

# 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 Obstetrícia na Faculdade de Medicina de Lisboa; FERNANDO MAGANO, prof. agregado de Cirurgia na Faculdade de Medicina do Pôrto; FERREIRA DA COSTA, director do serviço de Estomatologia nos Hospitais Cívicos de Lisboa; FONSECA E CASTRO, prof. agregado de Pediatria na Faculdade de Medicina do Pôrto; LADISLAU PATRÍCIO, director do Sanatório Sousa Martins, Guarda; LOPES DE ANDRADE, prof. agregado de Oftalmologia na Faculdade de Medicina de Lisboa; VAZ SERRA, prof. de Patologia Med. na Faculdade de Medicina de Coimbra.

**SUMÁRIO:** *Considerações àcerca dum caso de gravidez com integridade himeneal*, por CARLOS LOPES. *As vertigens nasais*, por DANIEL DE CARVALHO. *Nefropatias hemotogêneas bilaterais*, por AURELIANO PESSEGUIRO.

**Movimento Nacional** — *A Medicina Contemporânea* (Cirurgia do coração). *Imprensa Médica* (Adenopatia inguinal. Cirurgia da parótida e do seu canal excretor. Ltnfogranulomatose inguinal benigna. Forma particular de elaiocniose. Tratamento das tinhas. A dermite da caixa de fósforos. O acné dos óleos. Relações entre o funcionamento exócrino e endócrino do pâncreas. Iléite regional. Córtrico-pleurites tuberculosas. As injecções intra-arteriais de mercuro-cromo no tratamento das lesões supuradas dos membros). *Coimbra Médica* (Receitas com doses anormais e responsabilidade. Os homicidas). *Instituições e Sociedades Médicas*.

**Notas várias** — Indicações do tratamento cirúrgico da ciática. A atropina na úlcera gastro-duodenal. Tratamento da aérogastría.

**ANEXOS** — *O vinho*, por CONCEIÇÃO E SILVA JÚNIOR. *Receitas com doses anormais e responsabilidade*. 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 — PÓRTO

**THERAPEUTICA  
ESTIBIADA  
INTRAMUSCULAR**

00578  
2844

PELA

# ANTHIOMALINE

*Antimónio-tiomalato de lítio*

SOLUÇÃO AQUOSA TITULADA A 6 % DE SAL  
(OGR. 01 DE Sb POR CC)

**PRESENÇA DE ENXÔFRE  
NA MOLÉCULA**

Caixas de 10 empôlas  
de 1 cc. e de 2 cc.

**INJECCÕES  
INTRAMUSCULARES**

Tolerância local e  
geral excelente

**DOENÇA DE NICOLAS FAVRE**

(Localizações inguinais e retais)  
LEISHMANIOSES VISCERAIS E CUTÂNEAS  
BILHARZIOSES VESICAIS  
HEPÁTICAS E INTESTINAIS

*2 a 3 injeccões por  
semana, de 1 a 3 cc.*

SÉRIES DE 20 INJECCÕES

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE**  
**SPECIA** MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE  
21, Rue Jean Goujon • Paris 8<sup>ème</sup>

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

# O VINHO

Considerações a propósito do «Certame em defesa do vinho»  
— a realizar na primavera de 1944 em Madrid

«He o mimo das damas, o beijo das freyras,  
a mecha das moças, o borralho dos velhos».  
(Fr. Lucas de Sancta Catharina. 1753).

por CONCEIÇÃO E SILVA JÚNIOR

Urologista em Lisboa

*Quando apareceu o vinho?* — A sua origem perde-se na noite dos tempos.

Em boa verdade, aqui está um lugar comum que deixou de o ser para o caso, exactamente porque não há outra maneira mais cómoda, e para descargo de consciência, de o dizer, aproximando-nos da Verdade.

Para o encontrar no bérço, anda-se na História sempre para traz no tempo — nos séculos! — e nunca mais se chega ao preciso momento do «nascimento», porque ainda é preciso andar mais para traz; e, êle já crescido, e a fazer das suas, quando o julgávamos nos primeiros vagidos...

Alguns autores — e de tómo — fundando-se nos textos sagrados, afirmam-nos que o vinho já existia na época prédiluviana; e, a prova é que Deus disse ao homem que «o dilúvio castigava os que comiam e bebiam» — Math. 17-28. Eram, êstes, os que comiam e bebiam exageradamente, e seriam os glutões e os ébrios, e só por isto mereciam o castigo.

Do Génesis consta que «Noé, depois do dilúvio, plantou a vinha, bebeu o vinho e embriagou-se». O que, a ser assim — e deve

*Syphilis:*

**Bismogenol**

*Fama Mundial*

ser; porque no Génesis não se mente, nem se inventa! — foi desmandando para lamentar, demais a mais depois de, para castigo de tal excesso, ter Deus mandado alagar a terra, e ter por isso morto os animais e os vegetais, menos as espécies que se defenderam do cataclismo, na Arca, para que se pudesse continuar a criação . . .

Para os hebreus foi Noé o «pai do vinho», — no sentido do autor, descobridor . . . Este patriarca reparou impressionado que um bode depois de ter comido em abundância frutos da vinha selvagem (Labrusca), aumentara em fôrça, atrevimento, instintos de brigão, nos ataques, como louco e sem medo, atirando-se mesmo aos mais fortes e corpulentos dos que com êle pastavam em rebanho nas montanhas da Cilícia. Provou os frutos, bebeu-lhe o suco, depois de espremidos, e gostou. E, gostou tanto que, «plantou a vinha, que regou com sangue de leão, para a reconfortar em espirito, e com sangue de cordeiro, para a despojar de sua natureza selvática», como escreve Elzer (1630). Tomando a lenda conta do assunto, ou neste ou em outro molde, aparecem através a literatura e a história várias datas para o aparecimento da vinha e mais ou menos complicadas e fantasiosas origens para o fabrico do vinho.

Para os judeus o caso teria sucedido com Staphylos, criado de Oinos, que solicitado para o incidente descobriu como se fazia vinho, e que o vinho com o tempo melhorava suas qualidades.

Pictet, em «Origines Indo-Européenes», afirma que nenhum povo como os Arias conhecia a vinha e fazia o vinho, e que por êle foi uma e outro introduzidos no Egipto, na Índia e na Europa, onde este povo fundou colónias.

No túmulo de Phtah-Hotep, (Memfis, 4.000 A. C.) estão desenhadas cenas das vindimas e do fabrico do vinho, no dizer de Delchevalerie na «Illustration Horticole», 1881; assim como, muitas inscrições figuradas se descobriram em túmulos e monumentos da mesma época, como afirmam os estudiosos pesquisadores desta especialidade de trabalhos.

Os fôceos, 500 anos antes de Cristo, povo que estabeleceu colónias na Gália, na Itália Central e na Espânia, — de que o nosso Portugal fazia parte, quando ainda não era Portugal mas provincia da Espânia, — conheciam a videira, a sua cultura e o fabrico do vinho, e por tôdas essas regiões a espalharam ensinando a fazer vinho.

Desde D. Afonso Henriques que em Portugal se cultiva a vinha e se faz vinho; mas já cá estava a videira muito espalhada, pois os romanos, os mouros, e especialmente os entendidos árabes, a tinham cultivado, invadindo as terras e ensinando a aproveitar-lhe o sumo dos frutos, «os loiros cachos, e os cachos de azeviche . . .»

E de vinhas e vinhos falam várias Posturas Municipais, a começar nas de Coimbra, — ano de 1145, «Portugalia Monumenta Historica», — e por aí abaixo em posturas e forais em confirmação do cuidado e interesse e salvaguarda do seu valor, e riqueza para o País.

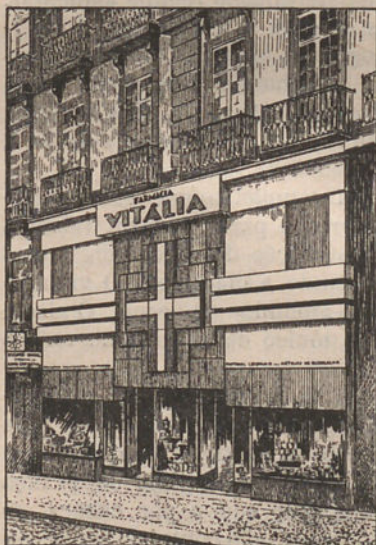
*O certo é que o vinho mereceu sempre aos antigos, — como tem merecido aos modernos! —, ditirambos, memórias, estudos, tratados...*

Homero, abre a procissão dos incensadores; o rei Salomão, que lhe atribuiu, na sua lendária sabedoria, «a faculdade de fortificar o entendimento»; Licurgo; o trágico grego Eschilo; o filósofo grego Platão, que o «proibia às pessoas com menos de 22 anos» (!); o romano Catão, o primeiro d'êste povo que sôbre vinhos e vinhas escreveu descrevendo oito castas de videiras; Aristóteles que o defendia das crianças e... das amas de leite; o botânico grego Dioscórides; Horácio e Virgílio, êste mesmo sendo o primeiro que falou em «vinhos espumosos»; Galeno, escritor e médico, grego, cujas descrições dos vinhos primam pela clareza e pela elegância; o naturalista Plínio, descrevendo já oitenta castas de videiras, e valorizando os vinhos conservados por muitos anos como os melhores, mais saborosos e tónicos; e, quantos, que a História em tôdas as suas páginas nos diz e ensina, bons poetas, cantores, médicos, filósofos, dos que estão de pedra e cal na posteridade.

## FARMÁCIA VITÁLIA

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

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



Alguns produtos injectáveis especializados  
de reconhecido valor terapêutico:

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

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

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

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

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

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

O que se conclue é que o vinho foi sempre considerado, e suas virtudes proclamadas; e, não cabe papel de somenos em tal tarefa aos químicos, aos médicos e aos higienistas em afirmá-lo, «o caso é sabe-lo beber, na quantidade precisa e na hora própria; a hora em que convem bebe-lo e éle fará bem».

Os gregos, povo ao qual tanto deve a civilização, possuíam idéias muito precisas sôbre o valor do vinho como bebida-alimento, como tónico. Reproduzo da literatura grega os seguintes períodos, aliás interessantes e dignos de apreciação (Ateneu, Deipn. Livro II, cap. I):

«Os deuses fizeram conhecer o vinho ao homem como um grande bem para aqueles que o usam com descrição. Nutre, fortifica o corpo e a alma, e é muito útil para a medicina, pelo que o fazem entrar na composição dos medicamentos. Acalma o espirito dos que o bebem com parcimônia; porque se dele se abusar, provoca questões. Por isto, Baco é médico, e como deus da saúde se deve invocar».

Outros, e não foram dos de menor fama, puzeram o poder dos deuses abaixo do poder e virtudes do vinho! Entre éstos, um esculápio que viveu no tempo de Pompeu, mestre consagrado!

Vindo mais para os nossos tempos muitos são os que sem serem oenólogos, mas simplesmente médicos, higienistas ou químicos, escreveram sôbre o uso e virtudes do vinho, como bebida-alimento, e até como preventivo contra o alcoolismo. Albertoni e Rossi, dois sábios experimentadores italianos, médicos, para demonstrarem o valor do vinho como alimento, procederam a uma interessante experiência que em relatório e com suas conclusões, entregaram à Academia das Ciências de Bolonha (Itália). Sujeitaram seis trabalhadores do campo, que nunca tinham provado vinho, a um determinado regime alimentar, pesados e analisados convenientemente os seus componentes, e analisadas as fezes e as urinas; depois, seguindo ainda os mesmos processos e cuidados de análises, deram a cada homem uma certa quantidade de vinho — meio litro por dia, com as refeições. Das análises feitas e das observações levadas a efeito sôbre os homens sujeitos à experiência, resultaram as seguintes conclusões:

«O alcool do vinho ingerido é quasi completamente combustado e serve para manter a temperatura do corpo e para produzir trabalho. O vinho, em dose moderada, aumenta a secreção dos sucos digestivos e sobretudo do ácido clorídrico, beneficiando a digestão. O vinho é um alimento de refôrço para a gordura e albumina do corpo. O alcool do vinho actua como estimulante, como tónico do sistema nervoso e aumenta a hemoglobina do sangue».

O Dr. Jacques Bertillon, que morreu chefe dos serviços antropométricos de Paris, conclue, em face de rigorosas estatísticas, de uma meticulosidade extrema, que o vinho preserva da tísica, e que o uso do alcool predispõe os organismos para ela. Nas regiões da França onde o vinho é bebida corrente, apenas, por ano e por cabeça, se consome 1 a 2 litros de alcool; onde o vinho, pelo contrário pouco ou

quási nada se bebe, o consumo de alcool, por ano e por cabeça, vai de 3 a 12 litros. Onde o vinho é bebida corrente, para cada 100.000 habitantes, os óbitos por tísica andam entre 68 a 150; nas outras regiões — onde pouco vinho se bebe para se beber alcool — para o mesmo número, há uma média de óbitos entre 125 e 338. Se em tôdas as regiões da França só se bebesse vinho, em vez de alcool, e pelas estatísticas e estudos sôbre elas feitas, o número de óbitos pela tísica mal atingiria 25.500 por ano, contra 42.190 anuais que pelas estatísticas se apuram. O Dr. Bertillon conclue que para diminuir o número de óbitos pela tísica, attribuida ao uso e abuso do alcool, «se deveriam incitar os consumidores a fazer uso do vinho em lugar do alcool, propagando os efeitos nocivos dêste e os benefícios daquele».

O Dr. Bouchardat, — que os novos já não conhecerão, — sustenta a mesma tese e conta: «dois cruzeiros, um francês, outro inglês, estacionaram, por efeitos de serviço, largo tempo nos mares do sul; aos marinheiros franceses deram vinho, aos ingleses whisky. Os marinheiros ingleses foram atacados de escorbuto; os franceses ficaram isentos dele». E explica: «as substâncias inorgânicas do vinho, e muito particularmente os sais de potássio, actuaram no caso, completando a alimentação».

De facto bem rico é o vinho em substâncias de alto valor alimentício ou de poupança. Glicerina, açúcares reductores, manite, gômas, dextrinas, cremor tártaro, o alcool desenvolvendo diariamente .600 calorias que o organismo aproveita transformando-as em energias, e a acidez própria moderadora da destruição do alcool na economia, e portanto regulando sua acção sôbre o sistema nervoso; além de sais orgânicos e minerais, fosfatos, magnésia silica, e em tal quantidade e em tal número — se seguirmos os oenologos e os químicos; e, entre êstes contam-se os padres-mestres da envergadura de Pasteur — que difficil será não lhe acreditar nas virtudes e nos benéficos efeitos sôbre os organismos, «tomado como se deve tomar».

In vitro o vinho mata o bacilo de Eberth. Porque o não fará in vivo? E é isto que concluem os entendidos; e, é por isto que aconselham em tempo de epidemias que se substitua a água, — ótimo veiculo para os bacilos — pelo vinho bom e puro, — péssimo agente veiculador de germens de contágio.

Mas é que ainda, e segundo os mesmos autores, água e vinho separadamente em quantidades iguais, têm sôbre o estômago efeitos de dilatação diferentes. O vinho, por causa do tanino e das substâncias corantes não distende tanto o estômago como igual quantidade de água; e, ainda pelos seus éteres facilita a secreção dos sucos digestivos, e como não precisa dêles para se absorver, não lhes enfraquece a acção. Sôbre os rins melhora-lhe a secreção, excitando-a.

Para Gautier o uso universal das bebidas fermentadas é lógico e fundado. Alimento, medicamento, tónico do coração e dos nervos, seria dos elementos de mais preço, no uso moderado, para os orga-

nismos que, bem o recebendo e aproveitando, em energias e vida se transformaria.

Mas servirá qualquer vinho? — Não; desde a colheita do fruto, até deitar o sumo fermentado, e apto a ser bebido, no copo, há muito que dizer e muitíssimo que atender. Dizem-no os oenólogos, e provam-no.

Escreveu Mestre Ferreira Lapa: «O vinho não é qualquer água férrea, que nasce prestadia ou ineficaz, segundo a generosidade da pronta Natureza. O vinho é, em grande parte, obra do engenho. Faz-se o vinho; não nasce feito. Hoje é necessária a Arte para o fazer.»

Louis Martin, deixou os dois versos seguintes:

La Nature donne le raisin.  
C'est l'Art qui fait le vin.

Da colheita e do fabrico não cuidamos porque são assuntos fora da nossa capacidade e dos nossos intuitos. Mas das qualidades, permitimo-nos dizer alguma coisa, por as têmos lido, e por as têmos ouvido a quem sabia.

O vinho novo é anti-higiênico e perturbador das funções digestivas. O vinho capaz de ser bebido, aproveitando-lhe as qualidades, require que tenha tido suficiente descanso, que tenha tido tempo de se fazer. As fermentações alcoólicas estão incompletas, e no estômago é que, então, elas se realisariam alterando as digestões.

O vinho convém que tenha bonita côr; para o tinto, um rubi, para o branco um amarelo topazio... Deve ser leve, perfumado, não ter mais do que 10° a 11° no máximo, — para que não perturbe o cérebro — deve reconfortar, e não enfartar, e que passe na goêla maciamente, sem escaldar, deixando na bôca um arôma que saiba bem.

Qual dos vinhos convém mais? — Dizem que o tinto.

Porque o vinho tinto é um vinho mais completo... (António Batalha Reis). «O vinho branco, de pasto, é feito no geral de *bica aberta*, quer dizer, o suco da uva é rapidamente apartado da parte sólida do cacho e posto a fermentar, em separado, da pele dos bagos, das grainhas e do engaço. Desta maneira não está em contacto o suco da uva com os corpos que principalmente fornecem ao vinho os sais e os ácidos, que êste deve possuir. Portanto o vinho branco, de pasto, é apenas um meio vinho, — um vinho incompleto — e sem o conjunto de qualidades que tem o vinho tinto fabricado pela maceração da parte líquida do cacho com as partes sólidas do mesmo cacho.»

O vinho branco marinha, ou é marinho, — como diz o povo... «O vinho branco de *bica aberta*, não tendo nenhuma maceração com o engaço, grainhas e pele da uva, não pode extrair dêsses componentes do cacho os sais e ácidos que, nos vinhos de maceração, avolumam a



# ETAPAS DECISIVAS NA HISTÓRIA DO

# SYMPATOL

«INGELHEIM»

- 1.<sup>a</sup> **DOENÇAS INFECCIOSAS  
REFORÇO DA DIGITALO-TERÁPIA**  
Hochrein e Keller
- 2.<sup>a</sup> **COLAPSO INFECCIOSO**  
Hegler
- 3.<sup>a</sup> **COLAPSO POST-OPERATÓRIO  
e INTERVENÇÃO CIRÚRGICA**  
Klotz e Staaten
- 4.<sup>a</sup> **CONVALESCENÇA da GRIPE**  
Lange
- 5.<sup>a</sup> **ASTENIA CONSTITUCIONAL**  
Stoermer
- 6.<sup>a</sup> **PROFILAXIA da TROMBOSE**  
Koenig
- 7.<sup>a</sup> **DIFTERIA**  
Zischinsky
- 8.<sup>a</sup> **ESTADOS HIPOTÓNICOS**  
Essen

*De ano para ano amplia-se o campo de indicações do SYMPATOL, confirmadas pelos trabalhos da clínica, tanto hospitalar como particular. Aparentemente múltiplas, tem tódas por base as propriedades farmacológicas do SYMPATOL que, segundo P. Tredelenburg, mantem a proporção óptima entre a acção sôbre o coração e a acção sôbre os vasos. O SYMPATOL regula o tónus circulatório.*

— Literatura à disposição dos Exmos. Clínicos —

REPRESENTANTES  
PARA PORTUGAL E  
COLÓNIAS :

J. A. BAPTISTA D'ALMEIDA, Lda.  
Rua Actor Taborda, 5 — Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PÓRTO  
Rua dos Caldeiros, 31

DEPÓSITO EM COIMBRA  
Avenida Navarro, 53

quantidade de extracto sêco, e como que nela aprisionam o álcool. Por isso é pronta a irradiação do álcool dos vinhos brancos de *bica aberta*.»

É corrente acusar-se um vinho branco com 9º de força alcoólica de produzir mais estragos, pondo a cabeça à razão de juro, do que um vinho tinto de gradação superior tomado nas mesmas quantidades e nas mesmas condições.

Os vinhos obtidos por maceração e curtimenta são mais ricos em sais e ácidos, que lhe são fornecidos pelos componentes sólidos do cacho. Ora, é graças a estes elementos, constituindo o extracto sêco do vinho e gozando da propriedade de reter em si o álcool, que se evita a sua difusão rápida pelo organismo do consumidor, e por predilecção especial, direito ao cérebro!

Portugal é por ventura dos mais ricos países em diversidades de vinhos. O vinho é por isso uma das importantes riquezas da nossa terra.

E, se o possuímos, cuide-se do fabrico do vinho, como convém para que seja considerado *o melhor sumo fermentado da uva*; cuide-se em facilitar êsse fabrico, e portanto a difusão da videira, encorajando os vinicultores e os viticultores, ajudando-os para que bem produzam e bons produtos lancem nos mercados, impondo-o pela sua pureza, qualidades, e até preço, coisa indispensável para que o vinho, sendo um bom alimento, possa chegar a todos, sem distincções...

E ensinem os higienistas e os médicos a servir-se dêle quem o possa e deva beber.

Na medicina largas applicações tem o vinho. Em tempos, os fracos eram obrigados a bebê-lo como remédio, e por vezes em tal exagêro que sofria, — se bem que passageiramente! — o cérebro com isso, lançado o espírito numa confusão de tonto, e o corpo na cama, falho de forças que o conservassem de pé. O prof. Miguel Couto, glória da Medicina Brasileira, práctico e observador, — sei-o de quem com êle viveu — sustentava que ao português nunca o vinho se devia tirar, quando doente; como, ao brasileiro, êrro era proibir o café.

O português foi sempre bom bebedor; e no geral, e em determinadas camadas sociais muito especialmente, sempre bebido com conta, pêso e medida. Para acompanhar e completar a refeição, ajudando no mastigar e no engulir, e empurrando na digestão, que — e já se viu — facilita.

Se porém como alimento se quere dar o vinho, não descuremos a qualidade dêle, a quantidade que baste, as restricções ao seu uso, que se imponham, e a hora e o momento em que êle convem...

Se como alimento; a medicina, a bromatologia, e a hygiene, que tomem a sério conta do caso.

Mas outra face da questão há ainda que estudar; e nos parece de interêsse. Não como remédio; mas, como adjuvante de tratamentos e

de tonificação, ou entretenimento das energias dos indivíduos em fase de doença ...

*Quando se deve proibir? Quando se deve permitir? Quando se deve aconselhar?*

Para Martinet, o vinho é bebida susceptível de fornecer ajuda num regimem hipoazotado, bem como num regimem hipoglicogénico, porque é pobre em albumina e em hidratos de carbónio. E como é um alimento pobre em núcleo-proteicos e em purinas, é bom elemento, — aproveitável, — para fazer parte de um regimen hipo-uricogénico. É pobre em cloreto de sódio; e, cal tem aproximadamente 0,30 por mil. Assim não o proíbo na litíase urica, antes o aconselho. E bem faço eu em acompanhar Marion, e outros urologistas que o equivalem em prática e saber.

G. Siguret aconselha-o, apenas manda que se não dê puro; na litíase oxálica permite-o, bem como na alcalina, e com proveito. Martinet além de o permitir, e justificar, nos litíasicos, ainda o permite nos colémicos.

O prof. Max Rosemberg não tem escrúpulo em permitir o vinho aos renais, «em qualquer afecção renal.» Q nefrótico não é prejudicado pelo vinho. As pequenas quantidades de álcool são queimadas no corpo em água e ácido carbónico, e só quando consumido em grande quantidade, atinge em parte, inalterado, a urina.» E diz: «Quando portanto, o uso de um copo de vinho, por dia, facilitar ao paciente a manutenção do regime pobre em sal, deveis permiti-lo em sã consciência.» Os Drs. Caspari, (Lausanne), Bécard, (França), Manoloff, (Sofia), aconselham-no aos doentes de pielite colibacilar e cistite da mesma natureza, onde actuaría por acidificação dos humores.

Na tuberculose renal, Marion aconselha-o, mas cortado com água. Luys e muitos outros autores consentem-no aos prostáticos. Nunca o proíbo aos blenorrágicos; e sou do tempo em que o vinho era das primeiras coisas que se proíbia. E encontro na literatura médica mais autores a permiti-lo, senão a aconselhá-lo.

Para Dausset, o vinho é a bebida fermentada, menos tóxica. Aconselha bebê-lo separado da água, e para que aproveite, a bebê-lo em quantidades rasoáveis e segundo a necessidade do organismo e o fim a atingir. Fala de preferência nos vinhos tintos e preocupa-se com a gradação alcoólica destes vinhos, que «não deve nunca passar dos 9º ou 10º».

Krause traz-nos elementos que confirmam as notas acima, corroborando os autores que citámos, e os que não citamos, mas lemos para iludicação.

E desta sorte, aqui está uma bebida-alimento, que, se tem já um longo e documentado passado, com muitos e valiosíssimos serviços prestados à humanidade que dêle se sabe seryir, não terá menos brilhante e valiosíssimo futuro, não apenas como alimento de recurso, adjuvante precioso em muitos e variados casos como medicamento; mas, ainda, a creditar, — porque se demonstra, como o mostram,

Lancereaux, Pasteur, Jean Louis-Faure, Pierre Viale, Carnot, e uma longa pléiade de professores e higienistas — que, contra o alcoolismo que mata, o mais radical remédio, o mais seguro, e fiel, é o vinho.

E que o veneno que menos mal faz, — porque a humanidade não passa sem tóxicos! — é o vinho; e, bebido dentro do que deve ser, nem tóxico é; antes desintoxica!

Que do Certame em defeza do vinho, que em Madrid se vai realizar na próxima Primavera, surja o conceito que marque, a regra que nos ilucide, e a orientação justa, e despida de preconceitos, que nos assegure firmeza e certeza no conselho e na prescrição.

## Receitas com doses anormais e responsabilidade

O presidente do Sindicato Nacional dos Farmacêuticos dirigiu-se ao director da Faculdade de Medicina de Coimbra, pedindo parecer sôbre a seguinte consulta:

1.º — ¿ A quem cabem as responsabilidades da applicação de um medicamento que o médico tenha prescrito em doses anormais e do qual resultou a morte ou transtornos graves? ¿ Ao médico que prescreveu a receita ou ao farmacêutico que a aviou? — Por exemplo, a seguinte fórmula:

Iodeto de potássio . . . .	vinte gramas
Arseniato de sódio . . . .	dez gramas
Água destilada. . . . .	tresentos gramas
Para tomar às colhéres de sôpa.	

2.º — ¿ A quem cabem as responsabilidades da morte ou transtorno grave, resultante da applicação duma especialidade farmacêutica que, devendo ser tomada às gôtas, foi por expressa indicação na receita médica indicada para tomar às colhéres, sem que o farmacêutico, que aviou a respectiva receita, tivesse feito qualquer observação? ¿ Ao médico que prescreveu ou ao farmacêutico que aviou? — Por exemplo:

Solutio milesimal de digitalina <i>Mealhe</i> . . . .	um frasco
Para tomar às colhéres de chá.	

A esta consulta respondeu, com aprovação do Conselho Escolar da Faculdade, o Sr. Prof. Dr. Almeida Ribeiro, escrevendo um completo relatório, publicado na «Coimbra Médica» (N.º 7 de 1943). Depois de exarar tôdas as prescrições legais e accessórias da legislação respectiva, examina em primeiro lugar as três hipóteses a pôr genéricamente: crime doloso, crime doloso e contravenção, nem dolo nem culpa; refere-se em seguida, pormenorizadamente, às circunstâncias em que médico e farmacêutico intervem no receituário, estudando-as para todos os casos possíveis, e terminando por dizer que, estabelecida opinião sôbre êles, a resposta a dar tem de ser concebida nos seguintes termos:

# VACINAS

DOS LABORATÓRIOS DO

**Dr. P. ASTIER**

## COLITIQUE

VACINA ANTICOLIBACILAR

APRESENTAÇÃO { PER OS  
INJECTÁVEL  
FILTRADO

## PHILENTÉROL

VACINA POLIVALENTE BEBÍVEL

COMPOSIÇÃO { COLIBACILOS  
ENTEROCOCOS  
ESTAFILOCOCOS

## STALYSINE

VACINA ANTIESTAFILOCÓCICA

APRESENTAÇÃO { PER OS  
INJECTÁVEL  
FILTRADO

---

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

Representantes para Portugal e Colónias

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

240, Rua da Palma, 246 — LISBOA

« — Comecemos pelos exemplos apresentados, supondo que as hipóteses são as que nêles até certo ponto se concretizam e que as receitas, no conteúdo da *inscrição* e da *instrução*, era tais quais.

Dada a falta de sublinhados ou de repetição nas partes da *inscrição* e da *instrução* que informam sobre as doses efectivas, parece claro que, já independentemente dos resultados graves que viessem a produzir-se, o médico, por ser autor das receitas, incorria na multa do § 1.º do artigo 11.º do decreto n.º 32.171 e o farmacêutico, por as ter aviado, ficava sujeito ao artigo 248.º do Código Penal.

Considerando os efeitos graves produzidos pelas substâncias recebidas, a forma vaga da *instrução*, com uma mensuração grosseira, por *colhéres*, de solutos altamente tóxicos de grande concentração, não daria margem para se pôr a hipótese excepcional de uma medicação fortemente heróica como a que se quisesse aplicar à carência de um arsenicófago, para o arseniato de sódio, ou ao tratamento de um pneumónico, para a digitalina. Estaria posta de lado a possibilidade de as receitas assim terem sido redigidas intencionalmente sem propósito criminoso por um médico competente. E, a não haver dolo que implicasse a consideração do artigo 353.º do C. P., haveria a culpa a que se referem o artigo 368.º ou o seguinte do mesmo Código, a não ser que as circunstâncias muito especiais do caso levassem os julgadores a isentar, mesmo dessa culpa, quer o médico, quer o farmacêutico, quer ambos.

Tratando-se agora da consulta no seu aspecto não concretizado, sem referência aos exemplos apresentados e supondo que não se dão condições que libertem de imputação, ou justificativas do facto, podem apresentar-se num sentido genérico e, mais resumidamente, as seguintes conclusões:

Primeira — À pergunta:

« A quem cabem as responsabilidades da aplicação de um medicamento que o médico tenha prescrito em doses anormais e da qual resultou a morte ou transtornos graves? ¿Ao médico que prescreveu a receita ou ao farmacêutico que a aviou? »

há que responder:

a) Se a receita não obedecia às prescrições regulamentares e entre elas às que se referem às «doses menos usuais», já por êsse facto fica empenhada a responsabilidade de ambos, médico e farmacêutico.

b) Se aquelas prescrições foram observadas e foi expressamente solicitada pelo farmacêutico a atenção do médico para as doses anormais, o farmacêutico só terá responsabilidade quando a anormalidade das doses fôr a ponto de as tornar indefensáveis, ou quando no comportamento do médico se revele uma intenção dolosa, ou uma insuficiência científica ou mental que devesse levar aquêle a recusar-se a cumprir a prescrição. O médico no uso das suas faculdades mentais terá responsabilidade na morte ou nos transtornos graves que se reco-

nheça serem resultado da sua prescrição com «doses anormais» quando tais doses, pelo seu exagêro ou pelas circunstâncias do caso, não possam encontrar uma justificação num pretendido tratamento embora de excepção mas compreendido dentro dos limites do aceitável.

Segunda — A pergunta:

«A quem cabem as responsabilidades da morte ou transtôrno grave resultante da applicação de uma especialidade farmacêutica que devendo ser tomada às gôtas foi por expressa indicação na receita médica indicada para tomar às colhéres sem que o farmacêutico tivesse feito qualquer observação? ¿Ao médico que prescreveu ou ao farmacêutico que aviou?»

há que responder: — A ambos — ».

A doutrina que dimana dêste parecer foi expressa da seguinte maneira:

« — O fornecimento duma receita médica não redigida segundo os preceitos legais implica a responsabilidade criminal do autor da receita; o aviamento de tal receita, tratando-se de medicamentos classificados como estupefacientes, tóxicos, antigenésicos ou abortivos, implica a responsabilidade criminal do farmacêutico. Isto, para um e para outro, mesmo independentemente dos efeitos produzidos ou produzíveis pela medicação.

A morte ou outros danos produzidos por utilização duma receita médica com «doses anormais» podem implicar simultâneamente a responsabilidade do médico e a do farmacêutico, sem que a existência da responsabilidade de um sirva de anulação à existência da responsabilidade do outro. Estas responsabilidades interessam no campo do direito civil e no do direito criminal.

Reconhecidos os danos como devidos à medicação, poderá verificar-se da parte de qualquer dos dois, ou de ambos, médico e farmacêutico, a existência quer de dolo, quer de simples culpa, ou a não existência de uma e de outro.

A legislação portugueza não exige expressamente que nas receitas médicas destinadas a serem presentes nas farmácias para aviamento conste a *instrução*, explicando a forma de administrar o medicamento. Esta omissão deveria corrigir-se, pelo menos no que respeita às receitas de medicamentos tóxicos ou muito activos, estabelecendo-se claramente a obrigação de que, no mesmo documento onde figure a fórmula da *inscrição*, não deixe de figurar a *instrução*, em termos de o farmacêutico poder reconhecer qual a dose *efectivamente* prescrita para ser tomada, quer de cada vez, quer em cada dia, quer em cada período determinado de dias.

No caso de receitas de especialidades farmacêuticas, é menos perigosa ou inconveniente para o doente a receita onde se não encontre *instrução* nenhuma do que aquella em que se contenha uma *instrução* errada por excesso.

Dada na prática a sua manifesta imprecisão, a mensuração por

colheres é inadmissível na *instrução* quando se receitem solutos tóxicos de grande concentração, tais como um soluto milesimal de digitalina cristalizada ou um soluto a  $\frac{1}{30}$  de arseniato de sódio.

O médico e o farmacêutico, para benefício dos dois e sobretudo do doente, devem colaborar e considerar-se fiscais mútuos das suas actividades respeitantes a éste.

O farmacêutico, embora não deva alterar a receita do médico e tenha obrigação de ser pronto no aviamento quando a receita obedeça aos preceitos legais, deve recusar-se a aviá-la, com participação às autoridades se houver lugar, no caso de estes preceitos não terem sido cumpridos e o não serem depois de solicitado ao médico o seu cumprimento, quando, pelas doses manifestamente exageradas e inaceitáveis receitadas e mantidas, se mostre existir dolo, ou evidente incapacidade mental ou científica do médico.

Em geral, as condições em que actuam respectivamente o médico e o farmacêutico tornam a comissão de involuntários e desculpáveis erros mais fácil para o primeiro do que para o segundo.

As prescrições legais não devem sér interpretadas como tolhendo a liberdade profissional do médico competente e honesto, de recorrer a meios ousados de tratamento de excepção que em sua ciência e consciéncia entenda indicados.

E, no caso de uso de tais meios, a menos de se mostrar a existência de erro indesculpável, não ficará implicada criminal ou civilmente a responsabilidade do médico em relação ao resultado da medicação, qualquer que seja éste resultado.

---

## NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

---

**Ordem dos Médicos.** — Os relatórios das 3 Secções Regionais são distribuídos sómente aos filiados em cada uma delas; por isso vamos extrair dêles alguns dados que dêem uma idéia da actividade que aquelas Secções tiveram no passado ano.

*Secção de Lisboa.* — O relatório do Conselho Regional trata de vários assuntos, quer relativos a questões de interêsse local, quer contendo doutrinas que, embora applicáveis a qualquer parte, foram suscitadas por circunstâncias ocorridas na área da Secção. Daremos nota das que se nos afiguram mais importantes.

Está nestas condições o respeitante a Casas do Povo. O relatório, depois de lembrar as provas de que o assunto tem merecido da Ordem vários estudos e diligéncias, diz: — «As condições para o provimento de lugares de médicos de instituições sujeitas à jurisdição do I. N. P., deveriam ser organizadas de acôrdo com o Conselho Geral da Ordem, única forma de êsses organismos desistirem de contratar médicos, impondo vencimentos ridículos e condições vexatórias e algumas inexecuáveis. É preciso tomar-se em conta que todos êsses organismos procuram, por uma dotação miserável, e referente ao número dos seus sócios efectivos, obter assistência médica gratuita para um número determinado de pessoas (descendentes ou ascendentes que convivam com o sócio do organismo em questão).

As condições que éste Conselho Regional julga necessário observar nos contratos, são as seguintes:

1.<sup>a</sup> — Vencimento mínimo, 600\$00 mensais até 500 associados e, por cada sócio a mais, um escudo.



2.<sup>a</sup> — Organização de tabelas para remuneração dos serviços médicos prestados às pessoas de família que convivam com os sócios dos organismos corporativos, tabelas organizadas de acôrdo com o Conselho Gcral da Ordem.

3.<sup>a</sup> — Não devem ter os sócios contribuintes direito a assistência gratuita, sejam quais forem as suas condições de vida.

4.<sup>a</sup> — Ter o médico trinta dias de licença graciosa.

5.<sup>a</sup> — Direito a transporte, quando haja deslocação na visita a sócios que residam fora da séde do organismo em questão.

6.<sup>a</sup> — Ser o Conselho Geral da Ordem ouvido na organização das condições do concurso.

7.<sup>a</sup> — Serem os partos considerados, como é de justiça, intervenções com direito a remuneração especial, sujeitas a tabela organizada pelo I. N. T. P. S., ouvido o Conselho Geral da Ordem.

Outra tême interessante foi o da prestação de serviços clínicos gratuitos a entidades particulares; tal prática, manifestamente injusta, representa assistência à custa do trabalho do médico e lesa grandemente a clinica livre, além de ser expressamente contrária à letra do Compromisso Deontológico. Proibindo-a, o Conselho Regional não fêz mais do que dar cumprimento às disposições regulamentares da Ordem.

No mesmo propósito de defesa de justos interêsses profissionais, determinou, em harmonia com instruções do Conselho Geral, que todos os contratos a firmar para a prestação de serviços clínicos fôssem apreciados pelo Conselho que os submeteria à sanção do Conselho Geral.

Destas duas resoluções deu conhecimento aos filiados, solicitando simultâneamente o preenchimento dum questionário-confidencial, cujo estudo se destina à comparação das condições de trabalho médico nos vários pontos e sectores do país e à sua melhoria.

Sôbre o imposto profissional, o delegado do Conselho à respectiva comissão, Dr. António Augusto Fernandes, apresentou a esta um relatório, que o Conselho apreciou. Reconhecendo que com o actual sistema de tributação é difficilimo estabelecer uma justa distribuição do imposto, propõe a adopção das seguintes bases:

a) — Tributar os presumíveis proventos de cada um com uma percentagem que não deverá ir além de 10 % nem ser inferior a 6 %;

b) — Colectar os contribuintes que, pela primeira vez aparecem nas respectivas listas, e as quais são fornecidas pelas Secções de Finanças dos sete bairros de Lisboa, com  $\frac{1}{3}$  da respectiva taxa (500\$00 para médicos, 700\$00 para especialistas e 900\$00 para cirurgiões);

c) — Atribuir a taxa respectiva (M-1.500\$00, E-2.000\$00 e C-2.600\$00) aos contribuintes que, possuindo rendimentos ou lugares que lhes permitam vida desafogada, exercem a profissão, por assim dizer, por mero interêsse social, e dela não colhem proventos que lhe permitam pagar mais do que a taxa;

d) — Atribuir a taxa respectiva àqueles que hajam transferido a sua actividade para Lisboa, depois de dez anos de formatura;

e) — Estabelecer um mínimo de imposto em função da idade dos contribuintes, segundo a tabela seguinte, e sem prejuízo do estabelecido nas alíneas a) e b)!

Idades	Médicos	Especialistas	Cirurgiões
até 30 . . . . .	700\$00	1.000\$00	1.300\$00
de 31 a 36 . . . . .	800\$00	1.100\$00	1.400\$00
de 37 a 44 . . . . .	900\$00	1.200\$00	1.600\$00
de 45 a 54 . . . . .	1.000\$00	1.400\$00	1.800\$00
de 55 a 60 . . . . .	900\$00	1.200\$00	1.600\$00
de 61 a 65 . . . . .	800\$00	1.000\$00	1.400\$00
de 66 anos em diante	700\$00	1.000\$00	1.300\$00

f) — Se a soma das verbas apuradas em função destas disposições fôr inferior ao contingente total, será a quantia que falta, não rateada, mas atribuída igualmente a cada contribuinte. Proceder-se-á da mesma forma se ela fôr superior.

O quadro estatístico dos inscritos na Secção mostra a existência de 2.777 médicos em exercicio na respectiva área, sendo 1.692 em Lisboa, 895 na provincia, e 190 nas Ilhas adjacentes; daquele número, 125 são médicas.

A secção de assistência teve uma receita de 89.700\$22; distribuiu donativos a 35 viúvas na importância de 45.500\$, donativos eventuais a 6 médicos na importância de 31.947\$15, e donativos extraordinários do Natal na importância de 6.000\$00.

*Secção do Pôrto* — O relatório refere-se ligeiramente aos diversos assuntos tratados pelo Conselho Regional, com excepção das diligências efectuadas por motivo da questão com a Santa Casa de Misericórdia do Pôrto, que historia resumidamente, terminando por informar que está pendente ainda, na Auditoria Administrativa, o respectivo pleito.

O número de filiados na Secção era de 1.384, não discriminando os da cidade do Pôrto e os da provincia.

A secção de assistência teve uma receita de 41.419\$54, e distribuiu pensões e donativos a 2 médicos e 24 pessoas de família de colegas falecidos, na importância de 40.170\$00.

*Secção de Coimbra*. — O relatório refere-se de um modo geral, sem pormenores, à actividade do Conselho nos diversos campos das suas funções. No mapa da receita e despesa do Conselho, figura a verba de Assistência com 36.195\$00. Não insere o mapa estatístico dos inscritos na Secção.

**Homenagem ao Prof. Egas Moniz.** — Por atingir em Novembro próximo o limite de idade, os alunos do 5.<sup>o</sup> ano da Faculdade de Medicina de Lisboa, último curso que o Prof. Egas Moniz rege, prestaram-lhe calorosa homenagem, descerrando uma placa comemorativa na sua sala de aula do Hospital de Santa Marta.

**Melhoramentos sanitários.** — Foi superiormente aprovado o plano de obras de abastecimento de águas e de instalações de esgotos, que se refere a muitas localidades, e importará em 17.500 contos para águas, e 6 000 contos para esgotos, participando o Fundo de Desemprêgo respectivamente com 7 e 3 mil contos.

**Título de especialista.** — O Conselho Geral da Ordem dos Médicos publicou o seguinte AVISO:

«Por deliberação deste Conselho, o prazo para a entrega dos requerimentos dos médicos inscritos nesta Ordem que desejem o título de especialista, nos termos do respectivo Regulamento, foi prorrogado até ao dia 30 de Abril próximo. — O presidente da Ordem: a) *Fernando de Freitas Simões*».

Chamamos a atenção dos leitores para este aviso, porque, com certeza, o prazo não será mais prorrogado; não serão admitidas, portanto, reclamações a este respeito, de quem não tiver apresentado requerimento.

Recordamos que o Regulamento das Especialidades foi publicado no fascículo 2.<sup>o</sup> do IV (1942) ano do Boletim da Ordem. Os requerimentos dos que se julguem em condições de poderem obter um título de especialista devem ser apresentados ao Conselho Geral, directamente ou por intermédio do Conselho Regional.

**Minúscula lâmpada de Raios X.** — Segundo informa a R. D. V., o Instituto de Física e Técnica do Reich construiu uma lâmpada de Roentgen que é a mais pequena existente no mundo e que vem revolucionar a técnica dos Raios X. A lâmpada tem o feitio de um lápis, em cuja extremidade se acende um ponto. Para a fazer funcionar, serve um conductor vulgar.

**A tuberculose em Inglaterra.** — De acôrdo com notícias officiais británicas, a mortalidade por tuberculose, em Inglaterra, subiu de 13 %, desde o início da guerra; atribue-se o facto ao consumo de leite não pasteurizado.

**Médicos paraquedistas.** — Na primeira área da defesa civil dos E. U. foi criado um corpo de paraquedistas médicos, segundo noticia da «Medicina Española». Os médicos, transportados em avião, descerão nos lugares mais isolados, para prestar a sua ajuda profissional áqueles que dela necessitarem.

**Centro de estudos demográficos.** — O Diário do Govêrno, de 11 do corrente, publicou a portaria n.<sup>o</sup> 10.619, que cria este centro, anexo ao Instituto N. de Estatística.

**Transfusões de sangue.** — O Decreto n.<sup>o</sup> 33.568, de 8-III-44, autoriza a remodelação do Serviço de Transfusões nos Hospitais Civis de Lisboa.

**Partidos médicos,** a concurso: Alvares, Góis. Estreito, Câmara de Lobos.

**Necrologia.** — Dr. Manuel Duarte Roque, de Castendo, distinto clinico e nosso estimado assinante. Dr. Francisco Homem Abranches Ferrão, considerado médico em Ervedal da Beira. Dr. José António Barbosa Júnior, director clinico das Termas de S. Vicente, Entre-os-Rios.

## Sulfamelazina cálcica

Absorção mais rápida do que a sulfapiridina, sulfatiazol ou sulfadiazina.  
Grande solubilidade na água:  
Praticamente eliminadas as complicações renais.  
Eliminação lenta:  
Excreção urinária nas 24 horas: 25 a 50 %.

### INDICAÇÕES:

Pneumococos, estreptococos, estafilococos, B. Friedlander e Welch, meningococos.  
Máxima actividade e polivalência.  
Perfeita tolerância.

# DIAZINOL

WANDER

Tubo de 20 comprimidos

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.  
BERNE • SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.<sup>A</sup> (IRMÃOS)  
Rua dos Correiros, 41-2.º • LISBOA

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

# Noveril

**WANDER**

*Para o tratamento de:*

*gripe, influenza, nevralgias, enxaquecas,  
cefaleias, gota, reumatismo, dores de ou-  
vidos, etc.*

**Tubos de 20 comprimidos**

**por comprimido:**

0,30 g. de ácido acetilsalicílico

0,20 g. de hidrato de alumínio coloidal

0,05 g. de fosfato bibásico de cálcio

FABRICANTES

**DR. A. WANDER S. A.**

BERNE • SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

**ALVES & C.<sup>A</sup> (IRMÃOS)**

Rua dos Correeiros, 41-2.º • LISBOA

Sub-Agente no Pôrto: **F. LIMA & C.<sup>A</sup>, SUCR.** Largo do Padrão, 20-1.º

# PORTUGAL MÉDICO

(3.<sup>a</sup> SÉRIE DAS ANTIGAS REVISTAS: GAZETA)  
DOS HOSPITAIS E VIDA MEDICA. ANO 36.<sup>o</sup>)

1944

N.º 3

## Considerações à cerca dum caso de gravidez com integridade himeneal <sup>(1)</sup>

por CARLOS LOPES

Prof. do Curso Superior de  
Medicina Legal e Chefe de Ser-  
viço no I. de M. Legal do Porto

Em conferência proferida, há poucos anos, em Coimbra, o Professor ALMEIDA RIBEIRO — versando assunto idêntico ao que vou comunicar <sup>(2)</sup> — lembrou uma frase de S. PAULO, que me permito repetir aqui: «Para os limpos tôdas as coisas são limpas».

\*

Os casos de gravidez em possuidoras de hímen complacente ou tolerante (quere dizer, que permite cópula sem se lacerar) são relativamente frequentes e nada têm de particular. As observações de prenhez com integridade de hímen não complacente são muito mais raras e interessam pelo que diz respeito à dificuldade do diagnóstico clínico daquele estado e ao conceito de virgindade e desfloramento.

Vejamos o primeiro ponto:

Todos sabemos que na prática clínica ou obstétrica — onde a mulher é, em regra, leal colaboradora do médico — a gravidez tem dado motivo a erros de diagnose a que não puderam fugir AVENZOAR e VELPEAU...

Ora, no domínio da Medicina Legal as dificuldades são, por vezes, maiores porque, admitindo-se a possível simulação ou dissimulação da prenhez, o diagnóstico há-de fazer-se exclusivamente pelos sinais objectivos, razão que poderá explicar a existência de casos como êstes:

(1) Comunicação às Reuniões Científicas do Corpo Docente da Faculdade de Medicina do Porto, em 22 de Janeiro de 1944.

(2) FERNANDO DE ALMEIDA RIBEIRO — Opiniões... (Sobre alguns aspectos médico-legais e sociais do desfloramento). *Coimbra Médica*. N.º 1, 1943.



Quando saía da audiência em que fôra condenada pelo crime de infanticídio, uma rapariga pariu um nado-morto, com oito meses de gestação — diz-nos BROUARDEL. <sup>(1)</sup>

«Il y a quelques années, dans un de nos départements voisins, — escreve LACASSAGNE — on trouve au milieu d'un bois le cadavre d'un enfant nouveau-né: une jeune fille est compromise, arrêtée, examinée par un médecin qui déclare qu'elle vient d'accoucher. Mais la prévenue proteste tant et si bien qu'elle est soumise à un nouvel examen. Un second médecin est requis et il affirme que cette fille est vierge. Grand embarras du juge d'instruction. Il commet un troisième médecin qui reconnaît une grossesse au sixième mois. Quelques jours après, cette fille accouche en prison d'un enfant à terme.» <sup>(2)</sup>

Nos casos de integridade de hímen não tolerante, a impossibilidade de fazer a palpação bimanual, para investigar da forma e consistência do útero, aumenta, como se compreende, as dificuldades de diagnóstico — obrigando os peritos a repetir o exame ou a recorrer a outros processos de diagnose, sobretudo quando observam a mulher nos primeiros meses da gestação. Assim sucedeu no caso que passo a referir:

A requisição da Polícia de Investigação Criminal, examinámos, em Março de 1941, Dina C. S., de treze anos de idade. (Processo N.º 729).

Tratava-se de rapariga púbere, de constituição regular, com o desenvolvimento físico próprio da idade indicada. O exame genital mostrou que o hímen, de forma semilunar, de consistência carnosa e alto na metade posterior, estava anatomicamente íntegro, não permitindo o seu óstio mais do que a intromissão do dedo indicador (Fig. 1). Tôda a vulva tinha coloração violácea. O útero, pela palpação abdominal, encontrava-se aumentado de volume, medindo doze centímetros acima da sínfise púbica. Havia pigmentação da linha branca abdominal e os seios, túrgidos, mostravam pigmentação da aréola e hipertrofia dos tubérculos de MONTGOMÉRY (Fig. 2). Como não era possível fazer a palpação bimanual para confirmar o diagnóstico de gravidez, procedeu-se à colheita de urina para a prova de FRIEDMANN — que foi positiva.

Concluímós, pois, pela existência de prenhez, mais tarde confirmada na Maternidade de JÚLIO DINIS — ondê esta rapariga deu à luz uma criança de têrmo.

(1) P. BROUARDEL — Commentaires de Médecine Légale in *Nouveaux Éléments de Médecine Légale* por E. HOFMANN. Paris, 1881, p. 730.

(2) A. LACASSAGNE — Précis de Médecine Légale. Paris, 1909, p. 784.

Foquemós agora o outro interessante aspecto do caso: — Na ocasião do nosso exame, esta grávida estava virgem ou desflorada?

Para nós — que ligamos à ideia de virgindade o estado da mulher que não praticou cópula e entendemos por cópula o que entendia LOPES VIEIRA <sup>(1)</sup> — estava desflorada.



Fig. 1



Fig. 2

Desflorada estava para ALMEIDA RIBEIRO, que escreveu: — «Fora do campo da Fé, não parece ser aceitável a noção da vir-

(<sup>1</sup>) A. X. LOPES VIEIRA — Medicina Judiciaria e Pericial. Jurisprudencia Medica. Coimbra, 1908, pág. 353. «Cópula em medicina legal e para todos os efeitos da lei penal, deve dizer-se — a junção dos dois sexos, por fórma a tornar possível a fecundação da mulher e sua gravidez»,

gem-mãe. A perda da virgindade uterina tem de pressupôr a da virgindade vaginal e, decerto, deverá considerar-se como desflorada a mulher que engravide após os referidos contactos (*vulvares*), muito embora o aspecto do hímen e da sua abertura mostrem uma integridade e uma falta de complacência incompatíveis com anterior penetração peniana através dêles». <sup>(1)</sup>

Estava desflorada para AFRÂNIO PEIXOTO: — «Adotamos resolutamente a doutrina, já aqui expressa, de que o defloramento que a lei pune, pela virgindade que ela protege, é a posse carnal da mulher virgem, as mais das vezes, mas nem sempre, possível de ter deixado vestígio nas lacerações do hímen ou outra decorrencia sexual. Por isso mesmo, quando sobrevêm outros sinais evidentes de congresso carnal, embora havendo integridade de hímen — tolerante ou não — o defloramento é declarado. E' o caso indubitavel da prenhez, como sinal certo de defloramento, que deve ser levado em conta, sempre que exista, a despeito da conservação inteira do hímen». <sup>(2)</sup>

Assim pensava também NINA RODRIGUES <sup>(3)</sup> e assim opinam FLAMÍNIO FAYERO e ARNALDO FERREIRA <sup>(4)</sup>.

De modo diverso entende ASDRÚBAL DE AGUIAR (e com êle autorizados autores estrangeiros), como se deduz da leitura dos seguintes períodos: — «O desfloramento reside apenas no facto de haver ou não destruição da integridade hymeneal» <sup>(5)</sup> e — quando formula, a propósito de gravidez, a conclusão «A examinada acha-se desflorada?» — «O perito precisará o facto, visto haver múltiplos casos de fecundação com hímen íntegro, portanto em mulheres que virgens estavam antes de engravidar e virgens ficaram posteriormente. Estas, se não sobrevier qualquer causa que lhes rasgue o hímen (cópula ou acção traumática doutra natureza) só perderão a virgindade anatómica por ocasião do parto. Há mesmo casos em que a parturição não foi sufficiente para provocar o desfloramento». <sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup> FERNANDO DE ALMEIDA RIBEIRO — Loc. cit.

<sup>(2)</sup> AFRÂNIO PEIXOTO — Medicina Legal. Rio de Janeiro, 1931, pág. 49.

<sup>(3)</sup> NINA RODRIGUES — Des formes de l'hymen et de leur rôle dans la rupture de cette membrane. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*. 3.<sup>a</sup> Série. Tomo XLIII. Paris, 1900, pág. 481.

<sup>(4)</sup> Conceito de defloramento. Gravidez. *Archivos de Medicina Legal e Identificação*. Rio de Janeiro, 1936, pág. 240.

<sup>(5)</sup> ASDRUBAL D'AGUIAR — Guia de Clínica Médico-Legal. Lisboa. Vol. II, pág. 118.

<sup>(6)</sup> ASDRUBAL DE AGUIAR — Medicina Legal. Obstetricia Forense. Lisboa, pág. 135.



\*

Referi êste caso porque, além de ser relativamente raro, serve para mostrar que no nosso País — onde as fronteiras não estão muito afastadas e os médicos-legistas são poucos — há discordância de opiniões em matéria de tão grande interesse social. Ser-me-ia fácil juntar outros exemplos demonstrativos da necessidade que nós, médicos-legistas, temos de conviver, de organizar congressos e de criar uma Sociedade de Medicina Legal onde os assuntos seriam esclarecidos e unificados os conceitos, contribuindo-se assim para que o mesmo crime não tivesse sanções penais variáveis com o critério de quem interpreta ou aplica a Lei.

## As vertigens nasais

por DANIEL DE CARVALHO

Otorrinolaringologista dos Hospitais  
do Pôrto. Assistente voluntário da  
Faculdade de Medicina do Pôrto

O caso que motiva o presente trabalho refere-se a A. P. C., de 41 anos de idade, casado, comerciante nesta cidade.

**História da doença** — Datam de 1935, aproximadamente há 9 anos, os sofrimentos que êste doente nos refere e que pela sua tenacidade e persistência muito contribuíram para a transformação do seu carácter e temperamento, tornando-se mais triste e melancólico, com verdadeiro desinteresse pela vida. Tôda a sua patologia se resumiu a princípio a umas cefaleias intensas e gravativas que se mantiveram como sintoma isolado durante mais de 2 anos. Esta cefaleia localisava-se primitivamente na região frontal, irradiava em seguida para a temporal, fixando-se por último no vertex, para assim se manter durante horas seguidas. Frequentemente não era bem a cefaleia que o incomodava, mas sim uma sensação de pressão e apêrto sôbre o crâne por vezes intoleráveis. A êstes sintomas que persistiram durante cerca de 2 anos, como já referi, associaram-se as vertigens que constituem por assim dizer, tôda a sua doença.

A princípio tinha a impressão de que era êle que girava à sua volta, sem ter no entanto a sensação de queda. Mais tarde começou a reconhecer que por vezes eram os objectos que se moviam em tôrno dêle. Contudo a vertigem subjectiva era superior à vertigem objectiva. Nos últimos anos, simultâneamente com o estado vertiginoso sobreveio-lhe a sensação de queda sob a influência das mais variadíssimas causas.

Assim, frequentes vezes, era a aproximação de um eléctrico ou de um automóvel que ao passar junto dêle lhe produzia a pêrda de equilíbrio, obrigando-o, por êsse motivo, a marchar sempre na parte interior dos passeios para desta forma ter onde se firmar quando tal acontecia. Outras vezes, porém, era um individuo conhecido, que marchava em sentido contrário ao dêle e a quem tinha de cumprimentar. Quando por êle cruzava e tentava levar a mão ao chapêu, surgia-lhe a pêrda de equilíbrio tendo que realizar

esforços tremendos para não tombar em plena rua. No seu escritório comercial, passava este doente o seu maior tormento por ter de, durante o dia, cruzar a cada momento nos corredores com os seus empregados, pois as sensações de vertigem ou de queda vinham-lhe a todos os instantes.

Mas não era só em movimento que tal estado de desequilíbrio se notava. Era durante qualquer conversação com determinado individuo que o procurasse para realizar certo negócio e que tivesse de a manter durante algum tempo até chegarem a um acôrdo definitivo. Um mal estar indeterminado, de certa instabilidade lhe surgia bruscamente, obrigando-o a libertar-se da pessoa com quem conversava, fechando assim contractos comerciais em péssimas condições, unicamente pela necessidade de ver terminada a referida entrevista. Segundo elle referia, este facto dava-se com tal frequência que chegou a ser aproveitado por certos individuos que procuravam a ausência do seu sócio para a sós, conseguirem negócios vantajosos naquelas determinadas circunstâncias.

Deitado na sua cama, não estava este doente liberto das suas sensações vertiginosas, pois que bastava descobrir-se um pouco mais, para se estabelecer uma certa obstrução nasal, seguida por alguns espirros que lhe originavam de momento, um estado vertiginoso incomodativo e particularmente angustioso. Em determinadas crises de perda de equilibrio em que de qualquer modo conseguisse impedir a queda, sobrevinha-lhe uma segunda fase de perturbações por vezes tão incomodativas como as primeiras. Era a sensação de decapitação. Segundo o doente, a cabeça despegava-se do resto do seu corpo e por momentos ficava alheio a tudo o que se passava à sua volta. Tornava-se para elle uma situação verdadeiramente impressionante, ficando aterrado ao sentir o seu aparecimento.

Outros sintomas de importância secundária como espirros frequentes, dificuldade na micção, completavam a sintomatologia apresentada.

Este estado vertiginoso de perfeita instabilidade, existia neste doente quasi permanentemente pois as referidas crises duravam de alguns minutos a algumas horas e repetiam-se várias vezes ao dia, tornando a sua vida perfectamente insuportável o que o obrigou a recorrer, durante 9 anos, a inúmeros clínicos na esperança de obter alívio para os seus sofrimentos.

Começaram alguns por tratá-lo como sendo um hepático, inundando-o de colagogos.

Outros pensaram numa possível sífilis, apesar das suas três reacções de Wassermann negativas. Foi assim durante longo tempo injectado com os mais variados preparados anti-luéticos, desde os arsenicais até aos mercuriais e bismúticos; o resultado terapêutico era sempre nulo. Veio depois a ideia de uma ptose gástro-cólica e o emprêgo de uma cinta abdominal foi imposta ao doente que a usou resignadamente durante vários meses sem obter qualquer alívio. Pensaram também na aeráfagia tanto mais que as digestões duravam 6 a 8 horas, sendo medicado nesse sentido e por bastante tempo.

Como urinasse com dificuldade e apresentasse urinas turvas e espessas foi-lhe indicado usar preparados de urotropina e teobromina sem conseguir de forma alguma modificar essas perturbações urinárias. Houve ainda quem afirmasse a existência de uma aortite sifilítica e novamente foram ensaiados os tratamentos antilúeticos. Os resultados, apesar de todos os esforços clínicos, continuavam sempre desanimadores. Foi então que, pelo exame do colega Dr. José Augusto Monteiro, foi chamada a atenção para o facto particular do doente se encontrar mais aliviado do seu estado vertiginoso quando respirasse melhor pelas fossas nasais.

Interrogado mais detalhadamente sobre esta particularidade, verificou que o doente usava já há muito tempo, embora um pouco inconscientemente, pomadas nasais de base mentol e estovaina com as quais obtinha uma diminuição assentuada das suas vertigens durante umas duas horas, e muito especialmente quando a seguir à aplicação das referidas pomadas realisava externamente umas massagens sobre a fossa nasal. Em face destas informações foi-lhe aconselhado ser examinado por um otorrinolaringologista. Foi nestas circunstâncias que eu tive ocasião de observar o nosso doente, em 25 de Abril de 1943.

**Estado actual:** — Laringoscopia nada revelando digno de registo. Faringoscopia pondo em evidência uma ligeira faringite catarral. Cavum livre e sem fenómenos inflamatórios. Rinoscopia anterior mostrando-nos umas fossas nasais pouco permeáveis principalmente a esquerda, onde existia uma volumosa crista do septo que se encravava

no cornêto inferior, não permitindo a passagem, entre estes dois pontos, de um delgado estilête. O toque dêste em qualquer ponto da pituitária provocava um violento reflexo naso-facial. A otoscopia nada nos fornecia de anormal.

A investigação dos seus aparelhos cocleares revela-nos a seguinte fórmula acurética: O. D. — 1m; O. E. — 90 cm.; P. C. D. e D. — 12345; Rine esq + 35"; Rine Dir. + 40"; Weber  $\leftarrow$ ; Schwabach — 25".

O interrogatório dos seus aparelhos vestibulares fornece-nos os seguintes resultados:

Não existe nistagmus espontâneo. Vertigens por crises. As provas de indicação para pesquisa dos desvios segmentares mostram-nos a normalidade da função labirintica na ocasião do exame.

No Rombert simples não se encontra qualquer alteração. No Rombert sensibilizado (com o pé esquerdo levantado) observa-se um ligeiro desequilíbrio para a esquerda. A marcha com os olhos vendados na investigação da prova da estrela de Babinski-Weill não nos acusa qualquer alteração. Perturbações vestibulares provocadas.

Prova calórica: — O. Esq. 30 cc. a 25° dá-nos um nistagmus horizontal para a direita com um tempo de latência de 15" e um tempo de reacção de 50"; sensação de queda para a esquerda. — O. Dir.: nistagmus para a esquerda com um tempo de latência de 25" e um tempo de reacção de 40"; sensação de queda para a direita.

Prova rotatória: — Movimento da esquerda para a direita dá-nos um nistagmus horizontal de 18" para a esquerda com sensação de queda para a direita. Movimento da direita para a esquerda dá-nos um nistagmus de 18" para a direita com sensação de queda para a esquerda.

Exame neurológico rudimentar: — Informados pelo doente tivemos ocasião de constatar que foi sempre uma pessoa de fácil irritabilidade com ligeiras crises de possível neurastenia mesmo anteriormente à sua actual doença. Sensibilidades superficial e profunda sem alterações. Motricidade activa e passiva normais. Não se observam fenómenos de hiper ou hipotonia. Reflexos dos membros superiores e inferiores normais, excepto os rotulianos que se mostravam um pouco vivos. Abdominais, sem qualquer alteração. Pupilar em relação à luz, normal. Ausência de sinal de Babinski.

Tempo de coagulação igual a 9. Tempo de sangria igual a 1,5. T. M. = 13; Tm = 6; Io = 4,5.

Em face de um reflexo naso-facial muitíssimo vivo que me fazia prever vagamente a existência de uma hiper reflectividade neuro-vegetativa, procurei esclarecer um pouco melhor este assunto antes de propôr qualquer intervenção cirúrgica. A investigação do reflexo óculo-cardíaco ilucida-nos perfeitamente do grau de irritabilidade reciproca do pneumogástrico e do simpático: é extraordinária a sua importância como síndrome cardíaco experimental. O seu valor clínico em relação ao sistema da vida vegetativa é precisamente idêntico ao reflexo rotuliano em relação ao sistema cérebro espinal. Devia-se mesmo, generalisar mais a sua pesquisa e torná-lo de uso diário nas nossas observações como fazemos com o reflexo rotuliano. O emprêgo de aparelhos complicados como o de Barré, Tinel ou de Roubinovitch para a investigação do reflexo óculo-cardíaco torna-se desnecessário, pois a simples compressão com a pólpa dos dedos sobre os globos oculares ou sómente a sua convergência voluntária dá-nos modificações no número de pulsações para mais ou para menos conforme se trata de uma simpaticotonia ou de uma vagotonia. No nosso doente a pesquisa dêste reflexo deu-nos como resultado mais 18 pulsações por minuto revelando-nos assim uma hiper excitabilidade simpática.

Obtidos resultados francamente positivos sobre a existência de uma perfeita hiper-excitabilidade simpática, resta-nos procurar analisar, se existia realmente relação da causa e efeito, quere dizer, se excitando o ponto nasal que nos pareceu suspeito seria possível obter o aparecimento da crise vertiginosa, que por sua vez deveria desaparecer, anestesiando com cocaína esse ponto de irritação da pituitária.

Quando no decorrer do nosso exame rinológico não tivermos ocasião de encontrar qualquer anomalia, qualquer contacto de mucosa com mucosa, devemos investigar zona por zona todos os andares da fossa nasal em especial certos pontos de eleição, como a região do gânglio eseno-palatino, o tubérculo do septo, a cabeça do cornêto inferior, no sentido de encontrar uma zona hiper-estésica onde a sua excitação possa evidenciar bem

um reflexo nasofacial nítido com tôdas as suas reacções óculo lacrimo faciais. É preciso procurar sistemáticamente e com cuidado pequenas lesões que passam tantas e tantas vezes despercebidas. Na prática muitas vezes, principalmente em indivíduos com uma certa predisposição, nós encontramos uma hiper-estesia geral de tôda a pituitária sem qualquer localização particular o que nos torna o caso nessas circunstâncias bastante mais difficil de esclarecer.

Realizando os referidos exames neste nosso doente, nós constatamos que picando com um estilete pontegudo, a zona da pituitária onde uma crista do septo tomava contacto com o cornêto inferior esquerdo, esboçou-se na realidade um ligeiro estado vertiginoso, um mal estar indefenido, perturbações estas que de facto desapareceram após a aplicação local durante alguns segundos, de uma mecha embebida em cloridrato de cocaína a 10 0/0. Perfeitamente assente sôbre a hiper-excitabilidade simpática do nosso doente, investigada pelos reflexos oculocardíaco e nasofacial e confirmada mais ou menos a relação de causa e efeito, julgamos poder assentar sôbre a terapêutica a seguir. Só assim com certas probabilidades de êxito, o clínico deverá propôr qualquer intervenção cirúrgica sempre com a máxima prudência e máximo critério, pois só desta forma será possível fazer da reflexoterápia uma terapêutica científica e honesta, com elevadas vantagens e beneficios para o doente e para a medicina.

**Terapêutica.** — Com as preparações habituais foi o nosso doente operado de septotomia em 15 de Maio de 1943. Anestesia local com soluto aquoso de cloridrato de cocaína a 10 0/0. Tamponamento post-operatório com gaze vioformada extraída 24 horas depois, com ligeira hemorragia.

Observado 3 dias depois, constata-se o desaparecimento completo do seu estado vertiginoso e das cefaleias bem como dos espirros dados em série, anteriormente à operação. A difficuldade de micção também desapareceu em absoluto.

Actualmente, meses passados, urina com facilidade e em maior abundância. Êste doente que antes de ser operado se apresentava de ar preocupado e de sofrimento, aparece-nos agora mais alegre e cheio de uma sádia disposição, que êle confessa não gozar há perto de 9 anos.

O caso clínico que acabo de apresentar seria talvez encarado outróra como uma simples nevropatia curada por sugestão ou mesmo por influêcia miraculosa, tais foram os surpreendentes resultados instantâneamente obtidos e a enorme desproporção entre a intensidade dos padecimentos observados e a insignificância da intervenção cirúrgica realizada; no entanto os nossos actuais conhecimentos sôbre os fenómenos da vasomotricidade e sôbre o papel desempenhado pelo simpático em todo o organismo, bastam à vontade para nos fornecer a explicação racional e científica de tudo o que, fisiològicamente, se passou no nosso doente. Ventilando êste assunto, pretendo esclarecer bem sôbre a necessidade de em tôdas as vertigens de causa obscura e indeterminada, interrogar largamente o doente sôbre a sua possível irritabilidade vago-simpática. Traína no seu trabalho « O vago e o simpático nas suas relações com o labirinto » (publicado na «Atti della clinica oto-rino-laryngologica della R. Univ. di Roma 1921»), demonstrou bem a indiscutível acção do sistema vegetativo no que diz respeito ao aparelho do equilíbrio.

Podemos definir a vertigem como um êrro de orientação, como um sentimento de instabilidade da nossa posição no espaço em relação aos objectos que nos cercam. Trata-se na realidade de

uma falsa percepção porque não existe evidentemente qualquer movimento real do indivíduo ou dos objectos visinhos. É uma autêntica e pura sensação de desorientação. A êste sintoma junta-se muitas vezes um segundo elemento patológico: é a sensação de desequilíbrio que não se deve confundir com a primeira, porque embora possa ser a sua conseqüência, na prática nem sempre assim acontece. Segundo Laignel Lavastine, a vertigem seria o sintoma consciente da insuficiência funcional dos centros automáticos do equilíbrio. Fundamentalmente a vertigem é a conseqüência duma perturbação funcional ou duma alteração patológica do labirinto vestibular ou das suas conexões nervosas e estabelece-se, como veremos adiante, mais detalhadamente, desde que exista uma excitabilidade diferente dum labirinto em relação ao outro. Para que haja equilíbrio é necessário que se observe um rigoroso sincronismo fisiológico entre os dois labirintos. Pode a vertigem ser objectiva, quer dizer, que os objectos parecem mover-se diante de si num ou noutro sentido ou então subjectiva em que a impressão de desequilíbrio parece residir no próprio indivíduo. Embora a vertigem objectiva seja quasi sempre acompanhada da subjectiva, esta última pode existir separadamente.

Entre as causas das vertigens auriculares devemos citar, entre outras, as ligadas a traumatismos incidindo directamente sobre o rochedo ou a distância actuando por comoção; a lesões supuradas do ouvido, agudas ou crónicas; a nevrites do acústico, inflamatórias como na meningite cérebro espinal, febre tifóide, paludismo, sífilis e tuberculose ou tóxicas como o alcoolismo, quinino compostos salicilados, a várias auto-intoxicações, como azotemia e uremia e ainda a perturbações vasculares ligadas a hemorragias labirínticas, fenómenos congestivos ou anémicos e a perturbações de tensão dos meios endolabirínticos.

Há no entanto um grupo de vertigens que tem na sua origem, perturbações puramente funcionais, em labirintos sem qualquer alteração orgânica. Por uma acção reflexa partida dos mais distantes e variados pontos do organismo, estabelecem-se ao nível desses aparelhos vestibulares anátomo-fisiologicamente normais, modificações circulatórias de origem simpática, verdadeiras perturbações angioneuróticas que alterando assim a sua reflectividade, originam conseqüentemente êsse estado vertiginoso. Passando-se estas perturbações vasomotoras num dos véstibulos, estabelece-se o desequilíbrio, a falta de sinergia funcional entre os dois labirintos por hiper-reflectividade dum deles. Ora sabe-se perfeitamente, como já se disse, que, para que haja equilíbrio, é necessário um sincronismo absoluto no funcionamento dos dois órgãos vestibulares e que qualquer diferença de excitabilidade entre êles, é a causa da vertigem e do desequilíbrio.

Uma das formas mais freqüentes pelas quais se manifestam estas crises angioneuróticas ao nível do ouvido interno parece ser a da anemia por angiospasmos. É o que observamos, por exemplo, na paralisia acústica angioneurótica descrita por Politzer, síndrome constituído por palidez súbita, náuseas, vertigens e zumbidos e que desaparece pela electrização do simpático cervical. Estas perturbações dão-se em geral por crises de duração variável em indivíduos que têm apresentado manifestações do mesmo género noutras regiões do organismo.

Lermoyez tem magistralmente descrito e demonstrado a influência que o espasmo dos ramos vestibulares e coclear da artéria auditiva interna exerce no aparecimento de certas surdez e vertigens. Trata-se na realidade de angiospasmos e dessa forma, nitidamente de origem simpática. Segundo aquêl autor o angiospasmos labiríntico seria um caso particular das crises vasculares de Pal. O espasmo das artérias retinianas produz, como sabemos, a amaurose passageira e transitória; semelhantemente o espasmo da artéria auditiva com os seus dois ramos vestibular e coclear dar-nos-á a triade de Menière completa, com vertigens, surdez e zumbidos. Evidentemente pode conceber-se que o espasmo da artéria coclear em separado, possa ocasionar crises de surdez brusca passageira com zumbidos, mas sem vertigens, e que o espasmo da artéria vestibular origine por seu turno acessos de vertigens, sem perturbações auditivas e zumbidos simultâneos. A vertigem representa o sofrimento, a dôr do órgão vestibular, o zumbido o sofrimento do órgão coclear. A surdez a anestesia dêste órgão.

Quando a artéria auditiva interna por fenómenos angiospasmódicos se vai estenosando lentamente e progressivamente, a surdez estabelece-se porque se vai dando, por assim dizer, a referida anestesia do ouvido interno por falta de irrigação.

Se por qualquer circunstância o espasmo cessa bruscamente, dá-se um afluxo sanguíneo violento o que ocasiona uma hiper-excitabilidade vestibular intensa; a vertigem dá-se e a surdez desaparece. É a chamada «Vertigem que faz ouvir» segundo a curiosa expressão de Lermoyez. Por aquêl mecanismo termina a anestesia auricular, terminando assim a surdez existente. Pelo contrário o vestibulo fica atordoado com a chegada brusca da corrente sanguínea e o seu sofrimento, a sua dôr exterioriza-se por uma violenta crise vertiginosa.

São estas as principais manifestações angioneuróticas passadas ao nível do ouvido sob a influência do simpático.

Os fenómenos vaso-motores vestibulares observam-se sob a acção dos mais variados reflexos. Assim nós constatamos vertigens ligadas a perturbações gastro-intestinais (como por exemplo, a antiga vertigem estomacal de Troussau) a oxiurus, a caries den-



# Digipurátum

«Knoll»

Preparado digitólico titulado e de

**eficácia tão completa  
como a da planta.**

contém inalterados os glicosidos activos  
necessários para a terapêutica digitólica,  
mas encontra-se isento das impurezas que  
irritam a mucosa gástrica.

#### Acondicionamento:

**Comprimidos:** tubos de 12 com-

primidos a 0,1 gr.

**Ampolas:** caixa de 6 ampô-

les de 1,1 cc.

**Líquido:** frascos de 10 gr.

(1 comprimido = 1 cc. de líquido =  
1 ampola = equivale a 0,1 gr. de  
fólia de dedaleira titulada segun-  
do o Standard Internacionell.)

**KNOLL A.-G.,** Fábricas de Produtos Químicos, Ludwigshafen/Rheno (Alemanha)

**KNOLL A.-G.,** Fábricas de Produtos Químicos, Ludwigshafen / Rheno

Representante: **AUGUST VEITH,** Rua da Palma, 146-2.º E., LISBOA

*A quimioterapia bucal  
da gonorreia com o*

# **ALBUCID**

Comprimidos  
Embalagem com 20 comprimidos de 0,5 gr.

Injectável

Caixa com 5 ampolas de 5 c.c.  
Amstras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

\*No Albucid fez-se previamente a acetilização que as sulfonamidas sofrem no corpo humano. A acetilização, no Albucid foi feita de forma que, ao contrário da combinação acetilica ineficaz que se produz no organismo, se conseguiu um preparado de maior actividade terapêutica

*é simples:*

2 ou 3 comprimidos, 4 vezes ao dia,  
depois das refeições

*rápida:*

5 dias de tratamento

*certa:*

o coeficiente de curas chega a 90%

*inofensiva:\**

entre os milhares de casos tratados  
não se viu efeito inconveniente  
algum



SCHERING S. A. PORTUGUESA

Apartado 279, Lisboa



tárias, a sinusites, a perturbações renais, uterinas e ainda muitas outras, como as de ponto de partida nasal a que me estou referindo em especial.

A pituitária, como todos sabem, é riquíssima em filetes simpáticos emanados do ramo carotídeo e que sob a acção duma mínima excitação local, podem dar origem aos mais variadíssimos reflexos a distância. E' o caso por exemplo da assistolia reflexa nasal, da síncope branca clorofórmica e ainda da asma que tantas vezes cura com uma mínima e reduzida intervenção nasal.

Numa mucosa hiper-excitável, o contacto, a pressão constante e limitada de duas zonas dessa mucosa, é necessariamente o ponto de partida, o demarreur por assim dizer, de todos êstes reflexos de que vimos tratando. Devemos considerar a irritabilidade simpática como uma variedade da irritabilidade nervosa ou seja em última análise uma variedade da irritabilidade celular.

Três factores principais se podem considerar como intervindo nesta hiper-excitabilidade simpática: factores ou causas externas, causas internas ou humorais, e causas psíquicas.

As causas exteriores que influem na irritabilidade simpática actuam quer immediatamente por reflexos, isto é o caso das espinhas irritativas nasais cujo papel desempenhado é incontestavelmente apreciável ou actuam imediatamente por intermédio do sistema nervoso da vida de relação. E' o caso da actividade muscular que tanta influência tem sobre a irritabilidade simpática.

As condições do meio interior, os factores humorais, desempenham também, como já referi, uma certa influência ao lado dos factores de ordem psíquica. Há realmente uma irritabilidade simpática psicogenética, por simples acção nervosa psico reflexa. Êste psiquismo especial resultante de paixões, emoções, excesso de trabalho cerebral, etc., constitue bastantes vezes um estado de franca neurastenia que, juntamente com o desequilíbrio humoral de vária ordem, formam e constituem um terreno especial e apto à excitabilidade do simpático e por consequência, à formação destes reflexos de origem nasal.

Como acabamos de observar, tais reflexos dão-se mais facilmente em indivíduos predispostos anteriormente à neuresthenia, mas não é raro constatar-se o agravamento deste estado neurasténico pela própria nevrose simpática sendo muitas vezes mesmo originada por ela, constituindo-se um psiquismo muito particular semelhante ao do nosso doente que procurando isolar-se de tudo e de todos, considerava impossível a sua vida em semelhantes circunstâncias. O pavor que se apodera destes doentes, temendo que a todos os momentos lhe possa surgir uma destas crises vertiginosas, neurastenisa-os, constituindo-se com frequência um verdadeira agorofobia.

Como temos dito, o poder reflexogéneo está em íntima relação com a existência do desequilíbrio neurovegetativo. Segundo Lermoyez, num individuo com um sistema nervoso intacto, não podem surgir reflexos de origem nasal. Há hoje em dia, tendência para negar o conceito de certos autores, como Francois-Frank, Voltolini e vários outros que consideravam a lesão nasal como o substratum único destas perturbações reflexas passadas em territórios variadíssimos do nosso organismo e que classificavam de nevroses reflexas de origem nasal. Na realidade encontra-se muitas asmae e corisas espasmódicas em que o factor local não seria mais do que o pretexto do desencadeamento das crises, como diz Lorens, devendo-se dar mais valor aos outros factores, como o diatésico, o desequilíbrio vago simpático, etc., que uma vez modificados, seriam capazes de nos dar a cura dessas perturbações funcionais, sem que tenha havido necessidade de intervir no referido factor nasal. No entanto, o conceito dos autores acima referidos parece comprovar-se a cada momento com casos idênticos àquele que tive ocasião de descrever e nos quais a espinha irritativa nasal, constitue a base fundamental dos reflexos de ordem simpática passados ao nível dos labirintos vestibulares.

Eis em resumo e muito sucintamente tôdas aquelas noções e considerações que desejava fazer sôbre êste curioso caso clínico e das quais se podem tirar as seguintes conclusões:

Trata-se de um individuo com temperamento ligeiramente predisposto à neurastenia e que apresentou, durante 8 anos, crises vertiginosas, violentíssimas, ligadas a perturbações vestibulares vaso-motoras, assentes numa hiper-excitabilidade simpática, cujo reflexo tinha o seu ponto de partida na fossa nasal. Existia na realidade uma pequena malformação do septo que pondo em contacto as duas faces da pituitária, desempenhava o papel de espinha irritativa que desencadeava por intermédio do simpático nasal, as referidas crises angeoneuróticas do seu labirinto.

Tôdas as vezes pois que, em face dum estado vertiginoso, a nossa terapêutica dirigida para as causas vulgares e habituais da vertigem, não seja coroada de bons e definitivos resultados, devemos pensar sempre na possibilidade de uma causa puramente funcional, vaso-motora, ligada a alterações do simpático, particularmente, de ponto de partida nasal, onde uma pequeníssima intervenção cirúrgica poderá resolver-nos vantajosamente todo o problema, dando-nos a satisfação clínica de termos podido ser úteis aos nossos doentes, libertando-os de tão desesperante sofrimento.

# Nefropatias Hematogêneas Bilaterais

(Patogenia. Classificação. Quadros clínicos)

por AURELIANO PESSEGUEIRO

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

(Continuação do número anterior)

## **GLOMÉRULO-NEFRITES DIFUSAS CRÔNICAS**

Pelo que foi dito, na primeira parte dêste trabalho, deve ter-se depreendido que a glomérulo-nefrite difusa crônica é a conseqüência duma glomérulo-nefrite difusa aguda não curada. A glomérulo-nefrite difusa aguda é uma doença reversível, ao passo que a glomérulo-nefrite difusa crônica é uma doença irreversível, de evolução, geralmente lenta, mas contínua, para o *rim atrófico secundário*. Êste conduz sempre a doença para a uremia verdadeira.

A glomérulo-nefrite difusa crônica é uma afecção que dura, em regra, vários anos, mas que pode também, embora excepcionalmente, durar apenas semanas ou, pelo contrário, decênios. Acompanha-se, obrigatoriamente, como diz GUTTENTAG, de hipertensão arterial ou de sinais demonstrativos de esta haver existido, e, facultativamente, de albuminúria, edema e hematuria. Atravessa, durante a sua evolução, três períodos distintos, a saber:

*1.º Período* — É a fase correspondente à glomérulo-nefrite difusa aguda que lhe deu origem. Uma glomérulo-nefrite difusa post-infecciosa, na sua fase aguda, tem tôdas as probabilidades de cura completa, se o tratamento for convenientemente feito a tempo e horas. Diz VOLHARD que «a morte, causada por uma nefrite aguda, não é hoje permitida»; e a êste axioma acrescenta: «quanto mais grave é a doença no seu comêço, tanto maiores são as probabilidades de cura completa».

*2.º Período* — É a fase tornada irreversível pelas lesões orgânicas que, secundariamente, se constituíram, mas ainda sem insuficiência renal.

As características clínicas das glomérulo-nefrites difusas agudas, no segundo período da sua evolução, dependem das variantes que a enfermidade pode seguir, às quais nos referiremos dentro em pouco. O que êste período tem de peculiar é que à sintomatologia da nefrite crônica não se associam manifestações de insuficiência renal.

*3.º Período* — É a fase da insuficiência renal, clinicamente anunciada pela poliúria compensadora.

A evolução das glomérulo-nefrites difusas crónicas, isto é, das glomérulo-nefrites difusas não curadas, divide-se ainda em subaguda, subcrónica e crónica, segundo leva, respectivamente, semanas ou poucos meses, muitos meses ou alguns anos, muitos anos ou decénios a atingir o terceiro período.

#### DIVISÃO DAS GLOMÉRULO-NEFRITES DIFUSAS CRÓNICAS

As glomérulo-nefrites difusas crónicas compreendem duas variedades principais, que descrevemos isoladamente, mas que muitas vezes se transformam uma na outra sem limites nítidos de separação.

*a)* VARIEDADE HIPERTENSIVA OU VASCULAR (nefrite crónica intersticial antiga)—É caracterizada pelo aumento da pressão sanguínea e pelo estreitamento marcado das artérias da retina, que conduz à retinite angiospástica.

O aumento da pressão sanguínea determina o exagêro da energia do choque apical, a hipertrofia do ventrículo esquerdo, um sôpro sistólico-aórtico por dilatação dinâmica da artéria e o refôrço do 2.º som aórtico, combinado, algumas vezes, com um sôpro suave, que resulta do deslocamento excêntrico dos arcos fibrosos das inserções sigmoideias, provocado, directamente, pelo acréscimo da pressão sanguínea; fazem parte também do quadro da hipertensão, as vertigens, as cefaleias, as epistaxes e as menorragias. Numa fase consecutiva a esta, surgem os sinais que permitem clinicamente individualizar a insuficiência maior ou menor do miocárdio: dispneia asmátiforme e de esforço, taquicardia com os esforços ou permanente, palpitações, extrassístoles e crises anginosas; nictúria, bronquite de estase, edemas dos membros inferiores, transudatos, ruído de galope, convergência das tensões arteriais, pulso alternante, aumento de volume do fígado, ingurgitamento das jugulares, aumento da pressão venosa, redução do volume das urinas de 24 horas, com elevação do seu pêsco específico e, se não há insuficiência renal, positividade das reacções do urobilinogénio e da urobilina.

Como sinal característico da glomérulo-nefrite difusa crónica, é freqüente o edema da face; em regra muito moderado e que costuma desaparecer no período de insuficiência renal acentuada, em consequência, possivelmente, da acção libertadora que as substâncias retidas exercem sobre a água fixada nas malhas do tecido celular subcutâneo.

Quando à insuficiência renal se associa a insuficiência do miocárdio, podem aparêcer de novo edemas, mas estes localizam-se nos membros inferiores e atenuam-se com o descanso; têm, em suma, as características dos edemas cardíacos.

Na variedade hipertensiva da glomérulo-nefrite difusa crónica



## *A qualidade*

dos produtos químicos também depende da rigorosa seleção das matérias primas e auxiliares empregadas no local de fabrico. Se quiser evitar experiências dispendiosas que lhe roubariam muito tempo, siga o meu conselho de perito que reconhece perfeitamente as suas responsabilidades: Empregue produtos que satisfaçam a tôdas as exigências e em que poderá sempre confiar, os da Fábrica de Produtos Químicos, fundada em 1827,

*E. Merck*

DARMSTADT



encontram-se, na urina, cilindros diversos, leucócitos, glóbulos vermelhos e, geralmente, substâncias birrefringentes. A albuminúria é inconstante, e moderada quando aparece (2 a 4<sup>gr</sup>).

b) **VARIEDADE NEFRÓTICA OU ALBUMINÚRICO-EDEMATOSA** (nefrite parenquimatosa crônica antiga) — Nesta variedade predomina o síndrome nefrótico, que VOLHARD denomina hipo-albuminémico: albuminúria muito elevada, edemas acentuados e mais ou menos generalizados, aumento da gordura e dos lipídios do sangue, com diminuição grande da albumina.

Ao síndrome nefrótico junta-se o aumento moderado da pressão arterial; como regra geral pode dizer-se que a pressão sistólica fica dentro dos limites fisiológicos e a diastólica eleva-se em relação à primeira. A falta de hipertensão franca é explicada, por VOLHARD, pelo carácter discrásico da afecção.

O diagnóstico diferencial entre a variedade nefrótica da glomérulo-nefrite difusa crônica e a nefrose crônica é, sem dúvida, facilitado nos casos em que, a favor da primeira, se encontra hipertensão arterial manifesta, embora moderada ou sinais clínicos que revelem a sua preexistência. Além deste elemento de diagnóstico, há outros de valor que podem enriquecer o conjunto sintomático da variedade nefrótica e que nunca aparecem na nefrose: constrição das artérias da retina, presença de glóbulos vermelhos no sedimento urinário e perturbações da função renal.

Não é conhecida a causa por que na glomérulo-nefrite difusa crônica o glomérulo se pode tornar muito francamente permeável à albumina, para dar a variedade nefrótica; nem também o motivo por que esta variedade se pode transformar na variedade hipertensiva.

Não citamos agora os processos clínicos e laboratoriais, geralmente empregados no diagnóstico da insuficiência renal, insuficiência que caracteriza o terceiro período ou período final das glomérulo-nefrites difusas crônicas, por tencionarmos referi-los no estudo, que adiante faremos, das nefroscleroses malignas.

*Pseudo-uremia crônica* — Tanto nas nefropatias crônicas com hipertensão, e, portanto também nas glomérulo-nefrites difusas crônicas, como ainda na hipertensão essencial, é freqüente encontrar-se um conjunto de sintomas, que foi isolado por VOLHARD, sob as designações de *pseudo-uremia crônica* ou *encefalopatia angiospástica*. Esta última designação mostra, muito claramente, que a patogenia dos respectivos sintomas resulta de espasmos das artérias cerebrais, que perturbam a irrigação sangüínea de determinadas zonas do cérebro.

O quadro sintomatológico da pseudo-uremia crônica pode ser assim resumido:

*Sintomas gerais* — Enfraquecimento da memória e da atenção, cansaço físico e moral, sonolência, cefalalgia, que pode tomar o aspecto de hemicrânia, vertigens, escotomas e, menos vezes, vômitos cerebrais. Pode haver também cômã, mas é mais raro que na pseudo-uremia aguda.

*Alterações psíquicas* — Mau humor; depressão e apatia ou, pelo contrário, agitação nervosa e estados maníacos.

*Fenômenos de deficit motor* (geralmente de curta duração) — São freqüentes as monoplegias, hemiplegias, afasias, amauroses, transtornos auditivos e astereognosias.

As paralisias podem tornar-se, contudo, definitivas se os espasmos das artérias do cérebro são demorados e dão origem a amolecimentos e hemorragias pelo mecanismo seguinte: a jusante do espasmo produz-se uma isquemia e relentamento da circulação sangüínea, que provocam a retenção dos produtos ácidos do metabolismo, a qual, por sua vez, determina uma acidose local, que favorece os fenômenos autolíticos, com lesões e destruições secundárias das paredes das artérias, dos capilares e das vénulas. Por uma acção idêntica sobre os vasos se explicam as epistaxes e as menorragias dos hipertensos.

Segundo afirma VON BERGMANN, «a necrose vascular não tem nenhuma relação directa com a arteriosclerose dos vasos cerebrais, e os aneurismas miliares de Charcot e Bouchard não são mais do que uma forma da lesão da parede arterial em consequência duma hemorragia na bainha do vaso».

*Fenômenos de excitação motora* — São raros, contudo podem notar-se convulsões epileptiformes, pouco intensas, que se explicam por uma irritação isquémica dos centros motores ou pela possibilidade da existência dum edema cerebral, por diapedese do líquido céfalo-raquídeo.

*Perturbações respiratórias* — Hiperpneia bulbar ou centrogénea, por irritação isquémica, que pode ser substituída pela dispneia periódica de Cheyne-Stokes.

A respiração de Cheyne-Stokes resulta, segundo VOLHARD e BECHER, do estado espástico da artéria que irriga os centros bulbares respiratório e vaso-motor, o qual produz oscilações periódicas da excitabilidade dos dois centros, mediante um mecanismo inverso do da hiperpneia centrogénea. O estado espástico aumenta, inicialmente, a excitabilidade do centro respiratório pela irritação isquémica que produz. Mas, se o espasmo se torna persistente, a excitabilidade do centro respiratório diminue de forma progressiva e acaba por se esgotar; ao mesmo tempo diminue também a excitabilidade do centro vaso-motor e, por isto, a pressão sangüínea baixa, a circulação geral piora e o espasmo reduz-se. Esta é a fase negativa da excitabilidade, traduzida clinicamente, na sua primeira parte, por



diminuição progressiva da amplitude e da freqüência dos movimentos respiratórios, e, na parte final, por apneia, baixa sensível da tensão arterial, miose, adinamia geral e, até, perda do conhecimento em alguns casos. A seguir, a asfixia irrita o centro vaso-motor: a pressão sangüínea eleva-se de novo e a irrigação dos centros bulbares melhora; como consequência desta melhor irrigação, as pupilas dilatam-se, os movimentos respiratórios aumentam progressivamente de amplitude e de freqüência e os enfermos despertam. Nesta fase de oscilação positiva da excitabilidade, o estado espástico da artéria dos centros referidos acentua-se e êles entram, de novo, na fase de oscilação negativa da excitabilidade. A insuficiência cardíaca favorece, francamente, esta ciclopeia.

Nos casos graves, o conhecimento está permanentemente abolido em tôdas as fases da respiração de Cheyne-Stokes.

Na hipertensão arterial, as artérias do cérebro têm, como se acaba de ver, uma grande tendência para o estado espástico. Além dos espasmos dêstes vasos, os quais conduzem à pseudo-uremia crônica, são também freqüentes, em tôdas as formas de hipertensão arterial permanente, os espasmos de outras artérias, como os das coronárias, originando crises de angina de peito, e os das artérias dos membros, produzindo palidez, parestesias e dores, umas vezes análogas às da ciática, às do lumbago ou às da claudicação intermitente por arterite obliterante, outras vezes localizadas nas espáduas, ombros ou extremidades.

c) ENDARTERITE RENAL E PERIARTERITE NODOSA RENAL — São nefrites especiais e raras, que podem ser mencionadas nesta altura, por terem, geralmente, uma evolução semelhante à das glomérulo-nefrites difusas crônicas.

A glomérulo-nefrite difusa crônica resulta, como foi dito, dum angiospasma generalizado, que provoca, por isquemia local, uma angiopatia renal, a qual, por sua vez, dá lugar à formação de substâncias vaso-ativas, que mantêm e exageram o espasmo vascular inicial.

A endarterite renal e a periarterite nodosa renal começam, pelo contrário, por ser angiopatias do rim, que podem chegar a produzir um estôrvo grande da circulação local, por forma a dar origem à formação de substâncias vaso-ativas, as quais provocam, por sua vez, um angiospasma secundário e generalizado, com consequências idênticas às do espasmo da fase inicial da glomérulo-nefrite difusa crônica.

A endarterite renal pode ser provocada pela sífilis ou pela tuberculose. O seu diagnóstico não é possível durante a vida do doente, é um achado de autópsia.

A periarterite nodosa renal é uma manifestação local duma afecção mais ou menos generalizada das artérias, a qual atinge, de

preferência, os vasos de calibre pequeno. Esta afecção não tem uma etiologia definida; parece, contudo, que a sífilis desempenha um certo papel no seu aparecimento.

A periarterite nodosa, considerada no seu conjunto, tem uma sintomatologia grave e variável, conforme às localizações dos territórios vasculares mais intensamente atingidos: dores musculares, de tipo reumático, com febre moderada; polinevrites, com atrofias musculares; cólicas violentas gastro-intestinais; acessos de angina de peito; e, também, sintomas de nefrite, entre os quais se encontram, com frequência, hematúrias intensas. Nas localizações periféricas, podem notar-se, à palpação, nódulos no tecido celular subcutâneo, do tamanho de lentilhas, umas vezes isolados, outras vezes dispostos como as contas dum rosário.

(Continúa no próximo número).

---

## MOVIMENTO NACIONAL

---

### REVISTAS E BOLETINS

A MEDICINA CONTEMPORANEA, LXI, 1943.— N.º 19 (3-X): *Um caso de obstrução artério-mesentérica*, por F. Castro Amaro; *Alguns dados sobre a organização da assistência médica na Colónia de Moçambique*, por Vasco Palmeirim. N.º 22 (21-XI): *Alguns aspectos sanitários do distrito de Leiria* (conclusão dos n.ºs 19, 20 e 21), por Fernando da Silva Correia. N.º 23 (5-XII): *Cirurgia do coração* (conclusão dos n.ºs 21 e 22), por F. Gentil; *Um velho caso de cardiografia*, por F. Gentil e Álvaro Rodrigues. N.º 24 (19-XII): *Neurofibromatose de Recklinghausen*, por A. Ferreira Alves & Marques de Almeida; *No centenário de Koch*, por J. Cândido de Oliveira; *Colecistectomia sem drenagem*, por Vergílio de Moraes.

**Cirurgia do coração.**— A moderna cirurgia do coração é dominada pelo problema da revascularização do miocárdio, lançada para os meios médicos há cerca de dez anos. A revascularização directa faz-se com enxertos de músculo estriado e de epíplon, principalmente; a indirecta com a tiroidectomia e a estelectomia. Os resultados operatórios no vivo, já registrados, auguram futuro seguro, confirmando os factos mostrados pelos trabalhos experimentais.

IMPRESA MÉDICA, IX, 1943.— N.º 19 (10-X): *Algumas inovações na aparelhagem das maternidades de Lisboa*, por Costa-Sacadura; *Sousa Martins* (conclusão do n.º anterior), por A. da Silva Carvalho. N.º 20 (25-X): *Um caso interessante de adenopatia inguinal*, por Alvaro Moitas; *O problema das fórmulas de Arneith e análogas*, por Adelaide Estrada; *Terapêutica de Amato Lusitano (As sangrias)*, por José Lopes Dias. N.º

# TONOCÁLCIO-CÊ



## GLUCONATO DE CÁLCIO

6 EMPOLAS DE 2,5 CC. A 20 ‰

M A I S

## 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

# ≡≡≡ QUETACHIM ≡≡≡

A MAIS MODERNA MEDICAÇÃO QUININO-GUAIACOLADA  
PROFILAXIA E TRATAMENTO DAS  
AFECÇÕES BRONCO-PULMONARES

**GRIPES / BRONQUITES / BRONCO-PNEUMONIAS**

ACÇÃO ENÉRGICA / ABSORÇÃO IMEDIATA  
NENHUMA CONTRA-INDICAÇÃO

AMPOLAS DE 2 c.c. PARA INJECCÕES INTRAMUSCULARES

## DIOMEL

**X A R O P E**

TERAPÊUTICA DA TOSSE NAS DOENÇAS  
BRONCO-PULMONARES

**ANTI-SÉPTICO, EXPECTORANTE, SEDATIVO  
E ANTI-ESPASMÓDICO**

PALADAR AGRADÁVEL

TOLERÂNCIA PERFEITA

## BALSOPEX

**BÁLSAMO REVULSIVO**

DOTADO DE PROPRIEDADES ANTI-SÉPTICAS,  
BALSÂMICAS, CALMANTE E CICATRIZANTES

**CONSTIPAÇÕES / CATARROS NASAIS / GRIPES / ETC.**

APLICAÇÃO LOCAL E CÔMODA, ESPECIALMENTE  
INDICADA NAS CRIANÇAS

EM BOIÃO E CAIXA

**LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL**

**126, Rua Aurea, 128 — LISBOA**

Representante no Norte: QUÍMICO-SANITÁRIA, L.<sup>DA</sup>

Rua Cândido dos Reis, 96 — PORTO — Telef. P. B. X. 7600

21 (10-XI): *O método gráfico de A. L. Salazar no estudo do equilíbrio neutrocitário*, por Adelaide Estrada; *Um caso raro de politatuagem*, por Xavier Morato. N.º 22 (25-XI): *Alguns dados experimentais da cirurgia da parótida e do seu canal excretor*, por Silva Pinto; *Estudo citológico da «mácula densa»*, por L. E. Dias Amado; *O Jornal dos Facultativos Militares*, por Manuel Gião. N.º 23 (10-XII): *Roberto Koch*, por Carlos Ramalhão. N.º 24 (25-XII): *Ação das plastias associadas a intervenções simpáticas na irrigação do miocárdio*, por Silva Pinto; *Hospitais pre-quinzentistas portugueses* (conclusão do n.º anterior), por Fernando da Silva Correia.

**Adenopatia inguinal.**— Infecção mista, por bacilo de Duerey e vírus de linfogranulomatose; de notar a acção da terapêutica iodo-iodetada, depois do emprêgo de Dmelcos.

**Cirurgia da parótida e do seu canal excretor.**— Para obter a atrofia da parótida, pela laqueação do canal de Stenen, é preciso fazer laqueação dupla, à distância mínima de 1 cm., e ressecar ou esmagar o segmento intermediário; fazendo-se só a laqueação, o canal regenera-se.

AMATUS LUSITANUS, II, 1943.— N.º 8 (Agosto): *Linfogranulomatose inguinal benigna*, por Caeiro Carrasco; *Uma forma particular de elaioconiose*, por Sá Penela; *Tratamento das tinhas no Hospital do Des-têrro*, por Sá Penela e Juvenal Esteves; *A dermite da caixa de fósforos*, por Juvenal Esteves; *Tratamento do lupus da face pela electro-coagulação*, por Aureliano Fonseca; *Nevo verrucoso hiperqueratósico sistematizado*, por Sá Penela e José Roda; *Doença de Sutton*, por Menéres Sampaio; *Cinco casos de dermaticoses*, por Neves Sampaio; *Síndrome de Senear Husher*, por Menéres Sampaio; *Piodermite vegetante com aspecto tumoral*, por Bronja Finkler; *O acné dos óleos*, por A. Novais Rebelo; *Epidermolise bolhosa distrófica de tipo hereditário dominante*, por Aureliano Fonseca; *Cisticercose localizada ao tecido celular subcutâneo*, por Corina Videira.— N.º 9 (Out.): *Relações entre o funcionamento exócrino e endócrino do pâncreas*, por Carlos Trincão; *Sobre leucémias*, por Pulido Valente; *Fisiopatologia geral das articulações*, por A. G. Sousa Dias; *Nefrectomia parcial polar inferior*, por Machado Macedo.— N.º 10-11 (Nov.-Dez.): *Ileíte regional*, por A. Marques Cardoso; *O caso das córtico-pleurites tuberculosas*, por L. Simões Ferreira; *As injecções intra-arteriais de mercurocromo no tratamento das lesões supuradas dos membros*, por T. Serras Simões; *Enfisema bolhoso gigante por sífilis pulmonar*, por Alves de Sousa; *Generalidade sobre a peste*, por José Cutileiro; *Tomografia das cavernas*, por Ayres de Azevedo; *Leucémia linfática com lesões cutâneas que recordam a doença de Dühring*, por Bronja Finkler.

**Linfogranulomatose inguinal benigna.**— A doença de Nicolas e Favre adquire-se geralmente por relações sexuais; por isso se chama também 4.ª doença venérea. O seu agente é um vírus filtrável, que, depois de um breve período de incubação, produz no ponto de inoculação uma

lesão inicial, de caracteres pouco definidos e de efêmera duração. Mas a essa lesão sucedem-se tumefacções ganglionares, inguinais, com peria-denite, levando à formação de numerosos abscessos, que fistulisam; então, o quadro clínico é característico. O mal estende-se para os gânglios ilíacos, profundos; manifestações genitais e ano-rectais são frequentes, principalmente na mulher. O decurso, depois de uma fase aguda, tende para a cronicidade. O prognóstico é benigno quanto às lesões inguinais, reservado quanto às génito-ano-rectais.

Para o diagnóstico, na primeira fase da doença, os dados anamnésicos são importantes: o tempo decorrido entre o cóito infectante e o aparecimento da adenite, bem como a existência de lesões prévias dos genitais. Saber se essas lesões genitais foram efêmeras ou passaram despercebidas. Ao fazer o exame do doente e nas primeiras fases da adenite, ainda não características, o diagnóstico é geralmente mais de suspeita, pela não existência de lesões genitais ou do membro inferior correspondente. Muito mais fácil é o diagnóstico na fase seguinte, quando estiver constituída a massa ganglionar, de superfície cutânea arroxeadá interrompida por fístulas ou cicatrizes lineares irregulares de focos supurativos anteriores. A palpação da fossa ilíaca mostra a existência de massas ganglionares, muito importantes para o diagnóstico diferencial. Em caso de dúvida pode-se recorrer ao exame histológico; mas muito mais importante na prática clínica é a indagação biológica.

A reacção de Frei, com antigénio linfogranulomatoso tem um tal valor específico que se deve sempre usar em todos os casos em que esteja em discussão a possibilidade de se tratar da doença de Nicolas e Favre. No caso de uma reacção dúbia, repeti-la com outros antigénios de Frei de outras estirpes. Também se pode preparar um antigénio a partir do pus do próprio doente e experimentá-lo em doentes conhecidos certamente poroadeníticos, o que constitue uma óptima prova biológica. Em todo o caso, uma boa interpretação terá sempre de contar com a positividade da reacção muitos anos depois da infecção e portanto com a possibilidade de uma reacção positiva se poder referir ao estado actual do doente ou a algum estado pretérito.

Na maior parte das vezes o diagnóstico diferencial tem de fazer-se com a infecção estreptobacilar. Nesta houve geralmente lesão ou lesões típicas de cancro mole. Porém, pode a lesão inicial poroadenítica imitá-las. Será bom fazer um esfregaço corado pelo Gram e procurar o bacilo de Ducrey, o que de resto nem sempre é fácil. Pode ainda surgir uma adenite inguinal pouco típica, sobrevinda a lesões de cancro mole frustes que rapidamente curaram: é bom procurar sempre a adenite ilíaca profunda que acompanha a poroadenite e não aparece na adenite a Ducrey. Fenómenos de ordem geral, anemia, dores articulares, faltam por completo no bubão venéreo. A introdermo-reacção de Ito-Reenstierna é bem específica, pelo que se usará em todos os casos duvidosos, acompanhando-a com a reacção de Frei. Nunca esquecer, porém, que ambas são positivas durante muitos anos depois da respectiva infecção.

Com a adenite luética são pouco frequentes as confusões, devendo na lesão venérea pesquisar-se o treponema ao ultra-microscópio ou, quando a lesão já não exista, no suco ganglionar aspirado de respectivo gânglio. De encarar, porém, é a hipótese de uma infecção mixta.

O herpes genital pode prestar-se a confusões, tanto mais que a lesão poroadenítica pode ter aparência herpética e o herpes ser acompanhado de ressentimento dos gânglios inguinais, aliás não tendendo para a supuração. Paralelas considerações oferece a uretrite blenorragica, na qual podem também existir tumefacções regionais linfáticas.

Mas não só lesões venéreas podem obrigar a um diagnóstico diferencial. A banal adenite séptica, a qual porém decorre com sintomatologia geral e local duma grande intensidade, sendo muitas vezes fácil encontrar lesão piodérmica nos territórios tributários. A adenite tuberculosa da virilha é, porém, a que melhor imita a evolução da poroadenite. Pode fazer-se uma ideia das dificuldades que podem surgir no diagnóstico se dissermos que durante muitos anos elas foram confundidas na descrição clínica e na suposição etiológica, e o maior mérito de Nicolas e Favre foi a afirmação da existência de um quadro poroadenítico próprio. As provas biológicas serão usadas no caso de suspeita: a intradermo-reacção de Frei, a pesquisa de bacilos de Koch e principalmente a inoculação à cobaia, fugindo dos exames citológicos e das estruturas tuberculóides, que não permitem uma clara decisão diagnóstica. A tularémia reconhecer-se-á pelo estado geral, febre elevada, persistente, lesões úlcero-papulosas da pele e mucosas aparecendo em indivíduos que lidam com coelhos. O bubão pestífero não será esquecido quando a lesão surja com aparição brutal, cefaleias, náuseas. Mais difícil é o diagnóstico nos casos de peste sub-aguda, em que se recorre aos exames bacteriológicos. Com o linfogranuloma maligno de Paltauf-Sternberg é difícil a confusão: prurido, grande volume ganglionar não tendendo para a supuração, evolução lenta, progressiva, etc. E' bom ter também presentes os fibromas, lipomas, hérnias, e ainda as neoplasias inguinais primitivas e secundárias.

As formas gênito-ano-rectais, na sua modalidade mais complexa constituem a elefantíase gênito-ano-rectal ou síndrome de Jersild. Progredindo na bacia, as lesões podem na mulher dar um quadro de perimetrite, perisálpingite e pelviperitonite, ou seja o conjunto da celulite pélvica. No homem predominam as formas ano-rectais sobre as genitais. Conquanto os aspectos destas diversas lesões, com maior ou menor extensão, levem sempre a pensar na doença de Nicolas-Favre, convém estabelecer o diagnóstico diferencial com outras causas de quadros semelhantes.

A elefantíase dos órgãos genitais femininos pode ser originada por erisipelas de repetição que se diagnosticam pelos brotes febris, ou pelo herpes recidivante, cujas vesículas só grosseiramente podem lembrar linfangiectasias. A filariose pode formar um quadro idêntico, êste com

verdadeiras dilatações linfáticas patentes. O sifiloma inicial pode muito bem simular a elefantíase linfogranulomatosa. As metastases ganglionares carcinomatosas ingüinais podem produzir igualmente uma elefantíase dos grandes lábios. O cancro, a tuberculose e a sífilis devem sistematicamente entrar na diagnose diferencial das lesões ulcerosas dos genitais femininos. A úlcera aguda da vulva tem de ser sempre recordada.

Nos órgãos genitais masculinos os estados elefantíasicos levam também a pensar na erisipela recidivante ou em lesões ganglionares conduzindo a estase linfática: linfogranuloma maligno, leucémia, filariose, extirpação cirúrgica dos gânglios, tumores, etc. Maiores dificuldades oferece um quadro complexo com apertos uretrais, abscessos peri-uretrais, fístulas e ulcerações, que podem imitar muito bem a blenorragia.

As lesões rectais são de início bem pouco características, principalmente a forma aguda de Aravantinos, que facilmente simula a disenteria amibiana (intradermo-reacção de Frei). O apêrto baixo já constituído a 5 ou 6 cm. é habitualmente típico. Porém deverá sempre o clínico ter presentes outras causas de apêrto: apêrto congénito do recto e outras lesões inflamatórias que a êle possam conduzir (tuberculose, etc.). O carcinoma rectal tem uma marcha menos insidiosa. Também lesões extra-rectais podem produzir apêrto: hipertrofia ou tumores da próstata. A colite ulcerosa amibiana ou bacilar e a actinomicrose primitiva do recto com infiltração peri-rectal podem também produzir estenose. Assumem então grande valor os exames colaterais.

Lesões anais: as lesões proliferativas são de consistência firme e não sangram como as hemorróidas. Abscessos e fístulas também existem na gonorreia, tuberculose, actinomicrose, bilharziose, etc.; recorde-se a justa observação de Trelat, que verificou o character sêco destas fístulas, que não segregam.

As associações do linfogranuloma com outras doenças venéreas não é rara; as mais importantes para o diagnóstico diferencial e acumulativo são a sífilis e o cancro mole.

A terapêutica socorre-se de meios cirúrgicos, físicos, químicos e biológicos. Os recursos cirúrgicos são muito aproveitados nas formas ano-genitais, particularmente quando há estenoses; nas lesões ganglionares podem ser úteis as punções evacuadoras. A radioterapia serve na fase de adenite inicial. Diversos fármacos tem dado resultados apreciáveis: iodo, cloridrato de emetina, sais de antimónio, sulfamidas. O tratamento biológico tem-se feito com sôro de convalescentes, injeções intradérmicas de reagente de Frei, e injeções intravenosas do mesmo antigénio. Conjugando o tratamento geral com o local, obtem-se bons resultados, conquanto a doença tenha habitualmente longa evolução, obrigando a usar com insistência os diversos meios terapêuticos, que sucessivamente tenham de se utilizar.

**Forma particular de elaiocniose.**—Trata-se de uma afecção causada pela aplicação no cabelo de brilhantinas de baixo preço, em cuja



# Pyramidon

continua a ser o preparado inatingível devido ao seu efeito seguro e à possibilidade da sua vasta aplicação na terapêutica

**nas doenças febris e por resfriamento**

**no reumatismo muscular e das articulações, na ciática, nas nevralgias da enxaqueca e em tôdas as dores da mais variada etiologia**

**nos estados dolorosos da menstruação**

**nos espasmos gastro-intestinais.**

Pyramidon é duma tolerância incomparável em doses altas sem prejuízo, quer para a circulação, quer para os órgãos. A sua compatibilidade boa permite a aplicação em crianças de peito.



REPRESENTANTE

**BAYER LIMITADA**

Largo do Barão de Quintela, 11, 2.º  
LISBOA



# B E T A B I O N

## Preparado de vitamina B<sub>1</sub>

de resultados comprovados  
na terapêutica e profilaxia

Comprimidos de 3 mgrs. . Ampólas de 5 mgrs.

Ampólas "forte" de 25 mgrs.

Novo: Ampólas "fortíssimo" de 100 mgrs.

DARMSTADT • FÁBRICA DE PRODUTOS QUÍMICOS  
Representantes: Químico-Farmacêutica, Lda. — Rua Gomes Freire, 96 — Lisboa

composição entram vaselinas impuras. A dermatose, até agora observada só em indivíduos do sexo feminino, caracteriza-se pelo aparecimento de agrupamentos mais ou menos densos de formações comedoniformes, sem reacção inflamatória visível, com séde de predilecção nas regiões fronto-temporais e massetéricas (nestas últimas, mais discretas); os comédons confluem tanto, por vezes, que dão a impressão de haver uma pigmentação — o que não seria impossível, dado que algumas Melanoses de Riehl, têm uma etiologia idêntica; êsse tom escuro da pele, porém, desaparece, desde que se faça a ablação dos rolhões comedonianos. Em nenhum dos casos do A. havia pigmentação; e a extracção dos comédons e a abstenção do uso de vaselinas impuras foram suficientes para a «restitutio ad integrum» dos tegumentos lesados.

**Tratamento das tinhas.** — No serviço N.º 3 do Hospital do Destêrro (Lisboa), de 1935 a 1942 foram inscritos 976 casos de tinhas, assim repartidos: Favo, 217; Micosporia, 122; Tricofitia, 605; T. não especificada, 32. O tratamento fez-se por meio de epilação com raios X. De 837 doentes tratados, 55 recidivaram, certamente por insuficiência de tratamento antiparasitário feito fora do Serviço; curados clínica e parasitológicamente, foram 485; os restantes abandonaram o tratamento antes de lhes ter sido dada alta.

**A dermite da caixa de fósforos.** — Sôbre a dermite que se observou com grande freqüência no verão e outono de de 1942, verificou o A. que já em 1917 e 1918 se assinalaram casos semelhantes na Alemanha e na Dinamarca. Depois, noutros países foi apontada, e os tratadistas americanos e alemães descrevem êste tipo de dermite, que está relacionada com a substituição do fósforo pelo sesqui-sulfureto de fósforo, nos fósforos chamados de cêra e na lixa das caixas dos fósforos de madeira; esta relação foi estabelecida com segurança por W. Frei (1921) e por Scholtz (1928), na Alemanha. Trata-se de um caso de sensibilização, adquirida, semelhante a outras que, embora raras, se podem observar a respeito dos fêchos das ligas, ou de produtos químicos (casos com o oxicianeto de mercúrio, o benzol). A supressão do uso dos referidos fósforos traz consigo a cura. Em Portugal, a substituição mencionada foi transitória, e por isso os casos dessa dermite ocorreram sômente durante alguns meses.

**O acné dos óleos.** — Trata-se de uma dermatose profissional, dos operários que lidam com óleos, diàriamente. Localiza-se nas mãos, ante-braços, braços, rosto, pescoço e pernas; raras vezes noutros lugares da pele. Inicialmente produz prurido, seguido por pontuações negras, foliculares; formação de pseudo-comédones, encaminhando-se êstes para um estado papuloso de foliculites e perifoliculites de pápulas vermelhas ou violáceas, aproximando-se de um estado pustuloso que pode ir até à formação de abscessos. Tem evolução arrastada. Estabelece-se o diagnóstico diferencial com o vulgar impetigo, as sífilides queratósicas lenticulares, as acneicas e foliculares, as tuberculides pápulo-necróticas, a

pitiríase rubra pilar, as sicoses e o acné vulgar; mas o diagnóstico é geralmente fácil, pelas localizações e a relação com a profissão do doente. O A. estudou 6 casos. e possivelmente há mais 9 nas mesmas fábricas onde trabalham os doentes observados. O estudo histológico mostrou a existência de células especiais muito próximas das células neoplásicas; é possível a futura degenerescência maligna do acné dos óleos.

**Relações entre o funcionamento exócrino e endócrino do pâncreas.** — De revista geral dos trabalhos publicados sobre este problema, com achega de resultados de exames laboratoriais feitos pelo A., conclue-se:

1.º — Há sinergia do funcionamento exócrino e endócrino do pâncreas, sob a acção da secretina e de estímulos nervosos.

2.º — Fora das condições referidas, há antagonismo entre as funções exócrina e endócrina do pâncreas: o hiperinsulinismo diminui a secreção externa da glândula; a retenção e reabsorção intrapancreática dos fermentos inactiva a insulina.

3.º — Nas doenças do pâncreas, em que os fermentos segregados pela glândula são reabsorvidos para a circulação, há alteração do funcionamento do sistema insular.

4.º — Em grande número dos casos de diabetes parece haver hiposecreção de suco pancreático.

5.º — Os doseamentos da diastase e da lipase sangüínea só podem revelar alteração da função pancreática quando grandemente elevados.

6.º — A baixa da diastasémia, encontrada na diabetes em percentagens diferentes, mas com constância, pelos vários observadores, não pode interpretar-se como sinal de hipofunção do pâncreas exócrino, enquanto se não averiguar, fora de qualquer dúvida, a origem da diastasémia normal.

**Ileíte regional.** — Embora o processo se localize em outros segmentos do intestino, foi sob o nome de Ileíte Regional que a chamada Doença de Crohn tomou foros de cidade. Com efeito, se não é de todo raro encontrarem-se lesados o jejuno, jejuno-íleon, cólon ascendente e cego, é, porém, no íleon que o processo patológico aparece descrito numa imensa maioria de casos. Daí, muito provavelmente, o pouco favor do público médico que gozam as designações de Enterite Regional, Enterite Segmentar, etc., que com mais propriedade a tem pretendido definir.

Depois das observações de Crohn e graças ao progresso da cirurgia abdominal e da radiologia do tubo digestivo, o número de casos de Ileíte Terminal progrediu de maneira tão inusitada que breve se torna a nova entidade clínica um dos temas predilectos da literatura médica actual. A doença não pode, porém, dizer-se nova, pôsto que na revisão cuidadosa de antigas observações se sucedem os casos de «processos inflamatórios não específicos do intestino (quási invariavelmente da porção terminal do íleon) de carácter crónico, sub-agudo ou agudo, mas sempre com tendência para a cronicidade, de tipo fleigmonoso, posteriormente

hiperplásico e estenosante, com formação de abscessos e fístulas, acompanhando-se de adenite e, por vezes, linfedema do mesentério», isto é, com os caracteres da ileite regional nas suas mais variadas manifestações anatomo-patológicas.

A enfermidade predomina na idade compreendida entre os vinte e os quarenta anos, sendo rara mais tarde e menos freqüente mais cedo. A preferência pelos indivíduos jovens é atribuída ao predomínio do tecido linfático nos indivíduos novos. Embora em certas estatísticas a sua freqüência seja mais elevada nos varões, não pode dizer-se que tenha preferência pelo sexo masculino.

A etiopatogenia da doença de Crohn escapa-se-nos ainda quasi completamente. Resumindo as diversas opiniões, pode admitir-se a existência de um processo infeccioso não específico que, por propagação por vizinhança, por via hemática ou muito mais provavelmente linfática, partindo da própria parede intestinal ou de localização linfática primitiva, dê lugar a alterações do fisiologismo linfático regional, quer de uma maneira temporária, com manifestações passageiras sem deixar seqüelas, ou preparando o terreno para novos surtos, quer de um modo permanente, dando origem a um linfedema de evolução crônica e progressiva, cuja repercussão na parede intestinal é um conjunto de lesões particulares de evolução própria que lhe confere uma classificação à parte.

As relações entre a enterite segmentar e a apendicite não estão ainda completamente esclarecidas. Admite-se todavia que, em certos casos, o processo inflamatório possa inicialmente ser apendicular, atingindo depois por via linfática retrógrada a serosa do ângulo íleo-cecal, com tôdas as conseqüências citadas. A propagação por contigüidade de um processo inflamatório do apêndice ao cego e porção terminal do ileon com repercussão sobre a circulação linfática local é também, embora com menos verosimilhança, defendida por alguns autores. Parece, porém, que as estreitas relações que muitos pretendem ver entre a enterite regional e a apendicite resultam mais da grande semelhança do quadro clínico de ambas as enfermidades do que de qualquer identidade etiológica, anatômica ou fisiopatológica. Espere-se, no entanto, que o assunto seja esclarecido em novas e mais claras observações.

O quadro clínico, de extraordinária variabilidade, raramente permite diagnóstico preciso. Entre as formas agudas manifestadas por um síndrome abdominal ruído e fugaz, com ou sem surtos, e as formas arrastadas de início tempestuoso ou apagado, existe toda uma gama de quadros de transição, de caracteres pouco definidos, cuja sistematização se torna em extremo difícil.

A forma aguda simples, mais freqüente nos indivíduos jovens, começa geralmente de um modo brusco ou precede-se de náuseas, vômitos e, por vezes, diarreia, a que se segue um quadro clínico caracterizado por dor intensa e intermitente na fossa ilíaca direita, região periumbilical ou hipocôndrios e fossa ilíaca esquerda, acompanhada de

náuseas e, muitas vezes, vômitos biliosos, hipertermia que pode ir no início da crise a 39-40°, mas não vai geralmente além de 38,5. A taquicardia contrasta com a temperatura, o bom estado geral do doente e os sinais locais. Estes limitam-se na maioria dos casos a uma dor à pressão muito viva na região periumbilical ou fossa ilíaca direita, muito mais apagada nos outros sectores do abdómen, e a uma defesa geralmente muito pouco acentuada. A crise regressa algum tempo depois definitivamente ou para repetir-se com um intervalo de tempo mais ou menos variável.

A forma aguda verdadeira pode manifestar-se depois de um período pondrómico caracterizado por mal-estar geral, náuseas e temperaturas sub-febris. Na maioria dos casos surge súbitamente em plena saúde com um quadro semelhante uma apendicite aguda. Dor intensa, mas intermitente, com intervalos completamente livres, quasi sempre na fossa ilíaca direita, náuseas, mais raramente vômitos, febre quasi sempre de amplitude variável. A este quadro sobrepõe-se muito freqüentemente um síndrome peritonítico. Geralmente tôdas estas queixas regressam num prazo mais ou menos longo, ou definitivamente ou como primeiro alarme duma enfermidade intestinal arrastada que se verificará mais tarde. Uma das características mais constantes desta forma é, com efeito, a sua passagem à cronicidade.

A ileíte aguda fleigmonosa revela-se bruscamente por um quadro clínico de ventre agudo, onde os sintomas de apendicite aguda se imbricam com os de oclusão baixa do delgado. A evolução rápida impõe quasi sempre uma intervenção cirúrgica de urgência que vai permitir o diagnóstico. Na forma fleigmonosa sub-aguda o quadro é menos ruído, o estado geral do paciente menos precário e a sintomatologia é dominada pelos sinais de oclusão incompleta do delgado, e por uma dor viva e intermitente.

A ileíte crónica apresenta-se com um quadro clínico muito proteiforme, de certa maneira em relação com os estádios anátomo-patológicos. A pouca nitidez dos sintomas torna muito difficil, em certos casos, a sua interpretação. Dores surdas no epigastro ou em outro sector do abdómen; perturbações dispépticas; diarreia, anemia e emagrecimento que levam lentamente ao marasmo e caquexia, são por vezes as apagadas queixas com que se pode contar. Outras vezes há diarreia crónica com sangue, muco e pús, fazendo lembrar a colite ulcerosa grave. Às vezes depois de um período de sintomas pouco nítidos instala-se, quando a permeabilidade do ileon começa a estar comprometida, lentamente o quadro de oclusão incompleta do delgado. A observação encontram-se sinais de oclusão incompleta do delgado; empastamento ou um tumor na fossa ilíaca direita, duro, pouco móvel, de contornos irregulares e doloroso à pressão; trajectos fistulosos de evolução tórpida, etc.; conforme o estadio evolutivo da doença.

O exame radiológico não fornece dados concretos, muito embora,

# Eledon



## NESTLÉ

presta preciosos serviços  
como alimento dietético  
nos casos de  
disenteria  
intolerância do leite  
distrofia  
eczema  
êrmo

O LEITE ACIDIFICADO EM PÓ «Eledon», da Nestlé, resolve o problema da alimentação durante o período de perturbações digestivas, tanto nas crianças como nos adultos.



SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS

“**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 intolerâncias  
gástricas e afeções intestinais — Especial  
para crianças, velhos, convalescentes e  
doentes do estomago.**

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

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

---

## PORTUGAL MÉDICO

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

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

Número avulso — 3\$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.



algumas vezes possa oferecer fortes sinais de presunção. Na fase aguda observa-se uma mucosa granulosa, em «flocos de neve»; irregularidades dos contornos da ansa intestinal e rigidez; estase local e este-nose mais ou menos acentuada na fase sub-aguda. Na fase crônica hiperplásica vêem-se, quasi sempre na vizinhança do cego, imagens lacunares; o intestino apresenta-se rígido, de contornos irregulares, e a palpação desloca-se em bloco, mantendo a mesma forma. Não é raro apresentar o aspecto rígido e delgado que os autores americanos consideram característico e que chamam o *sinal da corda*. Nos casos muito avançados, com fístulas internas, os trajectos destas como que se entrelaçam em volta da corda, mostrando um aspecto que semelha uma *corda dobrada*. A dilatação do intestino a montante da lesão é, como se compreende, um sinal importante, embora indirecto. Não é, como se vê, pelo exame radiológico que o diagnóstico de ileite regional se pode fazer com segurança.

As lesões anatómicas podem apresentar-se no cólon, cego, jejuno, etc.; mas é para o ileon, e particularmente para os últimos cincoenta centímetros da sua porção terminal, que mostram uma especial predilecção, como pode verificar-se em tôdas as estatísticas. Embora possa suceder aparecerem lesões em diferentes segmentos do intestino ou, no mesmo segmento intestinal, em pontos diferentes separados por zonas sãs, é de regra que as alterações anatómicas afectem somente uma porção mais ou menos extensa dum determinado segmento intestinal sem soluções de continuidade. As lesões apresentam diferentes graus de intensidade em relação com a extensão e, provavelmente, a duração do processo. Podem classificar-se, de acôrdo com as descrições de Crohn, dentro dos quatro tipos seguintes (cujos aspectos são bem conhecidos): 1.º — De ventre agudo ou pseudo apendicular; 2.º — De colite semelhante colite ulcerosa; 3.º — De oclusão intestinal crônica; 4.º — De abcessos com fístulas internas ou externas, que representam períodos ou fases progressivas da evolução da enfermidade. No entanto, o desenrolar da doença não passa forçosamente por aquelas quatro «étapes», uma vez que as lesões podem estacionar, por um tempo mais ou menos dilatado, numa determinada fase, sem evoluir para o período immediato, retrogradar ou seguir para outro tipo que se lhe não sucede immediatamente.

No início da doença a terapêutica será a mesma que se utiliza no combate a qualquer infecção, bem assim como transfusões de sangue pequenas e repetidas. Vitaminas e helioterapia têm sido utilizadas também como tratamento auxiliar. O regime alimentar deverá ser rico em calorias e conter escassos resíduos. Nos doentes graves, a dieta deve conter durante algum tempo apenas leite e cereais bem cozidos.

O tratamento médico deve utilizar-se, sempre e somente, como preparatório da intervenção cirúrgica.

O tratamento cirúrgico deverá obedecer sempre às condições seguintes: 1.º — Ser o mais precoce possível; 2.º — A ressecção da

zona lesada deve fazer-se em terreno sã, distante da zona doente; 3.º — Com a ansa intestinal deve ressecar-se uma porção do mesentério adjacente, pôsto que a manutenção de gânglios invadidos pode ser a causa de recidivas em outros segmentos do intestino.

Nas formas agudas, operadas quasi sempre com o diagnóstico de apendicite, deve praticar-se a apendicectomia profiláctica, mas ser-se conservador em relação ao intestino, uma vez que o processo inflamatório na sua fase inicial regressa muitas vezes.

Em fases mais avançadas praticar-se-á a ressecção do intestino. Se o íleon forma com o cego um novelo inflamatório far-se-á num primeiro tempo uma derivação interna (ileotransversostomia) e depois a ressecção. Se existe abcesso esvazia-se êste primeiro para fazer depois a ressecção em um ou dois tempos. Se o estado do doente não permite a ressecção da ansa num tempo só, e o estado do íleon não aconselha o seu abandono no abdomen, poderá praticar-se a exteriorização do segmento entérico atingido.

O tratamento da ileíte regional crónica deve pois ser sistematicamente cirúrgico e radical, com a ressecção da porção de intestino doente, mesentério correspondente e gânglios regionais. A não ser assim, as lesões evoluem sempre para a terminação fatal.

**Córtico-pleurites tuberculosas.**— Individualidade nosológica tão frequente, que o número de casos excede muito o das formas vulgares da tuberculose, doença tão vulgar e já há umas dezenas de anos dada a conhecer, espanta (diz o A.) como ainda alguns, em trabalhos recentes, tenham o ar de a ignorar ou, o que é pior, cheguem ao ponto de taxativamente lhe negarem a existência. Êste perturbante desacordo entre a evidência dos factos e a maneira como êsses autores os encaram é, quanto a nós, explicável por duas razões fundamentais. A primeira é o fetichismo dos R. X, que tantas vezes leva os médicos actuais a esquecerem-se de que, em semiótica pleuro-pulmonar, a leitura conscienciosa de uma chapa, sendo um elemento indispensável a um bom exame, não constitue por si só o exame todo. Isto neste caso é tanto mais importante que, por infelicidade, a grande maioria das lesões inflamatórias da pleura estão fora do alcance da radiografia. Vem depois em segundo lugar a circunstância de o conjunto de sintomas colhidos pelo exame directo do doente, e geralmente atribuídos à inflamação da pleura, não corresponder à realidade dos factos observados.

«— Pôsto isto, assente que a córtico-pleurite tal como, com nomes diversos, a descreveram Piery e Sergent, não é um mito mas seguramente uma realidade patológica fácilmente demonstrável pelo exame mesmo muito sumariamente feito, ao que sôbre ela nos diz a anatomia patológica, vamos agora entrar no capítulo do diagnóstico, que, dada a intenção essencialmente clínica dêste artigo, é o que mais interessa de momento.

Courcoux, que juntamente com Sergent estudou as cortico-pleurites

com especial cuidado, traça delas o seguinte quadro: «Doença de evolução naturalmente benigna, ataca de preferência as pessoas novas, dos 20 aos 30 anos. Encontra-se nos seus antecedentes algumas vezes uma hemoptise, uma pleuresia exsudativa, mas sobretudo bronquites de repetição com depressão do estado geral, sobrevindo por períodos entre os quais a saúde retoma mais ou menos o seu equilíbrio. Quando profundamos um pouco o interrogatório descobrimos sempre ter havido uma fase muito nossa conhecida, a que com Sergen<sup>1</sup> apelidamos de pre-recaída, com os sintomas habituais de fadiga, falta de apetite, etc. Quando nos aparecem à consulta acusam quasi sempre uma tosse impertinente, com expectoração pouco abundante, mucosa, muitas vezes raiada de sangue, e queixam-se duma pontada de localização variável. Cansam-se com o menor esforço e mesmo em repouso sentem com frequência uma espécie de constrição torácica.

No exame no aparelho respiratório, só a auscultação nos dá alguns elementos, fazendo-nos ouvir atritos quer generalizados, quer localizados na região supra e infraespinhosa, ao longo das sisuras (zona de predilecção para Piery), na base muitas vezes (costo-diafragmatite de Moriquand). Fervores finos e síbilos apanham-se também às vezes e quasi sempre sinais de adenopatia traqueo-brônquica. Observam-se também frequentemente pela palpação gânglios axilares e cervicais pequenos e duros.

O estado geral é sempre atingido, o que é bem a assinatura da infecção bacilar; perturbações dispépticas com anorexia e crises diarreicas, eretismo cardíaco com hipotensão vascular, anemia, emagrecimento, febre com oscilações (entre 37 e 38,5), suores nocturnos, astenia muscular desproporcionada para o aspecto do doente.

Uma complicação estudada por Piery se observa às vezes no decurso da doença: é a extensão ao pulmão subjacente da inflamação da pleura. Aparecem então fervores crepitantes, a expectoração torna-se mais abundante, gomosa, estriada de sangue, a febre aumenta. A radioscopia mostra uma zona ligeiramente velada, um diafragma preguiçoso, sombras carregadas em suma, nada de preciso.

Nesta exposição bastante clara e exacta das ideias correntes sobre o assunto há vários aspectos que devem ser encarados separadamente. No que diz respeito à marcha normal da doença e à natural benignidade da sua evolução pouco há a acrescentar, a não ser talvez que, na grande maioria dos casos, os sintomas gerais são ainda menos acentuados do que se poderá julgar pela descrição feita. A febre, por exemplo, a não ser no início, nos primeiros dias ou, excepcionalmente, nas primeiras semanas, ou ainda nos períodos de agravamento determinados muitas vezes por causas acidentais, tais como golpes de ar, resfriamentos, excessos de qualquer ordem, ou mesmo nas mulheres, a proximidade das regras, raramente chega aos 38 ou 38,5, não saindo em regra da casa dos 37. Nestes períodos é que de facto aparece às vezes a expectoração hemop-

tóica e muito raramente as hemoptises. Os suores, nada tendo de característicos, nunca atingem as proporções dos dos tísicos. A sensação de constrição torácica é bastante rara, o que é muito frequente é aquilo que os doentes descrevem como a impressão de não poder respirar até ao fim. Diremos depois o significado que a esta sensação se deve atribuir.

Vamos agora ao exame físico do doente. Vimos como para Courcoux à auscultação cabe o papel essencial na semiótica das córtico-pleurites e os atritos de pleura seriam para êle, como de resto, depois de Laennec, para todos os autores clássicos, o sinal sempre constante e seguro da inflamação pleural. Ora isto de facto está bem longe da verdade.

Os doentes acorrem à consulta, em regra, uns poucos de dias, às vezes semanas e até meses depois do início da doença; nesta altura o mais frequente é a auscultação, mesmo feita com todo o rigor, absolutamente nada revelar que só por si possa servir de base ao diagnóstico. Quando se consegue surpreender o processo logo de entrada, na fase aguda, ouvem-se então realmente quasi sempre os arritos de pleura que às vezes não passam duma quasi táctil sensação de duas superfícies despolidas esfregando uma sobre a outra e que, de princípio espalhados numa zona relativamente extensa, tendem depois, à medida que o mal se torna menos agudo, a localizar-se mais precisamente onde a dor é mais intensa, chegando a desaparecer por completo mesmo que a doença continue ainda. Mais tarde, no mesmo local onde havia já muito a auscultação nada nos dava, volta a ouvir-se então muito mais nítida e intensamente o ruído de coiro novo, numa altura em que a doença é já para o doente só uma recordação. E' fácil o médico desprevenido ter a surpresa de ouvir claramente atritos de pleura à direita num doente que só se queixa do lado esquerdo, onde, por mais que apure o ouvido, não consegue apanhar coisa alguma: um processo anterior já apagado falava mais alto que o do outro lado em plena actividade.

No período agudo da doença, no seu início e ainda nos surtos evolutivos ulteriores, quando o processo atinge uma certa intensidade, é vulgar apanharem-se finos fervores crepitantes, principalmente no fim da da inspiração, e mesmo crepitações desgarradas atestando seguramente a comparticipação pulmonar, e que de mistura com ruídos propriamente pleurais constituem o que alguns semiologistas ainda designam confusamente por fervores atritos.

Poderíamos assim, sob o ponto de vista puramente de auscultação, dividir a marcha das córtico-pleurites em três fases: a primeira, a de início, poucos dias durando em geral, seria denunciada pelos atritos da pleura, acompanhados ou não, conforme a intensidade do processo, de fervores e crepitações de origem pulmonar; a segunda, cuja duração, muito variável, depende não só da gravidade do caso mas em parte também do regime terapêutico seguido, caracteriza-se então exactamente pela ausência de sinais estetacústicos, apesar da permanência da actividade da inflamação pleural assinalada pela sintomatologia geral e que, como

H G em suspensão coloidal  
O melhor Sal de Mercúrio

PORQUE

**THIERMOL "ELBA"**

É  
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.<sup>DA</sup>**

**RUA DO CARMO, 8 PÓRTO**

## 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 habituação e morfomania dentro de certos limites*

## Proteion

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

## PULMÃO-SORO

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

## SUAVINA

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

## Terpioquina

*Medicação anti-infecciosa.*

## Transpneumol

*Quinino-terapia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.*

veremos, facilmente se pode diagnosticar. A terceira fase, muito mais tardia, seria marcada pela reaparição dos ruídos pleurais, mas estes, mais audíveis que os primeiros, teriam o carácter de rangidos — o que lhes valeu o nome de ruído de coiro novo — e persistiriam às vezes durante meses e até anos, e a sua patogenia cicatricial denotaria a existência de focos já velhos mas nem sempre extintos de todo, capazes ainda muitas de se reacenderem. Este aspecto da semiótica pleural, por nós pessoalmente observado em numerosos doentes mas que nunca vimos apontado em autor algum, se à primeira vista pode parecer estranho, ajusta-se, como veremos, duma maneira impressionante à própria marcha do processo patológico que lhe deu origem. Ora senão vejamos: no individuo normal os dois folhetos da pleura, entre os quais não existe, como é hoje sabido, o chamado vazio pleural, estão separados por uma tenuíssima camada de líquido mucoso e graças a êle deslizam em tôda a excursão respiratória suavemente, sem atrito e portanto sem produzir ruído.

Se numa determinada ocasião e numa área mais ou menos extensa uma tumefacção, mesmo de inflamação banal ou até simplesmente alérgica, vem aumentar a espessura da serosa pleural, os dois folhetos passarão realmente a estar em contacto, criando-se assim a possibilidade de haver então atrito num ou noutro ponto, tanto mais que o exsudado, nessas ocasiões quasi obrigatório, é muito naturalmente susceptível de ir alterar as qualidades lubrificantes do líquido lá preexistente. É nessa altura, no período congestivo de início, que se ouvem os famigerados atritos de pleura. Se o processo é muito leve ou se, de facto, se trata dum simples fenómeno alérgico, rapidamente, em poucos dias, tudo regressa ao normal sem deixar vestígios. Mas nem sempre as coisas se passam assim, tão à ligeira; em grande número de casos a inflamação segue o seu caminho e vai percorrendo todo o seu conhecido ciclo evolutivo: depois da simples tumefacção, é o exsudado fibrinoso que, espalhando-se à superfície da pleura, começa logo por colar os dois folhetos, vem depois a invasão celular e a formação de aderências e a sua organização e por fim a esclerose pleural com tôdas as suas modalidades. Salta aos olhos que logo que o exsudado fibrinoso toma o desenvolvimento e a consistência necessários para manter aderentes os dois folhetos, estes cessam, ipso facto, de poder esfregar um sobre o outro e portanto lá se vai tôda a possibilidade de haver atritos e os correspondentes ruídos. Este facto singelo dá a explicação cabal da mudez da auscultação nesta altura da doença, coisa esta que a tantas confusões tem dado origem.

Quando já depois de formadas e organizadas as aderências, estas sofrem a transformação cicatricial (esclerose) é que se ouve aquilo a que se pode chamar os segundos ruídos pleurais, de aparecimento tardio, acusticamente com o carácter de rangidos e que persistem ainda quando há já muito cessou tôda a actividade do processo. Estes rangidos pleurais não são atritos no sentido físico da palavra. Disso tivemos nós a prova insofismável mais duma vez. ouvindo-se distintamente quando os

folhetos pleurais estavam separados, umas vezes por derrame líquido e outras por pneumotorax. São ruídos de esclerose que, apesar de muito característicos das lesões pleurais, se encontram também na esclerose pulmonar, onde fácil é surpreendê-los a quem, como nós temos feito várias vezes, se dê ao trabalho de seguir por auscultações repetidas a marcha de lesões pulmonares em plena regressão fibrosa. Tem-se uma ideia aproximada da maneira como provavelmente são gerados, auscultando com um estetoscópio flexível uma fôlha de papel um pouco duro, à qual se vão, a uma certa distância, imprimindo alternadamente movimentos de flexão e de extensão. Não basta evidentemente que haja na pleura ou no pulmão zonas esclerosadas para que se produzam ruídos de esclerose, é necessário ainda que se dêem determinadas condições de tamanho, de consistência, de orientação e até de superficialidade para que êles não só se originem mas também se tornem audíveis. Só assim se explica que, revelando-nos as autópsias uma tal quantidade de escleroses plero-pulmonares, só num restrito número de casos êles se ouçam.

Reduzindo assim o valor da auscultação às suas verdadeiras proporções e não podendo, como já dissemos, contar com os R. X. impotentes nestes casos, o que é que nos resta para fazer o diagnóstico das córtico-pleurites tuberculosas? Além dos sintomas gerais já também conhecidos de impregnação bacilar, comuns a qualquer outra localização tuberculosa — perda de fôrças, emagrecimento progressivo, fastio, febrezinha à tarde, suores, etc., etc., temos essencialmente, como sinais subjectivos próprios, a dor de lado e a sensação de dificuldade de respirar à vontade.

E' em geral a dor que leva o doente à consulta e a primeira coisa de que se nos queixa. Tem esta aspectos vários: se nos primeiros dias da invasão apresenta por vezes um carácter agudo e até pungente, forçando o paciente a apelar imediatamente para o médico, noutros casos o seu começo é insidioso e só a sua persistência incômoda e impertinente o leva à nossa presença. O mais frequente é não ser propriamente uma pontada — uma dor aguda concentrada num ponto — mas, pelo contrário, achar-se espalhada por uma zona mais ou menos larga, cuja localização mais corrente é entre a coluna vertebral e a omoplata, ou abaixo do ângulo desta, ou ainda francamente na região axilar e mesmo, mais raramente, na face exterior do tórax. Aguda como uma faca nalguns casos, não passa noutros dum simples ardor ou mesmo até duma sensação de friagem, passando por tôdas as fases intermédias. Com um pouco de atenção é, em geral, relativamente fácil, mesmo logo no primeiro exame, distinguir a dor de origem pleural da nevralgia intercostal ou da provocada por qualquer lesão da parede ou mesmo simplesmente reumatisal. A sua localização bem precisa mas relativamente extensa que o doente marca muito nitidamente com a mão, o facto de se exacerbar muito acentuadamente com os movimentos respiratórios e muito



menos com quaisquer outros, e ainda o não ser influenciada pela palpação directa, logo orientam o diagnóstico.

A sensação de constrição torácica a que Courcoux se refere na sintomatologia das córtico-pleurites parece-nos bastante rara e só num ou outro caso muito agudo a temos apanhado. O que os doentes quasi sempre accusam é a impressão desagradável de não poder respirar até ao fundo.

Vamos agora à defesa torácica. Num trabalho por nós publicado em 1937 na «Medicina Contemporânea» sob o título «A hipomobilidade torácica unilateral como sinal precoce de lesões pleuro-pulmonares activas», esforçamo-nos por pôr em destaque a importância que tem no exame do aparelho respiratório o estudo comparativo da amplitude dos movimentos respiratórios dum e doutro lado do tórax. Nêle acentuávamos que se a assimetria dos movimentos no decurso das doenças pleuro-pulmonares é já citada por Laennec e a ela muitos outros autores depois se referiram já, a verdade é que a sua pesquisa não tinha entrado ainda, de facto, na rotina da clínica corrente.

Para isso concorria, dizíamos nós, o juízo errado que em geral se forma sobre o mecanismo da sua génese e portanto do seu verdadeiro significado semiológico. Mesmo pondo de parte evidentemente todos os casos de alteração anatómica das paredes do tórax, quasi todos os autores são unânimes em considerar limitação unilateral da excursão respiratória intimamente ligada a modificações, ocasionais ou definitivas, da contextura pleuro-pulmonar. O processo patológico, diminuindo a distensibilidade do tecido pulmonar, iria duma maneira passiva, puramente mecânica, opôr uma resistência maior à expansão torácica do lado doente. Dada a grande elasticidade do tecido pulmonar, que excede em muito as necessidades normais, facilmente se compreende que só lesões extensas e bem marcadas sejam capazes de opôr resistência séria à expansão respiratória, mas essas não escapam facilmente, pelo menos, ao exame radiológico. Ora o que se vê correntemente é muitas vezes precisamente o contrário disto: lesões mínimas da pleura completamente fora do alcance dos R. X., a darem uma defesa marcadíssima e, a par disso, como já tivemos occasião de ver, um quisto hidático do pulmão do tamanho duma laranja sem manifestação exterior de espécie alguma. Quem siga com um pouco de atenção a evolução da defesa torácica no decurso da cortico-pleurite logo verifica que ela acompanha fielmente a actividade do processo: muito bem marcada no período agudo da doença, abranda quando esta se torna crónica e desaparece por completo logo que cessa toda a actividade do foco, mesmo que nessa altura um ruído de coiro novo perfeitamente audível não deixe dúvidas sobre a formação local do tecido de esclerose. Evidentemente que um largo processo de esclerose pleuro-pulmonar unilateral com retracção da parede do hemitórax traz mecânicamente uma diminuição da expansão respiratória desse lado, mas isso, nada tendo com a defesa, é de diagnóstico fácil. Pottenger, cujos trabalhos sobre

êstes assuntos só viemos a conhecer por citações e já bastante depois de sôbre o caso termos idéias feitas, teve o alto mérito de chamar a atenção do público médico para as contracturas dos músculos torácicos, por êle normalmente observadas nas afecções inflamatórias da pleura e pulmões, que quando unilaterais poderiam até orientar o diagnóstico. Não se trataria só dos músculos prôpriamente respiratórios (intercostais, triangular do esterno, supracostais e diafragma) mas abrangeria também tôdas as massas musculares que revestem a caixa torácica, muito acentuadamente as das fossas supra e infra-espinais. Esta comparticipação dos músculos exteriores do tórax, ainda que muitas vezes se encontre, é incerta demais para nela se firmar um diagnóstico; vem a propósito lembrar aqui que a ela se deve na quasi totalidade a sub-macicez precoce observada à percussão e atribuída tantas vezes inadvertidamente a uma condensação não existente do tecido pulmonar subjacente.

A contractura dos intercostais, essa sim, essa é segura, acompanha fielmente todo o processo irritativo da pleura e por isso se torna nas córtico-pleurites um elemento de diagnóstico de primacial importância. Como sinal da sua existência Pottenger apontava o estreitamento verificado dos espaços intercostais e a maior resistência oposta à penetração dos nossos dedos entre as costelas do doente do lado affectado, o que, por razões que são óvias, não é sempre fâcilmente realizável.

É indirectamente, comparando a expansão inspiratória dum e doutro lado do tórax, que melhor se avalia, pela assimetria dos movimentos, o grau da contractura reflexa do sistema muscular da respiração. A inspecção simples nos casos extremos chega perfeitamente, mas, no geral, é um processo para pôr de parte porque, além de pouco sensível, é ainda susceptível de, como veremos, em certos casos nos induzir em erros grosseiros.

Entre as numerosas técnicas preconizadas para a sua pesquisa, a de mais voga é incontestavelmente a de Ruault. Consiste essencialmente em o «médico colocado atrás do doente apoiar suavemente a palma das mãos sôbre os ombros de modo que as pontas dos dedos atinjam a região infraclavicular», e assim pelo tato e com a vista comparar a expansão respiratória dum e doutro lado do peito. Esta manobra, mesmo modificada depois por Neumann no sentido de evitar que a elevação do ombro venha falsear o resultado da observação, sofre do êrro capital de, como se isso fôssr suficiente, só atender ao que se passa na secção mais elevada do tórax. Ora como a experiência largamente me tem demonstrado e qualquer poderá fâcilmente verificar por si, a diminuição da amplitude respiratória determinada pela contractura reflexa dos intercostais, não abrangendo em numerosísimos casos tôda a altura do hemitórax, restringe-se a maior parte das vezes à zona correspondente às lesões da pleura que a originam. Tôda a técnica que não atenda a êste facto, e simultaneamente não evite perturbação derivada do levantamento do ombro, é fatalmente defeituosa. Nós pessoalmente, tendo já abandonado a maneira

# 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 «Beimag» — 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,"*

**MARTINHÔ & C.<sup>A</sup> L.<sup>DA</sup>**

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

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

# REGISTRO DE LIVROS NOVOS

---

Edições "JAVIER MORATA", — MADRID

*C. Fernandez Ruiz* — EL CANCER DE LA MUJER; manual para el médico. práctico. — 176 pág., com 21 fig. — 25 pts.

*Fritz Koller* — VITAMINA K; su importancia clínica. — 176 pág., com 15 fig. — 25 pts.

*F. Serrallach Jultá* — TERAPÉUTICA UROLÓGICA; orientaciones terapéuticas para médicos no urólogos, en algunas afecciones urológicas. — 160 pág. — 25 pts.

*E. Arias Vallejo* — ALIMENTACIÓN Y SINDROMES CARENIALES. — 144 pág. — 25 pts.

*J. González Campo* — ACIDENTES GRAVES EN PATOLOGIA DIGESTIVA. — 144 pág. — 25 pts.

*Javier M. Tomé Bona* — DERMATOLOGIA DEL TRABAJO. — 214 pág. — 30 pts.

*Cesar Juarros* — DETERMINACIÓN DE LA EDAD MENTAL. — 176 pág., com 109 fig. a negro e côres e 12 estampas. — 30 pts.

*J. Boix Barrios* — KALA-AZAR INFANTIL. — 112 pág., com 3 mapas e 28 fig. — 25 pts.

*José de Eleizegui* — TRATAMIENTOS HIDROMINERALES EN PEDRIATRIA. — 120 pág. — 25 pts.

*J. Martínez Bruna* — LA MICROBIOLOGÍA AL SERVICIO DEL MÉDICO PRÁCTICO. — 172 pág., com 65 fig. — 25 pts.

*J. F. de Casadevante* — LOS INYECTABLES EN FARMACIA. — 132 pág. — 25 pts.

---

Manuel Marin, Editor — BARCELONA

*F. Farreras Valenti* — NEUROBRUCELOSIS (Estudio de las manifestaciones nerviosas de la fiebre de Malta y enfermedad de Bang). — 116 pág., com 12 fig. — 10 pts.

que em tempos recomendava-mos, procedemos actualmente do seguinte modo: collocando-nos atrás do doente, obrigamo-lo primeiro a ter o tronco bem direito e depois duma expiração profunda a parar de respirar, e então, cingindo com firmeza os dois lados do tórax com o arco feito pelo polegar e indicador das nossas mãos, damos-lhe ordem de fazer uma inspiração forte. Desde que isto seja executado com rigor, difficil será escapar-nos qualquer alteração na simetria dos movimentos respiratórios. Para a parte superior do tórax mandamos-lhe levantar os braços e cruzá-los de forma que as mãos se apliquem sôbre os ombros, ficando assim não só descobertas as axilas como praticamente immobilizadas as espáduas. Isto é muito importante porque, mesmo nos casos mais flagrantes de assimetria respiratória, é vulgar aparecer como elemento de confusão um maior paradoxal levantamento da espádua exactamente do lado doente. Êste fenómeno que, segundo cremos, fomos nós os primeiros a apontar, julgamos dever ser attribuído a intervenção dos músculos respiratórios acessórios elevadores do ombro, precisamente do lado onde maior é a resistência à expansão inspiratória.

Constatada que seja seguramente a assimetria dos movimentos respiratórios, não explicável por deformação do esqueleto ou qualquer outra alteração patológica das paredes do tórax ou mesmo attitude viciosa do doente, cabe-nos o direito de a attribuir a uma contractura reflexa dos intercostais e de assim legitimamente afirmar a existência duma lesão irritativa da pleura. Se se trata pròpriamente de uma córtico-pleurite, ou se não passa de um episódio secundário ligado a epifenómeno acompanhando um processo pulmonar de maior vulto, só um exame completo, que aliás nunca se deve deixar de fazer, o poderá esclarecer devidamente.

Assente que se trata realmente de uma córtico-pleurite, há que averiguar qual a sua natureza, visto que se de facto temos a convicção de serem tuberculosas a grande maioria das que nos aparecem na clínica, a verdade é que se não pode pôr absolutamente de parte a idéia sustentada por vários autores de as haver gripais, pneumocócicas, reumatismais, etc., etc. É ainda observando o doente com cuidado e seguindo a doença com atenção que se pode completar o diagnóstico —».

**As injeções intra-arteriais de mercuro-cromo no tratamento das lesões supuradas dos membros.** — Como conclusão de estudo baseado nos resultados de 3.000 injeções:

1.<sup>a</sup> — As injeções intra-arteriais de mercuro-cromo, a 2,5 ou a 5 0/0, pela sua acção microbicida e de simpaticectomia atenuada, modificam favoravelmente a evolução de certas lesões agudas dos membros, em especial a linfangite aguda, as supurações gangrenosas, os abscessos e fleigmões, os panarícios, as artrites gonocócicas, etc., diminuindo os fenómenos infecciosos, com retrocesso dos sintomas locais e gerais.

2.<sup>a</sup> — Nas feridas supuradas e úlceras de perna, actuam as injeções intra-arteriais de maneira semelhante, observando-se, em numerosos casos, uma aceleração do processo de cicatrização.

3.<sup>a</sup> — O método não contra-indica os preceitos cirúrgicos habituais

das infecções. Em certos casos torna-os desnecessários, em outros facilita-os, pela melhoria do estado geral e pela limitação e arrefecimento das lesões supuradas.

4.<sup>a</sup> — Pelo impedimento da progressão de certas lesões supuradas e sua fagedenização secundária, portanto pela sua acção profilática, e também pela sua acção curativa (por si só, ou em combinação com outros processos), mais rápida do que com qualquer outro método adoptado, podemos considerar a injeccção intra-arterial como terapêutica de escolha, com mais forte razão nas grandes massas populacionais negras, onde, nos casos mais simples, o tratamento permite a continuidade do trabalho normal, ou a sua substituição por serviço moderado, e naqueles em que se requiere hospitalização reduz consideravelmente o período da mesma.

COIMBRA MÉDICA, X, 1943. — N.º 7 (Julho); *Receitas com doses anormais e responsabilidade*, por F. de Almeida Ribeiro; *Os homicidas*, por Mário Trincão. N.º 8 (Out.): *A patologia do sistema retículo-endothelial ou histiocitário e do mesenquima em geral*, por Michel Mosinger.

**Receitas com doses anormais e responsabilidade.** — Desenvolvido parecer sôbre consulta relativa a êste assunto, que grands parte se transcreve nos «Anexos» do presente número do «Portugal Médico».

**Os homicidas.** — Estudo estatístico, psico-sociológico, sôbre 497 homicidas da Penitenciária de Coimbra, pelo qual o A. chegou às seguintes conclusões:

1.º — Quanto ao estado civil, encontrámos nos homicidas estudados as seguintes percentagens: solteiros 50,7 0/0; casados 44,26 0/0; viúvos 3,82 0/0; divorciados 1,00 0/0.

2.º — Quanto à idade, o primeiro crime foi cometido com a máxima freqüência entre os 21 e 30 anos — 45,27 0/0 —.

3.º — Nos crimes de homicídio estudados, o móbil foi, em 70 0/0 o ódio ou vingança e a cólera; o ciúme e a avidez ou cupidez em 16 0/0; as causas políticas, a pura malvadez e a instigação de outrem, em 6 0/0.

4.º — Dos 497 homicidas estudados, 114 são reincidentes; 13 tinham sofrido condenações em prisão maior pelos seguintes crimes: 4 por homicídios voluntários; 2 por ofensas corporais, de que resultou a morte sem intenção; 3 por furto; 1 por associação de malfetores e 1 por deserção. Os restantes 101 sofreram penas de prisão correccional por um ou mais crimes cometidos contra as pessoas — ofensas corporais — em 83,16 0/0.

5.º — Não se nos afigura que a hereditariedade criminal ou mórbida tenha tido grande importância na etiologia do crime. Em trabalho anterior, feito a respeito dos criminosos habituais, já havíamos verificado que as influências hereditárias eram mínimas em relação à maior parte das estatísticas do nosso conhecimento.

6.º — A biotipologia tem grande utilidade no estudo dos criminosos e parece estar-lhe reservado um brilhante futuro.

7.º — O alcoolismo em poucos casos interveio como causa de homicídio; só em 5,63 % verificamos estigmas de alcoolismo crónico. Poucos foram os homicídios cometidos em estado de alcoolismo agudo e por vezes o crime tinha sido premeditado antes de o criminoso se ter embriagado.

8.º — A actividade quasi não se encontra alterada; apenas em 2,80 % estava diminuída, e aumentada em igual percentagem. Tendência para o trabalho, encontrámo-la diminuída em 2,80 %.

9.º — Sociabilidade, estava diminuída em 14,10 % dos homicidas, geralmente em combinação com modificações de outros elementos do psicograma.

10.º — Encontrando modificações morfo-psicológicas em vários dos criminosos estudados, podemos no entanto afirmar sem receio que não há um tipo anátomo-psicológico próprio dos homicidas.

### INSTITUIÇÕES E SOCIEDADES MÉDICAS

SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS. — *Progressos da quimioterapia (fungos e bactérias)*, por Toscano Rico (25-I-44). *Elogio do Prof. Fernando de Magalhães*, por Costa Sacadura; *Oto-mastoidite do lactante*, por Carlos Salazar de Sousa (29-II).

INSTITUTO P. DE ONCOLOGIA. — *Tumor de tecido amiloide da aritnoideia*, por Manuel B. de Sousa; *Sobre queloides*, por Melba Dias (4-II-44). *Causas do carcinoma do colo isolado*, por Madalena Guerra (11-II). *Luta social contra o cancro*, por Rosalina M. da Silva e José Bacelar (18-II). *A propósito de um caso raro de ganglioneuroma do pâncreas*, por M. Dâmaso Pratas (3-III). *Algumas considerações sobre sarcomas das parte moles*, por Alvaro Rodrigues (10-III). *Tumores das glândulas sudoríparas apócrinas*, por Henrique Parreira (17-III).

ACADEMIA DAS CIÊNCIAS. — *A angiografia cerebral no diagnóstico das espécies tumorais*, por Egas Moniz (2-II-44).

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO. — *Um novo caso de doença de Besnier-Boech-Schaumann*, por José Delarue; *Sobre alguns casos de tumores benignos dos ossos*, por Reis Figueira; *As primeiras determinações dos tipos sangüíneos do sistema M N em Portugal*, por Ayres de Azevedo; *Atropinização e acção do parassimpático cardíaco na mobilização do potássio*, por Acácio Tavares; *O bloqueio do gânglio estrelado no tratamento da angina do peito*, por Sousa Pereira (4-III-44). *Luxação antiga irreductível da articulação escapulo-humeral com impossibilidade de redução sangrenta*, por Prata de Lima; *Os paragânglios cardíacos no feto humano*, por Strecht Ribeiro; *A unidade da doença de Schonlein-Henoch*, por Carlos Alberto da Rocha; *Estudo electrocardiográfico de animais de sangue quente intoxicados pelo ácido mono-iodo-acético*, por Malafaia Baptista e Pereira Viana; *O valor comparável do diferente material de sutura nas feridas cutâneas*, por Sousa Pereira, Lino Rodrigues e Melo Adrião (11-III).

## NOTAS VÁRIAS

### Indicações do tratamento cirúrgico da ciática

Da discussão travada na Sociedade de Neurologia de Paris (*Presse Médicale*, n.º 31 de 1943) as opiniões expostas podem resumir-se assim:

ALAJOUANINE & THUREL dizem que a grande maioria das ciáticas tem causa orgânica, pois em cerca de dois terços dos casos a radiografia permite observar a causa da compressão nervosa, e a cirurgia elimina-a.

DE-SEZE, pelo contrário, entende que a lesão compressora é menos freqüente, consistindo as mais das vezes em saliência exagerada do disco intervertebral e as menos em hérnia posterior dêste. Nêstes casos, a cirurgia está indicada, para remover a causa compressora. Nos outros, só quando o tratamento médico, porfiadamente seguido, fôr ineficaz, é que se legitima a intervenção cirúrgica. Os casos a operar são portanto uma minoria, computável em 7 a 10 0/0. Desta opinião foram também GUILLAUME, CARNOT e DAVID. Mas DECOURT entende que a cirurgia deve intervir sem esperar muito pelo insucesso da terapêutica médica.

As intervenções serão condicionadas pela existência de compressão removível; quando tal se não dá, a radicotomia posterior cura, habitualmente.

### A atropina na úlcera gastro-duodenal

A indicação da beladona e da atropina tornou-se há muito clássica no tratamento da úlcera gastro-duodenal. Mas T. PINÓS & J. VALLS COLOMER, estudando os efeitos do fármaco, aos raios X, sobre espasmos do cárdia ou do piloro, sobre biloculações gástricas e outros sinais indirectos de úlcera, viram que, nas doses clínicas tem acção mínima sobre o peristaltismo, a secreção e a acidez, confirmando assim o que já diversos autores haviam afirmado. Em doses altas, os efeitos sobre a motilidade são nítidos, mas a diminuição da salivacção perturba os fenómenos digestivos, e dá-se uma redução da secreção mucosa das células do revestimento gástrico, o que diminue a protecção epitelial contra a acidez do suco. (*Medicina Española*, Out. de 1943).


### Tratamento da aérogastria

Escrevendo sobre as perturbações cárdio-vasculares provocadas por afecções gastro-intestinais, M. BOUCOMONT indica para a aérogastria, que constitue uma das principais causas daqueles transtornos, algumas manobras úteis: manter a bôca entreaberta por meio de um lápis seguro entre os dentes; fazer profundos movimentos respiratórios em posição genu-peitoral; fazer applicações quentes ou muito frias, na região epigástrica. Prescrições: Xaropé de éter e água cloroformada; Tintura de beladona (X gôtas) com carbonato de bismuto; brometo de sódio (2 gr.) com carvão em pó. (*Paris Médical*, 1943, N.º 32).





# **SULFARSENOL**

SAL DE SÓDIO DO ÉTER SULFUROSO ÁCIDO METILOLAMINOARSENOFENOL 

## ANTISIFILITICO — TREPONOCIDA

EXTRAORDINÁRIAMENTE PODEROSO

VANTAGENS: INJEÇÃO SUBCUTÂNEA SEM DÔR.  
INJEÇÃO INTRAMUSCULAR SEM DÔR.

ADAPTANDO-SE, POR CONSEQUÊNCIA, A TODOS OS CASOS

TOXICIDADE consideravelmente inferior à dos seus similares.

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

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

Preparado pelo laboratório de

*BIOQUÍMICA MÉDICA*

19-21, RUE VAN-LOO

PARIS

Representantes e Depositários exclusivos para Portugal e suas Colónias:

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

RUA AUREA, 154-156

TELEF. 24816 — LISBOA

# SULFAMETAZINA PASTEUR

2 - (4'AMINOBENZENOSULFONAMIDA) 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

PÔRTO

COIMBRA