

PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DE INTERÊSSES PROFISSIONAIS

SUMÁRIO: As modificações do hemograma provocadas pelo bloqueio da inervação simpática, por A. DE SOUSA PEREIRA (Porto) e RUBENS C. MAYALL (Rio de Janeiro). Podofolino no tratamento dos condilomas vulvares, por AMADEU M. LEMOS.

Movimento nacional — *Coimbra Médica* (Fisiopatologia do peritoneu. Expressão electrocardiográfica da embolia pulmonar experimental). *Clínica, Higiene e Hidrologia* (Sequelas das pericardites. Doença de Sudeck. Pneumonia intersticial de plasmocitos no recém-nascido. Tratamento da granulocitose medicamentosa. Tratamento da doença de Parkinson). *Imprensa Médica* (Penicilínoterapia concentrada na gonococia). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (Alergoses em pediatria. Diagnóstico precoce do Kala-azar) *Jornal do Médico* (Sobre osteomielites. Hemo-osteopatias. Desidrose e difteria. Situações agudas na asma e cardiopatias. Novo método para o diagnóstico precoce da febre tifóide, Actividade de um serviço de diagnóstico histopatológico.

Revista geral — A estreptomicina na tuberculose pulmonar, por J. ZAPATERO.

Actualidades — Sobre a transfixação do corpo humano, por A. BESSEMANS.

Notas científicas e práticas — Novos conceitos no tratamento das doenças vasculares do cérebro. Valor semiológico da tensão mínima. Isolamento do vírus da poliomielite. Radioterapia na osteomielite dos dedos. Tratamento do edema agudo do pulmão. Penicilina na escarlatina.

ANEXOS — Prof. Alberto de Aguiar, por A. GARRETT. Registo de livros novos. Notícias e informações.

reunion

Gardénal

FENIL-ETIL MALONILUREIA

EPILEPSIAS
CONVULSÕES
ESTADOS ANCIOSOS
INSONIAS REBELDES

EM TUBOS DE COMPRIMIDOS

• 0 gr. 10. 0 gr. 05 0 gr. 01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA

MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE, PARIS. 3^{ÈME}

Representante para Portugal
SOC. COM. CARLOS FARINHA, L.^{DA}
Rua dos Sapateiros, 30, 3.^o
LISBOA

Prof. Alberto de Aguiar

Acaba de deixar o mundo dos vivos uma das figuras de maior realce na medicina portuguesa do primeiro quartel de este século. Com ele desaparece um dos poucos representantes, que ainda restavam, da pleiade de trabalhadores, que há cerca de cincoenta anos transformaram o ensino das disciplinas laboratoriais do curso médico e contribuíram, pelo seu esforço de inovadores, para o início da produção científica nesses ramos das ciências médicas.

Os novos, aqueles que se formaram no último decénio, já o não conheceram, porque Alberto de Aguiar deixou a sua cátedra da Faculdade do Porto em 1934. Mas os que o tiveram por mestre hão-de recordar o professor austero, competente, exemplar na assiduidade e na ânsia de ensinar, modelo no cumprimento das obrigações docentes. Quer como catedrático de Patologia Geral, de 1900 a 1917, quer depois nas cadeiras de Fisiologia e Química Fisiológica, que sucessivamente ocupou, sempre Alberto de Aguiar timbrou em ser professor em toda a extensão da palavra.

Quando, em 1896, entrou para o professorado da antiga Escola Médico-Cirúrgica, o ensino era livresco, na sua quase totalidade. Só na anatomia os alunos continuavam a trabalhar em dissecação, prática tradicional na casa; no Hospital, o ensino clínico só se fazia no último ano do curso. Nas disciplinas laboratoriais, a objectivação era reduzida e a intervenção pessoal dos alunos nos exercícios práticos pode dizer-se que não existia. De justiça é recordar as tentativas feitas para mudar esse estado de coisas, tais as de Ricardo Jorge e Plácido da Costa em fisiologia e histologia e a de Almeida Brandão, com Cardoso Pereira como técnico, em anatomia patológica. Mas o panorama geral do ensino era aquele.

Logo depois de Alberto de Aguiar entrar para a Escola iniciou-se a fase de transformação de um ensino quase exclusivamente doutrinário para um ensino demonstrativo e experimental, em todos os ramos laboratoriais da medicina. E foi um dos maiores pioneiros dessa transformação, senão o maior de todos.

No ano seguinte, em 1897, o valiosíssimo legado do benemérito Bruno Alves Nobre permitiu a criação de um laboratório de análises clínicas, que se instalou debaixo do telhado do Hospital da Misericórdia. Foi lá, há quarenta e cinco anos, que aprendi, em exercícios práticos da cadeira de Patologia Geral, as técnicas correntes de análise química, bacteriológica e citológica. Alberto de Aguiar, a quem a Escola entregara a direcção do Laboratório Nobre, levava os discípulos, por turmas, a trabalhar ali; era o começo do ensino objectivado, com participação directa dos alunos, que mais tarde se desenvolveria com a criação das cadeiras de Histologia, Bacteriologia e Química Fisiológica, com seus respectivos laboratórios. A reforma de



1911, transformando a Escola em Faculdade, veio prescrever como obrigatória a nova orientação didáctica, tornada efectivável pela entrada para a casa de novos elementos, nela formados mercê do degrau da carreira docente que consiste na passagem prévia pelo cargo de assistente, e depois favorecida pela criação de locais suficientes com sua aparelhagem adequada, quando em 1932 se deu por concluído o actual edificio. O funcionamento do ensino médico na Faculdade do Porto, nas disciplinas laboratoriais, tal como presentemente existe, deriva do que os então jovens professores da Escola de há perto de cinquenta anos, com Alberto de Aguiar à cabeça, voluntariamente instauraram.

No campo da investigação científica foi principalmente de química a obra de Alberto de Aguiar, embora lhe fossem familiares todos os aspectos da semiótica laboratorial e alguns estudos tivesse publicado sobre bacteriologia, hematologia e parasitologia. Discípulo dilecto de Ferreira da Silva, com ele iniciou os trabalhos de química, que havia de ir publicando, sobre diversos assuntos, de hematologia, hidrologia e farmacologia. Mas foi sobretudo na semiótica química, e particularmente na urologia, que Alberto de Aguiar se notabilizou, constituindo este ramo a maior paixão científica da sua vida.

Já a sua dissertação inaugural, de fim de curso, versou um tema de essa ordem: «As leucomaínas. Toxicidade urinária». Quatro anos depois concorreu ao professorado da Escola com outro trabalho de investigação urológica: «Célula hepática e crase urinária». Depois, nunca mais deixou de labutar neste campo, a que tanta importância se ligava outrora para a diagnose, importância hoje talvez demasiadamente decaída.

Tanto no Laboratório Nobre como no seu laboratório particular, Alberto de Aguiar contribuiu valiosamente para o progresso da investigação científica na escola portuense, animando e auxiliando a preparação de trabalhos para teses de doutoramento, dentre os quais se destacaram os de Rocha Pereira, Carlos Ramalhão, Francisco Coimbra e Martins Barbosa, trabalhos feitos por volta de 1914. Já então, reconhecendo a evolução operada na semiótica laboratorial, com o desenvolvimento da serologia, para este aspecto se voltara, também, com ardor, a atenção de Alberto de Aguiar.

A actividade de Alberto de Aguiar era exuberante, desdobrando-se em múltiplas manifestações. Além das regências que cumulativamente teve de exercer, desempenhou com proficiência o cargo de director da sua Faculdade; nada se fazia no seu laboratório, de intenso movimento, sem a sua vigilante atenção; foi colaborador assíduo da «Revista de Química Pura e Aplicada» e publicou a «Revista de Semiótica Laboratorial», constituída na sua quase totalidade por trabalhos da sua lavra; e no seio da classe médica foi um dos que mais se interessaram pela elevação do seu prestígio e pela defesa das suas legítimas prerrogativas, tendo tomado parte activa nas sociedades médicas, e tendo sido a alma da comissão organizadora do «Congresso

de Deontologia e Interesses profissionais», reunido no Porto em 1912, memorável assembleia, cuja importância se pode avaliar pelo respectivo livro de actas, magnífico repositório de estudos sobre o exercício médico, de entre os quais sobressai o de Cândido da Cruz, que serviu de base ao Código Deontológico da Associação Médica Lusitana, o qual, com pequenas modificações, é o actual Compromisso Deontológico da Ordem dos Médicos.

Fora do âmbito médico, o seu civismo de patriota levou-o a participar da vida pública portuense e a contribuir com entusiasmo para diversas obras, de entre as quais é de destacar a Casa dos Filhos dos Soldados, criada por ocasião da guerra de 1914-18. E tudo isto sem deixar de ser um modelar chefe de uma numerosa família.

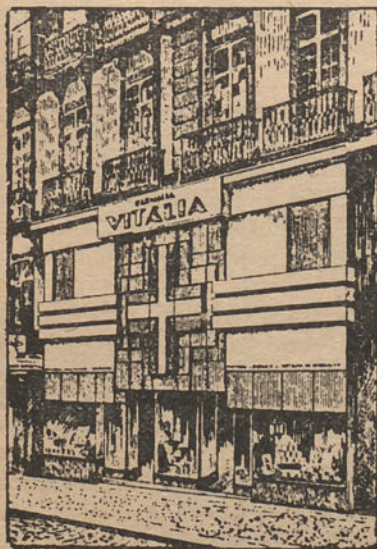
Trabalhador incansável, sempre o conheci assim: um estudioso beneditino numa orgânica de «gentleman». Estou a vê-lo, nos tempos da velha Escola, quando a indumentária se ostentava nas sobrecasacas e nos chapéus altos, com o seu fraque cinzento cingindo o busto esguio, seu oito-reflexos sobre o cabelo alourado, luvas brancas e

FARMÁCIA VITÁLIA

DIRECÇÃO TÉCNICA DO SÓCIO 34, PRAÇA DA LIBERDADE, 37—PORTO Telef.: 828 e 4134
RIBEIRO DA CUNHA 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 B₁, doseadas a 0,005 (2.500 U.I.).

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

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

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

bengala elegante, entrando, entre as alas dos alunos respeitosos, na aula a que nunca faltava. A esse exterior apurado correspondia um apurado carácter, de acolhedora franqueza e recto espírito. Depois, os tempos mudaram; enterrou-se o chapéu alto, a sobrecasaca e o fraque. Mas se o vestuário mudou, o interior ficou o mesmo, até que a doença o foi aniquilando para o trabalho, minando lentamente uma actividade tenaz, doença cujos prenúncios já o haviam levado a deixar a docência, sem esperar pelo limite de idade que se avizinhava.

Agora, que a vida de todo o abandonou, recordemos com veneração o homem e o mestre, e tributemos à sua memória a justa homenagem que lhe é devida.

A. GARRETT

Em 27 de Junho de 1935, a Faculdade de Medicina do Porto rendeu pública homenagem ao Prof. Alberto de Alberto de Águiar, que pouco antes retirara da actividade docente, descerrando uma placa com o seu retrato, baixo relevo em bronze, colocada no Laboratório de Química Fisiológica, que havia fundado e organizado. Foi uma cerimónia significativa, na qual participou largamente a classe médica e diversas entidades que à actividade do homenageado deviam notáveis serviços. Em nome da Faculdade, o Prof. Almeida Garrett traçou a biografia de Alberto de Aguiar, justificativa do acto de justiça que se realizava. Pelos colegas seus contemporâneos falou o Dr. Ferreira de Castro; pelos médicos analistas, o Prof. Pereira Salgado; pelos antigos discípulos, o Prof. Rocha Pereira; e finalmente o Prof. Amândio Tavares, como seu sucessor na cadeira de Patologia Geral. Evocando essa homenagem, a seguir publicamos a mensagem que nela foi lida pelo director da Faculdade, e depois entregue com as assinaturas dos colegas e admiradores do homenageado, que tinham contribuído para a aquisição do bronze, bela obra artística do escultor António de Azevedo.

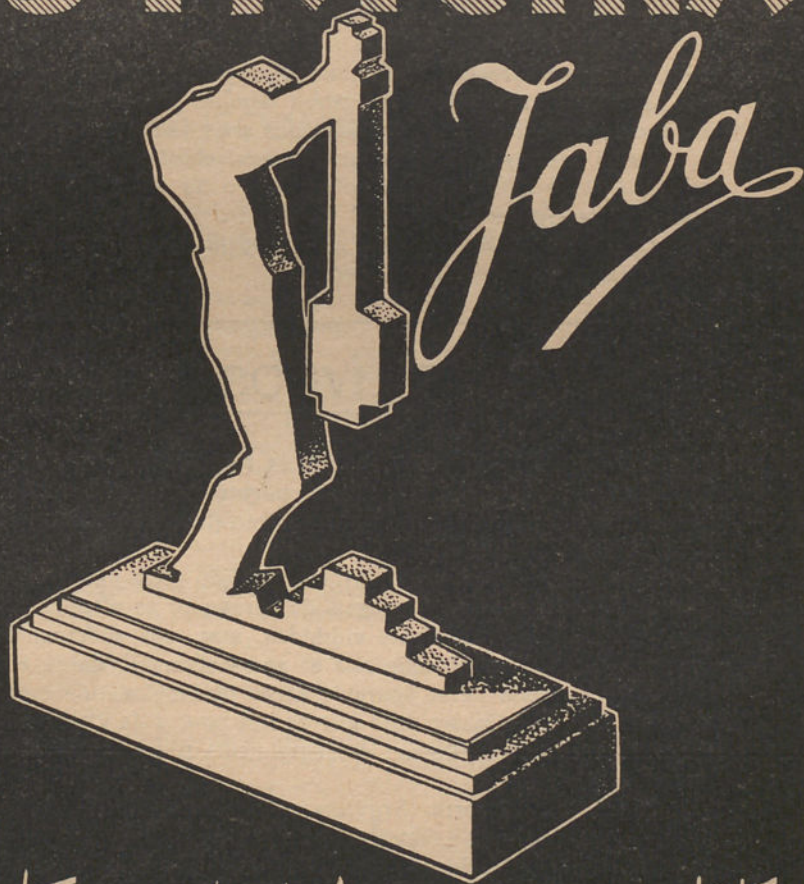
Ex.^{mo} Sr. Prof. Alberto de Aguiar :

O conselho escolar da Faculdade de Medicina do Porto, sentindo profundamente a jubilação de V. Ex.^a, por o privar da actividade docente de um colega que, através de 39 anos, sempre dignificou esta casa, resolveu deixar perenemente assinalada a passagem de V. Ex.^a pelas páginas honradas da sua história.

Seria já motivo suficiente para homenagem uma vida inteira de trabalho dedicado e fecundo. Mas V. Ex.^a foi mais do que um mestre sabedor e cumpridor. Patriarca da bioquímica portuguesa, foi V. Ex.^a quem, entre nós, mais estudou e vulgarizou os progressos da semiótica laboratorial, em assombroso labor de analista e de publicista médico.

Ao serviço da sua classe, colocou sempre V. Ex.^a, entusiasticamente, o valioso préstimo do seu arreigado amor à profissão que abraçou, bastando lembrar os altos serviços prestados na associação

NUTRICINA



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

DELEGAÇÃO NO PORTO:
R. Mártires da Liberdade, 120

LABORATÓRIOS JABA
R. Actor Taborda, 5 - LISBOA

DEPÓSITO EM COIMBRA:
Avenida Navarro, 53

médica desta cidade e a organização do Congresso de Deontologia, reunido no Porto em 1912.

No meio social, como que em reflexo da sua vida particular, de exemplaríssimo chefe de família, demonstrou V. Ex.^a, exuberantemente, um espírito de acrisolado civismo e de nobre benemerência.

Cidadão insigne, cientista ilustre, sábio professor e colega excelente, não podia receber uma manifestação privativa da sua escola.

A consideração dos seus pares deviam juntar-se a admiração dos seus conterrâneos e a gratidão dos seus discípulos.

Todos vem, enleados nos mesmos sentimentos, afirmá-los publicamente, e deles deixar recordação, dentro do laboratório criado por V. Ex.^a, na rigidex perdurável do bronze.

Digne-se V. Ex.^a aceitar esta singela homenagem, como preito rendido a quem muito mais merece.

REGISTO DE LIVROS NOVOS

Les syndromes douloureux de la région épigastrique, por RENÉ GUTMANN. — 2 volumes (740 e 766 páginas) com 962 radiografias fora do texto e 411 figuras esquemáticas intercaladas no texto. — G. Doin & C.^a, Editores, Paris, 1947.

Quando, em 1929, saiu a primeira edição desta obra, o Prof. Gosset, ao prefaciá-la, destacou a vantagem de apresentar as afecções em questão não como definidas entidades mórbidas, mas sob a forma de síndromes, pois é neste aspecto que elas se apresentam ao clínico, e é entre os síndromes que tem de se apurar a noção nosológica, orientadora do tratamento. E o Prof. Gosset dizia que os três pontos de vista, clínico, radiológico a terapêutico, estavam magistralmente tratados. Augurava-lhe um grande sucesso.

Assim foi, de facto. Segunda edição em 1933. Terceira em 1939. E agora a quarta-edição, correcta e aumentada.

Na impossibilidade de dar uma relação completa de todos os capítulos, limita-nos inserir os títulos das partes em que a obra se divide: I — O sintoma dor epigástrica e o seu valor prático para o diagnóstico; II — Os síndromes ulcerosos; III — Os síndromes cancerosos; IV — Os síndromes vesiculares, hépato-vesiculares e do colédoco; V — O síndrome perivisceral; VI — Os síndromes de estenose pilórica e duodenal e insuficiência pilórica; VII — As ptoses do duodeno móvel. VIII — Os síndromes dispépticos. IX — Perturbações epigástricas de origem nervosa; As gastrites, as duodenites e o problema das hemorragias digestivas; XI — As perturbações digestivas por sensibilização, intolerâncias digestivas; XII — As perturbações digestivas por avitaminoses; XIII — Os síndromes dolorosos epigástricos nos sífilíticos; XIV — Os síndromes dolorosos epi-

gástricos nos tuberculosos; XV — Os síndromes dolorosos por deformações do estômago e do diafragma; XVI — Os síndromes dolorosos tardios post-operatórios.

A profusão de fotografias de chapas radiográficas e de figuras e esquemas elucida um texto de grande valia, contribuindo para a manifesta utilidade desta obra que honra a clínica francesa.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

Sociedade Portuguesa de Oto-Neuro-Oftalmologia. — Realizou-se com solenidade a primeira reunião desta nova agremiação, a que preside o Prof. António Flores, o qual proferiu o discurso inaugural, tendo depois falado o Prof. Barré, de Strasburgo; ambos falaram das relações que unem as três especialidades representadas na sociedade, justificativas da reunião em conjunto dos seus cultores.

Revistas médicas luso-espanholas. — Em complemento da referência feita no último número à «Acta endocrinologica et gynecologica», registamos a publicação de «Actas luso-españolas de neurologia y psiquiatria», cujos directores são os Profs. Lopes Ibor, de Barcelona, e Barahona Fernandes, de Lisboa.

Intercâmbio. — Em Coimbra, Lisboa e Porto, o Prof. M. Dechaume, catedrático de Estomatologia na Faculdade de Medicina de Paris, deu conferências sobre: O simpático em estomatologia, Tomografia em estomatologia, Cuidados dentários às crianças. Manifestações a distância das infecções buco-dentárias, Tratamento médico da cárie dentária.

Conferências. — No Hospital Militar Principal, o Dr. Henrique Moutinho falou sobre o ácido nicotínico como vaso-dilatador em oftalmologia. Na Casa do Algarve, em Lisboa, o Dr. Ascensão Contreiras tratou das águas medicinais do Algarve. Na Liga Portuguesa de Profilaxia Social, o Prof. Barahona Fernandes fez uma conferência sobre: A psiquiatria e a vida moderna.

I.º Congresso luso-espanhol de farmácia. — Efectua-se em Madrid, na primeira semana de Junho, este Congresso, destinado a promover o intercâmbio peninsular dos farmacêuticos.

V Congresso Internacional da Lepra. — Realizou-se em Havana, Cuba. A representação de Portugal esteve a cargo do Prof. Froilano de Melo, director da Escola Médica de Goa, e Dr. Manuel dos Santos Silva, director do Hospital-Colónia Rovisco Pais.

Curso de aperfeiçoamento para sub-delegados de saúde. — Pela quarta vez effectou-se este curso, com a duração de um mês, no Instituto Central de Higiene Doutor Ricardo Jorge. Na forma dos anos anteriores teve a colaboração de médicos de serviços relacionados com a saúde pública, e constou de lições, sessões de estudo e visitas a instituições médicas e sanitárias.

Reuniões dos médicos do distrito de Portalegre. — Retomaram a regularidade estas reuniões, em que continuam a apresentar-se trabalhos, sob a forma de conferências, que serão registados na nossa secção «Movimento Nacional».

Faculdade de Medicina de Coimbra. — Na Faculdade de Medicina de Coimbra realizaram-se as provas de concurso a professores extraordinários dos doutores Armando Tavares de Sousa (para o grupo de Anatomia e Histologia) e João de Oliveira e Silva (para o grupo de Fisiologia e Química Fisiológica), com aprovação dos candidatos, que exerciam os cargos de 1.ºs assistentes encarregados de regência.

Necrologia. — No Estoril, o Dr. Vicente Pedro Dias, considerado estomatologista, nosso antigo leitor. Em Lisboa, o Dr. Mário da Cruz, interno dos Hospitais Civis.

BRONQUIASMOL

«SCIENTIA»

Xarope para a terapêutica das vias respiratórias

Composição por 100 grs.

| | |
|-------------------------------------|------------|
| Cloridrato de efedrina | 0,200 grs. |
| Dionina | 0,100 grs. |
| Benzoato de sódio | 0,300 grs. |
| Piramido. | 0,500 grs. |
| Luminal | 0,190 grs. |
| Xarope aromatizado q. b. p. | 100 grs. |

INDICAÇÕES: — Bronquites, asma, tosses, retenção de expectoração e nas afecções das vias respiratórias em geral.

Laboratório Químico-Farmacêutico “Scientia,,

DE ALFREDO CAVALHEIRO, LDA.

Avenida 5 de Outubro, 164 — LISBOA — Telef. 70578

Director Técnico: **A. Queiroz da Fonseca**

Assistente: **J. A. de Oliveira Peru**

(Licenciados em Farmácia)

PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXII — N.º 4

ABRIL DE 1948

As modificações do hemograma provocadas pelo bloqueio da inervação simpática

por A. DE SOUSA PEREIRA (Porto)
e RUBENS C. MAYALL (Rio de Janeiro)

Investigações sistemáticas realizadas nos últimos anos, tanto em centros de cirurgia europeus (1-3) como em serviços americanos (4), sobre as consequências dos bloqueios da inervação simpática, mostraram em casos determinados o seu valor como método de diagnóstico, teste préoperatório e ainda como agente terapêutico.

A interrupção anatómica ou fisiológica de certos segmentos da cadeia simpática ou dos seus ramos é seguida de influência favorável sobre o desenvolvimento da circulação colateral arterial (5-6), venosa (7-9) e linfática (10). Tanto a simpaticectomia como o bloqueio anestésico da inervação simpática determinam o aparecimento de um regimen de vasodilatação e desenvolvimento progressivo da circulação colateral no território cuja inervação fôra interrompida (11).

¿As modificações já observadas na parede dos vasos, determinadas pela simpaticectomia ou pelo bloqueio anestésico, não se associarão igualmente modificações no sangue circulante da mesma área? O esclarecimento deste facto é de grande interesse para a interpretação dos efeitos terapêuticos das referidas intervenções simpáticas.

Com a finalidade de esclarecer este problema foram já realizadas algumas investigações. LERICHE e FONTAINE (12), DOBRZANNIECKI (13), ISCENKO e PROSCURA (14) observaram hiperleucocitose local franca após intervenções simpáticas praticadas no Homem; e HERNANI MONTEIRO, RODRIGUES, PEREIRA e MORAIS (15) verificaram o mesmo facto em investigações experimentais efectuadas no coelho e no cão. Por estes últimos autores (16) foi ainda demonstrado que a excitação eléctrica do topo periférico do simpático provoca leucopenia acentuada, após a hiperleucocitose que se seguiu à secção do nervo. Tanto a hiperleucocitose como a leucopenia produziram-se no sangue venoso periférico e no sangue central.

Dessas experiências foi concluído que nas variações leucocitárias consecutivas ao corte ou excitação do vago ou do simpático cervicais não existe uma compensação entre as modificações observadas no sangue venoso periférico e no sangue central. Em resumo, a baixa ou o aumento do número de globulos brancos faz-se no mesmo sentido nos dois territórios vasculares periférico e central.

RUBENS MAYALL e AGUIAR NOGUEIRA (19) concluíram igualmente de investigações clínicas e experimentais que a interrupção fisiológica ou anatómica do nervo ciático provoca, na área de distribuição deste nervo, variações hemáticas importantes, traduzidas por modificações qualitativas e quantitativas globulares. E observaram nos casos estudados que estas modificações hematológicas apresentam significado favorável no que diz respeito à reacção orgânica de defesa.

Ultimamente retomamos o estudo deste problema para melhor compreendermos os resultados favoráveis obtidos com os bloqueios anestésicos da inervação simpática no tratamento de diversas afecções em que existe uma disfunção neurovascular. Procuramos analisar os efeitos desta terapêutica não só na sua influência sobre a parede vascular mas ainda na sua possível repercussão sobre o sangue contido nos vasos da mesma área.

As técnicas postas em prática para obter o bloqueio anestésico de alguns dos segmentos da cadeia simpática ou dos seus ramos foram as que se encontram descritas quer por LERICHE (1) quer por um de nós (2-3). Como método de avaliação das modificações sanguíneas provocadas pelos bloqueios anestésicos foi usado o hemograma de SCHILLING (20). Na prática deste hemograma foi utilizada a técnica habitual presentemente estandarizada. A contagem das plaquetas foi feita pelo método de ROSENTHAL que oferece a vantagem de permitir precisão e rapidez (21). Na coloração da gota-grossa usou-se o método de SOUSA LIMA (22).

Nas observações experimentais efectuadas em Cães, em que a colheita do sangue venoso foi praticada ao nível das veias cerebrais, praticamos hemostase cuidadosa e o isolamento do local com o fim de evitar a diluição do sangue pelo líquido céfalo-raquidiano. Além disso, o início da colheita das amostras sanguíneas só se efectuou após a preparação de todo o campo operatório, procurando-se reduzir ao mínimo a hemorragia que por si só já seria suficiente para alterar o quadro hemático, para não falar das modificações resultantes do traumatismo operatório. Deste modo, o início das colheitas só era feito após ser realizada a via de acesso ao cérebro e à cadeia simpática cervical.

Os hemogramas foram feitos antes de iniciar o bloqueio anestésico e decorridos períodos de tempo que variaram de alguns

minutos a várias horas, com o fim de determinar a curva das modificações sanguíneas provocadas pela interrupção fisiológica da inervação simpática. A colheita foi sempre feita no mesmo local e nas mesmas condições técnicas, permanecendo os doentes em absoluto repouso durante o período de observação.

Resumo das modificações do hemograma provocadas pelo bloqueio da inervação simpática no homem

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Observações : | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| Hematias | - | - | - | - | + | + | - | + | - | + | + | + | - |
| Leucocitos | - | - | + | + | - | + | - | + | - | + | + | + | - |
| Plaquetas | o | o | - | - | + | + | - | + | - | + | + | - | - |
| Neutrófilos | + | - | + | - | + | + | - | + | - | - | + | + | + |
| Desvio | - | + | - | - | + | + | - | + | + | + | - | + | - |
| Monócitos | + | + | - | + | = | - | + | + | + | + | - | + | - |
| Linfocitos | - | + | + | + | - | - | + | - | - | - | - | - | - |
| Eosinófilos | - | - | - | + | = | - | + | - | = | - | - | = | = |
| Observações | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = |
| Hematias | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = |
| Gota-grossa | = | = | = | + | = | = | = | = | = | + | = | = | = |
| Basófilos | = | - | = | + | + | = | = | = | = | = | = | = | = |
| Observações : | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| Hematias | + | o | + | - | - | - | + | + | + | + | + | - | - |
| Leucocitos | + | + | - | - | - | + | + | + | + | - | - | + | - |
| Plaquetas | + | o | + | - | - | + | + | + | + | + | = | - | o |
| Neutrófilos | - | + | = | + | + | - | + | + | + | = | - | - | - |
| Desvio | + | + | + | - | + | + | - | + | = | - | + | + | - |
| Monócitos | - | - | + | - | - | + | - | - | = | + | - | - | - |
| Linfocitos | + | + | + | - | - | + | - | - | + | - | + | + | - |
| Eosinófilos | = | - | - | - | + | + | - | - | - | - | = | + | + |
| Observações | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = |
| Hematias | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = |
| Gota-grossa | + | = | = | + | = | = | = | = | = | - | = | + | = |
| Basófilos | = | - | o | + | + | - | + | o | = | + | + | - | - |
| Observações : | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 |
| Hematias | + | + | + | - | + | + | + | - | + | - | - | + | + |
| Leucocitos | + | - | - | - | - | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Plaquetas | + | + | + | = | = | o | - | o | + | o | + | + | - |
| Neutrófilos | + | = | - | + | - | + | + | + | + | - | + | + | + |
| Desvio | + | + | + | + | - | - | + | + | + | + | + | = | - |
| Monócitos | + | - | + | + | = | - | + | + | - | - | - | + | + |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Linfocitos | + | + | - | o | + | o | - | - | - | + | - | - | - |
| Eosinófilos | - | - | + | = | = | + | = | - | + | - | + | + | - |
| Observações | = | = | = | = | = | = | = | + | = | + | + | = | = |
| Hematias | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = |
| Gota-grossa | = | = | = | - | + | - | = | + | = | = | - | + | = |
| Basófilos | - | + | - | = | + | = | = | - | - | = | - | - | o |
| Observações: | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 |
| Hematias | + | + | o | - | - | + | + | + | - | + | + | + | + |
| Leucocitos | + | + | - | + | + | + | + | + | - | - | - | + | + |
| Plaquetas | - | o | o | - | + | + | - | + | - | + | - | o | - |
| Neutrófilos | + | + | - | + | + | + | - | + | + | - | - | + | + |
| Desvio | + | - | - | - | - | + | + | + | - | - | - | + | - |
| Monocitos | - | - | = | + | - | - | + | + | + | + | + | - | + |
| Linfocitos | + | - | + | - | - | - | - | - | - | - | + | - | - |
| Eosinófilos | - | + | + | + | - | + | = | = | = | + | + | = | - |
| Observações | = | = | + | = | = | + | = | = | = | = | = | = | = |
| Hematias | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = |
| Gota-grossa | + | = | - | = | = | = | - | = | = | = | = | = | = |
| Basófilos | - | o | o | + | - | + | + | - | + | = | - | - | - |

Analisando o conjunto dos resultados observados nas experiências desta série de doentes, pudemos verificar que em diversas observações houve modificações na fórmula do hemograma que se manifestaram de um modo mais intenso sobre as hematias, o desvio nuclear dos neutrofilos, os monocitos, sobre os basófilos, leucocitos e neutrofilia, e nas plaquetas que por vezes tiveram aumento na sua cifra, conforme mostra o presente quadro estatístico. Os linfocitos mostraram uma tendência estatística à diminuição. Sobre as modificações qualitativas da gota-grossa (reticulocitose) não observamos modificações importantes. Sabendo-se que a reacção leucocitária — neutrófila e a crise monocítica nas fases agudas (SCHILLING) devem ser interpretadas como reacção de defesa, encontramos aqui mais um facto para explicar a acção favorável dos bloqueios anestésicos da inervação simpática.

As experiências em animais, embora em pequeno número, permitem chegar a conclusões semelhantes às das observações humanas.

O tempo em que se verificou a reacção sobre o quadro sanguíneo variou consideravelmente nos diversos casos, sendo mais nítida no período de uma hora a duas horas após o bloqueio.

A pequena reacção reticulocitaria na gota-grossa, ao lado de manifesta tendência ao aumento das hematias observado tanto nos cães como nos pacientes, não é favorável à hipótese de um estímulo directo sobre a medula óssea. Em um dos cães fizemos um

mielograma antes e outro depois de uma hora e quarenta e cinco minutos após a extirpação do simpático cervical, não tendo sido encontrada qualquer modificação que traduzisse um estímulo directo sobre a leuco-hematopoiese havendo um aumento, apenas, dos megacariocitos.

Acreditamos entretanto que somente em novos estudos e experiências poderemos explicar se as modificações encontradas são produzidas apenas por modificações do sangue do segmento atingido pelo bloqueio da cadeia simpática ou se correspondem a um estímulo directo da médula óssea, o que viria concordar com os achados resultantes da excitação do simpático pela adrenalina.

Em algumas observações foram feitos os exames com intervalo maior, quatro e cinco horas, prazo em que já havia de regra uma diminuição das modificações hematológicas encontradas sem que, entretanto, houvesse uma volta completa ao normal, o que também leva-nos a pensar que o efeito do bloqueio não seja somente durante o período crítico do efeito anestésico, permitindo assim uma acção útil mais demorada, conforme evidencia a experiência clínica com o uso isolado dos bloqueios.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — LERICHE (R). — La chirurgie de la douleur. Ed. 2, Paris. Masson et C. 1940.
- 2 — DE SOUSA PEREIRA (A.) — Blocking of the middle cervical and stellate ganglions with descending infiltration anesthesia. *Archives of Surgery*. 5: 152-165, 1945.
- 3 — DE SOUSA PEREIRA (A.) — Blocking of the splanchnic nerves and the first lumbar sympathetic ganglion. *Archives of Surgery*. 53: 32-76, 1946.
- 4 — WHITE J. C. and SMITHWICK R. H. — The Autonomic nervous system. New-York, the Macmillan Co. 1944.
- 5 — LERICHE (R). et STRICKER (P.) — Résultats éloignés des ligatures et des résections artérielles. Rapport au XXXIX.^e Congrès Français de Chirurgie. Paris, 1922.
- 6 — DE SOUSA PEREIRA (A), RODRIGUES (A) et CARVALHO (R.) — Circulation collatérale des membres. *Presse Médicale*, n.º 87, Nov. 24, 1939.
- 7 — LERICHE (R.) et JUNG (A.) — Recherches expérimentales sur les oedèmes chirurgicaux des membres d'origine phlébétique. *J. de Chirurgie*, 37: 481, 1931.
- 8 — FONTAINE (R.) et DE SOUSA PEREIRA (A.) — Oblitérations et résections veineuses expérimentales; contribution à l'étude de la circulation collatérale veineuse. *Revue de Chirurgie*. Paris. 75: 161, 1937.
- 9 — DE SOUSA PEREIRA (A.) — The innervation of the veins. Its role in pain, venospasm and collateral circulation. *Surgery*, 19: 731, 1946.
- 10 — HERNANI MONTEIRO, RODRIGUES (A.), CARVALHO (R.) et DE SOUSA PEREIRA (A.) — Acção das simpaticectomias e das infiltrações novocainicas do simpático sobre o sistema linfático. *Imprensa Médica*. Ano VII. N.º II, 1941.
- 11 — DE SOUSA PEREIRA (A.) — L'innervation sympathique dans le développement de la circulation collatérale. *Commun. au XII.^e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie*. Londres, Sept. 1947.
- 12 — LERICHE (R.) et FONTAINE (R.) — *Presse Médicale*. 4 Sept. 1926.
- 13 — DOBRZANIECKI (W.) — Influence de l'ablation des ganglions sympathiques sur l'évolution des différentes formes de greffes cutanées autoplastiques et homoplastiques. *Lyon Chirurgical*. Sept.-Oct. 1930, pag. 537.

- 14 — ISCENKO et O. PROSCURA — A propos de l'influence des opérations sympathiques sur la leucocytose. *Lyon Chirurgical*. Tome XXVII, pag. 426.
- 15 — HERNANI MONTEIRO, RODRIGUES (A.), PEREIRA (S.) et MORAIS (E.) — Variations du taux leucocytaire après section du vague et du sympathique chez le chien. *Comptes Rend. Soc. Biol.* 106: 1186, 1931.
- 16 — HERNANI MONTEIRO, RODRIGUES (A.), PEREIRA (S.) et MORAIS (R.) — Les variations leucocytaires après section et excitation du vague et du sympathique. *Comptes Rend. Soc. Biol.* 113: 760, 1933. *Medicina Contemporânea*. Abril, 1934.
- 17 — HERNANI MONTEIRO, RODRIGUES (A.), PEREIRA (S.) et MORAIS (E.) — As variações leucocitárias consecutivas ao corte e excitação do vago e do simpático. *Lisboa Médica*. 1932.
- 18 — DE SOUSA PEREIRA (A.) — As variações das plaquetas nos edemas experimentais por perturbações da circulação venosa. *Medicina*. Lisboa, Nov. 1935.
- 19 — RUBENS C. MAYALL e J. AGUIAR NOGUEIRA — Modificações sanguíneas provocadas pela interrupção fisiológica ou anatómica do nervo ciático. *Arquivos de Clínica*. Rio de Janeiro. Vol. V, N.º 2, 1947; e *Portugal Médico*. Porto. Vol. XXXI, N.º 12, 1947.
- 20 — SCHILLING (V.) — El cuadro hemático y su interpretacion clinica. Ed. Labor. 4.ª ed. 1947.
- 21 — Manual of House Staff Procedures of the Mount Sinai Hospital — New-York — The Mount Sinai Hospital Press. New-York.
- 22 — SOUSA LIMA (M.) — Do exame hematológico em gota-grossa. *Revista Médico-Cirúrgica do Brasil*. Rio de Janeiro. Setembro 1941.

N. — Os resultados obtidos em cada uma das 52 observações clínicas, assim como nas 6 experiências feitas em cães, serão publicados com a separata de este artigo, a qual será enviada aos colegas que pelo assunto especialmente se interessarem.

HOSPITAL G. DE SANTO ANTÓNIO — ENFERMARIA DE OBSTETRÍCIA
(Director: Dr. ROLANDO VAN ZELLER)

Podofilino no tratamento dos condilomas vulvares

por AMADEU M. LEMOS

2.º Assistente

Entre as parturientes que recorrem à nossa enfermaria aparecem algumas portadoras de condilomas vulvares. Para estas neofor-mações vários tratamentos têm sido propostos: uns etiológicos e outros sintomáticos. Entre os primeiros têm sido usados os anti-infecciosos locais e gerais e os anti-sifilíticos, atendendo a que as causas mais vulgares da condilomatose são a blenorragia e a sífilis. Estas medicações são poucas vezes suficientes para a extinção dos tumores e por isso temos que recorrer ao tratamento sintomático.

Para a extinção destas neoplasias têm sido usados, conforme o seu tamanho, o cauterio, a colher cortante, o cloreto de zinco, a electrocoagulação, etc., e mais recentemente duas drogas de acção muito semelhante sobre o núcleo das células jovens: a colquicina ou colchicina e o podofilino.

Foi o podofilino que usamos nos nossos casos. A aplicação desta resina tem sido feita sob diversas fórmulas mais ou menos consistentes, com o fim de ser aplicada a droga apenas sobre o tumor sem actuar na pele sã; para a protecção desta têm sido usados: — pastas e pomadas, colódio, etc. Também tem sido aconselhado um intervalo de três a onze dias entre as aplicações. Nós aplicamos uma fórmula muito simples de pomada de podofilino a 25 %/o: — Podofilino... 25 gr.^s, Vaselina... 75 gr.^s.

Com uma espátula aplicamos a pomada sobre os condilomas apenas, e passados vinte a vinte e cinco minutos de acção fizemos lavagens vulvares. Os resultados foram muito animadores. Além de alguns casos que não anotamos descrevemos os seguintes:

1.º) Boletim n.º 172 — Tabela n.º 990 — A. P. S., de 39 anos, solteira, natural do Porto. Entrada em 14-VIII-947. Saída em 26-VIII-947. Diagnóstico — Gestação a termo.

Primeira menstruação aos 15 anos. Cataménios de 4-5 dias. Interlúnios irregulares. Partos eutócicos — dois. Puerpérios normais.

Obs. — Condilomas vulvares. Sarridos congestivos do vértice pulmonar direito. Sopro sistólico aórtico.

Parto eutócico em 14-VIII. Filho: sexo feminino, de boa viabilidade, pesando 3.000 grs.

Reacções de Wassermann e de Sachs-Witebsky (citocol) — negativas.

Bacilosopia — Bacilos álcool-ácido resistentes — (n.º 2 de Gaffky).

Exame histológico dum tumor — estrutura própria dum condiloma; ausência de lesões específicas.

Terapêutica: 15-VIII — *Pomada de podofilino*. 17-VIII — Idem. 19-VIII — Idem 23-VIII — Idem.

25-VIII — Ausência de condilomas. Mãe — curada obstetricamente. Filho — hígido.

2.º) Boletim n.º 225 — Tabela n.º 1041 — P. E. O., de 18 anos, solteira, natural do Porto. Entrada em 27-VIII-947. Saída em 3-IX-947. Diagnóstico: Gestação a termo.

Sem passado mórbido. Mãe tuberculosa. Primeira menstruação aos 15 anos, cataménios abundantes, interlúnios irregulares. Primigesta.

Obs. — Condiloma vulvar do tamanho duma noz.

Parto eutócico. Filho: do sexo feminino, vivo e de boa viabilidade, pesando 3.600 grs. Episiotomia directa. Sutura.

Reacções de Wassermann e de Sachs-Witebsky (citocol) — fortemente positivas.

Terapêutica: 28-VIII — *Pomada de podofilino*. 1-IX — Idem.

3-IX — Condiloma muito diminuído. Períneo cicatrizado por primeira intenção. Mãe — curada obstetricamente. Filho — hígido.

3.º) Boletim n.º 340 — Tabela n.º 1172 — C. C., de 32 anos, solteira, natural do Porto. Entrada em 24-IX-1947. Saída em 3-X-1947. Diagnóstico — Gestação a termo.

Meningite em pequena. Condilomas vulvares há um ano que se extinguiram com aplicação de injecções. Mãe falecida de tuberculose pulmonar. Um filho falecido de meningite. Primeira menstruação aos 16 anos, cataménios pouco abundantes, interlúnios regulares. Dois partos eutócicos e puerpérios normais.

Obs. — Condilomas vulvares. Sopro sistólico aórtico.

Parto eutócico em 24-IX-947. Filho do sexo masculino, vivo, de boa viabilidade, pesando 3.100 grs.

Reacções de Wassermann e de Sachs-Witebsky (citocol) — fortemente positivas.

Terapêutica: 21-IX — *Pomada de podofilino*. 29-IX — Idem. 3-X — Condilomas quase extintos — Mãe — bem. Filho — hígido.

4.º Boletim n.º 82 — Tabela n.º 82. A. C. G. A., de 19 anos, solteira, natural do Porto. Entrada em 21-1-948. Saida em 31-1-948. Diagnóstico — Gestação a termo. Sem passado mórbido. Pais saudáveis. Primeira menstruação aos 14 anos, cataménios abundantes (3 dias), interlúnios regulares. Primigesta.

Obs.: Condiomas vulvares.

Parto eutócico em 21-1-948. Filho do sexo feminino, vivo e viável, pesando 3.400 grs. Episiotomia esquerda. Sutura.

Reacções de Wassermann e de Sachs-Witebsky (citocol) — negativas.

Terapêutica: 26-1 — *Pomada de podofilino*. 29-1 — Idem,

30-1 — Condilomas extintos. Períneo cicatrizado por primeira intenção. Mãe—bem.

Filho — hígido.

Como as nossas doentes estavam internadas e nem sempre se podem deter, por razões diversas, os casos 2.º e 3.º não puderam ser acompanhados até à desapareição completa dos tumores. Também não nos preocupamos com os tratamentos específicos por ser pouco vantajoso o seu emprego durante o curto praso de internamento.

No entanto cremos ser esta droga, uma boa terapêutica dos condilomas, porque além de económica, fácil e de intervalada aplicação, dá resultados seguros. Além disso, atendendo ao espaço de tempo em que o medicamento conserva a sua acção sobre os núcleos celulares em metafase-destruição por cariólise — é provável que aquelas duas doentes que exigiram alta tivessem melhorado ainda mais, se não curaram.

As nossas observações continuam na esperança de melhor podermos estudar esta terapêutica.

BIBLIOGRAFIA

- BEATTIE & DICKSON — *Textbook of Patology General and Special* — London, 1945.
 BOURG & DUSTIN — *Presse Medical*, n.º de 27-X-945.
 COHEN (E. L.) — *Practitioner*, 159: 133-134; 1946; (Abst. in. 1946, *Year Book of Dermatology & Syphilology* — Chicago, pág. 167.
 GONÇALVES D'AZEVEDO, FILHO & ANTUNES D'AZEVEDO — *Rev. Clin. do Instituto Maternal* — 1-2: 35-38, 1947.
 REICH (W. J.), NECHTOW (M. J.) & RUBENSTEIN (M. Wm) — *Am. Journ. Obst. and Gynec.* — 53: 4:658 — 1947.
 STOECKEL — *Tratado de Ginecologia* — Trad. Esp. — Ed. Morata (Madrid) — 1942.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

COÍMBRA MÉDICA, XIV, 1947.— N.º 8 (Out.): *Elísio de Moura*, por Almeida Ribeiro: *Fisiopatologia do peritoneu*, por Luís Raposo; *O sangue em clínica*, por Rocha Brito. N.º 9 (Nov.): *Movimento cardiológico internacional*, por João Porto. N.º 10 (Dez.): *Embolia pulmonar experimental e sua expressão electrocardiográfica* (Conclusão do N.º 9); *O sangue em clínica* (Continuação), por Rocha Brito; *Sobre abscesso do pulmão*, por J. do Espírito Santo.

Fisiopatologia do peritoneu. — Depois de recordar as noções de anatomia e fisiologia respeitantes a essa formação mesenquimatosa, de natureza conjuntiva, a que é uso chamar serosa, com rica irrigação e forte poder de transudação e absorção, apresenta os principais aspectos da fisiopatologia, tendo em vista os fenómenos inflamatórios; é que, seja qual fôr a causa que os provocam, eles aparecem com as mesmas características, de exaltação da sensibilidade, transudação excessiva, perda da integridade de certos elementos celulares e facilidade de formação de aderências. As considerações a fazer sobre os fenómenos inflamatórios aplicam-se aos processos tumorais e de um modo particular aos traumatismos.

Sucessivamente o A. estuda a dor peritoneal, a exsudação e reabsorção, a formação de aderências, o papel do peritoneu na defesa contra as infecções. Vamos transcrever esse trabalho de coordenação e actualização de conhecimentos.

«— *Dor peritoneal*: — Vimos já como o peritoneu é rico em nervos, quer de proveniência espinal, quer de proveniência simpática. Não é de estranhar, pois, que a sensibilidade do folheto parietal, precisamente por ser innervado por filetes do sistema espinal, seja extrema. Acontecerá, portanto, que todo e qualquer processo susceptível de irritar as terminações nervosas das fibras sensitivas que mergulham no peritoneu parietal há-de ocasionar dor mais ou menos intensa segundo a causa que a desperta e consoante a labilidade sensitiva do indivíduo que a sofre. E se a excitação se faz directamente sobre as terminações nervosas parietais é evidente que a sensação dolorosa tem de localizar-se ao sector nervoso directamente atingido, em regra, como já disse e é sabido, do domínio dos últimos intercostais e dos lombares.

O ponto delicado, porém, não é o da sensibilidade do folheto parietal. Aqui a questão não oferece dúvidas de maior. O problema crucial reside na explicação da dor profunda, ou, melhor, da dor que provém do ultrage do folheto visceral. E como o assunto não pode apreciar-se isoladamente em relação ao peritoneu, mas antes deve interessar toda a sensibilidade visceral do abdómen, façamos a respeito de uma e de outra

algumas considerações. Antes, porém, consagramos duas palavras aos caracteres da dor cérebro-espinal e da dor simpática. Respiço da lição de abertura de 44 — que versou a «Dor em Cirurgia», alguns elementos que me parecem a propósito.

O conhecimento da dor do domínio simpático data dos começos do século corrente. Até aí imperavam as ideias de Langley, Gaskell e outros, que negavam possuir o sistema neuro-vegetativo fibras sensitivas. Possuiria, apenas, fibras motoras e secretoras; logo não seria possível formar de ponto de partida do mesmo o arco reflexo necessário para transmitir a sensação dolorosa. Nesta ordem de ideias toda a dor resultaria de excitação a nível das terminações dos nervos crânio-espinais e a condução do influxo far-se-ia, exclusivamente, através destes nervos até aos centros superiores — onde a sensação da dor é elaborada, seja qual for o mecanismo que a determine — e destes centros para a periferia.

Hoje o panorama da sensibilidade oferece outros horizontes. A quase totalidade dos autores aceita a existência de dor na esfera do simpático, cujo sistema se admite possua fibras centrípetas sensitivas, capazes de transmitir incitações aos centros superiores, aí elaborar a sensação e daí a transmitir ao ponto de onde partiu a excitação, quer dizer, ao território inervado pelo simpático.

No conceito da dor cérebro-espinal, esta resulta de um fenómeno reflexo, onde não faltam a excitação das terminações nervosas, a condução através das fibras centrípetas dos nervos, das raízes e dos cordões posteriores da medula, os centros de elaboração e as vias condutoras até a sensação se projectar num determinado ponto, em regra na zona excitada.

No conceito da dor simpática o arco reflexo que recebe, transmite, elabora e retransmite, respectivamente, a excitação e a sensação algicas, tem uma arquitectura idêntica à observada no sistema cérebro-espinal. As mesmas fibras centrípetas — aqui, porém, do âmbito do simpático — até aos gânglios para-vertebrais, as mesmas raízes posteriores, com passagem pelos ramos comunicantes, o mesmo feixe de Gowers, a mesma triagem no bolbo e na protuberância e os mesmos núcleos cerebrais.

A via referida vai permitir um reflexo puro do domínio do simpático, sem interferência apreciável de fibras espinais, e outro em que colabora o sistema crânio-raquídeo mercê dos filetes centrípetos e centrífugos do simpático com os equivalentes do sistema de relação à altura dos gânglios espinais, dos ramos comunicantes, dos cordões posteriores, etc.

Segundo o predomínio de um ou de outro sistema assim teremos algias propriamente do tipo cérebro-espinal e algias do tipo simpático. Em alguns casos, como acabo de dizer, observa-se um misto de umas e de outras, facilmente compreensível quando sabemos da possibilidade da confluência das vias condutoras num e noutro sistema.

De uma maneira geral a dor assume caracteres que permitem subordiná-la à topografia espinal ou simpática; assim, no primeiro caso cos-

tuma ser fixa e localizada a um território anatomicamente determinado, em absoluta correspondência com a distribuição das terminações de um nervo do sistema cérebro-espinal, dor sempre igual a si mesma, embora de maior ou menor acuidade e dor de que não resulta modificação dura-dora na affectividade do doente. Para exemplo cito a nevralgia do tri-gémio. No segundo caso, isto é, na dor simpática, trata-se de dor não correspondente a um território nervoso fixo. Embora se observe num braço, por exemplo, não oferece os caracteres da nevralgia do plexo bra-quial, dos nervos radial, mediano ou cubital. A dor é vaga e acompa-nha-se de sensações diferentes (formigueiros, calores, e, se no ventre, enjões e vômitos) das costumadas nos processos de nevríte. Nota-se, por outro lado, rebate apreciável no estado geral, perturbações viscerais e sobretudo vasculares, na esfera da fisiopatologia neuro-vegetativa. É o caso das algias viscerais, particularmente da angina do peito e de algu-mas colopatias. Esta dor oferece a instabilidade característica das pertur-bações do simpático e é com frequência acompanhada de alterações vaso-motoras e tróficas. Enquanto a dor tipo sistema cérebro-espinal é pouco ou nada influenciada pelos fenómenos que se passam fora do corpo de delito da acção, a dor do tipo simpático varia sob o influxo de causas gerais, de causas morais e, de um modo particular, de causas affectivas. A repercussão do segundo tipo de dor no psiquismo do doente é bas-tante característica. A impressionabilidade, a melancolia e a neurastenia, constituem perturbações mentais não raro observadas em consequência destas dores. Não costuma acontecer o mesmo com as dores do sistema de relação.

Na prática, a localização por sistemas não é tão fácil como à primeira vista parece. Além de que, hoje em dia, há ainda quem conteste a dor do domínio simpático, Estella por exemplo. Segundo ele este sistema não tem fibras centrípetas e a sensibilidade das vísceras seria devida às fibras de relação que acompanham as simpáticas. A dor obtida por excitação do simpático resultaria de vaso-constricção, ocasionadora, por sua vez, de metabólitos tóxicos que iriam excitar as fibras sensitivas regionais. Segundo este, pois, a dor dita simpática seria produzida por um estí-mulo motor.

Feitas estas considerações gerais voltemos à cavidade abdominal e vejamos o que se deve aceitar em matéria de sensibilidade do peritoneu.

Vão longe as idéias de Lennander, segundo as quais só o folheto parietal é doloroso. As vísceras e, portanto, o folheto peritoneal que as reveste seriam indolores. Na opinião do cirurgião sueco a palpação e o corte das vísceras não são dolorosos; para o efeito da sensação álgica só conta a pinçagem e o repuxamento dos mesos, cuja inervação se faz, a seu ver, por filetes de origem espinal, como acontece no peritoneu visceral.

A observação de Lennander não deixa de ter uma certa razão de ser, se pusermos em confronto o grau de sensibilidade visceral com a

do peritoneu parietal. Na realidade os pequenos estímulos despertados pelos actos fisiológicos ou pequenas pinçagens não tem tradução apreciável. Mas já outro tanto não acontece com os estímulos maiores, particularmente de causa patológica; nestas condições as vísceras doem e especialmente o peritoneu que as recobre.

Desde que Kappis, Marc Roussiel e Mándl (1914) conseguiram operar sem dor, depois do bloqueio anestésico dos ramos comunicantes e dos esplâncnicos, a questão da sensibilidade das vísceras através da inervação simpática parece ter ficado demonstrada. Resta o refúgio a que se apegam alguns quando dizem que ainda nestas condições a anestesia recairia sobre fibras sensitivas raquídias em relação com as fibras do simpático, mas, positivamente, não vejo motivo para levar tão longe a incredulidade.

A doutrina esplanada por Mackenzie parece-me digna de todo o crédito, pensando de maneira igual a quase totalidade dos autores. O estímulo produzido sobre as vísceras e de um modo particular sobre o peritoneu que as reveste, é transmitido através das fibras simpáticas que correm nos mesos até aos plexos pre-vertebrais (solar, mesentérico, hipogástrico). daí atinge a cadeia ganglionar para-vertebral, os ramos comunicantes, o gânglio espinal e os cordões posteriores. A excitação é levada, depois, por fibras simpáticas ou espinais aos centros superiores onde se elabora a sensação dolorosa, de seguida transmitida pelo mesmo caminho ao território de onde partiu a excitação, ou a zonas da parede correspondentes ao metâmero em causa, graças às anastomoses, senão anatómicas, pelo menos funcionais, das fibras simpáticas com as fibras raquídias. Na primeira hipótese teremos um reflexo víscero-sensitivo puro e a dor obedecerá às características da dor simpática de sede visceral; na segunda, teremos simultâneamente uma dor profunda e uma dor superficial a nível da parede.

Trata-se, nesta última circunstância, da chamada dor «projectada» só por excepção ausente nas algias viscerais. A distribuição desta dor faz-se segundo o esquema clássico de Head.

A confusão até há pouco reinante em matéria de dor visceral provinha, justamente, da existência de dor parietal, em consequência de dor profunda; hoje, porém, permitimo-nos explicar a dor da parede sem ter de invalidar o mecanismo da dor visceral. Qualquer das manifestações dolorosas traduz um reflexo víscero-sensitivo, puro, isto é, directo, se a sua expressão se confina a área visceral; indirecto, e apenas se traduz por dor axterna com silêncio interno; misto, quando ao mesmo tempo se observa dor profunda e dor superficial projectada.

Exemplifiquemos com o caso da dor de ponto de partida apendicular. Nas crises dolorosas simples, correspondentes a espasmos do apêndice, sem apreciável lesão inflamatória, a dor, como regra, é exclusivamente visceral, de tipo simpático, profunda, acompanhada de enjô e mal estar geral de perturbações circulatórias, enfim, semelhante a tantas outras

de carácter espasmódico (vesiculares, intestinais, etc.). Nas formas de apendicite franca, com toque nítido da serosa visceral, mas sem ultrage, todavia, do peritoneu parietal, a dor reveste em regra caracteres diferentes: a par da dor profunda, do tipo anterior, encontramos uma dor superficial à altura do metâmero do 12.º intercostal direito, por projecção na parede do reflexo originado no apêndice. Duplo reflexo sensitivo, pois; víscero-visceral e víscero-parietal. Por último, em certos estados, pode dominar a cena a dor apenas de tipo periférico; é o caso dos processos apendiculares ou peri-apendiculares justa-parietais e de certas apendicites retro-cecais, com apêndice encastado no folheto de revestimento da parede posterior.

A dor do peritoneu visceral assume ainda outro aspecto digno de registo. Refiro-me à dor irradiada a distância, vulgarmente chamada reflexa. Todos conhecem a dor do «cavum» epigástrico nos processos apendiculares e anxiais, a dor lombar nos sofrimentos pélvicos, a irradiação para a espádua de dores de sede víscero-peritoneal, etc. A explicação do fenómeno resulta simples a maior parte das vezes. A excitação conduzida pelas fibras nervosas dos mesmos, atinge os plexos pre e látero-vertebrais determinando dor nesse mesmo ponto ou porventura a distância se entrecruzamentos nervosos se observam. A dor profunda, e particularmente a dor solar nas afecções de órgãos deste plexo tributários, demonstra o que acabo de referir, como demonstra, também, a natureza simpática da dor, através do seu expressionismo típico.

A propósito, ainda, de dor visceral e de dor peritoneal seria interessante fazer algumas referências às algias abdominais vagas, tantas e tantas vezes referidas por doentes em quem o estudo clínico e laboratorial, incluindo o radiológico, nada mostra de extraordinário e a quem o médico, por piedade, senão muito convicto, rotula de distonia dísto ou daquilo, de hiperestesia e de hiperexcitabilidade, de desequilíbrio vago-simpático, etc. como se no fim de contas com tais apodos ficasse tudo arrumado. O sistema neuro-vegetativo goza, sem dúvida, um altíssimo valor no sofrimento destes doentes, mas reconhecer esta verdade não basta para explicar a bizzarria clínica e o mistério fisiopatológico de tais sofrimentos e bem assim as causas e competente mecanismo patogénico que os determinam. O papel das vísceras em si, do peritoneu, das alterações ou simples perturbações do sistema simpático, constituem outros tantos pontos de dúvida, a esclarecer na complexa dor peritoneal. Não é momento propício para fazer ao assunto referência mais pormenorizada; aliás a questão tem sido largamente debatida por vários autores e poucos são os médicos que com ela não tomaram contacto.

Como acabamos de ver o problema da fisiopatologia do peritoneu, em matéria de sensibilidade, oferece ainda os seus «quês» apesar de serem melhor conhecidos, de há umas décadas para cá, alguns dos seus aspectos.

— *Contractura da parede abdominal*: — Directamente relacionada

com a sensibilidade peritoneal há a questão da contractura da parede abdominal, só por excepção ausente nos processos irritativos do peritoneu de um modo particular do folheto parietal. O ultrage do peritoneu, efectivamente, tanto se traduz por dor como por contractura dos músculos lisos e estriados da proximidade. Deste facto resulta um dos sinais mais característicos do ventre agudo infeccioso. «Farol da clínica de urgência» «Super-sinal de todas as catástrofes abdominais», «Campainha de alarme da perfuração de vísceras ocas», assim o vemos classificado em vários capítulos da especialidade por outros tantos autores.

Antes de prosseguir é bom ver o que deve entender-se por «contractura» e por «defesa» musculares. Confundem-se habitualmente as duas designações e se do facto não resulta inconveniente de maior, dado o significado semelhante de uma e de outra, nem por isso deixa de ser recomendável ter sobre o assunto noções claras e precisas. Sob o ponto de vista clínico dizemos que existe contractura quando os músculos da parede se mostram contraídos espontânea e demoradamente; diz-se que há defesa quando os músculos se contraem por efeito da nossa palpação. Numa palavra, a contractura vê-se e palpa-se sem a provocar, enquanto que a defesa para se ver e palpar necessita de ser provocada. A defesa é transitória, pois, e pode tomar-se na realidade como correspondendo a uma autêntica defesa em face de excitações intempestivas vindas do exterior. O mecanismo que desencadeia uma e outra é parecido, como também não difere muito o significado semiológico. Na defesa trata-se de uma forma atenuada de reacção peritoneal, na contractura, pelo contrário, trata-se de uma forma mais intensa, por isso só excepcionalmente deixa de aparecer nos cataclismos abdominais. Pouco se sabe de preciso sobre o grau de irritação peritoneal necessário para originar uma e outra.

Em matéria de patogenia da contractura, se nada se conhece de concreto, presume-se como importante, depois dos estudos de Mackenzie e de Zachary Cope, a acção de um reflexo, que ora parte da víscera (Mackenzie), ora do peritoneu parietal (Zachary Cope), ora de um de outro ponto, como modernamente se admite e eu creio. Na realidade parece desavisado pôr em conflito os pontos de vista de Mackenzie e de Cope. Um não excluiu o outro, antes se completam. O estímulo parieto-motor é inegável, todos sabendo quão grande é a influência da irritação do folheto parietal no determinismo da contractura da parede. Mas o reflexo víscero-motor não é menos aceitável. Se é mais reduzido o seu expressionismo semiológico isso deve-se, justamente, ao menor grau da irritabilidade das vísceras e do peritoneu que as recobre em relação com a do folheto parietal. Sensibilidade dolorosa e susceptibilidade reflexo-motora, devem caminhar a par, como é de todo o ponto lógico.

No caso do estímulo partir do folheto parietal o reflexo interessa apenas o sistema espinal. Quando, pelo contrário, parte do folheto visceral ou das próprias vísceras o reflexo será misto: do domínio do simpático na primeira parte, do domínio do sistema espinal na segunda.

A excitação é conduzida por fibras simpáticas até aos glânglios látero-vertebrais e de seguida até à ponta posterior da medula, onde fibras de conexão com a ponta anterior vão estimular as raízes motoras do segmento medular correspondente. Mas não é de excluir que o entrecruzamento se observe noutras zonas, inclusive nos centros superiores. A contractura da parede de origem visceral pode explicar-se assim.

Quando não se queira derivar de sistema nas vias de incitação e de excitação motoras, nem por isso se me afigura justo pôr-se de parte o reflexo víscero-motor. Todos os músculos estão íntimamente ligados ao sistema nenro-vegetativo por fibras directas e por outras indirectas que correm na adventícia dos vasos. O tono muscular é função essencial da vida vegetativa estando por isso em relação íntima com o aparelho coordenador desta mesma vida. E interferindo assim o sistema simpático na fisiologia muscular eu pergunto se determinadas excitações provenientes deste sistema não serão capazes de modificar o tono muscular, substituindo-o por um estado contractura?

Segundo alguns a contractura devida ao reflexo víscero-motor, com triagem pelas células motoras da haste anterior da medula seria circunscrita a um único músculo ou a um segmento dele; no caso da excitação partir do folheto parietal mostrar-se-ia pelo contrário, muito mais extensa, em conformidade, precisamente, com a superfície maior onde se observou a irritação. Suponho arriscado fazer deduções patogénicas deste teor, aliás dispensáveis para a compreensão da fisiopatologia do peritoneu.

É bom saber, como diz Mondor, em «Diagnostics urgents», «que a contractura da parede não mede exactamente nem o grau de inundaçào, nem a natureza do líquido, nem a virulência da infecção: na apendicite a inundaçào não é nada, a infecção é tudo; na úlcera perfurada, onde o ventre de madeira se vê melhor, o líquido derramado nas primeiras horas é asséptico, a maior parte das vezes».

Também nunca é demais lembrar que a contractura varia, igualmente, com a zona do peritoneu ofendida (maior no folheto parietal, menor no visceral), com a excitabilidade geral do indivíduo, com as suas condições de resistência (menor nos asténicos), com o grau de emotividade, etc. Trata-se de pormenores que todo o médico deve ter presente, se deseja interpretar com cuidado o valor deste sintoma na patologia peritoneal.

— *Choque peritoneal*: — Toda a acção violenta sobre o peritoneu, traumática, cirúrgica, ou de outra natureza, ocasiona um estado de choque, maior ou menor, mas sempre traduzido por alterações no sentido depressivo do tono de vida a nível do tracto gastro-intestinal, da circulação esplâncnica e, porventura, por manifestações a distância da ordem daquelas que estamos habituados a ver mencionar entre os sintomas do choque. O facto é bem conhecido através das manifestações peculiares de todo o acto operatório que interessa a integridade do peritoneu. A preguiça neuro-motora do estômago e do intestino nas primeiras

48 horas do pós-operatório abdominal outra coisa não significa, em boa verdade. Este síndrome é conhecido por choque peritoneal.

Parecerá descabida, á primeira vista, qualquer referência a este assunto, visto, como disse, limitar ou quase as minhas considerações á fisiopatologia dos estados flegmáticos. A verdade, porém, é que os processos inflamatórios dão lugar a perturbações idênticas ás do choque traumático e provávelmente da mesma natureza. Agressão mecânica e agressão flogística devem equivaler-se para o efeito. Acresce que em certas formas de choque a causa mecânica e a causa inflamatória entram por igual no determinismo do síndrome; é o caso por exemplo, da rutura em peritoneu livre de um piossalpinge, de um abcesso peri-apendicular ou de uma vesícula infectada. O choque então ocasionado pode ir ao ponto de se confundir em absoluto com o choque simplesmente traumático. Fica assim justificada esta curta referência ao choque peritoneal.

Todo o choque originário do peritoneu conduz a um estado de letargia neuro-motora gastro-intestinal. Irreversível nos traumatismos violentos, transitória nos ligeiros, muito demorada, porventura não susceptível de retroceder, nos estados inflamatórios. A circunstância biológica da inflamação peritoneal acarretar como consequência a paralisia dos músculos lisos subjacentes (Lei de Stokes) pode não ter apenas um significado toxémico mas um autêntico significado de choque. Seja qual for o mecanismo desta paralisia (vaso-dilatação capilar, ultraje directo da musculatura do intestino ou do plexo de Auerbach), a resultante mórbida cifra-se sempre em estase circulatória, paralisia e dilatação intestinais, alterações estas peculiares dos estados de choque puro e dos estados de toxemia peritoneal. De tal maneira se confunde a expressão fisiopatológica de qualquer destes processos que só a clínica permite o diagnóstico da variante. Em ambas as formas a estase sanguínea na esfera esplâncnica pode atingir proporções muito elevadas, com grave prejuízo da dinâmica circulatória geral, em ambas também a paralisia e dilatação do intestino conduzem a um «ileus» paralítico, e em ambas, finalmente, estase circulatória, paralisia e dilatação do intestino, constituem da mesma maneira um círculo vicioso extremamente grave para o doente. Esta semelhança dispensa-me de nova referência ás consequências locais da toxemia peritoneal.

Mas as perturbações podem não se limitar ao domínio propriamente abdominal, verificando-se, tal como no choque traumático, fenómenos inibitórios das fibras lisas tráqueo-brônquicas (paresia traqueal, broncoplegia, pseudo-bronquites, atelectasias), modificações da inervação vaso-motora e cardíaca (hipotensão arterial, reflexão capilar, vaso-paralisia venosa, palidez cianótica periférica, taqui ou bradicardia, arritmia, etc.), alterações da inervação tecidual (anidremia, hipo-cloremia, azotemia, hiperglicemia, edema intersticial. etc.) e, por último, irregularidades, também de causa nervosa, do funcionamento das vísceras e das glândulas de secreção interna, extremamente nefastas á evolução da doença.

Nos processos inflamatórios torna-se difícil distinguir em que medida actuam as perturbações provenientes do choque e as resultantes directamente da toxemia, visto ambas convergirem no mesmo sentido. É de presumir, contudo, que em certas modalidades a acção deletéria esteja mais na dependência do fenómeno de choque do que propriamente dos fenómenos tóxicos. É o caso, por exemplo, dos choques irreversíveis e rapidamente mortais tantas vezes observados a seguir às perfurações do estômago, do apêndice e da vesícula. O choque peritoneal oferece nessas circunstâncias uma importância muito maior do que a intoxicação. Esta variante ocasiona no aspecto geral um estado em tudo semelhante ao choque traumático, como acima disse. A agressão mecânica conta mais do que a agressão flegmática; não obstante é impossível separar em absoluto uma da outra.

Em matéria de patogenia subsistem as mesmas dúvidas do choque em geral. Trate-se de choque simplesmente segmentar, quer dizer limitado, ou quase, às formações teciduais do abdómen, trate-se de choque global, embora de ponto de partida do peritoneu, o síndrome equivale sempre fisiopatologicamente a uma quebra do tono de vida celular e humoral. É muito provável que a unidade funcional observada nos vários compartimentos biológicos, seja qual for a modalidade de choque, implique também unidade do seu mecanismo determinante.

Ora, se a expressão fisiopatológica se traduz sempre por uma distonia organo-vegetativa, mais ou menos pronunciada neste ou naquele sector, mas sempre em relação com a potencialidade de vida dos diferentes elementos celulares e humorais aí existentes, parece-me razoável atribuir a patogenia das perturbações a desequilíbrios do sistema neuro-vegetativo, averiguado como está que a ele pertence a unificação e coordenação de todas as funções vitais, desde a da simples célula incorporada nos tecidos até à complexa função de todo o conjunto da economia orgânica. E porque nem sempre tudo podemos explicar por uma acção tóxica directa proveniente do processo inflamatório em si e actuando sobre este ou aquele componente humoral, justo me parece ligar a máxima importância à depressão do sistema neuro-vegetativo provocada por reflexos inibitórios partidos da superfície peritoneal, desencadeados e ordenados de maneira ainda pouco clara, mas por certo em tudo semelhante à verificada em outras modalidades de choque.

Sendo o abdómen rico, como é, em formações nervosas, desde as simples fibras espinais até aos complicados plexos neuro-vegetativos intra e extra-murais, e conhecendo-se, por outro lado, o enorme valor dos componentes neuro-vegetativos, não apenas no tono de vida das vísceras, mas também dos sistemas vascular, nervoso e endócrino, compreende-se bem como todo e qualquer ultrage da superfície peritoneal pode atingir a integridade fisiológica do sistema neuro-vegetativo e consecutivamente todas as funções por ele directamente comandadas.

— *Exudação e reabsorção peritoneais. Formação de aderências:* —

Ficou já dito que normalmente se observa uma corrente plasmática ininterrupta através do peritoneu; como disse, também, que o poder de transudação deste é enormíssimo e está na dependência íntima da circulação, particularmente da circulação de retorno, quer sanguínea, quer linfática. Aumenta, como é natural, quando existe hiperemia activa ou quando se opõe qualquer obstáculo à corrente eferente. É função da permeabilidade vascular, mas ao mesmo tempo está subordinado à permeabilidade do revestimento peritoneal, que neste capítulo funciona à semelhança do endotélio vascular.

As condições hidrodinâmicas referidas são igualadas, ou porventura superadas, pelas condições biológicas. E destas últimas interessam-me de um modo especial as resultantes de fenómenos inflamatórios. O derrame plasmático passa a ter nestas circunstâncias um aspecto diferente. Em vez do transudato peculiar dos desequilíbrios tensionais plasmodinâmicos, por modificações, sobretudo, do domínio circulatório, observa-se um franco exudato por alterações da permeabilidade do endotélio vascular das células do revestimento peritoneal. A forma serosa sucede a forma fibrosa.

A exudação constitui na realidade uma das propriedades características do peritoneu inflamado. Na inflamação crónica as perdas plasmáticas podem é certo manter o aspecto de transudato; nas formas agudas, porém, o que domina é a exudação. Transudação e exudação dependem intimamente da intensidade e qualidade do ataque à camada de revestimento do peritoneu. Intervirá, pois, o grau de inflamação e bem assim a natureza do agente determinante.

Como em muitos aspectos a exudação peritoneal se confunde biologicamente com a exudação observada em outros pontos, parece à primeira vista dispensável referência especial a este assunto. Em boa verdade o peritoneu empresta ao fenómeno da exudação particularidades que vale a pena salientar. A condensação da fibrina, os fenómenos biológicos passados a nível desta, o seu poder de defesa, a propriedade de se formarem aderências em diversos pontos, a modificação do poder de absorção, etc., pertencem a este número.

A exudação é favorecida pela grande irrigação sanguínea do peritoneu e pela natureza mesenquimatosa do mesmo, uma vez que o tecido conjuntivo constitui a sede principal dos fenómenos inflamatórios. Daqui a razão de ser da conhecida frase de Arguelles: «a estímulos insignificantes para outros órgãos o peritoneu reage com hiperemia e produção de exudato».

O mecanismo do processo de exudação está na dependência íntima de fenómenos físico-químicos; tal como acontece, no fim de contas, nas simples trocas humorais fisiológicas entre os capilares arteriais e os espaços lacunares e entre estes e os capilares venosos e linfáticos. Neste caso, ou seja na hipótese fisiológica, as paredes dos capilares arteriais, semi-permeáveis, deixam passar somente água, sais e pequeníssimas

quantidades de albumina, substâncias estas que entram de novo na circulação geral mercê do desequilíbrio da pressão hidrodinâmica, da pressão osmótica e da pressão oncótica, observado em plenos capilares e na intimidade dos espaços intersticiais. É esta, pelo menos, a maneira de ver de Schade, ainda hoje a mais aceite pelos fisiologistas.

Na hipótese fisiopatológica as paredes dos capilares tornam-se permeáveis aos colóides, do que resulta a passagem destes para o meio exterior.

Acontece, portanto, no primeiro caso, isto é, na variante fisiológica, que a pressão hidrodinâmica (de 6 cm. de mercúrio, aproximadamente, no início dos capilares arteriais) vai descendo no transcurso dos mesmos até igualar a pressão oncótica, cujo valor é constante nos capilares arterio-venosos e não ultrapassa em regra 2,5 cm. de mercúrio. Enquanto a pressão hidrodinâmica se mostrar superior à pressão oncótica a água e as substâncias nela dissolvidas sairão para o exterior de harmonia com os valores tensionais do ambiente e de um modo especial em função da pressão osmótica. Não saem colóides visto a pequena permeabilidade das paredes dos capilares o não permitir; logo a pressão oncótica não sofre desvio. Quando a perda de líquidos atire com a pressão hidrodinâmica aquém do valor da pressão oncótica, observar-se-á a inversão da corrente, quer dizer, a água reentrará na corrente sanguínea.

As variações físico-químicas no interior dos capilares em relação aos valores do meio ambiente tem manifestamente um alto papel na dinâmica das trocas angio-teciduals; contudo é bom lembrar que o fenómeno não é tão simples como à primeira vista parece. Há muitos segredos a desvendar neste capítulo. Trata-se de elementos vivos actuando no vivo, através de uma biologia dirigida que foge bastante ao observado experimentalmente nos Laboratórios. Com isto, porém, não menosprezemos a importância dos valores tensionais acima referidos.

Acontecerá, no segundo caso, ou seja na variante fisiopatológica, que mercê de alterações dos tecidos e particularmente das paredes dos capilares, devidas ao processo inflamatório, a permeabilidade destes se mostrará alterada dando lugar a passagem de fibrinogénio e de globulinas para o exterior, quer dizer, inicia-se a exudação, cujo tipo e volume serão comandados pela natureza do processo, pela intensidade das lesões e pelas condições locais e gerais de resistência do indivíduo.

A saída dos colóides acarreta como resultante baixa da pressão oncótica dentro dos capilares. Com a queda da pressão oncótica teremos alterado o equilíbrio normal entre esta e a pressão hidrodinâmica, logo maior perda de líquidos, a par dos colóides, e por conseguinte afastamento, no sentido venoso dos capilares, do ponto de inversão da corrente, por vezes só obtido com uma pressão oncótica já bastante reduzida.

A baixa dos colóides e correspondentemente a maior redução de líquidos será condicionada, portanto, entre outros factores, pelo grau da lesão da parede dos capilares. Se pequeno, pequena será também a perda de albu-

minas (peritonite serosa); se grande, haverá verdadeira exudação de fibrinogénio, ora simples (peritonite sero-fibrinosa), ora acompanhada de grande número de elementos figurados (peritonite hemorrágica ou purulenta)

A ascite que se observa em algumas formas de tuberculose peritoneal pode resultar, segundo Jimenez Diaz, de obliteração das vias linfáticas eferentes, mas, então, como este mesmo autor afirma, trata-se mais de linfoedema do que de exudato. Aqui não há um processo de peritonite, no verdadeiro sentido da palavra, mas antes, em seu dizer, uma simples manifestação de tuberculose peritoneal.

Quando há inflamação franca, seja qual for a sua natureza, existe sempre exudação activa e não apenas passiva, por estase, embora nas peritonites avançadas o segundo factor possa vir agravar o primeiro.

O mecanismo da exsudação peritoneal não diverge, como se vê, do observado correntemente nos processos flegmáticos em outros territórios. Se diferenças existem elas provêm da circunstância especial do peritoneu ser extremamente irrigado, e ainda da facilidade de serem destruídas grandes superfícies de células de revestimento, factores estes propícios ao agravamento da exsudação. Em certo modo a cavidade peritoneal pode comparar-se a um grande espaço lacunar onde se acumulam os líquidos e colóides perdidos pelos vasos.

O fibrinogénio exsudado transforma-se rapidamente em fibrina, de um modo especial nos pontos em que o peritoneu está exulcerado. Com a perda sucessiva de água a fibrina torna-se espessa dando lugar num ou noutro ponto a formações solidificadas (falsas membranas) que forram zonas peritoneais, estabelecem aderências entre várias superfícies, separam compartimentos e criam membranas septantes capazes de isolar territórios vários da cavidade peritoneal. Quanto mais rico em fibrina for o exudato maior será a seu poder de adesão.

Por simples acção mecânica a fibrina exudada desempenha um papel importante na defesa local contra o agente causador do processo flegmático. Mas além do papel mecânico há a considerar também a acção biológica.

Na proximidade das zonas exulceradas as falsas membranas fibrinosas são prontamente invadidas por células planas de tipo igual às do revestimento peritoneal, de tal maneira que muitas vezes cobrem em toda a extensão a fibrina depositada. Estas células, móveis no começo, são susceptíveis de se transformar, no decorrer do tempo, em autênticos fibroblastos; além disso o complexo fibrinoso é invadido com frequência por elementos plasmocitários.

Se a evolução do exudato se dá no sentido conjuntivo diz-se que a inflamação adquire o carácter fibroplástico ou produtivo. Estabelecer-se-á, em consequência, um conglomerado à custa de ansas intestinais, de outras vísceras, do epíploon e do peritoneu parietal, conglomerado este unido e coeso pela fibrina em questão. O todo torna-se bem aparente sob a forma de «plastron».

Em ordem ao tempo o coágulo de fibrina surge poucos minutos depois do fibrinogénio ser exudado; quanto à formação do «plastron» compreende-se que sejam necessários dois a três dias. A marcha da apendicite aguda atesta claramente o que acabo de afirmar.

A fibrina, assim colectada e aderente, continua a modificar-se no seu aspecto físico e biológico, mais ou menos em concordância com as alterações que se observam na fibrina dos coágulos sanguíneos. Ou se liquefaz e então reabsorve-se, ou endurece e passa a organizar-se, ou, finalmente, toma parte no processo de supuração. No primeiro caso dá-se a auto-digestão, de ponto de partida dos fermentos libertados pelos leucócitos e demais células em contacto com a formação fibrinosa. Amolece primeiro, liquifaz-se a seguir e, por último, os elementos desintegrados são reabsorvidos. Na segunda hipótese verifica-se penetração intensa na massa de fibrina de vasos neo-formados, de fibroblastos e de outros componentes conjuntivos, resultando do facto uma autêntica organização; daqui derivam, como é natural, aderências consistentes.

Do lado do peritoneu a soldadura das aderências faz-se sobretudo a nível das zonas cuja camada superficial está ulcerada, por destruição das células de revestimento. Outras vezes, porém, as falsas membranas de fibrina podem conduzir à formação de verdadeiras membranas envolventes que contêm dentro de si, isolando do resto da cavidade peritoneal, a totalidade ou apenas um sector do intestino. Para a maior parte dos autores seria esta a explicação da chamada peritonite encapsulante.

Por último, se o estado inflamatório é intenso e se é rica a reacção leucocitária, pode acontecer que a fibrina seja liquefeita pelo processo de supuração entrando a fazer parte do pus. É a forma mais grave como facilmente se compreende. Segundo a supuração é ou não circunscrita assim estaremos em presença de uma peritonite localizada ou difusa. A primeira variante, isto é, a localizada, exige a formação de septos limitantes. É ainda a fibrina exudada que constitui, por assim dizer, a cola a ligar entre si os vários segmentos dos órgãos que entram na formação da barreira isoladora.

A consistência das aderências varia em função do tempo. Nos primeiros dias, isto é, na fase fibrinosa pura, é pequena; mais tarde é intensa, visto a fibrina ter sucedido tecido conjuntivo resistente. Este pormenor tem grande importância sob o ponto de vista cirúrgico.

No período de estado das peritonites a exudação não se limita à perda de plasma para dentro da cavidade peritoneal, mas interessa, também, a intimidade dos órgãos subjacentes ao peritoneu. Nota-se, efectivamente, em todos eles uma infiltração edematosa grande, daqui o seu engrossamento e a sua dureza, e daqui, também, a grande facilidade de lacerarem. Toda a intervenção a quente na cavidade abdominal, volvidas as primeiras horas, durante as quais não há ainda infiltração apreciável, se rodeia de riscos, precisamente por esta circunstância.

Resta fazer algumas considerações a propósito da capacidade de

absorção do peritoneu. A grande extensão em superfície, a pronunciada mobilidade e a extraordinária riqueza da vascularização sanguínea e linfática, conferem ao peritoneu propriedades de absorção extremamente notáveis. Numerosos experimentadores têm reconhecido este facto. Segundo Wegner a capacidade de absorção de líquidos no espaço de 15 a 30 horas pode igualar o peso do corpo.

A água e as substâncias solúveis são absorvidas directamente, na sua quase totalidade, pelos capilares sanguíneos; as substância insolúveis, de uma maneira especial os colóides, passam na sua maioria à corrente geral através do sistema linfático, muito rico em lagos e vasos nomeadamente a nível do centro frénico e do epíploon. A absorção das soluções aquosas faz-se segundo as leis da osmose e da difusão. A das substâncias colóides obedece a fenómenos biológicos ainda pouco conhecidos. Numa e noutra deve colaborar a actividade vital das células de revestimento.

A hiperemia activa, os movimentos intestinais e, sobretudo diafragmáticos, favorecem a absorção. A estase sanguínea, a atonia do intestino e competente dilatação, restringem-na, pelo contrário.

As variações da pressão abdominal resultantes das excursões do diafragma (negativa na parte alta do abdómen quando da expiração), contribuem poderosamente para beneficiar a absorção. Na posição erecta e sentada a absorção é menor, justamente por desta forma se ver prejudicado o acesso ao centro frénico das substâncias a absorver. Colheremos deste facto as necessárias indicações na prática clínica.

O poder de absorção varia ainda com a idade; maior nos jovens, bastante reduzido nos velhos.

Nos processos flegmáticos subagudos e no início dos agudos, quando domina a hiperemia activa, sem exudação apreciável nem alteração averiguada da motilidade intestinal e diafragmática, a capacidade de absorção está aumentada. Pelo contrário nos processos avançados com exudação franca, estase venosa notável, lesão das células de revestimento do peritoneu, atonia intestinal e hipomobilidade do diafragma e do intestino, o poder de absorção está reduzido. Na realidade na peritonite difusa supurada, justamente a variante em que se observam os pormenores fisiopatológicos acabados de relatar, o grau de absorção é proporcionalmente inferior ao normal. A própria fibrina, forrando superfícies extensas, opõe uma certa barreira ao acesso dos capilares venosos e lagos linfáticos pelos líquidos e restantes elementos susceptíveis de serem absorvidos. Com isto não quero dizer, bem entendido, que seja pequeno o poder de absorção nas peritonites, mas tão somente, repito, que nas formas onde se observa manifesta descompensação fisiológica do peritoneu, a capacidade de absorção é relativamente inferior ao normal.

Se a exudação provém, na origem ou no decurso do processo inflamatório, de modificações circulatórias propícias à não reintegração na corrente geral do líquido plasmático transvasado, lógico se afigura que

enquanto estas durarem o poder de reabsorção se mostre diminuído. Igual fenómeno de notar-se quando em vez de exudação existe transudação excessiva não acompanhada de reintegração imediata da massa líquida na corrente sanguínea, como é próprio de certas ascites por peritonite crónica ou por hipertensão portal.

Em resumo, é lícito afirmar que o grau de absorção varia na razão inversa da intensidade da transudação e exudação peritoneais.

— Acabo de apontar alguns aspectos fundamentais da fisiopatologia do peritoneu, em particular nas suas relações com a inflamação. Seria interessante apreciar, também, o *papel do peritoneu na defesa contra as infecções* e na complexa questão das peri-viscerites. Mas, como neste domínio as aquisições científicas são poucas, o assunto por enquanto deve remeter-se para o campo da investigação.

Termino com uma pequena referência ao grande epíploon. Em boa verdade mal pode falar-se de fisiologia e fisiopatologia do peritoneu sem ao mesmo tempo consagrar duas palavras à função deste órgão.

São muito características no grande epíploon as chamadas *manchas leitosas* de Ranvier, constituídas por conglomerados de plamócitos, histiócitos e células conjuntivas. Ranvier comparou o epíploon a um gânglio linfático achatado cobrindo o intestino na sua quase totalidade. Com efeito a sua actividade biológica é em tudo semelhante à de um centro linfóide. Tem essencialmente uma função de defesa contra as infecções. O seu papel a este respeito é na realidade verdadeiramente notável. Nas injúrias traumáticas e nos processos inflamatórios raramente falta em apoio da zona afectada.

As células das manchas leitosas possuem propriedades fagocitárias extremamente pronunciadas e as células conjuntivas de revestimento a esse nível são capazes de se transformar em elementos histológicos activos e móveis. A particularidade de serem migratórias, permite-lhes convergir nos pontos afectados antes do próprio epíploon. Este, todavia, não tarda e de tal maneira se comporta que não raro isola e debela o processo sem consequências de maior.

A extrema irrigação do epíploon favorece igualmente o seu poder defensivo, assim como aumenta a sua capacidade de absorção. A enorme plasticidade, aliada à grande vascularização, e a adesão fácil aos órgãos próximos, permite-lhe penetrar nas reinterâncias e recobrir as saliências sem dificuldade de maior. Desta circunstância resultam grandes vantagens em cirurgia abdominal.

Não tem motilidade própria, visto não possuir fibras musculares. Segundo a maior parte, caminha para os lugares atingidos mercê dos movimentos intestinais. Por mim declaro não perfilhar esta hipótese, primeiro por o movimento do intestino ter uma finalidade própria e não um objectivo extrínseco, e em segundo lugar por as situações dramáticas criadas no abdómen se acompanharem praticamente sempre de paralisia intestinal. Julgo dever admitir-se um biotropismo especial que convoca e

atrai o epíploon ao ponto lesado. Na verdade custa a crer como numa perfuração de úlcera da pequena curvatura do estomago, por exemplo, o epíploon é empurrado para o ponto atingido por movimentos intestinais. Trata-se, manifestamente, de uma aproximação dirigida e não causal, embora nada saibamos do mecanismo biológico que preside ao fenómeno. —»

Expressão electrocardiográfica da embolia pulmonar experimental. — Provocando a morte por embolia pulmonar, no coelho, e tomando os electrocardiogramas antes e depois da embolia, verificou-se que antes da apneia só há taquicardia sinusal com deformação típica dos complexos, sendo corrente observar a aparição de extrassístoles e por vezes o encurtamento de P. R. e dos complexos W. P. W.; depois da apneia modifica-se o ritmo, aparecendo a dissociação aurículo-ventricular e por vezes flutter ou fibrilação auricular. Os A. A. estudam o problema patogénico daquelas alterações electrocardiográficas e apreciam a interpretação dos mecanismos de ligação aurículo-ventricular e o papel da inervação extrínseca do miocárdio.

CLÍNICA, HIGIENE E HIDROLOGIA, XIII, 1947. — N.º 7 (Julho): *A Suíça e as suas tradições médicas*, por Armando Narciso; *A Academia Suíça de Ciências Médicas*, por C. Wegelin; *Reflexões sobre o diagnóstico cirúrgico das sequelas de pericardites*, por R. Decker; *Do mecanismo patogénico e da localixação na fase aguda da doença de Sudeck*, por A. Jentzer; *A pneumonia intersticial de plasmocitos no recém-nascido*, por F. Roulet. N.º 8 (Agosto): *Diagnóstico e tratamento das nefropatias médicas*, por Mário Moreira. N.º 9 (Setembro): *Considerações sobre as agranulocitoses de origem medicamentosa e seu tratamento*, por G. Bickel; *Tratamento do abcesso pulmonar pela penicilina em aerosóis*, por L. Michaud; *O tratamento da doença de Parkinson e a farmacologia suíça* por Pereira da Conceição. N.º 10 (Outubro): *Sobre Marck Athias*, por Henrique de Vilhena; *A personalidade do Prof. Marck Athias*, por J. Afonso Guimarães; *Athias e a investigação científica*, por Ferreira de Mira; *Marck Athias fisiologista*, por Joaquim Fontes; *O Prof. Marck Athias, como investigador no Instituto Português de Oncologia*, por M. T. Furtado Dias; *Avitaminose B₁ experimental no cão*, por J. Archer Loureiro, J. Moniz de Bettencourt e M. Rodrigues Cardoso. N.º 11 (Novembro): *Educação sanitária do doente rural*, por Francisco Freire; *Vacinação antivariólica e antidiftérica no meio rural*, por Francisco Freire; *Sobre a aceitação da prova do adesivo no meio rural*, por Francisco Freire; *Trabalho de visitaçào no meio rural*, por Fernanda Martins.

Sequelas das pericardites. — Habitualmente só se descreve um síndrome clínico, mas na realidade há duas lesões com caracteres diferentes: a sínfise externa e o pericárdio caloso. Este dá, como é sabido, sintomas percebidos pelo doente (aumento de volume do ventre, edêma dos membros inferiores mais ou menos generalizado, dispneia que

primeiramente é só de esforço, cianose e em casos mais raros palidez), e sintomas que o médico tem de procurar (ascite, dilatação das veias do pescoço e por vezes de parede abdominal, pulso acelerado com tensão normal ou baixa, ausência de sopros cardíacos, falta de choque da ponta, modificações das curvas electrocardiográficas). O exame radiológico fornece dois elementos constantes, que são coração pequeno e coração imóvel; inconstantemente aparecem imagens de calcificações na área cardíaca. A tensão venosa está aumentada e o débito cardíaco diminuído.

A sínfise externa distingue-se da pericardite calosa pelos seguintes sinais: examinando o doente de perfil nota-se que a região xifoideia recua na inspiração profunda, ao passo que avança a parte da parede situada acima dela; o impulso da ponta do coração é substituído por uma retracção do espaço intercostal. Por vezes ao exame radioscópico o coração não é pequeno, mas não se desloca quando o doente se inclina para um e outro lado, e o pulso paradoxal de Kussmaul pode aparecer; estes dois sintomas não são constantes.

Os sinais de sínfise externa podem combinar-se, em resultado da coexistência das duas ordens de lesões.

As pericardites podem também deixar como sequela apenas a sínfise interna, que não tem indicação cirúrgica, ao passo que as duas formas cuja sintomatologia foi recordada, só são curáveis pela cirurgia.

Doença de Sudeck. — Trata-se da atrofia óssea aguda consecutiva a fracturas, de patogenia desconhecida. A simpaticectomia calma as dores, que podem ser violentas, e parece favorecer a consolidação e marcha normal da ossificação.

Pneumonia intersticial de plasmocitos no recém-nascido. — Aparece nas crianças de 2 a 4 meses, quase sempre prematuros. Durante uns quinze dias o lactente está agitado, pálido, com leves sinais de disppepsia; o peso não aumenta. Bruscamente entra a doença no período de estado: apatia, opressão, dificuldade de respirar, tossiqueira, tendência à cianose; a dispneia aumenta a qualquer esforço e teme-se a asfixia quando a criança toma o hiberão. Em contraste com esta sintomatologia, a percussão e a auscultação pouco mostram: às vezes alguns sarridos secos e respiração um pouco rude. Depois de cinco a dez dias neste período de estado, se o doente não morre, as melhoras progridem lentamente, durante duas a quatro semanas. O tratamento consiste em: sulfatiazol (para evitar infecção secundária), estimulação por analépticos e banhos quentes, sessões de ondas curtas, diárias, de 5 a 7 minutos (procedimento que é muito eficaz).

Tratamento da agranulocitose medicamentosa. — A terapêutica pelas sulfamidaz (sulfapiridina, sulfatiazol ou sulfadiazina) constitui um enorme progresso, por paradoxal que pareça. Elas podem ser substituídas pela penicilina (300 a 500 mil unidades por dia). A explicação da eficácia desta terapêutica encontra-se no combate à infecção, que cedo ou tarde vem tornar grave a discrasia sanguínea, de natureza alérgica.

Tratamento da doença de Parkinson. — Entre os medicamentos que tem sido empregados, destacam-se o estramónio, a atropina e a escopolamina. Agora apareceu um composto sintético que parece dotado de maior actividade; é o «Parpanit», que se administra em comprimidos, primeiro com dose fraca, de 625 centimiligramas e depois com dose forte, de 5 centigramas, aumentando-se o número de comprimidos por dia, a partir de seis, subindo-se, progressivamente, a 20 e mais. Cada dose diária é repartida em três.

IMPRESA MÉDICA, XII, 1947. — N.º 12 (25-VI): *A enfermagem de saúde pública num programa da profilaxia da tuberculose*, por Maria P. de Moraes. N.º 13 (10-VII): *A fadiga no trabalho estudada nos operários portugueses*, por F. Portela Gomes. N.º 14 (25-VII): *As hematúrias tardias dos ressectomizados*, por L. Ravara Alves; *O problema hospitalar em Lisboa*, por Alberto Mac Bride. N.º 15-16 (10 e 25-VIII): *Atrofias maculosas sífilíticas e distonia neuro-vegetativa*, por Arnaldo Tanisssa e Virgílio Nunes; *Penicilioterapia concentrada na gonococia*, por L. Ravara Alves.

Penicilioterapia concentrada na gonococia. — Em 63 casos de uretrites blenorragicas agudas ou crónicas, sem e com complicações próstato-vesiculares, epididimárias e de apertos de uretra, experimentou o A. cinco modalidades de tratamento pela penicilina: 1.ª em 9 casos, penicilina (100 a 600 mil unidades, por dia) em soluto aquoso; 2.ª em 6 casos, penicilina (100 a 300 mil unidades, num dia) em soluto aquoso, com tratamento local (lavagens, massagens de próstata e vesículas, dilatações uretrais) e geral (vacinoterapia e sulfamidoterapia); 3.ª em 6 casos, penicilina (100 mil unidades por dia) em soluto oleoso; 4.ª em 31 casos, penicilina em soluto oleoso (100 mil unidades), e tratamento geral e local (como para a 2.ª modalidade); 5.ª em 5 casos, penicilina em soluto oleoso (100 mil unidades) e 10 cápsulas de penicilina (a 200 mil unidades). O número de injecções de penicilina variou entre 1 a 3, conforme os casos. Os resultados obtidos mostraram-se semelhantes, com a droga em solução aquosa ou oleosa; pelo que esta deve preferir-se, pela comodidade para o doente. Foram melhores quando à penicilioterapia se associou o tratamento local clássico, o que assegura curas persistentes, muito mais rapidamente do que com este tratamento, mesmo associado à sulfamidoterapia intensiva.

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, X, 1947. — N.º 5 (Set.-Out.): *Alergoses em pediatria*, por Carlos Salazar de Sousa. N.º 6 (Nov.-Dez.): *Periarterite nodosa*, por Carlos Salazar de Sousa; *Algumas considerações acerca do diagnóstico precoce de Kala-azar infantil*, por Maria de Lourdes Levy; *Um caso de escorbuto infantil*, por A. Ferreira Gomes.

Alergoses em pediatria. — A palavra «alergia» tem hoje o signi-

ficado de «hipersensibilidade». Dos alergenicos proteicos, passou-se ao conhecimento de que substâncias hidrocarbonadas e não orgânicas actuavam também como alergenicos. Os modernos autores americanos consideram vários tipos de fenómenos alérgicos: 1—anafilaxia, resposta induzida por prévia sensibilização e não dependente de hereditariedade; 2—hipersensibilidade infecciosa, com relativa independência de factores constitucionais predisponentes e impossibilidade de transferência passiva; 3—doença do soro, ligada ao aparecimento de anticorpos; 4—dermatoses por contacto, por sensibilização exclusivamente local; farmacoaergias, por sensibilidade constitucional ou adquirida para pequenas doses de certos medicamentos; atopia, por hipersensibilidade constitucional hereditária e passivelmente transferível em muitos casos.

Para classificar as alergoses tem-se seguido duas orientações: a natureza dos alergenicos, a localização do tecido de choque. A verdade é que pela mesma via de contacto com o organismo podem existir alergenicos de natureza muito diversa e que cada alergeno pode actuar sobre pontos diversos.

Para diagnosticar um estado de alergia podemos servir-nos de diversos meios: testes cutâneos, testes das mucosas, dados hematológicos, prova de transferência passiva da sensibilidade (Prausnitz-Kustner), provas ambientais e dietéticas. O valor relativo destes diferentes meios pode apreciar-se assim: quando coexiste prova cutânea positiva e prova de Prausnitz-Kustner, é muito provável o papel do alergeno específico na etiologia da afecção; a simples positividade do teste cutâneo não esclarece, porque apenas diz que é possível o aparecimento de fenómenos alérgicos provocados pelo alergeno ensaiado; as provas positivas das mucosas e do ambiente tem mais importância, assim como as alterações da fórmula sanguínea pelo contacto com os alergenicos, não dando a simples cosinofilia mais do que indicação de terreno atópico.

Na terapêutica das afecções alérgicas há que considerar o tratamento do estado alérgico e o da crise aguda. Esta debela-se com a adrenalina, superior à efedrina ou efetonina; a aminofilina é útil quando predominam os espasmos da musculatura lisa; os antihistamínicos podem dar resultados apreciáveis na urticária e na doença do soro. O afastamento dos alergenicos, quando estes são conhecidos, seria meio de evitar radicalmente as manifestações alérgicas; infelizmente poucas vezes isto é possível, por os alergenicos estarem muito espalhados. A dessensibilização específica faz-se por vários meios, de acordo com os antigénios em causa e as características do doente. A via digestiva utiliza-se, principalmente para os casos em que o alergeno entra por essa via. Tem-se empregado também para os que entram pela via respiratória, mas para estes a via de eleição é a parentérica, quer subcutânea, quer intradérmica. A dose inicial, o ritmo das injeções e a dose máxima atingida, dependem da sensibilidade inicial revelada pelos testes cutâneos e das reacções provocadas pelas anteriores injeções. Embora a dessensibilização completa nunca se

possa atingir, a tolerância pode aumentar o suficiente para restabelecer o equilíbrio dentro das condições normais de contacto com o alergeno. É evidente que uma exposição mais forte pode novamente desencadear sintomas. Num grande número de casos a dessensibilização é apenas transitória: para a manter é necessário que a substância específica esteja em constante contacto com o organismo, ou que a imunização seja continuada. Outras vezes o reaparecimento de manifestações clínicas é devido a sensibilização para novo alergeno: o organismo atópico é exactamente caracterizado por uma especial facilidade de sensibilização, que torna impossível a cura definitiva do doente.

Num certo número de casos a dessensibilização nunca se consegue obter: atingida certa dose, insuficiente ainda para proteger o doente, este responde com fortes reacções, por maior cuidado que haja na regulação das doses e dos intervalos das injecções. É ainda possível ver reaparecer os sintomas em indivíduos em que a dessensibilização fez desaparecer os tests cutâneos e P. K. anteriormente positivos. Intervem então factores inespecíficos, para-alérgicos, capazes de libertar as substâncias desencadeantes da reacção, sem intervir o encontro antigénio-anticorpo.

Ficam também, como é óbvio, fora da possibilidade de uma tentativa de dessensibilização específica, todos os casos em que não foi possível demonstrar a importância etiológica de um alergeno, o que, como já dissemos, é frequente em certas situações alérgicas. Não encontrando portanto, no tratamento específico a solução definitiva do problema da alergia, teremos muitas vezes de recorrer a tratamentos inespecíficos. Sem que se possa bem explicar a razão, verifica-se que a provocação de um choque pode tornar refractário por um período mais ou menos longo um organismo atópico: vacinas, proteínas várias, enxofre coloidal, insulina, hemoterapia, tem sido usados com êxitos vários no tratamento dos alérgicos. Entre as vacinas, algumas têm pretensão de especificidade: por exemplo os resultados obtidos com as auto-vacinas de germes colhidos das vias respiratórias do doente, no tratamento da asma, podem filiar-se numa sensibilização bacteriana específica do doente; Harley julga que ela é muito frequente, mesmo que se não possa provar por testes cutâneos. Woringer aconselha, no tratamento do eczema atópico dos lactantes, a injecção de B. C. G., dada a conhecida influência que a tuberculose tem na provocação de um estado alérgico. A tuberculinoterapia também tem sido usada por vários autores, principalmente nos adultos, dado que estando a maioria sensibilizados à tuberculina, a resposta à sua injecção pode acompanhar-se da formação de anti-corpos de vários tipos. A peptona, de uma única ou de várias proveniências, dá com frequência resultados apreciáveis. Dadas as bases em que assenta a ideia da participação da histamina no desencadear das manifestações alérgicas, tem sido tentada a dessensibilização do organismo para este produto, por injecções de doses progressivas, sem que contudo os resultados sejam animadores. A vitaminoterapia, A, B (B₁, B₂ e B₆), C e D tem sido tam-

bêm empregada com duvidosos êxitos. Faça-se talvez uma excepção para a piridoxina e ácido pantoténico no eczema do lactente e para o ácido ascórbico intravenoso na asma.

O estudo completo do doente nunca deve ser desprezado. As suas características físico-químicas humorais, o seu equilíbrio neuro-vegetativo, o aspecto funcional do seu sistema endocrínico, as suas características metabólicas, devem ser cuidadosamente investigadas, pois que a correcção de desvios encontrados pode-nos pôr na senda duma terapêutica útil.

Diagnóstico precoce do Kala-azar. — Dada a diversidade de sintomas porque se manifesta o Kala-azar no começo da evolução da doença e a maneira insidiosa como os primeiros sintomas se vão apresentando, em presença de uma criança com febre arrastada e anemia mais ou menos intensa, deve fazer-se a punção do baço, mesmo que este não esteja hipertrofiado, fazendo-se neste caso através de um espaço intercostal; também pode recorrer-se à punção da medula óssea. Dois casos apresentados pelo A. mostram a conveniência destes procedimentos; a precocidade do diagnóstico, com a observação das leishmanias no produto da punção, dá garantia da eficácia do tratamento, que pode falhar quando a doença só é diagnosticada em período avançado.

JORNAL DO MÉDICO. — N.º 249 (1-XI-47): *Um caso do micose vulvar*, por Maria S. Pinto; *Socialização da medicina*, por J. Ferreira de Oliveira. N.º 250 (8-XI): *Os síndromas sífilíticos nos trópicos e seus agentes patogénicos*, por Froilano de Melo; *Duas concepções da vida*, por V. Marques Guedes. N.º 251 (15-XI): *Isolamento de uma bactéria saprófita da atmosfera com propriedades histaminolíticas*, por L. Velasquez, J. M. Bayo e Garcia Jalon; *Nota sobre a distribuição da tsé-tsé em Angola*, por Alexandre Sarmento; *As estâncias climáticas e as curas termais devem ser colocadas ao alcance de todos os que delas necessitam*, por L. Macias Teixeira. N.º 252 (22-XI): *Perfuração de um aneurisma da aorta na veia cava superior*, por Fernando Nogueira e António Seabra. N.º 253 (29-XI): *Algumas considerações sobre osteomielites*, por José Aroso. N.º 254 (6 XII): *Hemo-osteopatias*, por Rocha Brito; *Medicina individual e medicina colectiva*, por J. Correia Guimarães. N.º 255 (13-XII): *Mecanismo da hemorragia secundária nas ruturas esplénicas*, por Luís Raposo; *Aspectos da medicina social à luz das Encíclicas*, por Álvaro de Moura. N.º 256 (20-XII): *Desidroze e difteria*, por José e Artur Martins Barbosa. N.º 257 (27-XII): *A biologia e a química no estudo da imunidade*, por J. M. Loureiro; *Situações agudas na asma e cardiopatias*, por M. Cerqueira Gomes; *Um novo método para o diagnóstico precoce da febre tifóide e processos similares*, por J. Román; *A actividade dum serviço de diagnóstico histo-patológico*, por Alice Ferreira; *Paracelso*, por Rocha Brito.

Sobre osteomielites. — Depois de noções sobre fisiopatologia, diagnóstico, evolução e formas clínicas e anatomo-patológicas, suas relações

com os acidentes de trabalho, descreve o tratamento, para o qual enuncia um plano, que pode resumir-se assim: quando o processo se limita ao osso, com hemoculturas negativas e bom estado geral, injeções arteriais de mercurocromo ou de penicilina, punção do abscesso subperiósseo quando estiver formado, intervenção em momento oportuno, por ressecção subperióssea de preferência, ou por trepanação com gesso oclusivo; nas formas hematogêneas, o tratamento geral, pela sulfadiazina e pela penicilina, é indispensável para dominar a infecção, mais ou menos enérgico segundo a intensidade de esta, e a intervenção cirúrgica local será condicionada pela evolução do processo infeccioso geral.

Hemo-osteopatias.— A propósito de um caso de metástases ósseas de um cancro da próstata, passam-se em revista as relações entre o sistema ósseo e os estados de anemia, apontando as discrasias provocadas pelas lesões da medula óssea.

Desidrose e difteria.— Um homem de 25 anos apresentou sinais de desidrose com intenso prurido, nas mãos e nos pés. Três dias depois manifestou-se uma angina diftérica. A seroterapia específica curou a angina e a desidrose pruriginosa; esta deve atribuir-se a reacção alérgica, aspecto especial das manifestações cutâneas da difteria, o qual não é mencionado pelos tratadistas.

Situações agudas na asma e cardiopatias.— Exposição minuciosa de conceitos e factos, em estudo das situações agudas da asma em relação com as cardiopatias, seu quadro sintomático, sua patogenia, sua diagnose diferencial. Perante o doente, tem o médico de procurar esclarecer se o asmático é de asma brônquica ou de asma cardíaca, se os sintomas de aparência circulatória pertencem somente à asma e seus associados ou traduzem uma cardiopatia, se a cardiopatia é gerada pela asma ou alheia a esta.

A asma é sempre alérgica; o acesso asmático é a mais intensa situação urgente da asma, e deve distinguir-se do edema agudo do pulmão. A asma cardíaca, que aparece com o edema agudo ou na forma pura, não é a primeira fase do edema agudo nem um edema abortado; é uma asma brônquica, condicionada nos factores desencadeantes pela insuficiência ventricular esquerda. Na asma acessional há sempre que interrogar a capacidade do ventrículo esquerdo. Para além dos ataques, importa considerar o enfisema, equivalente da asma nas formas não acessionais. A insuficiência respiratória trazida pelo enfisema, ou por este em combinação com outros processos broncopulmonares, causa dispneia de esforço, cianose e estase de afluxo, semelhando quadros que pertencem à insuficiência circulatória; mesmo nas situações agudas, os caracteres da dispneia permitem, as mais das vezes, à cabeceira do doente, separar responsabilidades, eliminar a falência do coração, ainda que existam cardiopatias. A observação instrumental é necessária sempre que há estase de afluxo, convindo averiguar a sobreposição do «cor pulmonale», a que a asma também pode conduzir.

Diagnose diferencial urgente importa para a terapêutica. Se é certo que se pode estabelecer, sem prejuízo manifesto, tratamento cardíaco em asmático sem cardiopatia, já o mesmo não sucede quando se faz tratamento anti-asmático a um cardíaco. E numa situação angustiosa, tranquilizar o doente, afirmando-lhe que o seu coração está ileso, que a violenta dispneia é somente devida à asma, é também fazer uma benéfica medicação de urgência.

Novo método para o diagnóstico precoce da febre tifóide. —

Trata-se de uma modalidade de hemocultura, semeando o sangue em meio de enriquecimento, e depois de 24 horas a 37°, distribuindo-o por 4 tubos com meios diferenciais de cultura, nos quais, sendo positiva a reacção, as fermentações desenvolvidas fazem mudar a cor de um indicador químico, ao cabo de 4 a 6 horas. Um frasco especial contém todo o dispositivo, e a reacção pode fazer-se sem laboratório, metendo-o na cama do doente, que praticamente substitui a estufa.

Actividade de um serviço de diagnóstico histopatológico. —

Notas estatísticas do movimento de exames no Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto, demonstrativas do interesse crescente pelo valioso recurso da histologia, para a elucidação dos casos clínicos. O número de exames histológicos, que era apenas de 40 em 1926, elevou-se cêrca de 300 em 1932, ultrapassou os 500 em 1938, os 1.000 em 1943, e em 1946 chegou a 1.600.

REVISTA GERAL

A estreptomicina na tuberculose pulmonar ⁽¹⁾

A aplicação, com êxito, do novo antibiótico, nalguns casos de tuberculose miliar e de meningite tuberculosa, feita na Clínica Mayo, lançou em todo o mundo um entusiasmo de esperança na acção curativa da estreptomicina sobre a tuberculose humana, aliás decalcado na averiguada acção benéfica observada na tuberculose experimental da cobaia. Mas as primeiras observações não tiveram o rigor científico necessário, e temeu-se que aquela esperança fosse desiludida, como antes fora a depositada na tuberculina e na auroterapia.

O primeiro trabalho importante sobre o assunto foi o dos clínicos da Mayo, que em trabalho publicado em 1946 referiram ter observado

(1) Resumo da revista geral publicada por J. ZAPATERO em *Revista Clínica Española*, de 15 de Fevereiro de 1948.

a obliteração de cavidades tuberculosas do pulmão em mais de uma terça parte dos casos submetidos à estreptomina, tendo verificado melhoras em 80% dos doentes, diminuindo a tosse e a expectoração nas primeiras semanas do tratamento. Nesses casos, de Feldman e Hinshaw, tratava-se sempre de cavernas com paredes finas; nas de paredes grossas, fibrosas, não houve modificação radiológica.

Os resultados das observações colhidas numa série de hospitais e sanatórios da América do Norte, em que se estuda metódicamente o problema, coincidem nas suas linhas gerais com os registados nos primeiros ensaios. Num grupo de mais de 200 doentes, dos quais duas terças partes tinham formas graves, com lesões muito adiantadas, observou-se melhoria clínica e radiológica em 90%. Numa quarta parte, aproximadamente, as cavidades fecharam ou deixaram de ser visíveis; em mais de uma terça parte, o tamanho das cavernas diminuiu. Em quase metade dos casos os bacilos desapareceram da expectoração, facto que acontece com maior frequência do que a obliteração das cavernas ou o desaparecimento da sua imagem, o que constitue um aspecto singular da estreptominaoterapia.

Para o explicar, é bom recordar primeiramente as recentes observações de Waksman relativas à acção da estreptomina sobre a morfologia e as propriedades tintoriais do bacilo. Observou três fenómenos: a) perda de ácido-resistência; b) aumento do número de granulações; c) encurtamento do bacilo. O primeiro observa-se com doses inferiores ás bacteriostáticas, o segundo sucede-se ao primeiro, e o terceiro só se dá com doses próximas das bactericidas. Assim, seria possível que algumas baciloscopias negativas verificadas em cavitários sejam devidas à mudança das condições de coloração do bacilo; noutros, pode pensar-se que a estreptomina dificulte a vida do agente ao nível da camada piogénica endocavitária; os bacilos desapareceriam do exudato da caverna, e, com a diminuição da reacção inflamatória, a expectoração iria perdendo o carácter purulento. Esta segunda explicação tem a apoiá-la o facto observado pelos médicos do Sanatório Rutland, nos Estados Unidos, que viram não se obterem culturas com escarros que continham bacilos.

Se as melhoras do estado geral, da inapetência e do emagrecimento, são factos geralmente registados, a diminuição da tosse e da expectoração, ás poucas semanas de tratamento, é facto a destacar, porque todos sabem quanto é prejudicial a tosse resistente e violenta, que dilata as cavernas, provoca metástases broncogénicas e lesões laríngeas; é esta uma das indicações da medicação, eficaz na grande maioria dos casos. Outra indicação é a das sementeiras post-hemoptoicas, pois é lícito pensar que, tratando-se de lesões formadas por pequenos elementos sem zonas de necrose, sobre as quais a estreptomina tem acção (é o caso da tuberculose miliar), esta terapêutica seja profícua, feita no início da sementeira, antes que as lesões se radiquem.

NESTLÉ APRESENTA A V. EX.^A UM NOVO PRODUTO DIETÉTICO

Pelargon

LEITE EM PÓ COMPLETO, ACIDIFICADO E
ADICIONADO DE HIDRATOS DE CARBONO

ANÁLISE-TIPO

| | | | |
|-----------------------------|----------------|-------------------------------|--------|
| Matéria gorda | 17,0 % | Maltose-dextrina | 12,5 % |
| Matérias proteicas. | 16,5 % | Amido | 8,5 % |
| Lactose. | 23,5 % | Substâncias minerais. | 4,3 % |
| Sacarose | 12,5 % | Ácido láctico. | 2,2 % |
| | Água | 3,0 % | |

100 grs. de PELARGON—460 calorias

DEFINIÇÃO: O PELARGON (rótulo vermelho) é preparado com leite completo especialmente seleccionado, pasteurizado, acidificado em média a 0,5 % com ácido láctico, homogeneizado e adicionado de 2 % de farinha e 5 % de açúcares (2,5 % de sacarose + 2,5 % de açúcar nutritivo).

INDICAÇÕES: O PELARGON é especialmente indicado para a alimentação regular ou mista do lactente são desde a nascença; para os prematuros, vomitadores, hipotrêpsicos e para o tratamento de certas perturbações digestivas.

VANTAGENS: Elevada pureza bacteriológica. Acidificação feita com precisão, de maneira que a caseína, exactamente descalcificada, resulta directamente acessível à acção enzimática.

Composição constante e preparação fácil.

SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS

LISBOA

AVANCA

PORTO

Quinarrhenina Vitaminada

Elixir e granulado

Composição — Alcalóides integrais da Quina, metilarsinato de sódio e — Vitamina C —.

Indicações — Anemias, Anorexia, Convalescenças difíceis, Tratamento e profilaxia do Paludismo. Reforço da energia muscular.

A potência da — Quinarrhenina — é notavelmente aumentada pela adição da — Vitamina C —, pois esta tem uma acção especial como tónico celular, como excitante do poder bactericida do sangue e da resistência do organismo às infecções. No «Paludismo» há sempre grandes perdas de — Vitamina C —, que vão aumentando com a duração e gravidade da doença: a — Quinarrhenina Vitaminada — garante eficácia no tratamento dos impaludados, pela associação medicamentosa que realiza.

Como estimulante neuro-muscular é recomendável aos desportistas e a todos os que tem de fazer grandes esforços.

É uma fórmula que corresponde aos trabalhos de Jusaty e às experiências do Prof. Pfannestiel.

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-
-FOSFATADO

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-
FOSFATADO

BASE — Glicerofosfatos ÁCIDOS e kola

TRICALCOSE

COM
GLUCONATO DE CÁLCIO
Um dos melhores recal-
cificantes do organismo.

BASE — Sais cálcicos assimiláveis

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

Em qualquer destas circunstâncias, é tratamento curto, de 2 a 4 semanas.

Para evitar reacções tóxicas, recomenda-se não se ultrapassar a dose de 1 grama por dia; o Comité da Estreptomocina, na circular n.º 1, de 15-X-1947, aconselha aquela dose, repartida em duas, dadas por via intramuscular, de doze em doze horas. Vê-se, pois que diminuiram tanto a dose diária como o número de injeções, em relação ao que antes era norma habitual.

Os sucessos no tratamento das formas miliares excedem os consignados á meningite tuberculosa. Na 3.ª Reunião da Estreptomocina, em Maio de 1947, Bum apresentou uma estatística de 27 casos de granúlia só com 3 mortes, e 66 de meningite só com duas sobrevivências. Nos 102 casos do National Research Council dos Estados Unidos, obtiveram-se os seguintes resultados: em 24 casos de miliar — 5 óbitos, e em 78 casos de meningite — 31 sobrevivências, mas somente em 9 os doentes ficaram sem sintomas e sem bacilos no líquido cefalorraquídeo. Os investigadores da Clinica Mayo estudaram anatomopatologicamente a acção da estreptomocina sobre as lesões miliares, que apresentam hialinização, fibrose e ausência de caseificação, parecendo que o medicamento exerce essa acção abortiva da evolução costumada porque a pequenez da lesão e a boa vascularização permitem um contacto íntimo; essas condições não existem nas infiltrações primárias do pulmão e dos gânglios, e por isso a estreptomocina não as influe do mesmo modo. Na tuberculose miliar aguda, as doses aconselhadas são de meio grama, duas vezes por dia, ou de 0,4 gramas de quatro em quatro horas, com descanso de noite; tratamento durante 4 meses. Também se aconselha o emprego simultâneo de Promin, em soluto a 40⁰/₀, na dose de 4 gramas por dia, por via endovenosa; isto nas duas primeiras semanas, para voltar a administrar Promin na quarta e quinta semana.

Depois dos casos de tuberculose miliar e de meningite tuberculosa, aqueles em que mais sucessos se tem obtido são os de lesões bacilares das mucosas da árvore respiratória. Tanto as da faringe, como as da laringe, traqueia e brônquios, são influenciadas de maneira evidente, por vezes brilhante; todos os centros hospitalares da América do Norte têm observações concludentes. As ulcerações cicatrizam com grande rapidez, pois já se observam melhoras ao fim de duas semanas e a cura verifica-se ao cabo de três meses, no máximo. Abandonou-se o tratamento exclusivamente pela nebulização, pois com ela a absorção é quase nula; emprega-se a via intramuscular, com doses e intervalos acima mencionados, prolongando-se o tratamento durante um mês, depois das ulcerações estarem cicatrizadas. Nos laringíticos com disfagia e lesões pulmonares extensas, a estreptomocina, dada durante 7 a 14 dias, é procedimento paliativo útil para diminuir os sofrimentos.

Partindo da noção de que a estreptomomicina administrada por via oral é absorvida em insignificante quantidade, encontrando-se nas fezes cerca de 75 % da que foi ingerida, pensou-se exerceria uma acção tópica sobre as ulcerações intestinais; a prática, porém, mostrou tal não ser exacto, pois só se obtém melhoras, nesses casos, utilizando a via intramuscular; aconselha-se o tratamento durante sessenta dias, como mínimo.

Nos empiemas tuberculosos, complicação tão grave da tuberculose pulmonar, que leva tanta vez a intervenções mutilantes, a estreptomomicina não deu os resultados esperados, certamente por motivo da paquipleurite que impede a chegada do medicamento às lesões, e também porque o pus tuberculoso, ácido, a inactiva. Os cirurgiões americanos empregam-na nos períodos pre e post-operatório de toracoplastias e ressecções pulmonares, para diminuir a probabilidade de complicações de extensão do processo.

Hoje que as virtudes da estreptomomicina são de domínio público, é vulgar estar o médico sujeito a que, feito um diagnóstico de tuberculose pulmonar, a família do doente reclame o tratamento pelo segundo maravilhoso antibiótico. Ora, ele não deve empregar-se nas formas incipientes da doença, quando tudo faz supor que o mal cederá aos tratamentos correntes; é terapêutica cara, e nessas circunstâncias os inconvenientes do seu uso são muita vez superiores aos benefícios possíveis, podendo, para mais, criar-se um estado de resistência à droga, que impeça a sua utilização ulterior, quando poderia estar bem indicada.

As reacções de tipo histamínico ou anafilático, frequentes quando o medicamento era pouco purificado, pode dizer-se que quase não existem hoje. Mas há casos de sensibilidade, e por isso Romansky recomenda se faça o tratamento com doses pequenas, progressivas, durante dez dias, que seriam sucessivamente: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 20 e 40 centigramas, por dose (duas doses por dia).

Continuam a observar-se, por não estarem ligadas a impurezas, as perturbações vestibulares, do equilíbrio e da marcha, que aparecem ao mês de tratamento e alcançam a sua maior intensidade uma semana depois; depois vão diminuindo, mas persistem ainda durante dois a três meses, sem cura da lesão vestibular, cuja sintomatologia é vicariada por compensação de desenvolvimento do sentido visual, da sensibilidade profunda, etc. Albuminúria e cilindrúria aparecem na maioria dos casos, mas não tem geralmente importância, pois só a oferecem quando há insuficiência renal.

Quanto à resistência que os bacilos adquirem pode ser precoce, logo ao começo de tratamento, ou só aparecer claramente três ou mais meses depois. E este facto leva a supor a possibilidade de contágios por germens resistentes à estreptomomicina, como para a tuberculose experimental foi demonstrado por Youmans e Wibliston.

ACTUALIDADES

Sobre a transfixação do corpo humano

Um caso de muito invulgar exibicionismo, de um indivíduo que se deixa trespassar por hastes de ferro, tem despertado em vários países, e principalmente na Suíça, onde se fizeram as exhibições, um vivo interesse, que alcançou o meio médico; o que se explica por se tratar de um problema de anátomo-fisiologia, sobre o qual, embora haja dados colhidos na observação de feridos e na prática cirúrgica, nem por isso deixa de ser, tal como é apresentado no referido indivíduo, um tema sedutor. Para o esclarecer, o Prof. A. BESSEMANS, notável investigador da Faculdade de Medicina de Gand, realizou experiências, que, com a narração e o comentário dos factos aludidos, relata no artigo que vamos reproduzir quase integralmente (1).

O Prof. E. Sauty, de Genebra, chamou a minha atenção para o estranho caso de um tal «Mirin Dajo» que na Suíça dava espantosas exhibições, no decurso das quais o atravessavam com «espadas»; deu-me uma brochura, ilustrada com fotografias, da qual extraio, bem como de outras fontes, os pormenores seguintes.

«Mirin Dajo» são palavras de esperanto, que querem dizer «algo miraculoso». O homem nasceu em Roterdão, em 1912, e o seu nome é Arnold-Gerrit-Johannes Henskes. Ocupava-se de desenho, pintura e fotografia. Não tem estudos universitários, mas familiarisou-se com a teologia e a filosofia. Fala várias línguas, dizem.

A história da sua profissão actual começa quando levou sua mãe doente a um tal Hylk Otter, que um Amesterdão tratava cegos e paralíticos por dotes magnéticos. Otter descobriu em Henskes «faculdades sobrenaturais» e disse-lhe que era «invulnerável», o que se provou com a primeira transfixação, servindo de «operador» um carnicheiro chamado Johan de Groot. A classe médica de Amesterdão soube do fenómeno quando um suíço veio consultar Otter e, tendo-o visto, propôs o seu contrato, como número de atracção, para um teatro de Zurique, onde durante oito dias se exhibiu, com o nome de «Mirin Dajo», acompanhado por Otter e por de Groot.

O governo da cidade, não querendo tomar a responsabilidade pelo homem e pela emoção dos espectadores, proibiu o espectáculo. Então, o empregário solicitou se fizesse a exhibição na Clínica Cirúrgica do Hospital Cantonal de Zurique, diante do corpo clínico; desde então os interessados pareceu ficarem descaçados. O «Pathé-Consortium-Cinéma» projecta um filme com a proeza do «homem invulnerável». A favor da triade organizou-se uma «Sociedade de amigos de Mirin Dajo», que já

(1) A. BESSEMANS — A propos de la prétendue invulnérabilité de «Mirin Dajo». (*Bruzelles Médical*, XXVIII, N.º 10, 7-III-1948).

tem milhares de aderentes. O interesse publico é evidente, excitado pela propaganda de um poder extraordinário de que se diz estar possuído e que o transforma em ser sobrenatural, que pode operar nas outras pessoas coisas maravilhosas.

Eis como, em artigo publicado num jornal de Basileia, se descrevem os factos vistos nas exhibições de Mirin Dajo. Com Otter sempre ao lado do «homem-prodígio», de Groot enterra uma haste de ferro com 70 a 90 centímetros de comprimento e uns 6 milímetros de espessura, sem a desinfecar, quer transversalmente, quer de traz para diante, a distância da coluna vertebral, em direcção sagital ou oblíqua. Durante a intervenção o atravessado transpira e aperta os lábios, e a face cora-se ligeiramente; mas logo a seguir retoma a sua expressão



Transfixação
de «Mirin Dajo»
no sentido
dorso-peito,
segundo o filme
«O homem
invulnerável».

ascética. Uma vez, na presença de médicos e jornalistas, Mirin Dajo fez-se atravessar por três hastes ôcas, através das quais, desobturadas as pontas, se fez passar água; de essa vez, ao introduzir-se a terceira haste, o homem ajoelhou e a sessão teve de ser interrompida; mas o desfalecimento foi passageiro. Na Clínica de Zurique, Mirin Dajo, com uma haste enterrada durante vinte minutos, de traz para diante, na parte superior do abdómen, andou e subiu uma escada, para ir ao gulinete de radiologia, para se tirarem radiografias. As picadas que este individuo tem recebido são já umas 500, de que conserva pequenas cicatrizes, acastanhadas.

Mirin Dajo crê-se invulnerável e diz que os venenos não tem acção sobre o seu organismo, que pode suportar água a ferver sobre a pele, e que há-de mostrar outros prodígios, pois está ainda no começo do desenvolvimento das suas faculdades. Correm coisas

Um valioso elemento terapêutico

THIOSAN

AZEVEDOS

Soluto oleoso de
monossulfureto de tetractiltioureia

ESPECÍFICO DE

S A R N A
IMPIGENS
PEDICULOSES

LABORATÓRIOS AZEVEDOS
SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA

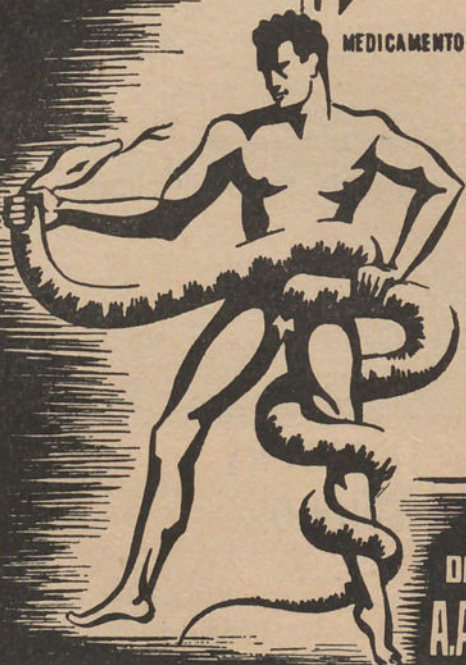
**NA FRAQUESA
GERAL E
PSÍQUICA**



EMONEURA

MEDICAMENTO ALIMENTO

MEDICAMENTO ALIMENTO



DEPÓSITO GERAL:

A.A. MOZ TEIXEIRA

115-R. POÇO DOS NEGROS-117-TELEF. 63961-LISBOA

extraordinárias a seu respeito: que pode deixar de dormir noites seguidas, discutindo os problemas da humanidade; que quando dorme podem bater-lhe e enterrar-lhe agulhas nas pernas, sem que acorde; que quando a sua «concentração» está impedida por cálculo mental, as suas feridas sangram; etc. De nada de isto, porém, há provas seguras.

As explicações que se tem dado para o único facto plenamente averiguado, que é o das transfixações, tem muito de fantasia; dizem uns que Mirin Dajo está sujeito à influência hipnótica de Otter, outros que uma labilidade extraordinária do seu sistema nervoso permite dominar a sensação dolorosa e contrair os vasos sanguíneos; e ele mesmo dá a sua explicação, afirmando que o seu poder não depende de hipnotismo, nem de treino, mas da potência divina à qual se abandona, que o domina, e assim fiscaliza continuamente o seu subconsciente. As explicações metafísicas são as que mais impressionam o publico, naturalmente.

Deixemos o que de parva credulidade, de histeria ou psicopatia, há no que corre sobre o caso, porque o que pretendo é somente a verificação experimental do que se passa com a perfuração dos órgãos, tal como é feita em Mirin Dajo.

Em primeiro lugar, pelo exame das fotografias de que disponho, notei que os instrumentos que servem para as exhibições não merecem os nomes de floretes, ou espadas, ou semelhantes, que lhes tem sido dados; e que, à vista do filme do Pathé-Consortium, de Groot procede com precaução, e de modo algum com a rapidez de uma estocada. Portanto, pensei que, atendendo ao pequeno diâmetro dos instrumentos perfuradores, se estes, exceptuando a ponta, forem rombos em toda a sua extensão ⁽¹⁾, e se, além de isso, só fossem enterrados lenta e prudentemente, quem sabe se os órgãos duros, lisos e móveis, não se afastarão à sua passagem, e aqueles que sejam atravessados não se distenderão sem lesão importante, para depois, ao retirar as hastes, retomarem uns a sua posição normal e os outros fechar-se graças à sua elasticidade? Se assim fosse, não era preciso invocar sugestão hipnótica, nem concentração psíquica, nem treino especial; tudo se compreenderá por simples jogo de reacções fisiológicas.

Mandei fazer hastes metálicas com ponta muito afilada, redondas e chatas, lisas em toda a sua extensão, sem qualquer aresta cortante, com diâmetro ou largura máxima entre 1 e 6,5 mm.; utilizei também agulhas de punção lombar munidas com seu mandril, cujo diâmetro é de 1 ou 1,5 mm.

Sem desinfecar estes instrumentos, enterrei-os lentamente, em

(1) Como de facto são, segundo as informações vindas da Suíça, que adiante se mencionam.

direcções variadas, através do abdómen e do torax de ratos brancos, de cobaios e de coelhos, sem anestesia; a pele tinha sido rapada nos sítios a perfurar, para tornar mais cómoda a operação. Cada transfixação levou apenas uns segundos a fazer-se, trinta no máximo. Evitei a coluna vertebral e piquei transversalmente, quase sempre de trás para diante, através da massa intestinal, do fígado, do estomago, dos pulmões e do coração. Repeti a mesma intervenção no mesmo animal, por várias vezes, com um dia de intervalo. Os ratos e os cobaios foram atravessados por 3 ou 4 hastes na mesma ocasião; os coelhos foram



Coelho, cujo abdómen foi atravessado em diferentes sentidos por seis hastes metálicas.

Perfeita tolerância.

por 2, 3, até 6 a 8. Os instrumentos mantiveram-se durante períodos variáveis entre 5 e 50 minutos. Retirados cautelosamente, não traziam qualquer mancha de sangue; as feridas só excepcionalmente sangraram. Os animais sobreviveram na maioria dos casos. Não apresentaram qualquer sinal de infecção geral ou local.

O organismo dos ratos foi o que se mostrou mais delicado; os animais cujo estomago tinha sido atravessado recusavam a alimentação durante um par de dias. Depois de transfixações múltiplas, os animais ficavam muitas vezes prostrados, como que chocados, para só se restabelecerem decorridas algumas horas. Também se viu que trans-

fixações, sobretudo quando feitas com hastes grossas, produziam, depois de retiradas, hemorragias internas, que vitimavam os animais ao fim de minutos; nestes casos, as feridas sangravam por vezes, e na autópsia encontrava-se um hemoperitoneu, um hemotorax ou um hemopericárdio, extensos. Os animais só davam sinais de ter dor à entrada e à saída da pele.

Quando se alcançava o estômago cheio, sentia-se grande resistência, principalmente no coelho. As contracções do coração tornavam-se fortes e transmitiam-se à haste, quando se atravessava este órgão. Fizemos em órgãos descobertos vários ensaios, que nos permitiram verificar que, depois da sua transfixação, feita sem brutalidade com hastes de grossura média, as feridas por ela produzidas se retraíam, a tal ponto que as do estômago e do cólon, por exemplo, não deixavam sair, fazendo-se pressão, nem uma gota do seu conteúdo. Com o auxílio do Prof. Bouckaert, num coelho não anestesiado, registamos durante uma transfixação abdominal os movimentos respiratórios por tambor de Marey e a tensão sanguínea por manómetro de mercúrio ligado a uma das carótidas comuns. No momento em que a pele e o tecido subcutâneo foram atravessados, tanto à saída como à entrada, o animal reagiu com aumento da pressão arterial e excitação respiratória; nem durante a transfixação das regiões profundas, nem depois da operação, a tensão sanguínea e a respiração se modificaram.

Posto isto, somos de parecer que as espectaculosas demonstrações do «homem invulnerável» são explicadas, sem misteriosa intervenção de factores ocultos, «metapsíquicos» ou «parapsicológicos», pela natureza dos instrumentos utilizados, pela maneira cautelosa do seu manejo, pelo afastamento dos órgãos ou pelo menos pela distensão progressiva dos tecidos que as hastes encontram no caminho, e pelo facto de que, até agora, não tenham ferido seriamente qualquer vaso sanguíneo de grande calibre, ou órgão vital.

Não é impossível que Mirin Dajo se encontre sob uma influência sugestiva estranha, e é mesmo muito provável que ele se autosugestione. A dor cutânea causada pelas transfixações não é daquelas que, com um pouco de energia, não possa dominar-se; Tarah-Bey, o seu falecido rival Paul Heuzé, e tantos outros pseudo-fakirs, habituaram-nos há muito ás transfixações, aparentemente indolores, dos membros, da pele do pescoço, das bochechas, dos lábios e da língua.

Quanto à ausência de complicações infecciosas, ela resulta, em minha opinião, de que instrumentos metálicos, lisos e limpos, geralmente só levam (como mostrou a análise bacteriológica) poucos micróbios, na maioria saprofitas, que são retidos em grande parte pela pele e pela hipoderme, à sua entrada no corpo; e que os germes que penetrarem na profundidade sucumbem perante a acção virulicida dos humores, cuja intensidade é frequentemente muito grande em certos indivíduos, sem falar do acréscimo das defesas orgánicas que a

repetição das provas pode ter favorecido em Mirin Dajo, por via imunológica.

Estava nesta altura das minhas observações e conclusões, quando, em 8 de Dezembro último, o Prof. Brunner, a quem tinha pedido informações, me escreveu uma carta contendo dados essenciais.

Mirin Dajo fez-se atravessar, diante dele e outros colegas, por uma haste lisa com o diâmetro de 7 milímetros e ponta muito aguçada, que entrou pela região lombar direita abaixo da 12.^a costela e a um comprimento de mão da 2.^a vértebra lombar, e saiu a 1,5 cm. abaixo do apêndice xifoide. A progressão da haste foi lenta. Mirin Dajo empalideceu e transpirou fortemente durante a operação. A radiografia mostrou a abóbada diafragmática a 12,5 cm. acima do instrumento; o fígado parece ter sido atravessado. O instrumento só foi retirado depois de 20 minutos. As feridas não sangraram. As análises do sangue e da urina não mostraram anormalidade. Quando Mirin Dajo foi picado na polpa do dedo para colheita de sangue, dela surdiu uma pequena gota, como em outra qualquer pessoa. Numerosas cicatrizes se viam na pele, na maior parte situadas atrás e à direita, quer abaixo quer acima das últimas costelas; as de diante no hipocôndrio direito e no epigastro, e algumas isoladas nos flancos, e duas na visinhança da ponta do coração. Mirin Dajo apresenta sinal de ter sido operado por laparotomia média alta; diz que lhe retiraram do estômago corpos estranhos que ele havia engulido.

O Dr. Schläpfer, por sua indicação, fez experiências em coelhos profundamente narcotizados, e serviu-se de um instrumento em aço semelhante ao empregado por Mirin Dajo, mas com o diâmetro máximo de 2 milímetros. Enterrou-o 4 e 5 vezes no corpo do animal, por modo semelhante ao visto em Mirin Dajo. Nada de anormal se observou; as feridas não sangraram. Atravessaram-se vários órgãos: rins, estômago, baço, fígado, diafragma, base do pulmão esquerdo, e apenas se observou produzirem-se duas ou três respirações irregulares no momento em que os dois últimos desses órgãos foram tocados. Pela autópsia controlou-se o trajecto das transfixações. A do estômago não causou peritonite. Algumas feridas pulmonares deram lugar a pneumotorax.

Pensa Brunner que as transfixações dos intestinos não provocam necessariamente peritonite, que as do fígado e do estômago não são perigosas. Já o mesmo não sucederá com o coração, a aorta, a veia cava, e outros grandes vasos, se o calibre do instrumento perfurador for maior do que o dos empregados para injeções intracardiacas e para artériografias; o coração e a aorta tem a possibilidade de se afastar diante da ponta que avança lentamente, mas persiste o perigo da sua perfuração. A infecção está arredada pela limpeza do instrumento ao atravessar a pele.

DI-SULFA-«LAB»

SULFATIAZOL {
SULFADIAZINA { ã ã 0,25 grs. por comprimido

Tubos de 20 comprimidos — 30\$00

Poder terapêutico equivalente à soma dos componentes, toxicidade notavelmente reduzida, segundo o quadro seguinte:

| | Cristaluria | Toxicidade renal | Febre |
|--------------------|-------------|------------------|-------|
| Sulfatiazol . . . | 70 % . . . | 3 a 5 % | 10 % |
| Sulfadiazina. . . | 29 % . . . | 3 a 5 % | 2,4 % |
| Di-Sulfa-Lab . . . | 7 % . . . | 0 | 1,4 % |

É um produto dos LABORATÓRIOS «LAB»

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

Avenida Alferes Malheiro, 99 — LISBOA — Norte

QUIMIOTERAPIA ANTIBACILAR
(Éter benzil-cinâmico, Colesterina, Gomenol,
Dextrocanforóleo).

Pneumozyl

Empôlas

1) com guaiacol

(comum)

2) sem guaiacol

(alpha)

3) iodado

(5 centigr. I por c. c.)

Normalização da eritro e da leucopoesis;
regularização da percentagem de hemo-
globina e do valor globular.

HEPATODYNAMOL

Empôlas e Elixir

PRINCÍPIOS ACTIVOS DO FÍGADO
DYNAMOL



CALMANTE DE SABOR E CHEIRO BEM TOLERADOS

BROMOVALERIANA

Bromovalerianatos alcalinos
Valeriana brava of.
Castorium canadensis
Moschus tonquinensis

AMOSTRAS PARA ENSAIOS: Rua Bernardo Lima, 50 — LISBOA

Brunner conclue que as experiências de Mirin Dajo não tem nada de extraordinário, e que qualquer indivíduo pode sofrer transfixações, desde que haja o cuidado de só tocar o fígado e os órgãos abdominais visinhos. Mas um acidente poderá produzir-se se um grande vaso fôr lesado ou se o intestino fôr perfurado em vários sítios. Mais tarde, as cicatrizes formadas pelas perfurações diminuirão a elasticidade dos tecidos, que já se não contrairão depois de se retirar o instrumento transfixador; é de recear que Mirin Dajo caminhe para uma catástrofe, se não renunciar a tais exhibições.

Na revista «Tydschrift voor Parapsychologie» (n.º 6, Nov. de 1947), o Dr. Tenhaeff considera Mirin Dajo um «fakir», suportando as transfixações e engulindo os mais contundentes objectos (como bocados de vidro, pregos e lâminas de navalha de barba) por virtude de concentração psíquica. Foi submetido a testes psicológicos, que não adiantaram grande coisa. Mas viu-se que certas proezas que dizia fazer sem se molestar, não as mostrou. Assim, quando meteu na boca fragmentos de vidro, a língua sangrou; quando lhe mergulharam a cabeça na água, que Mirin dizia poder estar submersa durante 12 horas, imediatamente ele procurou sair da perigosa posição, declarando que de aquela vez a sorte não teria êxito. Os médicos que fizeram estas provas, citados por Tenhaeff, pensam que a ausência de hemorragia nas transfixações é devida a aumento da secreção adrenalínica, provocado pela emoção; o qual encurtaria o tempo de coagulação do sangue e provocaria a constrição dos vasos.

Noutra revista, a «Schweizerische medizinische Wochenschrift», dois artigos, um de E. Undritz (16 de Set. de 1947) e outro de R. Massini (27 de Dez. de 1947) dão conta das observações feitas nas duas exhibições que, diante de muitos médicos, Mirin Dajo fez no Hospital Civil e no Bernoullianum, de Basileia.

Na primeira sessão, viu-se que o homem apresentava numerosas pequenas cicatrizes, principalmente abaixo do ângulo inferior do omoplata, pois é nesse lugar que geralmente lhe enterram o instrumento da transfixação; as cicatrizes da saída estão quase todas na região epigástrica esquerda e abaixo do mamilo direito, isto é afastadas da área de projecção cardíaca. O coração não apresentava deformidade, mas o electrocardiograma mostrou leve deterioração da musculatura. O diafragma tinha pequena mobilidade, o que faz suspeitar que qualquer coisa se deve ter passado na caixa torácica.

O instrumento perfurador foi uma comprida haste de aço, sem bordo cortante, com 8 milímetros de grossura na base e um décimo de milímetro na ponta, tendo a forma de uma agulha de costura; Andou de mão em mão antes de ser utilizado. Foi enterrado da esquerda para a direita, na parte superior do abdómen, saindo abaixo do fígado; entrada e saída ao nível das linhas axilares médias. Durante

a transfixação, Mirin transpirou abundantemente, depois, como sonambulo, deslocou-se a outra sala e andou durante cêrca de 40 minutos com a haste metálica. Quando lha retiraram, os ajudantes apertaram as feridas, que deixaram sair gotas de sangue, o qual, analisado, nada revelou de anormal, não se tendo encontrado nele elementos de tecidos.

No dia seguinte, foi projectado um filme destinado a mostrar, para reclame, que o coração de Mirin Dajo se deixava atravessar; mas, pela posição do instrumento, este devia ter passado abaixo do órgão. Em seguida, um filme do Dr. Koufmann mostrou dois casos de corações lesados por balas, ambos curados; para se ver como o coração pode resistir a graves lesões.

Na segunda sessão, efectuada três dias mais tarde, a haste foi enterrada um pouco abaixo do ângulo escapular inferior direito e veio sair no quinto espaço intercostal direito, perto do mamilo. Foi retirada pouco depois, e não vinha manchada de sangue. Não foi possível verificar se as feridas sangravam, porque foram imediatamente apertadas pelos dedos dos ajudantes.

Notaram-se: aparente insensibilidade à transfixação, grandes variações do pulso antes e durante a transfixação (como se o indivíduo fosse capaz de influenciar voluntariamente o sistema nervoso vegetativo).

Um dos autores destes artigos considera o caso no ponto de vista da sugestão, a que não deve ser estranha a influência de Otter sobre Mirin Dajo, o que pode explicar a resistência à dor; e a propósito Undritz lembra ter visto, no circo, um magnetizador perfurar as mãos, as bochechas, os lábios e a língua de diversos espectadores, admirados de suportarem os ferimentos e de estes não sangrarem; e recorda a notícia medica de um homem que, num circo da Alemanha, se deixava trespassar pelo tórax com agulhas finas e compridas, e que apresentou uma vez um duplo pneumotórax.

De resto as opiniões expandidas nos artigos da revista suíça estão conformes com as da carta de Brunner e com as minhas próprias. Se as exhibições de Mirin Dajo não tem nada de misterioso nem se pode falar de invulnerabilidade, e se até agora tem podido fazer-se sem sérias consequências, estas podem surgir de um dia para outro, e com o tempo levarão a sofrimentos crónicos, por fibrose.

*

Depois da publicação do meu artigo obtive novos pormenores sobre Mirin Dajo e seus companheiros, e, graças à colaboração do Prof. Verstraete e do seu assistente Dr. Van Ghelmwe, da «Clínica dos pequenos animais domésticos», agregada à Universidade, pude fazer experiências de transfixação em cães, as quais constituem o objecto da presente nota ⁽¹⁾.

(1) *Bruxelles Médical*, XXVIII, n.º 11, 14-III-1948.

A possibilidade de Mirin Dajo se deixar atravessar por hastes metálicas era conhecida de várias pessoas, quando, em 1946, ele resolveu apresentar-se em publico, tendo-se exibido em agremiações partculares. Teve vários empregários, mas estes não lograram licença das autoridades para realização dos espectáculos, em diversos países onde queriam exhibi-lo. Há pouco, as autoridades suissas também os proibiram.

O sucesso do «fenómeno» é sobretudo grande nos meios espíritas e metapsíquicos, que interpretam a seu modo as proezas do individuo. Os «Amigos de Mirin Dajo» acreditam nas mentiras que ele propala, a respeito da sua invulnerabilidade a traumatismos e venenos. A paixão vai a ponto de o considerarem um novo Messias, dedicando-lhe salmos. Espalham fotografias em que Mirin Dajo aparece no meio de agressoras armas brancas (que ele aliás não utiliza), a engulir uma lâmpada electrica. As inépcias já não tem limites.

É interessante registrar que em Amesterdão há uma senhora, de apelido Willems, que vem manifestando faculdades análogas ás de Henske, e é a «vidente» nas experiências do Dr. Tenhaeff, já citado; diz ela que não há nada de extraordinário, de milagroso, nas exhibições do seu precursor.

Os nossos recentes ensaios experimentais incidiram em duas cadelas, com pesos de 11,400 kgr. e 13,950 kgr. Depois de rapadas as regiões abdominal, dorsal e precordial, foram profundamente anestesiadas com pentotal a 2^o/. A primeira cadela foi atravessada de um lado a outro por 3 hastes metálicas, limpas, lisas, finamente aguçadas; a segunda apenas com uma haste. Não houve desinfecção prévia nem da pele dos animais nem das mãos do operador. As hastes ficaram enterradas durante 5 a 9 minutos. Não se prestaram cuidados especiais ás cadelas, antes ou depois das intervenções.

Na primeira cadela, uma haste redonda, de 4,5 milímetros, foi enterrada no flanco direito a 3 centímetros da linha dorsal média e a 5 centímetros atrás da última costela, tendo saído na linha branca, entre o 3.^o e o 4.^o mamilos; nenhuma reacção. Dois minutos depois, outra haste redonda, de 3,5 milímetros foi enterrada na mesma região, entre a 10.^a e a 11.^a costelas, um pouco acima das articulações condro-esternais, saindo também na linha branca, à altura do 3.^o mamilo; a respiração tornou-se penosa, mais profunda e mais rápida. Quatro minutos depois, terceira haste, chata, com 6,5 por 2 milímetros, foi enterrada à direita num ponto situado a meia distância da linha dorsal média e da linha branca, à altura do 4.^o mamilo, saindo no flanco esquerdo, em lugar simétrico; o animal não reagiu. Passados poucos minutos, as hastes foram retiradas devagar; só uma das feridas sangrou um pouco. Quando o animal acordou não mostrou nada de anormal. No segundo dia a sua saúde era perfeita (temperatura e pulso normalizados), e assim se mantém há mais de um mês.

Na segunda cadela, fez-se a transfixação do coração, com uma haste redonda, de 2,5 milímetros, que se enterrou no centro da região precordial, perpendicularmente, avançando lentamente; no fim de 20 segundos a ponta saiu à direita, entre a 10.^a e a 11.^a costelas, um pouco acima das articulações condro-esternais. O animal manifestou forte reacção dolorosa, que exigiu dose suplementar de pentotal. Cinco minutos depois retirou-se a haste vagarosamente; as feridas não sangraram, nem no instrumento se notou sangue. Despertar normal. Desde o dia seguinte, perfeitamente restabelecida; continua bem, há mais de um mês.

Em resumo: as experiências no cão confirmam as conclusões das realizadas no rato, no cobaio e no coelho. As transfixações sépticas, tais como as que se efectuam em Mirin Dajo, podem ser muito bem toleradas, pelo menos aparentemente, sem hemorragias nem perturbações de importância.

Tudo o mais que se diz a respeito do exibidor é somente fábula e fantasia, que alimentam a estupidez humana.

NOTAS CIENTÍFICAS E PRÁTICAS

Novos conceitos no tratamento das doenças vasculares do cérebro

Durante muitos anos, a arterio-esclerose, como afecção orgânica das estruturas vasculares do cérebro, com sua sequência de factos, foi culpada pelos acidentes vasculares cerebrais, que o clássico esquema dividiu em hemorragia, trombose e embolia; mas frequentemente não era possível encontrar sinais de lesão vascular nem de trombo, e podiam aparecer focos hemorrágicos a distância da embolia, o que tudo levou a pensar que o factor mecânico era insuficiente para explicar a produção da apoplexia.

M. GARCIA PERALTA expõe as noções actuais (*Rev. Clinica Española*, 30-XI-1947) sobre a patogenia destes accidentes, começando por recordar que foi Roseblath quem, há mais de trinta anos, chamou a atenção para o papel da desregulação circulatória cerebral, caminho este que sucessivos estudos, clínicos e experimentais desbravaram, a ponto de darem a esperança de uma profilaxia e de um tratamento eficazes.

Uma primeira série de factos refere-se à motricidade dos vasos cerebrais, que é muito menor que a relativa aos vasos de outros órgãos. No entanto, há fármacos que actuam intensamente, sendo exemplo tri-sante o do ácido nicotínico, que provoca uma forte vaso-dilatação dos vasos intracrânicos, embora menor que nos vasos extracrânicos; o fluxo sanguíneo aumenta no cérebro. Mas, além da via neurovascular,

ACETILCOLINA - PAPAVERINA BARRAL

CLORIDRATO DE ACETILCOLINA NAS DOSES DE 0,10 GR. (DOSE MÉDIA) E 0,20 GR. (DOSE FORTE) ASSOCIADO A UM SOLUTO DE CLORIDRATO DE PAPAVERINA A 5 %.

AS MESMAS PROPRIEDADES DA ACETILCOLINA BARRAL REFORÇADAS PELA ACÇÃO HIPOTENSORA, ESPASMOLÍTICA E SEDATIVA DO CLORIDRATO DE PAPAVERINA.

CAIXAS DE 12 AMPOLAS (6 DOSES)

ACETILCOLINA BARRAL

SOLUÇÃO EXTEMPORÂNEA DE CLORIDRATO DE ACETILCOLINA.

VASO-DILATADOR ARTERIOLAR — ANTI-ESPASMÓDICO VASCULAR — ESTIMULANTE DO PARA-SIMPÁTICO.

3 DOSAGENS:

0,05 GR. / 0,10 GR. / 0,20 GR.

CAIXAS DE 12 AMPOLAS (6 DOSES)

ACETILCOLINA - MICRIL B₁ BARRAL

CLORIDRATO DE ACETILCOLINA NAS DOSES DE 0,10 GR. (DOSE MÉDIA) E 0,20 GR. (DOSE FORTE) ASSOCIADO A UM SOLUTO DE ANEURINA RESPECTIVAMENTE A 0,75 % E A 3,75 %.

AS MESMAS PROPRIEDADES DA ACETILCOLINA BARRAL ASSOCIADAS À ACÇÃO ANTINEVRÍTICA E NEUROTÓNICA DO MICRIL B₁ (VITAMINA B₁ BARRAL).

CAIXAS DE 12 AMPOLAS (6 DOSES)

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL
REPRESENTANTES NO PORTO: QUÍMICO-SANITÁRIA, L^{DA}

NEUMOTISINA

Um emplastro medicinal que se aplica facilmente e se tira com comodidade.

Analgésico, antipirético, antiflogístico, rubificante e descongestivo, alivia a dor e reduz a congestão, ajuda o tratamento em casos de

Perturbações respiratórias — Afecções glandulares
Inflamações neuro-musculares

NUZINE

Auxiliar no tratamento de hemorroidas
para o alívio da dor e da inflamação.

O seu uso também é recomendável em períodos post-operativos das hemorroidas, para aliviar as dores e a inflamação.

NUMOTIZINE INC.

900 NORTH FRANKLIN STREET

CHICAGO, E. U. A.

Representantes: E. BRUNNER & C., LDA.

TRAV. DA FÁBRICA, 13-2.º

PORTO



REVISTA MENSAL ILUSTRADA

Sumário do n.º de Maio

Trabalhos forçados na União Soviética, por David Dallin e Boris Nicolaevisky; *Chuvas e neves estranhas; Tem a certeza?* (10 perguntas); *Cinema: panorama espanhol—Projectos e realizações*, por Domingos Mascarenhas; *Lá na serra brava do Soajo*, por Gentil Marques; *A energia atómica e o fim do mundo; como acabará o mundo?*; *Leonardo da Vinci procura trabalho; Histórias de animais prodigiosos* (humorismo), por Eugénius Heltai; *Justiça popular* (conto), por Rafael Delgado; *A população de Berlim; Tem o leitor estofo de vencedor?* (20 perguntas); *Será um gigante o homem do futuro?*, por António Armas; *Visita a um sultão javanês*, por J. Buscon; *O cavalo assassino* (problema policial); *O automatibobó*, por Dalzac; *Nahako, ni m'Kulukána, ni m'Kuiiri*, por Francisco M. de Castro; *O polo norte, centro vital do mundo*, por H. G. Bradford; *Passatempo* (16 enigmas); *A radiação da luz*, por J. M. van der Ven.

Notas várias e desenhos humorísticos.

outros factores podem intervir, tais como a presença no sangue de substâncias químicas, as grandes mudanças da pressão arterial, a actividade local de neurónios que exijam maior quantidade de sangue, e as mudanças de resistência do tecido nervoso à irrigação sanguínea. Quando há edema cerebral, os capilares e as vénulas estão estreitados, e o contrário sucede quando há desidratação.

Por outro lado, o excesso de anidrido carbónico no sangue faz aumentar o afluxo de sangue que irriga o cérebro, se o oxigénio se mantém no nível normal; se este diminue, a situação inverte-se.

Há, pois, sob a influência de causas muito diversas, umas intracerebrais e outras extracerebrais, variações de calibre vascular, que, mantidas durante muito tempo, podem levar à lesão do tecido nervoso. Vários factos, clínicos e experimentais, o provam, e todas as dúvidas sobre a importância da perturbação funcional como mecanismo dos insultos vasculares do cérebro se dissiparam com os estudos de Villaret e Cachera, que fotografaram os vasos do cérebro, depois da injeção de esferas de mármore ou cristal, com 80 a 150 micras de diâmetro, dentro da carótida; a primeira reacção foi o espasmo vascular, especialmente nítido em campos em que não existiam embolias, e portanto de natureza reflexa; os espasmos eram intermitentes, e por vezes alternavam com fenómenos de dilatação, ao longo do mesmo vaso; as veias eram mais afectadas do que as artérias, e em maior extensão, e a diferença de tensão entre umas e outras era tão grande que as veias podiam pulsar como se fossem artérias, e até nalguns casos a corrente sanguínea se fazia em sentido inverso; consequentemente, formavam-se focos hemorrágicos.

Quando não há aneurisma, é vulgar não se encontrarem lesões nos vasos de doentes vitimados por hemorragia cerebral. Nos casos de amolecimento, considerados clinicamente como resultado de trombose, culpa-se a hipertensão arterial e a alteração de estrutura da parede dos vasos; notam-se, em verdade, pequenas áreas de amolecimento, numas recente, noutras mais antigo, como se as alterações vasculares tiveram ocorrido repetidamente. Contudo, em última análise seriam os fenómenos funcionais os responsáveis pela diversidade de sequências que as referidas lesões originam; nem de outra forma se compreende o facto de nuns casos se observar o regresso rápido de todos os sintomas e noutros a sua persistência. Não basta a alteração morfológica da parede vascular, é precisa a acção do transtorno circulatório, o qual, só por si, pode causar os mesmos accidentes.

As investigações anátomo-patológicas de Scheinker e as de Roseman e Aring mostraram que, na hemorragia cerebral, os factos se passam nas veias e não nas artérias; são aquelas que se mostram dilatadas, ingurgitadas, com as paredes adelgaçadas e até quase reduzidas a uma membrana endotelial. A veia não tem, como a artéria, possibilidades de reagir à descompensação circulatória.

Os factos da ordem clínica coincidem com estas observações. As hemorragias são próprias dos indivíduos que ainda não atingiram a velhice, ao passo que o amolecimento cerebral é próprio dos velhos. Na localização das lesões nervosas, o amolecimento segue a distribuição da artéria, o que não sucede na hemorragia.

Destas noções sobre a patogenia circulatória dos acidentes cerebrais decorrem novos métodos terapêuticos.

A sangria e o saco de gelo sobre a cabeça, tão em voga, devem ser formalmente proibidos; nada melhor para aumentar os transtornos circulatórios; muitos doentes, possivelmente, teriam recuperado a normalidade, sem o intempestivo emprego de tais processos.

O ideal seria levar, até ao foco da vasoparilisia, plasma e oxigénio, para corrigir a anoxia relativa e a queda da pressão oncótica. Infelizmente, isto ainda se não consegue.

O que se pode fazer, com utilidade, é evitar tudo o que possa aumentar a permeabilidade vascular: a alcalose, a inflamação, a hidratação. Os vasodilatadores podem usar-se com proveito nos indivíduos de idade que apresentam com frequência acessos de vertigem, de debilidade ou de bradicardia.

O recurso à cirurgia estaria indicado nos casos de grande hemorragia, confinada à massa cerebral, sem invasão do líquido céfalo-raquidiano; e contra-indicado no amolecimento. Mas a diferenciação clínica dos dois quadros é difícil; ao médico cabe ainda a tarefa do tratamento.

O problema da alimentação, nestes doentes, é muito delicado. Difícil ou impossível administrar alimentos por via oral; será o soro glucosado hipertónico que suprirá a alimentação, com a vantagem de diminuir o edema cerebral. Em cada momento, a quantidade do líquido será regulada pelo pulso, pois a administração macissa do soro pode provocar o edema agudo do pulmão, por desproporção entre a quantidade de sangue que chega e a que sai do coração, com repleção no pequeno circuito. E porque o soro não chega para satisfazer as necessidades nutritivas mínimas, prestarão auxílio a administração parenteral de ácidos aminados e os clisteres alimentares. Evacuar o intestino e a bexiga, mudar de posição e limpar bem a pele para evitar as úlceras de decúbito, são práticas indispensáveis. A administração de sedativos, luminal ou bromural, é necessária quando há convulsões ou delírio ao despertar.

Quando o quadro clássico cedeu, animando-se o doente, continuando com o repouso, devem evitar-se as deformidades, fazer mobilização passiva das articulações, com a ajuda da termoterapia.

Valor semiológico da tensão mínima

Os doentes, em regra, só se interessam pela tensão máxima; fixam o seu valor e só dele dão posterior indicação ao médico; é raro que informem sobre a tensão mínima que na mesma ocasião apresentaram,

privando o clínico de uma noção importante. Ora a tensão mínima tem tanto interesse como a máxima.

M. A. DUMAS, expondo este ponto, classifica a tensão mínima patológica em: associada e dissociada. Associada quando há hipertensão mínima em conjugação com máxima alta; dissociada quando a mínima é alta sem que a máxima a acompanhe. Pouco importa que a máxima seja de 20 quando a mínima fica em 10 ou 12, mas já é significativo ter uma mínima de 12 com uma máxima de 15, como sucede nos casos de insuficiência aórtica. O prognóstico é favorável quando a mínima é baixa ou, pelo menos, em relação com a máxima, o que coincide em regra com um coração pouco hipertrofiado, ausência de albumina e pequena azotemia. Os resultados do tratamentos dos hipertensos devem apreciar-se tanto pelas modificações da tensão máxima como pelas da tensão mínima. (*Concours Médical*, 23-VIII-1947).

Isolamento do vírus da poliomielite

A demonstração da presença do vírus da paralisia infantil no sangue dos doentes só se havia conseguido pela inoculação intracerebral a macacos de misturas de muitos sangues. Agora, H. KAPROWSKI, T. NORTON & Mc DERMOTT anunciam ter conseguido isolar um agente com as características do vírus da poliomielite, inoculando directamente sangue de um doente no rato; o vírus manteve as suas propriedades em 22 passagens por aquele animal, no qual provoca paralisias características. O método que empregaram facilitará futuras pesquisas sobre a doença. (*Public Health Reports*, 10-X-1947).

Radioterapia na osteomielite dos dedos

Como sequela das infecções dos dedos, fica às vezes uma osteomielite de uma ou mais falanges ou do metacarpo, afecção de uma extraordinária cronicidade e de tratamento difícil. Por vezes formam-se sequestros; outras vezes são diagnosticados como tais, e extraídos, fragmentos descalcificados, porém vivos; os tratamentos prolongam-se, e às vezes é preciso recorrer à amputação.

BAKER (*Proc. Roy. Soc. Med.*, 40, 109, 1947; cit. em Revista Clínica Española — 31-III-47) é um fervoroso partidário da radioterapia, na forma proposta por Finzi e Phillips, quer dizer, empregando doses pequenas; geralmente emprega-se uma dose igual a $\frac{1}{10}$ da dose eritema, isto é, 50 a 75 r. de 7 em 7 dias e durante 3 a 5 semanas. A dosagem deve ser cuidadosa, visto que um excesso de radiações pode ser contra-producente.

Em 3 dos enfermos tratados por este processo obteve-se a cura quando a amputação parecia inevitável; os próprios aspectos radiológicos dos sequestros podem desaparecer por efeito da terapêutica. Únicamente a destruição das superfícies articulares, ou a perda de substância óssea, originam alterações radiológicas permanentes.

Tratamento do edema agudo do pulmão

Em relatório sobre os aspectos clínicos, radiológicos, patogénicos e terapêuticos do edema agudo do pulmão, J. LENÈGRE & A. MINKOWSKI pautam assim o tratamento (*Annales de Médecine*, 1946, N.º 3):

A morfina é rapidamente eficaz, na dose de 1 a 2 centigr., com a condição de se usar por via endovenosa; a via subcutânea é muito lenta. Actua em poucos minutos, tão depressa como a sangria. A injeção deve dar-se lentamente, em 1 a 2 minutos. Só está contra-indicada nos casos, muito raros, de dispneia com ritmo de Cheyne-Stokes, ou de grande azotemia. Habitualmente, começar com injeção endovenosa de 1 centigr. de morfina e 25 a 40 de cafeína; se dentro de cinco minutos o alívio não for evidente, fazer uma sangria de 300 a 400 c. c. e uma injeção endovenosa de um quarto de miligrama de ubaína. O resultado é em regra favorável, e mantém-se injectando novamente a morfina com cafeína.

Quando ao edema agudo se associa reacção asmática, dá bom resultado a teofilina, por via endovenosa, intramuscular ou rectal. Se há Cheyne-Stokes, a teofilina endovenosa substituirá a morfina.

Com estes procedimentos pode evitar-se a sangria, cuja repetição pode ser nociva pelo estado de anemia que provoca, e que, sendo muito abundante pode, nos arteriosclerosos, ser causa de acidentes circulatórios cerebrais, com cegueira ou hemiplegia. A oxigenoterapia é frequentemente mal suportada.

Sendo o edema agudo do pulmão um aviso de insuficiência ventricular esquerda, o tratamento ulterior incluirá: repouso prolongado no leito, regimen alimentar descloretado, restrição de líquidos, diuréticos (teobromina e diuréticos mercuriais), tónicos cardíacos (ubaína ou digitalina, conforme os casos). Depois vida calma, sem grande actividade física.

Penicilina na escarlatina

Em 86 casos graves, com quadro tóxico acentuado, febre alta e complicações piogénicas, H. HIRSH, G. ROTMAN-KAVKA, H. DOWLING & L. SWEET, empregaram a penicilina, por vezes associada à antitoxina do estreptococo hemolítico, obtendo bons resultados. O esquema de tratamento que aconselham é: injeções intramusculares da penicilina comercial ou penicilina G cristalisada, de três em três horas (dose média 25.000 U), ou, de seis em seis horas penicilina X (50.000 U). Por via oral, a dose média de 125 000 U, de penicilina comercial ou G, cada três horas. Nos casos de doentes gravemente intoxicados, deve-se associar a antitoxina. A terapêutica penicilínica deve durar pelo menos cinco dias ou até que o doente tenha curado das complicações supuradas. (*J. American Med. Association*, 8-III-1947).



**Aparelhos de Electro-medicina
«Purtschert» e «Belmag» — Suíça**

PARA ENTREGA IMEDIATA:

Diatermias, Radioscopos, Electro-cirurgia, Electrochoques, Pantostatos, Ultra-violetas, Lâmpadas de luz sem sombra, Corte de aderências Maurer, etc., etc.

Mobiliário para Hospitais, Maternidades, Casas de Saúde, Casas do Povo, Consultórios, etc.

Instrumentos cirurgicos, seringas, agulhas, luvas, etc.

Representação de especialidades farmacêuticas dos:

Laboratórios da Farmácia Andrade — Lisboa

Laboratórios de Vacinas do Dr. Matos Beja — Coimbra

Laboratórios Lux — Coimbra



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

Exposição e vendas:

Rua da Fábrica, 74 — Tr. da Fábrica, 1.^a 9

Escritório e propaganda:

Tr. da Fábrica, 13-2.^o (c/ elevador)

TELEFONE, P. B. X. 27583 — End. Teleg. MARTICA — PORTO

HEXESTROL

«PASTEUR»

ACÇÃO BIOLÓGICA DA HORMONA FOLICULAR

BIBLIOGRAFIA

E. C. Dodds

«Os estrogénios sintéticos».
Outubro de 1944. (N.º 36 de Col. Bibl. Cient.).

F. E. Harding

Oral use of Hexestrol for estrogen deficiency.
Am. J. Obst. & Gynec., 51:660-665. May, 46.

Inhibition of Lactation by Hexestrol Dipropionate, J. A. M. A.
Vol. 126, Pag. 1175-1944.

Loeser; Merell

Description of the Hexestrol, J. A. M. A.

Nova fórmula

HEXESTROL FENOBARBITAL

«PASTEUR»

ESTROGÉNIO - SEDATIVO

FRASCO DE 40 GRAJEIAS
(Fraco e forte)

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA