> . 2 <sup>e</sup> édition. 1 vol., 400 págs., 113 figs. Encad. (D.)	91\$70
GARCIA-BLANCO — <i>Lecciones de Fisiologia Especial</i> . Tomo I. 1 vol., 316 págs., 179 figs., 1945. (E. S.)	270\$00
GATTEFOSS — <i>Cosmêtologie. Dermatologie Esthétique</i> . 1 vol., 114 págs., 1947 (L. M.)	60\$00
GILBERT-DREYFUS — <i>Manuel Pratique du Diabète. Une mise au point pratique, précise, moderne</i> . 1 vol., 162 págs. (F.)	30\$00
GÓMEZ-DURAN — <i>Las Secuelas Postraumáticas. Les Síndromes Deficitarios Fisiopáticos de los Traumatismos</i> . 1 vol., 525 págs., 69 figs., 1947. Encad. (S.)	290\$00
GOROSTIAGA — <i>Diagnostico y Tratamiento de las Distocias por Monstruosidad Fetal</i> . 1 vol., 80 págs., 13 figs., 1946 (A. T.)	32\$00
GOYANES (PROF.) — <i>Anales del Servicio de Neurologia</i> . Año I. 1947. 1 vol., 204 págs., ilustrado	225\$00
GUTHRIE — <i>Historia de la Medicina. Una amplia información acerca de las teorías y practica médicas a traves de las edades, de lectura deliciosa y llena de interés</i> . 1 vol., 558 págs., 72 laminas. 1947 Encad. (S.)	260\$00
HOUSSAY, ORIAS, MENENDEZ y FOGLIA — <i>Fisiologia Humana</i> . 1 vol., 1144 págs., 497 figs., 1945 (A. T.)	440\$00
HUBER et DURAND — <i>Maladies des Enfants</i> . Deuxième édition. 1 vol., 426 págs., 43 figs., 1946 (L. M.)	92\$80
JUAN LEON — <i>Semiologia Obstetrica. Treinta e seis clases practicas. Diagnosticos y Diagnosticos Diferenciales</i> . 1 vol., 795 págs. com 501 ilustraciones, 45 en colores, de las cuales 7 láminas em citocromia. 1946 (A. T.)	310\$00