

# PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

**SUMÁRIO:** **Sôbre algumas formas de tumores benignos dos ossos**, por A. REIS FIGUEIRA. **As parestesias faríngeas e o seu tratamento**, por DANIEL DE CARVALHO.

**Movimento nacional** — *A Medicina Contemporânea* (Titulação da «Nerium Oleander». Estenose mitral funcional por tumor pediculado da aurícula. Divertículo da quarta porção do duodeno. Quimioterapia do hipertiroidismo) *Imprensa Médica* (Diagnóstico da coqueluche pelas placas da tosse. Tratamento local da acne pelo sulfatiazol. Hérnia diafragmática para-esofágica do estômago. Progressos na imunização contra a febre tifoide.) *Medicina* (Patogenia da asma-brônquica.) *Sociedades e Congressos*.

**Revista geral** — **Bases fisiológicas das provas funcionais do rim**, por F. GRANDE COVIÁN.

**Notas científicas e práticas** — Novo tratamento da epilepsia. Reacção intradérmica para o diagnóstico precoce de gravidez. Será possível a profilaxia da meningite tuberculosa? Objecções ao tratamento do reumatismo pelo salicilato. Viramina C nas doenças da córnea. As sulfamidas nas nefrites agudas. Glucosúria e reumatismo articular agudo.

**ANEXOS** — **Socialização da medicina na Gran-Bretanha?** por A. GARRETT. Notícias e Informações.

O PORTUGAL MÉDICO está à disposição dos seus leitores para responder a todos os pedidos de informações de carácter científico ou profissional que desejem obter.



**THERAPEUTICA  
ESTIBIADA  
INTRAMUSCULAR**

COPIA  
1944

PELA

# ANTHIOMALINE

*Antimónio-tiomalato de lítio*  
SOLUÇÃO AQUOSA TITULADA A 6% DE SAL  
(OGR. 01 DE 56 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 injeções 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. DA**  
Rua dos Sapateiros, 30, 3.º  
**LISBOA**



## Socialização da medicina na Gran-Bretanha?

A guerra actual, tal como sucedeu com a anterior grande conflagração, de 1914-18, despertou nos países beligerantes, e particularmente na Gran-Bretanha, um forte movimento social, de anseio pela melhoria das condições gerais de viver de tôda a população. No que se refere à saúde pública, êsse movimento assume proporções notáveis, o que não deve admirar, atendendo ao conhecido carácter prático dos ingleses. Parece-me interessante nesta ocasião, em que com a instituição da « Ordem dos Médicos » assuntos desta natureza, do máximo interesse profissional, vêm sendo debatidos no seio da classe, inserir aqui algumas laudas sôbre o referido movimento.

« British Life and Thought » é uma série de pequenas mas valiosas monografias sôbre os vários aspectos da vida inglesa; uma delas, a n.º 17, intitula-se « Medicine in Britain » e foi escrita por Hugh Clegg, redactor do « British Medical Journal ». Sucessivamente trata de: estudos médicos, medicina nas colónias, investigações médicas, saúde pública, clínica pública e particular, hospitais e laboratórios, associação dos médicos britânicos; fecha com um capítulo sôbre « a medicina e o futuro », que, nesta quadra de anseio por melhoria dos serviços de medicina pública, merece ser integralmente transcrito para estas páginas, onde êste tema de actualidade tem sido versado muita vez. Nêle se mostra claramente como a idéia de realizar uma verdadeira socialização da medicina existe em Inglaterra, como por tôda a parte; mas nêle se verifica também que o bom-senso inglês corrige essa tendência em moda, conjugando a necessidade social que a provoca com a tradição profissional. Deixando para depois alguns breves comentários, eis o que nos diz a referida publicação:

*Syphilis:*

**Bismogenol**

*Fama Mundial*





«Diversos problemas ocuparam a mente dos médicos entre as duas guerras. A «British Medical Association» publicou em 1938 uma versão revista do seu projecto para um «Serviço médico geral para a Nação», e em 1940 nomeou uma comissão de estudo, para trabalhar em conjugação com o «Real Colégio de Inglaterra» e com a «Real Corporação da Escócia». Os setenta e três membros dessa comissão definiram o objectivo do serviço médico da seguinte maneira: a) preparar um sistema de serviço médico que directamente consiga uma positiva sanidade, tanto na prevenção da doença como no socorro aos doentes; b) proporcionar a cada indivíduo todos os serviços médicos de que necessitar, tanto gerais como especiais, tanto domiciliários como hospitalares.

A comissão nomeou grupos encarregados de estudar aspectos especiais do problema, e em Junho de 1942 as conclusões desses grupos foram encorporadas num relatório prévio. Esse relatório fez um apêlo para a unificação dos serviços médicos, para uma comprehensiva política sanitária nacional, para uma estreita cooperação entre os organismos oficiais e particulares, e para uma reforma dos serviços de administração sanitária central e local.

Reconheceu-se que os rápidos progressos da ciência médica nos últimos anos, e que a introdução de novas e engenhosas técnicas na prática médica, colocaram em difícil posição o médico particular das famílias. Em parte porque estas mostraram uma nascente tendência para se servirem do pessoal do serviço público, dos médicos contratados pela autoridade local que trabalhavam no âmbito da clínica geral. Em consequência disso e da nascente especialização da medicina, o médico clínico geral isolou-se cada vez mais de certos aspectos da medicina e dos seus colegas. Para que isto não tomasse indesejável desenvolvimento, uma idéia nasceu e cresceu depois da última guerra: formar grupos ou cooperativas de médicos gerais, reunidos em centro sanitário, que tomaria a seu cargo a clínica em área de determinada extensão. Os médicos gerais que constituem o centro participariam nos serviços médicos administrados pela autoridade local, dos quais estão de certa maneira excluídos. Propôs-se que o centro sanitário incluía uma sala de operações, um pequeno gabinete de raios X, e um laboratório para análises patológicas simples. No centro, o trabalho seria disposto por forma a deixar aos médicos mais tempo livre para o estudo do que presentemente tem. Certo é que as circunstâncias são favoráveis para a instituição oficial de semelhantes centros, mas ela deve ser precedida por ensaios experimentais e voluntários. A classe médica é contrária ao serviço oficial assalariado, em regime de «tempo completo», em que os médicos gerais sejam apenas empregados das autoridades locais.

A reorganização da clínica geral, segundo estas linhas, levará tempo a efectivar-se. Representará um desvio radical do caminho tradicional, pelo qual o médico adquire uma prática unilateral, ou



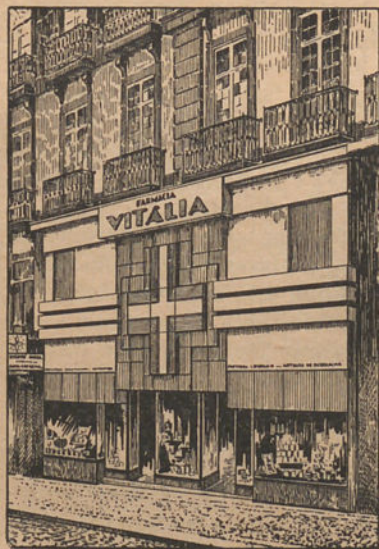
compra um lugar numa sociedade privada de dois ou três médicos, e leva o trabalho para a sua própria casa. A classe médica entende ser necessário preservar a livre escôlha do médico pelo doente e dêste por aquê, e compreende-se que isto brigará com um serviço oficial assalariado de «tempo completo».

Julga-se mais útil que, para a medicina geral, os médicos trabalhem em grupos, como no futuro serviço hospitalar o agrupamento dos hospitais em regiões, para efeitos administrativos. O serviço hospitalar regional deve organizar-se para áreas mais extensas do que as que actualmente correspondem às autoridades sanitárias locais. A primeira tarefa terá de ser a de apropriar a orgânica hospitalar a cada região. Uma ótima reforma será a de abolir as anomalias de prática médica e administração existentes entre o hospital particular e o hospital de serviço público. Sugere-se a fixação de três tipos de vencimentos médicos: 1.º — corpo assalariado para «todo-o-tempo», sem direito a fazer clínica particular; 2.º — cargo semelhante, mas com direito a uma certa clínica particular feita no hospital; 3.º — cargo de exercício em «parte-do-tempo», com direito a fazer clínica dentro ou fora do hospital.

## FARMÁCIA VITÁLIA

DIRECÇÃO TÉCNICA DO SÓCIO RIBEIRO DA CUNHA 34, PRAÇA DA LIBERDADE, 37—PÔRTO 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)



Assim podem resumir-se algumas das mudanças sugeridas no relatório prévio da acima mencionada comissão. Uma outra alta corporação, a «Sociedade dos médicos sanitários oficiais», também elaborou um plano para o futuro, que é a favor de um serviço médico estatal, administrado pelo Ministério da Saúde, tendo à cabeça o Ministro, responsável (como é agora) perante o Parlamento. Mas os médicos sanitários oficiais são uma pequena minoria dos médicos da Gran-Bretanha, onde, aliás, se encontram muitos assalariados oficialmente para serviço de «todo-o-tempo». Na opinião da maioria da classe médica, um geral e regulamentar serviço médico do Estado é uma embaraçante iniciativa, tolhedora da individualidade e do progresso da medicina.

Enquanto os médicos se ocupavam com os seus planos para o futuro, o Governo publicou o relatório do seguro social obrigatório, como havia solicitado o seu autor, Sir William Beveridge. O relatório, cujos princípios foram aceites pelo governo, baseia-se em três pontos: concessão de subsídios em dinheiro a todas as famílias que tenham filhos, até aos 15 anos destes; aplicação de serviços sanitários e de recuperação, para prevenção e cura das doenças e para o restabelecimento da capacidade para o trabalho, a todos os indivíduos; garantia dos emprêgos. As propostas relativas ao segundo ponto foram aceites pelo governo, e a sua regulamentação está a ser feita pelo Ministério da Saúde. A «British Medical Association» incitou os seus membros a colaborar com o governo no sentido de realizar perfeitamente a orgânica preceituada no relatório, e no de que o carácter, os termos e as condições do serviço sejam estabelecidas por negociação com a classe médica.

Sir William Beveridge, note-se, propôs que o serviço médico oficial se estenda a toda a comunidade nacional. Se isto se levar a efeito, será o fim da prática médica individual, de competência, na Gran-Bretanha? Significará a introdução do serviço médico assalariado pelo Estado, por «todo-o-tempo», apoiado pela «Sociedade dos médicos sanitários oficiais»? Os médicos, todos eles, entendem que assim como existe ensino médico do Estado e particular, lado a lado, deve haver medicina do Estado e medicina particular.

Estas questões são objecto de grande discussão e controvérsia. Quaisquer que sejam as conclusões finais, a classe médica não ficará atrás do grande público em insistir que o que está acima de tudo é a saúde e bem estar de todos, os homens, mulheres e crianças e em manifestar ao governo que é preciso assegurar isso, a todo o custo».

Para se avaliar bem a importância da inovação, é preciso conhecer o estado actual da medicina social no país que a vai instituir. Ponho de parte tudo o que se refere à higiene e profilaxia. Limitando a referência à medicina clínica, deve salientar-se, como de superior importância, o sistema de seguro social contra a doença, instaurado em 1911.



# DURANTE O INVERNO...



## AMPOLAS — XAROPE

A «**BRONQUITINA**» ampolas, associando a **QUININA BÁSICA** e as **ESSÊNCIAS ANTISÉPTICAS**, usualmente empregadas nas afecções bronco-pulmonares, com a **VITAMINA «A»** (factor anti-infeccioso), é uma fórmula original que tem merecido os melhores elogios.

A «**BRONQUITINA**» xarope, combatendo o sintoma tosse que mantém em permanente irritação todo o aparelho respiratório, constitui um valioso auxiliar do tratamento.

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

DELEGAÇÃO NO PÔRTO:  
Rua Mártires da Liberdade, 120  
DEPÓSITO EM COIMBRA:  
Avenida Navarro, 35



Até então, a assistência médica às classes trabalhadoras era feita por contratos entre médicos e grupos ou sociedades, um pouco à semelhança do que sucede entre nós com as mutualidades e as caixas sindicais. O seguro social obrigou todos os operários manuais e os não manuais desde que ganhassem menos de 160 libras por ano (a libra correspondia, em tempo normal e em relação ao custo da vida na Inglaterra e em Portugal, a 10 contos, aproximadamente), isto desde os 16 aos 70 anos; posteriormente, o limite de idade desceu para 65 anos, e o limite dos ganhos subiu para 240 e últimamente para 420 libras.

Presentemente, cêrca de 19 milhões de indivíduos estão filiados no sistema, o que, com as pessoas de suas famílias, eleva a cifra para 34 milhões, ou seja uns 85 por cento dos habitantes do país. Tõda esta enorme massa populacional recebe, além de benefícios monetários em várias circunstâncias de inabilidade, socorros médicos do âmbito da clínica geral sòmente, salvo em certos casos em que alguns serviços especializados são concedidos e apenas ao segurado e não aos seus familiares.

Não interessa no presente momento, dado o tema enunciado, expôr o método sugerido para associação dos segurados, as importâncias que pagam e donde veem os restantes recursos do sistema, a administração dêste, etc.; importa só indicar as relações com os médicos. Estas fazem-se do seguinte modo: em cada circunscrição territorial, os médicos que querem fazer serviço aos segurados são inscritos em lista apropriada, o «panel»; por êles se distribuem os segurados, não podendo cada um ter mais de um certo número dêles a seu cargo, mas podendo ter poucos se assim o desejar; os médicos recebem honorários por avença, a um tanto anualmente por cada segurado. Há médicos que tendo 2.500 pessoas (que é o máximo) ao seu cuidado vivem exclusivamente do serviço da «panel»; outros apenas lhe consagram uma pequena parte de tempo, por terem poucos segurados a servir, e dedicam-se sobretudo à clínica particular.

Indicado assim, sumariamente, o sistema vigente, vê-se que a reforma pode compreender duas modificações essenciais: ampliação dos serviços médicos a tôdas as suas modalidades, de especialização e hospitalização; extensão do âmbito dos segurados a tôda a população do país. Quanto à primeira, todos estão de acôrdo, porque não contende com o carácter liberal da profissão médica e representa um progresso indispensável. Quanto à segunda, dividem-se as opiniões, porque, a realizar-se, será quási fatal para a clínica livre, pois os indivíduos ricos, que terão de pagar certamente em relação com os seus rendimentos, aproveitar-se-ão de uma orgânica sanitária que terá necessariamente de funcionar satisfatoriamente. Os seus inconvenientes hão-de ressaltar mais tarde, e são as conseqüências futuras que devem principalmente impressionar os médicos ingleses, na sua maioria dis-



# VACINAS

DOS LABORATÓRIOS DO

**Dr. P. ASTIER**

## COLITIQUE

VACINA ANTICOLIBACILAR

APRESENTAÇÃO { PER OS  
INJECTAVEL  
FILTRADO

## PHILENTÉROL

VACINA POLIVALENTE BEBÉVEL

COMPOSIÇÃO { COLIBACILOS  
ENTEROCOCOS  
ESTAFILOCOCOS

## STALYSINE

VACINA ANTIESTAFILOCÓCICA

APRESENTAÇÃO { PER OS  
INJECTÁVEL  
FILTRADO

---

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

Representantes para Portugal e Colónias

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

240, Rua da Palma, 246 — LISBOA



cordantes da socialização proposta; esta razão deve certamente pesar mais do que os interesses individuais dos que serão imediatamente lesados, que são afinal uma pequena minoria dos profissionais da medicina Gran-Bretanha.

Pelos motivos que resumidamente veem expostos no escrito que transcrevi, vejo que a opinião ali exarada se baseia nos argumentos aduzidos neste lugar, quando tratei, em Novembro de 1943, dêste mesmo problema. Cá como lá, em tôda a parte, esta questão tem identicos aspectos essenciaes.

A. GARRETT

## NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

**Ordem dos Médicos.** — Entrou em vigor, no dia 1 de Janeiro findo, a elevação da quota mensal, de 10 para 15 escudos.

O Conselho Regional do Pôrto, por ter cessado o motivo que a determinou, levantou a suspensão do exercício profissional a D. Ernestina do Céu Arantes Teixeira.

No Conselho Regional do Pôrto, no passado dia 8, foi prestada calorosa homenagem ao seu presidente, sr. Dr. Adolfo Pinto Leite, procedendo-se ao descerramento do seu retrato; ao acto assistiram todos os membros do Conselho, promotores da homenagem, muitos dos delegados à Assembléia Geral e ao Conselho Geral da Ordem. Á noite, realizou-se um banquete de homenagem a que assistiram perto de 200 médicos, tendo o Dr. Pinto Leite sido saúidado pelo Prof. Dr. Carlos Ramalhão, presidente da respectiva comissão organizadora.

**Faculdade de Medicina de Lisboa.** — Vai ser nomeado professor agregado de Radiologia o sr. Dr. Carlos Santos, que acaba de prestar provas de habilitação a êsse titulo docente.

Foi nomeado professor extraordinário de Psiquiatria o prof. agregado sr. Dr. Henrique J. de Barahona Fernandes.

**Faculdade de Medicina do Pôrto.** — Prestaram provas de concurso a professor extraordinário de Medicina Interna, com plena aprovação, os nossos prezados colaboradores srs. Drs. António J. Ferraz Júnior e Francisco Pereira Viana.

**Faculdade de Medicina de Coimbra.** — Foi nomeado professor catedrático de Neurologia o prof. extraordinário sr. Dr. José Augusto Correia de Oliveira.

Atingiu o limite de idade o prof. João Duarte de Oliveira, a quem foi prestada homenagem de colegas e alunos, por ocasião da sua última lição.

**Prof. Lufs de Pina.** — Foi nomeado presidente da Câmara Municipal do Pôrto êste nosso iustre amigo e colaborador.

**Conferência.** — Na Faculdade de Medicina do Pôrto, o urólogo de Madrid, sr. Dr. Alfonso de la Peña, falou sôbre ressecção transuretral da próstata.

**Prof. Egas Moniz.** — Pelo sr. Ministro da Educação Nacional foram impostas ao sábio neurologista as insignias da Gran-Cruz da Ordem de S. Tiago, com que foi agraciado ao jubilar-se.

**Partidos médicos** a concurso: Monte Real, concelho de Leiria. Ponta Garça, concelho de Vila Franca do Campo. Sedielos e Poiães, concelho de Pêso da Régua.

**Necrologia.** — Dr. José da Costa Gaito, delegado de saúde aposentado de Tábua. Dr. José de Almeida, de Miranda do Corvo, antigo médico municipal de Lavos. Dr. José Pulido Valente, médico do quadro colonial, colocado em Moçambique. Dr. Manuel Carocha, de Lisboa, que não exercia a clínica.



# PORTUGAL MEDICO

(3.<sup>a</sup> SÉRIE DAS ANTIGAS REVISTAS: GAZETA)  
DOS HOSPITAIS E VIDA MEDICA. ANO 37.º)

1945

N.º 2

## Sôbre algumas formas de tumores benignos dos ossos <sup>(1)</sup>

por A. REIS FIGUEIRA

Assistente de Anatomia Patológica  
na Faculdade de Medicina do Porto

Como é sabido, só a partir de meados do último século foi possível isolar os tumores benignos dos ossos do vasto e confuso grupo das osteopatias. De então para cá, graças ao aperfeiçoamento dos meios de investigação, valiosa tem sido a contribuição no sentido de ordenar e melhor definir um quadro nosológico próprio, segundo o comportamento clínico e particularidades estruturais.

Basta recordar alguns nomes da já numerosa lista de autores que a êste assunto têm dedicado a sua atenção: VIRCHOW, CORNIL e RANVIER, baseados em pormenores anátomo-patológicos, distinguiram as neoplasias ósseas verdadeiras das osteítes infecciosas; ROBIN, bem como PAGET e NÉLATON, descreveram os tumores de mieloplaxes, sublinhando o seu carácter de relativa benignidade; autores contemporâneos, como CODMANN, KOLODNY e EWING, propondo classificação fundamentada na histogénese, e COLEY, BLOODGOOD, JEANNENEY, MOULONGUET, BRAINE, etc., reunindo importante documentação clínica e radiológica, muito têm feito no sentido da diagnose e da terapêutica.

Contudo, apesar de cada vez mais bem conhecido, êste grupo nosológico oferece ainda numerosos problemas que aguardam satisfatória solução.

Tentaremos abordar alguns dos seus aspectos, aproveitando, de entre o material reunido no Laboratório de Anatomia patológica (Prof. AMÂNDIO TAVARES), os casos que podem merecer algumas considerações.

Começaremos pelos tumores de *mieloplaxes*, ou *gigantocelulares*, de localização óssea.

(<sup>1</sup>) Comunicação ao Congresso Hispano-Luso-Americano de Anatomia. Santiago de Compostela — Outubro de 1943.





Considerados outrora como sarcomas, acham-se hoje, sem dúvida, incluídos no quadro das afecções benignas, não só pelo comportamento clínico, como pelos caracteres estruturais do estroma; no entanto, discute-se ainda o seu significado morfológico, no que respeita à natureza neoplástica, distrófica ou inflamatória, o parentesco com a osteíte fibrosa, sobretudo nas formas localizadas, e bem assim a possibilidade da transformação maligna.

Não é nosso propósito focar estas variadas questões em todos os pormenores, pois delas ainda recentemente se ocupou ERNESTO MORAIS, em trabalho de conjunto de que vamos referir algumas observações relativas a ossos, por forma a mostrar as freqüentes dificuldades de diagnóstico clínico e radiológico e, ao mesmo tempo, a salientar o valor do exame histopatológico, tantas vezes decisivo.

Veja-se a Obs. XXV, referente a uma mulher de 40 anos, que apresentava no punho direito uma tumefacção cujo desenvolvimento, muito rápido e bastante doloroso, levou à suspeita de lesão maligna. A radiografia mostra a destruição da parte inferior do rádio por um tumor que tanto parece um sarcoma como um tumor de mieloplaxes. Recorre-se à biopsia e, como esta não confirmasse a suspeita clínica e radiológica de malignidade, decide-se por uma terapêutica cirúrgica conservadora seguida de sessões de radioterapia, no decorrer das quais se verifica, por uma série de imagens radiográficas, a boa marcha da lesão no sentido da cura.

Ao exame histológico (n.º 2190), nota-se o aspecto geral de um tumor gigantocelular com algumas variações estruturais segundo os pontos considerados. Nos fragmentos colhidos à periferia existem algumas lamelas osteóides, com fenómenos de osteoclasia e osteólise, rodeadas de tecido conjuntivo fibroso ou laxo bem separado das regiões propriamente tumorais. Ao lado dessa zona, a neoplasia é constituída por numerosas células gigantes, em diferentes períodos evolutivos, no meio de estroma rico de pequenas células mesenquimatosas, com reduzida substância fundamental interposta e, num ou noutro ponto, faixas de aspecto fibroblástico adulto. Quási todos os vasos têm parede própria; hemorragias intersticiais, aqui e além, dissociam o tumor e dão origem à formação de falsas lacunas sangüíneas.

Os fragmentos correspondentes à porção mais friável da neoformação caracterizam-se pela extraordinária abundância de células gigantes novas, entre as quais se distribuem elementos mesenquimatosos redondos, volumosos, quási sem colagénio a separá-los, em grande actividade mitótica.

Em suma, só a análise histológica permitiu excluir a suspeita de malignidade, aliás bem fundamentada no exame rádio-clínico.

Na Obs. seguinte (XXVII), pelo contrário, a clínica e a radiologia mostraram-se mais optimistas, concluindo por lesão benigna,



o que a histopatologia não confirmou. Trata-se de um rapaz de 20 anos, que apresentava na perna esquerda, junto do maléolo peroneal, uma tumefacção de forma ovalar, do tamanho dum punho, cujo início datava de há 4 anos. Crescimento lento, a princípio sem dores e depois levemente doloroso, mas sem impedir o paciente de realizar, diariamente e durante muito tempo, longos percursos a pé. Dor à palpação. Rêde venosa muito desenvolvida. A pele deslisa facilmente sôbre o tumor, excepto no polo inferior, onde lhe adere.

Uma radiografia mostra, à altura do maléolo peroneal, uma mancha clara, sulcada de linhas sombrias desenhando rêde irregular de malhas pequenas, cuja periferia é marcada por espêssa linha rugosa, apenas interrompida no polo inferior.

Procede-se à exêrese da neoplasia e o respectivo exame histológico (n.º 1198) vem revelar um tumor formado por tecido fibromixomatoso, sulcado de feixes conjuntivo-vasculares, com numerosas células gigantes e focos hemorrágicos. O estroma apresenta células novas, arredondadas ou poligonais por pressão recíproca, sem colagénio interposto e, não raras vezes, com núcleos monstruosos ou em mitose atípica. Aqui e além, vasos sanguíneos sem parede própria e zonas de evolução condróide completam o quadro histológico de malignidade. Tratava-se, pois, de um verdadeiro sarcoma com células gigantes.

E, por último, mais um exemplo referente a um caso já publicado por FERNANDO MAGANO E ESPREGUEIRA MENDES com o fito de realçar o valor da arteriografia como elemento de diagnóstico, numa fase da afecção em que a síntese rádio-clínica deixava hesitações. A êste caso aludiu também ERNESTO MORAIS ao tratar da actividade péxica dos elementos histiocitários dos tumores gigantocelulares. Diz respeito a uma rapariga de 16 anos a quem aparecera uma tumefacção na face externa do joelho direito, 6 meses após um traumatismo, logo acompanhada de dores não muito intensas. Essa tumefacção, de forma esferoidal, dura, lisa, imóvel, levemente dolorosa à pressão, apresentava-se coberta de tegumentos normais. A radiografia, à data da hospitalização, mostrava um tumor osteolítico da extremidade superior do peróneo, de progressão centrífuga, com desaparecimento de tôda a estrutura óssea, destruição, em alguns pontos, do halo periférico e, no polo inferior, limites imprecisos entre a neoformação e o ôsso intacto, — em suma, imagens suspeitas de malignidade, pondo em dúvida o que, com tôda a verosimilhança clínica, se poderia rotular de tumor de mieloplaxes.

Importa, no entanto, referir que a lesão fôra submetida, 3 meses antes, a tratamento radioterápico. Se bem que tivesse sido considerada a idéia de que os tumores desta natureza, submetidos a



radiações, podem perder o aspecto característico e dar imagens radiográficas de lesão maligna, o Prof. MAGANO e o seu colaborador, depois de buscarem na arteriografia outros elementos de diagnóstico — e todos são poucos em matéria de tumores ósseos — viram surgir agravamento acentuado da sintomatologia clínica, o que os levou a extirpar por inteiro a neoformação, enviando-a ao Laboratório de Anatomia patológica para esclarecimento da sua natureza. O exame histológico (n.º 3383) revelou a estrutura de um tumor gigantocelular constituído por numerosos elementos multinucleados, regularmente disseminados num estroma conjuntivo rico de células de nítida feição histiocitária, num ou noutro ponto em franca evolução fibroblástica. Nos fragmentos colhidos à periferia observam-se lamelas osteóides, com fenómenos de osteoclasia e osteólise, a par de outros de neoformação, dando à cápsula óssea a irregularidade de espessura que explica o aspecto areolar ou em «espuma de sabão» destes tumores, ao exame radiográfico. A ausência de monstruosidades nucleares e de mitoses, a abundância de capilares de endotélio normal, e zonas de extravasamento sangüíneo com pigmento hemossidérico livre ou floculado por histiócitos completavam o quadro microscópico, denunciando o carácter benigno da afecção.

Se é certo que a clínica não excluiu inteiramente a idéia de benignidade, nem por isso deixou também de considerar a hipótese de lesão maligna; exames subsidiários pedidos à radiologia e, desta vez, à arteriografia, também não esclareceram a dúvida, cabendo, em última análise, à histologia a opinião decisiva.

Mas isto não sucede apenas com os tumores de mieloplaxes.

Vamos relatar sucintamente uma observação de tumor ósseo, interessante pela raridade e pelas dificuldades de diagnóstico a que o desacôrdo entre a clínica e a radiologia pode dar lugar.

Refere-se a um homem de 24 anos que apresentava, na epífise superior do peróneo, tumefacção dura, do tamanho dum punho e cujo desenvolvimento lento se iniciara havia dez anos; à data da observação somente incomodava pelo volume. A não ser certo estôrvo na flexão da perna, o doente não se queixava de dores ou de quaisquer outras perturbações funcionais.

O comêço insidioso, a tumefacção como primeiro sintoma e a longa evolução sem dores conduziram clinicamente à hipótese de tumor benigno, com tôda a probabilidade tumor de mieloplaxes, dada a sua localização. Contudo, a imagem radiográfica (Fig. 1) foi bem menos tranqüilizadora, pois, deixando transparecer fenómenos de destruição óssea, irregularidade e interrupção da cápsula, harmonizava-se mais com a idéia de sarcoma.

O aspecto macroscópico já de si permitia invalidar esta hipótese, porquanto a aludida tumefacção era essencialmente constituída



por tecido mole e friável, de aspecto adiposo, encarcerado num verdadeiro favo de tecido ósseo, cujos alvéolos, por vezes inteiramente ossificados, ofereciam grande variabilidade de tamanho (Fig. 2).

É que não era vã suposição, bem o demonstrou o exame histológico (Fig. 3). Com efeito, tratava-se de um *osteolipoma*, estruturalmente definido pela coexistência de trabéculas ósseas de tipo haversiano ou — facto unicamente reconhecível à periferia — osteocartilagíneo (disposto segundo a clássica imagem da ossificação endocrinal) e de tecido adiposo localizado nos espaços circunscritos por aquelas formações.

Nas pesquisas bibliográficas a que procedemos apenas encontramos escasso número de observações idênticas, devidas a KAUFMANN, FRITSCHEK, MOUNGUET & DOBKEVITCH e, entre nós, a TEIXEIRA BASTOS, HER-



Fig. 1 — Imagem radiográfica do osteolipoma.



Fig. 2 — Aspecto macroscópico do osteolipoma.

NANI MONTEIRO & ROBERTO CARVALHO, sendo, por todos, considerada variedade tumoral pouco frequente.



No serviço de Anatomia patológica da Faculdade de Medicina do Pôrto (Prof. A. TAVARES) é este o único caso observado. Particulariza-o a acentuada penetração de trabéculas ósseas na

massa tumoral, o que leva a admitir, com MOULONGUET e DÓBKEVITCH, a sua origem óssea e a considerar como fenómeno secundário a aderência ao periósteeo.

¿ Poder-se-á relacionar a pouca frequência destes tumores com a escassez de tecido adiposo do osso neoformado? Na opinião de ROFFO, não é indispensável tal condição, pois sabe-se que muitos lipomas, assim como os osteomas, se podem desenvolver em regiões onde previamente não há tecido adiposo nem tecido ósseo. É suficiente a existência de tecido conjuntivo e, assim, estes neoplasmas não seriam mais que



Fig. 3 — Aspecto histológico do osteolipoma.

tecido adiposo nem tecido ósseo. É suficiente a existência de tecido conjuntivo e, assim, estes neoplasmas não seriam mais que

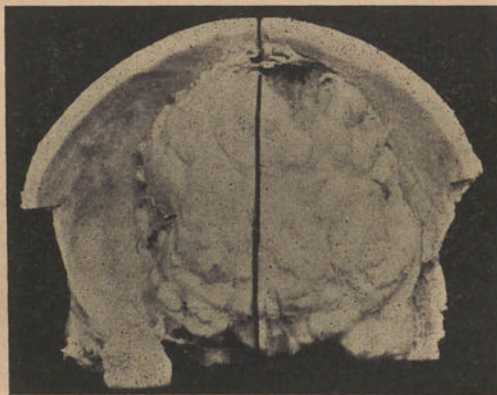


Fig. 4 — Enostose do frontal.

a manifestação de simples processo metaplástico. No entanto, o caso de TEIXEIRA BASTOS, HERNANI MONTEIRO & ROBERTO CARVALHO, referente a um osteolipoma, ao que parece congénito, depõe a favor da origem embrionária.



Formas menos raras de tumores benignos dos ossos são as clãssicamente designadas pelo nome genérico de *osteomas*, idênticos pela estrutura mas, na realidade, muitas vezes diferentes, tanto pela patogenia como pelos caracteres clínicos.

De evolução benigna por definição, podem, contudo, em determinadas circunstâncias, pela sua localização especial, adquirir comportamento clínico de franca malignidade. Queremos referir-nos aos osteomas da abóbada craniana e dêstes, em particular, aos desenvolvidos na tábua interna, como o que tivemos ensejo de estudar num indivíduo do sexo masculino falecido súbitamente sem assistência médica. A autópsia mostrou, na parte interna da região fronto-orbitária, uma tumefacção óssea de tamanho pouco superior ao dum punho, de superfície bosselada, contornos bem delimitados e larga base de implantação (Fig. 4). Externamente, notava-se a projecção do tumor para as cavidades orbitárias, reduzindo-as consideravelmente e tornando muito proeminentes as arcadas supraciliares.

Na superfície de secção distinguem-se duas zonas de tonalidades diferentes: uma, de coloração escura, formando faixa ondulada na base de implantação; outra, de aspecto e consistência ebúrneas, no resto da massa tumoral. Correspondia-lhes também diversa estrutura histológica: assim, enquanto a primeira era formada por osso esponjoso caracterizado pela riqueza de espaços medulares e canais de Havers, a segunda era inteiramente constituída por osso compacto sem vestígios de medula e com poucos canais.

Em suma, tratava-se de uma enostose ebúrnea.

A primeira vista, julgando-se apenas pela estranha localização, insólito volume e conseqüente sintomatologia de compressão encefálica e ocular, que deveria ter provocado (nada se conhece àcerca da evolução do caso), esta curiosa peça bem poderia ter sido tomada como sarcoma. Porém, exame mais atento das suas características macroscópicas, bem como a constituição histológica depõem a favor da sua natureza benigna; sòmente a circunstância de se ter desenvolvido na face interna do crânio lhe conferiu malignidade, pelas manifestações clínicas a que deve ter dado lugar.

Formações volumosas como esta, segundo KAUFMANN, são muito raras. Por isso e pela desnorteante sintomatologia deixam entrever a dificuldade do diagnóstico exacto, só possível com o recurso da radiografia. Além disso, oferecem ainda dificuldades de outra ordem, sobretudo operatórias, motivadas pela extrema dureza da variedade ebúrnea, ou situação pouco acessível, como no caso presente.

A origem traumática é admitida pela maior parte dos autores. Sòbre êste ponto, infelizmente, nada pudemos apurar: trata-se de antiga peça que figura no primitivo catálogo do Museu como sarcoma.



Outro problema, ainda insuficientemente esclarecido e ordenado, é o das osteocondrodistrofias, sôbre o qual se nos oferece a oportunidade de bordar algumas considerações a propósito do caso que, resumidamente, vamos relatar.

Trata-se de um indivíduo de 32 anos, A. N. G., funileiro, internado no Hospital de Santo António por motivo de tumor da extremidade inferior da perna direita. Essa tumefacção desenvolveu-se em 10 anos, a partir de

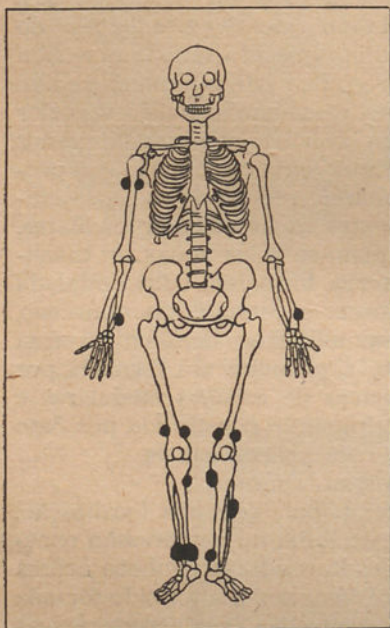


Fig. 5 — Distribuição das exostoses.

uma saliência óssea idêntica a várias outras que o doente se recorda de ter desde criança, e que a palpação confirma, nos ossos longos, sobretudo junto das zonas metafisárias, duras como os próprios ossos, mas de superfície mais rugosa, de implantação sésil ou largamente pediculada, indolores, de tamanhos variáveis entre o de avelãs e o de nozes, e de crescimento lento, visto ter-se feito proporcionalmente ao desenvolvimento normal dos ossos. Além destes nódulos, cuja distribuição o esquema junto reproduz (Fig. 5), notava-se leve incurvação das diáfises cubitais com encurtamento dos antebraços.

A referida tumefacção era igualmente dura, mas de superfície menos rugosa e mais bosselada, tendo atingido o volume dum punho, sem haver ocasionado, na marcha, estôrvo de maior. Apenas nos últimos meses o doente

notara certa dificuldade nos movimentos de flexão e extensão do pé, exigidos pelo pedalar da bicicleta que diàriamente utilizava.

Em consequência duma queda, complicou-se a evolução do tumor: a pele fina e tensa que o cobria ulcerou, e a infecção, progredindo em profundidade, promoveu a fistulização.

Nos antecedentes pessoais há a referir doenças venéreas e sífilis provável. Nos antecedentes hereditários verifica-se o carácter familiar da afecção: o pai, uma irmã, a avó e um tio paternos apresentam idênticas lesões.

Análises de sangue: Reacção de WASSERMANN levemente posi-



tiva; cálcio, 14 miligrs. por litro; fósforo, 20 miligrs. por litro. Não foi possível a determinação das fosfátases.

Conquanto da observação clínica do doente não ficasse a



Fig. 6 — Radiografia do osteocondroma.

impressão de neoplasia maligna — antes, sim, a suspeita de tumor de mieloplaxes, aliás não confirmada pelo exame radiográfico (Fig. 6) — fenômenos de infecção ascendente, com temperatura elevada, aumento de dores, etc., a despeito de cuidadoso e adequado tratamento, impuseram a amputação do membro pelo terço superior da perna.

A peça operatória, enviada para o Laboratório de Anatomia patológica, mostrava um tumor do tamanho dum punho, bem delimitado, de superfície lobulada, consistência dura e elástica, largamente implantado na extremidade inferior da tíbia e do peróneo, soldados a este nível (Fig. 7). Na pele, distendida e aderente aos planos subjacentes, uma perda de substância de contornos irregularmente circulares, de 2,5 cm. de diâmetro, representa o orifício de fistulização. A superfície de secção, de tonalidade amarela, era atravessada por trabéculas de aspecto e consistência osteóides, não havendo quaisquer focos hemorrá-

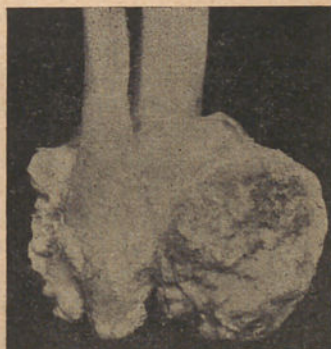


Fig. 7 — Aspecto macroscópico do osteocondroma.



gicos que a hipótese clínica de tumor de mieloplaxes poderia fazer supor.

O exame histológico revelou a estrutura própria de um *osteochondroma*, essencialmente constituído pela neoformação concomitante de tecido ósseo e cartilágneo, com predomínio de um ou de outro, segundo os pontos considerados. O tecido cartilágneo — rico de células, de formas e tamanhos diversos, nem sempre encapsuladas, irregularmente dispersas em substância intersticial amorfa — apresenta-se semeado de focos de impregnação calcárea, mais importantes nas imediações de gomos conjuntivos, junto dos quais se originam extensas zonas osteóides. A escassez de vasos explica os fenómenos degenerativos que amiúde também se observam.

Em face de lesões distróficas múltiplas do esqueleto, no período de crescimento, como as que se nos apresentam, três são as afecções que importa considerar para diagnóstico diferencial: a discondroplasia de OLLIER, a condromatose e a doença osteogénica. Se é certo que o mesmo início durante o período de crescimento, a mesma evolução, multiplicidade e localização de lesões, enfim a mesma expressão radiológica e histológica, são caracteres comuns a justificar a denominação genérica de *condrodistrofias*, adoptada por vários autores, há, por outro lado, particularidades bem definidas, como a data de aparição, a hereditariedade, a uni ou bilateralidade, a importância das lesões das mãos e do encurtamento dos ossos longos, etc., que em alguns casos permitem individualizar essas afecções e estabelecer a sua destrição.

Vejamos o que sucede no caso presente, confrontando as suas características com as definidas por vários autores (RICHARD, DUPUIS, entre mais).

Se à primeira vista parece relativamente fácil pôr de parte a discondroplasia, afecção quási sempre hereditária, e que se manifesta, sobretudo nas raparigas, por encurtamento e deformação do esqueleto de um só lado, outro tanto não sucede quando se trata de distinguir a doença osteogénica da condromatose. Com efeito, já vários autores (NASSE, LENORMANT, LECÈNE, além de outros), referiram a analogia destas duas afecções, durante muito tempo confundidas e pela primeira vez separadas por CRUVEILHIER; estabeleceram-se, em parte, as relações que as aproximam, como sejam a aparição em indivíduos no mesmo período de crescimento, carácter hereditário comum, embora mais evidente na doença osteogénica, possibilidade de formação de um condroma sobre exostose preexistente e, por último, a concomitância do seu desenvolvimento em pontos diferentes do esqueleto.

Compreende-se, pois, a razão da dificuldade do diagnóstico diferencial preciso. Em todo o caso, valendo-nos de certos dados anátomo-clínicos concernentes à morfologia e volume das lesões



(as exostoses são de volume menor, em geral não ultrapassam o tamanho dum punho, são ponteadas e menos lisas) e tendo ainda em conta os antecedentes e caracteres evolutivos (as exostoses atingem as dimensões máximas quando termina o crescimento esquelético, ao passo que os condromas continuam a desenvolver-se para além desse período), somos levados a concluir que se trata de *exostoses osteogénicas*, uma das quais em desenvolvimento osteocondromatoso.

A distinção entre exostoses osteogénicas ou de crescimento e as não osteogénicas ou de causa traumática ou inflamatória, foi adoptada já por VIRCHOW e DUPUYTREN. Mais tarde, outros autores (PONCET, RUSHET, etc.) caracterizaram mais precisamente umas e outras.

Como se sabe, as exostoses osteogénicas, em opposição às não osteogénicas, são quasi sempre hereditárias e múltiplas, formam-se sobretudo a partir das cartilagens de conjugação e são as cartilagens mais férteis as que mais freqüentemente lhes dão origem (lei de OLLIER). Daí, a sua localização característica e a predilecção pelas extremidades superiores dos úmeros, tíbias e peróneos e inferiores dos fêmures —, em suma, «perto do joelho, longe do cotovêlo», segundo a expressão abreviada e corrente.

Embora algumas excepções, apontadas por vários autores, não invalidem, antes venham confirmar a regra que abrange o nosso caso — e não se devem contar como excepções os desvios resultantes do crescimento do osso em comprimento, colocando longe da epífise uma exostose primitivamente juxta-epifisária — podem, no entanto, servir para demonstrar que nem só as cartilagens metafisárias possuem a propriedade osteoformativa. De facto, também se podem observar nos ossos chatos, desenvolvidas a partir dos pontos de ossificação. Outra característica importante, adquirindo até foros de lei (lei de BESSEL-HAGEN), foi definida por este autor: a exostose osteogénica seria sempre uma distrofia regular, desenvolvida em prejuízo do comprimento do osso que lhe dá origem, donde o seu encurtamento; que se diz, «o osso perde em comprimento o que ganha em neoformações». Embora certos autores, como LENORMANT e LECÈNE, não considerem constante esta lei, a sua verificação merece ser registada no nosso caso (cúbito).

No que respeita à patogenia, pelos conceitos actuais continua, na generalidade, a admitir-se uma anomalia de evolução da cartilagem conjugal, de origem congénita (OMBREDANNE) ou disemбриoplástica, por inclusão de nódulos cartilagíneos (SALMON), ou por sequestração de ilhotas cartilagíneas em tecido juxta-epifisário (VIRCHOW).

¿Quais os factores etiológicos a que se subordina tal anomalia? Ao certo nada se sabe. As diversas causas invocadas — heredita-



riedade (APERT), toxinfecções atenuadas, como a tuberculose e a sífilis (PONCET e PISSAVY), alterações nervosas, perturbações das glândulas endócrinas (LERICHE e POLICARD)— não têm, a apoiá-las, na opinião de LENORMANT, a confirmação dos factos.

Sem dúvida, as alterações esqueléticas do género das observadas não constituem afecção meramente local, antes devem ser tidas como perturbações gerais do organismo, em que determinadas glândulas endócrinas e o sistema simpático desempenhariam, pela sua disfunção, papel importante. Mas a ninguém satisfaz tão cómodo laconismo de conceito.

¿Qual, na realidade, a glândula ou glândulas responsáveis? Para LERICHE, a hipófise, a tireóide e as glândulas genitais não seriam estranhas ao processo. Outros autores, em face de valores elevados do cálcio no sangue em alguns casos, e sabido que as parati-reóides regulam o seu metabolismo, tentaram atribuir-lhes certa participação. Contudo, a inconstância desses valores não autoriza tal opinião.

Do conhecimento incompleto em que ainda nos encontramos a respeito da etiopatogenia se ressentem a classificação das osteodistrofias. Entretanto, para sistematização de idéias, é corrente adoptar-se a que considera a distrofia em relação aos diferentes períodos evolutivos do tecido ósseo: distrofias de formação ou congénitas, de evolução ou de crescimento, e de consolidação ou da idade adulta.

Não cabe na índole desta nota versar tal aspecto do problema, tanto mais que, entre nós, dêle recentemente ainda se ocupou NUNES DA COSTA, a propósito de um caso idêntico, de discondroplasia associada a exostoses osteogénicas.

A observação que acabamos de notificar, também de forma associada, embora menos rara, serve, no entanto, para pôr em relevo os pontos de contacto que unem as osteocondrodistrofias, deixando entrever formas intermediárias que nos poderão orientar num sentido etiopatogénico talvez comum, mas ainda, como dissemos, não satisfatoriamente elucidado.

Com excepção dos tumores de mieloplaxes, já bastante conhecidos e de que apenas destacamos o aspecto particular do seu diagnóstico, todos os restantes casos referidos são de variedades tumorais curiosas e mais ou menos raras; merecem, pois, justificada referência, tanto por esse motivo, como pelas considerações de ordem clínica e patogénica que suscitam.

Uma ou outra vez referimo-nos à indecisão da clínica e da radiologia em face dos discordantes resultados, não para exclusivamente fazer sobressair o mérito da histologia, mas para recordar o que cada vez mais deve estar presente no espírito de



clínicos e patologistas: que são indispensáveis todos os modos de investigação para resolver as dificuldades de diagnóstico de que é tão pródiga a patologia óssea.

Se há casos em que o balanço rádio-clínico apura sem custo o diagnóstico, outros há, como os que objectivámos, em que êste é difícil tarefa, sendo nêles que a Anatomia patológica, por via de regra, decide com relativa facilidade.

No que respeita ao aspecto patogénico, se as ilações que dos casos apresentados tiramos não mudam, na sua essência, o rumo das idéias, nem por isso deixarão de ter valor, modesto embora, pois, além do interêsse particular de cada observação em si, facultam exame de conjunto com outras da mesma natureza e de que é lícito esperar ensinamento ou factó novo a esclarecer o que de obscuro o problema encerra.

## BIBLIOGRAFIA

BASTOS (T.), MONTEIRO (H.) & CARVALHO (ROBERTO) — Un cas rare d'ostéolipome cervical congénital. *Ann. d'Anat. pathol. et d'Anat. nor. médico-chir.*, 4, 1925, p. 335.

FRITSCHKEK (F.) — Ref. in *Pathologica*, 20, 1928, p. 156.

KAUFMANN — *Trat. di Anat. Patol. Speciale*, Milano, 1926.

MAGANO (FERNANDO) & ESPREGUEIRA MENDES — Elementos de arteriografia clínica a propósito de um tumor de mieloplaxes do peróneo. *Portugal Médico*, 23, 1939, p. 82.

MORAIS (ERNESTO) — Tumores gigantocelulares. *Arquivo de Patologia*, 12, n.º 1, 1940.

— Sôbre a actividade péxica dos elementos dos tumores gigantocelulares. *Portugal Médico*, 25, 1941, p. 487.

MOULONGUET, BACHY & DOBKEVITCH — Lipomes periostés. *Rev. de Chir.*, 77, 1939, pág. 1.

NUNES DA COSTA (A.) — Um caso de discondroplasia com exostoses osteogénicas. *Folia Anat. Univers. Conimbr.*, 10, 1942, p. 1.

RICHARD & DUPUIS, ROEDERER & FROYEZ — Les chondrodystrophies. *Rev. d'Orthopédie*, 23, 1936, p. 490.

ROFFO (A. H.) — Lipoma de la lengua. *Bol. del Inst. de Med. Exper. para el Estudio y Trat. del Cáncer*, 31, 1932, p. 483.



## As parestesias faríngeas e o seu tratamento

por DANIEL DE CARVALHO

Otorrinolaringologista dos Hospitais — Pôrto

Os parestésicos faríngeos constituem uma legião de doentes que andam de umas para outras clínicas, de otorrinolaringologistas e de neurologistas, reclamando alívio para os seus torturantes padecimentos. Os casos abundam. Segundo Escat, entre os doentes que se queixam de disfagia, 20 % pertencem àquela categoria.

De que se queixam estes infortunados e sofredores doentes? De sensações dolorosas e angustiosas da sua faringe, cujo exame ou nada nos revela de anormal ou quando muito nos mostra alguma pequena e insignificante lesão de maneira alguma proporcional à intensidade dos sintomas dolorosos acusados pelo doente. No primeiro caso é tudo espírito de invenção; os doentes fazem a sua alucinação. No segundo caso, transformam e exageram a sensação obtida por qualquer pequena lesão existente; assim um pequeno folículo linfóide da parede posterior da faringe, uma ligeira hipertrofia duma amígdala lingual, uma cripta amígdaliana infectada, um reduzido bloco de adenóides, ou mesmo ainda uma simples faringite catarral hipertrófica, podem dar-lhes a impressão dum volumoso corpo estranho que os atormenta permanentemente. Nêstes casos trata-se simplesmente duma ilusão. Bem a propósito nos diz Laugier: a ilusão está para a alucinação assim como a maledicência está para a calúnia, uma aumenta e a outra inventa.

Em qualquer dos casos são doentes com um estado mental particular que pôde ser constante ou resultar dum estado fisiológico ou patológico transitório. É necessário um terreno orgânico especial, um temperamento psicasténico predisposto e sensibilizado para a auto-sugestão. Há nestes doentes possivelmente um desequilíbrio endocrino-simpático. Muitos deles sentem o funcionamento dos seus próprios órgãos, especialmente daqueles cuja inervação simpática é rica e vasta. Não são pitiáticos puros como se pensou em tempos, enquadrando-os no grupo dos histéricos. Um parestésico não é um nevropata no verdadeiro significado da palavra. A ansiedade e as idéias delirantes que freqüentemente encontramos em muitos destes indivíduos e que por vezes os conduzem até ao suicídio, são sempre secundárias e nunca primitivas. É o que se observa noutras afecções dolorosas de ordem simpática,



como por exemplo nas causalgias post-traumáticas dos membros que todos bem conhecem e que são freqüentemente acompanhadas dessa sintomatologia psíquica. As variadas perturbações endocrino-simpáticas que estão na base destes estados parestésicos estão sujeitas, por assim dizer, a uma transformação psíquica que pôde chegar a ser grave em certas e determinadas condições. Dizia Courbin, em Bordeaux, numa interessantíssima lição a que tive ensejo de assistir: «Cada um de nós tem uma excitabilidade própria dos centros bulbares, cada um de nós tem um potencial de resistência à inquietação, à obsessão e à idéia fixa. Assim cada um de nós fará com maior ou menor facilidade a sua parestesia».

Como causas predisponentes encontramos certas doenças agudas ou crônicas e certos estados fisiológicos. Posteriormente a uma angina muitas vezes gripal, as sensações dolorosas da faringe persistem ao desaparecimento de todos os fenómenos inflamatórios. As afecções crônicas como a uremia, a diabetes, a colesterinemia, etc., com a sua faringite diatésica, juntam à alteração geral, o factor local. O factor endocrino, particularmente do ovário, explica a maior incidência no sexo feminino e especialmente na menopausa.

Na etiologia merecem destaque as influências psíquicas. A leitura de artigos de ordem médica, publicados em jornais ou revistas, assim como de panfletos que por vezes acompanham certas especialidades farmacêuticas e onde se descreve detalhadamente a sintomatologia e etiologia de determinadas doenças, ocasiona muitíssimas vezes, em indivíduos com uma particular predisposição, o aparecimento de falsos sintomas, iguais aos que mais os impressionaram durante as referidas leituras. Igualmente se tornam até certo ponto prejudiciais as discussões em matéria de medicina tão vulgarizadas hoje em dia. E muito freqüente aparecerem nas clínicas dos otorrinolaringologistas, indivíduos cancerófobos ou tuberculófobos que atormentados e apreensivos chamam a nossa atenção para a sua faringe, pelo simples facto de meses antes ter falecido com uma tuberculose ou um cancro laríngeo, um seu amigo, vizinho ou parente, com quem fizeram certa convivência durante algum tempo. Êstes indivíduos impressionaram-se com êste facto, convergem para a faringe tôda a sua atenção durante largo tempo, acabando por fazer a sua inevitável e desesperante parestesia.

Existem, pois, nos parestésicos perturbações orgânicas simultâneamente com perturbações psíquicas que praticamente se intrinacam e se confundem. Freqüentes vezes o doente liberta-se da sua parte orgânica, da sua espinha irritativa, mas continua a manter ansiedade e muitas vezes um tal estado melancólico que o faz tran-



sitar para uma clínica neurológica. Estas relações entre o físico e o moral constituem um problema de patogenia difícil de esclarecer.

Existe à volta da faringe um plexo nervoso muito desenvolvido, constituído por ramos saídos do simpático e do seu gânglio cervical superior, bastante idêntico aos plexos solar, cardíaco e pulmonar. Esta inervação faríngea simpática leva a crer que muitas destas parestesias resultem de verdadeiras simpatalgias. Mas qual o mecanismo?

Tratar-se-á de uma simples nevrite simpática, tóxica ou infecciosa, ou do glosso-faríngeo e do pneumogástrico, que são os nervos da sensibilidade consciente da faringe? Escat admite a existência duma nevralgia pura do glosso-faríngeo, que aparece especialmente nas parestesias post-gripais por fenómenos toxi-infecciosos ou nas dos glicémicos, urémicos, dispépticos, etc., por auto-intoxicação. Idênticamente pode-se admitir uma nevrite do pneumo-espinal, quando notamos uma dor expontânea ou provocada sobre o laríngeo superior, quando aparece a glossodínia como sintoma dominante (lingual) ou finalmente quando há um certo prurido ou sensação de picadas na região tubo-timpânica, com propagação para o ouvido (ramo tubo-timpânico de Jacobson do pneumogástrico). No entanto, é muito difícil dissociar a responsabilidade do pneumogástrico da do glosso-faríngeo. A nevrite destes dois nervos, aceite por Escat, não é admitida por grande número de autores, alegando que estas são no geral unilaterais, cedem facilmente aos medicamentos anti-nevrálgicos vulgares e beneficiam com as aplicações locais de cocaína, contrariamente ao que acontece habitualmente com as parastesias.

Serão as parestesias resultantes de fenómenos vaso-motores ou de fenómenos espasmódicos desencadeados pelo simpático? Terracol pensa desta forma, apoiando-se no facto de, quando se anestesia com cocaína uma destas faringes, a dor desaparece em seguida, mas aumenta a sensação de constricção; por outro lado, estes doentes não sofrem de dôres durante a deglutição, porque os fenómenos de vaso-dilatação e o trabalho dos músculos necessários à deglutição fariam desaparecer os espasmos existentes. Isto explicaria o facto de vários autores, entre os quais Blegvad e Fanoi, conseguirem excelentes resultados com o emprêgo de massagens vibratórias, e os casos ligados a certas perturbações endocrínicas, dada a interdependência funcional existente entre o simpático e as glândulas de secreção interna, muito particularmente com o ovário. A irritação do simpático parte da própria faringe, ou (Boulay e Le Maré Hadour) de órgãos os mais variados, como o fígado, estômago, útero, etc. Essa excitação propagar-se-ia de plexos em plexos até à faringe, originando as mesmas perturbações parestésicas que se observam quando a excitação se faz local e directamente.



# Vitona-B

## Wander



Tónico nervino com vitamina B<sub>1</sub>  
para o esgotamento físico ou  
intelectual, neurastenia dos con-  
valescentes, para combater a  
fadiga primaveril e as depres-  
sões nervosas

Tubo de 40 pílulas

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

BERNE • SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.<sup>A</sup> (IRMÃOS)

Rua dos Correiros, 41-2.º • LISBOA



## Sulfametazina cálcica

Absorção mais rápida do que a sulfapiridina, sulfafiazol ou sulfadiazina.  
Grande solubilidade na água:

Praticamente eliminadas as complicações renais.

Eliminação lenta:

Excreção urinária nas 24 horas: 50 a 80 %.

### 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 Correeiros, 41-2.º • LISBOA



Muito mais difícil e complexo é o estudo da patogenia das perturbações mentais nestes doentes. Sabe-se que a patologia dolorosa do simpático se complica freqüentemente de ansiedade e de agonia, como por exemplo nas causalgias post-traumáticas dos membros, mas desconhece-se o mecanismo de tôda esta complexa engrenagem. Serão, como refere Courbin, toxinas microbianas que, subindo ao longo dos filetes nervosos do plexo faríngeo até ao bolbo, provocarão uma tal intoxicação que possa ser a base orgânica da referida agonia e melancolia? Simples mistério, como êle concluiu.

Como ouvir e tratar estes tão delicados doentes? Sentados na sua frente deixaremos que êles nos contem tôda a sua tragédia, o que por vezes conseguem fazer com certa eloquência e bastante minuciosamente, possuídos de uma imaginação fértil e original, relatando com detalhes pequeníssimas particularidades, como sendo os principais personagens de uma peça teatral que êles próprios encarnam com ardor, sentindo e vibrando todo o seu drama já representado em idênticas situações noutras clínicas em frente doutros colegas. Deixemo-los falar à sua vontade, sem os interromper, mostrando-lhes que compreendemos bem os seus sofrimentos, registando os principais pontos da sua vasta narração, as características das suas sensações e da sua localização. O exame dêstes indivíduos, de tipo ansioso, no geral tristes, pessimistas e de egoísmo acentuado, revela-nos de entrada uma alteração dos seus reflexos para mais ou para menos, salivação abundantíssima e freqüentemente dilatação pupilar. Umaz vezes queixando-se de falsas presenças, como espinhas de peixe, pequenos pedaços de carne, ôsso ou pão, cabêlos ou fios de linha atravessados, membranas flutuantes com os movimentos da deglutição, mucosidades aderentes às paredes da faringe, e ainda os mais variados corpos estranhos que é possível imaginar. Outras vezes, embora muito mais raramente, referem sensações de queimadura, ardência ou picada, ou ainda preversões do gôsto entre as quais as de acidez e amargo. Localizam num ponto fixo e bem determinado estas sensações, procurando mostrar com fartos e largos gestos a sua correspondência externa na região cervical anterior, por vezes no ponto de emergência do nervo laríngeo superior.

Entre as mais variadas localizações das parestesias faríngeas, as mais freqüentes são a base da língua, a parede posterior do veu do paladar (acompanhadas de sensação de mucosidades aderentes que chegam a provocar o vômito), a amígdala palatina principalmente no seu polo inferior, e a bôca do esôfago onde se instalam algumas vezes espasmos que impossibilitam a deglutição. A glossodínia é uma das parestesias mais encomodativas para o doente e que mais rebeldes se mostram ao tratamento: é uma dor localizada à parte profunda e bordos laterais da língua acompanhada



por vezes de uma sensação de queimadura e surgindo sôb a forma de paroxismos mais ou menos freqüentes. A fixidez das sensações parestésicas, embora raras vezes se constate uma ligeira irradiação para o ouvido, clavícula, maxilar inferior, etc., ligada ao facto de tôda a sintomatologia dolorosa desaparecer durante a alimentação, constituem duas características importantes que devemos precisar com atenção durante o interrogatório.

A terapêutica dos parestésicos é tarefa árdua e difícil que exige do clínico qualidades de muita observação e de muita paciência, das quais dependem certamente todo o sucesso ou pelo contrário todo o seu desprestígio profissional.

Factor nervoso, factor local e factor diatésico, cada um dêles tem a sua importância; mas o factor nervoso ocupa o primeiro lugar. A influência psicológica que o médico deve exercer sôbre o estado mental do parestésico é a base do tratamento. Conquistar a confiança do doente, usando duma bondade e de uma contemporização sem limites, incutir-lhe a esperança das suas melhoras, sem exitar ou titubiar, actuando sempre com firmeza de atitudes e de palavras, mostrar que se conhece bem a doença, que sendo de diminuta importância desaparecerá com os tratamentos que lhe forem instituídos, — eis a conduta a seguir. Ensaie-se tudo o que esteja ao nosso alcance, observando com o próprio doente os resultados obtidos sucessivamente após o emprêgo de vários medicamentos, e sempre, nas consultas seguintes, depois de um exame sempre meticoloso e cuidado, constatar algumas melhoras, para suggestionar o doente. A conduta seguida por alguns clínicos, de negar em absoluto a existência de qualquer lesão, aconselhando-os a não pensarem mais na sua suposta doença, julgo-a applicável, e ainda com dúvida sôbre os resultados, sômente a um ou a outro especialista de fama conhecida e cuja personalidade bem marcante baste para fazer acreditar ao doente em tôdas as suas palavras.

Nos casos em que de facto existem lesões, embora mínimas, da garganta, é difícil saber se devemos ou não intervir sôbre elas, por meio de qualquer acto cirúrgico. Como diz Surlé, é preciso dar mais valor neste assunto ao doente do que à doença; os parestésicos são muitas vezes cenestopatas e por êste motivo doentes bastante perigosos em relação às atitudes terapêuticas que possamos tomar, pois no geral êles recriminam a menor lesão provocada, como a origem de novas sensações dolorosas ou simplesmente de falsos corpos estranhos, sensações por vezes mais penosas que as já existentes, e desde êsse momento não mais cessarão de nos procurar para accusarem os agravamentos sucessivos da sua doença, exigindo-nos com ares de certa ironia e maldade a cura das lesões que êles afirmam terem sido provocadas ou agravadas pela nossa intervenção. Mas, por outro lado há parestésicos sem dequillíbrio



mental e em que as lesões locais são na realidade a origem das suas ilusões, das suas falsas sensações, e para êstes pode-se e deve-se eliminar a causa local, sem temer o aparecimento de qualquer psicose grave. A grande dificuldade está precisamente em poder, numa primeira e única consulta, estudar e analisar bem o doente e decidir se para êle é mais importante a parte geral se a parte local.

Laborde é de opinião que há grande vantagem em tratar as espinhas irritativas existentes que são geralmente, dada a sua cronicidade, as causadoras do aparecimento dum estado nevropata grave, e que nunca se deve desprezar a parte diatésica, a parte orgânica propriamente dita, tratando do fígado, dos rins, do nariz, do útero, da garganta; freqüentes vezes uma simples desintoxicação muito aliviará o doente. De qualquer forma, é fundamental proceder-se com muita prudência quando se actuar sôbre uma lesão qualquer da faringe, a anestesia deve ser perfeitíssima e muito meticulosa, para que não fique da intervenção a mínima recordação dolorosa que possa fixar para futuro a atenção do doente,

Quanto à terapêutica dos factores nervoso e diatésico, podemos colher alguns bons resultados com calmantes vulgares do sistema nervoso e em especial do simpático (brometos, valeriana, beladona, etc.). Se estamos em face de uma parestésica da menopausa, ensaiaremos a opoterapia ovárica ou então a hamamelis, a hydrastis, etc., etc. Se fôr um hepático será ensaiada a opoterapia dêsse órgão. O mesmo será feito para os varicosos com fígado congestionado que fazem alternadamente crises hemorroidárias e congestões venosas da faringe com fenómenos hiperestésicos, e onde a terapêutica anti-hemorroidária tem as suas perfeitas indicações, Do tratamento hidro-mineral, algumas vantagens podemos obter conforme a diatese em causa: Curia para os uricêmicos, Melgaço para os diabéticos ou hepáticos, Entre-os-Rios ou Vizela para os portadores de faringite catarral crónica, etc. Nas formas algicas post-gripais e post-anginosas, principalmente, podem dar-nos alguns sucessos: a diatermia, a ionização, os raios ultra-violetas ou infra-vermelhos; mas não esperemos demasiado dêstes meios terapêuticos. Quando existe ansiedade utilizemos a duche quente.

Podemos, enfim, aproveitar a simulação para libertar certos parestésicos das suas falsas sensações, quer sujeitando-os a supostas operações, quer fantasiando a extracção do corpo estranho que êles imaginam e localizam na sua faringe: alfinetes, espinhas de peixe, fios de linha, cuja extracção pode ser facilmente simulada, mostrando ao doente um dêstes corpos estranhos pendentes da pinça que empregamos na suposta manobra. Pôsto que êste seja aparentemente um processo hábil e sedutor, tem sido muito combatido pelos graves inconvenientes que pode acarretar para a nossa dignidade e prestígio profissional. A êste propósito diz-nos Rever-



chon : « Se o doente acredita com efeito na intervenção, acusar-nos-á muitas vezes de ter agravado os seus padecimentos e perseguir-nos-á com um papel timbrado ou talvez mesmo com um revólver. Se reconhece que nós o temos enganado, perderá a fé em nós e na medicina e continuará igualmente nas suas reivindicações ».

Pelo que acabo de expor, vê-se que o problema da terapêutica das parestesias faríngeas é muito complexo e difícil.

De entre dezenas de casos, aparto quatro, muito elucidativos :

**1.<sup>a</sup> observação :** — H. M. T., de 35 anos de idade, doméstica, residente nesta cidade. Fomos procurados por esta senhora em Maio de 1941 queixando-se de um corpo estranho que sentia no lado esquerdo da faringe há uns 6 meses aproximadamente. Ao exame da sua faringe que se apresenta fortemente hiperestésica constatavam-se umas amígdalas palatinas crivadas de criptas, algumas destas contendo grande quantidade de substância caseosa, principalmente a esquerda. Na restante faringe, na laringe e rinofaringe, nada de anormal. A referida impressão de corpo estranho que nos refere a doente é de tal forma intensa que não permite a sua tranquilidade, tendo por vezes a impressão de que o suposto tumor lhe obstrue por completo a faringe não lhe permitindo a respiração. Enquanto falava, notava-se que levava freqüentemente a mão ao pescoço, com uma fisionomia de verdadeiro sofrimento, como desejando libertar-se de um corpo estranho que estivesse introduzido de facto na sua faringe. De salivacão muito abundante, apresentava-nos, como já referi, um estado de hiperestesia faríngea como poucas vezes temos podido observar. O simples acto de abrir a bôca acompanhado do gesto da introdução de um abaixa-línguas, era motivo para grandes náuseas e contracções do veu do paladar. Dada a grande discórdância entre as lesões constatadas e a sintomatologia dolorosa acusada pela doente, ligada ainda ao facto particular desta senhora nada sentir durante as refeições, permitia-nos afirmar que estávamos em face de uma parestesia faríngea possivelmente com ponto de partida numa lesão amigdaliana. Dadas estas circunstâncias resolvemos intervir sobre o factor local sem grandes receios, visto que não se constatavam perturbações mentais que impedissem tal procedimento. Com uma anestesia local meticolosamente realizada, operamos esta doente de amigdalectomia total procurando fazer esta intervenção com o mínimo factor doloroso, facto este importantíssimo nos parastésicos, como já tivemos ocasião de referir. Para manter a ausência de dor post-operatória, injectamos durante os primeiros 5 dias a seguir à intervenção uma ampola de Atofanyl que realizou uma excelente acção analgésica. Passados 20 dias a nossa doente sentia-se bem, sem a menor sensação dolorosa na faringe, tendo aumentado 4 quilos no seu pêso.

**2.<sup>a</sup> observação :** — F. S. O., de 57 anos de idade, residente nesta cidade. Queixa-se esta doente de que há uns 2 anos sofre sem cessar da garganta com disfagia ao engolir a saliva, no momento em que esta passa por um tumor que ela acusa sentir junto da base da língua. Tem a impressão de que deve tratar-se de um cancro, tanto mais que uma parente sua com quem conviveu durante longo tempo faleceu com uma destas doenças. Há ocasiões, em que de noite principalmente lhe surgem acessos de sufocação que lhe dão a impressão de que vai asfixiar. Durante as refeições nada a incomoda. Com atitudes aflitivas pede-nos que a desenganemos do seu mal, que a mandemos radiografar se preciso fôr, pois deseja viver ainda mais alguns anos. Dramatizando o caso, esta doente tem neste momento da conversa uma crise de choro que me permitiu apreciar bem o estado de inquietação que a traz até junto do médico. Foi sempre saudável, nada se constatando digno de registo nos seus antecedentes. Entrou na menopausa há 4 anos, tendo iniciado o seu ciclo menstrual aos 13 anos de idade. Entre vários clínicos que consultou um houve que lhe indicou ovarina em comprimidos, medicação que usou durante pouco tempo porque lhe prejudicou bastante o aparelho





acção central reforçada e  
de forte efeito periférico.

## Na insuficiência circulatória

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

## No colapso

acidentes da narcose, intoxicações, paralisias vasculares, asfixia.

Frascos de 10 g de líquido.

Caixas de 5 ampolas de 1,1 cc.

**KNOLL A.-G.**, Fabricas de Produtos Químicos,

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



I  
O  
D  
A  
L  
O  
S  
E

**IODO FISIOLÓGICO**  
SOLÚVEL E ASSIMILÁVEL

Substitui todas as preparações iodadas e iodetadas  
**SEM IODISMO**

PARIS 1900  
MEDALHA DE PRATA  
10 GRANDES PREMIO  
HORS CONCOURS  
PARIS 1906  
MEDALHA DE OURO

**IODALOSE**  
GALBRUN

SOLUÇÃO TITULADA DE PEPTONÍDE  
Segundo a fórmula do DOUTOR

Preparada por Farmacêutico pela Escola de Lisboa (Reg. D. G. 5. 17)

Rua Damasceno 148 LISBOA

Cinco gotas e Vinhe gotas e

REPRESENTANTE F. A. CANOBIO & CA. Lda  
Rua Damasceno 148 LISBOA

**IODO FISIOLÓGICO**  
SOLÚVEL E ASSIMILÁVEL

Substitui todas as preparações iodadas e iodetadas  
**SEM IODISMO**

PARIS 1900  
MEDALHA DE PRATA  
10 GRANDES PREMIO  
HORS CONCOURS  
PARIS 1906  
MEDALHA DE OURO

**IODALOSE**  
GALBRUN

SOLUÇÃO TITULADA DE PEPTONÍDE  
Segundo a fórmula do DOUTOR

Preparada por J. P. de AZEVEDO e CASTRO  
Farmacêutico pela Escola de Lisboa (Reg. D. G. 5. 17)

Laboratório NEMOSI  
Rua Damasceno 148 LISBOA

Cinco gotas e Vinhe gotas e

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL, ILHAS E COLÓNIAS  
F. A. CANOBIO & CA. Lda  
Rua Damasceno 148 LISBOA

G  
A  
L  
B  
R  
U  
N

STOKS ASSEGURADOS



digestivo. Ao exame da sua faringe nada de anormal a não ser uma certa hiperestesia com reflexos vivos, dificultando um pouco o exame. Hipofaringe e laringe sem qualquer alteração. A palpação da região cervical nada nos fornece de anormal. Em face destes resultados negativos colhidos do seu exame faringo-laringoscópico e da particularidade da nossa doente se encontrar em franca menopausa, resolvemos insistir na medicação por vários extractos ovários sob a forma injectável, ao mesmo tempo que incutimos no seu ânimo a idéia de nada existir de gravidade que a pudesse trazer preocupada. Aconselhamos a deixar de pensar na garganta e a tratar-se dos inconvenientes da sua menopausa pois desta forma lhe desapareceria a sua faringite catarral ligada a êstes fenómenos da esfera genital. Seguindo as normas expostas no final dêste artigo, torna-se conveniente constatar sempre a existência de uma pequena alteração da faringe desde que se assevere com segurança a sua curabilidade. Foi esta a conduta seguida na nossa doente a par de uma medicação pela ovarina Seixas Palma injectável; uma ampola em dias alternados durante 15 dias, seguidos de outros 15 dias de descanso. No final de três séries de injeccões, a doente aparece-nos radiante, dizendo que nos procurava unicamente para nos contar os resultados da medicação que lhe marcamos, visto que na garganta nada sente de anormal vivendo agora sem qualquer motivo de preocupação, agradecendo-nos a confiança e a tranqüilidade que lhe incutimos quando nos consultou pela primeira vez.

**3.ª observação:** — C. Q. V., de 49 anos de idade, doméstica, moradora em Águas Santas. Telefonou-me na manhã de 19-4-37 o seu médico assistente para que a examinássemos o mais cedo que fosse possível, visto tratar-se duma doente que se encontrava em estado aflitivo por intensos padecimentos da garganta. Logo de entrada impressionava-nos o seu aspecto de verdadeira ansiedade, chorando e levando as mãos à garganta, dizendo-nos que não podia alimentar-se há muitos dias, que tinha qualquer coisa crescida na faringe que a atormentava duma forma pavorosa. Com farta gesticulação a doente dava largas ao seu espírito inventivo, considerando-se como tendo uma doença gravíssima, certamente sem cura. O seu facies era realmente duma pessoa sofredora. Salivação muito abundante; ao exame oro-faringo-laringeo unicamente se constatava de anormal a existência dum pequeno papiloma da forma e tamanho dum feijão implantado no terço médio do bordo livre do pilar anterior direito. Em face da flagrante desproporção entre a sintomatologia alarmante apresentada e a insignificante lesão constatada, não restava dúvida alguma sôbre a existência duma parestesia faríngea com base numa lesão orgânica evidente. Em virtude do estado inquietante da doente, procuramos nesse mesmo momento eliminar-lhe a possível causa da sua parestesia, procedendo à extracção do referido papiloma com uma simples ansa de gálvano-cautério sob anestesia local com cloridrato de cocaína. Pareceu-nos que a doente ficou tranqüila exteriorizando um certo alívio e bem estar. Infelizmente êste estado de eufória foi de pouca dura, pois que passados 2 dias procurava-nos novamente no consultório, queixando-se de que sentia peles e membranas flutuantes na garganta, resultantes da cauterização por nós realizada. Desde êsse momento, apesar de variadíssimos colutorios de cocaína e outros anestésicos e do uso quási permanente de calmantes do sistema nervoso, não mais deixou esta doente de nos atormentar com a exigência de lhe tirar as referidas peles, percorrendo em seguida inúmeros otorrinolaringologistas que como eu nada lhe podiam fazer. Arrastou esta doente durante bastante tempo a sua parestesia, agravando-se muitíssimo por último as suas perturbações mentais, não sabendo ao certo o que finalmente se passou por me ter ausentado nessa altura. Tratava-se na realidade duma psicopata pura, em que a existência do papiloma faríngeo nos incitou a actuar cirurgicamente de momento, sem dar tempo a que tais perturbações mentais pudessem ser descobertas.

**4.ª observação:** — M. A. S., de 53 anos de idade, modista nesta cidade. Queixava-se esta senhora quando nos consultou em 24-4-40 de que 7 dias antes, quando procedia a uma prova dum vestido durante as quais ela tinha por hábito segurar os alfinetes nos lábios, um dêstes se desprendeu súbitamente caíndo na faringe onde julga ter-se encravado no lado direito. Até então não mais deixou de sentir nitidamente a picada do alfinete nesse ponto, apesar das inúmeras pessoas amigas que lhe viram a garganta nenhuma



delas ter encontrado o referido objecto, facto que a doente não podia admitir visto ter a certeza absoluta de que o alfinete se havia de encontrar no sítio onde ela o sentia. Em quasi todos os movimentos de deglutição esta senhora inclinava o pescôço para a direita e franzia todo o rosto dêsse lado exteriorizando assim um sofrimento verdadeiramente atroz. Com inquietantes gestos a doente marcava a dôr com certa precisão ao nível do grande corno do osso hioides. Interrogada minuciosamente, verificava-se que durante as refeições ela não sentia a picada do alfinete, facto que ela própria achava estranho. Observada com o máximo cuidado, não me foi possível descobrir qualquer alfinete ou qualquer lesão que pudesse explicar tal sintomatologia dolorosa. Como se notasse logo de entrada uma franca hipoestesia faríngea com abolição quasi total do reflexo velo-palatino, indicamos-lhe um colutorio de Timol a 4  $\frac{0}{10}$  que nada modificou a referida parestesia. Prescrevemos então um colutorio cocainizado que também não teve influência vantajosa sobre a sensação referida. Ao fim de 4 dias a doente continuava a suplicar e a insistir que lhe extraíssemos o alfinete da garganta pois que doutra forma não podia viver. Em face desta situação verdadeiramente alarmante e de certa gravidade, resolvemos simular a extracção do suposto corpo estranho. No decorrer dum novo exame, súbitamente declaramos ter encontrado o alfinete escondido numa prêga da mucosa e acto contínuo, com uma pinça segurando um dêsse alfinetes, disfarçadamente simulamos a sua extracção mostrando-o à doente que, radiante e com sincero ar de alívio, anunciava já nada sentir de anormal na sua faringe. Observada 8 dias depois considerava-se completamente curada, bendizendo a hora feliz em que lhe pudemos ser útil, libertando-a dum flagêlo que tanto a atormentava.

Resumindo o que há de importante nestas quatro observações, verificamos que a primeira trata duma parestésica em que existia um factor local mínimo, responsável das suas falsas sensações faríngeas; eliminando cirurgicamente esta lesão faríngea, empregando uma anestesia o mais perfeita que nos foi possível realizar, assistimos ao completo desaparecimento dos seus fenómenos parestésicos. O segundo caso refere-se a uma doente em plena menopausa, na qual a simples medicação ovárica realizada durante 3 meses, foi o suficiente para fazer desaparecer a parestesia existente há 3 anos aproximadamente. A terceira observação diz respeito a uma parestesia com um factor local evidente, mas na qual se tinha constituido já uma psicose mais ou menos acentuada, que passou despercebida ao primeiro exame clínico, donde o aparecimento de novas sensações parestésicas em seguida à intervenção cirúrgica realizada sobre a lesão orgânica existente. A última observação refere-se a uma parestesia instalada em possíveis ferimentos causados por um alfinete que na faringe deu duas ou três voltas antes de ser regeitado para o exterior sem ser notado pela doente, que desconhecia ao certo qual o número de alfinetes que nesse momento segurava entre os lábios; a extracção simulada dêsse corpo estranho, deu nesta parestésica excelentes resultados.

Estas quatro observações, escolhidas entre as mais curiosas que temos arquivadas na nossa clínica, servem para mostrar bem quão variada e prudente deve ser a terapêutica dos parestésicos faríngeos e quão adequada ela deve ser a cada caso em particular.



## **MOVIMENTO NACIONAL**

### **REVISTAS E BOLETINS**

A MEDICINA CONTEMPORANEA, LXII, 1944. — N.º 13-14 (16 de Julho): *Ausência congénita da vagina*, por Adelino Costa; *Titulação de algumas amostras de « Nerium Oleander » colhidas no Alentejo*, por Mala-faia Baptista; *Oclusão aguda da boca anastomótica de gastroenterostomia*, por Vergílio de Moraes; *Estenose mitral funcional por tumor pediculado da aurícula*, por Pereira Viana. N.º 15-16 (20 de Agosto): *Divertículo da quarta porção do duodeno*, por Adelino Costa; *Quimioterapia do hipertiroidismo*, por Baião Pinto; *Programa do curso de medicina operatória*, por Vergílio de Moraes.

**Titulação da « Nerium Oleander ».** — A titulação biológica das preparações digitálicas exige treino em trabalhos de fisis-farmacologia; para evitar êste inconveniente, idearam-se métodos químicos, gravimétricos ou colorimétricos, de muito mais simples execução. A planta « Nerium Oleander » tem cêrca de duas vezes mais actividade farmacológica que as proporções digitálicas medianamente activas. As amostras colhidas no Alentejo confirmaram essa actividade, aferida por método biológico. O A. compara os resultados dessa aferição com os obtidos por um método colorimétrico e encontra-os semelhantes. Aprecia também os resultados colhidos com a reacção de Baljet (picrato de potássio), que fazem prever a existência da função oxilactónica nos glucosídeos da referida planta.

**Estenose mitral funcional por tumor pediculado da aurícula.** — São raros os tumores do coração, como raros são os casos de estenose mitral funcional. No caso presente, o diagnóstico feito em vida foi de estenose orgânica, por endomiocardite mitral, sífilis e insuficiência cardíaca acentuada. Entre o comêço da sintomatologia e a morte decorreram apenas meses, e a doente tinha 47 anos; a tolerancia clínica, habitual nestes casos, a contrastar com aquêles em que há endomiocardite, mais uma vez se mostrou. O diagnóstico exacto fez-se na autópsia, que mostrou haver um tumor mixóide, implantado na aurícula esquerda, provocador da insuficiência e estenose mecânica do orifício mitral, além de variadas lesões cardíacas, vasculares, pulmonares, etc. A causa da morte deve ter sido o encravamento do tumor no orifício auriculo-ventricular, que produziu congestão pulmonar e paragem do coração por isquemia do miocárdio. Dêste caso, e dos registrados na literatura médica, o A. conclui que o diagnóstico de tumor endoauricular pode fazer-se em certas circunstâncias, por particularidades de sintomatologia: modificações profundas dos sintomas de auscultação e dos subjectivos com a mudança de posição do doente, acidentes lipotímicos sem causa aparente (por oclusão transitória do orifício mitral), crises de dispneia



paroxística (provavelmente por bloqueio temporário de alguma das veias pulmonares), longa tolerância sem insuficiência cardíaca grave nem arritmia, ausência nos antecedentes de causas de endocardite e de sinais de lesão congénita.

**Divertículo da quarta porção do duodeno.** — A propósito de um caso, curado pela cirurgia, passam-se em revista os conhecimentos sobre os divertículos do duodeno, cuja frequência e diagnose a radiografia veio elucidar. A quarta porção é a sede menos frequente de divertículos e esta variedade pode escapar ao exame radiológico, porque a imagem do estômago a oculta, sendo necessário posições e manobras especiais para a evidenciar. O diagnóstico clínico, porém, é ainda mais difícil, pois a sintomatologia é diversa de caso para caso, com predomínio de sintomas dispépticos, ulcerosos, hepáticos, pancreáticos, etc., e não é fácil des-trinçar o que nela pertence ao divertículo e o que depende de outras afecções de que o doente apresente sinais. Só quando se excluem afecções que podem produzir a sintomatologia que os divertículos podem causar, é que estes podem, com justiça, ser responsabilizados. A maior parte dos divertículos duodenais são meros achados de autópsia; por outro lado, eles podem, só por si, provocar graves perturbações, dando lugar ao síndrome de obstrução duodenal crónica, quando situados nas proximidades do ângulo duodeno-jejunal, como se dava na observação relatada neste artigo.

**Quimioterapia do hipertiroidismo.** — Ainda que a carência de iodo seja a causa mais comum dos bócios não tóxicos, o bócio endémico pode depender de outros factores dietéticos e medicamentosos. Devem-se a Astwood os estudos sobre várias substâncias químicas com acção sobre a tiróide hipertrofiada, que levaram à selecção do tiouracil, que é um derivado da tioureia, que já tem a sua reputação feita, na América do Norte. Emprega-se em doses fraccionadas (pois a absorção e excreção são rápidas) na de 0,6 gr. por dia até o metabolismo descer para meio caminho da normalidade, que depois se abaixa para 0,2 gr. até que esta se estabeleça, mantendo-se a seguir o doente com a dose mínima suficiente para que o metabolismo se conserve normal. Com a medicação pelo tiouracil, a glândula endurece, perde substância colóide e ganha tecido linfóide. Os doentes que previamente foram tratados com iodo respondem mais vagarosamente, porque o iodo causa acumulação de hormona no órgão e o medicamento não actua sobre esta quando já formada. A exoftalmia, por estar em relação com o acréscimo da hormona tireotropa hipofisária, aumenta com a administração do tiouracil; para evitar este inconveniente, é preciso dar simultaneamente extracto tiroideu, além do emprêgo dos tratamentos clássicos da exoftalmia. A droga pode produzir acidentes (exantemas, estomatite, febre, sintomas encefálicos, edêmas), alguns dos quais não são muito raros e são graves (agranulocitose e leucopenia); é este o óbice maior ao tratamento pelo tiouracil, que, no entanto, tem sido largamente empregado com êxito.



# NA SÍFILIS

## ≡ ANIOBI

Méta-Iodo Bismutito de Sódio — Bismuto anionico directamente solubilizado no óleo

## ≡ THIOBI

Sulfuretos de Mercúrio e Bismuto Coloidais

## ≡ ROTBI

Oxyiodeto de Bismuto em suspensão oleosa

## ≡ HIDROBION

Iodeto de Bismuto em soluto aquoso

São produtos do

**INSTITUTO TERAPÊUTICO BRASILEIRO**

REPRESENTANTES EM PORTUGAL

**BARCELAR & IRMÃO, L.DA**

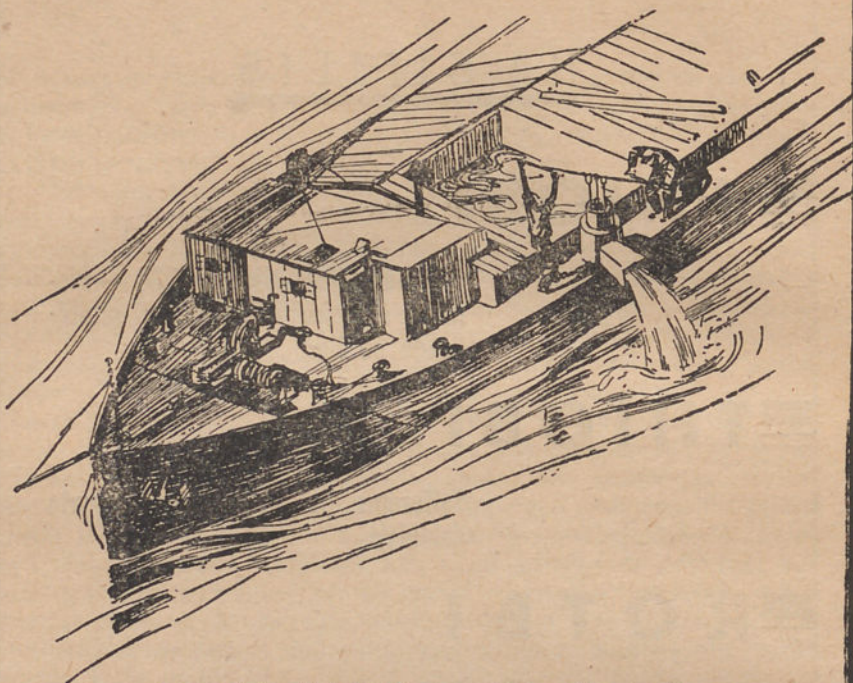
RUA DO CARMO, 8

PORTO

TELEFONE 5672

Amostras e literatura à disposição dos Ex.<sup>mos</sup> Snrs. Clínicos





# SALYRGAN

## DIURETICO

seguro, tolerado sem irritações

Ação do Hg + Teofilina

Nos edemas cardíacos e renais, na  
nefrose, na ascite, na adiposidade

EMBALAGEM ORIGINAL:

Caixas com 5 ampolas de 1 ou de 2 c.c. da solução a 10%



Representante:

**BAYER, LIMITADA**

Largo do Barão de Quintela 11,2º LISBOA



As divergências residem sobretudo no critério a seguir: ou tratamento exclusivo pela nova droga, ou emprêgo desta como preparação para a intervenção operatória.

IMPRESA MÉDICA, X, 1944. — N.º 13 (10 de Julho): *A influência da raça em biologia humana*, por Alexandre Sarmiento; *Um caso de braquiesófago com ectopia do cárdia*, por Ayres de Sousa; *Lavoisier e Portugal*, por Silva Carvalho. N.º 14 (25 de Julho): *Interpretação dos insucessos no diagnóstico da tosse convulsa por meio das placas de tosse*, por J. M. de Loureiro; *A anúria por cancro do colo do útero e o seu tratamento pela ureterostomia*, por Carneiro de Moura; *Tratamento local da acne vulgar pelo sulfatiazol*, por Arnaldo Tanissa. N.º 15 (10 de Agosto): *Tratamento do cancro do colo uterino*, por Freitas Simões; *A propósito do centenário da morte de John Dalton*. N.º 16 (25 de Agosto): *Um caso de carcinoma das glândulas sudoríparas*, por Adelino Costa; *As formas frustes da displasia ectodérmica hereditária*, por Arnaldo Tanissa; *Dois cartas de Sousa Viterbo comentadas*, por Silva Carvalho. N.º 17 (10 de Set.): *Dois iniciadores — William Welch e Câmara Pestana*, por Celestino da Costa; *Um caso de hérnia diafragmática para-esofágica do estômago*, por Roberto Carvalho & Albano Ramos. N.º 18 (25 de Set.): *Casos de intoxicação por vapores de carbono*, por O. Teixeira Bastos. N.º 19 (10 de Out.): *A bexiga nas lesões traumáticas da medula*, por Carneiro de Moura; *Terapêutica de Amato Lusitano: purgas, clisteres e vomitivos*, por J. Lopes Dias. N.º 20 (25 de Out.): *Progressos recentes na imunização contra a febre tifóide*, por J. M. de Loureiro.

**Diagnóstico da coqueluche pelas placas de tosse.** — O método das placas de tosse para o diagnóstico bacteriológico da coqueluche não tem dificuldades técnicas e está ao alcance de qualquer laboratório medianamente equipado. Com êle podem diagnosticar-se precocemente os casos típicos e esclarecer os casos frustes. Em casos adiantados ou com infecções secundárias a identificação das colónias de «*Haemophilus pertussis*» é mais difícil e exige experiência cuidadosa. Merece divulgação e largo uso êste método de diagnose bacteriológica.

**Tratamento local da acne pelo sulfatiazol.** — De esta afecção pustulosa crónica da face dos adolescentes não se conhece causa aceitável. Sabe-se que tem importância os factores bacteriano e humoral, mas ignora-se a causa efectiva da afecção. O facto de aparecer na juventude levou a várias terapêuticas com hormonas sexuais; é capítulo confuso, no qual se não chegou a conclusão segura. Os métodos de tratamento geral, no sentido de modificar os estados que conduzem à seborreia, são vários: extratos suprarrenais e vitaminas (sobretudo a riboflavina) são os principais, e representam um progresso notável na terapêutica da acne juvenil. Dos tratamentos locais o primeiro lugar cabe à radioterapia; vem a seguir, com êxitos mais ou menos frequentes, os antissépticos e exfoliativos, o enxôfre. Considerando a acne vulgar



como complicação microbiana do terreno seborreico, o A. teve a ideia de utilizar o sulfatiazol localmente; êste medicamento já fôra indicado nas acnes muito infectadas, localmente e por via parentérica. O processo que emprega consiste no seguinte: lavagem com água quente e sabonete, e loção com creme de sulfatiazol, isto duas vezes por dia, de manhã e à noite, fazendo entranhar o creme na pele. A fórmula do creme é: Sulfatiazol — 2 gr., Agua de rosas — 3 gr., Diadermina — 10 gr., Perfume — ad libitum. Nos casos intensos, durante oito dias, aplica alcool iodado a 1 por cento, como tratamento prévio. Os efeitos do sulfatiazol são já evidentes ao fim de uma semana, e notáveis ao fim de um mês. Julga o método preferível a qualquer outro de tratamento local.

**Hérnia diafragmática para-esofágica do estômago.**— Apesar de não serem frequentes as hérnias diafragmáticas, merece registro o caso agora relatado, que mostra particularidades de sintomatologia, interessantes. Uma mulher de 43 anos, consulta por sentir dores epigástricas e no hipocôndrio esquerdo, post-prandiais, sem ritmo, de intensidade variável, e que irradiavam para a espádua esquerda; vômitos aquosos, que acalmam as dores; náuseas e azia; pouco apetite; dejecções diárias, de fezes pastosas. Diz ouvir gorgolejo no hemitorax esquerdo, o que acentua as dores. O exame objectivo desperta dor solar e na fossa ilíaca direita. Nos antecedentes nota-se que a doente foi, anos antes, com intervalo grande, radiografada por suspeita de calculose biliar, sendo as provas negativas. Em Janeiro de 1942, depois de ter deitado sangue pela bôca, sem esforço e sem vômito, fez-se-lhe o diagnóstico de congestão basal direita, mas a radiografia não mostrou lesão pulmonar. Meses depois foi operada por motivo de diagnóstico clínico de litíase biliar, e novamente submetida a intervenção cirúrgica (a natureza dos cálculos não permitia a demonstração radiográfica) a que se seguiu infecção do andar superior do abdômen, de que a doente se restabeleceu lentamente. Em Agosto de 1943, novo surto pulmonar direito, que a radiografia não confirmava, mas que mostrava uma mancha que se sobre põe à sombra cardíaca, no hemitorax esquerdo; isto leva a uma pesquisa radiológica, que permitiu estabelecer o diagnóstico de hérnia diafragmática do estômago, variedade para-esofágica. O confronto desta prova radiográfica com a torácica anteriormente feita e a história da doen e, levam a pensar que a hérnia foi adquirida e que na sua formação deva responsabilizar-se a intervenção cirúrgica. Quanto aos caracteres sintomáticos, note-se: a parecença com a úlcera gástrica (que possivelmente coexistia, pois o exame radiológico deu imagem nichoide) observada em muitos casos de hérnia diafragmática, a possível origem gástrica do sangue que a doente deitou pela bôca, e o interessante sinal da sensação de gorgolejo no hemitorax, que deve valorizar-se para o diagnóstico.

**Progressos na imunização contra a febre tifóide.**— O método original de preparar a vacina consiste em fazer uma suspensão de bacilos mortos pelo calor e conservados pelo fenol. Vários processos poste-



riormente ensaiados não mostraram qualquer superioridade sôbre aquêle. Mas, ùltimamente, os progressos sucederam-se ràpidamente, mercê de novos conhecimentos sôbre a estrutura antigénica do bacilo tífico e significação diferente dos diversos anticorpos por êle produzidos. Dos dois antigénios que foram a princípio diferenciados, o O e o H, só o primeiro é agente imunizante de valor. Depois, viu-se que o antigénio Vi é o antigénio mais eficiente para provocar a imunização. De aqui conclue-se que o valor profilático da vacina deve ser muito aumentado quando se empregam para antigénio estirpes ricas em antigénio Vi. As verificações de poder imunitário, em animais, feitas em séries com cuidada técnica, mostraram que assim é. Mas o antigénio Vi é muito lábil, o que leva a adoptar meios de preparação muito diversos do processo clássico. O A. descreve sucessivamente a utilização do alcool, da acetona, da prata e do mertiolato de sódio com o soro fisiológico como estabilizante, e relata as suas experiências, feitas para analisar a degradação do antigénio Vi pelo alcool e pelo mertiolato, e verificar os efeitos de vários antissépticos e de várias soluções na conservação do antigénio. Dessas experiências, além de várias deduções teóricas, coucluiu que o método de preparação da vacina, com estirpes ricas em antigénio Vi, tratadas pelo mestiolato de sódio e suspensas em soro fisiológico concentrado, constitue um progresso muito notável na imunização activa contra a febre tifoide, de grande interêsse prático.

MEDICINA.— N.º 61 (Abril de 1944): *Patogenia da asma brônquica*, por F. Rodrigues Nogueira; *A propósito de um livro de anatomia de Martin Martinez (século XVIII)*, por R. Borges de Sousa.

**Patogenia da asma brônquica.** — No mecanismo do ataque de asma há a considerar, como causa próxima e essência do mesmo, dois processos fundamentais:

1.º — Um espasmo dos músculos dos brônquios de pequeno calibre, que dos dois processos parece ser o mais importante.

2.º — Uma crise vasomotora (e mais ou menos secretória) produzindo a tumefacção congestiva, com exudação e edema, da mucosa dos mesmos brônquios (e hipersecreção de muco para o lume dêstes), e com edema intersticial, no tecido conjuntivo do pulmão, são, para certos autores o essencial do acesso.

A realidade dêstes dois fenómenos está hoje bem assente. O segundo, por exemplo, é visível — por broncoscopia. O primeiro tem bases sólidas e já antigas, em observações clínicas e experimentais; o conhecimento moderno da natureza alérgica do ataque de asma, as experiências e observações a que isso deu lugar, confirmaram-no duma maneira irrefutável.

Dêstes dois processos elementares (aliás estreitamente unidos entre si, assim como à hipersecreção do muco, pela sua comum origem vagal) deriva tôda a sintomatologia da crise. A sua combinação origina um



estreitamento do lume dos finos brônquios, e êste produz uma situação de enfisema agudo do pulmão, com dispneia predominantemente expiratória; essa dispneia explica-se, em grande parte, pela luta entre broncoespasmo e enfisema agudo.

É a crise vasomotora, ainda, que em regra explica a tosse do ataque de asma, segundo Epstein (e muitos outros); o broncoespasmo não parece poder desencadear o reflexo tussígeno. Segundo o carácter (por exemplo mais ou menos secretório) daquela crise, segundo que a sua sede interessa zonas tussígenas de maior ou menor importância, assim a tosse será mais ou menos intensa e penosa, mais ou menos sêca.

Devem-se considerar, na determinação da crise de asma, dois grupos de factores, nervosos e humorais, aliás estreitamente interdependentes.

*Factores nervosos* — Actuam por intermédio da inervação brônquica que compreende vias centrífugas parasimpáticas (que constituem o grupo excitante secretomotor), vias centrífugas simpáticas (constituindo o grupo frenador) e vias centrípetas, igualmente vagais e simpáticas, com os respectivos centros vegetativos; além dêstes centros superiores, há centros ganglionares intramurais, ao nível dos brônquios; existem, pois, arcos reflexos múltiplos, curtos e longos. Além disso, o tonus dos centros respiratórios é muito sensível, assim como êstes centros, às mais subtis modificações humorais. Vê-se, assim, a complexidade das influências nervosas que podem actuar ao nível dos bronquíolos. Para explicar o mecanismo nervoso da crise de asma, pode-se dizer, com Epstein, que «qualquer excitação, seja ou não específica, exercendo-se a qualquer altura daquele vasto sistema de inervação, provoca, no asmático, uma crise paroxística de predomínio vagal, que se pode continuar automaticamente, depois da cessação da excitação primitiva, por um círculo vicioso, reflexo». Aquêlle predomínio vagal indica que haja nos asmáticos uma vagotonia geral? De modo algum. Hoje sabe-se que o asmático não é um vagotónico, mas um estigmatizado vegetativo, um anfotónico, um instável neuro-vegetativo. Fica para explicar, então, o predomínio vagal que caracteriza o mecanismo nervoso da crise de asma; a tentativa mais coerente de fornecer essa explicação é a chamada «lei da predominância» de Danielopolu, que êle enuncia do seguinte modo: «quando um factor anfotrópico actua sôbre um órgão da vida vegetativa a acção anfotrópica predomina sôbre o grupo excitador», que no pulmão é o parasimpático.

*Factores humorais* — Os elementos humorais que interveem no mecanismo da crise de asma apresentam-se sob os aspectos mais diversos. Destacam-se aqui apenas alguns dêles.

Compreende-se fàcilmente que há várias causas possíveis para o estabelecimento daquela estenose brônquica que eonstitue o elemento essencial do acesso. Duas são fundamentais: por um lado uma causa nervosa, pela excitação do vago, por outro uma causa humoral, pela formação de substâncias excitantes da musculatura brônquica, quer direc-



# MALTOVITE

VITAMINAS A B<sub>1</sub> B<sub>2</sub> C & D, CÁLCIO, FÓSFORO E MALTE



## A ESPECIFICIDADE DA ASSOCIAÇÃO

As vitaminas representam uma unidade funcional distinta mas quando associadas possuem, também, em razão da sua actividade, uma especificidade «Sui generis» que se manifesta por uma conhecida série de funções, tais como: Estimulante do crescimento e das defesas naturais anti-infecciosas, preventiva das anemias, regularizadora da constituição óssea, das funções gastrintestinais e da actividade das glândulas tiróide e cortico-supra-renais, etc.



**LABORATÓRIO FIDELIS**

DIRECTOR-TÉCNICO: FERREIRA PINTO • 77, RUA D. DINIS, LISBOA





## ESPECÍFICO DA SARNA

*Feliz combinação de:*

NAFTOL B  
BÁLSAMO DE PERÚ  
RESORCINA  
ÁCIDO SALICÍLICO  
SALICILATO DE METILO EM  
VEÍCULO ALCOOLICO GLICERINADO

*Ex.<sup>mo</sup> Senhor Doutor*

*Os incomodativos aracnídeos da sarna,  
seus ovos e outras doenças parasitárias da pele,  
encontram em **SARCOPTIL** o medicamento ideal  
para a sua rápida destruição.*

*Um produto  
de reconhecido valor terapêutico  
à disposição de V. Ex.<sup>a</sup>*

---

LABORATÓRIO PEDROSO

Sob a Direcção Técnica de ISAURA FIGUEIREDO FONSECA

Licenciada em Farmácia

COVILHÃ



tamente, quer por acção sôbre as terminações nervosas; e aqui novamente vemos a interpenetração dos factores nervosos e dos humorais. Há dois tipos dessas substâncias: o tipo da histamina e o da acetilcolina. Parece que a acção dessas substâncias é constante, qualquer que seja a espécie de asma (reflexa nervosa ou alérgica); o traço de união entre todos os casos de asma, o seu denominador comum, como diz Epstein, é justamente a produção intrapulmonar de tais substâncias vagotrópicas, sendo o carácter variável, que distingue os mesmos casos, apenas o seu modo de produção celular ou neurogêneo, o tipo de excitação (alérgica ou neurogênea) que provoca a libertação de tais substâncias.

Há uma analogia muito notável entre o choque anafiláctico e o choque histamínico; naquele, por outro lado, são libertadas as células do órgão de choque histamina e substâncias muito vizinhas (substâncias H). Além disso, certos autores, estudando o «líquido de choque» recolhido de pulmões isolados de cobaios sensibilizados à albumina do ovo e mantidos em perfusão com um líquido contendo êste antigénio, viram que aquêlé líquido se comporta como uma solução de histamina. Finalmente, as observações experimentais de Kallos provaram que não há diferenças, de princípio, entre a asma histamínica e a asma anafiláctica experimental. As observações clínicas, por outro lado, mostraram a Parrot que os asmáticos reagem à histamina de modo diferente dos indivíduos normais, com crises dispneicas, e isso seja qual for o tipo da sua asma, alérgica ou não; quer dizer, o problema da acção das substâncias histamínicas ultrapassa os limites da alérgia, assim como a própria asma (Epstein). Sabe-se enfim, desde os trabalhos de Loewi, que excitação vagal provoca a libertação, ao nível das suas terminações, de substâncias vagotrópicas, cuja natureza química foi identificada à da colina e seus derivados; pois as experiências de Kallos demonstraram uma identidade de acção desencadeante da crise de asma, entre histamina e acetilcolina, nos cobaios. No homem, segundo Parrot, Villaret e outros, estas substâncias são asmogêneas nos asmáticos.

Assim, poder-se á talvez admitir como teoria da gênese dos acessos, que, por um lado, há asmáticos alérgicos, que são asmáticos porque há uma sensibilização local, que determina o lugar de libertação celular das substâncias vagotrópicas, e determina qual o órgão de choque — o pulmão; por outro, há os asmáticos reflexos, nervosos, que, sem serem vagotônicos, vêem a excitação nervosa prevalecer sôbre o vago ao nível do pulmão, devido ainda a uma sensibilização local, o que secundariamente liberta, nas terminações vagais pulmonares, substâncias vagotrópicas. Qualquer que seja o mecanismo, celular ou nervoso, que provoca a libertação no órgão de choque (árvore respiratória) das substâncias asmogêneas (histamina e afins), é preciso, provávelmente, a convergência duma sensibilização local, para que haja reacção asmática.

A importância no mecanismo da crise asmática dêesses vários factores é reforçada pelo facto do músculo brônquico ser muito sensível às mais



ligeiras variações humorais e pela bem conhecida instabilidade das reacções fisicoquímicas dos humores dos asmáticos, alérgicos ou não.

Entre aquelas variações humorais interessam sobretudo as do equilíbrio ácido-básico, dado que os numerosos estudos sobre as alterações da kaliémia e calcémia, e outros menos importantes da mesma ordem, não permitem interpretações muito coerentes. Experiências realizadas a respeito da influência das modificações do equilíbrio ácido-básico sobre os músculos brônquicos, quer experiências feitas sobre os próprios músculos (Trendelenburg, Mac Dowall, Justin-Bezançon e Villaret) quer pesquisas espirométricas sobre gatos descerebrados (feitas por Tiefensee) fizeram ressaltar os seguintes factos: a) Os músculos brônquicos são muito sensíveis às modificações do equilíbrio ácido-básico; b) A acidose tende a relaxar os músculos brônquicos; c) A alcalose tende a contrair o músculo brônquico, aumenta a intensidade do broncoespasmo. Quanto ao estudo feito no sangue dos asmáticos, os seus resultados são incertos e pouco concludentes; no entanto a maioria dêles é favorável à existência duma alcalose paroxística no momento do ataque.

Quanto ao mecanismo de resolução do acesso, algum papel deve caber à acidose gazoza por retenção, especialmente nas crises asmáticas fortemente secretórias. Parece, contudo, que o factor principal do mecanismo consiste na aparição duma fase de aumento de secreção de adrenalina, no curso da crise de asma. Sabe-se que a histamina activa a secreção de adrenalina; parece que a hiperglicémia da crise provoca, depois, uma hipoglicémia de reacção, e esta excita a medular suprarrenal. Assim, pois, há fortes presunções em favor da existência em seguida à fase histaminérgica ou colinérgica da crise, duma fase adrenérgica de resolução, que seria o mecanismo principal da solução da crise asmática, facilitada, em certos casos, pela acidose gazoza por retenção.

Vê-se, pois, que o mecanismo fisiopatológico do acesso é o traço comum entre os vários tipos de asma, sempre o mesmo, qualquer que seja a origem e o estímulo necessário para desencadear o dito acesso — quer dizer qualquer que seja a etiopatogenia da asma. Ora êsse problema da etiopatogenia da asma está ainda cheio de confusões.

Para numerosos autores a asma brônquica essencial é sempre exclusivamente uma doença alérgica, e portanto a sua patogenia compreende dois factores primordiais: a) Uma disposição, não sinónima de constituição (no sentido de Bauer) mas sim significando a somação dessa constituição (genotipo) e de certas propriedades funcionais adquiridas, isto é, fenotípicas, (condições no sentido de Bauer); Êste é, pois, um factor endógeno que é conhecido, também, pela designação de «diátese alérgica»; b) Uma exposição, que consiste na apresentação do alergeno provocador dos acessos, é o factor exógeno, factor de realização. A disposição consiste numa alteração funcional mal definida, em que sobressaem certas perturbações metabólicas (já referidas) e, sobretudo, uma particular instabilidade vegetativa, especialmente no sentido hipervagotó-



nico; os factores, que a condicionam, ainda muito mal conhecidos, uns hereditários outros adquiridos, podem esquematizar-se, então, em 3 grupos principais, mais ou menos inter-relacionados: I) Factores endócrinos; II) Factores metabólicos; III) Factores de distonia neurovegetativa. Porém, muitos outros autores, embora considerando a sensibilização alérgica como o factor fundamenal na etiopatogenia da maior parte dos casos de asma brônquica, pensam, contudo, que existem outros, ainda que muito menos numerosos, de natureza diversa. Para estes admite-se, então, uma patogenia nervosa reflexa, psíquica, etc.

Quer limitando o conceito da asma essencial aos casos de natureza alérgica, quer estendendo-o e englobando nêle outros de etiologia diversa, predominantemente neuropsíquica, tem de se considerar na patogenia daquela entidade mórbida uma série de elementos, os quais podem sistematizar-se, como faz Mounier-Khun, da seguinte maneira: A) Um «terreno», ou «temperamento asmático», condicionado, essencialmente, por: B) uma «instabilidade do sistema nervoso vegetativo»; C) Uma «causa provocadora»; D) Um «factor de localização» a que Mounier-Kuhn chama «espinha irritativa» e J. Diaz «espinha de fixação».

A) — O «terreno» é um elemento mal definido, determinado por vários factores, muitos dos quais ignorados e os restantes pouco bem conhecidos. No estabelecimento do terreno há uma influência hereditária, indiscutível, freqüente e muito importante, ainda não bem definida, mas que possivelmente consiste na herança dum estado de hiperexcitabilidade ou estigmatização vegetativa, em virtude da qual se facilita a sensibilização alérgica nos casos desta natureza, a acção dos factores reflexos, psíquicos, etc., nos casos não alérgicos; quere dizer se facilita a criação da doença pròpriamente dita. Deve notar-se que êsse estado preparador da sensibilização pode não ser devido à transmissão hereditária mas adquirido durante a vida. Na constituição e caracterização do terreno entram, pois, factores diversos, ainda mal conhecidos; uns respeitantes ao metabolismo (alterações de equilíbrio K/CA, do equilíbrio ácido básico, do metabolismo purínico, etc.), outros ao equilíbrio da constelação endócrina (factor endócrino mais adiante referido), outros enfim ao tonus do sistema nervoso vegetativo, sendo estes, sem dúvida, os mais importantes. Uma especial constituição neuropsíquica pode desempenhar um papel fundamental em certas asma chamadas psíquicas, admitidas por determinados autores. Os factores que condicionam a aparição do terreno (além do hereditário) não são conhecidos com segurança. Mounier Kuhn incrimina infecções crônicas (tuberculose, sífilis) que actuariam hereditariamente, pelas distrofias que provocam, e pelas suas toxinas que «viciariam o meio humoral originando uma instabilidade do sistema vago-simpático»; e, também, intoxicações ou melhor, uma intoxicação de tipo especial, a que define a diátese artrítica, diátese que segundo êsse autor consiste «numa perturbação dos fenómenos de nutrição causada por uma viciação do meio humoral devida a



um funcionamento endócrino». Mas tais especulações pouca aceitação têm tido.

B) — A «instabilidade do sistema nervoso vegetativo» é o elemento fundamental na etiopatogenia na asma essencial. Em primeiro lugar, deve chamar-se a atenção, a êste respeito, para o importante papel que desempenha o sistema neuro-vegetativo, especialmente o vago, na aparição de tôda e qualquer manifestação alérgica. Assim Friedberger, e depois Garrelon e Santenoise, provaram que se impede a aparição do choque anafilático, em animais sensibilizados, quando se faz, nos mesmos, uma vagotomia alta. A excitação artificial do parasimpático, por outro lado, reproduz o quadro do choque. Enfim a acção inibidora do choque de certos fârmacos paralisantes do vago ou excitantes do simpático, acção que é a que se aproveita em clínica no tratamento dos acessos de asma, tem a mesma significação daquelas experiências. Rercorde-se, igualmente, o papel fundamental, já referido, que tem o sistema vago-simpático, especialmente por intermédio do vago, no determinismo dos acessos asmáticos. Finalmente, encontra-se na enorme maioria dos asmáticos uma situação de desequilíbrio neurovegetativo, demonstrável, além dos sinais clínicos, pelas provas farmacológicas, reflexos oculocardíaco e sinocarotidiano, etc. Êsse estado de distonia permanente teria as suas perturbações críticas, de predomínio vagal ao nível do pulmão, originando os acessos da doença. Mas, se tudo isto é certo, e se ainda, mais, a sintomatologia da anafilaxia é equivalente à da excitação do vago, a verdade é que no choque alérgico e anafilático origina-se secundariamente um estado de hipertonia vagal, e pode-se pensar que, na realidade, os estados que se tem descrito como de vagotonia, sejam, afinal, uma manifestação de alergia (J. Diaz). Por isso é muito difícil saber até que ponto as alterações do sistema nervoso vegetativo, que se revelam em quasi todos os asmáticos, são secundárias à alergia, e desde onde se podem considerar primitivas, quere dizer como causantes, precisamente, da mesma alergia. Porém, e o próprio J. Diaz chama a atenção para o facto, se é certo que a alergia, uma vez estabelecida, altera o equilíbrio neurovegetativo por si própria, não é fácil explicar a acção de certas disfunções das glândulas endócrinas na génese de alguns estados alérgicos, a não ser por meio duma perturbação neurovegetativa predisponente que essas mesmas glândulas endócrinas condicionem. Fala-se de vagotonia, mas hoje compreende-se estas situações como de desequilíbrio, de instabilidade neurovegetativa, com sinais de hiper e hipo-excitabilidade vagal e simpática, portanto com o quadro duma anfotonia. Já se viu, também, como o efeito vagotónico desta anfotonia neurovegetativa ao nível de certos órgãos (o pulmão é o que interessa aqui) se tem tentado explicar, por exemplo de acôrdo com a teoria de Danielopolu. As relações desta distonia com os restantes factores são mal conhecidas. Assim enquanto Klewitz, por exemplo, a considera devida ao desequilíbrio iónico K/CA ou H/OH, outros (como J. Diaz) consideram o desequilíbrio K/CA



OS LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA ANDRADE

apresentam

# DEXTROCALCIO-CÊ

---

é uma única embalagem com:

6 ampolas de gluconato de cálcio a 40 %.

6 ampolas de ácido L-ascórbico (Vitamina C) a 5 %.

**PREÇO: 35\$00**



REPRESENTANTES NO NORTE DE PORTUGAL

**MARTINHO & C.<sup>A</sup>, L.<sup>D</sup>A**

T. DA FÁBRICA, 13. PORTO TEL. P. B. X. 7583



MOBILIÁRIO CIRÚRGICO "ALBAR",  
APARELHAGEM DE ELECTRO-MEDICINA  
MATERIAL MÉDICO-CIRÚRGICO  
MATERIAL DE LABORATÓRIO, ETC.

*Vendas e Exposição:*

RUA DA FÁBRICA, 74 e TRAV. DA FÁBRICA, 1 a 9



## Alcalinésia BISMUTICA

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

## "Aseptal,"

*Ginecologia. Partos. Usos antisépticos em geral.*

## BioLactina

*Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, entero-colite, 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, linfatismo, raquitismo, fraqueza geral, pleurísias, pneumonias, escrofúlose, asma, etc.*

## Hepatodynamol

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

## "NARCOTYL,"

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

## Proteion

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

## PULMÔ-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

*Quinoterápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.*



como conseqüência da vagotonia dominante; alguns autores (Mounier Kuhn, etc.) encaram tal instabilidade do sistema nervoso vegetativo como devida a alterações do equilíbrio endócrino. Pode-se dizer, em conclusão, que nos asmáticos existe uma anfotonia neurovegetativa evidente, que segundo uns condiciona o estado alérgico, segundo outros é condicionada por êle, e ainda, segundo um terceiro grupo de autores, é apenas uma manifestação que acompanha a alergia, ambas sob a dependência de uma causa comum, mais profunda, de natureza constitucional preferentemente. Mas ao lado destas distonias do sistema vegetativo, constantes em todos os asmáticos, há casos de asma em que a acção do vago toma o principal papel etiopatogénico e o quadro se desenrola com exclusão de qualquer factor alérgico-anafilático. São os casos de asma nervosa ou reflexa, em que a acção do vago não é um elemento do terreno mas apenas uma causa efectiva, que por isso, no nosso entender, estudaremos em outro capítulo, dentre os seguintes.

C) — Estabelecida a referida instabilidade neurovegetativa, certas causas (nervosas, psíquicas, contacto com alergenos) podem conduzir, como diz Mounier Kuhn, à rotura do equilíbrio periclitante que existe entre o simpático e o vago. Estas «causas provocadoras» podem variar com os casos; fenómenos de choque (alergia) na maioria dêles, infecções (muitas vezes sensibilizando, actuando por mecanismo alérgico), reflexos; por vezes apesar do mais cerrado exame não se acha esta causa provocadora, pensando muitos autores que mesmo nesses casos se trata de fenómenos alérgicos. O papel fundamental da alergia, a importância do contacto com os alergenos, na constituição do terreno e no determinismo dos acessos na asma brônquica, são sobejamente conhecidos para nos referirmos aqui a êles. Apenas duas palavras, agora, sobre os vários casos de asma reflexa e psíquica, aliás não individualizados para muitos autores que consideram todos os casos de asma essencial como de natureza alérgica. Os reflexos asmogéneos, cujas vias já enunciadas foram, podem ter origem em qualquer ponto do sistema de inervação brônquica ou das suas conexões nervosas, mas especialmente ao nível das vias aéreas superiores, território do esplâncnico, e vias sensitivas ou motoras da inervação dos brônquicos. O que dá o carácter a êstes casos de asma reflexa, o que constitui o único dado de valor para afirmar o seu diagnóstico, é a desaparição absoluta dos acessos pela exclusão do foco de origem dos reflexos (a espinha irritativa), o que aliás se dá muito raras vezes. De resto, pode-se dizer, como Epstein, que «suprimindo, quer pela anestesia, quer pelo bisturi, uma zona asmogénea, supprime-se a asma-sintoma, mas não se cura a asma-doença» que tem as suas raízes mais profundamente, na própria constituição do individuo, como já se disse. É preciso ainda notar que êsses focos asmogéneos podem, também, actuar como focos de sensibilização alérgica bacteriana, quando são focos inflamatórios. Neste capítulo podem, talvez, referir-se certos casos, extremamente raros, de síndromas asmáticos devi-



dos à excitação do núcleo do vago (em afecções bulbopretuberanciaes, segundo Ortner), devidos à irritação do tronco do mesmo (tumores, processos inflamatórios, etc.), e ainda, segundo Epstein, a possíveis nevrites.

O factor psíquico na génese dos ataques asmáticos reveste um de três aspectos principais (Beltran Báguena): a) Acidente nervoso, em pessoas histéricas, tomando um aspecto semelhante as acessos dispneicos da asma; é um síndrome asmático, portanto não uma asma brônquica. b) Em doentes com um terreno asmático, doentes alérgicos, factores psíquicos (emoções, medo dos acessos, evocação das crises directamente ou por intermédio de qualquer coisa que coincida com elas, etc.) podem desencadear os acessos, por vezes pelo mecanismo dos reflexos condicionados. c) O terceiro aspecto, que também pouco interessa aqui, consiste nas alterações psíquicas que no próprio doente podem provocar as crises reinteradas, com o seu carácter dramático, e ainda na tara psíquica (temperamento ciclóide, sugestibilidade, depressibilidade, etc.) que pode colorir o especial temperamento dos asmáticos.

D) — Tem-se tentado explicar porque é que o choque se localiza no aparelho pulmonar, no momento da crise da asma, mas os nossos conhecimentos ainda são pouco seguros a este respeito. De resto, é muito possível que não seja possível nenhum factor de fixação e que no homem exista, como se verifica experimentalmente nos cobaies, uma especial tendência à resposta pulmonar. Pode intervir, porém, o facto de a maioria dos alérgenos ou penetrar no organismo pela via aérea, ou se encontrar no próprio aparelho respiratório (asmas bacterianas), especialmente na árvore brônquica. Alguns autores supuseram, ainda, que o pulmão desempenha um papel activo na defesa do organismo contra a penetração dos alérgenos, baseados em certos dados experimentais. Enfim, numerosos factos fazem pensar que as lesões pulmonares tenham um certo papel de espinha fixadora, ao nível do pulmão, do processo espasmódico da asma; além, evidentemente, do seu referido papel como geradoras de substâncias sensibilizantes—como sucede nas asmas bacterianas. Actuam, assim, bronquites, lesões peribrônquicas, etc., e sobretudo lesões de tuberculose pulmonar; o papel desta última é particularmente importante.

São, pois, numerosos, intrincados e em regra múltiplos em cada caso, os factores a considerar na etiopatogenia da asma. A multiplicidade desses factores complica-se ainda como a inconstância do papel por elles desempenhado. E' que, como diz J. Diaz, as «relações que unem entre si aquêles diferentes factores genéticos, na complexa constelação de um determinado caso, não são tão simples como poderia crer-se à primeira vista. Poderia pensar-se que existe primeiro a disposição e sobre esta base a penetração sensibilizante actuaría como factor de realização». Ainda que isso seja o mais freqüente, não é sempre assim; «o factor de realização é, muitas vezes, uma modificação qualquer do equilibrio orgânico cuja aparição accidental coincide com o começo dos



sintomas; por isso durante muito tempo se consideraram diferentes causas da asma, e ainda hoje grande número de clínicos tendem a separar as asma alérgicas de outras que denominam de vários modos, segundo o facto com cuja aparição coincidem: «asma reflexas» «asma endócrinas», etc. Assim, como exemplo dos diferentes papéis que podem desempenhar os variados factores enumerados, conforme os casos de que se trata, podem-se citar os doentes em que as asma rebeldes desaparecem durante a gravidez, para reaparecerem ulteriormente; a sensibilidade continua, mas o novo equilíbrio endócrino, que surge na gravidez, condiciona a sua passagem a um estado larvado. E ainda aqueles casos em que aparece uma dada sensibilização à altura da crise da menopausa ou em que os acessos coincidem com a aparição do fluxo catamenial; nêstes casos o factor endócrino (especial situação do complexo das glândulas de secreção interna na altura da menopausa e nos momentos da menstruação) actua como factor de realização, revelando o estado alérgico, occulto anteriormente, ou provocando o desequilíbrio do terreno que provoca a crise, em contraste com o habitual caracter de factores de disposição que apresentam as influências endócrinas.

#### **SOCIEDADES E CONGRESSOS**

CONGRESSO LUSO-ESPANHOL PARA O PROGRESSO DAS CIÊNCIAS (Córdova, 4-9 de Out. de 1944). — *Pulmão opaco*, por Abreu Saldanha; *Estudos experimentais sobre o ácido nicotínico*, por Diogo Furtado; *Expressão planigráfica da veia ázigos*, por A. Côrte Real; *Displasia polios-tótica fibrosa*, por Andressen Leitão; *Dente supranumerário incluso*, por Tiago Marques; *Localização de tumores glómicos*, por Amândio Tavares; *A vitamina E na estenose hipertrófica do piloro*, por Fonseca e Castro & Armando Tavares; *Reacções vasomotrices e humorais post-operatórias*, por Lino Rodrigues; *Fibromas do intestino*, por João de Melo; *Alterações hepáticas consecutivas à pancreatite experimental*, por Silva Pinto; *Atributos morfológicos da célula neoplásica*, por Santos Morais; *Epitelioma de Malherbe*, por Maria Manuela Portugal; *Expulsão do feto pelo abdome*, por Mário Cardia; *Torsão de quisto ovárico*, por José Delerue; *Grupos sanguíneos dos indígenas da Guiné Portuguesa*, por Fraga de Azevedo; *Infestação por tripanosomas das glossinas da Guiné Portuguesa*, por Francisco Cambournac; *Febre biliosa hemoglobínúrica*, por Alberto Soeiro; *Biologia das espécies de Phebotomos em Lisboa*, por Cruz Ferreira.

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA — *A acção tumorigénea da foliculina*, por Michel Mossinger; *Um caso de cancro da laringe tratado cirurgicamente com conservação de perfeita fonação*, por Guilherme Penha (18-I-45). *Casos clínicos (tumor intratorácico que desaparece com algumas sessões de raios X, Icterícia hemolítica familiar*, por João Pôrto; *Sobre mesenterites retracteis experimentais*, por M. Mossinger, O. Firmo & J. Novo (1-II).



## REVISTA GERAL

### Bases fisiológicas das provas funcionais do rim <sup>(1)</sup>

Em poucos capítulos da medicina é possível encontrar mais claro exemplo dos serviços que a fisiologia pode prestar à clínica do que no relativo às afecções renais. Seria injusto não reconhecer, contudo, os serviços que a patologia do rim prestou ao conhecimento fisiológico deste órgão. Aqui, como em outros ramos da medicina, os benefícios são recíprocos; ambas as ciências se completam e ajudam.

O interesse de noções exactas sobre a fisiologia do rim ultrapassa a avaliação quantitativa da função renal, pois incide particularmente sobre o comportamento dos mecanismos íntimos dessa função nas diversas afecções renais.

HISTÓRIA — A história das provas da função renal é breve. Com Rowntree podemos afirmar que até 1909 nada de importante havia neste assunto. Até então só se fazia o exame dos caracteres microscópicos da urina. Isto não quer dizer que já antes não houvesse tentativas de provas da função renal. Cita-se Hahn, que descreveu a relação existente entre a actividade renal e a aparição na urina de característico cheiro a violetas depois da ingestão de certos produtos vegetais. Reyer viu que em doenças dos rins há atraso na aparição do cheiro que a urina tem depois da ingestão de espárragos.

Em 1867, Bouchard propõe a utilização de um corante, a fucsina, para medir a capacidade secretora do rim. Em 1897, Achard & Castaigne introduzem o emprêgo do azul de metileno, com o mesmo fim; a fama deste processo durou muitos anos, chegando aos nossos dias. As provas com corantes não são de valor decisivo, e mesmo as que hoje possuímos não são completamente satisfactorias, como adiante se referirá. Por fins do século passado, o estudo dos caracteres da urina progrediu com a introdução da crioscopia: Cresser, Koranyi e Hamburger empregam largamente este método e ampliam os conceitos sobre a importância da composição da urina e principalmente da sua concentração molecular como índice do estado funcional do rim. Um pouco mais tarde, novas provas de corantes, propostas por Lepine (rosalinina) e por Rowntree & Gerathy (fenolsulfoftaleína) passaram a ter grande importância na clínica das afecções renais.

A atenção dedicada ao estudo da composição química da urina levou a melhor conhecimento da forma de eliminação das diversas

---

(1) Por F. GRANDE COYIÁN, em *Medicina Clínica*, de Barcelona, (Março de 1944).



# TONOCÁLCIO-CÊ

## FORTE

GLUCONATO E CÁLCIO A 20 %  
ÁCIDO L-ASCÓRBICO CRIST. A 10 %

(24 AMPOLAS)

Aplicação conjunta em  
volume reduzido de soluto



Neste soluto de gluconato de cálcio, apesar duma elevada concentração (20 %) conseguiu-se sem a adição de estabilizantes, reduzir ao mnimo as possibilidades da sua precipitação.



LABORATÓRIOS LAB

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES



# Quinarrhenina

ANEMIAS  
PALUDISMO  
OU  
SEZÕES  
CONVALESCENÇAS  
DIFICEIS, ETC.

ELIXIR — GRANULADO

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

---

## XAROPE STEPP DE BROMOFORMIO COMPOSTO

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

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

---

## IODOLOSE "GAMA,"



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

---

## KOLEINA « GAMA »

GRANULADO DE KOLA E CAFEÍNA

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

---

Depósito geral: Farmácia GAMA  
Calçada da Estréla, 130 — LISBOA



substâncias. Os estudos comparativos das suas concentrações no sangue e na urina, e a comparação do comportamento dessas substâncias, começaram a lançar alguma luz na noção do mecanismo íntimo da função renal. As provas funcionais baseadas nesse estudo orientaram-se primeiramente para o componente qualitativamente mais importante, a água. Assim, em 1904, foi proposta por Albarran a chamada «prova da água», utilizada pouco depois na Alemanha por Schlayer e Hedinger; esta prova veio a tomar considerável desenvolvimento, devendo-lhe muito a patologia renal.

Vem em seguida os conceitos de Ambard sobre o mecanismo da excreção da ureia, que merecem particular atenção. Como consequência de uma série de investigações, chegou a determinar leis reguladoras da eliminação da ureia pela urina. Infelizmente, hoje, não é possível admitir êsses conceitos; mas é evidente que constituíram o primeiro passo para lograr uma interpretação fisiológica do mecanismo de eliminação das substâncias urinárias. Deve atribuir-se a Ambard a paternidade, ou pelo menos o papel de precursor dos modernos métodos de exploração da função renal. O desenvolvimento destes métodos, a partir de 1920 é bem conhecido: por um lado os estudos de Van Slike e seus colaboradores sobre a eliminação da ureia, e por outro o novo conceito de «aclaramento» e a sua ulterior aplicação, principalmente por parte dos autores americanos.

Em 1928, Rehberg propôs o emprêgo da creatinina como processo de medida de filtração glomerular; com êle se caminhou para o objectivo de dispor de métodos que permitam o estudo das funções elementares da actividade do rim. O que separa as novas provas funcionais das clássicas está em que estas tendiam apenas a demonstrar a capacidade fisiológica global do rim doente, relacionando-a com a do indivíduo são; ao passo que actualmente as provas procuram informar-se das diversas funções elementares do órgão. Por isso a interpretação dessas novas provas funcionais está intimamente ligada ao conceito que hoje temos do mecanismo da função renal. Aliás, é lógico que o valor das provas funcionais só pode apreciar-se devidamente relacionando-o com as nossas concepções teóricas sobre o mecanismo da respectiva função. Por êste motivo, é mister expor, embora brevemente, o estado actual dos nossos conhecimentos sobre a fisiologia do rim.

ESTADO ACTUAL DAS TEORIAS SOBRE A FUNÇÃO RENAL. — A essência fisiológica da actividade renal deve procurar-se na capacidade do órgão para manter a constância do meio interno. Todos os órgãos da economia colaboram nesta missão, mas o rim é o mais importante de todos êles, e neste aspecto, com o pulmão, especializou-se, por assim dizer, na tarefa de libertar o organismo dos detritos do metabolismo. O rim tem outras funções, além das excretoras; mas podem aqui pôr-se de parte, porque não interessam neste momento.



O conceito teórico da fisiologia renal baseou-se naturalmente nos estudos morfológicos. A estrutura do rim, a sua vascularização, etc., bem conhecidas, permitiram considerar o rim como formado pela associação de uma série de elementos dotados de individualidade anatómico-fisiológica, que são os elementos uriníferos ou nefronas.

Fundada em conhecimentos sobre a estrutura do rim, apareceu há uns cem anos a teoria de Bowman, que atribuía ao rim uma função secretora análoga à que se observa noutras glândulas; o glomérulo e o túbulo segregariam urina. Heidenheim modificou em 1872 esta teoria, ligando ao túbulo a função secretora e ao glomérulo o papel de filtro. Ainda que adequada ao ponto de vista histofisiológico, esta teoria da filtração-secreção não explica muitas das propriedades do rim. Modernamente, foi modificada, sobre razões procedentes sobretudo da anatomia comparada, por Pütter, com a sua teoria triangular da secreção da urina.

Contrariamente a essas teorias, a de Ludwig, de 1844, baseava-se em considerações simplesmente químico-físicas. Segundo ela, a formação da urina consiste na filtração do plasma sanguíneo pelo glomérulo, seguindo-se a modificação do filtrado na sua passagem pelos túbulos, com reabsorção da água e de vários elementos.

A diferença entre as duas espécies de teorias é considerável, e na realidade corresponde à que existe entre as concepções vitalista e mecanicista, que se debateram no campo da fisiologia, principalmente nos fins do século passado. Muitas vezes a posição dos investigadores perante o problema da função renal dependeu mais da sua filiação mecanicista ou vitalista, do que da investigação dos factos.

Em 1917, Cushny deu um passo importante, com a publicação da sua monografia sobre a secreção da urina. O grande mérito do autor inglês foi o de ter posto o problema com maior clareza e com independência de todo o conceito não experimental. Propôs uma teoria que, conquanto não resolvesse a questão, deu sólida base para melhor compreensão da fisiologia renal, o que levou a fecundas investigações ulteriores; o serviço que assim prestou foi extraordinário, devendo-lhe muito o estado actual dos nossos conhecimentos neste assunto. A formação da urina, segundo Cushny, obedece fundamentalmente aos princípios enunciados por Ludwig, isto é, consiste na filtração ao nível do glomérulo seguida por reabsorção ao nível do túbulo, mas enquanto este supunha que o processo de concentração se fazia por mecanismos puramente físicos, aquêle admite a necessidade de a explicar por um processo de reabsorção activa, vital, portanto com sentido de finalidade. O comportamento das substâncias urinárias perante o fenómeno da concentração é muito diverso; umas são reabsorvidas completamente enquanto a sua concentração no sangue não ultrapassa certo nível, são substâncias com nível, de que a glucose é o principal representante; outras, pelo contrário, não sofrem



qualquer reabsorção, como acontece com a creatinina; outras, finalmente, como a ureia, reabsorvem-se em maior ou menor proporção, conforme as circunstâncias.

No momento actual os nossos conhecimentos sôbre a função renal progrediram consideravelmente, pois, além de sabermos que há dois processos fundamentais na secreção da ruina, o da filtração glomerular e o da reabsorção tubular, sabemos, segundo factos recentemente observados, que há um processo de secreção por parte das células do túbulo, participando no mecanismo de excreção renal de outras substâncias.

Não nos preocupando com mais teoria fisiológica, analisemos os factos observados relativamente ao papel dos vários segmentos do tubo urinífero. A situação actual do problema deve-se em grande parte às transcendentés experiências de Richards e seus colaboradores americanos, que em 1924 publicaram os resultados obtidos pela análise directa da urina colhida por punção da cápsula glomerular e dos diversos segmentos do túbulo. Esta proeza experimental foi conseguida graças a uma técnica sumamente engenhosa, tanto na colheita da urina como na análise das amostras obtidas. As primeiras experiências foram realizadas em rãs e diversos anfíbeos (animais com disposição anatómica renal diferente da dos mamíferos) e os resultados confirmaram a teoria de ter o líquido dos glomérulos as características do plasma sanguíneo desprovido de proteínas; ao passar pelo túbulo, esse líquido perde água e alguns dos seus componentes são totalmente reabsorvidos (como a glucose), ao passo que outros (como a creatinina), que não se reabsorvem, são concentrados dentro dos índices próprios da urina.

Os factos observados no rim da rã não satisfaziam completamente, porque são muito grandes as diferenças em relação ao rim dos mamíferos. Neste, as provas só muito recentemente se obtiveram, pois foi em 1941 que apareceram os notáveis trabalhos dos discípulos de Richards, relatando os resultados da punção directa dos rins da ratazana e da cobaia. A técnica empregada consiste, resumidamente, no seguinte: com um dispositivo iluminador que permite a observação directa, ao microscópio, da superfície renal na cavidade abdominal do animal, pipetas especiais, como as usadas para a rã, e um micro-manipulador, marcam o segmento do túbulo que foi puncionado, injectando tinta da China, que indica o lugar em que se colheu a amostra, e, terminada a experiência, dissecam o parenquima renal sob microscópio, podendo assim isolar-se o túbulo, identificar as partes que o compõem e os sítios em que se extrahiu líquido; a punção do glomérulo é muito difícil, mais difícil do que nos anfíbeos porque estes elementos estão nos mamíferos num plano mais baixo que o dos túbulos, mas conseguiram fazê-la.

Os resultados obtidos com estas experiências comprovaram os



observados nos anfíbeos, já citados, provando que o líquido filtrado pelo glomérulo tem a composição do plasma sanguíneo com excepção das proteínas, notando-se apenas uma diferença na percentagem dos cloretos, que é um pouco mais alta, o que se pode atribuir ao equilíbrio de Donnan. Ao passar pelo túbulo, logo na primeira parte perde glucose, concentra-se rapidamente a creatinina, e os cloretos sofrem uma concentração que vai até 1,4 vezes a que tem no plasma. As determinações da pressão osmótica mostram que a concentração tubular é um processo isosmótico, isto é, que com a água desaparecem também substâncias osmoticamente activas em tal proporção que o líquido mantém a mesma pressão osmótica; portanto, desaparecem algumas substâncias, pois outras, osmoticamente activas, como os cloretos, aumentam em concentração, pensando os autores das experiências que o aumento do cloreto de sódio é compensado sobretudo pela reabsorção do bicarbonato. A concentração definitiva da urina realiza-se nos segmentos mais avançados do túbulo urinífero.

São mudas essas provas quanto à função secretora dos túbulos. Mas múltiplas investigações, principalmente as feitas por Marshall, Shannon & Smith, com rins desglomerulados de peixes, mostraram que a eliminação de várias substâncias pelo túbulo corresponde a uma verdadeira secreção, a qual é provada pelos estudos muito recentes sobre a excreção de substâncias que se encontram na urina em concentração superior à que corresponde à quantidade eliminada pela filtração. As clássicas experiências de Nussbaum e de Cullis, empregando rins de rã perfundidos pelo sistema da porta renal, não eram convincentes; o mesmo se pode dizer das observações sobre a eliminação de corantes, porque é muito difícil saber se a presença dessas substâncias nas células da parede se deve à excreção celular ou a reabsorção do corante contido no líquido que passa pelo túbulo.

Noutros pontos de vista, as idéias modernas sobre a função renal foram muitas vezes comprovadas. A pressão arterial no glomérulo assegura a filtração, que está condicionada pela diferença entre a pressão hidrostática dos capilares e a pressão coloidosmótica das proteínas do plasma sanguíneo, mais a pressão interna da luz capsular. As determinações de Winton relativamente à pressão intrarrenal, e o estudo das variações de pressão e fluxo sanguíneo no rim sobre a secreção da urina, mostram o papel filtrante do glomérulo. Ainda, uma prova indirecta, que deu resultados interessantes quanto às propriedades da membrana glomerular, veio dos trabalhos de Bayliss e seus colaboradores, os quais mostraram que o glomérulo filtra as substâncias cujo tamanho molecular seja inferior a 64.000, incluindo as proteínas nestas condições, que são depois concentradas na mesma proporção das substâncias não absorvíveis nem excretáveis pelo túbulo.

Em suma, a função excretora do rim compõe-se de três proces-



**PARA OS LACTANTES DIFICEIS,**

com possibilidades digestivas reduzidas, de  
progressão irregular, distróficos, dispépticos  
prematuros, vomitadores, eczematosos, diar-  
reicos, intolerantes a todo o leite normal

pense no

**Eledon**  
da **NESTLÉ**

leite em pó acidificado meio-gordo.

Pureza bacteriológica - Digestibilidade perfeita

- Composição constante - Preparação fácil

- Boa conservação.

SOC. DE PRODUTOS LÁCTEOS — LISBOA



“  
**Ceregumil**  
 ”  
**Fernández**

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

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

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

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

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

---

## PORTUGAL MÉDICO

---

**DIRECCÃO CIENTÍFICA:** AYRES KOPKE, prof. jub. do Instituto de Medicina Tropical; EGAS MONIZ, prof. de jub. da Faculdade de Medicina de Lisboa; FROILANO DE MELO, director da Escola Médico-Cirúrgica de Nova Gôa 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 Fac. de Medicina do Pôrto — **REDACTOR PRINCIPAL**

**REDACÇÃO:** ALBERTO DE MENDONÇA, Oto-rino-laringologista nos Hospitais Cívics; 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. da Faculdade de Medicina de Lisboa; FERNANDO MAGANO, prof. de Cirurgiana Faculdade de Medicina do Pôrto; FERREIRA DA COSTA, Estomatologista nos Hospitais Cívics de; FONSECA E CASTRO, prof. agregado de Pediatria na Faculdade de Medicina do Pôrto; LADISLAU PATRÍCIO, director do Sanatório Sousa Martins; LOPES DE ANDRADE, prof. de Oftalmologia na Faculdade de Medicina de Lisboa; VAZ SERRA, prof. de Patologia Med. na Faculdade de Medicina de Coimbra.

---

**Condições da assinatura (por ano — série de 12 números):**  
 Metrópole—30\$00 Ultramar—40\$00 Estrangeiro—50\$00 N.º avulso—3\$00

---

Redacção e Administração: Rua Cândido dos Reis, 47 — PÓRTO



tos elementares: 1.º filtração pelo glomérulo; 2.º reabsorção pelo túbulo; 3.º secreção pelo túbulo.

3 — EXPLORAÇÃO DAS FUNÇÕES ELEMENTARES DO RIM. — Para que possa dar idéia completa da maneira como o rim trabalha, a sua exploração funcional deve incidir sobre cada uma das funções elementares do órgão. O estudo de algumas delas dependeu do conceito de aclaramento, acima mencionado.

Se conseguíssemos uma substância que só fôsse eliminada por filtração, sem experimentar reabsorção nem secreção no túbulo, essa substância serviria para medir a capacidade filtrante do rim, pois a quantidade de substância excretada seria igual à filtrada. Designando por  $F$  o volume do filtrado, em c.c. por unidade de tempo, por  $D$  o da urina nas mesmas condições, por  $C_u$  a concentração da substância na urina e por  $C_p$  a sua concentração no plasma, teremos  $C_u \times D = C_p \times F$ , e portanto  $F = \frac{C_u \times D}{C_p}$ . Ao quociente  $\frac{C_u}{C_p}$

chama-se índice de concentração e costuma designar-se com a letra  $C$ , reduzindo-se assim a fórmula da filtração a  $F = C \times D$ . Se, pelo contrário, a substância fôr parcialmente reabsorvida no túbulo, a quantidade eliminada pela urina será menor que a filtrada, não podendo dar a medida da filtração glomerular, mas servindo para indicar o poder de eliminação dessa substância; a fórmula anterior aplicada a uma substância dessa ordem, como seja a ureia, dá o valor do seu aclaramento. A cifra do aclaramento é pois uma medição artificial, indicadora da quantidade de substância abandonada pelo sangue na unidade de tempo, e não um valor fisiológico como para a filtração. Se utilizássemos uma substância que fôsse tão perfeitamente segregada pelas células do túbulo que o sangue da veia renal ficasse desprovido dela, a cifra do aclaramento dessa substância confundir-se-ia com a cifra do fluxo do plasma através do rim na unidade de tempo. Conhecendo-se esta cifra e a do valor hematocrítico, fácil é determinar aquêle fluxo de sangue. Descontando da quantidade total de substâncias excretadas pela urina o que corresponde à filtração glomerular (que se calcula com o volume do filtrado e a concentração no plasma da substância empregada) obtém-se a cifra correspondente à excreção tubular. Desta maneira, com substâncias adequadas, é possível dispor de meios para medir o volume do líquido filtrado pelo glomérulo, a quantidade de sangue que flue através do rim e a capacidade excretora dos túbulos.

As primeiras medidas do volume do filtrado glomerular devem-se ao dinamarquês Rehberg e referem-se à creatinina, que pode servir como índice dessa medição, por ser, das substâncias da urina, a que alcança maior grau de concentração. As suas determinações foram criticadas por Shannon, Smith e outros, que alegaram ser a creatinina eliminada pelo túbulo em animais aglomerulares, o que não bastava



contudo para as invalidar; mas mais tarde verificou-se que, de facto, a creatinina é em parte eliminada pela parede do túbulo, pois a sua cifra de aclaramento é superior à que corresponde ao filtrado glomerular medido com outras substâncias. Aqueles autores americanos introduziram para prova o uso de açúcares não metabolizáveis, que parece não serem nem reabsorvidos nem excretados pelo túbulo, e, depois de muitos e laboriosos estudos, mostrou Smith que a inulina é o que melhor se presta para aquela determinação, e actualmente é esta a substância empregada por todos.

A exploração das funções tubulares, como já se disse, foi primeiramente efectuada por meio das provas de aclaramento da ureia, de Van Slyke, que lograram grande e proveitosa aplicação na clínica, mas que hoje se empregam menos. A ureia oferece um problema particular dentro da eliminação das substâncias urinárias; a sua eliminação rege-se em grande parte pelo volume da urina, facto já notado por Ambard e confirmado por Van Slyke, tendo sido esta relação detidamente estudada por Rehberg, que a formulou como vamos ver. Representando por  $Uu$  e  $Up$  as concentrações de ureia na urina e no plasma, por  $F$  e  $D$ , respectivamente, os valores da filtração e da diurese em c.c. por minuto, e por  $C$  o índice de concentração, a percentagem de ureia filtrada que chega a ser eliminada pelo rim, designada por  $Eu\%$ , mede-se tendo em conta que  $\frac{Up \times F}{Uu \times D} = \frac{100}{Eu\%}$ , e portanto  $Eu\% = \frac{Uu \times D}{Up \times F} \times 100$ , e como

$F = C \times D$ , temos  $Eu\% = \frac{Uu \times C}{Up \times C} \times 100$ . À medida que a concen-

tração da urina aumenta, diminuindo a diurese, baixa a percentagem de excreção da ureia. Isto é, o rim é capaz de eliminar mais ureia quando dispõe de água, o que mostra ser limitada a capacidade da concentração de ureia; a explicação dêste fenómeno, segundo Rehberg, consiste no facto de a ureia, por ser muito difusível, sofrer a retrodifusão, processo de difusão retrógrada através da parede tubular. Quanto maior fôr a concentração da ureia no túbulo, maior será a divergência de concentrações entre o conteúdo tubular e o sangue, e portanto, progredindo o líquido lentamente, maior será a facilidade de difusão do túbulo para o sangue, evitando que a concentração final da ureia seja paralela à da urina considerada em conjunto. Êste processo explica o comportamento da ureia, mas não pode com segurança aplicar-se a outras substâncias da urina.

A medida da capacidade excretora do túbulo foi realizada por meio de corantes, entre os quais o fenol-vermelho, proposto por Smith, é um dos mais conhecidos. Tem alguns inconvenientes, sobretudo o de se combinar com as proteínas do plasma, pelo que o seu grau de extracção ao atravessar o rim é muito inferior à unidade. Nos últimos anos a atenção dos investigadores dirigiu-se para os derivados



iodados, do tipo de «diotrast», «eskiotrast», «hipuran», que os urólogos empregam como meios da contraste. Segundo os estudos de Elson e seus colaboradores, o rim elimina a quasi totalidade destas substâncias iodadas, que rapidamente deixam de existir no sangue venoso. Medindo-se o aclaramento da substância, em condições determinadas pelos autores americanos, faz-se idéia do fluxo do sangue através do rim; se ao mesmo tempo, se determina o filtrado glomerular por meio da inulina, pode avaliar-se a quantidade do iodado que foi eliminada por filtração, e subtraindo esta do total de substância excretada na urina, obtém-se a quantidade devida à extracção pelos túbulos. Assim, com as duas provas combinadas, é possível apreciar as funções glomerular e tubular e o estado da circulação renal; os americanos expressam por estes valores o estado do funcionamento do rim.

A medida da reabsorção no túbulo pode fazer-se por meio da glucose, promovendo uma sobrecarga desta substância, que eleve acima do termo normal a concentração glicémica. Por esta forma, conhecendo a medida da filtração por meio da inulina, pode avaliar-se a quantidade filtrada, e abatendo a esta a eliminada, a diferença dará a reabsorvida. Este procedimento mede a actividade reabsorvedora do túbulo, ao passo que a medida, acima citada, de *Eu*  $\%$ , só dá a medida de retrodifusão de uma substância que não é eliminada totalmente, mas que não sofre reabsorção activa.

Em resumo, o estudo funcional do rim pode representar-se de maneira bastante completa pela congregação de uma série de provas: aclaramento da inulina para a medida do filtrado glomerular; aclaramento do diotrast para (com as necessárias correcções) ter a medida do fluxo de sangue através do rim; determinação da excreção tubular do diotrast para medir a função excretora do túbulo; e cifra de reabsorção máxima da glucose para a medida de capacidade de reabsorção do túbulo. Não é fácil, na clínica corrente, fazer sistematicamente esta série de provas, mas é evidente que só por meio de elas é possível fazer idéia do comportamento das diversas funções elementares que contribuem para a elaboração da urina, e da parte do transtorno de cada uma delas na produção das alterações funcionais do rim doente. O diagnóstico, o prognóstico e a terapêutica das afecções renais deve beneficiar com o melhor conhecimento da fisiologia renal, que os novos métodos de investigação fizeram progredir notavelmente. A aplicação combinada das provas citadas em vários estados patológicos, como no rim da grávida, na hipertensão, na doença de Addison, etc., tem-se efectuado em larga escala nas clínicas americanas; os resultados obtidos, muito interessantes, vieram confirmar, na sua maior parte, os pontos de vista que tínhamos sobre a respectiva fisiopatologia renal, e revelaram outros aspectos dessas afecções que até agora eram desconhecidos.



## NOTAS CIENTÍFICAS E PRÁTICAS

### Novo tratamento da epilepsia

A chamada «quarta substância» ou «substância arteriolar», isolada por Fritz Lange & Felix e estudada clinicamente por Stander, tem-se revelado ser medicamento de extraordinários efeitos sobre a epilepsia, pois administrada na fase da aura evita a aparição do acesso, interrompe o acesso quando se dá durante este, e usando-a com regularidade os acessos não aparecem. A volta dêle, A. KNAPPS faz interessantes considerações (*Münch Med. Woch.*, 1944, n.º 3-4).

A acção da substância mostra-se somente sobre os acessos motores; as ausências não se modificam, e os estados crepusculares seguem empeorando; o estado subjectivo, o mau humor, é beneficiado. Os efeitos parece poderem explicar-se pela dilatação dos vasos cerebrais, que o doente traduz por agradável sensação de calor na cabeça. Assim reduz os espasmos vasculares, que são a causa principal dos fenómenos epilépticos, e sobretudo do ataque convulsivo; abaixa a hipertonia, quer a permanente quer a que só existe por ocasião dos acessos, em todos os epilépticos, mesmo jovens. Estas acções duram pouco tempo, que no entanto ultrapassa o do efeito espasmolítico. A substância existe no sangue, em pequena quantidade nos sãos, e é rara nos hipertónicos; o soro dos indivíduos injectados é tão activo como a própria substância. A divulgação dêste novo medicamento será difícil, porque a preparação fica muito cara, exigindo se empregue por via endovenosa.

Na sua falta, devem empregar-se o ester nitroso e os nitritos, cujos resultados não são tão bons como os obtidos com a substância arteriolar, mas que no entanto tem grande utilidade. Usa-se o nitrito de amilo, o nitrito de sódio, a nitroglicerina. Ao contrário do que sucede com aquela nova substância, de acção constante, com os nitritos há a contar com grandes diferenças individuais; mas são mais activos e mais bem tolerados do que os predecessores da quarta substância: histamina, colina, adenosina. O processo de acção é também o de dilatação dos vasos cerebrais. O nitrito de amilo é inócuo, actua rapidamente, mas os efeitos são transitórios porque em poucos minutos é eliminado por via respiratória; pode repetir-se a sua administração, ou melhor completá-la, dando pequenas doses (0,15 a 0,30 gr.) de nitrito de sódio, por via oral ou rectal, o qual actua mais lenta e persistentemente, e sem o inconveniente da desagradável alteração do pulso que o nitrito de amilo provoca.

### Reacção intradérmica para o diagnóstico precoce da gravidez

Proposto por L. RODRIGUEZ RODRIGUEZ, consiste em fazer, na mesma ocasião, a injeção intradérmica de 0,2 c. c. de soro da mulher que se supõe grávida e da mesma quantidade de soro de mulher segu-



ramente não-grávida, o qual serve de testemunha. A reacção positiva manifesta-se pela aparição, entre 2 a 6 horas depois, de uma flictena rosada, rodeada por halo esbranquiçado. Ensaçada em 50 mulheres, com tempos de gestação entre oito dias e dois meses depois da primeira falta menstrual, deu resultados certos em 96 por cento dos casos, isto é em percentagem semelhante às verificadas com outros processos. O facto sugere a existência no sangue das grávidas de uma substância antigona-dótrota coriógena. Se a fidelidade dêste processo se confirmar, está encontrado um meio simples e prático, para o diagnóstico precoce da gravidez. (*Gaceta Médica Española*, Março de 1944).

### **Será possível a proflaxia da meningite tuberculosa?**

ANTONIO GALDO, nota que em mais de 500 casos de tuberculose infantil, de diversas formas clínicas, tratados com vitamina C, precoce e intensivamente, em nenhum apareceu a disseminação traduzida por meningite bacilar. Julga que o ácido ascórbico deve influir na faculdade protectora da barreira hemato-encefálica, actuando sobre a substância intercelular dos tecidos mesenquimatosos. (*Acta Pediátrica*, Outubro de 1943).

### **Objecções ao tratamento do reumatismo pelo salicilato**

A reputação do salicilato na terapêutica do reumatismo articular agudo é tão grande, que pode atribuir-se a propósito de exibicionismo de opiniões contrárias ao senso geral, qualquer parecer discordante. E, no entanto, as objecções apresentadas por D. BRUK tem fundamentos que fazem meditar, tanto mais que junta às suas razões as concordantes, de muitos autores. Em primeiro lugar, pode contestar-se o poder específico, tal como esta qualidade se deve entender, pois são relativamente frequentes os casos de resistência a acção da droga (Sicard colleccionou vários), esta não evita as complicações cardíacas (como já notara Vulpian), não impede as recidivas (Cassade-Tardieu, etc.), e outros medicamentos (tais como o atofan e a quinina) dão resultados semelhantes sobre os sinais inflamatórios e sobre a febre. Nota que alguns autores (Grot, Burwinkel, etc.) dizem que com qualquer tratamento que combata aqueles sinais se diminui o poder defensivo do organismo. Ainda a pretensa acção específica do salicilato é contestada pelo facto de, com pequenas doses, se obterem resultados tão bons como com doses altas (Schulz, Maddano, Paul). Há porém uma razão superior para criticar o processo corrente de posologia do salicilato, e combater o uso das grandes doses preconizadas por Danielopolu; é que essas doses são muito perigosas, e podem ser facilmente mortais em certos indivíduos, e principalmente em crianças (Lewis). Os casos fatais com 8 a 9 gr. diários não são raros (Dietrich, Schlottman, Boertfler, etc.). Na Hungria, os suicidas tem recorrido por vezes ao



salicilato para provocar a morte (Balaz). Em conclusão, ainda que se reconheça a actividade terapêutica da droga, é aconselhável quebrar-se o uso estabelecido, preferindo às grandes doses as doses pequenas, muito repetidas, não somando mais de 3 gr. nas 24 horas. (*Hippocrates*, 1944, n.º 3-4).

### **Vitamina C nas doenças da córnea**

A riqueza em ácido ascorbico da córnea e do cristalino levaram a pensar que esta substância deve ter grande importância na vitalidade dessas partes do globo ocular. Isso levou LYLE & MC LEAN a empregá-la no tratamento de várias afecções: queratite flictenular, esclerite com queratite esclerosante, queratite superficial punteada, queratite disciforme, etc. Obtiveram resultados em regra bons, usando a seguinte técnica de tratamento: administração diária de 500 milig. em injeção endovenosa, e depois administração oral de maiores quantidades. Nas irites não se observaram benefícios alguns com o emprêgo do ácido ascórbico. (*British J. of Ophtalm.*, 1941. pág. 386).

### **As sulfamidas nas nefrites agudas**

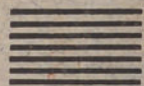
Nas nefrites agudas, as sulfamidas são uma faca de dois gumes, pois podem curar o doente, mas também podem causar graves alterações renais. Funda-se o emprêgo da sulfanilamida nos processos renais em que êste composto se elimina pela urina pela sua quasi totalidade, o que não sucede com os outros compostos sulfamídicos, que se eliminam na forma de derivados acetilados. F. D. MURPHY & W. C. WOOD obtiveram êxito em três casos em que, por existir outra afecção (faringite estreptocócica, pneumonia) administraram sulfanilamida, sulfatiazol e sulfadiazina. O sulfatiazol pode produzir lesões renais, mas estas podem evitar-se fazendo com que o doente ingira grande quantidade de água, e principalmente promovendo a alcalinização da urina, o que diminui consideravelmente a deposição de cristais de acetilsulfatiazol. Com a sulfanilamida esta precaução é dispensável. (*Annals of Internal Med.*, 18-VI-1943).

### **Glucosúria e reumatismo articular agudo**

R. LUTEMBACHER & J. GALIMARD chamam a atenção para a frequência com que se verifica nos reumáticos a má utilização dos hidratos de carbono, atribuindo o facto a lesões do fígado e do pâncreas. Isto leva a pensar na possível existência de r. a. a. em casos de glucosúria, e a ensaiar o salicilato ou a antipirina. Seja essa a origem do transtorno metabólico ou não, êsses medicamentos fazem muita vez desaparecer a glucosúria. (*La Presse Medicale*, n.º 25, 1943).







# SULFARSENOL

SAL DE SÓDIO DO ÉTER SULFUROSO ÁCIDO METILOLAMINOARSENOFENOL

## ANTISIFILITICO — TREPONOCIDA

EXTRAORDINARIAMENTE PODEROSO

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

ADAPTANDO-SE, POR CONSEQUÊNCIA, A TODOS OS CASOS

TOXICIDADE consideravelmente inferior à dos seus similares.

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

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

Preparado pelo laboratório de

*BIOQUÍMICA MÉDICA*

19-21, RUE VAN-LOO

PARIS

Representantes e Depositários exclusivos para Portugal e suas Colónias:

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

RUA AUREA, 154-156

TELEF. 24816 — LISBOA



# CÁLCIO VITAMINADO

## "PASTEUR"

Associação de sais orgânicos de cálcio, facilmente assimiláveis, com os elementos imprescindíveis para a sua fixação no organismo: Vitamina D e fósforo. Excipiente chocolatado.

### INDICAÇÕES

Raquitismo, osteomalacia, tetania infantil, atrasos e perturbações da dentição, cárie dentária, escrofulose, tuberculose, etc. Períodos de gravidez e amamentação.

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

**BORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**

# CLIMOPAX

Associação de medicamentos glandulares, cardiovasculares e sedativos, destinada à terapêutica sintomática e casual da menopausa.

### INDICAÇÕES

Menopausa. Menstruações irregulares e dolorosas. Perturbações consecutivas à ovariectomia. Menorragias pré-climatéricas. Dismenorreia.

FRASCO DE 30 GRAJEIAS

