

COIMBRA MÉDICA

ANO III

OUTUBRO DE 1936

N.º 8

SUMÁRIO

	Pag.
BREVES CONSIDERAÇÕES CRÍTICAS SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DAS NEFROPATIAS — dr. João Porto	531
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A TUBER- CULOSE LARÍNGEA — dr. Manuel de Brito Subtil	557
POEIRA DOS ARQUIVOS — ALGUMAS DISPOSIÇÕES MA- NUELINAS SOBRE O HOSPITAL DE COIMBRA — dr. A. da Rocha Brito	568
NOTAS CLÍNICAS — ACERCA DO TRATAMENTO DA OS- TEOMIELITE AGUDA DOS ADOLESCENTES — dr. Nunes da Costa.	579
LIVROS & REVISTAS	587
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES	LVII

MOURA MARQUES & FILHO
COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Angelo da
Fonseca — Prof. Elisio de Moura — Prof. Alvaro de Matos
— Prof. Almeida Ribeiro — Prof. J. Duarte de Oliveira —
Prof. Rocha Brito — Prof. Moraes Sarmiento — Prof. Feliciano
Guimarães — Prof. Marques dos Santos — Prof. Novais e Sousa
— Prof. Geraldino Brites — Prof. Egidio Aires — Prof. Maximino
Correia — Prof. João Pôrto — Prof. Afonso Pinto

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

Alberto Pessôa

António Meliço Silvestre

Augusto Vaz Serra

José Bacalhau

José Correia de Oliveira

Lúcio de Almeida

Luiz Raposo

Manuel Bruno da Costa

Mário Trincão

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente e Ilhas — ano	50\$00
Colónias	65\$00
Estrangeiro	75\$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 — Dr. J. PORTO

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

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

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 Blenorrágia, Metrite, Salpingite, etc.

Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^o)

Depositários
exclusivos

TEIXEIRA LOPES & C.^a, L.^{da}

45, R. Santa Justa, 2.^a
LISBOA

Livraria Moura Marques & Filho

19 - Largo Miguel Bombarda - 25

COIMBRA

Grande sortido em material cirúrgico, tais como:
Pinças, Bisturis, Tesouras, Sondas uterinas, Termocautérios, Forceps, Fonendoscópios, Bazzi-Bianchi, Stetoscópios, Ecoscópios, Termómetros, Estojos para Anatomia.
Grande sortido em estojos para seringas e ampolas.

ZIG-ZAG

O MELHOR PAPEL DE FUMAR
Sempre imitado, nunca igualado

É a opinião das sumidades médicas que passamos a transcrever e, segundo elas, ninguém que prese a sua saúde deve usar outro papel, pois todas as imitações são muito parafinadas e, portanto, extremamente prejudiciais. Vejamos:

«... Não ha fabrico de papel para cigarros mais perfeito do que o do papel ZIG-ZAG... Não ha nenhum país, europeu ou americano, em que o papel ZIG-ZAG não seja preferido por fumadores de todas as classes sociais.»

(a) DR. GEORGES DARZENS
Adjunto da Universidade de Paris

«... O papel ZIG-ZAG não contém nenhuma matéria tóxica, nem pasta de madeira, nem cloro. O papel ZIG-ZAG é um papel para cigarros de qualidade superior, em que não se encontram nenhuns vestígios de substâncias nocivas à saúde...»

(a) DR. RAMÓN CAJAL
Director do Instituto Terapeutico de Madrid

Poderíamos juntar mais transcrições, mas estas parecem-nos suficientes.

UNICOS IMPORTADORES EM PORTUGAL

A CASA HAVANEZA - LISBOA

24 - Largo do Chiado - 25

MOURA MARQUES & FILHO

19, Largo Miguel Bombarda, 25

COIMBRA

Grande sortido de seringas em vidro e cristal de IENA desde 2 c.c. até 100 c.c., aos melhores preços do mercado.

Agulhas Contracid, podendo ser aquecidas ao rubro vermelho, substituindo assim as agulhas de platina com enorme economia de preço. Temos em armazem todos os tamanhos desde 2 até 10 centímetros de comprimento.

BREVES CONSIDERAÇÕES CRÍTICAS SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DAS NEFROPATIAS

POR

JOÃO PORTO

Até 1817, data dos trabalhos de Bright, era desconhecido o papel que os rins lesados desempenham em uma grande série de quadros clínicos cuja origem era atribuída a outras alterações orgânicas; e quando lesões renais eram descobertas, tomavam-se á conta de novos processos a juntar no concerto das alterações terminais dos doentes, sem se lhes ter podido atribuir especial sintomatologia.

O celebre médico do Guy's Hospital de Londres teve o grande mérito de averiguar o papel primitivo e determinante da doença renal, estabelecer as bases das grandes formas clínicas e anatomo-patológicas, de analisar os sintomas, as suas causas e as regras gerais da terapêutica.

A partir dêste momento novos progressos teem permitido ver mais claro quanto à clínica, evolução, patogenia, diagnóstico e terapêutica do mal de Bright; a determinação da tensão arterial, as perturbações circulatórias, os edemas nas suas relações com os sais, com o equilíbrio minero-mineral, com a pressão osmótica das proteínas, com a permeabilidade vascular etc.; o conhecimento mais perfeito dos sintomas de intoxicação uremica, suas modalidades clínicas e elementos patogénicos; a dosificação no sangue dos productos retidos: azote ureico, azote residual, gorduras, protides, cloro, creatinina etc.; a reserva alcalina; o estudo dos métodos de diagnóstico funcional: eliminação da ureia, dos cloretos, da água, do azote amoniacal; balances metabolicos, corantes, constante ureica, reacção xantoproteica, prova da filtração de Rehberg etc. etc., são o producto de uma grande série de investigações

devidas a numerosos autores e que nos permitem compreender com mais exatidão o assunto. Contudo cada vez se nos apresenta mais complexo porquanto é desconsolador observar que apesar de bastantes classificações de brightismo, visando ou tentando visar as exigencias da fisiopatologia e da clínica, todas elas são imperfeitas e insuficientes para bem orientar o diagnóstico e a terapêutica.

Apezar de inumeras tentativas ainda hoje não é possível a sistematização das nefrites, a sobreposição dum síndrome clínico a cada tipo anatómico.

Cada uma das aquisições neste capítulo representa apenas uma solução parcial, semelhante nesse particular a todos os outros problemas em biologia que deixam sempre alguma incognita todas as vezes que um progresso se realise.

A manutenção da vida, no estado higido, depende duma perfeita harmonia organo humoral pois tão grande é a importância da estrutura e da actividade funcional dos tecidos, como importante é a estabilidade, dentro de certos limites, é claro, do meio humoral que os banha.

A sintomatologia apresentada por um ou outro órgão considera-a a patologia moderna devido tanto a alterações de estrutura dos mesmos órgãos como a perturbações do equilíbrio humoral—se é que a estas se não atribui, por vezes, a principal responsabilidade. Se é exagerado o conceito de Mendelsohn a respeito do coração quando diz ser ele um órgão secundário e o metabolismo e a circulação constituírem uma unidade inseparável, já não é exagero dizer-se que a uremia ou o edema brightico têm, parcialmente, origem extrarenal e outras vezes são absolutamente alheios á função renal.

Por virtude da acção dos agentes morbidos os mais variados rompe-se o equilíbrio vital, e certas perturbações subjectivas e objectivas, — a doença — se manifestam; e, se é certo que em alguns casos, sintomas há que podemos fazer depender de alterações anatómicas evidentes, outros há, porém, perante os quais, por melhor apetrechados com elementos de ordem clínica e laboratorial, nos sentimos impotentes para julgar em que medida, em que logar e em que extensão se apresentam as lesões anatómicas.

Nós não conhecemos ainda nem a estrutura nem a função do

rim. Entre as teorias da função renal: secretoria e da filtração-reabsorção, embora todas elas apoiadas em dados experimentais ou colhidos da observação, chocam-se os conceitos de Heidenhain, Volhard, Lamy, Mayer e Rathery, Ludwig, Cushny e Rehberg, etc., e todavia nenhum deles explica, de modo cabal, o funcionamento do rim no que respeita ao seu papel de emunctório.

Se se não conhece a estrutura e a fisiologia como conhecer a clínica e a terapêutica? Como fazer a sistematização racional e científica dos diferentes estados morbidos e o agrupamento perfeito das doenças no respectivo quadro nosográfico, de modo a satisfazer a clínica e a terapêutica, num departamento da medicina onde a etiologia tantas vezes se desconhece; onde os sintomas variam no ciclo evolutivo da doença, no tempo, na forma e na intensidade, ao sabôr do desequilíbrio humoral, do metabolismo tecidular, da acção do sistema nervoso e de tantos outros factores ainda desconhecidos?

* * *

Justamente devido a dificuldades em caracterisar uma nefrite pela anatomia patológica, a escola francêsa abandonou esta e centralizou a sua atenção nos processos fisiopatológicos capazes de fazerem aparecer os diversos sindromas do mal de Bright. Datam do comêço do século, com Achard e Castaigue, as investigações sobre a permeabilidade do rim pelo azul de metilena, sobre a albuminuria provocada e as de Albarran sobre a concentração urinaria.

A escola physio-patológica francêsa com os trabalhos de Widal, Lemierre e Javal individualisa, primeiro, os dois grandes syndromas: o de retenção cloretada e o de retenção azotada, correspondentes a duas alterações da função renal. Segundo esta concepção, o syndroma cloretemico resulta da incapacidade do rim em excreto Cl Na ; este sal, retido no organismo, passa para os tecidos e provoca accumulacão de agua: a hidropisia dos brighticos é a consequência da retenção do Cl Na . O syndroma azotemico tem para origem a insuficiencia da secreção da ureia pelo rim: resulta daí uma elevação progressiva da taxa de ureia sanguinea, sintoma capital e de fácil valorisacão, necessário para o diagnóstico e para o prognóstico. Para acrescentar o quadro funcional, Widal des-

crevia ainda o síndrome hipertensivo e o síndrome albuminúrico, um e outro podendo encontrar-se isoladamente ou combinar-se com a retenção cloretada ou azotada, constituindo as nefrites mixtas.

No ponto de vista prático a classificação de Widal comportava além da possibilidade dum prognóstico baseado na dosagem da ureia no sangue, ainda racionais conseqüências terapêuticas e foi essa, sem dúvida, a razão da sua enorme difusão em vários países pois, nas suas linhas fundamentais, o edema deveria ser combatido pelo regime descloretado, a azotemia por um regime pobre em proteínas, a hipertensão, por certa restrição de líquidos.

Pondo em relêvo um dos quatro aspectos fundamentais sob os quais o mal de Bright se apresentava assim aos olhos dos clínicos que tem, como é natural e como acontece a quasi toda a gente, tanto maior tendência em aceitar as coisas quanto mais simples se lhes afiguram, o interesse clínico de tal construção foi grande e a sua repercussão, profunda e merecida.

Todavia, com o rodar dos tempos tem-se vindo demonstrando que tais concepções são erradas por demasiado simplistas.

A classificação de Widal tem sido negado todo o mérito científico por não ser propriamente uma classificação de nefrites mas sim de síndromas funcionais. Mas isso não const. tui por si sólida razão.

Se no último dos seus trabalhos sobre Patologia dos rins, que com a colaboração de Lemierre, Abrami e Pasteur Vallery-Radot, publicou em 1929, na 2ª parte se estuda a classificação das nefrites e mostra que no seu espírito nefrites e síndromas brighticos correspondem a dois conceitos diferentes porquanto tendo em vista a sua duração e evolução, aí distingue *nefrites agudas*, *sub-agudas* e *crónicas*, nem por isso cada um destes grupos deixa de ser estudado comportando tantos tipos quantos são os síndromas funcionais ou as associações de síndromas funcionais. Continua a ser uma classificação que não isola senão síndromas e que por isso se poderia rotular de classificação evolutivo-funcional.

Mas não é essa a razão do abandono a que pouco a pouco tem sido votada, repetimos.

Outra coisa lhe diminui o mérito: é que tem sido tão avultado o número de factos novos e tão profunda a reforma dos conceitos quanto à patogenia dos elementos componentes do brightismo,

mercê dos progressos da fisiologia e sobretudo da moderna bio-química, que a terapêutica não pode já ser pautada pelos syndromas widalianos, e no que respeita ao prognóstico, sabe-se hoje que doentes com identica taxa de azote ureico, podem seguir evoluções inteiramente dissemelhantes.

Se a classificação de Widal tenta isolar syndromas não os isola todos. Para lembrar apenas um que sofre omissão citaremos a função amoniúrica, tão importante no equilibrio ácido-básico, mas que então se desconhecia.

Para a produção dos edemas não basta a retenção do cloreto de sodio.

Outros factores contribuem: disequilibrio minero-mineral, tensão osmótica das proteínas, permeabilidade das membranas e sem sabermos se outros factores existem ainda e em que ordem actuam. Uma coisa parece, porem, demonstrada: é que a causa primária nem sempre é renal ou, pelo menos, não é exclusivamente renal; e, se no tratamento dos edemas ha sempre ou quasi sempre necessidade de suprimir ou diminuir o Cl Na na alimentação, tal como o conceituava Widal, o facto é exacto mas não é exacta a inter, retação.

Antes do ensino de Widal, a etiqueta de *uremia* cobria toda a insuficiência renal. Mas depois, adquirido o método do doseamento da ureia sanguinea, o seu aumento nas nefrites resolvia toda a questão. Ora, em breve se reconheceu que as coisas não eram tão simples e fôra forçoso restituir à *uremia* a sua primitiva, se não maior extensão; a ureia é pouco tóxica e muitos outros corpos, de menor dosagem e mais perigosos, são retidos no sangue; o excesso de ureia passou a ser depois apenas o testemunho de uma intoxicação muito complexa de que o rim não é, aliaz, o único órgão responsável.

Sob o ponto de vista químico o método ordinário pelo hipobromito decompõe não só a ureia mas ainda o amoniaco, os ácidos aminados, uma parte do ácido úrico. Pela cifra assim obtida exprime-se em ureia a quasi totalidade dos produtos azotados não proteicos. Mas além disso há a polipeptidemia bem estudada por Puech, o estado de acidose, ~~que se exprime pela~~ baixa da reserva alcalina, a retenção cloretada seca, a hipercoles-terinemia, a creatinemia, a retenção ou eliminação de certos cris-

taloides etc. que não podem ser omitidos quando se pretenda explicar aquela.

Nos síndromas associados, tantas vezes a azotemia, a hipertensão, a colesterinemia e a creatinemia se misturam; e, quando os dois primeiros cedem ao regime, os dois últimos nem sempre os acompanham na sua marcha.

Apesar das melhoras aparentes lá vem um dia em que surge a retinite ou uma crise hipertensiva que tornam falazes as esperanças procedentes de uma baixa de azote ureico. Objectar-se-há que a hipercolesterinemia não depende do rim mas sim do fígado; todavia se há sintomas ou síndromas que formam um bloco, como é possível dissociar a parte que corresponde a cada órgão que lhe dá origem? A participação que no brightismo tomam outros órgãos que não apenas o rim, como sejam: fígado, coração e vasos, glandulas de secreção interna, etc., além do desequilíbrio humoral, tudo contribui para dificultar tantas vezes ver claro em patologia renal e de aí se fazer terapêutica igualmente clara.

Mas há mais: — A própria azotemia pode aparecer em condições estranhas ao rim: no fígado doente, na oliguria por assintolia ou por qualquer outra causa, embora normal a concentração ureica máxima do rim, na hipocloremia, na alimentação excessivamente azotada, etc.

Por outro lado, a azotemia por participação renal, corresponde a alterações tão diversas e distintas na sua essência que lhe suprimem por vezes toda a aptidão para o prognóstico e para a terapêutica. Assim, a forma crónica azotémica corresponde ao tipo evolutivo e funcional da retenção dos prostáticos, de certas manifestações patológicas do colo vesical, do rim polikístico etc.; ela é ainda a exteriorisação destes tipos de alteração renal que se designam na classificação alemã por *glomerulo-nefrites difusas e nefroscleroses malignas*; e, se a terapêutica aqui pouco difere, já o mesmo não acontece a respeito das primeiras entidades clínicas, mais do fôro cirúrgico, de evolução mais favorável, em que a doença renal é determinada por infecção ascendente, canalicular ou linfática, e por ventura só excepcionalmente por via hematogênea.

Dir-se-ha que Widal se quiz ocupar apenas das nefrites difusas, bilaterais, hematogêneas, e não das afecções renais do fôro cirúrgico, da natureza das que Lichtwitz considera no grupo F

da classificação sistemática que propõe: nefropatia tubular ascendente de retenção (urinária), pielonefrite simples, pielonefrite purulenta e nefrosclerose retrátil pielonefritica.

Todavia em certos casos a evolução faz-se de modo silencioso, sem disuria ou polakiuria, acabando por apresentar o quadro completo ou quasi completo da nefrite azotemica, como disso dá exemplo a seguinte observação.

Obs. I — M. do C. Lopes. de 28 anos. Entrou em 24 de Abril 1936. (Ficha n.º 486 do Arq. de Terap. Méd. Clínica).

Teve um parto ha 3 meses e nos ultimos tempos da gravidez, fadiga fácil, edemas nos membros inferiores, sinais que continuaram depois do parto.

Urina bem, sem dores, 3 ou 4 vezes por dia, com volume de 1,5 l por dia. Apenas algumas semanas depois do parto começa a sentir um pequeno tumor na região abdominal, supra pubico e, desde ha cerca de um mês, sente diminuida a acuidade visual.

O volume do ventre e a amaurose determinam-na a procurar o hospital. Bom estado geral, apiretica, o rosto ligeiramente pigmentado.

Observação cardíaca denota aumento pronunciado de volume do coração sobretudo por hipertrofia do ventriculo esquerdo. Diâmetro obliquo 16 cm. e transversal do ventr. esqu. 11 cm. Auscultação normal a não considerar um pequeno reforço do tom aortico.

Em 24-IV. Tensões Mx = 16 Md = 10,5 Mn = 9.

Análise da urina mostra vestígios de albumina; hematuria, e alguns globulos de pus.

Urina no sangue 1,8781 %

Prova de Volhard 1,003-1,030.

Discretos edemas maleolares.

Acuidade visual diminuida mas boa acomodação a distância.

Exame do fundo do olho revela focos brancos de retinite na região macular, dispersos, em ambos os olhos (Dr. Cunha Vaz).

A exploração abdominal mostra volumosa massa de consistencia dura, indolor, arredondada, estendendo-se do pubis até uma linha que passa pelo umbigo.

O cateterismo vesical dá para resultado a expulsão de 2,700 l de urina turva e de cheiro muito desagradável, a que se segue o desaparecimento do volume abdominal e apenas pequeno empastamento da região supra pubica, mas sempre indolor.

Ficou a partir de então, e até ha poucas semanas, com sonda permanente e lavagens vesicais

A observação urológica revelou doença do colo vesical e lesões de cistite difusa; contorno do colo completamente deformada pela presença de formações poliposas (?) exuberantes (Dr. L. Zamith). A seguir foi transferida para as clínicas de Urologia do prof. Angelo da Fonseca.

Em análises seguintes encontrou-se :

Em 23-V Albuminúria 1,80 gr $^{0}_{10}$, hemoglobina, ureia 4,76 $^{0}_{10}$, cloretos 2,92 $^{0}_{10}$.

Em 30-V Ur = 0,53 gr.

Em 17-VI Ur = 0,83 gr.

Dois meses depois, já sem sonda e sem residuo, o estado geral melhorava, a visão aumentava, a tensão arterial e o volume do coração diminuíam embora em 20 de Agosto fôsse ainda Ur = 0,742 — Quere dizer : — Persitiam ainda sinais de nefrite.

Apesar de o quadro sintomatologico da doença do colo vesical da mulher, ser o do prostatismo, neste caso prostatismo... sem prostata, é interessante que aqui se não observava nem disuria, nem polakiuria, nem dôr final, nem urinas turvas ou hemáticas etc. Vencido o espasmo vesical pela tensão da urina correspondente a certo volume, então 2700^l, a diurese fazia-se em condições normais.

Interessante é ainda esta afecção pela sua raridade ; e, se tal se não explica pelo facto de ser o primeiro caso — afecção de cirurgia urológica — que passa pelos nossos serviços, medicina interna, já assim não acontece quando somos informados de ser o quinto que passa pelos serviços de urologia dos Hospitais da Universidade, de frequência extraordinariamente elevada. O primeiro fôra descrito em 1932 pelo ilustre director daqueles serviços, Prof. Angelo da Fonseca, — o primeiro, do nosso conhecimento, que consta na bibliografia europeia, — no muito completo relatório sobre *Patologia do colo vesical*, apresentado ao 3.º Congresso Hispano-português de Urologia, e outros dois, um ano depois, no relatório apresentado ao Cong. da Soc. Intern. de Urologia de Londres.

O Prof. Reynaldo dos Santos, a propósito de quatro casos mais que apresenta, descreve e aprecia, três de observação directa e um do seu assistente dr. Lamas, *Lisboa Médica*, 1936, pg. 257, diz que compulsando a literatura médica mundial, encontra aí a descrição de vinte oito casos apenas, trinta e dois contando com os seus. Se desde então não houver sido publicado mais nenhum, ficará sendo o nosso o número trigésimo terceiro.

Mas não é isso que interessa mormente, para a nossa tese, tão somente a circunstância de se tratar de um exemplo de a

azotemia dever ser considerada muito longe do critério diagnóstico e prognóstico que lhe vota a escola de Widal.

É um exemplo de nefropatia de retensão, de evolução fruste e que se confundiria com a nefrite difusa hematogênea se houvesse cilindruria.

E a célula renal ficou tão combalida que ainda dois meses depois da desinfecção e lavagem vesicais, continuava a sofrer se bem que lisongeira a significação prognóstica da azotemia.

Convenientemente drenada a urina vesical, nada custa a acreditar que a $Ur = 1.81$ gr. com que entrou no Hospital, daqui a meses venha a descer para cifra normal.

Em resumo: o ensino de Widal não fornece todos os sintomas e muito menos a explicação suficiente no que diz respeito ao mecanismo pelo qual aparecem os que descreve; na participação renal, não fornece as razões pelas quais o rim elimina mal o $Cl Na$ em tal caso e porque, em outro, a excreção azotada se mostra insuficiente; e, finalmente, falha quando se serve da azotemia para *test* de prognose.

Se por si renuncia a estabelecer uma relação entre as perturbações funcionais e as alterações anátomo-patológicas dos rins, também não oferece esteio seguro para o tratamento das nefropatias, como se propuzera.

* * *

Hoje tem maior difusão, particularmente na Alemanha e países anglo-saxões, a divisão de Volhard e Fahr, ou outras mais recentes, a maioria das quais pode dizer-se que utilizou o esqueleto da classificação alemã e apenas dela difere por pequenas questões de pormenor. A via seguida por êstes dois autores um, clínico, outro, anatomo-patologista, é essencialmente, por um lado, a observação clínica dos sintomas manifestados pelos doentes e, por outro, o estudo das lesões microscópicas feito depois da autopsia. Um estudo seriado e seguido de modo independente, levou os AA à valorisação de cada um dos sintomas que podem nas nefropatias considerar-se cardinais e são os seguintes:

- 1.º — Albumina.
- 2.º — Edema.
- 3.º — Hematuria.
- 4.º — Retensão nitrogenada no sangue.

5.º — Hipertensão arterial e sequências circulatórias.

1.º) — A albuminúria corresponde a todo o tipo de lesão renal, qualquer que seja a localização, encontrando-se, de resto, albuminúrias discretas ou mais pequenas nos casos em que dominam as lesões vasculares ou glomerulares e, pelo contrário, muito intensas quando dominam as lesões epiteliais ou tubulares.

2.º) — O edema coincide predominantemente com as lesões tubulares sem todavia deixarem de aparecer nas lesões puramente glomerulares; diferentes todavia os caracteres químicos: nas lesões tubulares mais ricas em lipoides e pobres em albumina que nas lesões vasculares.

3.º) — A hematuria apresentar-se-ia somente nos casos em que exista lesão vascular ou dos glomerulos faltando, pois, nas formas epiteliais; a hematúria ou eritrocituria serviria portanto de bom elemento de diagnóstico da lesão glomerular.

4) — A retenção nitrogenada corresponderia a lesões vasculares ou glomerulares difusas e ausente nas lesões epiteliais propriamente ditas.

5.º) — A hipertensão arterial seria devida directamente a lesões vasculares mas com a ressalva de que só as lesões vasculares ou glomerulares de certa intensidade. As lesões glomerulares parcelares não dariam hipertensão.

Em 1905 Friedrich Müller propôz uma distinção fundamental entre afecções degenerativas e afecções inflamatórias do rim. As primeiras, a que chama *nefroses*, caracterizadas anatomicamente pelo desenvolvimento das diversas formas de alteração celular, consideradas geralmente como necrobióticas e que para os epitélios são a tumefacção turva, a degenerescência gordurosa, lipoidica, glicogénica e vacuolar; para o tecido conjuntivo, as degenerescências hialina e mieloide.

As segundas, as inflamatórias, a que chama *nefrites* propriamente, tendo como carácter anatómico reacções vasculares e modificações intersticiais exudativas e formativas. Embora esta distinção tenha sido fortemente criticada por Herxheimer, Aschoff, Bohnenkampf e outros, todavia teve uma grande voga nos países de língua alemã e constituiu uma das bases da classificação de

Volhard e Fahr no seu tratado de 1914: *Die Brightsche Nierenkrankheit* e que, com pequenas modificações, figura ainda no trabalho do primeiro: *Die doppelseitigen hematogenen Nierenkrankungen in Handbuch der innere Medizin, 1931*, cujo esboço é o seguinte :

a) — *Nefroses.*

1.º) — Degenerescências epiteliais diversas: albuminosa, necrótica, gordurosa, lipoidica.

2.º) - Degenerescência conjuntiva: amiloide.

Albuminurias macissas. Edemas acentuados, ausência de azotemia e de hipertensão.

b) — *Nefrites.*

1.º) — Difusas.

2.º) — Em foco ou parcelares.

Albuminúria variável. Edemas moderados ou ausentes, azotemia habitual nas formas difusas, ausente nas formas focais. Evolução para a uremia e para a hipertensão.

c) — *Nefroescleroses.*

1.º) — Hipertensão benigna.

2.º) — Hipertensão maligna (esclerose mais nefrite).

Albuminúria muito fraca ou nula. Hipertensão é o caracter fundamental. Evolução para os acidentes cardio-vasculares ou para a uremia terminal.

Está longe da perfeição embora seja a que melhor traduza, talvez, o quadro anatomo-clínico das nefropatias.

No sentido de Volhard, a hipertensão é característica da nefrite difusa propriamente dita e todavia ha nefrite difusa sem hipertensão e hipertensão sem nefrite. Poucas questões ha ainda hoje tão discutidas como a das relações entre a nefrite e a hipertensão arterial. Em 1929, no Novo Tratado de Medicina de Widal, Lemierre e Pasteur Valery-Radot se diz: «Em alguns casos de hipertensão permanente nenhum sinal pode permitir reconhecer que o rim esteja lesado».

E em um artigo de 1933, diz Dumas: «Quanto mais se mul-

tiplicam as observações pessoais de hipertensão arterial surpreendida na fase precoce, mais se nota que a hipertensão é um fenómeno primitivo ligado provavelmente a perturbações humorais e as lesões de esclerose renal e de esclerose arterial lhe são secundárias.

Autores ha como Aubertin e Rigal, Lian e Barrieu, Renaud e Roland, C. Alvarez, Ellis e Weiss, Laubry e Walser que apresentam exemplos demonstrativos de hipertensão que evoluciona por largo tempo sem que seja possível encontrar a minima perturbação funcional renal e cujas autopsias revelam perfeita integridade renal.

Outros autores como Merklen, Minvielle e Hirschberg, Laubry, Oberling e Hickel, Pellissier, Dumas, Levet e Lyonnet, observaram nefrites graves com azotemia elevada sem nunca terem apresentado hipertensão.

Outros ainda, como Dumas, Bansi, Bouchut e Ravault, Guichard e Feuillade, Laroche etc, que observaram casos demonstrativos de que a nefrite cujos sinais se encontram frequentemente na hipertensão, não é geralmente senão uma complicação inconstante e tardia das perturbações circulatórias. É mesmo por vezes numa fase avançada da doença hipertensiva que se manifestam os sintomas de insuficiência renal, na fase de involução tensional, quando a pressão tende expontâneamente a baixar.

Ainda pelo que respeita á divisão que faz Volhard dos hipertensos em dois grupos: o dos pletóricos, sanguíneos, gastrónomos, obessos e sujeitos a morrerem de hemorragia cerebral ou outras perturbações cardio-circulatórias; e o dos hipertensos brancos, intoxicados, com sinais de insuficiência renal, nós próprios temos observado formas mixtas, intermediárias entre os dois tipos. Temos observado mesmo pletóricos que chegam á nefrite, á anemia, á caquexia, tal como acontece nos hipertensos brancos de Volhard.

O conceito de nefrose e de nefrites mesmo, choca-se com dificuldades.

Uma elevada percentagem de nefrites têm origem inflamatória, sem duvida, mas durante tempo evolucionam sob a mascara de nefrose e a seguir aparecem a ureia, a creatinina, que progressivamente aumentam.

Depois, as alterações degenerativas que constituem o *substratum*

anatômico das nefroses são ora lesões tubulares ora lesões glomerulares e entretanto podem manifestar-se por sintomatologia idêntica. Abundam as provas anatomo-patológicas. Por isso, se uma mesma sintomatologia pode corresponder a lesões anatómicas de localização tubular, glomerular ou vascular, não é ainda segundo a orientação dos nefrologistas alemães que se consegue alcançar o diagnóstico topográfico.

Mas se aquilo que imprime á sintomatologia destas afecções os seus caracteres essenciais não é a localização tubular, glomerular ou vascular mas antes o facto de a lesão ser degenerativa ou inflamatória, a fisiopatologia não fica completamente esclarecida porquanto o que se procura sobretudo é a concordância entre as lesões anatómicas e as perturbações funcionais.

Mais ainda: as nefroses podem ter um comportamento diferente conforme os casos. As albuminúrias das diferentes doenças infecciosas, correspondentes a lesões degenerativas dos tubos renais causadas por agentes bacteriânos, químicos, metabólicos etc., desaparecem depois da afecção e o epitélio repara-se. As nefroses são assim reversíveis.

Mas nas nefroses crônicas, até mesmo na mais genuína, a nefrose lipoide de Epstein, o caso é diferente.

Á medida que se tem vindo estudando os fenómenos clínicos das nefroses chega-se ao convencimento de que toda a nefrose é lipoide excepto talvez a amilose renal.

A princípio não havia outros elementos para o diagnóstico das nefroses senão os sintomas negativos: hipertensão e hematuria e os positivos: edemas, albuminúria, e corpos birrefringentes nas urinas. Averiguou-se depois que os lipides não provinham da degenerescência lipoide do rim, mas sim da infiltração, portanto a infiltração lipoide corresponde a aumento de gorduras no sangue e o estudo químico do sangue demonstra que nestes individuos existe um aumento notável da taxa de colestetina. Chegou-se assim a um conceito distinto do de nefrose dizendo que os lipoides da urina não procedem do rim mas sim do sangue e portanto ha nesta doença uma perturbação de metabolismo lipoidico (Gross).

Era natural que se fizesse o estudo do mecanismo dos edemas nestes doentes e se procurasse a razão porque tais doentes têm edemas e albuminúria tão consideraveis. O estudo bioquímico

do plasma demonstrou diminuição dos protides totais com freqüente inversão do coeficiente albuminoso e aumento da cifra dos lipoides. Surgiu a seguir hipótese igual á que se formulara para a lipoiduria, e a albuminúria seria primariamente consequência de perturbações metabolicas, pela descaracterisação dos protides do plasma, no sentido de Epstein, com grande quantidade de albumina pelo rim: isto suporia um forte traumatismo para a celula renal e originaria o aspecto histológico da nefrose lipoide.

As coisas não devem passar-se assim com tal rigôr, mas não é ocasião para se discutir o assunto. Volhard mesmo não admite esta hipótese mas antes a de uma alteração renal anatómica ou funcional que torna o endotelio glomerular permeavel ás albuminas plasmáticas, opinião que é, nos seus traços gerais, seguida por Govaerts.

A nefrose lipoide e, duma maneira geral, a nefrose crónica, seria assim uma entidade nosográfica, perfeitamente individualizada, distinta das nefrites.

As observações clínica e anatomo-patológica demonstram no entanto :

1.º — Que um individuo com todo o quadro clínico de nefrose de evolução crónica, que tem por sintomas: albuminúria, edemas, sem azotemia, sem hematuria e sem hipertensão, pode ser surpreendido um dia por hipertensão, azotemia e hematuria. O que parecia uma nefrose resultou antes uma nefrite.

2.º — Em um outro brightico com todos os elementos de nefrite um dia restaura-se a circulação renal, melhora a sua ac.ividade funcional, desaparecem ou atenuam-se os sintomas que lhe são próprios; de repente começa a fazer grandes edemas, a apresentar acentuada albuminúria e no estudo do sangue podem observar-se todos os elementos de nefrose sem clinicamente se encontrar um só elemento de nefrite. Quere dizer que a nefrite aguda se transformou em nefrose.

3.º — Doentes há com sintomas de nefrite até ao dia em que, mantidos ou desaparecidos os seus componentes próprios, aparece a nefrose que dura certo tempo. Desaparecidos da nefrose os sintomas clínicos e humorais que lhe são próprios, persistem ou reaparecem os sintomas de nefrite e com evolução desfavorável para a morte ou favorável, de tendência para a cura.

As observações que se seguem ilustram, embora de modo parcial, o que vimos afirmando.

Obs. II — Maria do C. P. de 4 anos, apareceu com discretos edemas maleolares e palpebrais em princípios de Novembro de 1934 (Serviços de Pediatria).

Foi-lhe imediatamente instituída a dieta de sêde, regimen hipo-azotado e descloretado. Em 19-X, data da primeira análise de urinas, esta dá 10 gr. por litro, com corpos birefringentes.

Os edemas acentuam-se e generalizam-se, tomando aspecto de nefrose lipoide, genuína, pura. No mesmo dia encontra-se no sangue :

Colesterina 1,25⁰/₁₀₀; Ureia 0,34⁰/₁₀₀.

Os edemas e a albuminúria continuam a progredir até que em 4 de Dezembro esta atinge cifra superior a 20 gr.; ureia 11,25⁰/₁₀₀ e cloretos 0,7020⁰/₁₀₀.

Análises feitas todos os dias, apenas uma vez por outra denunciam a presença de raros cilicídros hialinos e granulados e ainda hematuria.

Neste dia instituiu-se a terapêutica de Epstein nas suas linhas gerais: regimen hipogorduroso, hiperalbuminoso, tiroidina e ainda insulina, 5 unidades por dia.

A albuminúria persiste elevada mas em 7 baixa para 11 gr. e em 12 existem apenas vestígios e desaparecimento paralelo dos edemas.

Em 11 é colhido o sangue e apesar de estar sujeito ao regimen hiperazotado desde alguns dias, obtem-se aí as seguintes determinações :

Proteínas totais.....	38,87 gr. ⁰ / ₁₀₀
Serina.....	19,48
Globulina.....	19,38
Coefficiente albuminoso.	1
Azoto não proteico.....	0,57

Em 6 apareceu com temperatura febril e dois dias depois um flegmão no hipocondrio direito, superficial. Incisado, e drenado, a temperatura baixa para valor normal logo no dia seguinte e a análise do pús revela pneumococos.

As urinas mantêm-se com vestígios de albumina até dia 24 de Janeiro de 1935 em que a cifra é de 4 gr; 8 gr. em 25; 12 gr. em 28; 16 gr. em 31, com reaparecimento dos edemas e dos corpos birefringentes na urina para, a partir de então, baixarem os edema se as albuminúrias mas lentamente sem jâmais, até hoje, terem desaparecido por completo.

Em 30 de Janeiro de 1935, com 16 gr. de albumina e os corpos birefringentes nas urinas, de novo com edemas profusos e com quadro de nefrose generalizada a análise dos elementos do sangue dá :

		Normal
Ureia.....	0,99 ⁰ / ₁₀₀	0,30 ⁰ / ₁₀₀
Colesterina..	1,25	1,5 a 2 gr,

Proteínas totais.	66,5	65 a 70 gr.
Serina	40,5	38 gr.
Globulina	26	22 a 26 gr.
Coefficiente albuminoso	1,55	1,65 a 2
N não proteico.....	50,40mgr	15

Ha pois síndrome clínico de nefrose mas humoral de nefrite.

Ainda hoje, quasi dois anos volvidos, mantem albuminuria, cildruria e hematuria, portanto manifestos sinais de nefrite.

Obs. III — Alfredo da S. V. de 49 anos. Entrou em 29 de Novembro de 1935. Serviços de Clinica Urologica. Ficha n.º 6797. (Dir. Doutor Angelo da Fonseca). Doente por nós observado em conferência com este Prof., a seu convite.

Cólicas frequentes no hipocondrio direito acompanhadas de alterações urinárias no aspecto, na quantidade e no volume; vômitos, febre elevada nos últimos tempos. Radiografia dos hipocondrios mostra à direita rim volumoso com muitos cálculos alojados nos calices, independentes uns dos outros.

Sinais clínicos, radiológicos e electro-cardiográficos do coração, normais; pedicelo normal. Freqüência 60-70. Tensões: Mx = 13, Mn = 7 p = 5; I = 4 (5-XII-1935). Boa diurese: 1.500 a 2.000 cc. por dia; pequena albuminuria, entre 0,10 e 0,50 gr. por litro.

Em 2-XII. Ur = 0,44; K = 0,120.

Em 3-XII. Prova da F. S. F.

1.ª hora 140 cc.....	0,0021 gr. do corante
2.ª hora 130 cc... ..	0,0023 » »
Soma 0,0044, portanto boa eliminação.	

Neste dia, vestígios de albuminuria, pequena hematuria e piuria; boa eliminação de ureia e dos cloretos.

Assim se manteve até ao dia da operação.

11-XII — Nefrolitotomia com raquianestesia. (Operador: Prof. Angelo da Fonseca). Verificou-se volumoso rim poliquistico e dentro das cavidades contidos os cálculos. Incisadas, foi extraído o conteúdo.

Seqüências operatórias benignas. Diurese entre 1250 e 1500 cc. Temperaturas febris até 31 de Dezembro. De então em diante, normais.

15-XII — Mx = 15, Mn 7, p = 8, I = 5.

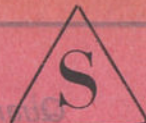
Em 11-I aparece albuminúria, 2 gr. Piuria e hematuria.

16-I — Mx = 16, Mn = 8,5, p = 7,5, I = 5.

Em 19 de Janeiro, portanto 50 dias depois da sua entrada no Hospital e 39 depois da operação, com tensão arterial mais elevada, aparecem os edemas, discretos a principio mas que a breve trecho se generalisam. Recebe desde 13 até 17, 10 gotas de digitalina por dia e de 13 até 22, san-teose que não aumentam a diurese. Pelo contrário, vai baixando até que em 18 é apenas de 750 cc.



PRODUTOS SANDOZ



SANDOZ De prescrição exclusivamente médica SANDOZ

Produto e composição	INDICAÇÕES	Posologia média diária
<p>ALLISATINE Princípios activos e estabilizados do allium sativum sob a forma inodora e insípida</p>	<p>Diarreias Disenterias Fermentações Arterioesclerose</p>	<p>6 a 12 drageas por dia</p>
<p>BELLAFOLINE Complexo alcalóidico integral da beladonna fresca</p>	<p>Todas as indicações da beladonna: Espasmos das vias digestivas e respiratórias, gastralgias, úlceras, asma, cólicas nefríticas. Parkinsonismo, etc.</p>	<p>1 a 2 comprimidos, ou X a XX gotas 3 vezes por dia, ou 1/2 a 2 em-polas por dia</p>
<p>BELLADENAL Complexo alcalóidico integral da beladonna fresca (Bellafoline) -feniletilmalonilureia</p>	<p>Sedativo dos casos resistentes. Epilepsia, asma, angina de peito, vômitos incoer-cíveis, enxaquecas, dismenorreia, ansie-dade, etc.</p>	<p>2 a 4 (até 5) comprimi-dos por dia.</p>
<p>CALCIUM-SANDOZ Gluconato de cálcio, eficaz por via gástrica. É o produto melhor tolerado pela via venosa, injectável por via intramuscular em doses eficazes</p>	<p>Descalcificação, raquitismo, estados tetani-gêneos, espasmo-filia, pneumonias, gripe, asma, dermatose, hemorragias, etc.</p>	<p>2 a 3 colheres das de chá, ou 3 a 6 comprimi-dos, ou 1 a 2 past. eferv., ou 2 a 20 cc. por dia (via intramuscular ou intravenosa)</p>
<p>DIGILANIDE Complexo cardio-activo natural dos glucosidos iniciais A+B+C da Digitalis lanata</p>	<p>Todas as indicações da digital</p>	<p>(Posologia média) 1 dra-gea ou 1/2 cc. 3 vezes por dia ou 3-4 cc. por injeção endovenosa e em 24 horas</p>
<p>FELAMINE Associação de ácido cólico em estado puro com a hexametil-notetramina</p>	<p>Opoterapia e desinfecção hepato-biliar, insuficiência hepática, litíase biliar</p>	<p>4 a 8 drageas</p>
<p>GYNERGENE Tartrato de ergotamina Stoll; alcalóide, principio específico da cravagem do centeio sob forma estável e cristalizada</p>	<p>Atonia uterina, hemorragias obstetricais a ginecológicas. Sedação do simpático: Bas-sedow, taquicardia paroxística, enxaque-cas, etc.</p>	<p>(muito individual e se-gundo os casos) 1 a 2 comprimidos ou XV a XXX gotas 2 vezes por dia ou 1/4 a 1 cc. de cada vez</p>
<p>IPÉCOPAN Princípios activos puros do pó de Dover, isento de Cefaelina</p>	<p>Expectorante, sedativo da tosse. Tosse, constipações, bronquites, dificuldades respi-ratórias, dores de garganta, etc.</p>	<p>XX a XL gotas 3 vezes por dia ou 3 a 9 comprimi-dos por dia para chu-par como pastilhas</p>
<p>OPTALIDON Nova associação antineuralgica, sedativa e hipnótica</p>	<p>Todas as dores: neuralgias, ciáticas, dores reumáticas, dores de dentes, etc.</p>	<p>2 a 6 drageas</p>
<p>SCILARENE Complexo glicosídico, cristali-zado e estabilizado do bolbo de Cila</p>	<p>Diurético azotúrico, cardiotónico de sus-tento (acumulação débil), nefrite, oliguria, assistolia, aritmia, coração senil, miocar-dite</p>	<p>2 a 6 comprimidos, ou XL CXX gotas por dia, ou 1/2 a 1 empola por via endovenosa.</p>

Fabrique de Produits Chimiques — ci-devant SANDOZ, Bâle (Suisse)

Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

ANTÓNIO SERRA, LTD. — Campo dos Mártires da Pátria, 96 — (Apartado, 142) — LISBOA

Quando a diatermia, o calor radiante, as correntes galvânicas, ou quaisquer outras medidas terapêuticas, são usadas nas enfermidades dos órgãos pélvicos, do tracto génito-urinário, reumatismo, etc., tais medidas devem ser seguidas de um post-tratamento apropriado.

Antiphlogistine pode ser empregada com vantagem na maioria dêsses estados, não só pelo seu poder sinérgico que faz manter o calor húmido dentro dos tecidos, mas também, devido às suas qualidades anti-pruríticas, descongestivas, protectivas e calmantes, quando aplicada às superfícies eritematosas, erosivas, endurecidas e dolorosas.

Amostra e literatura sob pedido.

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING, CO.,

163, Varick Street—NOVA YORK. E.U. A. N.

ANTIPLHLOGISTINE

na Fisioterapia

ROBINSON, BARDSLEY & Co.,

Cais do Sodré, 8 — LISBOA

20-I — Albuminúria 4 gr , piuria, hematuria e fraca eliminação da ureia e dos cloretos.

22-I — 1.^a injecção de salirgan que eleva a diurese no dia séguinte a 2 litros e 1,5 l. dia 24.

24-I — 2.^a injecção de salirgan que dia seguinte dá 1,800 de urina.

26-I — 3.^a injecção de salirgan que não modifica a diurese.

E' sobretudo a partir de então que os edemas se accentuam, invadindo todo o organismo. A diurese baixa a 500 cc.

28-I — cloretos 4,21 por litro e 4,gr63 nas 24 horas.

31-I — cloretos 3,04 p. l. 3,34 por dia, albumina 5 gr. p. l. 5,50 gr. por dia.

4-II — vol. 800 cc., albumina 4 gr. por litro, 3,20 por dia; cloretos 2,45 por l. 1,96 por dia; ureia 7,83 por litro.

8-II — vol. 950, cloretos 4,44 por litro, albumina 3gr,50 por litro.

10-II — O exemplo microscópico com luz polarisada acusou corpusculos com birefringencia.

14-II — K = 0,226 Ur = 0,53.

17-II — Análises do sangue mostram :

		Normal
Colesterina	1,80 gr 01 ⁰	1,5 a 2 gr.
Gorduras totais	11,08	• 5 a 8 gr.
Proteinas totais	51,73	65 a 70 gr.
Serina	32,78	38
Globulina	18,97	22 a 26
Coef. albuminoso	1,72	1,65 a 2
Azote não proteico	61,mg ^s 32	15 mgs.
Relação $\frac{\text{plasma}}{\text{globulos}}$	$\frac{88 (12\ 0\%)}{42}$	50 0%
Cloro do sang. total	3,337	
Cloro do plasma	3,62	3,60
Cloro globular	1,775	1,80

No fastigio da nefrose as tensões são :

Em 20-II — Mx = 19 Mn = 10 p = 8, I = 10.

21-II — Albuminúria 3 gr.

Cloretos 3.57 e muitos gl. de pus e gl. vermelhos.

Em 21 começa o regimen hiperalbuminoso e tiroidico e continua-se a até 26 ; o regime continua e desde o dia 28 a diurese sobe bruscamente, os edemas diminuem e neste dia a albumina é apenas de 1,80 gr. embora piuria e hematuria.

3-III -- vol. 2,950, albumina 3 gr. por litro, cloretos 4,21. Tensão arterial: Mx = 16, Mn. = 8, gr. p = 8, l = 7.

9-III — Mx = 17, Mn = 9, p = 8, I = 4.

11-III — Urinas : albumina 2,40, cloretos 3,97 0₁₀₀ ematuria e piuria,

sangue: cloro plasmático 3,82, cloro globular 2,13, K = 0,280 e Ur = 1,1.

16-III — Mx = 16, Mn = 8, p = 8, I = 7.

20-III — Mx = 13, Mn = 7, p = 6, I = 4.

Em 18-III já sem edemas, os exames no sangue dão :

Colesterina	1,90.º/º
Gorduras totais	9.
Proteínas totais	66,06.
Serina	37,08.
Globulina	28,98
Coefficiente albuminoso	1,2.
N não proteico	92,4. mgr

Saiu em 26 de Março com diurese de 3 litros por dia, a cifra de 1 gr. de albumina, piuria.

Em 6-V — nova análise de urinas revela 1 gr. de albumina, piuria hematuria. Fraca concentração de cloretos e de ureia.

Ur = 0,75.

Este ano, de 6 até 25 de Agosto, fez tratamento hidromineral no Luso.

Em 7-VII — Ur = 0,58 gr. K = 0,115.

11-VIII — vol. de urinas 2,070, albumina 1,1 gr., ligeira piuria e ausência de hematuria.

24-VIII — Ur = 0,36, ureia na urina 13,3; cloretos 2,3.

Se os traços característicos do sindroma nefrosico são: edema generalizado, persistente e volumoso, de tipo crónico; forte albuminúria, presença de corpos bi-refringentes na urina, modificações humorais que consistem numa hipoproteinemia, na maior das vezes com inversão do coefficiente albuminoso, por um lado; por outro lado, hipoproteinemia com hipercolesterinemia, é indubitavel que estamos em face de dois casos de nefrose. O primeiro, nefrose lipoidica genuina de Epstein, o segundo lembrando — sem o ser, porém — os casos em que o sindroma nefrosico se sobrepõe á glomerulo-nefrite crónica: *glomerulo-nefritis subchronischer Verlauf mit nephrotischem Einschlag* de Volhard.

Na primeira observação foca-se um caso de nefrose aparentemente pura com dois períodos, no primeiro cedendo e no segundo resistindo á terapêutica de Epstein; no primeiro, com ureia sanguínea normal e hipoproteinemia, mas no segundo, com elevada taxa de azote úreico: 0,99 gr⁰/º e proteinemia normal ou quasi normal.

A nefrose acabou por nefrite se é que por nefrite não começou

apezar de apresentar, de começo, todo o quadro do síndrome nefrolipoidico puro.

No segundo caso, o síndrome nefrótico não se produziu em rins absolutamente sãos mas sim já sofrendo de nefrite, de causa litiasica, de evolução crônica, de marcha ascendente. A propagação da afecção aos rins fez-se por via canalicular ou linfática e a nefrite apresenta potencial evolutivo muito menos grave do que a glomerulo-nefrite de que nos fala Volhard que é difusa, hematogénea, de prognóstico especialmente terrível.

Mas embora assim seja, nem por isso a nefrite aí deixa de se manifestar pelos seus próprios sintomas pois aí aparecem hipertensão, azotemia e coeficiente de Ambard mais elevados que no normal, faltando apenas a cilindruria.

Esta pequenina discussão oferece-nos um interesse prático maior, pois que no nosso doente, curado do seu síndrome nefrótico, permite-nos afastar o prognóstico severo que uma glomerulo-nefrite comportava ainda que não fôsse o conhecimento das melhoras que tem vindo experimentando e obteve nos 20 dias que se demorou no Luso.

Das duas observações apresentadas não pode depreender-se autonomia absoluta do síndrome nefrosico, ou que apenas dependa de perversões do metabolismo dos protides e lipides, de causa exclusivamente extrarenal mas sim em perfeita confusão com a nefrite.

No primeiro caso a nefrose deixou o doente com nefrite e com nefrite o acompanhou; no segundo encontrou-o já com nefrite quando aí se instalou.

* * *

Pasteur Vallery-Radot, Delafontaine e Trombert, apreciando as observações de nefrose publicadas em França: *Annales de Médecine*, XXXVIII, 1935, pg 79, nota em muitas delas azotemia secundária progressiva, grave, com complicação hipertensiva e cardíaca. Em alguns pode tomar conta do resultado da autópsia que mostrou esclerose difusa vulgar, em nada se diferenciando das lesões do mal de Bright senão pela associação, inconstante aliaz, de infiltração lipóide.

Se a infiltração é, pois, sensivelmente a mesma quer se trate d'uma nefrite pura, com desequilíbrio lipóido-protéico, quer se trate

d'uma nefrose lipoide aparentemente genuina, não vêm rasão para que uma deva opôr-se á outra.

Não ha elementos para estabelecer uma distincão quanto a etiologia, mesmo quanto á patogenia, pois em quási todas as nefropatias com edemas se encontram perturbações do metabolismo das gorduras e das proteínas. Já este problema não passara desapercibido a Widal e a seus alunos que haviam notado diminuição dos protides do sôro em certas formas de brightismo e a Chauffard, Guy Laroche e Grigaut que haviam notado aumento dos lipides. Govaerts que na concepção dos edemas faz intervir a pressão osmótica das proteínas do plasma, esta dependente da taxa das mesmas proteínas, apreciando o seu valôr conclui pela media de 15,93 cc. de agua de pressão nas nefrites hidropigenas ; 37 a 38 nos individuos normais e 39 a 45 nas nefrites crônicas azotemicas e hipertensivas e na hipertensão pura. *Le fonctionnement du rein malade*, 1936, pg. 98. Em muitos casos de nefrite com edema encontrou elevada taxa de lipides e a presença de corpos birefringentes nas urinas.

Baunich, citado por aqueles autores, no *J. of Am. med. Assoc.* de 20 de Janeiro de 1934, refere-se a 160 observações americanas de nefrose e é quási o mesmo o resultado da sua análise apenas com a diferença de indicar maior numero de curas.

Diz ainda que nas clínicas Mayo numa se observara caso algum típico de nefrose lipoide sob o ponto de vista anatomo-patológico.

Se dos trabalhos alemães e americanos ressalta, portanto, a importância das perturbações do metabolismo lipido-protidico como elemento patogénico capaz de orientar a patologia e a terapêutica renal segundo concepções mais amplas, não nos parece, todavia, que por si baste para imprimir uma perfeita individualização ao grupo de *nefroses* e estas devam separar-se do terreno da clínica, da evolução e da fisio-patologia do mal de Bright.

Não é possível, pois, receber na íntegra o conceito de que a nefrose crônica seja essencialmente distinta da nefrite pois que isso só acontece, quando muito, *clínica e temporariamente*. Também o conceito da actividade do processo não aparece absolutamente claro na classificação de Volhard e Fahr, como não aparece, aliaz, em qualquer das que até hoje têm sido propostas.

* * *

Mais longe que Volhard e Fahr porventura, nas tentativas de paralelismo entre os sinais clínicos e os tipos anatómicos, distingue Oberling cinco tipos de nefrites :

a) parenquimatosa toxica, b) parenquimatosa infecciosa c) intestinal d) crônica de origem ascendente e e) esclerose renal de origem vascular.

Tratando-se de uma classificação puramente morfológica não consegue, porém, mais que a dos autores alemães, em nosso entender.

* * *

Rathery e Froment, convencidos de que a mesma alteração patológica pode manifestar-se por tipos clínicos diferentes e ainda de que o mesmo agente pode criar alterações topograficamente diferentes e com diferente sintomatologia, regeitam todas as classificações de ordem etiológica ou anatómica para, como fiéis discípulos da escola de Widal, se apoiarem nos dados da fisiopatologia. Não regeitam a obra de Achard e de Widal mas antes a aperfeiçoam servindo-se dos conhecimentos que hoje se possui da fisiopatologia dos vários elementos cardinais das nefropatias.

Não passa, porém, de uma classificação puramente funcional.

* * *

A classificação de Govaerts baseia-se na teoria físico-química, da filtração-reabsorção.

Conforme êste A, todas as nefropatias derivam duma alteração funcional dos glomerulos e a sua sintomatologia depende dos caracteres dessa alteração. Se ela se limita a tornar o endotélio glomerular anormalmente permeavel ás proteínas sanguíneas resultará uma albuminúria abundante, uma hipoproteinemia e correlativos edemas e, uma filtração normal para a ureia e para a creatinina.

Sobrevem pois as *nefroses*, as *amiloses* e as *nefrites-nefrosicas*.

Se porem, por efeito da inflamação ou da esclerose glomerular ou ainda por efeito d'uma redução do calibre dos vasos, a circula-

ção glomerular é exigua, o volume do filtrado glomerular reduz-se também, torna-se insuficiente a eliminação da ureia e da creatinina e observa-se o síndrome *uremigeno* ou *hipertensivo*. Ou porque diminuiu a permeabilidade glomerular para as proteínas, ou porque diminuiu a superfície filtrante, a proteinemia é normal e a albuminúria moderada, mas ha retenção azotada, ou hipertensão, ou ambos os síndromas associados.

* * *

A função renal tem para efeito excretar em solução concentrada substâncias que habitualmente se encontram no plasma pois apenas o amoníaco e em circunstâncias especiais o ácido hipúrico, se formam mesmo no rim. A ureia, a creatinina e outros produtos, principalmente daqueles que são representados pelos radicais ácidos, encontram-se no sangue a uma concentração inferior á da urina, razão da manutenção do equilibrio ácido básico indispensável á vida. A água que se excretou é, pelo menos em grande parte, destinada a carrear os produtos de dejecção, de que o organismo precisa de se desprender. Há pois na função renal um trabalho de concentração que se efectua ao encontro de forças osmóticas e que exigem, portanto, um grande gasto de energia fornecida pelo metabolism o celular, razão porque, conforme experiencias de muitos autores, o rim consome maior quantidade de O₂ do que a grande maioria dos outros órgãos da economia.

Mas o trabalho do rim é de certo modo selectivo, porquanto, são sobretudo os produtos nocivos que excreta e tal comportamento pode explicar-se por duas formas: Ou o rim põe em jôgo uma função simplesmente ou principalmente secretoria utilizando para isso as celulas do tubo contornado, muito mais complicadas na sua estrutura do que o endotelio glomerular, que é simples, de núcleo achatado e com funções inteiramente secundárias — ou então o endotelio glomerular tem também uma função igualmente importante e aí realisa o plasma uma ultra filtração importãnte, reservando-se os tubos, no decurso da passagem do filtrado, a reabsorver a maior parte da agua e certo número de substâncias n'ela dissolvidas, em taxas diferentes, enquanto que outras substâncias, pouco ou nada reabsorvidas, passariam a cons-

títuir a urina definitiva, em solução concentrada. Daquí duas concepções muito diferentes e que constituem a pedra angular em que assentam as duas ordens de teorias que se disputam para explicar a função renal: teorias *secretórias* e teorias *de filtração-reabsorção*.

Ora, Govaerts assenta a sua classificação das nefrites nêste último grupo de teorias; todavia, se há experiências que lhe parecem favoráveis como sejam as de Richards sôbre a analyse directa da urina glomerular; as de Gerard e Cordier realizadas em volta da supressão da circulação glomerular do sapo; as de Starling e Verney sôbre a supressão da função glomerular no cão, e outras, também é certo que argumentos existem a favor das do primeiro grupo, como seja a formação de certos compostos, como o amoníaco e o ácido hipurico, no próprio rim, e por êste excretados; a eliminação de corantes básicos pelas celulas dos tubos, mesmo na ausência de circulação glomerular, e outros factos ainda.

A classificação proposta por Govaerts assenta, pois, n'uma teoria em litígio e portanto os seus alicerces sofrem, como é natural, da falta de solidêz.

A prova funcional da eleição de Govaerts é a de Rehberg que aprecia o volume do filtrado baseado no conceito fisiológico de que a filtração glomerular está em relação directa com a excreção da creatinina, servindo-se portanto, segundo processos que agora não veem para o caso, do dosemento d'esta para a apreciação d'aquela. Pode deduzir-se d'ai, segundo tal prova, que quantidade de ureia fôra reabsorvida, que quantidade de glicose e de cloreto de sódio foram reabsorvidos pelos tubos, e que cifra de ureia entrou na circulação por um processo de difusão de retorno.

Porem, o estudo detalhado do funcionamento renal em muitos doentes revelou factos que não são fácilmente explicaveis pela teoria de Rehberg. A sua applicação, no que respeita á excreção dos cloretos, não traz esclarecimentos alguns e nem sempre satisfaz na explicação das escreções ureicas.

Afirma ainda Govaerts que o estudo clínico das afecções renais não fornece objecção á teoria da filtração-reabsorção e ela seja capaz de exprimir as lesões anatômicas das diferentes nefropatias; que uma filtração normal seja própria das nefroses, das amiloses e das nefrites de grande albuminúria; e uma filtração reduzida, própria das glomerulo-nefrites e das escleroses renais; enquanto

uma nefrite crónica se manifesta por uma albuminúria maciça e pela tendência hidropígena que daí resulta, a azotemia não é para reccar; enquanto que, pelo contrário, o prognóstico escurece quando a albuminúria diminui porque ao mesmo tempo se observa elevação da taxa de ureia sanguínea e da tensão arterial.

E isto porque, conforme tal concepção, a diminuição da albuminúria e a retenção da ureia têm a mesma origem: diminuição progressiva da filtração, consequência d'um obstáculo cada vez mais grave à circulação renal por virtude da esclerose inflamatória progressiva. Assim será, de facto, regra geral.

Simplesmente por ela não conseguimos interpretar o dado observado no caso II quando aí vemos subir a azotemia e atingir o auge 0,99 gr, justamente quando, recidivado o síndrome nefrótico, a albuminúria e os edemas atingem os valores da primeira fase, reaparecem os lipóides nas urinas, mas em contrapartida aumentam os protóides no sangue até quasi ao normal, e se equilibra o coeficiente albuminoso. Esta observação é desfavorável ao conceito que defende Govaerts sobre a função do nefrão como também á teoria que propõe para a explicação dos edemas. Neste caso os edemas dependem, sem dúvida, de qualquer factor a mais além do poder osmótico das proteínas pois que aqui não estão acentuadamente diminuídas, diferente do que se observa no primeiro quadro das determinações humorais, em 11 de Dezembro.

Et j'en passe...

* * *

Em resumo: se a preocupação dos clínicos consiste em estabelecer uma classificação das nefropatias em que os diferentes quadros clínicos ou sintomáticos correspondam a lesões renais determinadas e territorialmente precisas, que se esforcem por limitar as suas aspirações pois jámais as considerarão satisfeitas, cremos.

Oxalá viessemos a errar.

Como consequência da deficiência de uma ou várias das funções renais, as diversas glandulas, os parenquimas, os tecidos e os próprios humores orgânicos são tocados por forma mais ou menos profunda e em grau variável de individuo para individuo; e a repercussão da lesão renal sobre o organismo intervem numa

larga medida não só para o prognóstico dum dado caso de nefrite como ainda para imprimir a cada nefrite, quadros clínicos diferentes conforme os doentes.

Por isso possuímos a desconsoladora esperança de que d'aqui a 50 anos, se alguém nos ler e souber comparar as classificações actuais sobre o mal de Bright com as que tiverem sido propostas no meio seculo transcorrido, poderá exclamar :

Plus ça change plus ça est la meme chose.

O edema, por exemplo, tem sido utilizado para critério das classificações sobre o brightismo.

Ora, não é verdade que anteriormente a Bright ninguém attribuía os edemas a alterações anatómicas ou funcionais dos rins? Que de Bright a Widal passaram a ser atribuidos quasi exclusivamente aos rins? Que modernamente eminentes patologistas outra vez, lhes négam toda a participação renal?

E todavia quão diferentes são os conhecimentos actuais da patologia dos edemas em relação com os dos tempos de Bright, mesmo com os dos tempos de Widal, apesar de continuar a ser problema antigo mas . . . sempre novo.

Não se quiere dizer que a patologia renal não tenha progredido. Tem, sim, mas as classificações é que não abandonam, por assim dizer, o rotativismo.

Mas, se pelos sinais clínicos e humorais conseguissemos precisar o diagnóstico da lesão renal tanto pelo que respeita á topografia como á natureza, o clínico teria assim atingido o seu *desideratum*?

Creemos que ainda não.

Em medicina as classificações servem ao espirito para estabelecer a ordem nos dados que colheu da patologia: mas se o fim da medicina é a cura dos doentes, nós não conhecemos nem supomos vir a colher do formulário, receita que cure as lesões electivamente glomerulares ou tubulares ou, para as de localização tubular, receita que electivamente cure a tumefacção turva, a degenerescencia gordurosa, a degenerescencia lipoidica, a glicogénica, vacuolar; ou, para as lesões do tecido conjunctivo, as degenerescencias hialina ou amiloide, com aquela efficácia com que o quinino cura o impaludismo, o mercúrio a sífilis, os sais de antimónio o kalazar . . .

Nos nossos serviços temos seguido, desde alguns anos, a clas-

sificação de Volhard e Fahr mas — para quê ter medo de o dizer? — sem predilecção especial. Somos incapaz de dizer qual d'elas, a de Aschoff, a de Volhard e Fahr, a de Rathery e Froment, a de Govaerts . . . é menos perfeita.

Se partem de critérios diversos, como de facto acontece, como poderemos nós estabelecer relação entre grandesas de espécies diferentes?

A um brightico, como de resto a toda a espécie de doentes com doença orgânica, faremos terapêutica tanto mais eficaz quanto melhor conhecermos a etiologia da doença, a estrutura e função do órgão e a sua fisio patologia.

E se é precisamente baseado n'estes elementos que cada autor decalca a sua construção para a sistematização das nefrites, que precisão perentória temos nós de gastar muito tempo com o estudo das classificações? Sirvamo-nos, sim, dos mesmos materiais e utilizando uma delas, — seja qual fôr — e apenas na medida em que possa imprimir ordem aos conhecimentos e ainda á observação do doente, ocupemo-nos, no entanto, em primeira linha, da etiologia, da valorização e significação renal ou extra renal, e da patologia de cada um dos elementos nosográficos que acompanham habitualmente as nefro patias; e ocupemo-nos ainda dos métodos de exploração e de aplicação terapêutica até onde a medicina moderna, com todos os recursos da bio-química, o permitir.

Seremos, por ventura, menos académico mas, certamente, mais útil.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A TUBERCULOSE LARÍNGEA

POR

MANUEL DE BRITO SUBTIL

Durante muito tempo a laringite tuberculosa foi considerada incurável mesmo pelos melhores especialistas. Ainda hoje, de resto, costuma dizer-se que a tuberculose laríngea é uma doença grave e, ainda hoje, muita gente a considera incurável. E, no entanto, embora, entre as múltiplas localizações que pode ter o bacilo de Koch, a que têm por séde a laringe constitua, senão a mais temível, pelo menos uma das mais penosas para o doente, o certo é que a tuberculose laríngea é uma doença curável, contanto que o doente seja submetido a um tratamento oportuno e possa beneficiar de vantagens climatéricas tanto sob o ponto de vista pulmonar como laríngeo. A tuberculose laríngea, porém, é quasi sempre uma complicação duma tuberculose pulmonar: não pode, por isso, ser útilmente tratada sem uma estreita colaboração entre o tisiólogo e o oto-rino-laringologista. O seu tratamento curativo não pode ser considerado isoladamente: a sua evolução e cura dependem em grande parte dos resultados obtidos pelo tratamento do foco pulmonar. Mas, se nem sempre podemos actuar duma forma eficaz no sentido da cura, o certo é que, quasi sempre, podemos evitar as complicações que podem sobrevir e aliviar os doentes por meios relativamente simples, a que adiante nos referimos. De resto, já em 1897, Derscheid, assistente do dr. L. Spengler em Davos, publicava um trabalho em que demonstrava ⁽¹⁾ que, em certas condições, se podia obter

(1) Dr. Derscheid, Tuberculose laryngée et altitude, Bruxelles, 1897

a cura completa de lesões, mesmo graves, da laringe, Em 226 casos tratados, 157, ou sejam 59%, obtiveram uma cura completa e 32 melhoraram nitidamente.

E então a que é devida a noção geral, corrente, da gravidade, e mesmo da incurabilidade, da tuberculose laríngea? Muito provavelmente a que, por um lado, na maior parte dos casos as lesões laríngeas aparecem no decurso de tuberculoses pulmonares, cujo prognóstico, já por si bastante severo, vai ser agravado pela localização laríngea; e, por outro lado, á falta duma ligação estreita, na maior parte dos casos, entre o tisiologista e o laringologista, colaboração que é absolutamente necessária. O prognóstico da tuberculose laríngea depende de muito variadas circunstâncias. Com pulmões sãos ou levemente afectados, a tuberculose laríngea procedente duma lesão nasal ou faríngea da mesma natureza é susceptível de ser favoravelmente influenciada pela terapêutica e até mesmo de cura; mas quando é consequência duma tuberculose pulmonar, esta têm uma influência considerável sobre o curso e gravidade da afecção laríngea.

Assim, é completamente desfavorável o prognóstico nos individuos tuberculosos esgotados, asténicos, e nas formas febris progressivas da tuberculose pulmonar: é melhor nas tuberculoses apiréticas e nas formas tórpidas, casos em que não é raro observar curas durante largos anos, Da mesma forma, a tuberculose laríngea pode actuar desfavoravelmente sobre a tuberculose pulmonar coexistente quando, por causa duma estenose ou das dôres que provocam a disfagia, a respiração e a ingestão de alimentos se encontram dificultadas, ou quando, pela deficiente oclusão da laringe, aparecem pneumonias *ab ingesta*.

A tuberculose laríngea é quasi sempre uma manifestação secundária da tuberculose pulmonar. Mas podem existir tuberculoses laríngeas primitivas; essa noção é mesmo clássica. Hoje, porém, admite-se cada vez mais que, tirando certas formas raras — o lupus e a tuberculose miliar aguda da laringe (doença de Isambert) — a tuberculose primitiva e isolada da laringe praticamente não se encontra: o que é frequente é ser a localização laríngea a primeira que chama a atenção do doente e mesmo do médico, levando êste, no decurso do seu exame, a descobrir a verdadeira causa da doença, ou seja, a existência duma tuberculose pulmo-

nar, por vezes bastante extensa e que até aí passou despercebida.

Duma maneira geral a tuberculose laringea encontra-se em 10 a 30% dos individuos com tuberculose pulmonar: anátomo-patologicamente, essa percentagem é maior: 30 a 50% de todos os casos de T.P. Com efeito, H. Ulrici dá as percentagens de 24,4% no vivo (415 vezes em 1.700 casos de T.P.) e 46,8% à autópsia (477 casos em 1.020 autópsias); G. Derscheid, 14,7% (266 casos em 1800 de T.P. observados ou coleccionados por êle no serviço do dr. Spengler), número que se aproxima sensivelmente dos publicados por Villigk — 17,99% e por Heinze — 22,51%; mas já em 1800 doentes que passaram pelo Sanatório «Les Pins» em Waterloo, essa proporção não excede 10% (G. Derscheid e P. Toussaint). Strumpell dá a percentagem de 30% de casos; Saint-Clair Thomson encontrou à autópsia 50% dos casos e no vivo 20%; finalmente, Collet dá os valores de $\frac{1}{3}$ nas tuberculoses avançadas e $\frac{1}{10}$ nas tuberculoses pulmonares no início.

Segundo a antiga *teoria de Louis*, a invasão da laringe era devida á passagem das secreções de origem pulmonar, e ainda hoje, embora se admita a infecção por via sangüínea e por via linfática, a maior parte dos autores concede a sua preferéncia à infecção local pelos escarros baciliferos:

Segundo H. Ulrici, têm uma importância fundamental a lesão crónica da mucosa laringea produzida pela tosse e sobretudo pela aderência dos escarros viscosos, pois a tuberculose laringea é muito mais freqüente nas tuberculoses pulmonares crónicas, e em especial nas muito crónicas, que nas agudas.

A. Laurens diz que a inoculação se faz pelos escarros, sobretudo num período avançado da doença. E a localização laringea explica-se por causas múltiplas: primeiro, pela tosse, que irrita a laringe; depois, pelo abuso da palavra, que a fatiga; e, finalmente, pelas secreções que se depositam sobre o bordo livre das cordas e na comissura posterior; o bacilo penetra por uma lesão da mucosa ou pelos canais excretorios da glândulas.

Strumpell é de opinião que a laringite tuberculosa deve ser atribuida na maioria dos casos, á infecção da mucosa laringea pela passagem da expectoração bacilifera, parecendo-lhe mais raro

que a infecção chegue pela via sangüinea e devendo ser considerada como excepcional a via linfática, E em abono desta opinião diz que, segundo as observações de autores muito experimentados (Schrötter e outros), com freqüência notável, quando a enfermidade laringea predomina dum lado, *êste lado é correspondente ao pulmão mais atacado*, embora não se perceba muito bem como é que um escarro vindo do pulmão, ao passar pela fenda glótica vai lesar mais o lado do pulmão de que provém do que o outro.

Apesar de tudo, nos *Arch. Méd. Chir. de l'App. Respiratoire*, de 1934 pag. 238 e seguintes, G. Derscheid e P. Toussaint contestam a invasão da laringe pela passagem das secreções de origem pulmonar, chamando a atenção para aqueles doentes portadores duma laringite tuberculosa e dum pulmão radiologicamente carregado, ou mesmo excavado, doentes que não teem expectoração, que nunca a tiveram, mas que a virão a ter sôb a influência duma frenicectomia ou dum pneumotórax que, ao mesmo tempo que vão dar lugar a uma expectoração bacilifera mais ou menos demorada, provocarão o retrocesso das lesões da laringe; e, sem negarem á *via sangüinea* um papel patogénico em certos estados granúlicos, e á *contaminação directa* o ser capaz de criar uma sobreinfecção laringea; do mesmo modo que não negam a possibilidade duma infecção laringea consecutivamente a uma *amigdalite tuberculosa* ou á *invasão dos vasos linfáticos cervicais* (interdependência anastomótica entre os linfáticos do pulmão e do pescoço, demonstrada por Sergent e seus colaboradores); são de opinião que a via principal de infecção, a unica capaz de estabelecer entre a laringe e o pulmão aquela harmonia patológica que tão freqüentemente se observa, é a *rêde linfática submucosa*.

A tuberculose laringea é mais freqüente no homem que na mulher e costuma aparecer entre os 20 e os 40 anos: é rara no velho e na criança. O seu diagnóstico é fácil quando coexiste tuberculose pulmonar mas pode ser difícil nos casos em que não há a certeza de esta existir.

A sintomatologia a princípio não se distingue da dum catarro banal e só se suspeita da existência de T. L. pela constância da doença, o aspecto do doente, a hereditariedade, existência de temperaturas febris ou sub-febris, emagrecimento e anemia notórios. Facilita o diagnóstico o saber-se que a laringite que acompa-

nha um catarro crónico das vias respiratórias é um processo difuso enquanto que a laringite tuberculosa é quasi sempre um processo localizado, embora ás vezes, com múltiplas localizações. É muito mais difficil distinguir a tuberculose laringea de estados inflamatórios crónicos localizados, como a *paquidermia laríngica*: a simples paquidermia da parede posterior consiste num espessamento uniforme das cordas vocais geralmente no $\frac{1}{3}$ posterior, bilateral; em casos dificeis, só a biopsia e o exame histológico consecutivo podem diferenciar êstes dois processos.

Durante algum tempo pode ser difficil distinguir da sífilis laríngica. Há alguns sinais que podem logo de entrada encaminhar o diagnóstico: na T. L. em regra a abóbada palatina e o véu do paladar apresentam-se muito anemiados: na sífilis, ao contrário, as mucosas apresentam-se vermelhas; além disso na sífilis há ao mesmo tempo — e com mais freqüência que na T. L. — alterações faríngeas e — sinal característico da sífilis — formação de cicatrizes em muitos pontos. Na forma ulcerosa da tuberculose laríngica, a ulceração começa (em geral) pela apófise vocal e estende-se à corda e à aritenoide do mesmo lado; as ulcerações sífilíticas assentam de preferênciam nas bandas ventriculares e apresentam os bordos nítidos, talhados a pique. O diagnóstico diferencial deve fazer-se oportunamente pela reacção de Wassermann e mesmo, se fôr preciso, só depois dum tratamento de prova.

As formas vegetantes podem ser tomadas por tumores e pode ser preciso fazer uma biópsia para esclarecer a questão, tanto no caso de papilomas como de cancro da laringe: quando êste é extrínseco, existem adenopatias.

Vejam agora quais as formas tipos de laringites tuberculosas: podemos considerar *formas congestivas e catarraes (fibro-congestivas)*, *formas infiltrado-edematosas (exsudativas)*, *formas ulcerosas e formas hipertróficas ou vegetantes*.

Na *forma fibro-congestiva* a mucosa apresenta-se vermêlha e coberta por algumas secreções; as bandas ventriculares ligeiramente granulosas; cordas sujas, despulidas, irregulares; esboço de pergaminhado no espaço interaritenoideu. (fig. 2).

Trata-se duma combinação dum catarro crónico e de tuberculose congestiva difusa: pode aparecer insidiosamente, sôb um aspecto crónico autónomo, ou succeder como seqüela à forma infiltrado-exsudativa.

Na *forma exsudativa* (fig. 3) a laringe apresenta-se grande, pálida, com o aspecto do focinho de tenca. Parece ser a forma inicial, a forma-mãe que, segundo os casos, dá as formas-seqüelas : vegetante, ulcerosa ou fibro-catarral. Histologicamente trata-se



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

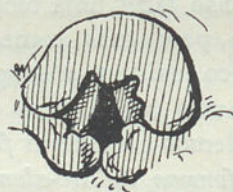


Fig. 6

A fig. 1 representa a Laringe normal

duma combinação de edema, de exsudação fibrino-leucocitária e infiltração específica.

A forma exsudativa pode não passar à resolução mas a infil-

reijon

Gardénal

FENIL-ETIL MALONILUREIA

EPILEPSIAS
CONVULSÕES
ESTADOS ANCIOSOS
INSONIAS REBELDES

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

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

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

**AUROTERAPIA
DA
TUBERCULOSE**

por via intravenosa

CRISALBINE

TIOSULFATO DUPLO DE OURO E DE SODIO

(titulando 37% de ouro metal)

AMPOLAS DOSEADAS A :

0 GR. 05 • 0 GR. 10 • 0 GR. 15

0 GR. 20 • 0 GR. 25 • 0 GR. 50

DE PRODUTO PURO CRISTALISADO

por via intramuscular
ou sub-cutanea

MYOCHRYSINE

AUROTOMALATO DE SODIO

(titulando 50% de ouro metal)

SOLUÇÕES AQUOSAS - SUSPENSÕES OLEOSAS

PARA CADA APRESENTAÇÃO :

AMPOLAS DOSEADAS A : 0 GR. 01 • 0 GR. 05

0 GR. 10 • 0 GR. 20 • 0 GR. 30 • 0 GR. 50

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS

tração orienta-se para uma maneira construtiva que é já uma forma de defesa. Toda a região aritenóidea se encheu de vegetações muriformes, vermêlhas, paquidérmicas. As bandas ventriculares vegetam também em lobos separados por profundos sulcos e há eversão dos ventriculos. A defesa, porem, não impediu a ulceração das aritenoides. É a *forma ulcero-vegetante*. (fig 4).

Forma vegetante limitada (fig 5). Pode ser uma forma autónoma crónica ou uma seqüela da forma exsudativa. Vê-se entre as duas cordas a região aritenóidea, pergaminhada, enviar um esporão saliente para a fenda glótica.

Na *forma vegetante extensa* (fig. 6) trata-se duma laringe pequena, vermêlha, dura, mamilonada e já fibrosa, que se segue à grande laringe branca, em focinho de tenca, da forma exsudativa.

É uma panlaringite construtiva, estabilizada, vendo-se no fundo a eversão dos ventrículos lobulados pela esclerose inter-glandular.

Finalmente, na *forma ulcerosa*, há ulcerações que começam em geral, pela apófise vocal, estendendo-se à corda e à aritenóide do mesmo lado.

Há ainda quem considere uma *forma ulcero-necrótica* que não é mais que uma forma vegetante complicada de ulceração.

O tratamento da tuberculose laríngea compreende sempre um tratamento geral e um tratamento local. Os tratamentos dirigidos contra a tuberculose pulmonar tem uma acção incontestável sobre a tuberculose da laringe, especialmente o pneumotórax e a aurote.ápia. O tratamento local compreende vários elementos: a imobilização da laringe pela cura de silêncio absoluta; o tratamento cirúrgico, de que apenas citaremos a cauterização química das ulcerações superficiais e a galvano-cauterização das ulcerações profundas e das vegetações circunscritas, embora se possam fazer a punção, incisão e extirpação dos infiltrados e dos tuberculomas; a amputação da epiglote e as grandes operações para a tuberculose laríngea estenosante (traqueotomia, laringo-fissura, laringectomia); e ainda o tratamento medicamentoso e o tratamento pelos agentes físicos.

Os sintomas que mais incomodam os doentes são as dôres e a disfagia e quando sobreveem num tuberculoso pulmonar enfraquecido podem ter uma influencia perniciosa por não permitirem a regular alimentação do doente. O mais útil para diminuir as

dôres e a disfagia, é a continua deglutição de pequenos bocados de gelo e sobretudo o emprêgo de narcóticos em doses suficientes. As injeções de morfina feitas $\frac{1}{4}$ de hora antes de cada refeição costumam dar um grande alívio. Também dá bons resultados a cocaína: pincelando a mucosa laringea ulcerada com uma solução de cocaína a 10 ou 20% obtém-se, passados poucos minutos, uma anestesia que permite a deglutição sem a menor dor: têm o inconveniente de a acção do anestésico passar depressa e ter que se repetir. Também são recomendáveis as insuflações de ortofórmio, anestésina, mentol-iodol, e as instilações de óleo mentolado a 5 ou 10%. Se as dôres atormentam muito, a injeção de álcool no laringeo superior pode dar uma anestesia laringea que persiste várias semanas.

Quando há muita tosse são úteis, para a abrandar, as inalações duma solução de brometo de potássio de 2 a 3% ou de água de amendoas amargas (3 a 10% de água).

A exposição de todo o corpo às irradiações solares ou de lâmpadas de quartzo ou de arco de carvão, assim como a roentgenoterapia, de ambos os lados do pescoço e na nuca, costumam ter influência favorável, aliviando especialmente as dôres causadas pela deglutição. H. Ulrici, Bacmeister, Rickmann, consideram a roentgenoterapia laringea como muito eficaz para a T. L. São apropriadas para esta terapêutica as formas infiltrantes e ulcerosas superficiais, mas não as que apresentam úlceras profundas que determinam o desenvolvimento de pericondrite.

Numa estatística da estância climatérica do Caramulo, referente ao ano de 1934 vê-se que foi de 51 o total de doentes portadores de T. L. associado á tuberculose pulmonar. Dêses doentes:

10	tinham formas congestivo-catarrais :
8	« « infiltro-edematosas :
18	« « ulcerosas :
15	« « vegetantes :

Os 10 doentes com *formas congestivo-catarrais* fizeram todos repouso vocal, inalações e pinceladas de glicerina fenicada: 4 curaram; 4 melhoraram e 2 ficaram no mesmo estado.

Todos os doentes com *formas infiltro-edematosas* fizeram gal-

vano-cauterisação e repouso : 2 curaram, 3 melhoraram e 3 ficaram no mesmo estado.

Dos doentes com *formas ulcerosas* 3 curaram, 3 melhoraram, 5 continuaram no mesmo estado e 7 faleceram. Os doentes curados e os melhorados fizeram galvanisação e R. V.

Os doentes com *formas hipertróficas* fizeram todos galvano-cauterisação e R. V. : 7 curaram, 6 melhoraram e 2 continuaram no mesmo estado.

Todos os casos de cura obtidos sofreram galvano-cauterisação associada ao repouso vocal. Dos 51 doentes tratados 16 curaram, 16 melhoraram, 12 continuaram no mesmo estado e faleceram 7.

Agora, para illustração do que atrás temos dito, especialmente no capítulo diagnóstico, passamos a transcrever algumas observações pessoais, de alguns doentes internados nos nossos serviços e de outros da nossa clínica particular.

Obs. I

G. da S. de 21 anos, solteiro, natural de Coimbra.

Há bastante tempo rouquidão umas vezes mais acentuada para a tarde, outras de manhã; por duas vezes expectoração raiada de sangue. Tem nos seus antecedentes pessoais uma pleurisia à esquerda.

Espaço inter aritenoideu pergaminhado, cordas vocais de aspecto sujo; secreções (?) secas infra-glóticas. Cavum livre, fossas nasais livres, Não há anemia da abóbada palatina. Não há exagêro dos reflexos orofaríngeos.

A análise da expectoração não revelou existência de bacilos. A radioscopia do torax mostra boa transparência pulmonar em ambos os campos. não havendo quaisquer sinais de aderências.

Tem feito inalações com tintura de benjoim, tintura de eucalipto e mentol.

Observado 15 dias depois, declara estar muito melhor, a laringe apresenta-se limpa, cordas vocais unindo bem, embora permaneçam um pouco rosadas e se mantenha, mas mais atenuado, o pergaminhado inter aritenoideu.

Obs. II

M da C. G. de 21 anos, solteira, natural da Ega.

Internada em T. M. por tuberculose pulmonar. Inicio da doença há 4 meses: estacionária. Corisas frequentes. Bacilos na expectoração. Não refere qualquer sofrimento laríngeo.

A laringoscopia mostra umas cordas vocais rugosas, vermelhas; comissura anterior infiltrada; espaço inter aritenóideu pergaminhado; aritenóides com o aspecto normal.

Tratamento: inalações, pinceladas de glicerina fenicada.
Muito melhorada.

Obs. III

M. da C. de 23 anos, solteira, natural de Pará (Brasil).

Internada em T. M. por tuberculose pulmonar. Corizas freqüentes; anginas de repetição.

Infiltração de ambas as cordas vocais e da comissura anterior; espaço inter aritenóideu pergaminhado. Rubôr de toda a oro-faringe; amígdalas pequenas, crípticas.

Não se encontraram bacilos na expectoração.

Tratamento geral: cinamato e gluconato; pneumotórax. Fitina.

» local: inalações, toques com glicerina fenicada, desinfecção nasal com gomenol.

Melhorada.

Obs. IV

A. M. de 29 anos de idade, natural de Arganil, internada em 2.ª M. M. por tuberculose pulmonar. Pai morto com uma tuberculose laringea. Bacilos na expectoração. O exame radiográfico do tórax mostra infiltração de ambos os campos pulmonares, mais acentuada à direita (zona inter-cleido-hilar); caverna no vértice direito.

Disfagia. Afonia quási completa.

Edema da epiglote e das aritenóides; cordas vocais infiltradas e pariadas; vegetações infra-glóticas sob a corda vocal direita.

Prognóstico: reservado.

Todos êstes casos são, como se vê pelas histórias de diagnóstico fácil. O mesmo não sucede com o que passamos a referir, que nos obrigou a utilizar outros meios de diagnóstico.

Obs. V

C. H. A. de 44 anos. Anadia.

Rouquidão, às vezes mais acentuada para a tarde, corizas freqüentes, anginas de repetição.

Amígdalas palatinas pequenas com lacunas (amigdalite lacunar). Fenômenos de faringo-laringite descendente. Ligeira ulceração inter aritenóideia, mais acentuada à esquerda e leve hiperemia da corda vocal esquerda, mas sem infiltração. Desvio do septo nasal para a direita (obstrução nasal melhorada por tratamento em Entre-os-Rios).

A ulceração interaritenóideia e o predomínio das lesões dum dos lados faz pôr a hipótese de laringite específica. A doente vai fazer repouso

vocal, inalações e desinfecção nasal. Ao mesmo tempo pede-se a pesquisa de bacilos de Koch na expectoração e, não tendo o exame clínico do sistema pulmonar revelado nada pede-se uma radiografia do tórax.

Não se encontraram bacilos na expectoração. A radiografia do tórax não revela quaisquer lesões. Faz-se então uma biópsia e enviam-se para análise os fragmentos obtidos, mostrando a análise histológica tratar-se apenas de um certo grau de hiperplasia da mucosa.

Tratamento: galvano-cauterização, repouso vocal, desinfecção nasal. Muito melhorada.

POEIRA DOS ARQUIVOS

Algumas disposições manuelinas sobre o Hospital de Coimbra

Em 22 de Outubro de 1508 assinava el-rei D. Manuel com o seu punho o 1.º Regimento do Hospital de Coimbra recém-edificado à custa do erário regio na Praça Velha e que se ficou chamando pomposamente, apesar de não ter senão 17 camas, 12 para homens e 5 para mulheres — o Hospital Real, Hospital del Rei, Hospital Novo ou ainda Hospital da Praça, nomes pelos quais foi conhecido o remoto antepassado dos atuais Hospitais da Universidade, que se ufanam dos seus 800 leitos.

E' verdade, diga-se, que o antigo Hospital delRei tambem tinha anexa uma Albergaria para pobres caminheiros e uma Hospedaria para «gente de bem, frades e molheres honradas», o que vem mostrar não serem os quartos particulares uma inovação dos nossos dias — Nihil sub sole...

Não é, porém, desse Regimento que nos vamos ocupar, não obstante o seu real interesse. Podeis lê-lo, sem perderdes o tempo, na «Notícia histórica dos Hospitais da Universidade de Coimbra» do que foi incansavel prof. da nossa Faculdade, Costa Simões, modêlo de mestres e investigadores. Tal foi a importância desse 1.º Regimento que ainda vigorava em 1699.

Julgo, porém, inéditas as seguintes disposições suplementares, dignas de figurarem nestas Poeiras dos Arquivos, antes que o tempo de todo as faça sumir.

Apesar de um pouco extensas talvez os fieis leitores, médicos afadigados com a clinica, não deem por perdido o tempo lendo e comentando estas velharias .. saborosas e inocentes.

Nos ElRey ffazemos saber a Vos pº annes tissouireiro da see da cidade de Cojmbra e provedor ão nosso esprittal da dita cidade que nos ffomos ora emformados que trazendo hũu Vºº frêz cor-

reeyro morador nesa cidade huu prazo dese espiritall que por seu ffealeçimento espirava de que pagaria cemto e cimquenta Rs de floro dioguo piz lho enovara pollo dito fforo antiguo sem guardar a ssolenidade do direito pollo qual vos ora davam muyto mais. E porque nos nam avemos a dita enovação por bem ffeita mandando vos que nom guardeis ao dito vasco ffernandez o dito emprazamiento feito pelo dito dioguo pirez e ffique porem no prazo e vyda deRadeira que tinha E porque pella ventura a pode perder pollo capitollo em tal casso feito queremos que ha cerqua disso se ffaça o que ffor justiça E asy mesmo se ffor direito de se tirarem os casares de san fipo e outros quaesquer por bem do dito capitollo tirayos guardando direito as partes que seram ouvidas com sua justiça E asy mesmo polla sobredita maneira tirareis quaesquer outros cursos dos espiritall que nom fforam aforados com devyda solenidade so ese lhe com direito podem tirar E asy mesmo sse lhe foram afforados em manifesto dapno do espiritall

Itẽ. Se pollo dito dioguo pirez foy feito allguũ prazo fatiotim e ram em vidas como se Avya de ffazer Avemos por bem que ho ajaees por nenhũu e fique no prazo e fforo questava no tempo em que o emprazou e esto senã sã daquelas cousas que ho direito da logar que se facã em fatyotym ou nom tendo pera jssso nosa provisão especiall.

It. Sem embargo do capitollo que estaa no nosso Regimento que diz que venham a nos primeiro que ffaçam os aforamentos Avemos por bem e queremos por se escusar despesa e trabalho e eonfiando de vos que ho ffaçaes direitamente que vos dito provedor posaees emprazar e afforar em tres vidas amdando primeiramente em preguom e com todallas solenidades que de direito se devam fazer e asy posaees enovar com aquelle acrescentamento que justo ffor segundo deus e vosa comciencia. E quanto a enovação nao fareis cousa algũa sem nollo primeiro fazerdes saber e avemdo noso Recado.

It. Avemos por bem e vos damos poder que em todas as cousas e causas que ao dito espiritall tocarem em suas emergencias vos tenhaes e ajaes o poder que tem o contador dos Resydos em seu officio E por este mamdamos ao dito contador dos Resy-

dos e a quaesquer outras pessoas e officiais a que o contº deste pertencer que em todas as cousas do dito esprytal e que dele dependerem elles nem seus spvães nam entendam em nada e vos deixem todo conhecimento e ao spvão damte vos que vos temos dado porque hasy o avemos por serviço de ds e nosso».

It. Queremos e mamdamos que o dito spvão do dito espiritall ffaça todollos comtrautos e afforamentos testamentos e conhecimentos que seam de dar as partes segundo mamdamos em nosso Regimento e de todos os C^{tos} que der aos Imquylinos das paguas ordenados que fforem obrigados ffazer de seus afforamentos aja por cada hũu quatro reis Acusta dese espiritall e asy spva todollos autos e processos que se proçessarem e julgarem presente vos que ao dito espiritall tocarem E queremos que valha e faça fee como se ffosse feito por pubricos taballiaães e notarios de nossos Reynos sem embargo de quaesquer outras cartas alvaraaes e mandados que por nos sejam dados em contrairo Nos avemos por bem e serviço de ds e nosso q̃ ho capelão do dito espiritall seja espvam de todo o sobredito sem embargo de ser creriguo e isto nom pertencer a Igreja ssomente ser por nos dado e novamente criado por spvam e isto sera emquanto nossa merce ffor e o juiz desa cidade dara juramento ao dito spvão que bem e fylmente servira o dito ofiço.

Item No nosso espiritall dos miraleios e do corpo de Ds Avemos por bem que sejam Recolhidos e agusalhados as pessoas que forem enfermas de enfermidades Incuraveis para lhe ser dada casa e cama em elles e aquelle serviço a que sam obrigados os ministradores dos ditos espriteaes e ho mais provimento desmolla e cura lhe seja feita pollos officiaes da misericordia com toda caridade e amor como se espera delles e cremos que ho faram // e quanto he ao que toca a estes dous espriteaes nõ farees nada nem se comprira este capº porque nos mandamos dar a misericórdia o de São Jº.

Item Se alguus enfermos fforem Recolhidos no dito nosso espiritall novo segundo nosso Regimento e por espaço dalgum tempo se mostrarem incuraveis mamdamos que sejam enviados e Recolhidos nos sobreditos dous espriteaes dos myrileios e corpo de Ds e aly lhe faça a misericórdia caridade como dito he O Recolhimento destes pobres se fara no espiritall de São Jº

Item por a pouca devaçam que se as vezes acha em algumas pes-

soas para Receberem os sacramentos da santa madre Igreja sem embargo do capitollo em nosso Regimento feito Avemos por bem que os que ouverem de ser Reçebidos nesse espiritall novo sse confesem e comunguem primeiro amtes de serem Recolhidos e desto vos ffaçam certo e esto estando elles em logar onesto que o bem posão ffazer.

Item Ordenamos e mandamos que em o numero das dezassete pessoas emfermas que mandamos Recolher nesse espirital possam entrar Ate quatro doentes de boubas comtanto que sejam da callidade dos que em nosso Regimento temos mandado que se tomem e avendo em a çidade mestre para curar da tal emfermidade e estes estem por espaço de huu mes E assy queremos e mamdamos que quando em o dito espiritall nom ouver o numero dos doze homes que mamdamos Reçeber e ocorrerem mais das cinco molheres que ordenado temos de serem Reçebidas em tall caso desfalecendo de huu genero se possa tomar do outro nom passando porem da comta das dezassete pessoas.

Item Mamdamos que hos emfermos que forem espididos do dito espiritall novo e de suas emfermidades Remediados e depois vyerem a Recair esses taees sejam tomados como de novo a segunda vez e mais nam //

It. Mandamos a vos dito provedor que faças correger e Repairar A torre da quinta de Sea que somos emformados que estaa pera cair E que com pouca despesa se Remedeara e Avemos por bem que se guarde a devesa da dita quyntãa como se sempre guardava e guardara e fazeyo asy comprir.

It Vos mandamos que vos emformees e saibaes dos escudeiros que vivem em sea que nom teem cavallos nem paguam o que sam obrygados pagar segundo o foral o que somos emformado que flca por mingua do Almojarife nom oulhar por Isso se comprir ponde lhe pena que hos Requeira e execute com delligencia e ffaça pagar A todos os que cavallos nom tiverem como sam obrigados pagar por bem do dito fforal como dito he e defendeilhe que nom faça esto sem o escripvão nem afore a nenhuas pessoas nenhuas terras sem o dito spvam ser presente e constringerees o dito almojarife que pague certo dinheiro que fomos

emformado que deve e tem em sy da Renda do dito Almoxtari-
fado dos anos pasados porem vos notefiquemos todo assy e
mandamos que compraees e guardeis esto como nele comteudo
vos e quaesquer outras pessoas a quẽ o c^{to} deste pertemcer feito
em Almeiry m aos xb ds de Junho a^o mexia fez anno de Jb^e e
bũj e quanto ao comstrangimento destes que nom tem cavallos
farselhe a como for direito

Rey — —

« Aos xx C ds de Junho do anno de quinhentos he dez em
ha sidade de coymbra nas casas da morada de fernão de saa
contador dos Resydos por mym João Alvez espvãõ do hospytal
novo da dita cydade por mandado do provedor faz pobrycado
hũ capitulo em caderno contendo ao dito fernão de saa em ho
quall lhe manda elRey noso são que nas cousas e causas que
tocarem ao dito hospytall novo tocarem elle fernão de saa nom
entenda e leyxe todo conhecimento ao provedor do dito hospytall
como mays largamente em ho dito capytollo se comtem testemu-
nhas que foram presentes a João Jm^o vos licenciado e lancarote
leytãõ escryvam dante ho dito contador e p^o myz procurador do dito
hospytall novo e outros e euj^o Alvez sobredito spvãõ.

J^o Alvez

Nos elRey fazemos saber a vos pedranes tezouero da see da
cidade de Coymbra e provedor do esprytall que na dita cidade
mandamos fazer que nos avemos por bem que no dito esprytall
se faça ora o que se segue.

It. primeiramente queremos que no quintal de baixo se faça o
poço para servintia do dito espritall e o pedaço do outro quintal
que para isso he necessario queremos que se tome e se meta
com ho outro para melhor servyntia e se pagara a seu dono no
preço em que for avaliado.

It. a casa do almocreve que dizeis que he necessaria se tomar
para se meter no quintall avemos por bem que se tome e se lhe
pague pela dita avaliação.

It. na genella da emfermaria das molheres se fara uma grade

de paa**o** bem feita a qual genella he com vã**o** para a capella por omde ham de ver deus.

It. porque queremos que o dito espiritall se ponha em hordem para os pobres nelle Reçeber gasalhado vos mandamos que mamdees fazer na casa de baixo os leitos que nella bem poderem estar para se agasalharem os pobres andantes os quaes leitos terem cada hum seu enxerguom de palha e uma almadraquelha em cyma de laã com hum cabeçal da dita laa ha cabeçeira e duas cubertas de burell.

E nelles será dado gasalhado aos ditos pobres andantes asy da dita cama como casa e foguo no inverno e augua por dous dias e nom mais e acabados lhe diram que se vão**o** embora salvo se por tall necessidade asy do tempo como de santos ou outra que vos pareça que he tall por que nom se pode ou nom se deve dhyr no dito tempo.

It. queremos que loguo se Recolham todas as Rendas dos outros espriteaes que na dita cidade ha a este e os tombos de todos se ajuntem em hũu para se ssaber as propriades e eranças que hy ha o qual se fara muy bem declarado e se por ventura alguas eranças nom estiverem bem demarcadas e cumpra de ho serem mandamos vos que loguo as façaees demarcar e mydir na hordem que se deve fazer e o direíto neste caso o Requirer e as fazer poer em asentos no dito tombo com as ditas mididas e demarcações com booa deccaração para nã**o** aver duvyda.

E tanto que asy forem Recolhydas as aforay e as que o nã**o** forem ou nom estiverem aforadas como devem e asy as que vagarem e em pregom com todas as solenidades que de direito se devem fazer e se Rematarom a quem por elas mais der no dito pregom sendo presente o espvam e Reçebedor do dito espiritall para lhe ser feito seu aforamento na hordem que devem o quall sera asynado por vos e feito por o dito spvam e serees avysado que nenhũu aforamento se faça em fatiota senom em tres pessoas nom contando marydo e molher por hua**o** pessoa senom por duas e quando quer que a vos parecer que algua erança se deve aforar em fatiota ou em mais pessoae por seu dito aforamento ou outras cousas semelhantes ho asy Requirer emtom nollo farees saber deccarando as Resooes e causas que para yso ha e vos mandaremos o que nos parecer bem e serviço de ds.

It. E as Rendas de todo e asy qualquer outro dinheiro que ho dito espiritall ouver ou outras quaesquer cousas fareis entregar a hũa Reçebedor que no dito espiritall avera para de sua mão se despender e todo o que asy Reçeber estara dentro no dito espiritall em hũa arqua que se nelle poera em booa guarda com tres chaves. S. hũa que vos tereis e outra o dito Reçebedor e a outra o escrivam que delle for o qual escrivam asentara em Recepta tudo o que o dito Reçebedor Reçeber em hũa livro que para yso fara e asy lhe asentara nele a despesa que fizer aqual despesa sera por vos asynada ao pee de cada folha do dito livro para se saler como se todo guasta o qual Reçebedor e escrivam vos buscareis taaes pessoas de taaes conçiençias que nyso bem sirvam a noso senhor e a nos e em que tudo esteo seguro porem antes de hos meterdes de pose da dita casa nolo fareis saber decrarando os homes que sam e a maneira de que vivem para sobre yso mandarmos o que ouvermos por bem e lhe hordenarmos entom o que hajam por seu trabalho E o dito escrivam que-remos que seja o capelão que do dito espiritall for.

Porem porque no dito espiritall hadaver espiritalleiro para ter cuidada dos doentes e queriamos que fosse homem casado e de bem folgariamos que sendo como para yso cumpre que tivesse o dito Reçebimento porque som dous careguos que muy bem podiam estar em hũa pessoa e porque para se buscar tall como deve e que o bem faça com sua vontade e conçiençia vos o podeis la fazer vos encomendamos que niso trabalhees e apraz nos que haja por seu trabalho, querendo aceytar e fazer os ditos careguos ambos e sendo tall como dizemos lhe damos acusta do dito espiritall em hum ano cynquo mjll rs e mais se nos bem servir sempre por yso lhe faremos merce e darlheis juramento aos santos avanjelhos que bem o faça E quando nõ achardes pessoas que ambos os ditos careguos queira servir entom busquay hũa que seja espiritalleiro soomente o qual seja casado e omais despejado de filhos que poder ser para melhor poder servir e fazer o que ao dito careguo cumpre o qual tera cuidado dalimpar todas as cousas dos ditos proves e lhes fazer as camas e fogo e dar augua e fazer de comer e servir em suas doenças e cura e ter as casas límpas e as outras cousas que os espiritalleiros costumam fazer. Apraz nos que aja por seu trabalho em cada huũ anno ha custa

do dito espritall dous mil rs em dinheiro e huñ moyo e meo de pam terçado. S. huñ terço de trigo e outro de milho e outro de centeo e nom avendo no dito espritall pam para se lhe pagar lhe sera dado por elle todo myl e quinhentos rs em dinheiro que com os dous mil rs hy ditos serom tres myll e quinhentos rs que me parece m^{to} aRezoado para o bem servir E alem dello servindo bem e asy como esperamos sempre lhe faremos merçe.

It. As camas que nos outros espriteaes estom se Recolherõm todas a este despois que elle estiver em hordem e maneira para logo tanto que se Recolherem se poderem agasalhar nele os pobres e doentes e amte de asy se poder fazer nom se Reco- lherom.

E porem sem embargo diso se tomara aconta aos mordomos dos outros espristaaes com entregua para vos e fernão borges que disso tem a pratica e escrevera o tempo de que ha tem tomada polo officio que diso tem e todo o que se achar que fica- rem devendo farez todo entregar ao dito Recebedor do dito espritall e caregar sobre ele em Recepta por o dito spvam no dito livro para todo estar em booa Recadaçam.

E porque nos soubemos que bartolameu garmaxo o spvam que era do dito sprytall nom estava na dita cidade e deixara o livro fechado nos escrevemos sobre yso ao Juiz da dita cidade e lhe mandamos que vaa a sua casa e tome o dito livro nom estando hy o dito bartolameu gramaxo ou nom lho querendo dar ou outrem por elle e faça auto de como ho achar e a maneira em que estaa feito para se ver se estaa como deve dar lheets a dita carta e mandallo heis Requerer para asy o fazer e tanto que o dito livro for achado ho fazey entregar ao dito capelam que houve- mos por escrivam para o ter e se ver por ele o que a bem da conta do Recebedor sobre quem as cousas do dito livro caregam fazer.

It. porque as Rendas do dito spritall som poucas e nom podem abastar para as cousas que agora para seu coregimento ham mes- ter a nos praz lhe fazermos esmolla do dinheiro de huñ por cento dos aRendamentos dos alm^{dos} de coymbra e daveyro e porto asy das allfamdegas da dita cidade do porto e aveyro que ao todo pouco mais ou menos serom setenta mill rs e para se Reseberem mandamos Requerer os alx^{es} dos ditos lugares co os mandados

nosos que com este vos envjamos e segundo forma deles se Recebam.

E alem dello nos praz que este presente anno de mill bº biij se aRecade para o dito espritall aRenda de seea asy como nos anos passados se fez porem para que seja melhor aRendada avemos por bem que vos por nos ha aRendeis estando hy presente o alxº e escriptão para o que lhe tambem passamos nosso mandado que lhe damos para sua conta Etudo asy como se Receber fareis entregar ao dito Reçebedor e caregar sobre elle em Recepta por o dito escriptão e meter na dita arquã para todo estar seguro e vyr a booa Recadaçom.

Eporem vos encomendamos e mandamos que segundo forma deste façaes as cousas em elle conteudas e o que cumprjr para mais deçraração ou outras algumas cousas necessarias mandaynolo dizer e sereis diso provido segundo ho ouvermos por bem e tudo fazeey asy como ho de vos confiamos feito em Almeirim aos quatro dias de março andre pirez o fez de mill bº biij (1508)

Rey . . . —

E porque alem deste Regimento nos temos feito outro que com este vos enviamos sobre a hordenança do dito espritall se porventura nelle for deçraraada alguũ capº que contradigua alguma cousa deste avemos por bem que usees pelo outro asy como se deçrara e se tenha mais a ele que a este

Rey . . . —

Não resisto a chamar a atenção do leitor para os pontos mais interessantes destas disposições.

E antes de mais nada este que deve ser particularmente agradavel ao meu mestre e amigo Prof. Doutor Angelo da Fonseca actual director dos Hospitais : o seu primeiro e remotissimo colega (ha 428 anos) foi o tezoureiro da Sé — Pedro Anes — ou seja o mais antigo provedor do Hospital Real, como então se dizia.

De nomeação régia, era ele quem todos os dias, de manhã e

à tarde, acompanhado do médico e do cirurgião, visitava os doentes e fazia a aceitação dos mesmos, que eram em número de 17, distribuídos por duas enfermarias — a dos homens, com 12 enfermos e a das mulheres com 5, provenientes da cidade e de oito léguas em redor. Era ele quem superentendia no pessoal constituído pelo hospitaleiro, isto é, enfermeiro que também cosinhava pelo escrivão ou secretario e pelo capelão, todos habitando o hospital, fora o médico e o cirurgião que eram contratados e obrigados a duas visitas diárias.

Era ele quem arrendava, aforava, vendia e comprava as propriedades do Hospital, quasi todas anexadas dos pequenos hospitais e albergarias da terra, cujos bens e rendas foram de 1503 a 1504 apurados por Diogo Pires, disso encarregado por el-rei D. Manuel. Não tinha botica privativa, mas era ainda ele quem escolhia o boticário fornecedor, entre os que dessem as *mézinhas*, por melhor preço, feito *prêgão* por praças e ruas acostumadas.

Era ele, emfim, o fiel depositário do Regimento e o fazia cumprir.

Tambem, podemos, dizer quem foi o primeiro chefe de secretaria, perdão *escrivam*: foi Fernão Gramaxo, cujo ordenado era de 40000 reis anuais.

Não sei se o leitor reparou que D. Manuel já nesse tempo não se esquecera dos sifiliticos, referindo-se a eles *especialmente*, quando mandava que houvesse cinco camas para os doentes de boubas, ⁽¹⁾ cujo tratamento seria feito por um mestre especializado. . .

Mais tarde estariam isolados numa enfermaria própria.

O enfermeiro, para o lugar trabalhoso que tinha, recebia um ordenado módico: 3050 por ano, ou 2000 e um moio e meio de pão terçado, isto é: um terço de trigo, um de milho e outro de centeio.

Enternecedora a nota de que a enfermaria das mulheres, situada no primeiro andar, communicasse com a capela por uma grade de «pau bem feita» para poderem «ver a Deus»! e ouvir a missa todos os dias, pela qual o capelão recebia 18 reis:

«E ao que dizees que nom paguaays ao capelão senom a

(1) Uma nota à margem, com letra da época, esclarece: doentes de males...

vymte rs por missa e que o bispo tem mandado que se paguem em seu bispado a xbiiij rs avemos por bem que vos cumpraays há constetuyçom do prelado e tanto quanto elle mandar tanto manday pagar ao dito capelão»

Etc.

A. DA ROCHA BRITO.

Bronquites

Pulmosal

Pneumonias

Pulmosal

LABORATORIOS
DA
SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACEUTICA

CINOSAN

MEDICAÇÃO

AZEVEDOS

ANTIBACILAR

CINAMATO DE BENZIL, CHOLESTRINA, GOMENOL,
CANFORA, EM SOLUÇÃO OLEOSA

**Cinosan
Glandular**

**Cinosan
Irradiado**

Cinamato de benzil, cânfora
cholesterina e extractos hepá-
tico e esplênico (sem gomenol).

A cholesterina que entra na composi-
ção do Cin. Irr. é previamente subme-
tida à acção dos raios ultra-violetas.

A cânfora e a cholesterina são auxiliares indispensáveis na terapêutica anti-bacilar e anti-astênica pelo cinamato. Para os casos em que a clorose acompanha estas afecções preparamos o Cinosan **GLANDULAR**. O aumento de glóbulos rubros e hemoglobina, no sangue, é favorecido pela acção anti-anémica dos extractos glandulares. A irradiação comunica à cholesterina as propriedades anti-raquíticas da Vitamina D.

Cárdergól

Ergosan

Cárdergól

Ergosan

Cárdergól

Ergosan

Anafilarsan

Calcosan

Cardêrgol

Cholaxina

Ergosan

SOLUCALCIOS

calcioterapia racional das baciloses

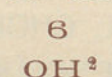
Solucálcio gotas

Soluto concentrado e estabilizado de cloreto de cálcio.

So-lucálcio, injectável

(Gluconato de cálcio)
Empolas de 5 c.c. e 10 c. c. a 5 %, 10 % e 20 %.

Cada 40 gotas correspondem a 1 gr. de $Cl^2 Ca$



So-lucálcio Vitaminado gotas

(Cálcio coloidal, cloreto de cálcio e Vitamina D) Cada 40 gotas equivalem a 1 gr. de sais de cálcio e 50 unidades vitamínicas.

Hemostático, Anti-anafilático.

So-lucálcio Vitaminado injectável

Empolas de 1 1/2 c. c. de cálcio coloidal e Vitamina D para hipodermia intra-muscular ou subcutânea

Tônico, Recalcificante.

acidentes séricos e anafilaxias

fracturas e estados hemorráxicos

estados tetanigénicos e convulsivos

AZEVEDOS

HISTIDISAN = Ulceras Gástricas

NOTAS CLINICAS

Acêrca do tratamento da osteomielite aguda dos adolescentes

A osteomielite aguda, também chamada dos adolescentes embora a sua freqüência seja grande nas crianças, constitue uma das doenças mais impertinentes, não só para o doente como também para o cirurgião, em virtude de a cura raras vezes se observar duma maneira integral e definitiva.

E assim, a osteomielite, quando não mata, acompanha na maior dos casos os doentes por toda a vida, mesmo quando ela é longa, escravizando-os á muleta, ao leito e á cirurgia, pois que as intervenções se repetem muitas vezes periodicamente, e quasi sempre sem resultados satisfatórios, e outras vezes sendo obtida a cura pelo preço duma mutilação importante, que, em muitos casos se impõe como único meio de salvar a vida.

Nós observamos, com efeito, freqüentemente, nos serviços de cirurgia geral doentes adultos portadores dum ou mais focos de osteomielite, cujo inicio data da infância ou da adolescência, trazendo com eles vestígios bem visiveis duma ou mais intervenções cirúrgicas, que atestam muitas vezes uma quasi constnte peregrinação por diversas clinicas e hospitais, sem, contudo, deixarem de ver as mesmas fistulas abertas, como fonte inextotável de puz e sequestros.

Isto resulta, em grande parte, da fraca resistência do tecido osseo á infecção, por virtude duma fraca irrigação sangüinea que, facilmente é perturbada ou abolida pela doença local, tendo como resultado a necrose total ou parcial do osso, dentro dum prazo mais ou menos longo conforme a intensidade e a virulencia do processo osteomielitico.

Mas, a dificuldade e a raridade da cura resultam também, e essencialmente, da pouca eficácia dos meios terapêuticos conservadores, bem como ainda duma inadequada orientação terapêutica, que muitas vezes é feita de maneira empírica e desacertada, sem relação com a virulencia, a gravidade, a localização da doença e, até mesmo com a idade do doente e as suas condições naturais de defeza.

A terapêutica contra osteomielite aguda, sôbre tudo pelo que diz respeito aos elementos de ordem médica, assenta em bases pouco seguras, visto que os meios anti-infecciosos de que hoje dispomos em face dos micróbios banais causadores da doença, são de pouca eficácia mesmo aqueles que têm sido apontados com pretendida acção específica.

E assim é que, nem o soro anti-estafilocócico, as vacinas específicas, o bacteriófago correspondente, e o soro dos convalescentes, etc, são de eficácia segura, ou sequer muitas vezes apreciável em face do processo de osteomielite aguda. Outro tanto podemos dizer dos agentes anti-infecciosos químicos, como o electrorgol, tripaflavina, etc, que não são também de eficácia apreciável em face dos processos de osteomielite.

Por isso, a terapêutica contra a osteomielite aguda tem de assentar em bases essencialmente cirurgicas, pois só a intervenção é susceptível de conduzir a resultados satisfatórios.

No entanto, seria erroneo afirmar e má conducta a estabelecer, que os agentes terapêuticos de ordem médica de que actualmente dispomos contra o processo de osteomielite, devem ser postos de parte e limitar o tratamento exclusivamente à intervenção cirúrgica. Nós devemos, pelo contrário, colher de cada um dos elementos terapêuticos os benefícios que eles nos podem dar, lançando mão de cada um, individualmente ou associadamente conforme os casos a tratar, pois que os processos de osteomielite aguda não se apresentam sempre com a mesma gravidade e não requerem por isso sempre identico tratamento. Em presença dum caso de osteomielite aguda, como em qualquer doença, o senso clínico e, sobre tudo a prática médico-cirúrgica são elementos que em grande parte concorrem teo, o para se obter os resultados mais satisfatórios.

Uma das condições essenciais para se obter os melhores resultados no tratamento da osteomielite aguda, consiste na precocidade com que o diagnóstico é estabelecido, visto que da precocidade do diagnóstico depende também em grande parte a eficácia da terapêutica. Se, com efeito, deixamos de instituir uma terapêutica adequada em tempo oportuno, os resultados serão pouco lisongeiros, quando pretendemos actuar sobre um osso já corroído totalmente pelo processo osteomielítico, pois que quasi sempre se associam nesses casos lesões articulares e lesões importantes do periosteio que muito dificulta os processos de regeneração óssea.

Impõe-se, por esse facto, fazer aqui uma nota pelo que diz respeito ao diagnóstico dos processos de osteomielite aguda, por virtude da noção inexacta que predomina acêrca do valor de certos elementos semiológicos para o diagnóstico dos processos de osteomielite no período agudo. O diagnóstico dum processo de osteomielite no periodo agudo deve ser feito de início apenas pelos sintomas clínicos, pois os sintomas radiológicos são inicialmente muito pouco nítidos e só mais tardiamente se tornam bem aparentes.

Ha um desacordo e uma desproporção flagrantes entre a importância das lesões osseas no início do período agudo da osteomielite e os seus sinais radiológicos, pois que inicialmente a radiografia nos mostra o osso quasi com o seu aspecto normal ou apenas um pouco descalcificado, enquanto clinicamente o caso é já por vezes da mais alta gravidade, estando o osso já tomado na totalidade pelo processo inflamatório.

Quem, portanto, estiver á espera de avaliar as lesões osseas agudas pelos elementos radiológicos comete quasi sempre o erro de fazer o diagnóstico tardiamente ou de não ajuisar da gravidade das lesões e, portanto,

só tardiamente também poderá pôr em prática uma intervenção adequada, que será, em regra, de resultados pouco satisfatórios.

Pelo que diz respeito ao diagnóstico diferencial, apenas os processos flegmonosos podem em certos casos confundir-se com os de osteomielite aguda.

Em tais casos, a subitaneidade e a intensidade da dôr, a sua localização e aumento pela pressão ao nível do osso são elementos semiológicos importantes, peculiares aos processos de osteomielite aguda.

São, ainda, a forma e o aspecto da tumefacção elementos importantes para o diagnóstico. A tumefacção é global e como que centrada em volta do osso doente nos casos de osteomielite, sendo, em regra, menos regular, menos cilíndrica, mais excêntrica e assimétrica nos processos flegmonosos. As características evolutivas da dôr permitem-nos também colher indicações importantes para o diagnóstico diferencial, pois que a dôr atinge desde o início a culminância nos casos de osteomielite, enquanto se vai intensificando progressivamente nos casos de flegmão.

Por êstes semiológicos essenciais e por mais alguns de ordem secundária podemos em regra fazer precocemente o diagnóstico diferencial da osteomielite aguda, base essencial para um tratamento eficaz.

Os autores divergem muito de opinião enquanto à conduta terapêutica a seguir nêstes casos.

E assim, enquanto uns aconselham intervir sistematicamente e imediatamente após o diagnóstico assente, aconselham outros, embora em menor número, esperar o aparecimento duma colecção de puz, para pôr em prática a intervenção.

Pelo que diz respeito à modalidade da intervenção a realizar, as opiniões são ainda mais discordantes.

Preconizam uns a incisão e drenagem simples do abcesso colectado, enquanto outros, em maior número, defendem a trepanação sistemática e precoce do osso doente, acompanhada ou não de curetagem do canal medular, pois até neste detalhe as opiniões divergem, enquanto outros, ainda, preconizam a ressecção diafisária precoce como sendo o melhor e único meio de obter a cura definitiva e rápida. Vemos, portanto, quanto as opiniões divergem, só pelo que diz respeito à conduta cirúrgica.

Eis, no entanto, duma maneira esquemática e resumida, a conduta que nos parece ser mais acertada, em face dos processos de osteomielite aguda.

Para êsse efeito, dividiremos o tempo evolutivo dos processos de osteomielite aguda em 3 períodos :

1.º período — Durante os 2 ou 3 primeiros dias de doença, enquanto o diagnóstico se apresenta por vezes indeciso pelo que diz respeito à gravidade e extensão do processo osteomielítico, aconselhamos uma terapêutica anti-infecciosa geral e aplicações quentes locais segundo o método clássico. A terapêutica local pelo calor é sempre benéfica em tais casos, pois, além de atenuar os fenómenos dolorosos, condiciona um maior afluxo de sangue ao foco doente, por vaso-dilatação, favorecendo assim os processos biológicos de defesa local.

Como terapêutica anti-infecciosa geral podemos fazer uso de agentes químicos, como o electrargol, electro-cuprol, tripaflavina, etc., e dos agentes biológicos, como vacinas, sôros específicos entre os quais o sôro de convalescentes, bacteriofago, etc.

O uso do bacteriofago pode conduzir a resultados bastante favoráveis, sob a condição de ser devidamente específico (bacte-staphy-phage, para o caso de osteomielite estafilocócica). Mas, quando fazemos uso dêste agente terapêutico devemos ter em atenção que o uso simultâneo de anti-septicos pode destruir ou entrar a acção do bacteriofago e, como tal, o uso daqueles desde ser posto de parte enquanto fazemos uso dêste.

Entre todos os processos terapêuticos de ordem médica é de aconselhar sôbre tudo a prática de injeções intra-arteriais de mercuro-cromo 220 a 1%, pois que por êste processo terapêutico pode conseguir-se obter a cura rápida por abortamento dos fenómenos de osteomielite, quando tais injeções são postas em prática precocemente.

É possível obter-se a cura integral no decurso do 1.º período e sem o auxilio doutros meios, porque inicialmente os processos de osteomielite não se acompanham ainda de lesões irreparáveis do osso, em virtude de não haver ainda destruição dos canais de Havers. E, mesmo nos casos em que não se obtém a cura, as injeções intra-arteriais prestam sempre um grande beneficio aos doentes, pois atenuam sempre a virulência do processo osteomielítico, que se traduz por uma baixa apreciável da temperatura e uma melhoria nítida dos fenómenos inflamatórios locais, como o atestam vários casos em que temos feito uso dêste processo terapêutico.

As injeções praticam-se nas artérias respectivas da raiz do segmento de membro doente, ou na aorta para os casos em que os fenómenos inflamatórios atingem a raiz da côxa.

2.º período — Do 3.º ao 10.º dia podemos considerar o período verdadeiramente cirúrgico da osteomielite aguda. Durante êste período toda e qualquer outra terapêutica deve ceder o passo à intervenção cirúrgica. Com efeito, se os fenómenos inflamatórios se acentuam e a osteomielite não retrocede até ao 3.º dia, só uma intervenção cirúrgica pode ser verdadeiramente útil ao doente.

A oportunidade da intervenção já não é de discutir nêste caso, pois esta deve ser posta em prática o mais cedo possível, podendo afirmar-se que ela será de tanta maior utilidade quanto mais precocemente fôr realisada.

Depois do 10.º dia de doença, e por vezes ainda antes, nos casos de osteomielite grave, os resultados da intervenção já são em regra mais aleatorios e menos brilhantes, porque passado êste período o processo de osteomielite não só se tem tornado mais intenso, mas também já muitas vezes se tem complicado de artrite proximal e outras vezes até de septicémia, o que altera completamente o prognóstico imediato nêste caso, e os resultados tardios nos outros casos.

No primelro caso, apesar da intervenção cirúrgica resultam em regra perturbações funcionais articulares importantes que comprometem muito

os resultados tardios e no último caso a doença termina em regra pela morte, apesar de qualquer terapêutica.

Pelo que respeita, propriamente à modalidade da intervenção a realizar, é esse assunto hoje muito discutido e o acôrdo está longe ainda de se poder ver realizado.

E assim, enquanto alguns autores, sôbre tudo na Alemanha, preconizam a incisão pura e simples do abcesso sub-periostico, no intuito, segundo êsses autores de evitar a disseminação do processo pela trepanação e ainda porque, segundo os mesmos autores a trepanação se torna desnecessária em virtude de a drenagem do puz se fazer através dos canais de Havers, outros, sôbre tudo em França, defendem e praticam a trepanação sistemática e precoce, como sendo o único meio eficaz de acudir aos accidentes agudos e de evitar a extensão do processo osteomielítico ao longo do osso e às articulações vizinhas.

Desde Lanelongue, com efeito, se tem reconhecido as enormes vantagens da trepanação sistemática e precoce nos casos de osteomielite aguda, constituindo hoje ainda o método mais freqüentemente usado na maior parte das clínicas.

A trepanação do osso doente, acompanhada ou não, de curetagem do canal medular (há autores que combatem a curetagem medular em virtude da possibilidade de originar embolias sépticas), é sem dúvida alguma um meio bem eficaz para debelar na maior parte dos casos os accidentes agudos dos processos de osteomielite, como o atestam os resultados diàriamente obtidos pela prática do processo.

Em seguida à trepanação, nós observamos, como regra, uma melhoria imediata do estado geral, a queda acentuada da temperatura e a atenuação dos fenómenos inflamatórios locais.

O principal argumento que se pode invocar em desfavor da trepanação, consiste em que êste método não conduz regra geral à cura definitiva e integral do processo de osteomielite, condicionando quasi sempre a necessidade de uma ou mais intervenções tardias com o fim de se eliminar as partes necrosadas do osso.

A trepanação não cura, em regra, a doença, acudindo sòmente aos fenómenos agudos, e estabelecendo como que a passagem do processo de osteomielite ao estado crônico. Raros são, com efeito, os casos de osteomielite aguda que curam com a simples trepanação do osso. Quasi sempre a trepanação conduz o processo ao estado de osteite fistulizada, com formação de sequestros, que conduzem a novas intervenções secundárias ou tardias e que em muitos casos têm de ser repetidas diversas vezes e durante largos anos. E, embora, em muitos casos a cura seja obtida à custa dessas intervenções iterativas, e depois de longos anos, em muitos casos também o processo termina pela morte, pela aparição de novos focos de osteomielite ou por outras complicações de natureza supurativa e, noutros casos também a necessidade impõe uma mutilação importante.

Não constitui, portanto, a trepanação um método terapêutico de eficácia certa nem de resultados satisfatórios na maior parte dos casos. E assim, nós vemos, correntemente, nas clínicas cirúrgicas, doentes adultos

portadores dum processo de osteomielite crónica cujo início foi na adolescência ou na infância, primitivamente tratados pela trepanação e repetidamente operados em diversos hospitais, sempre na esperança de obterem a cura com uma nova intervenção e, não obtendo geralmente mais do que uma melhoria temporária, quando o seu estado não é agravado pelo aparecimento de quaisquer complicações locais, ou de novos focos de osteomielite a distância, pois que um processo de osteomielite, mesmo no estado crónico, constitui sempre uma fonte viva donde os gérmens podem ser transportados a qualquer ponto do organismo, indo originar complicações da mais diversa natureza.

A maior parte dos doentes em tais condições têm sido primitivamente tratados pela trepanação ou pela incisão e simples drenagem do abcesso osteomielítico. Num grande número de casos também o processo tem evoluído por sua própria conta para a fase de osteomielite crónica e, outras vezes ainda a intervenção é realisada tardiamente, quando o processo de osteomielite tem já corroído todo o osso ou originado complicações visinhas de natureza articular, o que muito compromete os resultados do tratamento.

Como método terapêutico mais radical e de resultados mais rápidos e definitivos nos processos de osteomielite aguda tem, sobre tudo últimamente, sido preconizada a ressecção do osso doente.

Muitos autores, sobre tudo em França, entre os quais, Leveuf, Oberthür, Barret, Sorrel, etc. têm ultimamente apregoado as enormes vantagens da ressecção óssea sub-periostica nos casos graves de osteomielite aguda, apresentando o relato de casos tratados pelo método da ressecção e onde se podem ver as enormes vantagens do referido método.

Consistem essas vantagens na cura rápida, perfeita e definitiva, à custa duma só intervenção.

Pelo que diz respeito aos inconvenientes apontados ao método da ressecção óssea, como a falta de regeneração do osso e a falta de crescimento, os referidos autores têm mostrado, com o relato das suas observações, que tais inconvenientes são mais teóricos do que práticos, desde que se observem, ao praticar a ressecção, os preceitos de técnica desde longo tempo estabelecidos por Ollier e Sedilot. Como estabeleceram estes autores, para se evitar a falta de regeneração óssea a ressecção deve ser exclusivamente sub-periostica. Pelo que diz respeito à falta de crescimento do osso neo-formado, este inconveniente não se observa desde que sejam conservadas as cartilagens de conjugação.

Não basta, porém, atender a estes dois princípios para que a neoformação do osso ressecado se faça em boas condições, incluindo as do crescimento. Necessário se torna fazer seguir a ressecção duma imobilização prolongada em aparelho gessado ou em talas apropriadas. Este facto implica a raridade do penso e a proscrição dos antisepticos locais, condições estas que muito favorecem a regeneração óssea, que parece ser muito prejudicada pelo uso dos antisepticos.

Torna-se ainda necessário e essencial que a ressecção seja feita em

tempo oportuno, entendendo-se por oportunidade a precocidade com que a ressecção é feita.

Está demonstrado que as ressecções secundárias ou tardias são muitas vezes seguidas de falta de regeneração ou de regeneração incompleta, conduzindo a maior parte das vezes à pseudartrose.

Este facto, difficil de explicar, á primeira vista, parece estar relacionado com o estado do periosteo no momento da ressecção, em virtude do papel importante que desempenha o periosteo na regeneração ossea.

Leveuf, afirma que a regeneração do osso se faz tanto melhor quanto maior fôr o esado de irritação do periosteo no momento da ressecção, sem, contudo, estar destruido ou os seus vasos alterados. Com effeito, é um facto averiguado que a ressecção, embora sub-periostica, feita num osso normal não é em regra seguida de regeneração. Isto mostra bem que a irritação do periosteo pela doença desempenha um papel importante nos fenómenos de regeneração ossea. Porém, se o periosteo estiver muito alterado, com os seus vasos destruidos, a regeneração ossea não se faz, ou é diüciente. Isto quer dizer que os vasos sangüíneos do periosteo são necessários para o transporte local dos materiais cálcicos que hão-de servir á reconstituição do osso, o que equivale a admitir um novo mecanismo para o fenómeno das «mutações cálcicas locais», defendido por Leriche e Policard.

Estes factos mostram-nos que a oportunidade da ressecção é uma condição importante para os bons resultados a obter.

Por êste motivo as condições ideais para o momento da ressecção ossea na osteomielite, parecem encontrar-se realisadas no decorrer do 2.º período, quer dizer do 3.º ao 10.º dia de doença. Durante êste período o periosteo tem soffrido grande irritação, sem contudo ter sido destruido nem os seus vasos sangüíneos muito alterados. Pelo contrário, se a ressecção foi feita tardiamente o periosteo já tem soffrido grandes alterações, encontrando-se por vezes transformado em substância fungosa, com os seus vasos mais ou menos destruidos. É êste o motivo porque os resultados da ressecção ossea não são em regra muito brilhantes nos casos de osteite crónica.

Acabamos de ver, pois, os princípios essenciaes a que deve obedecer a ressecção ossea nos processos de osteomielite aguda. Vejamos agora as suas indicações.

É evidente que o método da ressecção ossea não deve ser aplicado em todos os casos de osteomielite aguda. Seria uma intervenção desmedida em muitos casos, em relação á gravidade e estensão do processo, quando se tratasse de osteomielite de forma benigna e limitada e, seria também desnecessária porque a trepanação é susceptível de conduzir á cura em menos tempo nesses casos.

Indispensável se torna portanto estabelecer as indicações respectivas de cada uma destas intervenções, pois, só assim se poderão obter os resultados mais satisfatórios. Não se deve, como alguns cirurgiões aconselham, praticar sistematicamente e empiricamente qualquer dos métodos referidos

porque isso equivale a obter grande numero de insucessos ou de maus resultados.

Levenf, que muito se tem dedicado ultimamente ao estudo d'êste assunto, diz-nos que a trepanação deve ser praticada nos casos de osteomielite aguda de forma benigna e limitada a uma das extremidades diafisárias, reservando a ressecção ossea para os casos graves, de osteomielite total ou pandiafisária.

É esta a conducta que nós seguimos hoje e desde algum tempo já na presença dos casos de osteomielite aguda.

A técnica a usar para a ressecção, consiste, como dissemos, em fazer a ressecção subperiostica, inter-epifisária, conservando sempre, pelo menos, uma das cartilagens de conjugação, se se trata de crianças ou adolescentes.

Apoz a ressecção não devemos abusar do uso dos antisepticos e, antes devemos fazer o primeiro penso com gaze vaselinada simples, segundo o método Orr, immobilizando depois em aparelho gessado ou numa tala de Boëkel. A gaze vaselinada apresenta a vantagem de evitar até certo ponto a maceração dos bordos da ferida operatória, que tem tendência produzir-se em virtude dos exsudatos acumulados e da raridade do penso. A marcha da temperatura deve ser atentamente vigiada, pois que uma subida brusca ou acentuada da temperatura pode impor o levantamento do penso, que não será mudado antes de 3 a 4 semanas se tudo decorrer normalmente. O exame pelos R. X. deve mostrar-nos de quando em quando como se comporta a marcha da regeneração ossea.

Não devemos também desprezar o uso dos meios terapêuticos adjuvantes, como as vacinas, a recalcificação do doente, a sua higiene alimentar, etc. pois tudo isso pode concorrer para uma regeneração óssea mais perfeita e uma cura mais sólida.

Se os doentes não chegam até nós ainda no decurso do 2.º período da doença, isto é; até 10.º dia desde o início dos fenómenos de osteomielite, a conducta terapêutica é ainda a mesma, enquanto durarem os fenómenos de osteomielite aguda. Simplesmente, neste caso, os resultados já são em regra um pouco menos favoráveis e o processo de osteomielite passa quasi sempre ao estado crónico, necessitando mais tarde de uma ou mais intervenções do tipo — sequectrectomia.

NUNES DA COSTA.

LIVROS & REVISTAS

Arteriografia da aorta torácica por punção da aorta ascendente ou do ventrículo esquerdo, por J. Nuvoletti, *Il Policlinico, sez. pratica*, n. 6 de 10 de Fev. de 1936.

Num doente apresentando ectasia da aorta ascendente e do arco aórtico o exame radiográfico mostrou uma massa globosa do mediastino posterior, cuja séde retro-esofágica não era a favor duma origem aórtica; como a aorta ascendente ultrapassava nitidamente o esterno à direita, o A. punccionou-a e injectou com o aparelho de R. dos Santos 28 cc. de iodeto de sódio a 100% sôb a pressão de 1 kgr, 800; as radiografias permitiram concluir pela opacificação da massa mediastinal posterior que se tratava de uma ectásia de uma aorta de trajecto anormal retro-esofágico. O doente não apresentou como perturbações mais que uma cefaleia que desapareceu nos dias seguintes.

Num outro caso de ectásia aórtica, o A. não ousou punçar a aorta ascendente e injectar um liquido sôb pressão porque a punção e a injeção teriam sido feitas em pleno saco aneurismal; punccionou o ventrículo esquerdo onde injectou 28 cc. de iodeto de sódio a 100% sôb a pressão de 2 kgr, 200; no fim da injeção o doente teve uma sincope de curta duração e depois uma bradicardia que persistiu durante trinta e seis horas. O A. atribui a sincope à brusca distensão do ventrículo esquerdo e pensa que com as actuais substâncias de contraste que se não podem empregar diluidas, deve pôr-se de parte a injeção intraventricular enquanto que a injeção na aorta ascendente é perfeitamente legitima.

BRITO SUBTIL.

Existe-t-il encore une chorée rhumatismal? por M. L. Babonneix, *Bull. de l'Acad. de Médecine*. T. 115, n.º 28, 23 de Julho de 1936,

Durante muito tempo admitiu-se sem contestação a teoria que attribuia à coreia uma origem reumatismal, fundada nas pesquisas clássicas de Germain Sée e de H. Roger. Actualmente, porém, essa teoria é objecto de várias críticas que resultam de que:

1.º — Por um lado, falta muitas vezes o elemento reumatismal e o salicilato de sódio parece ser inefficaz, não moderando a intensidade dos movimentos involuntários e não evitando o aparecimento da endo-pericardite.

2.º — E por outro lado, observam-se às vezes perturbações que não teem nada que vêr com o reumatismo, antes dependem da encefalite letárgica.

Daí resulta a tendência que há, actualmente, para dissociar a coreia e descrever uma *forma reumatismal*, anunciada por artropatias, muitas vezes complicada por endo ou pericardite, e em que faltam as paralisias oculares, a pose, a salivação e a sonolência, e uma *forma encefalítica*, sem artropatias iniciais, sem determinações cardíacas, mas anunciada ou acompanhada por sinais da série encefalítica, e cuja terminação possível, se não fatal, é o síndrome parkinsoniano.

Baseando-se em que manifestações articulares, com ou sem endocardite, teem sido assinaladas por vezes em encefalites agudas e, inversamente, podem observar-se importantes lesões cerebrais em coreias das mais «reumatismais», o A. procura demonstrar que a teoria reumatismal da coreia de Sydenham parece estar assente em bases bem sólidas. E aconselha a tratar os coreicos como os reumatismantes, administrando-lhes precocemente salicilato de sódio, repouso no leito, gélo sobre a região precordial.

Nos intervalos dos ataques resguardá-los do frio, procurar e tratar, casos as haja, quaisquer manifestações de infecção focal, e prescrever-lhes, 10 dias em cada mês, salicilato de sódio.

BRITO SUBTIL.

Recherches sur la surcharge calcique de l'appareil cardio-vasculaire dans l'hyperparathyroïdisme expérimental, por R. Leriche, A. Jung e S. M. Dupertuis, *La Pr. Méd.* n.º 74 de 12 de Setembro de 1936.

O hiperparatiroidismo espontâneo não têm por tradução clinica exclusiva a rarefacção e a fragilidade ósseas que caracterizam a osteodistrofia de Recklinghåusen, a qual não é mais que a tradução mais evidente morfológicamente, da osteólise anormal provocada pelas perturbações paratiroidéias. Assim, convém pedir à análise metódica das conseqüências do hiperparatiroidismo osteolítico experimental que nos forneça elementos para a interpretação de doenças aparentemente sem causa.

Foi levados por este espirito que os A.A. empreenderam o estudo químico e histológico do coração e dos vasos no hiperparatiroidismo provocado, assunto do presente trabalho, e cujas conclusões são as seguintes :

O hiperparatiroidismo experimental produz um sobrecarga cálcica do coração e das artérias. Esta sobrecarga pode ser posta em evidência clínica e histologicamente e depende :

a) *da quantidade de extracto injectado* : as mesmas quantidades absolutas tiveram efeito no rato e não tiveram — ou tiveram muito pouco — no coelho ;

b) *da qualidade do extracto injectado* : a paratormona de Collip é mais forte que a paratiroma Byla ;

c) *da duração das injecções* : a sobrecarga cálcica é logo de entrada bastante forte e praticamente constante após as primeiras injecções. Mas não aumenta mais se continuarmos as injecções e muitas vezes, mesmo, volta pelo contrário à normal. Sob este ponto de vista, nas observações dos A.A. a carga em cálcio após injecções prolongadas conservou-se elevada nas artérias e voltou à normal no miocárdio.

Devemos por isso perguntar-nos se não haverá, pelo menos em parte, uma hiperparatiroidia inaparente na origem de certas doenças arteriais com calcificações evidentes e em certos estados miocárdicos sem causa conhecida.

BRITO SUBTIL.

Réactions locales des capillaires à l'histamine et à l'acétylcholine au cours des diverses variétés d'hypertension, por E. Dicker, *La Pr. Méd.* n.º 75, de 16 de Setembro de 1936.

No estado normal, a extensão da zona de eritema consecutivo à injeção intradérmica de histamina ou de acetilcolina atinge em média respectivamente 25 cm² e 17 cm². Varia dum individuo para outro mas, no mesmo individuo, conserva, aos diversos exames, uma constância bastante satisfatória.

Nos doentes com síndrome de hipertensão essencial, e também nos arteriosclerosos, hipertensos ou não, a superfície do eritema provocado não difere em nada da que se observa nos individuos normais.

Nos hipertensos «pálidos» (hipertensão dos nefríticos, hipertensão maligna, nefrosclerose maligna), o eritema provocado pela injeção intradérmica de histamina ou de acetilcolina é pouco acentuado e a sua superfície bastante reduzida (média: 8 cm² para a histamina; 7 cm² para a acetilcolina).

No decurso de certas infecções susceptíveis de provocarem nefrites agudas esscarlatina, amigdalites estreptocócicas) sobrevém frequentemente um periodo de hipertensão arterial de duração variável. Durante este periodo de hipertensão as reacções cutâneas à histamina e à acetilcolina reduzem-se consideravelmente: a sua intensidade e as suas dimensões recordam o que se passa na hipertensão «pálida».

Numa observação relatada detalhadamente, vê-se uma nefrite instalar-se durante o periodo hipertensivo que tinha aparecido no decurso duma amigdalite estreptocócica. As modificações da pressão sanguínea e a extensão das zonas de eritema tinham precedido os sintomas renais; conservaram-se e intensificaram-se durante a evolução da nefrite numa forma crónica que acabou por causar a morte por urémia.

Estes factos constituem argumentos importantes a favor da concepção que atribue o desenvolvimento da hipertensão essencial e da hipertensão pálida a dois mecanismos distintos. Com efeito, verifica-se na hipertensão nefrítica um estado de constrição dos vasos periféricos que se opõe à sua dilatação sob a influência local da histamina e da acetilcolina, enquanto que na hipertensão essencial e nos arteriosclerosos a resposta dos capilares a essas excitações químicas locais não é nada diferente do normal.

Finalmente, é interessante verificar que a constrição periférica se instala ao mesmo tempo que a hipertensão nas infecções susceptíveis de provocarem nefrites e que, se esta complicação aparece, é precisamente no decurso da hipertensão.

Nestas condições, não há dúvida que a elevação da pressão arterial e a

constricção dos vasos periféricos precedem a nefrite, pelo menos se considerarmos o início desta no momento em que a albuminúria aparece. Contudo, parece não ser ainda possível dizer com certeza, como pretende Volhard, se o ataque renal é a consequência da vaso-constricção generalizada ou se, como o pretende Kylin, as modificações reaccionais dos capilares periféricos resultam dum ataque tóxico de todos os territórios capilares, determinando esta lesão os sintomas de nefrite quando existe ao nível dos capilares renais.

BRITO SUBTIL.

Cutiréactions à la tuberculine chez les enfants de la naissance à 2 ans, por P. Nobécourt e S. B. Briskas, *La Pr. Méd.* n.º 76, de 19 de Setembro de 1936.

Neste trabalho os A.A. estudam as cuti-reacções à tuberculina nas crianças desde o nascimento até aos 2 anos (exclusivé), i. e., durante a 1.ª infância.

Seguindo o mesmo plano que nos seus trabalhos anteriores, consideram sucessivamente as cuti-reacções nos rapazes e raparigas reunidos, nos rapazes e nas raparigas separadamente, as cuti-reacções positivas e as cuti-reacções negativas. E expõem os resultados durante o 1.º ano por meses e durante o 2.º por períodos de seis meses. Na clinica médica de crianças todos os bebés são submetidos à cuti-reacção e, quando indicada, à intradermo-reacção. Se a prova é negativa, repete-se todos os meses e mesmo tódas as semanas, para permitir despistar eventualmente o aparecimento da reacção.

Desde 1 de Janeiro de 1921 a 31 de Dezembro de 1935, durante 15 anos, contaram 6.607 crianças de 0 a 2 anos, sendo 3 743 rapazes (56,6 %) e 2.804 raparigas (43,3 %).

Das estatísticas estabelecidas pelos A.A. resulta que : o número de crianças infectadas pelo bacilo de Koch é muito fraco durante os primeiros dois meses de idade e aumenta em seguida com a idade,

O número das tuberculoses activas comporta-se duma forma análoga.

Durante o primeiro ano, todas ou quasi todas as crianças infectadas pelo bacilo de Koch teem tuberculoses activas ; durante o segundo ano a proporção de crianças infectadas que teem tuberculoses inactivas é importante, certamente porque o organismo se defende melhor.

Durante o segundo ano, as raparigas são mais freqüentemente que os rapazes infectadas pelo bacilo de Koch e teem mais freqüentemente tuberculoses activas, certamente porque apresentam certas prediposições,

BRITO SUBTIL.

Oreille et parathyroïde, por A. Malherbe, *La. Pr. Méd.* n.º 77 de 23 de Setembro de 1936.

A otospongiose é uma doença que afecta exclusivamente o sexo feminino, aparece geralmente na puberdade ou no anos que se lhe seguem e está na dependência dum estado geral e particularmente de origem endócrina.

Trata-se em regra duma rapariga ou duma mulher, de 18 a 25 ou mesmo 30 anos, que se queixa há algum tempo de hipoacusia progressiva bilateral e de ruídos auriculares diversos e de intensidade variável. O início remonta à época da puberdade, a doente é mal ou insuficientemente regulada, por vezes com dôres, têm ou teve várias vezes nevralgias do trigémio, algumas vezes como que vertigens frustes. Muitas vezes os ruídos e a surdês aumentam bastante após um parto recente ou um abôrto; a diminuição da audição e a intensidade dos zumbidos são maiores nos períodos das regras. A' otoscopia vê-se um tímpano absolutamente normal, ás trompas são permeáveis, as fossas nasais e o cavum, livres, ao contrário do que acontece nas otites crónicas exógenas. O *Weber* é lateralizado ao lado em que a surdês é mais acentuada, o *Rinne* é negativo de ambos os lados; há *paracusia a distancia* e *paracusia de Willis*. Segundo os casos e grau de surdês, a percepção da voz baixa diminui progressivamente até deixar de se ouvir. A voz alta diminui também, mas menos, segundo o estado das lesões labirínticas e as suas diferentes fases. Os zumbidos embora muito frequentes, podem por vezes faltar; outras vezes são insuportáveis. O seu carácter é dos mais variáveis e a sua natureza, como a sua força, dependem da intensidade e da séde das lesões de osteíte. Quando a doença têm terminado completamente a sua evolução, os zumbidos auriculares cessam.

Não se trata apenas duma simples afecção local; está em causa uma afecção geral de natureza endócrina o que é confirmado pelas lesões anátomo-patológicas conhecidas. Várias glândulas podem ser incriminadas, o que não é de estranhar atendendo à interdependência que entre elas existe, mas há uma cujo papel é primordial, que é a paratiroide.

A função essencial da paratiroide é a regulação do metabolismo do Ca e a manutenção a um nível definido do Ca total do plasma circulante.

O A. julga possível demonstrar que tem remediado numerosas reabsorções ósseas observadas em muitas afecções auriculares: otospongioses, escleroses e outras, e melhorar ou mesmo fazer desaparecer os sintomas disparatiroides mais penosos acusados por êsses doentes: zumbidos, surdês e vertigens, utilizando a hormona paratiroideia: primeiro os extractos paratiroides e actualmente a hormona paratiroideia pura (*paratormona, paratirona*). O tratamento usado consiste em injeções subcutâneas de 1 cc. dia sim dia não.

O A. apresenta a seguir alguns casos comprovativos da eficácia do seu tratamento.

BRITO SUBTIL.

Traitement des sinusites suppurées récidivantes, por N. Taptas, *La Pr. Méd.* n.º 77, de 23 de Setembro de 1936.

Nos casos normais de seios frontais que não se estendem para além do meio do rebordo orbitário superior a criação da brecha fronto-maxilar e a instalação de uma larga drenagem do seio para o nariz pela ressecção cuidadosa da massa fronto-etmoidal ao mesmo tempo que do corneto médio e das células do recessus supra-orbitário, dão uma cura definitiva com sutura imediata da incisão cutânea sem drenagem exterior,

Nos casos de seios estendendo-se até à cauda do sobrólho, juntar-se-á uma contra-abertura da parede anterior do seio ao nível da sua extremidade temporal. Esta permitirá completar a curetagem do seio e do recessus supra-orbitário sem que, por isso, se seja forçado a sacrificar a placa frontal anterior, evitando assim uma depressão desfiguradora da região frontal. Também aqui a ferida cutânea será suturada por primeira intenção, sem drenagem exterior.

Nos casos de seios maiores, séde de supuração aguda intensa ou crónica feaquecida e mais ou menos exteriorisada, conservar-se-á aberta durante um certo tempo a parte externa da incisão cutânea, a-fim-de poder-se tratar a sinusite por meio de lavagens e tamponamentos. Deixar-se-á fechar a ferida apenas os fenómenos agudos e a supuração tenham diminuído.

Nos casos de seios desmesuradamente grandes, com um recessus supra-orbitário muito extenso, cuja drenagem pela via do canal fronto-nasal, tentada numa primeira intervenção, se provou ser impossível, do mesmo modo que nos casos de sinusites complicadas resistindo a todos os tratamentos e recidivando apenas se deixa fechar a ferida exterior, procurar-se-á obter a redução das dimensões do seio pela destruição dos seus prolongamentos temporal e supra-orbitário, a-fim-de tornar fácil a drenagem da cavidade frontal assim limitada.

Nos casos de osteite difusa das paredes dos seios, manifestando-se por uma tenacidade desanimadora da supuração e pela produção exagerada de fungosidades que obstroem as cavidades frontais, a-pesar da destruição prévia dos prolongamentos periféricos dos seios, ressecar-se-á a placa anterior frontal em toda a periferia, conservando apenas uma estreita faixa por cima da raiz do nariz e da cabeça do sobrólho, provocando assim o apagamento da quasi totalidade da cavidade sinusal.

Nos casos de sinusite dupla, junta-se a estas medidas a ressecção do septo intersinusal e da parte superior da lâmina perpendicular do etmoide.

BRITO SUBTIL.

Traitement des sinusites suppurées récidivantes, por N. Taptas, *La Pr. Méd.* n.º 77 de 23 de Setembro de 1936.

Como o tratamento das supurações frontais, por via endonasal, têm dado resultados muito satisfatórios ao mesmo tempo que evita as cicatrizes exteriores, sempre indesejáveis, há tido o interêsse em começar por êle.

BRITO SUBTIL.

La reacción de Vernes-resorcina en la tuberculosis pulmonar, por E. Alegret e F. Ayuso, *Revista Médica de Barcelona*, T. XXV, n.º 147, Março de 1936.

A reacção de Vernes baseia-se no poder de flocculação dos fenóis em presença dos soros sangüíneos; entre aqueles escolheu Vernes, pela sua sensibili-

dade e manejo fácil, um difenol, a resorcina. A uma pequena quantidade de soro, 6 décimas de cc., obtido estando o doente em jejum, juntam-se 6 décimas de cc. duma solução aquosa recente de resorcina a 1,25 %; faz-se uma primeira leitura no fotómetro de Vernes-Brig-Ivon e a fim de ¼ horas uma segunda leitura; a diferença entre as duas constitue o índice óptico (I. O.) ou densidade óptica (D. D.).

O verdadeiro mecanismo íntimo da reacção está ainda por explicar; trata-se sem dúvida dum desequilíbrio coloidal produzido por um electrólito, a resorcina neste caso.

Baseados numa estatística de 5.000 e tal sóros, os A.A. afirmam que a reacção de Vernes não é específica.

Deram I. O. superior a 30 as seguintes afecções do aparelho respiratório: adenoides, bronquectásias, catarro das vias superiores, bronquite crónica, asma essencial, lúes pulmonar, abcesso do pulmão, quisto congénito, empiema e neoplasia do mediastino. Ora Vernes, aparte algumas excepções (sífilis, cancro e doenças febris) considerava a reacção como específica da tuberculose e relacionava-a estreitamente com o conceito de *evolução*: uma D. O. > 30 correspondia a tuberculose em evolução qualquer que fôsse a sua localização. Examinando as doenças que nas estatísticas dos A.A. dão D. O. superior a 30, vemos que são, na sua maior parte, exactamente aquelas que podem dificultar um diagnóstico com a tuberculose. Em nada a reacção de Vernes nos ajuda a fazer o diagnóstico, uma vez que em todas elas o resultado é positivo.

Quanto às doenças não localizadas ao aparelho respiratório, além das já assinaladas pela escola de Vernes (sífilis, cancro e pirexias), encontraram os autores com I. O. superior a 30: cardiopatias, otites médias supuradas, úlcera gástrica, paludismo e pielonefrites.

BRITO SUTIL.

El veneno de abeja como antiálgico y antireumático. Nueva aportación, por P. Barceló e J. Belart. *Revista Médica de Barcelona*, T XXV, n.º 148, Abril de 1936.

O veneno de abelha é um tratamento eficaz e inofensivo que actua favoravelmente nas algias chamadas reumatoides; a sua maior eficácia têm lugar nas de tipo periostico nervoso e muscular, obtendo-se excelentes resultados em casos de artrite deformante do joelho, nas oligoartrites e nas algias sintomáticas, embora neste tratamento etiológico seja o mais eficaz.

Embora a via intradérmica seja eficaz, julgam os A.A. preferível a subcutânea. A injeção será feita «loco dolenti».

A dóse empregada deve ser pelo menos de 2 cc. por sessão da solução fraca (A) devendo o intervalo entre as sessões ser de um a três dias; o número das seções será variável com a afecção em tratamento.

A rapidés das melhoras varia com afecção. Nas mialgias, nevralgias e fenómenos algicos em geral, as melhoras podem aparecer desde passados vários segundos a passadas várias horas. Em compensação, em afecções como as artri-

tes deformantes e mono ou oligo-artrites infecciosas, as melhoras não se iniciam senão depois de várias sessões, devendo persistir-se no tratamento para se conseguir uma melhoria evidente.

É preferível a utilização de preparados asepticos de veneno de abelha, pois é indolor e nunca se observam accidentes desagradáveis no seu emprego.

depois de citarem algumas estatísticas de outros autores (Terc. Becker, Roch), os A. A, apresentaram a sua última estatística que dá os resultados seguintes :

Mialgias, 25 : resultados bons 20, medianos 5, maus 0.

Fibrosites, 3 : resultados bons 3.

Nevralgias, 11 : resultados bons, 9, medianos 2.

Periartrite escapulo-humeral, 6 : resultados bons 4, medianos 1, maus 1.

Artrite deformante do joelho, 5 : resultados bons 4, medianos 1, maus 1.

Algias sintomáticas, 4 : resultados bons 4.

Algias de um melitocócico, 1 : resultado mau.

Reumatoides de origem focal, 6 : 6 resultados bons.

Oligo- artrites, 4 : resultados bons 3, mediano 1.

BRITO SUBTIL.

Cirrosis hepáticas y colecistopatías con litíasis, por F. Ferrer Solervicens, S. Siper Maresma e J. Saulehi Gambús, *Revista Médica de Barcelona*, T. XXV. n.º 149, Maio de 1936.

A patogenia dos cálculos biliares é ainda muito odscura e são contraditórias as opiniões dos autores que dela se occupam. E a-pesar do que teem ensinado Meukel, Nannyn, Chauffard, Aschoff, Bacmeister e últimamente Lichtwitz, entre outros, o certo é que estamos ainda longe de possuir uma explicação que esteja de acôrdo com os factos. Por isso seria útil multiplicar as contribuições clínicas em que possa estabelecer-se uma conexão entre a litíase biliar e outros processos mórbidos, especialmente os de origem hepática. Com êsse fim examinaram os A.A. o estado das vias biliares em uma série de casos de cirrose hepática que foram autopsiados e apresentam as seguintes conclusões :

1.º — A cirrose hepática essencial de Laennec pode ser acompanhada de colecistopatias inflamatórias e litídicas.

2.º — Essas colecistopatias, cujas conexões patogénicas com as cirroses hepáticas são desconhecidas pelos A.A. podem, actuando como infecções focais, dar lugar a hipertermias e acelerar a evolução fatal das hepatopatias.

3.º — Nas hepatites simples ou graves é possível que por discolia, diquinésia a infecção de origem hepática, se originem colecistopatias litíásicas.

4.º — Uma sistemática investigação dos antecedentes hepato-biliares dèsses doentes poderá, ás vezes, desconhecer estas colecistopatias secundárias ás hepatites.

5.º — O factor discólico, como origem da formação de núcleos calculosos, parece poder admitir-se na litíase biliar que se encontra amiúde no docorrer das cirroses hepáticas pigmentares.

BRITO SUBTIL



Fosfosan

Iodina

Leucosan

Natrion

Vitol

Lactosan

CULTURAS PURAS DE
BACILOS BÚLGAROS
SELECIONADOS

Enterites agudas e
crónicas, Enterocolites
membranosas, Febre
tifoide, Diarreias, Apen-
dicite, Peritonite, Intoxi-
cações alimentares,
Putrefacções intestinais,
Embaraços gástricos,
Dermatoses, Urticária,
Colites, etc.



CALDO DE CULTURA
E
COMPRIMIDOS

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACEUTICA

AZEVEDO, IRMÃO & VEIGA

24, Rua do Mundo, 42 - Lisboa

LABORATORIOS

DAS FARMACIAS

AZEVEDOS

LISBOA

AZEVEDO, FILHOS

31, P. D. Pedro IV, 32 - Lisboa

duodenais, etc. = HISTIDISAN

Sulfonatrion

“AZEVEDOS”

Soluto aquoso estabilizado de iodeto de sódio e enxôfre

Anti-álgico de acção enérgica. Injectável intramuscular, ou, de preferência, endovenosamente. Caixa de 6 e 12 empolas de 5 c. c.

Reune as propriedades sedativas e analgésicas do iodeto de sódio às propriedades anti-reumáticas do enxôfre. É absolutamente atóxico e não ocasiona reacções locais nem secundárias.

Artrismo, Ciática, Gôta, Neuralgias, Cefaléas, Polinevrites, Hemicrânias, Simpatalgias, Asma.

FARMÁCIAS

Azevedo, Irmão & Veiga

Azevedo, Filhos

24 — Rua do Mundo — 42

31 — Praça de D. Pedro IV — 32

LABORATÓRIOS DAS FARMÁCIAS AZEVEDOS

— LISBOA —

Urisan “AZEVEDOS”

GRANULADO EFERVESCENTE

Piperazina, Benzoato de lítio e Formina

prescrito e aconselhado em
todas as manifestações de:

ARTRITISMO, LITÍASE RENAL,
GOTA, URICEMIAS, OBESIDADE, etc.

Muito útil também na
**Antisépsia das Vias
Urinárias, Blenor-
ragia, Cistites, etc.**

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Auto-Club Médico Português

Fundou-se em Lisboa o Auto-Club Médico Português, cujos fins exactos no artigo 2.º dos Estatutos, já aprovados oficialmente, são :

§ 1.º — Agrupar todos os diplomados em ciências médicas, pelas Universidades Portuguesas, que conduzam ou possuam automóveis privados no serviço profissional com o fim de obter dos poderes públicos e entidades particulares todas as vantagens destinadas a facilitar a sua actividade ou deles façam uso frequente.

2.º — Promover facilidades na aquisição, e reparação dêstes automóveis.

3.º — Tornar efectiva a protecção seguradora, por contratos gerais de que individualmente possa aproveitar cada um dos seus sócios.

4.º — Organizar de um modo geral a defesa dos interesses dos mesmos sócios, sob os pontos de vista judicial, administrativo e fiscal.

5.º — Estudar todas as questões que possam relacionar-se com a circulação na via pública, podendo colaborar com outras entidades oficiais ou particulares, na solução dêstes problemas.

6.º — Promover excursões científicas, provas desportivas, conferências ou festas com fins recreativos ou de beneficência, tendo principalmente em vista, neste último caso, a assistência aos médicos necessitados ou suas famílias.

7.º — Manter as melhores relações com os Clubs afins ou congêneres, nacionais ou estrangeiros, designadamente a União Internacional dos Auto-Clubs Médicos ou outros organismos de prestígio, e procurando obter para o A. C. M. P. e seus sócios as regalias concedidas aos membros dessas associações.

8.º — Cooperar, na medida do possível, no desenvolvimento do turismo nacional.

9.º — Manter na séde do Club instalações próprias, de forma a proporcionar aos sócios e seus familiares tudo quanto possa aumentar o seu grau de cultura física, moral ou intelectual, e todos os meios que de qualquer forma possam contribuir para recreio, conforto e utilidade dos sócios.

Os seus corpos gerentes eleitos na Assembleia Geral de 22 de Julho ficaram constituídos pelos colegas :

Direcção — Presidente, Prof. Dr. Jayme Salazar Alonso; Vice-presi-

dente, Prof. Dr. Alberto Borges de Sousa ; 1.º Secretário, Dr. Fernandes Lopes ; 2.º Secretário, Dr. Carlos Vidal ; Tesoureiro, Dr. António Pina Júnior ; Vogais, Dr. Henrique Bonhorst, Dr. Balbino Rêgo ; Substitutos, Dr. Leite Lage, Dr. Cabral Sacadura.

Mesa da Assembleia Geral — Presidente, Prof. Dr. Egas Moniz ; Vice-presidente, Dr. Eugénio Pereira Castro Caldas ; 1.º Secretário, Dr. Diogo Guilherme Alves Furtado ; 2.º Secretário, Dr. Arbués Moreira ; Substitutos, Dr. Formosinho Sanches, Dr. Adelino Costa.

Conselho Fiscal — Presidente, Prof. Dr. Lopo de Carvalho ; Vice-presidente, Dr. Amândio Pinto ; Vogais, Dr. Mário Moutinho, Dr. Alberto Comes, Dr. Abel Alves.

Na sua primeira reunião, a direcção do Auto-Club Médico Português exarou na acta uma saudação à «Coimbra Médica», gentileza que muito agradecemos.

Conferências

Realizaram-se as seguintes conferências : no Porto, o sr. dr. Vilas Boas Neto, «Campanha anti-venérea. Males que veem de longe», e o sr. dr. Amilcar de Sousa, que discorreu sobre a nova orgânica dada pelo governo à lavoura e ao comércio dos vinhos do Porto.

Várias notícias

Regressou da Suíça onde foi tomar parte nos trabalhos do Congresso de Neurologia, o ilustre Prof. da Faculdade de Medicina de Coimbra, sr. Dr. Elisio de Moura.

— Em missão de estudo, partiu para a Alemanha o distinto Professor auxiliar da Faculdade de Medicina e redactor da «Coimbra Médica», sr. dr. Augusto Vaz Serra.

— Regressou da Alemanha, onde esteve durante alguns meses em missão de estudo, o sr. dr. Guilherme de Oliveira, assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra.

— Por motivo de serviço cessaram as autorizações aos oficiais médicos para concorrerem ao internato dos Hospitais Cívis de Lisboa

— Foram condecorados : com o grau de oficial da Ordem Militar de Cristo, o sr. dr. João Manuel de Sousa Bastos, assistente do serviço clínico de urologia dos Hospitais Cívis de Lisboa ; e com o grau de grande oficial da Ordem de Benemerência, o sr. dr. João António Cardoso Baptista director do Asilo Amparo de Nossa Senhora das Dores de Vila Real.

Falecimentos

Faleceram, em Silgueiros, Viseu, o sr. dr. Henrique Cortez, que durante meio século exerceu a clínica naquela cidade ; em Viatodos, Barcelos, o sr. dr. Manuel Pereira de Oliveira Barbosa, que contava apenas

40 anos de idade; em Lisboa, o sr. dr. João Silvestre de Almeida, natural dos Açores.

— No Porto, faleceu a sr.^a D. Joaquina Adelaide Vasconcelos Monteiro, mãe do sr. dr. Manuel Soares Monteiro, médico em Paços de Garolo, Marco de Canavezes, e em Oliveira de Azemeis, a sr.^a D. Amélia Carqueja de Abreu Lemos, mãe da esposa do sr. dr. Manuel Valente, médico naquela localidade.

— Pelo falecimento de seu irmão, sr. Henrique Godinho de Melo, está de luto o sr. dr. Fernando de Melo, coronel médico reformado.

— Em S. João do Estoril, faleceu o eminente cirurgião, sr. dr. Custodio Maria de Almeida Cabeças, lente da Faculdade de Medicina de Lisboa, onde desde 1898 até 4 de Agosto do corrente ano em que atingiu o limite de idade exerceu as suas funções.

Congresso Internacional de Cosmobiologia

A Associação Internacional para o Estudo das Radiações solares, terrestres e cósmicas, reunida em la Malon-les-Bains (Herault) prepara activamente para 1937 o primeiro Congresso Internacional de Cosmobiologia.

Os assuntos a versar são os seguintes :

- a) Estado actual dos conhecimentos sôbre as Radiações eléctricas e ondas hertzianas emitidas pelo Sol ;
- b) Estado actual dos conhecimentos sôbre electricidade atmosférica e ionisação do ar ;
- c) Relações com a radioactividade das rochas e das águas ;
- d) Influência destas radiações sôbre os seres vivos, sôbre o aparecimento, paragem ou agravamento das doenças agudas e crónicas ;
- e) Acção das radiações sôbre a evolução e transformação das espécies animais e vegetais.

Na reunião da Associação, em 15 de Setembro, serão designados os relatores.

A Associação pede a colaboração dos médicos, Radiólogos, Físicos, Astrónomos, Naturalistas, Meteorologistas e Geólogos portugueses.

Dirigir ao dr M. Faure — 24 — Rue Verdi — Nice — França.



ULTIMAS NOVIDADES:

- Alajouanine et R. Thurel** — Les Spasmes de la face et leur traitement, 88 pages (M) — 12 frs.
- Berger** — Gestes et procédés techniques de chirurgie générale. 138 pages, 124 figures (M) — 32 fr.
- Bertand et E. Corajod** — Traitement chirurgical du Cancer du Col pelvien. 208 pages, 35 figures (M) — 30 fr.
- Brumpt** — Précis de Parasitologie. 5^e Édition entièrement remaniée, 2 vol., 2140 pages, 1085 figures, 4 planches en couleurs (M) — brochés, 170 fr., reliés toile, 200 fr.
- Bruynoghe** — L'Immunité et ses applications, 4^e édition, 1 vol. gr. in-8, de 400 pages, avec figures (B) — 60 frs.
- Cordier** — Les méthodes manuelles de respiration artificielle. 92 pages, 19 figures (M) — 14 fr.
- Dauphin** — L'Alcoolisme qui s'ignore. 1 vol. in-8, 80 pages avec 11 figures et 1 tableau (B) — 12 frs.
- Egas Moniz** — Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses. 284 pages, 39 figures (M) — 40 fr.
- Émile-Weil, P. Isch et S. Perles** — La Ponction de la Rate. 148 pages, 33 figures (M) — 35 fr.
- Garrière** — La Diphtérie. 214 pages, 46 figures, 3 planches dont 2 en couleurs (M) — 32 fr.
- Guéniot** — Pour vivre cent ans ou l'art de prolonger ses jours. 4^e édition, 1 vol. in-16 (B) — 14 frs.
- Hartmann** — La Radiographie en ophtalmologie. Atlas clinique, 280 pages, 391 figures (M) — Relié toile, 230 fr.
- Lambret, H. Malatray, J. Driessens** — La Chirurgie du Cancer du Poumon, Bases anatomo-cliniques, expérimentales, et technique opératoire. 198 pages, 17 Planches hors texte (M) — 45 fr.
- Langeron, M. Paget et G. Fruchart** — Le fonctionnement rénal chez les cardiaques. 144 pages (M) — 30 fr.
- Leys** — Recherches sur les Eaux polluées. 1 vol. gr. in-8, de 112 pages, avec figures (B) — 20 frs.
- Lutembacher** — Les lésions organiques du cœur. Étude clinique, anatomique et thérapeutique, (format des grands atlas 25 x 32), 352 pages, 185 figures (M) — Relié toile 300 fr., Relié toile en 2 vls., 330 fr.
- Marfan** — Études sur les maladies de l'Enfance. 192 pages, (M) — 30 fr.
- Mathey-Cornat** — Radiothérapie gynécologique. Curie et Roentgenthérapie. 370 pages, 81 figures (M) — 60 fr.
- Pichon** — Le Développement psychique de l'enfant et de l'adolescent. Évolution normale, Pathologie, Traitement. 374 pages (M) — 45 fr.
- Pratique Médico-Chirurgicale** — Supplément (Tome IX), 960 pages, 255 figures (M) — Relié, 165 fr.
- Rathery** — Le Diabète sucré. Leçons cliniques. 2^e série, 1 vol. gr. in-8 de 327 pages (B) — 50 frs.
- Rudaux** — Précis élémentaire d'Anatomie, de Physiologie et de Pathologie et de Thérapeutique appliquée. 8^e édition complètement remaniée et augmentée, 934 pages, 618 figures (M) — 60 fr.
- Souques** — Les Etapes de la Neurologie dans l'antiquité grecque (d'Homère à Galien), 248 pages (M) — 45 fr.
- Stoia et P. Stanciulesco** — Le Cancer. Études anatomo-cliniques. 332 pages, 147 figures (M) — 55 fr.
- Terracol** — Les Maladies des fosses nasales. 554 pages, 223 figures (M) — Broché, 110 fr., Cartonné toile, 130 fr.
- Van Gehuchten** — Les Maladies nerveuses. 1 vol. gr. in-8, de 549 pages, avec 407 figures (B) — 130 frs.
- Vignes et M. Robey** — Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme, 88 pages, 13 figures (M) — 14 fr.
- Warembourg** — Les Hyperglycémies. Étude clinique et physiopathologique. 584 pages, 21 figures (M) — 65 fr.

Disenteria bacilar,
Enterite,
Enterocolite muco-
membranosa,
etc.

Biolactina

LABORATÓRIO NORMAL — 50, rua Bernardo de Lima — LISBOA

LABORATORIO NORMAL

"Transpneumol"

INDICAÇÕES: Broncopneumonia, Pneumonias post-operatórias, mesmo nos casos graves com focos bronco-pneumônicos extensos. Profilaxia das pneumonias hipostáticas (nas pessoas idosas que permaneçam de cama). Bronquiectasia. Bronquite aguda e crônica. Bronquite fétida. Gripe e suas complicações pulmonares. Broncorrêa. Abscessos pulmonares. Catarro concomitante da tuberculose pulmonar. Profilaxia das doenças pulmonares que possam sobrevir em consequência dum ataque de gripe.

(Em empoladas de 1 e 2 c.c.)