

PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

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

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

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

SUMÁRIO: Tumor de células da granulosa, por FERNANDO MAGANO. O valor terapêutico das injeções de sulfato de magnésio no tratamento das formas convulsivas da eclampsia, por GONÇALVES D'AZEVEDO FILHO. Neuropatias hematógenas bilaterais, por AURELIANO PESSEGUIRO.

Movimento Nacional — *Lisboa Médica* (Febre por mordedura de rato. Histoplasmose de Darling). *África Médica* (Engenia jambolana no tratamento da diabetes). *Clínica, Higiene e Hidrologia* (Vitamina E na esclerose lateral amiotrófica. Reacções meningéas e meningites linfocitárias. Relações entre a sífilis e a arteroesclerose. O elogio da clínica). *Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis* (Lipodistrofia simétrica). *Instituições e Sociedades Médicas*.

ACTUALIDADES — A Penicilina, por JOSÉ GARRETT.

Notas várias — Sulfamidas no tratamento da coqueluche. Demonstração do bacilo de Kock na tuberculose pulmonar incipiente. Implantação de hormona masculina e progesterona no tratamento do cancro da mama. Tratamento da psoríase pela fotossensibilização. Função inibidora do simpático lombar sobre a potência sexual masculina. Tolerância para o salvarsan durante a menstruação.

ANEXOS — As certezas matemáticas e a clínica, por ROCHA BRITO. Questões de linguagem médica, por JOSÉ INEZ LOURO. A Ordem em 1943, por A. GARRETT. Notícias e informações.

Composta e impressa na Tip. da "Enciclopédia Portuguesa", L.ª — R. Cândido dos Reis, 47 — Pôrto

EDITOR: A. GARRETT — Rua Cândido dos Reis, 47 — PÔRTO

*Nova etapa
da terapêutica sulfamidada*

THIAZOMIDE

2090-R.P. SULFATIAZOL

**PRODUTO POLIVALENTE FACILMENTE TOLERADO
PELO ORGANISMO**

GONOCOCOS • COLIBACILOS
PNEUMOCOCOS • MENINGOCOCOS
ESTREPTOCOCOS • ESTAFILOCOCOS



*O emprego do Thiazomide diminui o numero dos
sulfamido-intolerantes e permite tratamentos
mais curtos com posologias mais elevadas.*

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS A Ogr. 50
Dose diária inicial: 4 a 8 gramas.



SOCIETE PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARCAS POULENC FRÈRES & USINES du RHÔNE

21. RUE JEAN GOUJON • PARIS • VIII^e

Representante para Portugal

SOC. COM. CARLOS FARINHA, L.^{DA}

Rua dos Sapateiros, 30, 3.^o

LISBOA

As certezas matemáticas e a clínica

(Trecho da conferência *O elogio da clínica*, do Prof. ROCHA BRITO)

Acusam-nos de que a nossa ciência e a nossa arte são feitas de incertezas, de verdades aproximadas e relativas. Bem o sabemos e há quanto tempo! A culpa não é da clínica, nem é nossa; é do campo complicadíssimo e relativíssimo onde nos mexemos: o complexo humano; o nosso mundo é feito de realidades tangíveis, mas que não podemos tanger a nosso talante. Os matemáticos gabam-se da sua ciência exacta, mas eles partiram de meia dúzia de axiomas que aceitam como verdades e podem raciocinar por dedução e silogismos; as outras ciências naturais, embora lidando com realidades, podem observar à vontade e experimentar largamente, raciocinando por indução e generalizando, nem sempre com acêrto, aliás; nós não podemos nem mesmo observar à larga e só raramente experimentar, ilaqueada a nossa liberdade pela liberdade do nosso irmão homem, homem que está em condições de inferioridade e entregue, quasi sem mercê, ao nosso saber, à nossa experiência, à nossa *sagesse*, apenas protegido pela nossa moral, que, se quisermos, não tem neste mundo outro juiz para a julgar além da nossa consciência. A nós só raramente nos é dado deduzir e ainda menos induzir; o nosso raciocínio — mais precário — baseia-se na confrontação, na comparação, na analogia.

Há quanto tempo sabem os médicos que a sua verdade é uma verdade relativa, mas também sabem que cada vez esta vai sendo menos relativa, aproximando-se da verdade absoluta das outras ciências, que ao fim e ao cabo, talvez a não possuam. *Quid veritas?!...*

Sim. Quem, neste momento, der um balanço imparcial às diferentes doutrinas reinantes na Física matemática, fica sem saber ao certo o que é o determinismo numa das ciências em que mais parecia inatacável. Chega-se a falar em crise do determinismo, escreve-se

Syphilis.

Bismogenol

Fama Mundial

isto, que há bem pouco tempo teria o aspecto duma barbaridade: o livre arbítrio da matéria, que tem a sua contra-partida nesta outra afirmativa: o determinismo do espírito.

No mundo do infinitamente grande Einsten propõe a teoria da relatividade e no do infinitamente pequeno Eisenberg descobre o princípio da indeterminação, cuja fórmula apresenta. Na microfísica o probabilismo. Corpúsculos ou ondas; ou ambas as coisas, como querem os ecléticos?

Um célebre matemático inglês contemporâneo, cujo nome teima em não apontar ao bico da pena, sugere aquêlo curioso exemplo do feixe de fotões, que se separam em dois grupos iguais, segundo a fórmula: $\text{sen}^2 a + \text{cos}^2 a = 1$. E pergunta, no caso limite dum só fotão, tendo êste igual probabilidade de seguir o caminho do seno ou do coseno, por qual se delibera êle? pergunta desconcertante e... sem resposta.

Se nas coisas da microfísica há uma margem de indeterminação, não será de mais exigir, com Boll e outros, que a biologia — extremamente mais complicada, seja manietada nas cadeias da linguagem matemática? Não digo — longe disso — que num ou noutro sector da biologia tal não seja possível, embora nas diferentes tentativas até hoje feitas, sejam mais os insucessos do que os êxitos.

Seja como fôr, posso ainda admitir que a patologia caiba numa complicadíssima equação algébrica, com muitas diferenciais, integrais, vectores, matrizes, imaginários, etc. É possível, embora pouco provável, mas a clínica, arte e ciência do homem doente, quando é que caberia dentro duma fórmula, que exprimisse tãda a sua evolução mórbida, na sua breve ou longa carreira da vida, sujeita a tãdas as variações do meio externo e interno, tão assoberbada pela hereditariedade!... meter o prognóstico numa equação, a complexa e sútil previsão evolutiva, mais pressentida pelo subconsciente do que prevista pelo consciente!...

Eis aqui um convalescente de febre tifóide. Quando tudo fêz prever que em breve poderá cantar vitória, ei-lo vítima de morte súbita.

E a psique? essa fugirá sempre aos grilhões da exactidão matemática. E a parte do médico nesse colóquio singular em nada conta no decorrer da doença? quando é que essa verdadeira colaboração pode ser enxertada na fórmula e como?

A exactidão matemática em clínica! contentemo-nos, pois, os clínicos, com a nossa verdade relativa, que também é verdade, e trabalhemos em torná-la menos relativa...

Não se vá pensar que não aprecio uma ou outra fórmula matemática em medicina, nem que suponho destronado o determinismo em ciência. As primeiras, depois de bem interpretadas, podem ser um bom ponto de partida; o segundo será sempre método fecundíssimo.

Um grande espírito francês, médico matizado de filósofo, Cabanis,

compôs, 1789, uma memória com o título: «Du degré de certitude de la médecine». Menos de cinquenta anos passados, o professor desta Faculdade, Francisco Soares Franco, publicava um trabalho com igual título e da mesma índole: «Grau de certeza na medicina prática»; entenda-se por medicina prática, a clínica. Em cinquenta anos o balanço já era favorável ao progresso da nossa arte.

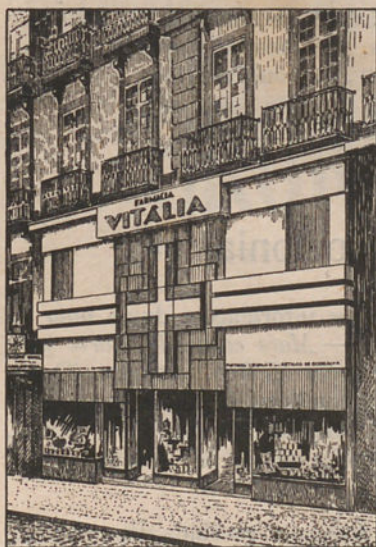
Em 1867, Dubois d'Amiens, secretário perpétuo da «Académie de Médecine», retoma assunto a título: «Du degré de certitude de la médecine au XIX.^e siècle». Finalmente em 1911, o professor A. Chauffard, médico vitalista e um dos maiores clínicos que a França tem tido, volta à carga do assunto e do título, publicando «Du degré de certitude de la médecine», título errado, diz ele, porque a certeza ou é, ou não é, não comportando graus, mas tão sugestivo e usado por outros, que o mantem e se deve manter, para de tempos a tempos, se aferir os progressos da nossa ciência. Quem escreverá o novo artigo, onde se ponham bem a claro os progressos incontestáveis dos últimos anos?

O grau de . . . certeza vai pois em aumento na nossa clínica, sem

FARMÁCIA VITÁLIA

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

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



Alguns produtos injectáveis especializados de reconhecido valor terapêutico:

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

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

Vitabê — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B₁, doseadas a 0,005 (2.500 U.I.).

Vitabê forte — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B₁, doseadas a 0,025 (12.500 U.I.).

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

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

nunca atingir o da exactidão matemática e isto por definição, pois que havemos de lidar sempre com a complexa realidade humana, cada vez mais complexa, porque se aperfeiçoa. Não sou hóstil às matemáticas, eu que hesitei algum tempo entre a carreira matemática e a medicina, nem cultivo o cepticismo derrotista. Se a dúvida sistemática me parece útil e até fecunda, a falta de entusiasmo, a indiferença, o cepticismo sistemático são grandes defeitos no clínico. Não sou, pois, um descrente sistemático ou opiniático da cooperação matemática na clínica; a verdade, porém, da minha observação, e já lá vão 30 anos de exercício aturado, é que nunca nenhuma das fórmulas ou equações algébricas empregadas na medicina da pessoa se verificaram exactas quando a elas recorri. A culpa nem é das Matemáticas, nem é da Clínica; as suas linguagens são diferentes. Já outro tanto não digo da medicina social, onde as estatísticas bem elaboradas, repito, podem prestar indiscutíveis serviços.

A nossa — a medicina pessoal, a clínica — é extremamente difícil, complicada e subtil, infelizmente cheia ainda de lacunas para exprimir as realidades humanas, que não são noções nem conceitos abstractos, terreno onde se movem os matemáticos, nem podem, pelo menos tódas, ser medidas como o desejariam as ciências mecánicas.

Depois de pormos em prática um sem número de métodos, processos e técnicas, que são o orgulho das ciências naturais, depois de termos virado do avêso e revirado o nosso doente, depois de termos medido, pesado e contado, no pequeno sector em que isso foi possível, ainda nos fica qualquer coisa de importantíssimo para o nosso conhecimento, e cura do doente — uma realidade tão existente como as outras — a psique, que sem ter pêsso, nem conta, nem medida, pesa, conta e mede em tódas as funções sãs ou perturbadas do doente e em todos os nossos actos de médicos, até mesmo daqueles que... nela não acreditam, contanto que sejam... bons médicos.

Assim é que está certo.

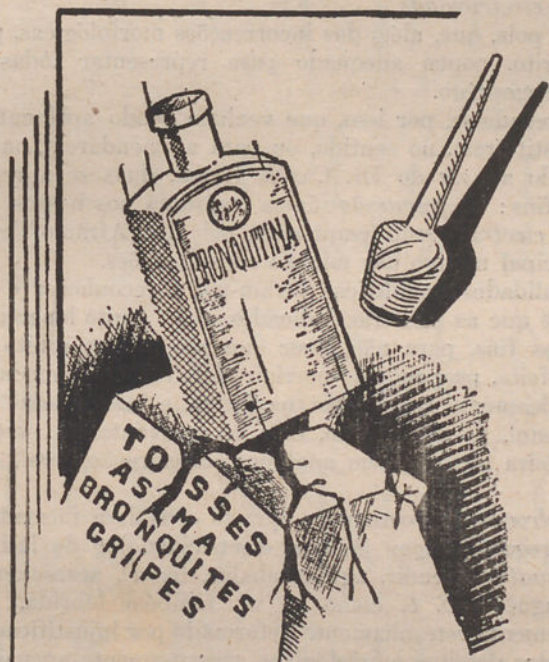
Questões de linguagem médica

Electrocução, electroctonia, etc.

Quero aproveitar a oportunidade e as informações duma *nota* do Dr. Carlos Lopes, apensa ao seu artigo — *Mais casos de morte pela electricidade* —, saído no n.º 10 do *Portugal Médico* dèste ano (Outubro de 1943), para fazer algumas considerações sòbre a palavra *electrocução* e outras afins. Não é duma resposta à *nota* que se trata, compreenda-se, mas do simples aproveitamento da ocasião e dos informes que ela me fornece.

É já bem conhecida a palavra *electrocução*, recebida directamente

TERAPÊUTICA DAS AFECÇÕES BRONCO-PULMONARES



BRONQUITINA

ampolas—xarope

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

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

do inglês *electrocution* e formada pelo elemento grego ἤλεκτρον (âmbar, electricidade) e por parte da palavra *execution*, português *execução* (< latim *executio*). Facilmente se reconhece que se trata duma palavra de formação artificial, com o segundo elemento resultante da mutilação de *execution* (correspondente ao português *execução*), que tem estrutura híbrida e que significa, à letra, *execução* (capital, judiciária) *pela electricidade*.

Vê-se, pois, que, além das incorrecções morfológicas, possui significado restrito, pouco adequado para representar tôdas as actuais acepções de emprêgo.

Compreende-se, por isso, que venham sendo apresentadas outras para a substituírem, no sentido, ou para a emendarem, na morfologia.

Segundo a nota do Dr. Carlos Lopes, duas se apresentaram já com êstes fins: *electrocussão* (única registada nos nossos léxicos mais recentes) e *electroplessão* (empregada pelo Dr. Afrânio Peixoto). São elas o principal motivo das minhas considerações.

As realidades lingüísticas levam-me a reconhecer e a confessar francamente que as palavras indicadas estão muito longe de atingirem os desejados fins, para não dizer que são mesmo muito infelizes...

Com efeito, propondo-se corrigir defeitos ou emendar erros, são afinal idênticamente incorrectas, na forma, e inadequadas (embora por motivo oposto), no significado, com a agravante de serem palavras sem verdadeira história, sem qualquer consagração geral.

A *electrocussão* portuguesa, que se considera formada do mesmo elemento grego ἤλεκτρον (âmbar, electricidade) e do latim *quassum*, do verbo *quatio* (sacudir, agitar, abalar, bater), acrescidos do sufixo latino-português *-ão*, é, como se vê, também híbrida, apresenta o segundo elemento estranhamente deformado por injustificada mutilação e, à parte êstes defeitos morfológicos, rigorosamente apenas pode significar *abalos produzido pela electricidade* — o que está muito longe de ser o mesmo que *morte* (judicial ou acidental) *pela electricidade*, a acepção mais freqüente — combinada com o sentido de *afecção produzida pela electricidade*, como naturalmente se pretendia. Não podendo, rigorosamente, significar *morte*, muito menos pode ter sentido judicial, visto que os *abalos eléctricos* não fazem ainda, que eu saiba, parte das sanções penais...

Incorrectíssima, pois, em todos os sentidos.

Pelo lado morfológico, dados os elementos que se lhe atribuem, deveria ser, quando muito, *electroquassão* (< *electron* + *quassum*) e nunca *electrocussão* (com o *q* injustificadamente mudado em *c* e com eliminação mecânica, brutal, do *a* pertencente ao segundo radical).

Vistas bem as coisas, é mil vezes pior que *electrocução* (< *electron* + [*exe*]cução), mesmo que se ponha de lado a internacional consagração desta.

Nada mais será necessário dizer-se, portanto, para se concluir que «*electrocussão*» é inteiramente condenável.

K O L A A S T I E R

GRIPE — CONVALESCENÇA — DESPORTOS

L Y X A N T H I N E

REUMATISMO — GÔTA — ARTRITISMO

C O L I T I Q U E

TODAS AS AFECÇÕES COLIBACILARES

S T A L Y S I N E

TODAS AS AFECÇÕES ESTAFILOCÓCICAS

P H I L E N T É R O L

TODAS AS AFECÇÕES INTESTINAIS

A R H É O L

BLENORRAGIAS — CISTITES — PIELITES
COMPLETA O TRATAMENTO PELAS SULFAMIDAS

R I O D I N E

N É O - R I O D I N E

MEDICAÇÃO IODADA SEM IODISMO.
VIA BUCAL OU INJECTÁVEL.

LABORATÓRIO DO DR. P. ASTIER

Literatura e amostras nos representantes

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — 240, Rua da Palma, 246 — Lisboa

Não deixa de ser oportuno acrescentar que, os autores (desculpe-me o Dr. Carlos Lopes, que se encontra neste número) e os dicionários que apenas aceitam o substantivo de forma *electrocussão*, contra a coerência, continuam, todavia, a dar guarida somente a derivados em relação directa ou indirecta com *electrocução* (*electrocutar*, *electrocutado* e *electrocutor*)...

Electroplessão, a outra palavra proposta para substituir *electrocução* ou o « híbrido *electrocussão* », baseia-se no grego *ἤλεκτρον* (como as anteriores) e no verbo, também grego, *πλήσσω* ou *πλήσσειν* (bater, ferir), com acrescentamento do sufixo *ão* para se lhe comunicar o sentido abstracto.

Se atendermos simplesmente à origem dos dois radicais que entram na palavra, havemos de concordar que esta sobreleva qualquer das outras em correcção, mas, se repararmos melhor na sua morfologia (forma do segundo radical e terminação) e no seu significado etimológico, levando ainda em linha de conta que se propõe corrigir defeitos, chegaremos à conclusão de que está muito longe de possuir condições que a imponham...

Na verdade, em *-plessão*, se bem esquadrinharmos, encontram-se defeitos idênticos aos que vimos nos elementos correspondentes das outras palavras, especialmente de *electrocussão* (por acaso, a pior de todas): não se respeita devidamente o tema do segundo elemento, que é *πληγ-* (por exemplo, *πλήσσω*, a primeira pessoa do presente do indicativo, equivale a *πληγιω*)⁽¹⁾; termina por um sufixo português, de origem latina, o que lhe empresta também a condição de híbrido; e, com o sentido restrito de *acção de ser batido* ou *ferido pela electricidade*, não pode ter a pretensão de preencher adequadamente a acepção de *morte judicial ou accidental pela corrente eléctrica*, como se propunha.

Finalmente, ¿qual o adjectivo correspondente?... Parece que nada se indica nesse sentido.

De modo que, i se mal estávamos, pior ficávamos!...

Verifica-se, pois, que as palavras propostas para substituírem, com vantagem, *electrocução*, longe de atingirem os desejados fins, são mesmo muito infelizes, como se disse atrás, à maneira de tese.

¿Que fazer, então, dado que o vocábulo *electrocução*, além do sentido restrito, foi mal formado e os outros propostos são, em boa verdade, inadmissíveis?...

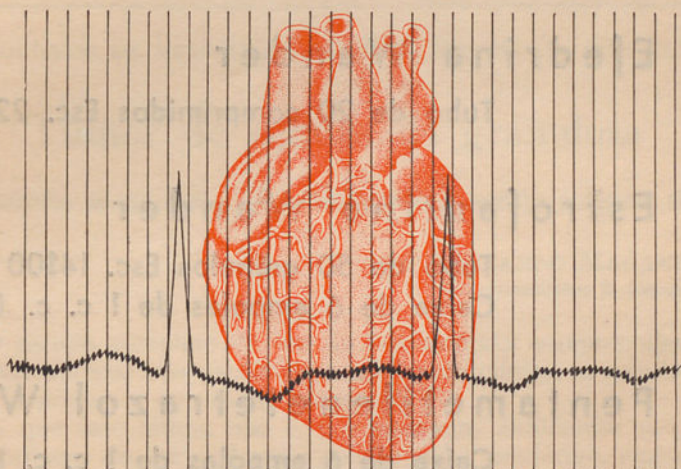
É da resposta a esta interrogação que vou tratar sucintamente a seguir.

(1) Cfr. *O Grego Aplicado à Linguagem Científica*, §§ 38 e 132...

Aminocardol

WANDER

Teofilina-etileno-diamina



poderoso vaso-dilatador das coronárias

Tubos de 20 comprimidos de 0,1 g.

Caixas de 3 e 6 ampolas de 2 c. c. de 0,48 g.
para injeção intramuscular

Caixas de 3 e 6 ampolas de 10 c. c. de 0,24 g.
para injeção intravenosa

Frascos conta-gotas de 10 c. c. com 2,4 g.

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

BERNE • SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correios, 41-2.^o • LISBOA

Boldina composta Wander

Tubo de 50 grânulos Esc. 29\$00

Digitalina Wander

Tubo de 50 grânulos Esc. 29\$00

Frasco conta-gotas de 10 c. c. Esc. 54\$00

Efedrina Wander

Tubo de 20 comprimidos Esc. 22\$00

Estrofantina Wander

Tubo de 50 grânulos Esc. 14\$00

Caixa de 6 ampolas de 1 c. c. Esc. 20\$00

Pentametilenetetrazol Wander

Caixa de 6 ampolas de 1 c. c. Esc. 34\$00

Trinitrina simples

Tubo de 30 comprimidos Esc. 18\$00

Trinitrina cafeïnada

Tubo de 30 drageias Esc. 22\$00

PRODUTOS WANDER TITULADOS RIGOROSAMENTE

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

BERNE - SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41-2.º - LISBOA

Sub-Agente no Pôrto: F. LIMA & C.^A, SUCR. Largo do Padrão, 20-1.º

PORTUGAL MÉDICO

(3.^a SÉRIE DAS ANTIGAS REVISTAS: GAZETA)
DOS HOSPITAIS E VIDA MEDICA. ANO 36.º

1944

N.º 2

FACULDADE DE MEDICINA DO PÔRTO: PATOLOGIA CIRÚRGICA

Tumor de células da granulosa

(Averbamento de um caso; nótula bibliográfica; resenha anátomo-clínica)

por FERNANDO MAGANO

Prof. extraordinário de Cirúrgia

O estudo completo de um de tais tumores compreenderia, se bem nos parece, três aspectos: o síndrome clínico, o estudo anátomo-patológico e a titulação hormonal.

Já que este último não é, por enquanto, facilmente exequível em condições de lhe podermos confiar valor provativo, restam-nos os dois primeiros.

Claramente que o estudo do complexo histo-patológico, em razão da sua muito particular delicadeza, compete a quem, para tal, possua especiais conhecimentos: a análise dos pormenores citológicos e das inter-relações estruturais não é fácil e sua interpretação é incompatível com improvisações.

Cumpré, porém, a quem observa pessoas doentes e vigia a evolução de seus males fornecer os elementos clínicos que são sempre essenciais à boa interpretação das moléstias tecidulares.

Neste particular dos tumores ováricos da granulosa semelhantes elementos clínicos são indispensáveis porque:

Ces tumeurs «fonctionnelles» forment... des complexes histo-physio-cliniques dont les éléments sont indissociables, s'expliquent les uns par les autres, et qu'il serait vain de considerer isolément (* pag. 652).

Anotando, de passagem, para regular compreensão do caso clínico, os conhecimentos hormonais atribuíveis ao neoplasma e esquematizando brevissimamente a textura microscópica de tais neoformações, averbemos *um caso de tumor da granulosa*.

(*) J VARANGOT — *J de Chirurgie* — 51: 651, 681—1938 — Les tumeurs de la granulosa.



O interesse do assunto não será, primordialmente, a raridade, nem seu arquivo vem aqui para atestar qualquer êxito terapêutico. Ao contrário: a raridade serve apenas para, mais uma vez, acentuar os difíceis problemas da ginecologia endocrínica, os quais são cotidianos; o resultado da intervenção operatória foi totalmente ao invés do sucesso e isto, por insólito, quando despersonalizado e nas condições em que veio a suceder, parece envolver também seu ensinamento ou, pelo menos, acende uma dúvida de fisio-patologia. Razões sobejas são estas para divulgar a

Observação clínica: — R. P. G., 52 anos de idade. Mulher saudável e robusta, mãe de 5 filhos, já adultos, sem tara mórbida apreciável. Até aos 49 anos foi sempre pessoa de equilibrada saúde; em particular não teve nunca qualquer fenómeno mórbido de referência genital.

Por aquela idade surgem metrorragias abundantes e, ao fim de 5 ou 6 meses, metrorragias de repetição. Sem qualquer tratamento êstes fluxos sangüíneos estancam-se e há, em seguida, um ano e meio de amenorreia durante o qual não sentiu a mais ligeira perturbação geral.

Depois, e quasi abruptamente, entra em fase de metrorragias abundantes e de tal forma freqüentes que, pode dizer-se, não parou de sangrar nos últimos dois meses.

À parte um sensível decréscimo na percentagem da hemoglobina (68 %) a fórmula hematológica não denuncia desvio que haja de ser particularmente ponderado; igualmente os tempos de sangria e coagulação oscilam dentro dos limites normais. Glicemia e ureia sem desvíos, no sangue. Ausência de elementos anormais na urina. Regime cárdio-tensional equilibrado (T. M.x = 14 $\frac{1}{2}$, T. M.N 8,5 — I₀ = 3).

O exame regional permite identificar: neoformação para-uterina esquerda, do tamanho da mediana laranja, sem apreciáveis bosseladuras, tensa, mobilizável, indolor; corpo uterino ligeiramente propelido para a direita, dando a impressão de, embora liso, ser um pouco mais espesso do que o habitual e de maior volume, ainda que sem endurecimentos ou outras modificações de consistência; colo entreaberto, «óstio» regular, mucosa sem exulcerações; a exploração manual, realizada em ocasião de espontâneo estancamento sangüíneo, não ocasiona hemorragia apreciável. Histerometria: 8,5 cm.; na parede posterior do corpo, ao alto, parece identificar-se uma rugosidade consistente.

Uma transfusão de sangue total (300 c.c.) e o uso, durante uma semana, de ferro reduzido (2 gr. por dia) reconduzem a percentagem da hemoglobina para números do valor de 82 %. Simultaneamente, com o repouso, os fluxos sangüíneos decrescem e vedam mesmo.

Quando se deu por suficiente a preparação pré-operatória rea-

lizou-se a intervenção cirúrgica que decorreu com simplicidade: *Laparotomia mediana (Tumor sólido do ovário esquerdo, livre; útero volumoso, liso; anexo direito, normal). Histerectomia sub-total; Anexectomia.*

O tumor ovárico é de superfície algo irregular, côr alaranjada; na sua espessura, ao córte, alternando com zonas de amolecimento existem largas áreas consistentes.

Na cavidade uterina, inserido na parede posterior, neoformação polipóide; endométrio notavelmente espessado.

EXAME HISTOLÓGICO N.º 8260: *Útero: Pólipo mucoso, com o tamanho e a forma duma noz. Na base de implantação, já em plena parede uterina, pequeno nódulo fibromiomaso, do tamanho de um grão de milho. Hiperplasia glândulo-cística do endométrio.*

Ovário, convertido em tumor como um punho e em cuja superfície de córte se notam zonas de variado aspecto (compacto e esbranquiçado, esponjoso e grumoso). Ao exame histológico: tumor de células da granulosa.

Trompa sem alterações merecedoras de referência especial; algumas formações paramalpighianas juxtatubárias. Minúsculos quistos serosos na espessura da asa superior.

No Laboratório de Anatomia Patológica (F. M. P.) no próprio dia em que ali se deu por terminado o exame histo-patológico, o senhor Prof. Dr. Amândio Tavares, que o realizou e subscreveu o respectivo boletim, encarece o especial interêsse anátomo-clínico da neoformação, não já pela sua relativa raridade (é o primeiro exemplar no arquivo daquêlê serviço) mas especialmente pela muita particular função hormonal que parece lhe anda adstricta.

Com efeito os tumores de células da granulosa são neoformações que se supõe produzir, ou segregar, em alta dose, a hormona estrogénica, realizando, quási ao modo experimental, o síndrome da saturação hiperfoliculínica.

..... E então algo que me estava a parecer mui estranho na evolução post-operatória, inexplicável até, se me afigurou talvez possuir um motivo próprio, porventura uma razão muito particular.....

Nótula bibliográfica — No parecer, unânime, dos autores que se têm dedicado ao estudo, atraentíssimo, dos tumores ováricos, a sistematização daquêles que possuem actividade endocrínica (masculinizante e feminizante) deve-se em especial ao Prof. Meyer, de Berlim (1915, 1918, 1930). Uma vez mais em 1931 êste autor renovou e actualizou os conceitos fundamentais dos nossos conhecimentos nesta matéria e deu ensejo a uma classificação mais lógica e mais aná-

tomo-funcional (R. MEYER: The Pathology of Some Special Ovarian Neoplasms and Their Relation to Sex Characteristics, *American J. Obst. Gynec.*, 22: 691, 1931).

No que particularmente diz respeito aos tumores feminizantes, isto é, aos tumores da granulosa e afins, tudo quanto, até 1937, tem real valor de consulta deve estar coligido sob a epígrafe *Die Granusazelltumoren des Eierstockes* (pág. 966) no volume VII/3 (*Weibliche Geschlechtsorgane*, Berlim) da notabilíssima obra *Handbuch Der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie* (Lubarsch, Henke, Bössle).

Em 1938, J. Varangot (loc. cit.) actualiza em perfeito estudo de conjunto o mais importante de tudo quanto sôbre a questão está conhecido, nos aspectos anátomo-histológico e clínico.

Entretanto acumulam-se e sucedem-se nas revistas da especialidade notas valiosas que realçam o interêsse científico e prático do assunto e êste entra francamente, como componente indispensável, nas monografias e tratados de endocrinologia e toma seu lugar, que estava vazio, nos compêndios de ginecologia clínica:

— W. WOLF — *Endocrinology in Modern Practice* (2.^a ed.; 1940, Philadelphia. Cap. III).

— W. STOECKEL — *Tratado de Ginecologia* (3.^a edição alemã; Tradução Espanhola, Madrid, 1941, pág. 593).

— CROSSEN AND CROSSEN — *Diseases of Women* (Ninth Edition, London, 1941; pág. 671).

— AULER, MARTINS — *Diagnóstico de los Tumores Malignos* (Madrid, 1942 — Refer. pág. 159).

— J. B. LLUSIÁ — *Endocrinología de la Mujer* (Madrid, 1942, Cap. XIII).

Resenha anátomo-clínica — Tumor da granulosa quer dizer tumor que, desenvolvido no ovário, é constituído, nos seus elementos mais individualizados, por células epiteliais idênticas às da camada granulosa do folículo de «de Graff» em via de maturação. Não significa isto que haja folículos verdadeiros no tumor ou sequer que a neoplasia se tenha enxertado em um folículo pré-existente. O óvulo nunca lá existiu e a neoformação pode crescer em época tardia da vida durante a qual já não subsistem folículos de «de Graff».

Parece conciliar a maioria das opiniões a idéia de que as células epiteliais do tumor sejam provenientes de elementos indiferenciados do epitélio germinal primitivo. E supõem alguns que tais elementos se encaστοam principalmente na zona medular do ovário, donde, por razões ou estímulos ainda desconhecidos, se partem em proliferação mais ou menos invasora, guardando, contudo, características citológicas sobreponíveis às das células da camada granulosa do folículo ovárico normal.

Consoante nos ensina Varangot naquele seu estudo de 1938, para nós, no aspecto anátomo-patológico, o mais acessível, os elementos celulares epiteliais (células da granulosa) agrupam-se de variados geitos, podendo distinguir-se, consoante o modo de agrupamento, os seguintes tipos, cujas designações são, por si mesmas, descritivas:

- forma foliculoide;
- formas maciças e insulares;
- formas cilindromatosas e trabeculares;
- formas sarcomatoides.

Deve, porém, dizer-se, que são as variantes de penetração do estroma e as diversidades do seu desenvolvimento que condicionam em grande parte aqueles tipos de agregados epiteliais. Assim se compreende que em um mesmo neoplasma possam coexistir ao lado de zonas cilindromatosas, placas de formações foliculoideas ou outros quaisquer arranjos. E também se entende a impossibilidade, relativamente freqüente, de denunciar pelo arranjo tecidular ou por variantes citológicas um específico caracter architectural de malignidade. Dela, só a evolução clínica trará a contra-prova.

Também, por si só, o complexo citológico não é definidor de actividade endócrina. Esta define-se melhor quando ao agregado tecidular da neoformação ovárica se associam, contemporaneamente, determinadas modificações da mucosa uterina. E vem a ser que um tumor de células da granulosa induz constantemente o endométrio para um estado de hiperplasia onde é notável o extenso e profundo desenvolvimento glândulo-cístico. Tão freqüente é esta transformação da mucosa do corpo do útero e tão característica a sua intensidade que ela é tida por componente indispensável no síndrome tecidular destes «tumores funcionais». Ainda que com menor diferenciação também é quasi constante o aumento de volume de todo o corpo uterino.

Assim se realiza neste órgão um estado anatómico especial, de valorização tecidular, de increção secretória e preparação hemorrápara. Tôdas as disfunções do tipo hiperestrogénico conduzem, em maior ou menor grau, a êste síndrome anátomo-funcional, que, na clínica, anda englobado sob a genérica designação de «metropatia hemorrágica».

Mas enquanto que em grande número de casos de metropatia hemorrágica é difícil descortinar outros sinais clínicos denunciadores de hiperfunção hormonal, nos tumores da granulosa, sempre do tipo hiperfoliculínico, a actividade hormonal toma proporções de de vulto pouco comum. Pode até dizer-se que tal tumor é o paradigma da moléstia feminizante; realiza um síndrome clínico de saturação hormonal muito provavelmente de índole estrogénica quasi exclusiva.

As duas épocas da vida da mulher em que o neoplasma mais

fundas características faz assomar são a puerícia pré-púbere e a menopausa:

— Quando, antes da menarca normal, o tumor entra em desenvolvimento, logo surgem, nas meninas, todos os sinais de uma puberdade precocemente antecipada. Ao redor dos oito, dez anos, senão mais cedo, seios desenvolvidos e erectos, pubis e axilas recobertos de pelagem basta, ancas e tórso boleados, menstruações fartas e freqüentes. Um grande número de vezes isto não é acompanhado de desenvolvimento mental apropriado: físico de mulher púbere, reacções psíquicas de criança, e, no hipogastro, um tumor que vai crescendo.

— Na menopausa, e depois dela, o desenvolvimento tumoral parece emprestar à mulher encanecida um certo grau de revigoração e proporciona-lhe sempre, pela hiperplasia glândulo-cística do endométrio, hemorragias uterinas de intensidade e freqüência muito de notar. O desperdício sangüíneo actuará agora sôbre o estado geral na medida da sua violência e criará assim, por si mesmo, um síndrome hemático que se emiscue no síndrome hormonal a êle anterior.

Não há convergência obrigatória entre o tamanho do tumor ovárico e a abundância e ritmo hemorrágicos. As hemorragias, com serem o resultado de uma transformação foliculinizante do endométrio (hiperplasia glândulo-cística), dependem em primeiro térmo da indução hormonal, cujas variações não são forçosamente sôbreponeíveis ao volume da neoplasia da granulosa.

Deve ser esta uma das razões porque muitos síndromos de metropatia hemorrágica no período de actividade genital não são mais vezes filiados em um de tais neoplasmas. Realmente êste pode ser impalpável e indecifrável ao exame clínico. Mesmo no acto operatório, expostos os órgãos pélvicos, o tumor pode não ser descoberto, visto que, alguma vez, intersticial e de pouco vulto, nem sequer será motivo de suspeição ao genérico exame macroscópico.

E como também é certo que tal actividade da granulosa condiciona um espessamento global do corpo uterino, compreenderemos facilmente que assim volumoso e assim sangrante, sem biopsia do endométrio, mais do que uma vez a razão primeira das perdas sangüíneas fique por explicar quando a secção operatória ou não fei seguida de minucioso estudo ovárico e matricial ou se ficou pela ablação do corpo uterino com conservação de ovários macroscopicamente não tumorais.

Claro está que, por enquanto, estas dúvidas longe de simplificarem o diagnóstico clínico e orientarem seguramente a técnica cirúrgica, só complicam o primeiro e tornam hesitante a segunda.

A ginecologia endocrínica, apesar de tudo, porque vive ainda muito de esquemas de origem experimental, não humana, tateia em muita parte, aqui e ali sente-se desnorçada . . .

Revertendo aos termos da granulosa — os seguintes períodos, transcritos do volume de Croesen and Croesen (Pág. 671) darão uma ideia sintética do problema no seu estado actual:

Granulosa-Cell Tumors — These tumors, according to Meyer, arise from dormant undifferentiated embryonic tissue situated in the medullary portion of the ovary. Such tissue can be found in the fetus and in infants and even into adult life, and occasionally in the ovaries of women far past the menopause. These cells persist without differentiation into late life. Under conditions still unknown they may at any age produce granulosa-cell tumors. These in turn produce estrin and can cause development of secondary sex characteristics in young children or enlargement of the uterus and uterine bleeding in elderly women. They have never been known to develop from mature follicles nor do they ever contain ova. Furthermore, they are found in women from sixty to seventy years of age, in whom the ovary no longer contains follicles. Of course, much is still unknown about the granulosa cells of the graafian follicle and what they can do in the various stages of growth and retrocession. The studies by Gardiner on the normal and pathological cell activities in the follicles indicate that a variety of tumors may arise from the lining cells.

* * *

Na doente que motivou êste registo e suscitou as sondagens bibliográficas e enfim me ocasionou, com o estudo microscópico, a actualização do problema anátomo-clínico, em tal operada o período post-operatório foi em extremo tumultuoso.

A intervenção cirúrgica, nos seus pormenores técnicos, nada teve de anormal: simples de executar, nada demorada, sem qualquer acidente digno de especial menção.

Vinte e quatro horas volvidas, a operada entra em estado de progressiva agitação que não teve bom têrmo: uma muito estranha inquietação, indefenível mal estar, com sudação generalizada em crises repetidas, afogamento das faces e queimor pelos membros, intercalado tudo isto com períodos de arrefecimento das extremidades; crises de taquicardia (120) sem aritmia, alternando com fases longas (2-4 horas) de freqüência normal (80); poliúria relativa (urina clara, sem elementos anormais, 2.000, 2.600 c. c.); insónia, um tal ou qual desequilíbrio de ideação; e ventre mole e ausência de sinais acústicos cárdio-pulmonares anómalos... e assim até ao terceiro dia, dir-se-ia, progressivamente. É ocioso dizer que, entretanto, a medicação corria apropriada, com a adição de extractos ováricos totais em injeção intra-muscular repetidas vezes ao dia. Mas não houve pausa neste estranho complexo sindromático.

Depois, à agitação sucede-se um progressivo entorpecimento, quebrado, de quando em quando, por surtos de nítido tipo vasomotor (fogachos de calor facial, sensação de queimor cérvico-torácico, formigueiros nos pés e mãos, zumbidos nos ouvidos); depois desconexas atitudes volitivas, e, a breve trecho, alheamento progressivo, oligúria, hipotensão e até íleo paralítico: no fim o quadro sintomático do choque vaso-periférico tal como hoje o concebemos e os estudos de VERGIL MOON (1942) no-lo sistematizaram.

Como entretanto o conhecimento da natureza hiper-foliculinizante do tumor me viesse ao conhecimento e me houvesse passado pela mente a idéia de que o drama que se estava desenrolando fôsse resultante da supressão brusca daquela activíssima fonte de foliculina, dei-me pressa em substituir os extractos ováricos totais, de acção mais que dubidativa, pelo Progynon na dose de 50.000 U. I. duas vezes ao dia.

De tôdas as medicações foi esta a que algum resultado produziu; inclusivamente, e porque parece estranho se refere em particular, foi só contemporânea com tal medicação que se obtiveram provas de activa motilidade intestinal.

Mas o estado de choque transpuzera a fase medicamentosa e entrara no domínio da vaso-paralisia capilar com anoxia tecidual. É sabido que então é moléstia incurável.

Na legenda do figura n.º 59 respeitante a um tumor da granulosa, BOTELLA LLUSIÀ (loc. cit., pág. 251) insere o seguinte período: *Estas formaciones constituyen verdaderos adenomas secrerios y conducen a sindromes de intensissimo hiperstronismo.*

E no meu espírito queda ainda hoje a dúvida de que a causa próxima daquela morte terá sido o profundo desequilíbrio hormonal, motivado pela supressão brusca de tão rico manancial foliculínico a que o organismo da doente se viera acostumando...

Se na cirurgia ginecológica correntia êste termo letal é raríssimo em tal tipo de intervenção operatória considerada só na sua técnica, em verdade êle não é extremamente excepcional na cirurgia dos tumores da granulosa. Varangot anotou na literatura médica de então (1938) ao todo 266 casos. Dêstes só de 146 há notícias respeitantes ao período post-operatório. Pois aí se contam 20 casos de *morte-operatória* o que é realmente um índice de elevada letalidade, qualquer que seja a explicação (natureza do tumor, terreno, ou outro) que se lhe dê.

Por certo na memória de mais do que um cirurgião com regular prática operatória êste caso clínico acordará remotas lembranças de algum caso de tumor ovárico, cirurgicamente fácil, mas de trânsito post-operatório perturbante e inexplicado...

O valôr terapêutico das injecções de sulfato de magnésio no tratamento das formas convulsivas da eclampsia

por GONÇALVES D'AZEVEDO, FILHO

Prof. agregado da Facul. de Medic. do Pôrto
1.º Assistente da Maternidade de Júlio Dinis

Ninguém põe em dúvida, hoje, o papel importantíssimo que desempenha a terapêutica profilática na luta contra a eclampsia; graças a ela (pode afirmar-se sem receio de exagêro), esta afecção constitui actualmente verdadeira raridade, sobretudo naquelas mulheres cuja gravidez é convenientemente vigiada desde o início. Todavia, as formas graves da doença, especialmente as convulsivas, aparecem ainda, ou por excepcional ineficácia das precauções tomadas, ou porque as gestantes (umas vezes por desleixo, outras por ignorância) se abstêm de procurar o médico durante a gravidez, motivo este que é, sem dúvida, o mais frequente.

Por influência das variadas e sucessivas teorias etiológicas e patogénicas, o tratamento dessas formas convulsivas tem sofrido as mais profundas oscilações; actualmente, porém, as estatísticas mostram que os resultados obtidos pelos meios médicos são nitidamente superiores aos que se verificam pelos cirúrgicos, razão que leva a maioria dos parteiros a dar preferênça aos primeiros.

O conhecido método de Stroganoff, que procura eliminar os acessos pela supressão de tôdas as causas excitantes, pela regular aplicação de narcóticos (morfina, hidrato de cloral) e pelo combate à chamada *toxemia* (praticando a sangria e excitando os emunctórios), tem sido, de tôdas as terapêuticas a que melhores provas tem dado.

Todavia, há uns anos a esta parte, numerosos parteiros têm recorrido ao sulfato de magnésio para dominar os acessos eclampticos e os resultados que obtiveram foram, regra geral, os mais animadores, não só pelos seus efeitos terapêuticos como ainda por se mostrar inofensivo para o rim, cujas funções, sob a sua acção, parecem até muitas vezes favorecidas. É particularmente o valor dêste medicamento que eu tenho procurado apreciar no Serviço de Obstetrícia da Faculdade de Medicina do Pôrto da Direcção do Snr. Prof. Morais Frias, onde trabalho.

Introduzido na terapêutica por Meltzer e Auer em casos de neurologia e pouco depois aplicado ao tratamento do tétano, o sulfato de magnésio foi empregado pela primeira vez na eclampsia por Lazard, em 1925. Dotado, ao que parece, de certa acção regularizadora do metabolismo da água, facilita a diminuição dos ede-

mas tecidulares e baixa a tensão arterial. Segundo Zangenmeister, é narcótico inofensivo, aumenta a diurese, sem influenciar o trabalho de parto ou a vida do feto. No tratamento da eclampsia, tem sido utilizado o soluto aquôso em concentrações várias e por diversas vias: endovenosa, subcutânea, intramuscular ou intra-raquidiana. Em todos os meus casos, foi aplicado segundo a técnica seguida por Browkin desde 1933: (1) injeção intramuscular de 30 c. c. do soluto aquôso a 20 0/0 no momento dos primeiros acessos, dose que poderá ser repetida com intervalos nunca inferiores a 4 horas; durante êste tratamento dever-se-á suprimir totalmente a ingestão de líquidos (quando muito poder-se-á autorizar um pouco de água açucarada, concentrada).

Na realização dêste método, não se excluem todos os outros elementos terapêuticos que a observação clínica tem demonstrado serem de manifesta utilidade, especialmente purgantes salinos e sangria. Quanto à morfina, cujo emprêgo no tratamento da eclampsia tanto se divulgou por se incluir no número dos medicamentos que entram no método de Stroganoff, Browkin considera-a inconveniente visto os efeitos nocivos sôbre a diurese se intensificarem notavelmente, segundo crê, pela associação com o sulfato de magnésio. Além disso, contraíndica formalmente o emprêgo do clorofórmio que, além das suas conhecidas desvantagens para o rim e fígado, daria origem, quando combinado com o sal de magnésio, a certas complicações, entre as quais a síncope respiratória; por êste motivo sempre que haja necessidade de aplicar um anestésico, Browkin dá preferência ao éter.

Nos meus casos, como se verá, empreguei umas vezes o sulfato de magnésio exclusivamente, outras vezes associei-o a outros elementos terapêuticos (sangria, hidrato de cloral, morfina, intervenção cirúrgica).

Foram 19 as doentes tratadas exclusivamente pelo sulfato de magnésio (5 ainda não em trabalho de parto, 4 em início de trabalho, 2 no período de dilatação, 2 em período expulsivo e 6 no sobreparto).

As 5 grávidas que não estavam em trabalho de parto, curaram-se da eclampsia e a gestação continuou até o final.

Se exceptuarmos 7 casos em que o parto, verificado logo após a primeira injeção poderia ter influenciado a cura, todos os 12 restantes curaram sob a ação do medicamento, 11 dos quais com uma única injeção.

O quadro n.º 1 resume tôdas estas observações.

(1) BROWKIN — «Traitement de l'éclampsie par le sulfate de magnésium. Gynécologie et Obstetrique, T. 34, n.º 2. Agosto de 1936, pag. 135.

Quadro n.º 1 — Tratamento pelo sulf. de mag. exclus. (19 casos)

Obs.	Aparecimento do 1.º acesso	Num. de acessos antes da 1ª inj	1ª inj. Sulf.	Num de acessos após a 1ª injeção	2ª inj. Sulf.	Num de acessos após a 2ª injeção	Resultado
X	Ausênc. de trab.	2	////	0		—.—	Cura
XVII	» » »	1	////	0		—.—	Cura
XXVI	» » »	1	////	0		—.—	Cura
XXVII	» » »	1	////	0		—.—	Cura
XXXIII	» » »	1	////	0		—.—	Cura
III	Início de trab.	1	////	0		—.—	Cura
XI	» » »	1	////	(P) 1	////	0	Cura
XX	» » »	Vários no domicílio	////	(P) 0		—.—	Cura
XXX	» » »	1	////	(P) 0		—.—	Cura
XIII	Per. de dilat.	2	////	(P) 0		—.—	Cura
XIV	» » »	1	////	2 (P) 5	////	0	Cura
VI	Per. expulsivo	1	////	(P) 1	////	0	Cura
XVI	» »	1	////	(P) 0		—.—	Cura
VII	Sobrepardo	1	////	0		—.—	Cura
XVIII	» »	2	////	0		—.—	Cura
XIX	» »	1	////	2	////	1	Cura
XXI	» »	5	////	0		—.—	Cura
XXVIII	» » (7 di.)	5	////	0		—.—	Cura
XXXI	» »	2	////	0		—.—	Cura

P = Parto.

//// Inj. de sulf. de magn.

Note-se ainda que, além destes casos que acabo de referir, houve mais três nos quais não foi fácil averiguar o efeito terapêutico do sulfato de magnésio em virtude de ter havido necessidade de proceder ao esvaziamento uterino de urgência por motivo de sofrimento fetal algum tempo depois do início do tratamento; estou convencido, porém, de que pelo menos um dêles, em que a intervenção obstétrica foi praticada 14^h e 40^m após um único acesso, deverá ser incluído nos que considero curados medicamente; nos dois restantes, a extracção do feto realizou-se respectivamente 1^h, 15^m e 2^h, 10^m após um único acesso.

Associada ao tratamento pelo sulfato de magnésio, a sangria foi praticada sempre que as tensões arteriais se encontravam muito elevadas ou quando as doentes mostravam sinais de profunda intoxicação; em tais circunstâncias se encontravam 7 doentes: 5 que se não encontravam em trabalho, 1 em que os acessos surgiram no

domicílio onde teve numerosas convulsões; em tôdas foi obtida uma cura rápida da eclampsia embora esta última, que entrou para o Serviço de Obstetrícia já com francos sinais de infecção amniótica, viesse a falecer de infecção puerperal ao 6.º dia do sobreparto (Obs. n.º XXXIX).

Êstes casos estão patentes no quadro n.º 2.

Quadro n.º 2 — Tratamento pelo sulf. de magn. + sangria

Obs.	Aparecimento do 1.º acesso	Número de acessos antes da Terap.	1.ª Terap.	Acessos	2.ª Terap.	Acessos	3.ª Terap.	Acessos	Resultados
V	Ausência de trabalho	2	Sangria + Sulfato	1	—	—	—	—	cura
XXV	» »	Vários no domicílio	Sulfato	1	Sangria	1	Sulfato	0	cura
XXIX	» »	2	Sangria + Sulfato	0	Sulfato	0	—	—	cura
XXXII	» »	1	Sangria + Sulfato	0	—	—	—	—	cura
XXXV	» »	1	Sulfato	2	Sangria	0	—	—	cura
XII	Sôbreparto	2	Sulfato + Sangria	0	—	—	—	—	cura
XXXIX	Em trabalho	Vários no domicílio	Sulfato + Sangria	2 (P)	Sangria	—	—	—	Faleceu de infecção ao 6.º dia do sôbreparto

Em três eclâmpticas cujos acessos continuaram após a primeira injeção de sulfato de magnésio, foi aplicado o clister de hidrato de cloral, visto não terem passado ainda as quatro horas necessárias para se poder injectar a segunda dose de sulfato. Tôdas curaram (quadro n.º 3).

O quadro n.º 4 regista duas observações: uma cuja terapêutica, além das injeções de sulfato de magnésio, foi constituída pelos clisteres de hidrato de cloral e sangria; outra referente a uma mulher que entrou para o Serviço de Obstetrícia (logo em seguida ao parto) em estado de côma eclâmptico após numerosos acessos observados noutra Enfermaria onde lhe foi aplicada morfina; esta doente não saíu do estado comatoso em que se encontrava, tendo falecido pouco depois do seu internamento, apesar do tratamento instituído (sulfato de magnésio e morfina).

O aparecimento de sofrimento fetal em 5 eclâmpticas que se encontravam em tratamento pelo sulfato de magnésio obrigou à

terminação cirúrgica de parto (4 extracções a forceps e 1 versão); tôdas curaram sem que, todavia, se pudesse averiguar até que ponto beneficiaram com o tratamento médico prèviamente estabelecido.

Sofreu ainda intervenção obstétrica (aplicação de forceps) outra doente que entrou para o Serviço de Obstetria já em cõma, com

Quadro n.º 3 — Tratamento pelo sulf de magn. + hidrato de cloral

Obs.	Aparecimento do 1.º acesso	Num. de acessos antes da Terap.	1.ª Terap.	Acessos	2.ª Terap.	Acessos	3.ª Terap.	Acessos	Resultados
II	Início de trabalho	1	Sulfato	1	Sulfato + Cloral	4 (P)	Cloral	1	cura
XXXVI	»	1	Sulfato	(P) 3	Sulfato + Cloral	+ 1 0	—	—	cura
IX	Sõbreparto	2	Sulfato	3	+ Cloral Sulfato + Cloral	—	—	—	cura (¹)

Quadro n.º 4 — Tratamento pelo sulf. de magn. + hidrato de cloral

Obs.	Aparecimento do 1.º acesso	Num. de acessos antes da Terap.	1.ª Terap.	Acessos	2.ª Terap.	Acessos	3.ª Terap.	Acessos	Resultados
I	Início do trabalho	2	Cloral	2	Sangria + Sulf.	2	Sulf. (P)	0	Cura
XXXVII	Sõbreparto	Numero- sos noutra enfermar. ^a	Sulfato + morf.	cõma	—	—	—	—	Falec. em cõma

feto morto, pulso hipotenso, incontável, e a quem foi aplicado não só o tratamento médico como o cirúrgico sem que houvesse, todavia, a menor esperança de cura. Com efeito, o estado de cõma continuou e a doente faleceu 3 horas depois da extracção fetal.

No quadro n.º 5 estão reünidos todos os casos em que houve necessidade de terminar cirúrgicamente o parto.

(¹) Esta doente faleceu 2 1/2 meses após o parto, de embolia pulmonar.

Para se apreciar devidamente os resultados do tratamento médico exclusivo torna-se indispensável salientar que das 3 doentes falecidas, apenas uma representa falência do método (Obs. XXXVIII), porquanto a doente da obs. n.º XXXIX sucumbia ao 6.º dia do

Quadro n.º 5 — Tratamento com intervenção cirúrgica

Obs.	Tratamento médico instituído	Num. de acessos depois da interv.	Motivo da Intervenção	Num. de acessos depois da interv.	Resultado
VIII	Sulf. de magn. + morfina	4 (Forceps)	Sofr. fetal	0	cura
XV	Sulf. de magn.	1 (Forceps)	Sofr. fetal	0	cura
XXII	Sulf. de magn. + sangria	côma (Forceps)	côma	0	Fal,
XXIII	Sulf. de magn.	1 (Forceps)	Sofr. fetal	0	cura
XXIV	Sulf. de magn.	2 (Versão)	Sofr. fetal	1	cura
XXXIV	Sulf. de magn.	1 (Forceps)	Sofr. fetal	0	cura

sobrepardo em consequência do agravamento da infecção já existente no momento da sua entrada para o Serviço, e a da obs. n.º XXXVII entrou para a Enfermaria já em estado de côma. Note-se ainda que outra eclâptica, a da obs. n.º XXII, cujo tratamento se iniciou já com a doente em profundo estado de côma, não poderá servir, por êste motivo, de elemento de apreciação.

Quadro n.º 6 — Obs. n.º IV — Mult. (5 partos a termo, um prematuro e um abôrto). Gest. de 8 meses; Feto vivo; Ausência de trabalho

SANGRIA; MORFINA; HIDRATO DE CLORAL

Hora	14,15	15,30	19,50	20	21,30	23,30	0,30	1,40	4,50	6,15	7,10	8	9	9,50	Inj. de Sulf.	Cura
Acessos	1.º	2.º	3.º	4.º	5.º	6.º	7.º	8.º	9.º	10.º	11.º	12.º	13.º	14.º		
															0	

14 acessos em 19 h. e 35 m.

Ponderado isto, vê-se que em 33 casos tratados medicamente houve apenas 1 de morte o que dá, como percentagem de mortalidade 3 0/0, aproximadamente.

O papel importante que desempenhou o sulfato de magnésio para que fôsse obtidos êstes resultados ressalta não só por ter sido o único elemento terapêutico empregado na maior parte dos casos (19 em 33), como também da sua rápida acção sôbre os acessos como o quadro n.º 1 evidencia. Esta acção mostra-se particularmente nítida na obs. n.º IV, que o quadro n.º 6 reproduz, e que se refere a uma doente submetida sem resultado ao tratamento pelo método de Stroganoff; nesta mulher, que não estava em trabalho, a cura obteve-se com uma única injeccção de sulfato de magnésio aplicada em seguida ao 14.º acesso eclâmptico.

OBSERVAÇÕES

I — R. P. F. S., 19 anos, solteira, costureira. Primigesta. Gravidez de 8 1/2 meses; início de trabalho de parto, colo ainda espesso, dilataçao de 2 cm., membranas intactas, apresentação de vértice em O. E., descida por iniciar, ruídos cardíacos do feto normais; urina com muita albumina. TMx = 16; TMn = 8,5. 2 acessos de aclampsia — Clister de 4 gr. de hidrato de cloral — 2 acessos de aclampsia — Clister de 4 gr. de hidrato de cloral — 2 acessos — sangria de 250 cc. + inj. de 30 cc. de sulf. de magn. a 20 % — 2 acessos — inj. de sulf. de magn. — Parto. Feto inviável com 1 900 gr. de peso. Cura.

II — M. Q. P., 29 anos, casada, doméstica. Primigesta. Gravidez 9 meses; colo em via de extinção, permeável a um dedo; apresentação de vértice em OE; descida iniciada, ruídos cardíacos do feto normais. Albuminúria. 1 acesso eclâmptico — inj. de 30 cc. de sulf. de magn. a 20 % — 1 acesso — inj. de sulf. de magn. + clister com 4 gr. de hidrato de cloral — 4 acessos — Parto (feto vivo e viável) — clister de cloral — 1 acesso — Cura.

III — L. J., 21 anos, solteira, operária. Primigesta. Gravidez de 9 meses incompletos. Colo em via de extinção, permeável a um dedo, membranas intactas, descida por iniciar, ruídos cardíacos normais. O. E. A. Edemas nos membros inferiores e face. TMx = 21; TMn = 8,5. 1 acesso eclâmptico — inj. de cc. de sulf. de magnésio a 20 % — Cura. Parto 13 horas depois; feto vivo e viável.

IV — A. P. R., 37 anos, solteira, doméstica. 5 partos espontâneos a termo, 1 prematuro e 1 aborto. Gravidez de 8 meses, ausência de trabalho de parto. Feto em O. E. T., auscultação positiva. Edemas maleolares e da face. Acessos eclâmpticos; tratamento pelo método de Stroganoff. Após 14 acessos, inj. de 30 cc. de sulfato de magn. a 20 % — Cura e continuação da gravidez.

V — L. C. A., — 27 anos, casada, doméstica. 2 partos espontâneos de termo. TMx = 17, TMn = 8. Albuminúria (17 gr.). Ausência de trabalho de parto; gravidez de 8 meses, auscultação negativa. 2 acessos eclâmpticos — sangria de 250 cc. + inj. de 30 cc. de sulf. de magnésio a 20 %. 1 acesso — Cura. Parto dois dias depois; feto morto.

VI — E. B., 42 anos, solteira, serviçal. Primípara. Gravidez de 9 meses, auscultação fetal negativa. Período expulsivo. TM = 15, Tm = 7. Albuminúria (0,5 gr.) 1 acesso eclâmptico — Inj. de 30 cc. de sol. de sulf. de magn. a 20 % — Parto (feto morto) — 1 acesso — inj. de sulf. de magn. Cura.

VII — A. T., 30 anos, solteira, doméstica. Passado obstétrico: um aborto de 2 meses de gestação. Gravidez de 9 meses; albuminúria (1 gr.); TMx = 18; Tmn = 9. Trabalho de parto estacionário, ôvo aberto, sofrimento fetal; dilataçao completa, descida efectuada (OEA). Extracção a forceps dum feto vivo e viável; 4 1/2 horas depois 1 acesso eclâmptico; injeccção de 30 cc do sol. de sulf. de magn. a 20 %. Cura.

VIII — B. P. J., 20 anos, casada, doméstica. Primigesta. Gravidez de 9 meses. Colo extinto, dilataçao 6 cm., membranas rôtas, descida por iniciar, ruídos cardíacos do

feto normais. 1 acesso eclámptico — inj. de 30 cc. de sol. de sulf. de magn. a 20 % — 1 acesso — inj. de morfina — 2 acessos — Sintomas de sofrimento fetal — Extracção a forceps dum feto débil que viveu apenas 15 minutos. Cura.

IX — A. da S. R., 23 anos, casada, doméstica. 1 parto espontâneo de termo e três abortos. Parto fora do Serviço há 24 horas. Temperatura de 38°. 2 acessos eclámpticos — inj. de 30 cc. de sulf. de magn. a 20 % — 3 acessos — inj. de sulf. de magn. + 4 gr. de hidrato de cloral em clister — Cura da eclampsia. Infecção puerperal. Falecida 2 1/2 meses depois do parto, de embolia pulmonar.

X — C. P., 25 anos, solteira, operária. Primigesta. Gestação gemelar de 8 meses. Ausência de trabalho de parto. 2 acessos eclámpticos, inj. de 30 cc. do sol. de sulf. de magn. a 20 % — Cura.

XI — P. F., 25 anos, solteira operária. Primigesta. Gravidez de 8 meses. Início de trabalho de parto; feto vivo em OEA. Albuminúria (7 gr.) 1 acesso — inj. de 30 cc. de sulfato de magnésio a 20 % — Parto — 1 acesso — inj. de sulf. de magn. — Cura.

XII — J. da S. P., 26 anos, solteira, doméstica. 5 partos espontâneos de termo. Parto fora, do Serviço. TMx = 16. 1 acessos eclámpticos — sangria (200 cc. + 30 cc. do sol. de sulf. de magn. a 20 %). Cura.

XIII — M. A. O. M., 21 anos, solteira, doméstica. Primigesta. Gravidez de 9 meses. Feto vivo em OD. Colo extinto, dilatação 6 cm., membranas intactas, descida iniciada, ruídos cardíacos do feto normais. TMx = 19. 2 acessos eclámpticos — inj. de 30 cc. do sol. de sulf. de magnésio a 20 %). Cura.

XIV — F. de J., 22 anos, casada, doméstica. Primigesta. Gravidez de 9 meses. Feto vivo em OEA.; colo extinto, dilatação 4 cm., descida iniciada, membranas intactas, ruídos cardíacos do feto normais. 1 acesso eclámptico — inj. de 30 cc. de sol. de sulf. de magn. a 20 % — 2 acessos — Parto — 5 acessos — inj. de sulf. de magn. — Cura.

XV — A. R., 35 anos, casada, doméstica. Primigesta. Gravidez de 9 meses. Feto vivo em OET. Colo extinto, dilatação completa, membranas rôtas, descida iniciada. 1 acesso eclámptico — inj. de 30 cc. de sol. de magn. a 20 %. Sintomas de sofrimento fetal. Extracção a forceps dum feto vivo viável. Cura.

XVI — M. de L. N. R., 19 anos, solteira, doméstica. Primigesta. Gravidez de 9 meses. Período expulsivo; feto vivo em O P. 1 acesso eclámptico — inj. de 30 cc. de sol. de sulf. de magn. a 20 % — Parto — Cura.

XVII — G. G., 21 anos, solteira, operária. Primigesta. Gravidez gemelar, de 9 meses. Ausência de trabalho de parto. Albuminúria (1 gr.) 1 acesso eclámptico — inj. de 30 cc. de sulf. de magn. a 20 %). Cura. Parto 24 horas depois.

XVIII — U. G. A., 37 anos, casada, doméstica. Parto fora do Serviço. 2 acessos eclámpticos — inj. de 30 cc. de sol. de sulf. de magn. a 20 %). Cura.

XIX — R. de O. R., 23 anos, casada, lavadeira. Primigesta. Parto prematuro (8 meses, feto vivo). 1 acesso eclámptico — inj. de 30 cc. de sol. de sulf. de magn. a 20 % — 12 h. e 13 h. depois 2.º e 3.º acessos — inj. de sulf. de magn. 4.º acesso. Cura.

XX — E. A. G. M., 18 anos, solteira, doméstica. Primigesta. Gravidez de 9 meses; feto vivo. Início de trabalho de parto. Vários acessos no domicílio. Inj. de 30 cc. do sol. de sulf. de magn. a 20 %). Parto 16 horas depois,

XXI — F. A. O., 16 anos, casada, doméstica. Primigesta. Parto fora do Serviço seguido de 5 acessos eclámpticos, grande agitação. Injecção de 30 cc. de sulf. de mag. a 20 %). Cura.

XXII — I. P. R., 28 anos, casada, doméstica. Gravidez de 9 meses, feto morto em ODT; colo extinto, dilatação quasi completa, membranas rôtas, descida efectuada. Cõma eclámptico — Sangria de 200 cc. + inj. de sol. de sulf. de magn. a 20 %). Extracção fetal a forceps. Falecida em cõma.

XXXIII — G. M. L., 20 anos, casada, doméstica. Primigesta. Gravidez de 9 meses. Feto vivo em OEA.; colo extinto, dilatação completa, membranas rôtas, descida por iniciar TMx = 18 — 1 acesso eclámptico — inj. de 30 cc. de sulf. de magn. a 20 %). 2 h e 30 m. depois sinais de sofrimento fetal. Extracção a forceps dum feto vivo e viável. Cura.



Os Medicamentos e Produtos Químicos

de E. Merck, Darmstadt, gozam, há mais de 100 anos,
da maior confiança dos médicos, farmacêuticos e químicos.

E. Merck

FÁBRICA DE PRODUTOS QUÍMICOS—DARMSTADT

XXIV — M. D. A., 24 anos, casada, doméstica. Um abórto. Gravidez de 9 meses. Feto vivo em OE. Colo extinto, dilatação qnási completa, membranas intactas, descida iniciada, ruídos cardíacos do feto normais. 1 acesso eclámptico — inj. de 30 cc. de sol. de sulf. de magn. a 20%. 1 acesso — sinais de sofrimento fetal — extração por versão dum feto vivo e viável. 1 acesso — inj. de sulf. de magn. — Cura.

XXV — M. M. C., 28 anos, casada, doméstica. 6 partos espontâneos de termo e 1 abórto. Gravidez de 7 meses, feto morto. Ausência de trabalho de parto. TMx = 18, edemas generalizado, albuminúria macissa, inconsciência. Vários acessos eclámpticos no domicílio. Inj. de 30 cc. de sulf. magn a 20%. Sangria de 400 cc. — 1 acesso — inj. de sulf. de magn. — Cura — Parto 6 dias depois.

XXVI — M. A. da S. C., 32 anos, casada, doméstica. Um abórto. Gravidez de 6 1/2 meses. Feto vivo em O. D. Ausência de trabalho. 1 acesso eclámptico. Cura. Parto 18 dias depois.

XXVII — L. dos S., 38 anos, casada, peixeira. 9 partos, sendo 1 gemelar e 1 prematuro. Gravidez de 9 meses, feto vivo em O. E.; ausência de trabalho de parto. Edemas e albuminúria (0,5 gr.) TMx = 21; inconsciência, 1 acesso eclámptico — inj. de 30 gr. de sulf. de magn. a 20%. Cura. Parto 10 h. e 60 m. depois.

XXVIII — A. D. F. B., 22 anos, casada, doméstica. Primigesta. Parto espontâneo (gestação de 8 meses), feto vivo e viável. Ao 7.º dia de puerpério 5 acessos eclámpticos no espaço de 1 1/2 hora. Inj. de 30 cc. de sulf. de magn. a 20%. Cura.

XXIX — M. L., 24 anos, solteira, serviçal. Primigesta. Gravidez de 9 meses; feto vivo em O. E. Edemas; albuminúria (1 gr.); TMx = 24, TMn = 10; inconsciência. Ausência de trabalho de parto. Sangria de 150 cc.; 24 horas depois de 2 acessos eclámpticos — Sangria de 200 cc + inj. de 30 cc. de sol. de sulf. de magn. a 20% que é repetida 4 horas depois. Cura. Parto 4 dias depois; feto vivo.

XXX — L. R., 18 anos, solteira, costureira. Gravidez de 7 meses. Colo extinto, dilatação 1 cm., membranas intactas, descida por iniciar, feto morto. 1 acesso eclámptico — inj. de 30 cc. de sol. de sulf. de magn. a 20%. Parto espontâneo. Cura.

XXXI — M. N. V. L., 22 anos, casada, doméstica. Primigesta. Gestação de 9 meses. Feto vivo em O. E. Parto espontâneo dum feto vivo e viável (3 550 gr.). 12 h ras depois 2 acessos eclámpticos — Inj. de 30 cc. de sol. de sulf. de magn. a 20%. Cura

XXXII — R. S. T., 25 anos, casada, costureira. Gravidez de 6 meses, feto morto. Ausência de trabalho. Albuminúria. TMx = 15,5; TMn = 8,5. Inconsciência. 1 acesso eclámptico. Sangria de 300 cc. + inj. de 30 cc. de sol. de sulf. de magn. a 20%. Cura. Parto espontâneo 3 dias depois.

XXXIII — M. da C. A. S., 22 anos, casada, costureira. 1 parto espontâneo de termo. Gravidez de 8 meses, feto vivo em O. E. Albuminúria. TMx = 19; TMn = 9, Inconsciência. 1 acesso eclámptico — inj. de 30 cc. de sol. de sulf. de magn. a 20%. Cura. Parto espontâneo 20 dias depois.

XXXIV — A. L. M., 24 anos, solteira, serviçal. 1 aborto. Gravidez de 9 meses. Feto vivo em O. E. Ausência de trabalho de parto. TMx = 14. Albuminúria macissa. 1 acesso eclámptico — inj. de 30 cc. de sol. de sulf. de magn. a 20% — Cura. Início de trabalho — 14 h. e 40 m. depois do acesso, sinais de sofrimento fetal. Extração a forceps dum feto débil

XXXV — A. M., 25 anos, solteira, gaspeadeira. Primigesta. Gravidez de 9 meses, feto vivo em O. E. Ausência de trabalho. Albuminúria. TMx = 20; TMn = 9,5. 1 acesso eclámptico. Inj. de 30 cc. de sol. de sulf. de magn. a 20%. 2 acessos — sangria (400 cc.). Cura. Parto espontâneo 9 h. depois; feto viável (3.250 gr.)

XXXVI — M. da S. C., 22 anos, casada, operária. Primigesta. Gravidez de 9 meses. Feto vivo em O. D. Colo em via de extinção, dilatação de 3 cm., descida por iniciar, membranas intactas. Úrina sem albumina. TMx = 18; TMn = 10. 1 acesso eclámptico — inj. de 30 cc de sol. de sulf. de magn. a 20%. Parto — 3 acessos. Sulf. de magn + Clister com 4 gr. de hidrato de coral. Cura.

XXXVII — S. G., vários acessos eclámpticos numa outra Enfermaria, onde teve o

parto. Estado de cõma. $TMx = 17$, $Tmn = 10$. Inj. de 30 cc. de sulf. de magn. a 20 % + inj. de morfina. Falecida em cõma.

XXXVIII — M. de C. R., 28 anos, casada, doméstica. Gravidez de 9 meses. Ausência de trabalho de parto. 2 acessos eclámpticos — inj. de 30 cc. de sol. de sulf. de magn. a 20 %. 4 acessos eclámpticos. Inj. de morfina. 1 acesso. 4 gr. de hidrato de cloral em clister. 3 acessos — inj. de morfina. 6 acessos. Falecida.

XXXIX — P. M. F., 25 anos, solteira, operária. Gravidez de 9 meses. Feto morto em OED. Período expressivo. $TMx = 22$. 2 acessos eclámpticos — inj. de 30 cc. de sol. de sulf. de magn. a 20 %. 2 acessos — Parto — Sangria. Cura da eclampsia e falecida de infecção puerperal já existente no momento do seu internamento, ao 6.º dia de puerpério.

Nefropatias Hematogêneas Bilaterais

(Patogenia. Classificação. Quadros clínicos)

por AURELIANO PESSEGUEIRO

Prof. ext. na Faculd. de Med. do Pôrto

(Continuação do número anterior)

CLASSIFICAÇÃO

No docorrer da exposição feita até aqui, procuramos dar uma idéa geral das concepções patogêneas dos sintomas clínicos e histológicos, relativos às entidades mórbidas a que VOLHARD chama *doenças hematogêneas bilaterais dos rins*. Dissociar estas doenças em grupos, tipos e variedades, de harmonia com a sua patogênese peculiar, e traçar os quadros clínicos, que permitam identificar cada uma das suas subdivisões — é o que agora pretendemos resumidamente fazer, seguindo o plano geral da classificação de VOLHARD. E para melhor concretizar êste assunto e poder valorizar os processos de semiótica renal mais geralmente empregados, apresentaremos também, como dissemos, alguns casos clínicos de observação pessoal.

Se pretendermos classificar as nefropatias hematogêneas bilaterais em relação à patogênese que as determina, elas devem ser divididas em dois grupos distintos:

I — NEFROPATIAS SEM PERTURBAÇÕES DA CIRCULAÇÃO RENAL (sem hipertensão):

— *Nefrites parcelares infecciosas*. Êste tipo compreende três variedades: glomerulite parcelar intra-infecciosa, nefrite parcelar embólica e nefrite parcelar intersticial e septicêmica.

— *Nefroses*, agudas e crônicas. Nêste tipo devem ser incluídos o *rim amiloideu* e as *necroses*.

II — NEFROPATIAS COM PERTURBAÇÕES DA CIRCULAÇÃO RENAL (com hipertensão):

— *Glomérulo-nefrites difusas agudas.* Êste tipo compreende três variedades: glomérulo-nefrite difusa post-infecciosa, rim gravídico e rim saturnino.

— *Glomérulo-nefrites difusas crônicas.* Êste tipo compreende duas variedades: variedade vascular ou hipertensiva e variedade nefrótica. Ao lado das glomérulo-nefrites difusas crônicas, podem colocar-se a *endarterite renal* e a *periarterite nodosa renal*.

— *Nefroscleroses benignas.*

— *Nefroscleroses malignas.*

QUADROS CLÍNICOS

NEFRITES PARCELARES INFECCIOSAS

Estas entidades mórbidas, também chamadas *nefrites focais infecciosas*, podem surgir no decorrer de qualquer doença infecciosa, e são muito freqüentes durante a evolução das doenças agudas de natureza estreptocócica. Identificam-se por um conjunto bastante restrito de sinais positivos e negativos.

Sinais positivos, revelados pelo exame da urina: albuminúria (desde vestígios a 1 ou mesmo 2^{gr}), cilindros hialinos, leucócitos e hemátias em quantidade variável, relacionada com uma micro ou macro-hematúria, durante a qual a cultura da urina pode mostrar a presença do agente infeccioso.

Sinais negativos: ausência de hipertensão arterial, de edemas, de constrição das artérias da retina e de redução da função renal. Esta é, contudo, possível, e observa-se quando os processos focais, muito excepcionalmente se difundem à quási totalidade dos elementos secretórios.

As nefrites focais infecciosas não perturbam habitualmente a evolução das doenças que as provocam e têm, geralmente, um prognóstico benigno, pois que costumam curar após o desaparecimento dessas doenças.

Independentemente das infecções agudas, as nefrites parcelares podem também ser provocadas e mantidas por focos crônicos de infecção latente, que podem existir nas amígdalas, dentes, seios acessórios do nariz, apêndice, colecisto, pele, etc.

DIVISÃO DAS NEFRITES PARCELARES INFECCIOSAS

O tipo das nefrites parcelares compreende, sob o ponto de vista anátomo-patológico, três variedades diferentes, impossíveis de distinguir, com segurança, pelas alterações urinárias que produzem:

a) **GLOMERULITE PARCELAR INTRA-INFECCIOSA** — E' das três variedades a mais vulgar; surge, com muita freqüência, du-

rante as doenças infecciosas agudas, sobretudo nas de natureza estreptocócica, e encontra-se também, muitas vezes, na convalescença da glomérulo-nefrite difusa aguda.

b) NEFRITE PARCELAR EMBÓLICA (não supurativa) — É provocada por embolias microbianas nos glomérulos. Em regra é atingido apenas um número pequeno de glomérulos, nos quais se produzem necroses das ansas capilares e degenerescência dos tubos uriníferos correspondentes. Acompanha, habitualmente, as endocardites ulcerosas e tem, com freqüência, uma evolução paroxística.

c) NEFRITE PARCELAR INTERSTICIAL E SEPTICÊMICA — Pode encontrar-se nas septicemias estreptocócicas; caracteriza-se, anatomicamente, por uma infiltração linfocitária do tecido intersticial do rim. A sua evolução clínica é geralmente silenciosa, chegando a faltar a hematúria e a albuminúria. Se provoca o edema do rim aparece então a anúria, com insuficiência renal consecutiva.

O prognóstico desta variedade, como diz VOLHARD, depende inteiramente da lesão primária.

NEFROSES As nefroses dividem-se em agudas e crônicas.

a) NEFROSES AGUDAS — Estas nefroses são conhecidas vulgarmente pela designação de *albuminúrias febris*. A perturbação funcional que provoca uma nefrose aguda nunca chega a produzir uma lesão orgânica do rim. As nefroses agudas são apenas uma manifestação do rim, sem importância clínica sob o ponto de vista local, dos estados febris das doenças infecciosas. Caracterizam-se pela presença na urina de albumina, que vai de vestígios até 2 ou mais gramas por litro, associada a cilindros de categorias várias. A estes sinais devemos acrescentar os seguintes sinais negativos: ausência de hematúria, de edemas e de hipertensão arterial.

b) NEFROSES CRÔNICAS — A nefrose crônica pura, ou genuína, é uma afecção muito rara e a sua etiologia é ainda muito obscura. Ela tem sido atribuída a doenças infecciosas agudas, tais como a escarlatina, a gripe, a pneumonia, a difteria; a doenças subagudas, como infecções do cavum, das amígdalas, dos seios da face, dos dentes; a doenças crônicas, como a sífilis hereditária ou a adquirida no período secundário, o paludismo, a tuberculose, infecções devidas aos estafilococos e aos pneumococos. As perturbações endócrinas, sobretudo as disfunções tiroideias, têm sido também apontadas na sua etiologia.

É muito possível que as infecções pneumocócicas sejam as mais das vezes responsáveis, visto que a causa da morte, no decorrer de uma nefrose crônica pura, é, geralmente, a peritonite pneumocócica. A nefrose crônica genuína aparece sobretudo na idade escolar e nos adultos jovens (H. STRAUB).

3

FORMAS APERFEIÇOADAS DA ACREDITADA DIURETINA



Calcio-Diuretina

perfeitamente tolerada, sem sabôr alcalino. Valioso complemento da acção da theobromina e do acido salicylico por meio do calcio.

Iodo-Calcio-Diuretina

Combinação da Calcio-diuretina com o iodeto de potassio. Antiasthmatico e antiestenocardíaco por excellencia.

Rhodan-Calcio-Diuretina

Contra a hypertensão. Rápidas melhoras dos symptomas subjectivos devidos a uma pressão sanguínea elevada.

*Encontram-se á venda em
tubos de 20 comprimidos.*

**KNOLL A.-G., Fabricas de Productos Chimicos,
LUDWIGSHAFEN / Rheno**

Schering

Eficácia aumentada por via bucal

com a nova forma de administração da
hormona ovárica „pertencente ao organis-
mo“ (Oestradiol), o

PROGYNON-GOTAS

5 gotas não diluidas, 4 vezes por dia.

Um frasco de Progynon-Gotas ao preço
de Esc: 25\$⁰⁰ basta para um período de tra-
tamento durante cêrca de 20 dias e por isso è

especialmente económica

EMBALANGENS ORIGINAIS:

Progynon-Gotas

para perturbações da menopausa e
perturbações da menstruação

Progynon-Gotas forte

para sintomas mais graves de insufi-
ciência.

Amostras médicas e literatura à disposição.

SCHERING S. A. PORTUGUESA, APARTADO 279, LISBOA

Sintomatologia — A nefrose crônica identifica-se clinicamente pelo edema, sem hematúria, sem hipertensão e sem perturbações do funcionamento dos tubos contornados. Edema muito acentuado, nitidamente deformante, que começa pelos pés e pernas, passa rapidamente às pálpebras e resto da face, para depois se generalizar a toda a periferia e, muitas vezes também, às cavidades serosas. O líquido do edema, tanto do da periferia como do das serosas, apresenta-se com um aspecto francamente leitoso.

Urinas reduzidas nos seus volumes quotidianos, com albumina muito abundante, que pode atingir 40 e 50^{gr} por 1.000, pêsos específico muito elevado (de 1,030 a 1,050), cilindros de várias espécies, em número muito variável, e grande quantidade de corpúsculos birrefringentes.

Sôro sangüíneo de aspecto quiloso ou mesmo leitoso, o que é devido à grande hiperlipidemia existente. Baixa acentuada da taxa da serina, mantendo a taxa da globulina o seu valor habitual ou até mais elevado, donde resulta a inversão do valor do quociente albuminoso do sôro.

Para melhor mostrar as modificações sangüíneas referidas, vamos a seguir mencionar os valores normais das taxas no sôro, em gramas por litro, da colesterina, lecitina, ácidos gordos, albumina total, serina e globulina, assim como o valor do quociente albuminoso, colocando, adiante de cada um destes, o valor patológico respectivo que pode ser alcançado na evolução duma nefrose crônica.

Colesterina	1,40 - 1,80	10
Lecitina	1,90 - 2,50	7,30
Ácidos gordos	3,60 - 4,50	5
Albumina total	70 - 90	40
Serina	40 - 50	5
Globulina	20 - 30	35
Quoc. albuminoso	1,6 - 2	1-0,3

Às alterações sangüíneas citadas junta-se a hipoglicemia.

c) RIM AMILOIDEU ou DEGENERESCÊNCIA AMILOIDEIA — É preciso não confundir a nefrose crônica pura com a amiloidose pura, que se caracteriza pela infiltração de substância amilóide nos órgãos diversos do sistema retículo-endotelial. Nos rins, esta substância encontra-se principalmente nos glomérulos e na membrana basal dos tubos uriníferos. A amiloidose renal é, somente, uma parcela duma amiloidose generalizada. Se a infiltração amiloideia do rim é pouco extensa há, quando muito, uma albuminúria moderada e transitória; se a infiltração é difusa, ela dá então lugar a sinais de insuficiência renal, em virtude do estôrvo da circulação sangüínea, que se passa em todos os glomérulos.

A amiloidose renal difusa compreende, relativamente à sua

evolução, três formas diferentes: a forma aguda, a subcrónica e a crónica. Destas três formas, só a última se acompanha de hipertensão arterial, atribuindo VOLHARD a falta desta nas duas primeiras formas à evolução discrásica da afecção fundamental que as determinou. É freqüente a combinação da nefrose crónica com a amiloidose, provocadas ambas, possivelmente, por uma mesma causa infecciosa.

O diagnóstico diferencial, entre nefrose crónica pura e nefrose crónica associada a amiloidose, é possível e fácil. Quando a nefrose crónica se combina com a amiloidose, o fígado e o baço são também invadidos pela degenerescência amiloideia, e, por isto, o aumento de volume destes dois órgãos é a favor da associação delas. A hipertensão e os transtornos da função renal são outros elementos a favor.

A injeção endovenosa de vermelho do Congo permite o diagnóstico diferencial seguro: na nefrose crónica pura as urinas aparecem, após a injeção, tingidas pelo corante; quando há a associação referida, o corante não aparece nas urinas, em consequência das afinidades que tem para se combinar com a substância amilóide.

d) NEFROSE NECRÓTICA — Ao lado das nefroses devem ser colocadas as necroses. Nas células dos tubos uriníferos encontram-se todos os graus de lesão: degenerescências albuminóide, adiposa dos ésteres da glicerina, lipóide ou amilóide e necrose completa.

O protótipo das necroses é a nefrose necrótica provocada pelo sublimado, que se caracteriza pela obligúria ou mesmo anúria, sem edemas habitualmente, mas com perturbações muito graves da função renal; existência de albuminúria, células epiteliais degeneradas, e cilindrúria de intensidades variáveis e sem importância para o prognóstico.

Nos casos graves, à oligúria associa-se a baixa do pêsso específico da urina.

A hipertensão falta no início da afecção, mas aparece quando se instala a insuficiência renal.

Junto à elevação no sangue de todos os produtos catabólicos terminais, elevação que marca a insuficiência renal, encontra-se uma baixa muito sensível do cloro globular, do cloro plasmático e do índice cloropéxico globular $\left(\frac{\text{cloro globular}}{\text{cloro plasmático}} \right)$, cujos valores normais são, respectivamente: 1^{gr},75 a 1^{gr},80 ‰, 3^{gr},50 a 3^{gr},60 ‰ e 0,50.

A hipocloremia total resulta dum deslocamento do cloro do sangue para os tecidos e da perda dos cloretos com os vômitos incoercíveis e com a diarreia profusa provocados pelo sublimado.

Neste tipo de nefrose a diurese pode reaparecer mesmo depois duma fase de anúria completa de seis dias. Isto mostra, como diz VOLHARD, «o maravilhoso poder de regeneração do epitélio renal».

**GLOMÉRULO - NEFRITES
DIFUSAS AGUDAS**

Foi dito na primeira parte d'êste trabalho que as glomérulo-nefrites difusas agudas não costumam instalar-se, como acontece com as nefrites parcelares, durante o decurso das doenças infecciosas agudas, mas sim depois delas terem desaparecido aparentemente por completo; por isto, as nefrites parcelares merecem a designação de *intra-infecciosas* e as glomérulo-nefrites difusas agudas a de *post-infecciosas*.

Como nas nefrites parcelares, são, também, as doenças estreptocócicas agudas as que mais habitualmente dão lugar às afecções renais de que agora nos vamos ocupar; e, das doenças estreptocócicas agudas deve ser colocada, no primeiro plano, a angina febril, e depois dela a poliartrite, a otite, a sinusite e a erisipela. Também como dados etiológicos da glomérulo-nefrite difusa aguda, convém ainda fixar que ela aparece com freqüência na convalescença da escarlatina e que é muitas vezes provocada por infecções crônicas estreptocócicas das amígdalas.

Sintomatologia — Quando referimos a patogênese da glomérulo-nefrite difusa aguda, dissemos que VOLHARD faz depender tôda a sua sintomatologia duma constrição generalizada das artérias, arteríolas e vénulas. A esta constrição generalizada, de comêço brusco, corresponde, também, um início habitualmente tempestuoso da glomérulo-nefrite difusa aguda, traduzido pelo seguinte: grande mal estar geral, astenia, dispneia repentina, opressão na cabeça e no peito, escotomas, palidez da face e edema generalizado freqüente, que se reconhece sobretudo nas pálpebras e se nota também facilmente no resto da face e nos membros; completam o quadro sintomático inicial a hipertensão arterial (Mx entre 18 e 20, Mn entre 8 e 12) e a constrição visível das artérias da retina.

Aos edemas periféricos podem vir a juntar-se derrames da pleura e do pericárdio.

Pelo exame subsequente do doente verifica-se a existência de oligúria e de urinas em regra concentradas, mostrando êste último facto que a função dos *tubuli* não está comprometida.

Após o comêço tempestuoso da glomérulo-nefrite difusa aguda, surge a micro ou a macro-hematúria, costumando a última dar à urina o aspecto de água de lavar carne. A hematúria pode ser um sinal tardio, aparecendo apenas no declínio da doença, isto é, quando se restabelece a circulação nos capilares glomerulares.

Pode não haver albuminúria, mas ela existe quási sempre, desde vestígios a quantidades muito apreciáveis. No sedimento urinário encontram-se também, quási sempre, além de hemáticas, leucócitos, células epiteliais e cilindros hialinos e granulados.

No sangue há retenção da ureia e retenção do ácido úrico, retenções de ordinário moderadas, mas que podem, contudo, atingir,

respectivamente, 2^{gr.} e 0^{gr.},09 por litro. A indicanemia e a reacção xanto-proteica são, habitualmente, normais.

Tanto a taquicardia como a elevação da pressão venosa são sinais de mau prognóstico, por anunciarem a insuficiência do miocárdio.

DIVISÃO DAS GLOMÉRULO-NEFRITES DIFUSAS AGUDAS

Dentro dêste tipo devem ser colocadas, pela sua patogénese comum, as três variedades seguintes:

a) GLOMÉRULO-NEFRITE DIFUSA POST-INFECCIOSA AGUDA — É a variedade que nos serviu de protótipo na descrição das glomérulo-nefrites difusas agudas.

b) RIM GRAVÍDICO — No rim gravídico há também, na opinião de VOLHARD, uma vaso-constricção generalizada e renal, que dá uma sintomatologia idêntica à descrita precedentemente. Para uns, a vaso-constricção resulta da acção de substâncias vaso-activas fabricadas pelos rins, em consequência das perturbações circulatórias que neles se produzem pela compressão dupla dos ureteres, durante a segunda metade da gestação. Para outros, depende da acção duma substância tóxica produzida pelo epitélio do corion ou, ainda, da passagem ao sangue, durante a gestação, duma quantidade excessiva de substâncias fisiológicas vaso-constritoras, por hiperfunção do lóbulo posterior da hipófise ou do diencéfalo.

O edema cerebral é uma complicação gravíssima dos últimos tempos da gravidez, pois que pode aumentar consideravelmente durante o trabalho de parto.

c) RIM SATURNINO — A hipertonia, com a sua hipertensão arterial consequente, é produzida pela acção espástica do chumbo sobre os vasos.

Pseudo-uremia aguda — Como complicação grave da glomérulo-nefrite difusa aguda, possível no período da reabsorção dos edemas, devemos citar a *uremia eclâmptica*, que VOLHARD dissociou da uremia verdadeira aguda e à qual chama *pseudo-uremia aguda* ou *epilepsia nefrogénea*.

A uremia verdadeira aguda é produzida pela intoxicação urinária, ao passo que a pseudo-uremia aguda é determinada pelo edema cerebral, que provoca aumento da pressão do líquido céfalo-raquidiano e sintomas de compressão do cérebro, tais como: dores de cabeça, vômitos cerebrais, bradicardia, convulsões epileptiformes, exagêro dos reflexos, clónus do pé, sinal de Babinski, dilatação das pupilas e estase papilar. Podem notar-se também fenómenos meníngeos: rigidez da nuca e sinal de Kernig.

Para a alimentação infantil

The word "Nestogéno" is written in a stylized, cursive font. It is enclosed within a rectangular frame that has vertical lines on the left side, resembling a window or a display case.

Nestogéno

O leite em pó meio-gordo da

The Nestlé logo features the word "NESTLÉ" in a bold, serif font. Above the letter "E" is a small illustration of a bird's nest with three birds perched on a branch.

NESTLÉ

**QUALIDADE — DIGESTIBILIDADE
— CONSERVAÇÃO**

Completa ou substitue o leite materno,
em caso de necessidade, desde a nas-
cença.

Alcalinésia BISMUTICA

Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis etc.

"Aseptal,"

Ginecologia. Partos. Usos antisépticos em geral.

BioLactina

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

Bromovaleriana

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

'Diaspirina,

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

DYNAMOL

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

"Glucálcio,"

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

hepatodynamol

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

"NARCOTYL,"

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

Proteion

Medicamento não específico actuando electivamente sobre os estados infecciosos.

PULMÔ-SËRO

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

SUAVINA

Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.

Terpioquina

Medicação anti-infecciosa.

Transpneumol

Quininoferpja parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.

A elevação da temperatura é freqüente na pseudo-uremia aguda, a não ser nos casos graves de coma em que há, pelo contrário, hipotermia.

Vamos agora relatar um caso de glomérulo-nefrite difusa aguda, que surgiu durante a recrudescência duma infecção crônica e que tivemos ocasião de observar e tratar na Enfermaria de Propedêutica Médica.

Obs. I— M. C., de 29 anos de idade, solteiro, funileiro. Desde os últimos dias de Maio de 1937 até 29 de Junho do mesmo ano, passou mal disposto e alquebrado, com ligeira dispneia de esforço e dores moderadas nos joelhos, quando forçava a marcha. No dia 29 de Junho surgiu no doente, quando, pela manhã, tentou levantar-se, uma sintomatologia de início tempestuoso: dispneia repentina, com exacerbação do mal estar geral e da astenia, opressão precordial e palpitações. Reconheceu que não podia ir para o seu trabalho e deixou-se ficar na cama. Diurese reduzida durante o dia e a noite. Na manhã seguinte sentiu-se ainda mais dispneico, mais astenizado e mais mal disposto, notando que a face estava pálida e que era portador dum edema generalizado.

Em 1 de Julho foi internado na Sala de Observações do Hospital de St.º António e no dia 3 foi transferido para a Enfermaria de Propedêutica Médica, onde foi por nós observado.

Era um doente de constituição média, com 1^m,70 de altura e 60 kgr. de pêso. Chamava a atenção de quem o examinava, a sua fatigabilidade fácil, a palidez da face e das mucosas, a existência dum edema generalizado, embora moderado, que se pronunciava mais na face, pés e pernas. Havia, além disto, manchas cicatriciais arredondadas, extensas e de côr acobreada, distribuídas nos dois têrços superiores de ambas as pernas; uma larga placa, de aspecto inflamatório, que abrangia o têrço inferior da perna direita, com pequenas ulcerações numerosas, cobertas muitas delas de pus amarelado e não fétido; um gânglio muito tumefacto, duro e doloroso espontaneamente, na parte média da virilha direita, com sinais nítidos de periadenite; duas cicatrizes, de aspecto nacarado, uma em cada região inguinal, resultantes de adenites venéreas antigas.

Apresentava micropoliadenopatias, móveis e indolores, nas regiões cervical, axilares e inguinais, sendo as destas últimas regiões mais apreciáveis pelo seu volume que as das outras.

Estado irregularmente febril durante os primeiros dias de internamento, como se pode verificar no quadro da página seguinte.

Anorexia, língua levemente saburrosa, tendência para a obstipação.

Ligeira diminuição de intensidade do murmúrio vesicular nas

Temperaturas

JULHO	9 h.	18 h.
3		37,2
4	37	36,9
5	37,1	37,4
6	37,5	37
7	36,7	38,4
8	36,6	38,9
9	37,8	38,8
10	37,6	37,1
11	36,4	37,3
12	36,4	36,7
13	36,5	37,1
14	36,5	36,5
15	36,6	36,6
16	36,5	36,9
17	36,4	37,1
18	36	36,5
19	36,4	36,4
20	36,3	36,7

bases pulmonares, sem modificações de sonoridade, notando-se também, na do lado direito, poucos sarridos subcrepitantes, de bôlhas médias, e um ou outro sibilo.

Choque apical no V.^o espaço intercostal, para dentro da linha mamilar. Bradicardia e hiperfonese do 2.^o som aórtico. Pulso rítmico, hipertenso (19/10 na umeral direita, com o Pachon-Gallavardin) e de frequência muito reduzida (48 a 56), como é próprio da hipertensão aguda, quando o tónus dos nervos moderadores é ainda vigoroso. Ausência de palpitações, bem como de tonturas, zumbidos e de escotomas.

Oligúria (cêrca de 800 cc.), albuminúria variável de dia para dia (2 a 5^{gr.} 0/100) e micro-hematúria, revelada pela reacção de Thévenon e Roland (positiva ao fim de 3 minutos).

O exame do fundo do ôlho mostrou uma constrição acentuada das artérias da retina, que, associada ao

comêço tempestuoso da doença e à triade sintomática — hipertensão, edema e hematúria — confirma o diagnóstico de glomérulo-nefrite difusa aguda.

Análises Laboratoriais

As análises feitas põem, sobretudo, em evidência o grau de retenção azotada, que deve ser explicado pela oligúria, visto que há uma boa concentração ureica na urina.

Análise química do sangue por 1.000:

Ureia	1,043
Colesterina	0,750
Serina	34,500
Globulina	21,000
Quociente albuminoso ($\frac{\text{serina}}{\text{globulina}}$)	1,6

(Prof. A. Tavares)

Análise hematológica:

Hemoglobina (Sahli) por %	70
Glóbulos vermelhos por mm ³	3.800.000
Glóbulos brancos por mm ³	15.800

Fórmula Leucocitária (por %):

Granulócitos neutrófilos	74,00
Granulócitos eosinófilos	1,00
Mastleucócitos	0,50
Linfócitos	13,00
Monócitos	11,50
Anisocitose rubra	

(Prof. A. Tavares)

Reacção de Warsemann (tec. de Ch. Auguste): negativa

(Prof. A. Tavares)

Análise da urina de 24 horas — Nesta análise referimos apenas a parte que mais nos interessa: oligúria (800 cc.), côr amarela, aspecto levemente turvo, depósito pequeno, cheiro normal, consistência fluída, reacção ácida, densidade a 15° igual a 1,0159. Continha 5^{gr},056 de albumina por litro, 25^{gr},496 de ureia e 2^{gr},340 de cloretos, por litro também.

Numerosos cilindros hialinos e granulosos, sombras de glóbulos, numerosos leucócitos e raras células das vias urinárias.

(Prof. A. Tavares)

O doente dizia ter sido sempre muito saudável, que tivera apenas uma doença febril passageira, aos 10 anos, durante 3 dias o máximo, e vários cancos moles, dos 20 para os 21 anos, com duas adenites inguinais, que supuraram e abriram espontaneamente.

A infecção da pele das pernas não pesava, para o doente, no seu passado mórbido; e era ela, com certeza, a causa da doença que o obrigou a recolher ao hospital. Contava o doente que, desde dois anos, aproximadamente, lhe apareciam, ora numa perna ora noutra, umas crostas brancas, que êle lavava, de longe a longe, com água e sabão, e fazia mesmo por as arrancar, ficando à mostra um fundo em carne viva, com algum pus e sem sangue, sôbre o qual applicava, raras vezes, o « pomito Lencart ». Assim andou todo êste tempo, sem nunca ter feito uma terapêutica conveniente; e se uma das feridas cicatrizavam, outras pioravam, até que permaneceram as do têrço inferior da perna direita, as quais se agravaram muito nos últimos quatro meses. Examinado o doente com todo o cuidado, não encontramos, de facto, além desta fonte infecciosa outra causa que pudesse explicar a nefrite existente. Pedimos, contudo, o auxílio do dr. Jaime de Magalhães, professor encarregado do Curso de Oto-Rino-Laringologia da nossa Faculdade, o qual se limitou a confirmar que nos dentes, amígdalas, faringe e seios da face nada havia, na verdade, de suspeito.

Por haver uma dor moderada à pressão na fossa ilíaca direita, embora não circunscrita a pontos determinados, o doente foi ainda submetido a um exame radiológico, e por êle se verificou que o cego e o apêndice eram normais.

TRATAMENTO — O doente ficou em descanso absoluto no leito; lavagens dos elementos ulcerados com soluto de permanganato de potássio a 1 por 12.000 e aplicações de tintura de iodo, diluída em álcool ao sétimo, nos elementos máculo-pustulosos; dieta sem sal, constituída por caldos de legumes, arroz, batatas, cenouras e hortaliças.

Em 13/7 as ulcerações estavam consideravelmente melhoradas.

De 13 a 16/7 o doente ficou sem comer e sem beber — regime de fome e sede, de VOLHARD. Até ao dia 17 as tensões arteriais mantiveram-se sensivelmente iguais às anteriores, assim como a oligúria, a albuminúria e a micro-hematúria; o edema estava ligeiramente reduzido. Na manhã deste dia o doente foi submetido ao «assalto de água», de VOLHARD: 1.500 cc. de água, que podiam ser ingeridos no espaço de 20 minutos, mas que êle tomou, sofregamente, duma só vez, para matar a sede. Esta terapêutica foi, na verdade, duma eficácia brilhante, pois que restabeleceu uma boa diurese com poliúria apreciável (cêrca de 2.000 cc.).

A seguir ao «assalto de água» foram feitas ao doente injeccões subcutâneas de auto-sangue, duas por semana, até à sua saída do Hospital: a primeira de 5 cc., a segunda de 7,5 e tôdas as outras de 10. Pareceu-nos que esta medicação estava aconselhada, quer admitissemos a hipótese de VOLHARD, segundo a qual a glómérulo-nefrite difusa infecciosa aguda depende dum estado alérgico vascular, quer admitissemos a hipótese de FAHR, segundo a qual a afeccão é constituída por um verdadeiro estado inflamatório do rim. Dentro da primeira hipótese, a medicação actuaria como des-sensibilizante e, na segunda, como auto-vacina. O facto é que o doente foi-se restabelecendo progressivamente, como vamos ver.

Em 28/7 as melhoras eram muito francas: tensões arteriais de 14/9, ausência completa de edemas, diurese de 1.700 cc., albuminúria de 1^{gr},5. Nesta altura surgiu uma macro-hematúria muito acentuada, que devia traduzir, segundo as teorias de VOLHARD, o restabelecimento da circulação renal. Esta macro-hematúria só começou a reduzir-se do dia 18/8 por diante, data em que a taxa da ureia no sangue tinha baixado para 0^{gr},491 por litro.

Em 2 de Outubro o doente exigiu alta por se julgar curado. Tinha apetite e sentia-se bem disposto, a-pesar-do seu pêso ter descido até 51 kgr.; pulso de frequência 70, tensões arteriais de 13,5/7, sem edemas, diurese de 2.200 cc., albuminúria de 0^{gr},5 e vestígios muito leves de sangue na urina. Pena foi que os nossos conselhos não o tivessem convencido da necessidade de se demorar por mais tempo na enfermaria.

(Continúa no próximo número).



OS FÂRMACOS

Homburg

Continuam mantendo as qua-
lidades que os consagraram

CHEMIEWERK *Homburg* AKTIENGESELLSCHAFT
FRANCFORT S/MENO

Informações : EMILIO PELLEN

LISBOA

Rua da Horta Sêca, 7-3.º

Tel. 26841



ADONIGEN

Extr. estand. de Adonis Vernalis

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

DERIFILINA

Teofilina + dietanolamina

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

DERIFILINA-ESTROFANTINA

Derifilina + estrofantina k

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

DERIMINAL

Derifilina + ácido feniletilbarbitúrico

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

FOSVITANON

Quinina - colá - piscidia - viburno - lípulo - fosfato - cobre - ferro - manganês - magnésio - bromo

frascos 200 cc.

HOMBURG 680

Extr. estab. da raiz de beladona búlgara

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

KAMILLORAL

Kamillosan concentrado

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

KAMILLOSAN

Extr. estand. de camomila

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

SEPTOQUINA

Solvoquina + p - aminofenilsulfonamida

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

SINTOBILINA

p - tolilmetilcarbinolcanfor-éster ácido - dietanolamina

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

SOLVOQUINA

Soluto aquoso quinina básica a 25%

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

SOLVOQUINA-CÁLCIO

Solvoquina + glutamato de cálcio

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

SPIROBISMOL

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

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

TEMOEBILINA

Temõe Lawak, hortelã pimenta cominho e camomila

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

TRANSPULMINA

Quinina, cânfora e óleos essenciais

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

TREUPEL

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

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

Chemiewerk *Homburg* Aktiengesellschaft

FRANCFORT S / MENO

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

LISBOA MÉDICA, XX, 1943.— N.º 7 (Julho): *Febre por mordedura de rato*, por Silva Nunes.— N.º 8 (Agosto): *Miosite ossificante progressiva* por Almeida Lima.— N.º 9 (Set.): *Histoplasmose de Darling*, por F. Wohlwill e A. Morais David; *Prática anatomo-clínica*, por F. Wohlwill (continuação de números anteriores).

Febre por mordedura de rato.— O rato é susceptível de transmitir ao homem, por mordedura, os seus parasitas habituais, provocando-lhe doenças de patogenia já bem conhecida, que se designam, genericamente, por «Febre da mordedura do Rato». A primeira foi atribuída, por Futaki, em 1916, ao «Spirillum Minus». É particularmente frequente na China e no Japão, onde foi designada por «Sodoku».

Após a mordedura, decorre um período de incubação de duas a várias semanas. A lesão local acompanha-se de edema, com consistência elástica, de linfangite e adenite regionais. Os sintomas gerais sucedem-se então, tendo características especiais a temperatura. Um arrepio e mal-estar acentuado precedem as elevações térmicas, que têm carácter intermitente, com uma regularidade muito marcada: acessos de cerca de 12 horas, entrecortados por períodos de 4 a 5 dias de apirexia. Simultaneamente com os acessos notam-se cefaleias, dores musculares e um exantema vermelho-violáceo, polimorfo, sobretudo na face e membros, que se atenua com a descida da temperatura.

As reacções serológicas são tècnicamente difíceis e de valor duvidoso. A de Wassermann e as de floclulação usadas para diagnóstico da sífilis, quando executadas nesta doença, são de resultados variáveis, consoante os autores. Quando positivas, devem interpretar-se como reacções de grupo. O diagnóstico tem-se feito pesquisando por exame directo, em campo escuro, o «Spirillum Minus» no sangue do indivíduo infectado colhido no auge do acesso febril ou no exsudado obtido por punção dos gânglios regionais e por inoculação em ratos ou cobaias.

O prognóstico é, geralmente, favorável, sendo excepcionais os casos de morte na Europa e América. No Japão a mortalidade é mais elevada, atingindo 10 %. A terapêutica pelos arsenobenzóis (Salvarsan e sucedâneos) é, dum modo geral, eficaz.

Em 1925, Levaditti, Nicolau e Poincloux isolaram do sangue dum preparador de laboratório sofrendo de doença aguda com acessos febris, angina, eritema papular e artrites múltiplas, o «Streptobacillus moniliformis». Parker e Hudson, em 1926, verificaram, em Haverhill (Massachusetts) um quadro clínico semelhante ao descrito por Levaditti e seus colaboradores, que designaram por «febre de Haverhill» e o seu agente, parasita da nasofaringe do rato, por «Haverhillia multiformis». Provou-se

ulteriormente que «*Haverhillia multiformis*», «*Streptobacillus moniliformis*» ou ainda «*Streptotrix Muris ratti*» eram idênticos, pertencendo todos ao grupo «*Actinomyces*». Assim, o «*Actinomyces muris*» ficou sendo o agente dum segundo estado mórbido provocado pela mordedura do rato.

Admite-se que talvez a via bucal, pela ingestão de produtos contaminados, possa igualmente transmitir a doença. Segundo Place e Sutton, a urina dos ratos teria inquinado o leite que provocou a epidemia de Haverhill. O quadro clínico parece ser idêntico, quer o agente seja inoculado por mordedura, quer por ingestão. A pesquisa do agente no sangue é feita por cultura, tornando-se necessários cerca de 20 c. c. de sangue, que se semeiam em caldo e sôro de Loeffler, sendo preferíveis as culturas anaeróbias com 5 % de CO₂.

A mortalidade parece ser maior nesta segunda doença, havendo um caso de Blake, com exame necrótico, que revelou endocardite ulcêrosa e miocardite subaguda. A terapêutica pelos arsenobenzóis é menos activa que no «*Sodoku*».

Podem, portanto, estabelecer-se dois quadros clínicos diferentes, consoante o rato transmite o «*Spirillum Minus*» ou os parasitas do grupo «*Actinomyces*».

O primeiro, mais freqüente, tem maior regularidade térmica, erupção de grandes máculas e o seu agente é inoculável no rato e cobaio. O segundo, mais raro, apresenta acessos menos regulares com artrites, erupção de pequenas máculas (morbiliforme), geralmente com hiperleucocitose e o seu agente não reproduz a doença no cobaio ou rato, mas somente no murganho, e é mais facilmente cultivável.

Na literatura médica portuguesa existem descritos quatro casos de «*Sodoku*», publicados, respectivamente, por Luís Machado e Martins Barbosa (1917), Monteiro de Carvalho (1929), Álvaro Lapa e Sacadura Côrte Real (1931), e Ernesto Morais e João de Melo (1937); somente nos dois últimos se conseguiu isolar o agente. Neste novo caso, relativo a uma criança de 2 anos, o interêsse do relato reside no acto, de ter sido possível o exame anátomo-patológico, pois poucas observações existem de doentes falecidos com febre por mordedura de rato, sobretudo na Europa. Dêsse exame conclue-se a observação de lesões diversas das registadas na literatura médica, não podendo fazer-se o diagnóstico de «*Sodoku*» pela análise anátomo-patológica, que não dá resultados característicos.

Histoplasmose de Darling. — Darling, patologista americano, quando em serviço oficial no canal de Panamá, estudou (1906-1909) o agente desta doença e as lesões por êle produzidas. Examinou, em procura de casos eventuais de Kala-Azar nesta região, preparações de baço, fígado e medula óssea de todos os cadáveres do Ancon Hospital que apresentavam esplenomegalia e em três dêles descobriu um microorganismo parecido com a *Leishmania Donovanii*, a que pôs o nome de *Histoplasma capsu-*

latum. Da doença que chamou *Histoplasmose*, fez Darling a seguinte súmula descritiva:

«Doença infecciosa fatal, da América tropical, parecida com o Kala-Azar da Índia, caracterizada clinicamente por esplenomegalia, caquexia, febre irregular, leucopenia e anemia. O quadro anátomo-patológico consta da invasão das células endoteliais dos mais pequenos vasos ou capilares sanguíneos e linfáticos por um enorme número de pequenos microorganismos capsulados (*Histoplasma capsulatum*), determinando necrose do fígado com cirrose, esplenomegalia, granulomas dos pulmões, intestino delgado e grosso, ulcerações deste último, e necrose dos gânglios linfáticos satélites das vísceras infectadas. A doença é causada por um microorganismo oval ou circular de 1 a 4 μ de diâmetro, com cromatina nuclear polimorfa, citoplasma basófilo e espaços acromáticos, dentro de uma cápsula acromática, que difere da *Leishmania Donovanii* pela forma e arranjo da sua cromatina nuclear e por não ter blefaroblasto.»

Em 1912 Rocha reviu, no Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo, algumas preparações que o próprio Darling lhe cedera e concluiu pela semelhança, se não pela identidade do *Histoplasma capsulatum* e do *Cryptococcus farciminosus*, um fungo agente da linfangite e adenite epizoótica do cavalo e de outros solípedes. Darling, mais tarde, conformou-se com este ponto de vista e admitiu a natureza micótica do seu *Histoplasma*, opinião hoje em dia aceite por todos os autores.

É curioso notar que durante 20 anos — até 1926 — não se tornou mais a falar da histoplasmose. Neste ano Watson e Riley publicaram um novo caso, de Minesota.

Em 1934, Dodd e Tompkins conseguiram pela primeira vez fazer o diagnóstico em vida com a demonstração do parasita dentro de grandes mononucleares do sangue circulante e, partindo do material obtido na autópsia deste caso, De Mombreun pôde cultivar o fungo. Este autor mostrou que se trata dum germen cultivável à temperatura ambiente ou a 37.º, aeróbio obrigatório, demonstrável sob dois aspectos diferentes, a forma de levedura, tal como se mostra nos tecidos, e a forma de micélio. Só a primeira é patogénica.

A inoculação experimental da levedura por via intravenosa no macaco e no cão — neste último também por via oral — determinou um quadro mórbido perfeitamente sobreponível à doença espontânea do homem e destas lesões experimentais obteve De Mombreun de novo o agente causal com que pôde repetir a inoculação de outros animais. Também a forma de micélio se converte na forma patogénica por inoculação experimental. Outros trabalhos ulteriores já falam da patogénica do fungo para mais espécies como ratinhos (Hansmann e Schenken), cobaias (Reid, Scherer, Herbert e Irving), etc. Como se vê, encontram-se assim cabalmente cumpridos os postulados de Koch e está definitivamente comprovada a opinião de Rocha Lima de que o agente é um fungo. Este pertence aos *fungi imperfecti*, que por seu turno são *Hifomycetos*.

Apesar disto, até hoje foi adoptado por quasi todos os autores o termo proposto par Darling, embora este autor tivesse partido duma concepção que se mostrou não ser exacta.

Em 1939 De Mombreun publicou um caso de Histoplasmose espontânea do cão, com cultura positiva do sangue e dos órgãos, patogénica em inoculações sucessivas. Lévine, Dunlap e Graham observaram no furão gérmes pelo menos semelhantes ao Histoplasma. De resto o agente até agora não foi verificado na natureza livre. Tampouco se conhece o modo de infecção e a via de entrada do fungo. Pensa-se sobretudo nas vias respiratórias e digestivas (estas últimas principalmente apontadas por Henderson, Pinkerton e Moore) porque nelas se encontram as lesões mais constantes, mas também na pele, por intermédio de insectos portadores. Humphrey chama a atenção para o ouvido como possível porta de entrada.

Desde o trabalho de Wastson e Riley (1926) aumentaram todos os anos as observações de novos casos de Histoplasmose, de modo que presentemente deve haver cerca de 40 casos na bibliografia. A grande maioria dèles foi verificada na *América do Norte e Central*, em indivíduos de raças muito diferentes, mas duma maneira geral em distritos muito afastados uns dos outros. Sòmente na região de *Michigan* tem havido uma certa frequência de casos (Humphrey). Os poucos restantes estão dispersos por ambos os hemisférios. Havia dois na *América do Sul* (um no Brasil e um na Argentina), dois na *Asia* (um na Java, um nas Filipinas) e um na *Africa* (Rodésia). Finalmente há uma única observação feita na *Europa* (Derry, Card e Wilson); mas é impossível dizer onde este doente contraíu o germen, visto que, antes de ser tratado na Inglaterra, tinha estado na Índia, no Sudão e, como soldado, na França.

O presente caso, o *primeiro em Portugal*, seria portanto o segundo observado na Europa e talvez mesmo e primeiro infectado neste continente. A doente nunca esteve fora de Portugal e na sua história não se encontram nenhuns elementos que possam elucidar o mecanismo da sua infecção. Começa assim a confirmar-se a previsão de Meneley de que «uma frequência considerável da doença será demonstrada não só no hemisfério ocidental, mas por todo o mundo».

O acréscimo no número de casos de Histoplasmose aparecidos na literatura médica dos últimos tempos deve-se, por certo, a um mais largo e perfeito conhecimento desta entidade nosológica.

Não cabem dentro de uma breve descrição todos os tipos clínicos que a doença pode revestir. Muito embora se considerem como sintomas cardiais o emagrecimento, a caquexia, a febre irregular, a esplenomegalia e a leucopenia, por um lado, faltam por vezes alguns dèstes sinais como no nosso caso e, por outro lado, podem sobrevir outros sintomas diferentes, com manifestações ganglionares, respiratórias, intestinais, cutâneas, articulares, etc., etc.

A histoplasmose associa-se uma ou outra vez com outras doenças.

Em todas
as afecções estreptocócicas

PRONTOSIL

o medicamento quimioterapêutico

de acção segura contra a erisipela, angina,
septicemia post-partum e post-abortum, artri-
tes infecciosas e também pielites e cistites

Como profiláctico,
antes de partos e operações

Igualmente bem tolerado
por via oral e intramuscular

EMBALAGENS ORIGINAIS:

Prontosil rubrum:

Tubo com 20 comprimidos de 0 gr. 50

Prontosil soluvel (a 5%):

Caixa com 5 ampolas de 5 c. c.



Bayer
BEVERKUSEN

Representantes:

BAYER, LIMITADA

Cargo do Barão de Quintald 11-2415806



Quinarrhenina

**ANEMIAS
CLORO-ANEMIA
SEZÕES
TUBERCULOSE
CONVALESCENÇAS**

ELIXIR — GRANULADO

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

Deposito geral: Farmácia **GAMA** — C. Estrela, 130, Lisboa
Agentes: Em **LUANDA** — DINIZ, LIMITADA No **FUNCHAL** — MADEIRA NOSTRA
No **PORTO** — ALBERTO FERNANDES LEAL — Rua Alferes Malheiro, 129-2.º

IODOLOSE "GAMA,"

●

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

KOLEINA « GAMA »

GRANULADO DE KOLA E CAFEÍNA

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

ALLYLO - MENOL

Base: — Iodeto de alilo, ácido hidro-fluosilicico e gomeņol

Fórmula aconselhada pelo prof. A. Robin no tratamento por inalações da tuberculose pulmonar, afecções da laringe, bronquites e bronco-pneumonias.

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

A tuberculose, em particular, encontra-se, com relativa freqüência emaranhada entre as lesões próprias da doença. A oportunidade para chegar a um diagnóstico consiste afinal se saber que a doença existe e em nos lembrarmos da sua existência. O laboratório tem a última palavra, a parte decisiva, no reconhecimento da Histoplasmose, seja pela demonstração directa de parasitas no sangue, nos tecidos ou exsudados, seja pela cultura a partir do sangue ou dos órgãos.

A doença afecta, sempre, pode dizer-se, uma evolução fatal, inexorável. Apenas o caso de Strong, com lesões exclusivas da pele, parece ter chegado à cura. Todos ou quasi todos, apesar dos tratamentos ensaiados, terminaram pela morte.

Também o quadro anátomo-patológico é bastante variado, se bem que certos sindromas se repitam na maioria dos casos em várias combinações. O exame microscópico pode ser muito pobre e mesmo limitar-se à esplenomegalia, que é um dos sintomas mais constantes. Também o fígado pode estar tumefacto. Em vários casos existia uma cirrose hepática (Darling, Dodd e Tompkins, etc.). Tumefacção de muitos gânglios linfáticos é a regra mas por vezes é limitada aos gânglios internos, como no presente caso, de modo que o diagnóstico clínico não pode aproveitar dêste facto. Em geral, vêem-se já macroscopicamente focos múltiplos miliares e maiores, de côr acinzentada e necroses de vários tamanhos, fenómenos que são semelhantes à tuberculose, e tem como sedes de predilecção os pulmões e o intestino; mas existem noutros órgãos, cápsulas suprarrenais, tecido retro-peritoneal, esqueleto, bexiga, etc.

No quadro histológico o elemento característico é a grande célula histiocitária e fagocitária preenchida pelos parasitas. Darling já descrevia a descoloração da parte do citoplasma onde se encontram os fungos, e isto numa área maior do que a ocupada por eles (as «câmaras acromáticas» de Darling). Mas os quadros de fagocitose são freqüentes também em células não parasitófagas. Parece que há uma activação geral do sistema histiocitário. Observam-se alterações vasculares de vária feição; sobretudo processos de endarterite productiva. Focos de necrose se observam geralmente, tanto no tecido granulomatoso como no parênquima dos órgãos atingidos.

Na história clínica do caso aqui apresentado ressalta a particularidade de revestir o quadro de uma afecção vesical crônica, com lesões de cistite grave, forte repercussão no estado geral, sem aparente comparticipação renal ou esplenomegalia, com febre acessual, leucocitose e polinucleose terminais. Nos primeiros dias de observação da doente, o A. supôs, quando palpava a massa tumoral direita sub-costal, que estivesse em face de uma lesão renal, uma hidropionefrose com infecção vesical secundária. O exame renal complementar, porém, afastou uma tal hipótese.

Ante os exames laboratoriais obtidos e as explorações urológicas já relatadas não pôde ir mais além do diagnóstico, puramente anatómico, de cistite grave necrosante. As sombras ganglionares calcificadas, visíveis

em radiografia, nas regiões laterais do pescoço e bem assim no ápice do pulmão direito, na região do hilo pulmonar esquerdo, e as sombras calcificadas dos gânglios intra-abdominais, foram atribuídas a processos inflamatórios de etiologia tuberculosa.

Falecida a doente, mulher de 59 anos, os achados autópticos não permitiram uma interpretação única do conjunto do quadro mórbido. Parecia depreender-se a existência de três afecções diferentes: 1) uma tuberculose antiga dos pulmões e de alguns gânglios linfáticos, assim como do intestino e mais recente de outros gânglios. 2) Uma cistite necrosante evidentemente não bacilosa. Os focos miliares dos rins podiam ser pequenos abscessos por infecção ascendente a partir da cistite (provavelmente por via linfática, visto que não havia nem uretrite nem pielite) ou folículos tuberculosos. Era mais provável a primeira destas hipóteses porque não havia disseminação de tubérculos em nenhum dos outros «grandes órgãos parenquimatosos». 3) Focos do baço dum tipo bastante extraordinário; lembraram um pouco os focos que Wohlwill descreveu num caso de Nicolas-Favre; mas havia também diferenças consideráveis. Por outro lado devia-se pensar em simples hiperplasias nodulares da polpa.

Assim, o diagnóstico anátomo-patológico foi: — Focos cretáceos do lobo superior do pulmão direito. Calcificação em vários gânglios linfáticos: um gânglio pleuro-pulmonar dir., um da bifurcação, um mesentérico e um portal. Tuberculose caseosa dos gânglios portais, mesentéricos, paraórticos e lombares. Folículos tuberculosos do intestino. Ligeira icterícia. Ascite. Hidrotórax esq. Atelectásia do lobo inferior do pulmão esq. Focos múltiplos do baço de natureza desconhecida. Cistite necrosante. Abscessos múltiplos (folículos tuberculosos?) de ambos os rins. Enfisema de ambos os pulmões. Ligeira aterosclerose. Obliteração quasi total do orifício externo do colo uterino. Hidrometra. Esbôço de útero bicornis. Falta operatória dos anexos. Lobo de estrangulação do figado Mau estado geral.

O exame histológico revelou as lesões mais acentuadas no baço e nos gânglios linfáticos: necroses, hemorragias, granuloma polimorfo cujo componente predominante é constituído por células histiocitárias de aspectos muito variados, com inclusões entre as quais se destacavam pequenos corpúsculos de 1-3 μ de comprimento, redondos ou ligeiramente ovais, de cor purpúrea na coloração panóptica, um pouco mais azul na simples coloração de Giemsa. A substância corável ocupava muitas vezes só a periferia do corpúsculo, quer em anel, quer em meia-lua, ficando o resto incolor. A formação inteira mostrava-se muitas vezes rodeada por uma «cápsula» clara. O número destes elementos encontrados numa célula variava entre um ou dois a dezenas.

Na bexiga, as alterações limitavam-se à mucosa, a que faltava o epitélio, com córion muito infiltrado, histiocitos com frequentes fagocitoses. As células parasitadas estavam irregularmente distribuídas. Focos de necrose, em parte hemorrágicos.

No fígado, no rim e no intestino, principalmente focos histiocitários.

Quando os pequenos corpúsculos intra- e extra-celulares foram vistos nos vários órgãos e sobretudo no baço, onde se encontraram os mais característicos, não havia dúvidas de que se tratava de microorganismos e pensou-se em Leishmanias, e isto mesmo aconteceu na maior parte dos casos até agora observados. Mas exactamente como nestes havia certos dados que não estavam de acôrdo com uma tal interpretação: a falta do blefaroblasto, a existência duma cápsula refringente, as dimensões e forma bastante variadas dos corpúsculos e a situação extracelular de muitos dêles. Mas o que impressionou os A. A. mais ainda foi o quadro anátomo-patológico, que de maneira nenhuma se assemelhava ao das Leishmanioses. Não se observam e não estão descritos nelas granulomas múltiplos como os verificados neste caso. O estudo da bibliografia levou-os então a identificar o agente com o «*Histoplasma capsulatum*» descoberto por Darling. Todos os aspectos morfológicos encontrados, assim como as lesões anátomo-patológicas, correspondem às descrições respectivas nos vários trabalhos sôbre a «*Histoplasmosse de Darling*».

E' verdade que hoje em dia é possível chegar a uma identificação ainda mais segura pela cultura do microorganismo, método que não foi efectuado durante a vida do doente porque não havia nada que fizesse pensar numa etiologia infecciosa tão particular, nem ainda na autópsia porque as lesões foram consideradas como tuberculosas. Mas também em todos os casos observados antes De Mombreun ter conseguido a cultura e em vários posteriores, a classificação foi feita sem este meio. Com efeito a morfologia dos parasitas é bastante característica para podermos basear nela o diagnóstico. Como dizem Perrin e Martinez Baez, se o emprêgo dos métodos bacteriológicos é desejável para fins científicos, podemos dispensá-los no diagnóstico da mesma maneira que nas tripanosomiasas, nas Leishmanioses e na actinomicose.

ÁFRICA MÉDICA, IX, 1943.— N.º 7 (Julho): *Eugenia jambolana* no tratamento da diabetes, por A. Piedade Noronha.— N.º 8-9 e N.º 10 (Ag.-Out.): *Moléstia do sono* (conclusão de números anteriores), por A. Damas Mora.

Eugenia jambolana no tratamento da diabetes. — Trata-se do jamboleiro, árvore tropical, de porte elevado, casca acinzentada e rugosa por fóra, e vermelha e fibrosa por dentro, exalando cheiro parecido ao da casca de carvalho, e com sabor fortemente adstringente. Tem folhagem sempre verde; as folhas, por destilação, dão um óleo essencial. Floresce nos meses de Fevereiro e Março, e frutifica um mês depois. O fruto, conhecido pelo nome de jambolão, é uma pequena baga succulenta, muito parecida com a azeitona, que, quando madura, é purpurina. Das sementes extraiu-se um glucosido, a jambolina; das cascas apurou-se um alcaloide, a jambosina.

Na medicina hindu, as sementes tem grande reputação para o tra-

tamento da diabetes. Que tal fama é justificada provaram-no experiências clínicas de diversos médicos (Raimondi, Rossi, Leoni). Ensaios experimentais, realizados por Graeser e continuados pelo A., em animais diabetizados pela administração de Phloridzina, ou de substâncias de análoga acção, aos quais se ministravam extracto da casca do jamboleiro e pó de sementes de jambolão, mostraram que as grandes quantidades de açúcar que os animais eliminavam pela urina, eram rapidamente reduzidas, desaparecendo por fim tal eliminação; com os cristais de jambosina obtiveram-se iguais resultados. Parece que as substâncias contidas no jamboleiro impedem a transformação do amido em glucose; o certo é que constituem um excelente processo de tratamento da diabetes açucarada, com a vantagem de não se ter verificado qualquer acção tóxica, nos ensaios clínicos. Aventa-se grande futuro a esta nova terapêutica, que merece ser estudada cientificamente, averiguando-se o mecanismo fisiológico da sua notável actividade.

CLÍNICA, HIGIENE E HIDROLOGIA, IX, 1943.— N.º 7 (Julho): *Terapêutica da esclerose lateral amiotrófica pela Vitamina E*, por Diogo Furtado e Orlando de Carvalho; *Reacções meníngeas e meningites linfocitárias*, por H. Paula Nogueira. N.º 8 (Agosto): *Estudo estatístico sobre as relações entre a sífilis e a artereosclerose*, por F. Wohlwill; *O elogio da clínica*, por Rocha Brito.

Vitamina E na esclerose lateral amiotrófica.— Preconizada por vários neurologistas estrangeiros, foi ensaiada pelos A. A. em 12 casos. Os resultados foram nulos, ou pelo menos escassos, pois a doença ou seguiu o seu irremediável curso, ou a medicação mostrou apenas uma pequena acção retardadora.

Reacções meníngeas e meningites linfocitárias.— A marcha geral do diagnóstico diferencial dos vários estados patológicos em que o líquido céfalo-raquídeo apresenta citose predominante linfocitária, quando não se encontra nêle, ao exame laboratorial, o agente causal, deve procurar, em primeiro lugar, afastar os diagnósticos de tuberculose e sífilis, o primeiro por motivo do prognóstico, e o segundo pela possibilidade terapêutica; para isso tem de aproveitar-se todos os elementos colhidos pela anamnese, exames clínicos e provas laboratoriais, em conjugação necessária muitas vezes. Quando no líquido se não verificam elementos microbianos ou micélios, nem directa nem indirectamente, (tais o b. de Koch, o estafilococo, o melitenses, micetos) o síndrome pode ser abacteriano ou causado por agentes não observáveis no líquido. Averigüe-se da existência de doenças por vírus (papeira, sarampo, rubéola, vacina, varicela, febre ganglionar de Pfeiffer, herpes zoster, etc.) que dão frequentemente reacção meníngea, ou da existência de tumores e processos inflamatórios do sistema nervoso central ou de lesões da visinhança. Afastadas assim as hipóteses de reacções meníngeas concomitantes, devem procurar-se sintomas de origem tóxico-alérgica (venenos endógenos e exógenos, parasitoses) que orientem o diagnóstico nêsse sentido. Mas

TONOCÁLCIO-CÊ

*

GLUCONATO DE CÁLCIO

6 EMPOLAS DE 2,5 CC. A 20 %

MAIS

VITAMINA C-LAB

6 EMPOLAS DE 2 CC. A 5 %

**EMBALAGEM MIXTA
APLICAÇÃO CONJUNTA
VOLUME REDUZIDO DE SOLUTO**

*

LABORATÓRIOS LAB

DIRECÇÃO TÉCNICA DO PROF. COSTA SIMÕES

“**Ceregumil**”
Fernández

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

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

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

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA
Deposítarios: **GIMÉNEZ-SALINAS & C.^a**
240, Rua da Palma, 246
LISBOA

PORTUGAL MÉDICO

Condições da assinatura (por ano — série de 12 números)
Continente e ilhas — 30\$00 Colónias — 40\$00 Estrangeiro — 50\$00
Número avulso — 5\$00

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO: Rua Cândido dos Reis, 47, Pôrto

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

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

Cada ano forma um volume com cêrca de 600 páginas de texto, da mais variada leitura, compreendendo tudo o que actualmente interessa o exercício da medicina.

as hipóteses que mais se confirmam são as da cório-meningite linfocitária e das formas abortivas da doença de Heine-Medin, para cujo diagnóstico servirão principalmente os dados epidemiológicos e o curso da doença, que no primeiro caso, com sintomas agudos do aparelho respiratório, evolue para a cura em 3 ou 4 semanas, e no segundo apresenta uma curva térmica com duas elevações separadas por um curto período de apirexia, correspondendo a segunda elevação, mais prolongada, ao ataque do sistema nervoso central.

Relações entre a sífilis e a arteroesclerose.— Estudando os vasos de 607 cadáveres de não sífilíticos e de 120 sífilíticos, observou os seguintes factos: 1) Nos casos de sífilis sem aortite a arteroesclerose não é mais frequente nem aparece em indivíduos mais jovens do que nos não sífilíticos. 2) Nos casos de aortite sífilítica há aumento de frequência e incidência precoce da arteroesclerose em comparação com os casos sem sífilis e com aqueles em que há sífilis mas não aortite. 3) A arteroesclerose que se verifica na aorta em quasi todos os casos de aortite sífilítica não deve ser interpretada unicamente como processo secundário e compensador com respeito ao enfraquecimento da resistência da parede; tem muitas vezes o significado duma alteração mais independente.

Embora com a reserva que deve fazer-se sobre estatísticas com pequenas séries de números, pode concluir-se que a sífilis representa realmente um factor etiológico da arteroesclerose, mas que esta influencia se observa principalmente nos casos com aortite. Em cerca de três quartos dos casos de sífilis grave há lesões vasculares; no quarto restante, a arteroesclerose não é mais frequente nem avançada que nos indivíduos não sífilíticos da mesma idade.

O elogio da clínica.— Realça a essência, a beleza e o valor da arte médica; nos *Anexos* deste n.º transcreve-se o trecho relativo ao carácter contingente da ciência clínica.

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS, XVIII, 1943.— N.º 1-4: *Algumas considerações acerca de um meningocelo; Os complexos neuro-celulares do ovário*, por Strecht Ribeiro; *Um caso de lipodistrofia simétrica*, por Nunes da Costa; *Algumas observações sobre músculos escalenos*, por Silvano Marques.

Lipodistrofia simétrica — Desconhece-se a etiopatogenia desta afecção, que se apresenta com vários aspectos clínicos. No entanto, a produção da gordura em quantidade exagerada, bem como a sua capriciosa e anormal distribuição no tecido celular sub-cutâneo, levam a admitir uma disfunção glandular (tiroide, hipófise, supra-renal, gl. sexuais) e conjuntamente uma alteração funcional de certos centros nervosos. Quanto à terapêutica, embora a opoterapia tenha beneficiado alguns casos, é incapaz de curar a doença. Nos casos de lipomatose nodular ou de lipodistrofia localisada, faz-se a extirpação dos tumores lipomatosos, mas estes podem reaparecer, mesmo nas regiões onde foram extirpados.

INSTITUIÇÕES E SOCIEDADES MÉDICAS

FACULDADE DE MEDICINA DO PÔRTO.—*Acção do gânglio estrelado sobre o tono do diafragma*, por Bártolo Pereira e Silva Pinto; *A questão dos tipos sangüíneos do grupo B*, por Ayres de Azevedo; *Contribuição para o estudo da reacção de alarme*, por E. Côrte Real; *O conceito actual do tratamento do megacólon*, por Melo Adrião (5-II). *Um caso de vertigem nasal*, por Daniel de Carvalho; *Aspectos particulares do lipogranuloma*, por Fernando Simões; *O tratamento do empiema nas crianças pela aspiração contínua associada à sulfamidoterapia*, por Lino Rodrigues; *A periarterite nodosa*, por Salvador Júnior (12-II). *O pólipso da laringe, entidade anátomo-clínica*, por Maria Manuela Portugal; *Sobre o tratamento da coqueluche pela vitamina C*, por A. Bártolo da Silva; *O bloqueio da inervação simpática no período post-operatório das amputações*, por Sousa Pereira, Lino Rodrigues e Melo Adrião; *Novos materiais para o estudo da medicina quinhentista na Índia*, por Luiz de Pina (19-II). *Sobre o tratamento do prolapso rectal nas crianças*, por Armando Tavares; *A paratiroidectomia no tratamento da poliartrite anquilosante*, por Domingos de Araujo; *Perturbações vaso-motoras em paralisias de nervos periféricos*, por Joaquim Bastos; *Sobre um caso de tumor da granulosa*, por Fernando Magano; *A existência de vias simpáticas de inervação cardíaca independentes do gânglio estrelado*, por Sousa Pereira (26-II).

HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA.—*Tumores glómicos múltiplos*, por Fernando Pais, Paiva Chaves e Domingos Machado; *Asmas e metabolismo basal*, por Fernando Nogueira; *Hiperazotemia aguda por tamponamento nasal prolongado*, por Carlos Larroudé (29-XI-43). *Tratamento das queimaduras*, por Adelino Costa, Caeiro Carrasco e Abel da Cunha (22-XII). *Volumoso tumor neurogêneo para-vertebral*, por Diogo Furtado (11-I-44).

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA.—*O tratamento preventivo das crises de taquicardia paroxística por estelectomia*, por João Porto e Nunes da Costa; *Casos clínicos observados no serviço de Patologia Médica*, por A. Vaz Serra; *Determinação de um índice de ingestão, considerações sanitárias*, por Alvaro de Ataíde e Eduardo Baptista (10-II).

SERVIÇO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA DO HOSPITAL DOS CAPUCHOS.—*Tratamento das tromboflebitas do seio lateral*, por Carlos Larroudé; *Mastoidite jugo-digástrica*, por A. Sant'Anna Leite; *Carcinoma da mastoideia com invasão do pavilhão auricular*, por Jeremias da Silva (15-I). *Diagnóstico dos abscessos do cérebro otogêneos*, por Carlos Larroudé; *Meningite otogênea curada pela sulfamidoterapia*, por Jeremias da Silva (12-II).

SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DO HOSPITAL DOS CAPUCHOS.—*Granuloma ulceroso fungoide*, por Caeiro Carrasco; *Das acrodermatites à psoríase pustulosa*, por Bronja Finkler; *Xantomas múltiplos das extremidades*, por Norton Brandão (27-I).

ACTUALIDADES

A PENICILINA

As revistas médicas nacionais tem feito muito escassas referências à famosa «Penicilina»; os jornais noticiosos tem sobre ela espalhado informações que não primam pela exactidão. Parecendo que seria oportuno fazer uma resenha dos conhecimentos actuais sobre o célebre medicamento, apurei o que sobre o assunto é possível ler aqui em revistas inglezas e americanas (especialmente em «The Lancet», «British Medical Journal», «The Journal of Pathology and Bacteriology» e «The Journal of the American Medical Association»), que são as que tem publicado os trabalhos dos bacteriologistas entregues ao estudo da nova terapêutica.

JOSÉ GARRETT

Foi Fleming quem, em 1929, pela primeira vez notou que um fungo — o «*Penicillium notatum*» — produzia determinada substância, capaz de inibir a cultura de variados agentes infecciosos; chamou a essa substância «Penicilina» e verificou que ela actuava sobre culturas de estafilococos, estreptococos, gonococos, meningococos e b. diftéricos, sendo inactiva para as culturas de coli, haemophilus influenzae, salmonella typhi, piocianico, proteus e vibrião colérico. Notou ainda que a injeccção, em animais, de caldo contendo a substância, não era mais tóxica do que a injeccção de caldo simples, e lembrou a sua possível utilidade como antiséptico local, em feridas infectadas. Mais tarde, em 1932, Raistrick e Lovell conseguiram cultivar o fungo em meio contendo apenas sais inorgânicos, isolando um pigmento — a crisogenina — que se verificou depois não ter acção anti-bacteriana. A partir de essa data, o assunto caiu no esquecimento, até que em 1940 foi retomado novamente por M. E. Florey, W. H. Florey, A. Flemming, E. P. Abraham, E. Chain, C. H. Flechter, A. D. Gardner, N. B. Heatley, M. A. Jennings, M. B. Blonds, Henderson, etc., cujos trabalhos levaram aos resultados que vamos resumir nas páginas que se seguem, redigidas principalmente sobre notas tomadas dos artigos de Florey e seus colaboradores.

Meios de cultura — São meios líquidos constituídos por sais inorgânicos, com ou sem peptona; os mais usados, de fácil preparação, são o de Clutterbuck-Lovell-Raistrick e o de Czapek-Dox, sendo este último, de uso mais generalizado, constituído por uma solução de NO_3 , Na, KH_2PO_4 e K Cl, em água.

Numa garrafa contendo água destilada e possuindo uma chanfradura onde o «*Penicillium notatum*» se desenvolveu e esporulou livremente, obtem-se, por agitação, uma suspensão de esporos que vai servir para semear o meio, previamente esterelizado em autoclave. Vinte e quatro horas após a sementeira um crescimento semelhante a uma gaze muito tênue pode ver-se, com dificuldade, no fundo dos vasos (a 24° C.). Durante o dia seguinte o crescimento é já mais visível e no terceiro dia,

se a camada de líquido não é maior que um centímetro, em espessura, um micélio branco e sêco atravessa a superfície do meio, habitualmente em focos isolados e mais intensamente junto das paredes dos vasos. Ao quinto ou quarto dia a superfície do meio está totalmente coberta por micélios sêcos que, ao fim de 24 horas, começam a virar para o verde-azulado; a côr aparece primeiro no centro de cada foco de micélios brancos, para espalhar-se rapidamente, de forma que a cultura, ao sexto ou sétimo dia, apresenta o aspecto de um feltro azul-esverdeado, compacto, contínuo, por vezes até enrugado, e cuja superfície superior não chega a ser humedecida pelo meio; a superfície inferior é livremente humedecida e tem uma aparência limosa amarelo-acastanhada. À medida que a incubação se prolonga a côr dos micélios vai-se desbotando.

O pH do meio, ao começo entre 6 e 7, acompanha as mudanças de aspecto descritas. Assim, pelo 3.º dia, quando o micélio sêco se formou, pode cair a 3, para subir até 5 quando aparece a côr azul-esverdeada. Nêste estádio uma leve côr amarela pode surgir e obterem-se amostras de penicilina. O pH continua a ascender e então a côr amarela e a concentração de penicilina sobem também rapidamente. À medida que os micélios se vão desbotando o pH sobe mais lentamente, raramente chegando a 8,8. A produção de penicilina atinge habitualmente o máximo à volta de pH 7, podendo manter-se constante durante alguns dias ou cair outra vez rapidamente. Em virtude do exposto, Abraham e Florey consideram o pH (à excepção dos ensaios de actividade antibacteriana) como o mais útil índice para avaliar o estado de uma cultura.

São muito diversos os factores que podem influir no valor da produção de penicilina, alguns ainda mal determinados, mas os autores acima citados indicam as seguintes conclusões, que podem já ser dadas como seguras:

- 1.º O fungo não se cultiva anaeróbiamente.
- 2.º O fungo cultiva-se satisfatoriamente a 24º C., não crescendo a 37º (Flemming).
- 3.º As tentativas de modificação do pH ou da sua manutenção constante não deram apreciável augmento na produção da penicilina.
- 4.º O meio não deve ter uma profundidade maior que 1,5 a 2 centímetros.
- 5.º Quando o meio está em condições de ser colhido, pode ser retirado da superfície inferior do micélio e substituído por meio recente, no qual a quantidade de penicilina, formada em cêrca de metade do tempo da produção inicial, é muito maior.
- 6.º As mudanças devem ser feitas assépticamente, conservando os meios estéreis, porque — como mostraram Abraham e Chain em 1940 — a penicilina é destruída por determinadas bactérias de inquinação.
- 7.º Segundo os trabalhos de Gladstone e Fildes em 1940, a adição ao meio de extracto de levedura acelera a cultura e não afecta a produção de penicilina.

Perivilin

Analéptico central
com acção prolongada sobre a circulação



TEMMLER-WERKE · BERLIN-JOHANNISTHAL

Representantes para Portugal:

Alfredo Cavalheiro, L.da — Rua de Entre-Campos, n.º 5 — Lisboa

Hipotonía e suas con-
seqüências.
Tendência para estados
de vertigem e de síncope.
Estados de esgotamento
depois de operações
no decurso de doenças
infecciosas.
Analéptico respiratório e
medicamento excitante
a empregar depois de
anestésias e de intoxi-
cações.

A palavra *electrocução*, acompanhada dos seus cognatos, conquanto não seja perfeita, pode ser tolerada (apenas tolerada, entenda-se), como termo moderno que é, de formação artificial, mutilado com certa lógica (cfr. linguagem química) e de emprêgo internacionalmente consagrado. Além do sentido próprio (execução judiciária pela corrente eléctrica), parece-me razoável que estenda também o significado a *morte* (propositada ou acidental) *pela electricidade*, convindo, todavia, no último caso, especificar-lhe explicitamente a acepção (*electrocução acidental, acidentalmente electrocutado, etc.*), conforme já foi alvitrado.

Podem-se, porém, apresentar palavras rigorosamente formadas para a substituírem (se não se quiser que lhe sirvam simplesmente de sinónimos) ou para lhe completarem o significado em novas acepções...

Elas aí vão.

Para o desumano, bárbaro e repugnante sentido próprio de *electrocussão* estaria indicado principalmente o neologismo **electrotanasia** (< grego *ἤλεκτρον*, âmbar, electricidade + *θάνατος*, morte, pena de morte + sufixo *ia*, cujo *i* abranda a consoante *τ* — cfr. *eutanasia*) com os seus cognatos **electrotánato** (morto [judicialmente] pela electricidade, isto é, *electrocutado* em sentido próprio) e **electrotanático**, adj. e s. m. (relativo à *electrotanasia* ou ao *electrotánato* e o mesmo que *electrotánato*), embora também possam ter sentido mais lato.

Com o significado geral de *morte* (de pessoas ou animais) *pela electricidade* (industrial ou meteórica) estaria bem **electroctonia** (do grego *ἤλεκτρον* + *κτείνω*, matar, ser morto — pela forma *κτόνος* [cfr. *ταυροκτόνος, αὐτόκτονος, etc.*] — + sufixo *ia*) com os respectivos cognatos **electróctono** e **electroctónico** ⁽¹⁾.

Para o novo sentido de *acção de ser assombrado* ou apenas *ferido pelo agente eléctrico* servia perfeitamente a palavra **electroplexia** (< gr. *ἤλεκτρον* + *πλήξις*, acção de bater ou de ferir + sufixo de reforço *ia*) — correccção, na forma e no significado, de « *electroplexão* » — acompanhado de **electropecto** (assombrado ou ferido por qualquer forma de electricidade) e **electropléctico**, adj. e s. m.

Com o último sentido podem ainda admitir-se as formas **electroplegia**, s. f. (< gr. *ἤλ.* + *πλήσσω*, bater, ferir, ou *πληγή*, acção de bater, ferimento + sufixo *ia*), e **electroplégico**, adj. e s. m. (cfr. *apoplexia* e *hemiplegia, apopléctico* e *hemiplégico, etc.*).

Havendo necessidade de especificar os casos de electricidade meteórica (atmosférica, natural), já incluídos nas últimas acepções, podem

⁽¹⁾ Se se quiser formar também um cognato verbal, êsse pode ser *electoconar* (com pronúncia do segundo *c*, como nas outras formas) — cfr. *telefonar, destronar, homologar, etc.* — ou *electroctonizar*...

8.º) A produção de penicilina cessa se o NO_3Na é substituído pelo lactato de amónio, pois o pH cai para 3. Se se ajusta o pH para 5 ou 6 o desenvolvimento continua, mas posteriormente o meio torna-se muito alcalino e a produção da penicilina é escassa.

9.º) O NO_3Na do meio pode ser total ou parcialmente substituído pela peptona ou por músculo pepsinado e tripsinado, e a glucose por sacarose e maltose, sem que a produção de penicilina se altere.

10.º) As culturas podem não produzir penicilina. Ou houve contaminação do meio por bactérias, ou devem responsabilizar-se fungos de inquinação, embora não haja provas da acção inibidora de êstes.

Extracção e purificação — A extracção da penicilina faz-se, por meio de éter, acetato de amilo ou outros dissolventes orgânicos, partindo de soluto aquoso cujo pH tenha sido levado até 2. Depois, para retirar a penicilina do solvente usado, faz-se a agitação de êste com fosfato ou com água cujo pH seja conservado entre 6 e 7. Note-se que a penicilina é rapidamente destruída a pH 2, à temperatura ambiente, de forma que a primeira extracção deve ser realizada com a máxima rapidez, ou então a uma temperatura muito baixa. Uma vez a penicilina passada para o solvente, lá permanece estável durante alguns dias.

A purificação é feita posteriormente, em aparelhos de extracção, por lavagens sucessivas com água. O produto da primeira lavagem é o mais forte e é parcialmente descorado por agitação com 8 % de carvão animal, e seguida por filtração; depois é tratado com éter e passado por uma coluna de adsorção de Brockmann, com alumina, que retem a penicilina. A coluna é lavada com éter novamente e, como operação final, a penicilina é extraída pela água, com hidróxido de sódio para ajustar o pH.

Trata-se de um líquido escuro, de côr vermelho-alaranjado, amarelo em solução diluída, com um ligeiro mas característico cheiro e um sabor amargo. O extracto aquoso assim obtido é transformado em sal de bário ou de sódio, êste conservável sem alteração na geleira durante 3 meses, aquêl capaz de, quando sêco e à temperatura ambiente, se conservar inalterável durante 9 meses, pelo menos; também se prepara um sal de cálcio, para uso externo.

Para se avaliar quanto é custosa a preparação da penicilina, basta reparar em que um litro de cultura dá aproximadamente um decigrama de extracto (correspondente a cerca de 4.000 U.) ou 15 miligramas de sal de bário (correspondentes a cerca de 7.500 U.). Note-se que nos vasos de cultura, como referimos já, a profundidade não pode exceder 2 cm.; assim, embora a superfície possa ser grande, de cada vaso só pode obter-se uma escassa quantidade de produto.

Actividade « in-vitro », « tests » e unidade — A penicilina é poderosamente bacteriostática, mas não bactericida, e difere dos velhos antissépticos em que ela só actua sobre algumas espécies de bactérias; por isso, os

«tests-standards», aplicados antigamente para os antissépticos, não servem, como não servem também os que determinam o poder anti-bacteriano apenas com um ou dois micróbios específicos. O primeiro método proposto para avaliar a actividade da penicilina «in vitro» foi o das diluições sucessivas, de Flemming (1929), o qual media a mínima concentração de penicilina que, no caldo, impedia o crescimento da bactéria que servia de «test»; a sua técnica, porém, é trabalhosa, e obriga ao uso de material estéril, o que reduz consideravelmente a sua utilidade na investigação química, porque o líquido a ensaiar tem de ser esterilizado por filtração e nestas condições parece que parte da penicilina pode ser adsorvida pelo filtro Seitz.

Os métodos mais recentes e adaptados são os da escola de Oxford, cujo chefe é Florey, e os de Flemming novamente; todos êles, em última análise, consistem em colocar, sob determinadas condições de técnica, o soluto de penicilina, cuja actividade se quer determinar, em contacto com uma placa de cultura bacteriana (habitualmente em gelose), fazendo-se uma ideia do poder bacteriostático do soluto pela extensão maior ou menor do meio de cultura que, à volta do soluto de penicilina, fica sem ser invadido pela bactéria «test». O método de Florey consiste em inverter sôbre placas de gelose semeadas com várias espécies bacterianas (uma para cada placa) tubinhos de determinadas dimensões, contendo o soluto que contém a penicilina; depois de incubação a 37° C. por 12 a 16 horas, verifica-se que parte do líquido dos tubinhos desapareceu e que cada um está cercado de uma zona circular onde a cultura bacteriana não cresceu. O diâmetro de esta zona é proporcional ao título da penicilina e à humidade do meio, que facilita a difusão do soluto. É claro que não pode ser pedida a êste método uma precisão muito grande, mas se o ensaio se repetir três vezes com diluições diferentes, o erro não é maior que $\pm 25\%$, podendo ser consideravelmente menor (Florey). Para cada determinação bastam 0,25 c. c. do referido soluto.

Baseada neste método, a escola de Oxford propôs um «standard» que sirva para definir uma unidade; o «standard» é constituído por uma solução de penicilina, parcialmente purificada, dissolvida em tampão de fosfatos e saturada com éter; guardado em geleira, dá uma zona livre de cultura de, em média, 24 mm., não havendo, pelo menos durante 3 meses, sensível alteração do seu poder. Assim, até que a penicilina seja obtida quimicamente pura, a citada escola propõe a *unidade Oxford* (ou Florey) que será a quantidade de penicilina que diluída em 1 cc. de água dê uma inibição de cultura bacteriana igual à inibição obtida com o «standard» descrito.

Com carácter semelhante ao método de Florey, Flemming descreve dois métodos — o dos sulcos impregnados e o dos buracos — que consistem, respectivamente, em cavar sulcos ou buracos na placa de gelose e encher as depressões com o soluto que se ensaia. Os resultados obtidos são também aproveitáveis.

Recentemente, com o fim de colher resultados mais aproximados e, sobretudo, possíveis de comparar com os obtidos, pelo mesmo processo, noutros laboratórios, Flemming propôs o seu método da titulação que consiste em inocular um caldo «standardizado» (a água de peptona), já inquinado com o estafilococo dourado, com soluções decrescentes de culturas líquidas de penicilina, devendo o resultado ser lido passadas 24 horas.

Das variadas experiências feitas com os processos descritos, podem-se tirar as conclusões seguintes, no que respeita à actividade «in vitro» da penicilina:

a) — Acção sobre as bactérias: — Segundo as experiências de Abraham, Florey e colaboradores, verifica-se que a penicilina, em concentrações de 1/1.000.000 a 1/3.000.000, é capaz de tornar inactivas culturas de gonococo, meningococo, estafilococo dourado, estreptococo piogénico, b. carbunculosa, *Actinomyces bovis*, b. tetânico e b. perfringens; em concentrações de 1/100.000 a 1/300.000, culturas de cl. séptico, cl. oedemadiens, b. diftérico; o strept. viridans e o pneumococo são inibidos por concentrações que oscilam entre 1/600.000 e 1/4.000, conforme as raças; sobre o *Proteus*, b. da peste, S. do tifo murino, paratífico 3, disenterico Shiga, *Bruc. abortus*, *Bruc. melitensis*, V. colérico, bact. coli, bact. de Friedlander, piociânico, e L. ictero-hemorrágica, a acção bacteriostática não é nitida, pois são necessárias grandes concentrações (1/1.000 a 1/2.000) para se obterem inibições parciais.

b) — Influência do soro, sangue, pus, tecidos autolizados e peptonas — Experiências cuidadosas mostraram que nenhum dos produtos citados influíam sobre o poder bacteriostático da penicilina.

c) — Acção sobre os leucócitos — Diluições de penicilina de 1/100 matam os leucócitos imediatamente; a 1/250 sobrevivem mais de 50%; a 1/500 já não há qualquer acção sobre os leucócitos. Ora se nos lembrarmos que diluições de 1/1.000.000 são suficientes, «in vitro», para se obter um efeito bacteriostático completo sobre os estafilococos e estreptococos, compreende-se que os leucócitos nada sofram com as concentrações terapêuticas da droga, mesmo por injeção endovenosa.

d) — Acção sobre culturas de tecidos — Ensaios de Medawar e F. Jacoby demonstraram a inocuidade dos solutos de penicilina sobre os fibroblastos, macrófagos e tecidos epiteliais, mesmo em altas concentrações.

Vias de introdução, eliminação e doses — A penicilina utiliza-se como medicamento geral ou como agente tópico, local. Como agente geral, usa-se um sal de sódio, ou de bário, de penicilina, impuro mas estável, muito solúvel na água; é destruído por ebulição, ácidos, alcalis, certos metais pesados, agentes oxidantes e certos enzimas produzidos por bactérias. É tolerado sem sinais de intoxicação em quantidades muito maiores que as necessárias para se obter uma útil acção bacteriostática. Depois das experiências «in vitro», em animais, e depois das primeiras aplicações no homem, feitas por M. E. e H. W. Florey, que permitiram estabe-

lecer estes princípios, largos ensaios clínicos se executaram, com resultados brilhantes, como adiante referimos.

Quer por via intestinal, quer por outra via qualquer, a absorção da penicilina faz-se rapidamente, sendo eliminada com a mesma celeridade e em altas doses, pelo rim não deficiente. Do facto resulta a necessidade de dar doses altas, e repetidas, para se conseguir manter um determinado nível bacteriostático no sangue. «Per os» a droga deve ser administrada em cápsulas só derretidas no intestino, para evitar a acção destructiva do suco gástrico; pode ser administrada em injeção intramuscular e endovenosa. Parece, no entanto, que o melhor processo clínico de administração da penicilina é a injeção intramuscular, dada de 2 em 2 horas, ou de 3 em 3 horas. A dose deve ser, pelo menos de 15.000 unidades e ao fim das 2 ou 3 horas o soro deve ser examinado para ver se é inteiramente bacteriostático; se o não fôr, aumentar a dose até obtenção do resultado que se pretende.

A determinação do poder bacteriostático do sangue pode fazer-se por vários métodos:

a) — Método da célula-esfregaço. — Diluições de soro misturadas a diluições convenientes de caldo de cultura de estafilococo são encerradas na estufa, em células fechadas, durante 24 horas; não se devem vêr culturas.

b) — Método da cultura capilar. — As misturas citadas no método anterior são metidas em tubos capilares; os tubos são fechados, metidos horizontalmente na estufa e mantidos em posição, com plasticina, numa lâmina porta-objecto. As colónias devem ser raras ou mesmo não existirem.

c) — Sangue infectado com estreptococos hemolíticos. — As diluições em série do soro do doente são efectuadas com soro fisiológico normal, e a cada uma delas é adicionado igual volume de sangue humano infectado com estreptococos hemolíticos. O sangue, para evitar a influência bactericida dos leucócitos, deve ser tratado de maneira que os leucócitos sejam removidos ou destruídos, antes da infecção. Pode fazer-se com facilidade uma série permanente de esfregaços preparados desta forma. As séries são colocadas em pedaços de papel-brometo, numa câmara escura, conseguindo-se uma impressão rigorosa por exposição durante um ou dois segundos, à luz de uma lâmpada eléctrica vulgar, colocada a certa distância acima do papel. Este é o método mais apropriado para demonstrar o poder bacteriostático do soro sanguíneo ou de outro qualquer líquido do corpo humano.

Os progressos clínicos da evolução para a cura devem basear-se, mais do que no mapa das temperaturas, no exame bacteriológico, na diminuição da dor, no aumento do apetite, e no estado geral, devendo o tratamento continuar alguns dias além da cura.

Apesar de se injectarem solutos impuros, que não contêm mais que 10 % de penicilina, não se observam nunca fenómenos locais, mesmo em crianças. As doses altas, como 30.000 unidades de cada vez, não

Anemias . . .

Não se trata de uma experiência. Foram oito anos de larguíssimo uso que firmaram o valor terapêutico da

Hemohepatina

Andrade

APRESENTAÇÃO:

INJECTÁVEL: extracto concentrado hemo-hepático a 20 % em solução fisiológica.

INJECTÁVEL FORTE: idem a 40 %.

PER OS: conjunto dos princípios activos do fígado e baço glicero-fosfato de sódio, magnésio, manganéz, ferro e cobre.



Secção de material médico cirurgico

Para entrega imediata, aparelhos «Beimsg» — Suíça:

Lampadas ultra-violetas, modelo grande

Lampadas ultra-violetas, modelo portatil

Grande lampada para sala de operações (luz s/ sombra, s/ calor)

Pantostatos.

Nota: para qualquer corrente alterna.

Mobiliário cirurgico "ALBAR,"

MARTINHO & C.^A L.^{DA}

RUA DA FÁBRICA, 74 TRAV. DA FÁBRICA, 1 A 9

Escritórios: TRAV. DA FÁBRICA, 13-2.º — PÔRTO — TELEF. P. B. X. 7583

adoptar-se, além de *fulminação* e *fulguração*, os termos **ceraunoctonia** (< gr. *κέραννος*, raio + *πτόνος* + *ια*) — morte pelo raio — e **ceraunoplexia** ou **ceraunoplegia** (assombramento ou ferimento pelo raio) — melhor que *ceraunoparalisia* — assistidos dos competentes cognatos.

Dito isto, é só verificar, escolher e adoptar.

Dezembro de 1943.

JOSÉ INEZ LOURO

A Ordem em 1943

Na forma do costume, por esta altura, faço um breve resumo da actividade da nossa Ordem no ano transacto (resultado da leitura dos relatórios do Conselho Geral e dos Conselhos Regionais) com o fim de registrar o caminho andado, na via de elevação moral e material da classe, que à corporação compete trilhar, cada vez com mais segurança.

Pena é que os relatórios não tragam os números indicadores da quantidade de assuntos que habitualmente, no desempenho das suas missões, os Conselhos tratam, e com os quais gastam a maior parte do seu trabalho. São os casos de interesse individual, as questões de índole deontológica, os processos contra curandeiros, os laudos em honorários; são as pequenas mas múltiplas tarefas de expediente, que consomem tempo, e que não luzem, mas que representam considerável soma de serviços prestados a colegas e ao prestígio da classe.

As grandes questões gerais continuaram a ser tratadas, merecendo referir-se, entre as iniciativas dos Conselhos Regionais, a do Conselho da Secção de Lisboa, que levou ao Conselho Geral uma proposta sobre condições em contratos de médicos das instituições sujeitas à jurisdição do Instituto N. do Trabalho, proposta que foi perfilhada. Mas é ao Conselho Geral que principalmente incumbe deliberar sobre êses assuntos e elaborar os pedidos a fazer a instâncias governamentais, para colocar os médicos em condições satisfatórias de exercício profissional, das quais em geral estão muito afastados, por incúrias que de longe vêm. Além do aspecto da crise referente ao citado caso dos médicos das instituições de assistência e previdência, o Conselho Geral ocupou-se de outras questões de interesse colectivo, relativas ao exercício clínico hospitalar e à formação do pessoal de enfermagem, à medicina nos acidentes de trabalho, aos facultativos municipais.

Dêses estudos safu a representação ao Govêrno, publicada no último número do Boletim da Ordem; documento êsse de alevantada dignidade, com argumentos irrefutáveis dos direitos que à classe devem reconhecer-se, e dos serviços que à Nação ela continuamente presta.

apresentam qualquer toxicidade; apenas a ureia sangüínea sobe transitòriamente, o que não indica lesão renal. Alguns indivíduos parece serem capazes de se tornarem resistentes à penicilina, durante a sua administração, pelo que é conveniente iniciar o tratamento logo com doses largamente suficientes.

Localmente, aplicada sôbre as lesões, a penicilina mostrou-se também poderosamente activa; sem exercer qualquer acção tóxica sôbre as células tecidulares, como já se referiu, ela conserva o seu poder bacteriostático, mesmo na presença de sangue ou pús. As recrudescências da infecção, que por vezes se observam, devem filiar-se numa insuficiente administração do fármaco. Para a aplicação local prefere-se o sal de cálcio, em pó ou em solução. Deve fazer-se sempre a limpeza cirúrgica da ferida, mas evitando a drenagem para que a penicilina não seja arrastada pelos drenos; quanto possível deve transformar-se a lesão em bolsa fechada, dentro da qual se mantenha sempre apreciável quantidade de penicilina.

Pode considerar-se tratamento local a injeção intrarraquidiana de penicilina, em meningites. Alguns casos clínicos mostraram que esta via era a melhor para o tratamento de esta localização séptica, o que se pode explicar pela não passagem da penicilina do sangue para o liquor.

Terapêutica clínica — Pode fazer-se ideia dos resultados que é possível obter com o tratamento pela penicilina pelos números que indicamos a seguir, fornecidos, em 1943, pelo «Office of Scientific Research and Development», aonde o estudo de esta terapêutica está entregue a 22 grupos de investigadores, que trabalham a cargo do «National Research Council», os quais preparam ainda a penicilina, em larga escala, para os Estados Unidos. São resultados semelhantes aos obtidos anteriormente por outros investigadores; no entanto, o número relativamente avultado de observações (que totaliza 500) pode afiançar melhor o êxito do novo tratamento. Eis, resumidamente, o relato desses casos:

91 casos de septicemia estafilocócica, com 54 casos de curas completas, e 34 óbitos (uns atribuídos a má aplicação ou dosagem, outros a complicações não influenciáveis pela penicilina, tais como queimaduras extensas, endocardite, uremia, cancro).

137 casos de infecção estafilocócica sem septicemia (57 de osteomielite, e os restantes de queimaduras infectadas, empiemas, abscessos e fleimões), com 109 curados ou muito melhorados, faltando, porém, indicações suficientes para se estabelecer percentagem aproveitável; muitos destes casos só tiveram tratamento local.

33 casos de infecções estreptocócicas, resistentes às sulfamidas, foram geralmente influenciados, mas faltam pormenores sôbre o método seguido.

76 casos de infecção pneumocócica foram igualmente beneficiados; o mais interessante de esta série é o facto de pneumonias resistentes às

sulfamidas terem sido curadas com pequena-dose (até 100.000 U), dadas em 2 ou 3 dias.

21 casos de meningite pneumocócica com 7 curas; mas a maior parte não foi tratada com injeção intrarraquidiana, o que, como vimos, é indispensável para seguro êxito.

17 casos de endocardite sub-aguda, com 4 mortes durante o tratamento; 10 não melhoraram ou vieram a recair; dos 3 restantes morreram 2 quando cessou o tratamento (só 1 teve sobrevida).

9 casos de endocardite, em septicemias estafilocócicas, todos com morte. 6 casos de endocardite pneumocócica, com 5 óbitos.

Na gonococcia, a actividade é notável com doses pequenas; em 48 horas, num total de 160,000 U., obtêm-se a cura. A estatística refere-se a 129 casos resistentes às sulfamidas.

Como aplicação local, os feridos graves de guerra têm beneficiado altamente com a nova terapêutica.

De êste balanço de resultados se podem tirar as indicações terapêuticas da penicilina, que deve ser reservada, dada a sua limitada produção, para as infecções graves não influenciadas pelas sulfamidas ou sulfamido-resistentes; assim o aconselham as autoridades médicas oficiais da Gran Bretanha e dos Estados Unidos.

O futuro reserva, certamente, a êste poderoso medicamento, um notabilíssimo papel no tratamento de muitas infecções. O problema da sua difusão, ou seja do seu aproveitamento por grande número de doentes, está em obter a substância mais facilmente do que hoje. Se fôr possível chegar a definir a sua fórmula química, para que seja realizável a ambição de a produzir sinteticamente, então o fármaco será acessível, sem as dificuldades com que se luta nos países que o produzem hoje. Por enquanto parece que pouco se avançou neste caminho, apesar de Gardner e Chain, retirando de culturas de diversos fungos produtos bacteriostaticamente muito activos (mas não utilizáveis terapêuticamente pela sua toxicidade), terem já conseguido apurar quimicamente a natureza da substância activa, como seja a Gramacidina, extraída do «*Bacillus brevis*», que se reconheceu ser um complexo polipeptídico.

NOTAS VÁRIAS

Sulfamidas no tratamento da coqueluche

Numa pequenita, que iniciara uma curva febril durante a evolução de uma coqueluche, que sem ser grave era tenaz e incômoda, P. TALTAVULL, pensando numa possível complicação bronco-pneumónica, ministrou sulfadiazina, na dose de 0,50 gr. por ano, suspendendo a anterior terapêutica; verificou a desapareição da febre e grandes melhoras da

tosse. Ensaioando o método noutros doentinhos, empregando exclusivamente sulfamidias de diversos tipos, quer sós, quer associadas, para melhor tolerância, ao ácido nicotínico ou ao ácido ascórbico, viu sempre a declinação rápida dos acessos. Empregando essa medicação, ao mesmo tempo que o éter por via rectal ou as injeções de gluconato de magnésio (o sulfato é incompatível fisiologicamente), os resultados benéficos são mais rápidos. Acrescenta que o processo tem a vantagem de evitar complicações. (*El Dia Médico*, n.º 15, de 12-IV-1943).

Demonstração do bacilo de Kock na tuberculose pulmonar incipiente

Neste estudo, de DECKER, ORDWAY & MEDLAR, repetidos exames da expectoração e do conteúdo gástrico em jejum, tanto por cultura como por inoculação de cobaias, revelaram o bacilo da tuberculose em 67 de 97 doentes com tuberculose pulmonar incipiente clinicamente activa durante um período de cinco anos. Num período anterior de cinco anos, quando os mais completos métodos de laboratório não eram correntes, o bacilo da tuberculose apareceu apenas em 24 de 172 casos. Estudos do conteúdo gástrico deram resultados positivos em 41 de 56 casos «sem expectoração». Esfregaços de expectoração só foram positivos em 16 casos sobre 269. Isto indica que alta percentagem dos doentes com tuberculose incipiente, clinicamente activa, expelle bacilos em maior ou menor grau. É muito difícil determinar quando é que os doentes com lesões mínimas estão absolutamente livres de bacilo; igualmente difícil avaliar a significação da expulsão de alguns bacilos em várias ocasiões. (*The American Rev. of Tuberculosis*, Junho de 1943).

Implantação de hormona masculina e progesterona no tratamento do cancro da mama

Sabida a relação entre estrogéneos e carcinogéneos, A. LOESER procurou averiguar a possível utilidade de aqueles no tratamento profilático da cancerização (*The Lancet*, 6-XII-1941). Como certas estirpes de ratas apresentam freqüentemente cancro da mama, implantou subcutâneamente 7 a 8 mgr. de proprionato de testosterona em 10 ratas com 3 a 5 semanas de idade, pertencentes a estirpe predisposta ao cancro da mama, e que já tinham tido 3 crias; deixou 12 como testemunhas, e nestas, 9 morreram de cancro, ao passo que naquelas só morreram 4. Em face destes resultados, ensaiou em 6 mulheres com história familiar de cancro da mama, cujo seio havia sido amputado por esse motivo, a implantação de proprionato de testosterona ou progesterona, ao mesmo tempo que administrava hormona por via bucal; em 3 havia já matástases, que progrediram, e nos outros 3, sem elas, não se deu recidiva durante cinco anos. Estes factos não são concludentes, mas abrem caminho a um processo digno de ser experimentado, fazendo a implantação, na ferida operatória, de 500 mgr. de testosterona.

Tratamento da psoríase pela fotossensibilização

A psoríase melhora nas quadras do ano em que há mais luminosidade. Sobre esta noção e trabalhos orientados no mesmo sentido, FERNANDEZ & SCHUJMAN empregaram o seguinte método: 3 vezes por semana, até um total de 10 a 15 sessões, aplicam raios ultravioletas, dando na véspera de cada sessão, por via oral, como sensibilizador, sulfanilamida (1,30 gr.) ou 2 comprimidos de Neofilina, e aplicando nas lesões o seguinte tópico: Coaltar — 10 gr., Acetona — 20 gr., Benzina — 70 gr. Os resultados obtidos foram, em 23 casos: 13 muito bons, 8 regulares, e 2 negativos. Em 9 doentes as lesões de psoríase reapareceram passado algum tempo. (*Rev. Argentina de Dermosifilologia*; n.º 4, 1942).

Função inibidora do simpático lombar sobre a potência sexual masculina

Em *Medicina e Biologia* (Roma, 1942), N. PENDE publicou um estudo anátomo-fisiológico do aparelho genital masculino, do qual se conclue que aos centros e vias parassimpáticas do nervo pélvico pertencem as funções de erecção e vaso-dilatação do pénis, que aos centros e vias do simpático lombar inferior pertence a acção inibidora daquele órgão, e que aos centros e vias do simpático lombar superior pertence a função ejaculadora. Explica-se por esta dissociação o facto, observado sobretudo nos individuos simpaticotónicos (hipertensos, hipertiroideos), da debilidade da erecção com ejaculação precoce. Experiências em cães mostraram a legitimidade destas noções fisiológicas. Lembrou-se, então, de fazer experimentar uma terapêutica nelas baseadas, em casos de impotência funcional ou neuro-psíquica. Valdoni fez a simpatectomia dos IV e V ramos comunicantes lombares e dos correspondentes gânglios simpáticos, seguindo a via transperitoneal por laparotomia mediana, ou melhor pelo método extraperitoneal de Chiasserini. Um oficial aviador que sofreu de impotência durante dois anos, operado assim, passou a ter erecções normais. Dois outros casos, entre cinco operados, obtiveram cura completa. Trata-se de um processo novo de tratamento, que, a confirmarem-se os resultados expostos, constitue um notável progresso no tratamento da impotência funcional.

Tolerância para o salvarsan durante a menstruação

A. BECK notou que reacções mórbidas (dermatites, febre, um caso de encefalite grave) eram relativamente frequentes quando o medicamento se administrava em mulheres que estavam no período menstrual. Notou mais que, depois de manifestações cutâneas provocadas pelo salvarsan, se estabeleciam perturbações no curso menstrual: oligo e hipomenorrea, pelo menos durante dois meses. Estes factos aconselham a não utilizar tal terapêutica durante o período menstrual e nos dias que o precedem. (*Deutsch Med. Wochs.*, 25-VI-43).



H G em suspensão coloidal
O melhor Sal de Mercúrio

PORQUE

THIERMOL "ELBA"

E

Rigorosamente indolor
Não provoca estomatite
Não forma nódulos
A eliminação é perfeita
Não provoca diarreia
Não dá reacção local ou geral

REPRESENTANTES

BACELAR & IRMÃO, L.^{DA}

RUA DO CARMO, 8 PÔRTO

Falta agora que o novo Conselho pormenorise a exposição doutrinária agora apresentada, formulando pedidos concretos.

Precedendo a exposição, dos temas de maior acuidade, há considerações gerais das quais destaco a que diz respeito à situação da Ordem na orgânica corporativa, que se julga imprópria, pois não deve ser considerada nos termos estabelecidos para os sindicatos de profissões não liberais. A colocação da Ordem no lugar que lhe compete afigura-se-me da máxima importância, pois as suas reclamações e sugestões seriam certamente olhadas por maneira diversa da actual.

Enfim, e para rematar: a Ordem tem cumprido os seus deveres. Pouco a pouco, vai afirmando-se como organismo útil para a classe, para a sociedade e para o país. Confiemos em que, com o seu progressivo prestígio, a sua voz se tornará mais expressiva e convincente, e que os poderes públicos a ouvirão.

A. GARRETT

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

Ordem dos Médicos. — Foi eleito presidente o sr. Prof. Dr. Fernando de Freitas Simões, catedrático na Faculdade de Medicina de Lisboa, que como presidente do Conselho Regional de Lisboa, na penúltima gerência, mostrou já devotado interesse pelos problemas da profissão médica. O «Portugal Médico» cumprimenta respeitosamente o novo bastonário, mais uma vez declara que as suas colunas estão sempre ao dispor da Ordem para transmitir os avisos e as informações que se julgue útil divulgar.

No próximo número daremos nota da situação associativa e económica das Secções, respigada dos relatórios da gerência no ano passado.

Assistência a funcionários civis tuberculosos. — Foram remodelados os serviços que lhe dizem respeito, pelo decreto n.º 33.549, publicado no Diário do Governo, n.º 38, de 24 do corrente.

Partidos Médicos, a concurso: Pedras Salgadas, Vila Pouca de Aguiar.

Instituto Maternal. — Foi criada a sua delegação no Pôrto, tendo-se efectuado uma sessão solene, iniciadora dos trabalhos da respectiva organização.

Faculdade de Medicina de Coimbra. — Doutorou-se o assistente António de Matos Beja.

Vacina anti-tífica. — Vai ser instalado um serviço de produção de vacina anti-tífica no Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, para o que foi aberto um crédito especial de 100 contos.

Centro de transfusões de sangue em Coimbra. — Nos Hospitais da Universidade, por iniciativa do seu director, Prof. João Porto, foi criado este centro, no qual se inscreveram já muitos recrutados no pessoal hospitalar, policia e guarda-republicana.

Necrologia. — Em Castro Daire, o Dr. João Augusto Marques de Almeida. Na Índia Portuguesa, o Dr. António Filipe Pinto Cordeiro, que foi distinto professor na Escola Médica de Goa. Em Lisboa, o Dr. António Dias Costa, médico-analista do Hospital Estefânia. Em Vila Pouca de Aguiar, o Dr. Acácio Ribeiro dos Santos, considerado clínico, director adjunto das Águas das Pedras Salgadas, e o Dr. Domingos Gonçalves, antigo facultativo. Em Chaves, o capitão médico reformado, Dr. Joaquim Rodrigues. Em Alijó, o nosso presado assinante e distinto clínico, Dr. Henrique Domingos Pereira. Em Bissau, Guiné, o capitão médico Dr. Fernando da Silva Araújo.



SULFARSENOL

SAL DE SÓDIO DO ÉTER SULFUROSO ÁCIDO METILOLAMINOARSENOFENOL

ANTISIFILITICO — TREPONOCIDA

EXTRAORDINARIAMENTE PODEROSO

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

ADAPTANDO-SE, POR CONSEQUÊNCIA, A TODOS OS CASOS

TOXICIDADE consideravelmente inferior à dos seus similares.

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

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

Preparado pelo laboratório de

BIOQUÍMICA MÉDICA

19-21, RUE VAN-LOO

PARIS

Representantes e Depositários exclusivos para Portugal e suas Colónias :

TEIXEIRA LOPES & C.^ª, L.^ª

RUA AUREA, 154-156

TELEF. 24816 — LISBOA

SULFAMETAZINA PASTEUR

2-(4'AMINO BENZENOSULFONAMIDA) 4:6-DIMETILPIRIMIDINA

A sulfametazina é um derivado da sulfanilamida, análogo da sulfadiazina, em que a pirimidina está substituída pela 4:6-dimetilpirimidina. As suas principais características são: Uma absorção muito rápida, uma eliminação relativamente demorada e uma toxicidade quasi nula. Além disso, a sulfametazina é a única sulfamida até hoje conhecida que não produz perturbações renais, porque a sua grande solubilidade impede a formação de cristais. Está indicada em tôdas as afecções provocadas pelo pneumococo, meningococo, estreptococo hemolítico, gonococo, bacilo cóli, clostridium septicus, clostridium Welchii, diplobacilo de Friedländer, etc. A administração da Sulfametazina «Pasteur» deve ser tentada nas infecções devidas ao estafilococo, aos bacillus proteus e pyocyaneus, ao aerobacter aerogenes e aos streptococcus viridans e faecalis.

Tubo de 20 comprimidos a 0,50 g.



INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PÓRTO

COIMBRA