

PORTUGAL MÉDICO



(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)
REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

DIRECTOR: ALMEIDA GARRETT, Prof. na Faculdade de Medicina do Porto.
SECRETÁRIOS DA REDACÇÃO: JOSÉ DE GOUVEIA MONTEIRO, Assistente na Faculdade de Medicina de Coimbra; LUDGERO PINTO BASTO, Interno dos Hospitais Cívís de Lisboa. — ADMINISTRADOR e EDITOR: António Garrett.

SUMÁRIO

I. FROILANO DE MELO — Indicações resumidas da acção parasiticida das drogas antimaláricas.
CORDEIRO FERREIRA — Diarreias agudas na infância.

M. J. XAVIER MORATO — Tratamento da diabetes insípida pela pulverização nasal de soluto de pituitrina.

ARMANDO TAVARES — Notas sobre o diagnóstico de algumas situações cirúrgicas da infância de intervenção urgente, tardia ou oportuna. Da idade e de outros factores que condicionam a actuação operatória.

MOVIMENTO NACIONAL — Revistas e boletins: *Clinica, Higiene e Hidrologia* (Diagnóstico das convulsões infantís. Casos de ornitose. Tratamento hidromineral da constipação). *Imprensa Médica* (Leptospiroses). *Amatus Lusitanus* (Imunização antidiftérica). *Jornal do Médico* (A hipertensão arterial e o sistema nervoso). *Acta Endocrinologica et gynæcologica* (O problema das adenóides). *Gazeta Médica Portuguesa* (Efeitos digitálicos antagonícos. Sobre a situação presente da ressecção pulmonar na tuberculose. A terapêutica tissular na úlcera da perna). *Revista Clínica do Instituto Maternal* (Otites médias do lactente. Rim e quisto do ovário). *Anais do Instituto de Medicina Tropical* (O Miracil D no tratamento da schistosomiase vesical. A alergia e a prêmunição micósicas). *Medicina* (Traumatismos do tórax). *Livros e opúsculos: Segunda centária de curas médicas de Amato Lusitano. Actualidades e utilidades médicas. A homenagem da Academia de Coimbra ao Prof. Egas Moniz.*

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — Obstruções intestinais. Valor da estreptomícina na tuberculose millar aguda. Cloromicetina intrarraquidea. Efeito sobre a coqueluche da vacinação anti-variólica. Tratamento actual da linfadenite tuberculosa. Oxigenoterapia no falso angar por flatulência. Prognóstico e tratamento da insuficiência hepática. Tratamento do trasorelho com ácido paraminobenzóico. Afecções do encéfalo e ulcerações do estômago. O síndrome da falta de sal. Tratamento da meningite meningocócica. Procaina nos espasmos do piloro.

ARTES E LETRAS — JOSÉ CRESPO: As Jornadas Médicas em Paris.

Notícias e Informações — Declaração obrigatória das doenças contagiosas. Sociedade Médica dos Hospitais Cívís de Lisboa. Reuniões do corpo docente da Faculdade de Medicina do Porto. Reuniões médicas do Distrito de Portalegre. Intercâmbio internacional. Prémios a trabalhos de cardiologia. Aniversário dos Hospitais Cívís de Lisboa. Doutoramentos. Faculdade de Medicina de Lisboa. Congresso luso-espanhol para o progresso das ciências. III Congresso hispano-português de Obstetrícia e Ginecologia. Necrologia.

Redacção e Administração — Rua do Doutor Pedro Dias, 139, PORTO
Depositário em Lisboa — LIVRARIA PORTUGAL. Depositário em Coimbra — LIVRARIA DO CASTELO

NOVA TERAPÊUTICA ANTIMONIADA

Específico do Kala-Azar

GLUCANTIME

2-1-6-8-R.P.

ANTIMONIATO DE N-METILGLUCAMINA

Boa Tolerância local e geral

Caixas de 10 empoças
de 5 cc. doseadas a 1 gr. 50

INJECCÕES INTRAMUSCULARES PROFUNDAS

DOSE MÉDIA DIÁRIA: 0 GR. 10 POR QUILO DE PESO

Série de 12 a 15 injeções, a retomar depois de 15 dias de descanso.

SOCIÉTÉ PARISIENNE

RHÔNE

21, RUE JEAN-GOUJON



D'EXPANSION CHIMIQUE

POULENC

PARIS—8^e

Representante: SOCIEDADE COMERCIAL CARLOS FARINHA, LIMITADA

Rua dos Sapateiros, 30, 3.^o—LISBOA



PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXIV — N.ºS 8-9

AG.-SET. DE 1950

Indicações resumidas da acção parasiticida das drogas antimaláricas

por I. FROILANO DE MELLO

*Antigo Prof.-director da Escola Médica de Goa
Director dos Serviços de Saúde da Índia Portuguesa*

Os estudos feitos no paludismo nos últimos dez anos levam-nos a conclusões que não podem ficar limitadas aos gabinetes dos especialistas e precisam de ser divulgadas no grande meio médico.

Sucedem também que um grande número de drogas sintéticas que têm sido, talvez com uma certa precipitação, lançadas no mercado, têm dado lugar a uma tal confusão no seio dos clínicos, que já é tempo de, através dos jornais de medicina geral, fazer uma revisão concisa e resumida desses diversos medicamentos, revisão que seja ao mesmo tempo uma «mise-au-point» da questão tal como se encontra no momento actual. Tentarei fazê-lo, socorrendo-me das publicações americanas, inglesas e francesas, algumas das quais pude consultar no limitado meio em que actualmente me encontro.

O QUE SE SABE HOJE SOBRE O PALUDISMO E O QUE SABIA HÁ DEZ ANOS

Há dez anos — e talvez mesmo hoje para quem não esteja em dia com as investigações actuais nesta matéria — o ciclo do parasita malárico, após a memorável descoberta de LAVERAN e os estudos de RONALD ROSS e dos autores italianos, havia sido esquematizado da maneira seguinte:

a) Esquizogonia hemática intraglobular: pequeno esquizonte anular, que se transforma em médio e grande trofozoíta (fase de



crescimento), divisão da cromatina dando a preroseta e a roseta (fase de multiplicação), e esta última rompendo-se para dar os merozoítas, que, após uma curta travessia sérica, invadem novas hemácias e renovam o ciclo esquizogónico.

b) Formação de *gamontes* (gometocitos) que sugados pelo mosquito se transformam em *gametas* aptos para se conjugarem dando o *zigoto*, cujo desenvolvimento ulterior em oocisto, esporonte, esporoblaste, conduz ao termo final de *esporozoítas* que invadem em miríades as glândulas salivares do *Anopheles* transmissor.

c) A inoculação destes esporozoítas pela picada do mosquito e a sua penetração directa no glóbulo vermelho do atacado — penetração essa afirmada por SCHAUDINN com o peso da sua autoridade mundialmente reconhecida.

Por cerca de longos trinta anos foi esse o ensino ministrado em malariologia, através dos textos dos livros e dos filmes de cinema destinados à educação popular. O próprio GRASSI, que em 1900 avançava a hipótese de um terceiro ciclo no homem, ainda por descrever, abandonava a sua concepção à fé das afirmações de SCHAUDINN. E dessa teoria simplista nasceu uma terapêutica simples para a qual a clínica, já desde TORTI e MAILLOT, descobrira o agente nos produtos da casca da *Chinchona febrifuga*.

Mas bem diz o velho MAHABARATA: O descontentamento é o esporão do progresso! Havia factos, surgiam incógnitas que se não coadunavam com uma teoria tão extraordinariamente simples. Ninguém conseguia ver essa penetração directa do esporozoíta no glóbulo vermelho, afirmada pelo sábio alemão. O próprio arranjo da cromatina no esporozoíta e no esquizonte era tão diferente que nenhum zoólogo poderia aceitar essas duas formas como mutações evolutivas imediatas uma da outra.

Foi nesta altura que um facto novo veio confirmar ainda mais as dúvidas dos malariólogos: as drogas sintéticas que acabavam de ser descobertas possuíam uma acção electiva, ora esquizonticida, ora gameticida; mas nem a plasmocina nem os derivados acridínicos são capazes de suprimir o acesso de paludismo causado pela malária produzida pela inoculação dos esporozoítas! De aí a hipótese original de JAMES: os esporozoítas entrariam primeiramente nas células conectivas ou endoteliais donde, após uma fase de evolução silenciosa, sairiam ulteriormente para dar origem às formas hemáticas endoglobulares.

Um passo mais e é FAIRLEY que demonstra que os esporozoítas inoculados pela picada do mosquito ou por uma injeção

das glândulas salivares de um Anofelino infectado, não circulam no sangue senão por uma meia hora apenas e desaparecem, tornando o sangue não infeccioso até o fim do período de incubação. Onde vão pois acoutar-se?

É somente dois anos mais tarde que respondem à pergunta WARREN e COGESHALL: no paludismo aviário causado pelo *Pl. Cathemerium*, os esporozoítas, após uma curta travessia sérica, vão abrigar-se no baço, fígado e medula óssea.

Estamos pois em presença de um novo ciclo de Plasmódidas, até ali desconhecido, ciclo tissular que leva o nome de *Ciclo Exo-Eritrocítico*.

As pesquisas sucedem-se agora em todos os cantos do mundo. Não é neste artigo que as posso descrever em todos os seus detalhes.

Elas estabelecem definitivamente a existência de um ciclo que evoluindo nos tecidos e nos órgãos internos dos infectados, manda para o sangue, de tempos em tempos, muitas vezes após longos períodos de incubação ou latência, novas gerações parasitárias destinadas a invadir as hemácias e que parecem as únicas responsáveis dessas recaídas tardias que eram atribuídas dantes, um tanto teòricamente, à partenogênese ou, melhor, à esquizogonia regressiva do macrogameta.

Não posso todavia deixar de fazer uma referência sumária a esses trabalhos para uma concatenação mais lógica do presente artigo.

A fase tissular do ciclo dos Plasmódidas foi primeiramente descoberta nos parasitas aviários.

1) O *Pl. gallinaceum* de BRUMPT presta-se admiravelmente para estes estudos. HUFF, CLOUSTON, JAMES, TATE, BRUMPT estudam minuciosamente o destino do esporozoíta inoculado e constataam que ele dá nas células dos capilares do fígado e outros órgãos internos *criptozoítas* de 1.^a e 2.^a geração (fase tissular primária), em seguida *metacriptozoítas* que terminam pela formação de *citómeros* (fase tissular secundária), seguidos de estádios *Exo-Eritrocitários macro* e *microesquizozites* donde provêm os *merozoítas*. Este ciclo que é também chamado *Ciclo* tipo *Gallinaceum* caracteriza também a evolução do *Pl. relictum* (CLOUSTON, HUFF, RAFFAELE, MANWELL), *Pl. Cathemerium* (KIKUTH, MUDROW), *Pl. Circumflexum* (MANWELL), *Pl. Cophuræ* (HUFF, CLOUSTON, LAIRD, PORTER, TONKIN, HAWKING), *Pl. duræ* (PURCHASE, SIMPSON).

2) Um pouco diferente é o ciclo evolutivo do *Pl. elongatum* que constitui o 2.^o tipo, chamado *tipo elongatum* no qual a

DROGA	MODO DE ADMINISTRAÇÃO
Quinino	Oral. Injecção intramuscular. Excepcionalmente injecção intravenosa em diluições muito brandas. Injecção subcutânea absolutamente proibida, por dar abscesso por necrose local.
Quinacrina	Oral. Injecção intramuscular (sobretudo musonato de atebriina). Injecção intravenosa excepcional.
Cloroquina	Oral. Injecção intramuscular. Injecção intravenosa ainda em estudo experimental.
Oxicloroquina	Em estudo experimental.
Sontoquina	Idem, como cloroquina. Injecção intramuscular.
Camoquina	Oral.
Clorguanide	Oral. Injecção intramuscular. Injecção intravenosa.
Pamachin	Oral, de preferência em associação com sulfato de quinino. N. B. <i>Chinoplasmín</i> contém 0,01 de plasmocina + 0,125 de sulfato de quinino.
Pentaquina	Oral.
Isopentaquina	Oral.

LOCALIZAÇÃO NO CORPO HUMANO	DOSE TERAPÊUTICA EFICAZ
Eliminação rápida. No plasma perde 90 0/0 após 14 horas.	Variável segundo as espécies e as estirpes parasitárias. Em média 2 gr. por dia, durante 7 dias.
Leucoc., fígado, baço, pulmão. Eliminação lenta, conservando ainda 50 0/0 após uma semana.	1 comprimido de 0,2 de 6 em 6 horas no primeiro dia; 3 comprimidos de 0,1 nos 6 dias seguintes. Injeção intramuscular de 0,4 seguida de medicação oral.
Fígado, baço, pulmão, leucoc. Eliminação lenta, conservando no plasma ainda 60 0/0 ao fim de uma semana.	Dose inicial 1 gr. seguida de 0,5 após 6 horas e depois 0,5 por dia durante 2 dias—um total de 2,5 gr. durante 3 dias. Injeção intramuscular de 0,2 a 0,3.
—	Ainda não definitivamente estabelecida.
Leucoc., fígado, baço; outros órgãos. A concentração no plasma diminui de 25 0/0 por dia.	Idem, como cloroquina (?)
Metabolização rápida. Eliminação lenta. A concentração no plasma diminui de 60 0/0 por semana.	Como cloroquina.
Eritroc., leucoc., rim, fígado. Rápida eliminação do plasma após 24 horas, mas uma parte transforma-se em produto metabólico mais persistente.	Oral, 0,3 duas vezes por dia durante 10 dias. Para o <i>Pl. vivax</i> 0,5 em uma só dose seguida de tratamento supressivo ulterior dá também bons resultados. Injeção intravenosa de 100 a 400 mg. (lactado ou acetato). Injeção intramuscular bem tolerada no homem; nos animais de lab. dá necrose local.
Fígado, pulmão, cérebro (pequena quantidade). Em administração concomitante com quinacrina ou clorguanide, a concentração no plasma é mais elevada que com o uso isolado de plasmocina.	Oral, 0,01 três vezes por dia com sulfato de quinino a 1,5 gr., ou 2 gr. por dia durante 14 dias.
Eliminação rápida. Em associação com quinino e sobretudo com quinacrina, a concentração no plasma é mais elevada.	0,06 por dia (0,01 de 4 em 4 horas), ou 0,03 por dia (0,01 de 8 em 8 horas) durante 14 dias, em associação com sulfato de quinino a 2 gr. por dia.
Como a pentaquina.	Como a pentaquina.

DROGA	TRATAMENTO SUPRESSIVO ULTERIOR	ACÇÃO SOBRE OS ESQUIZONTES ENDOGLOBULARES
Quinino	Até 0,6 por dia.	Incontestável mas lenta.
Quinacrina	0,1 por dia.	Mais rápida que a do quinino, sobretudo nas formas anulares do <i>Pl. malariae</i> .
Cloroquina	0,5 uma vez por semana.	Incontestável e rápida, sobretudo na <i>Pl. malariae</i> .
Oxicloroquina	—	—
Sontoquina	0,1 diário; 0,3 duas vezes por semana; 0,3 uma vez por semana.	Incontestável e rápida.
Camoquina	Como a cloroquina. Bons resultados com 0,6 em cada 15 dias.	Segura e rápida.
Clorguanide	0,3 uma vez por semana; 0,2 duas vezes por semana; 0,1 cada dia.	Certa, mas lenta. Há todavia raças paludrino-resistentes.
Pamachin	Não empregada como supressivo das recaídas. Dose profiláctica 0,02 duas vezes por semana conjuntamente com 0,5 de sulfato de quinino.	Fracá, mesmo nula. Não actua nos anéis do <i>Falciparum</i> .
Pentaquina	Não empregada.	Certa no <i>Vivax</i> .
Isopentaquina	Não empregada.	—

(1) Profilático *causal*, quer dizer actua sobre as esporozoítas e evita a infecção.

ACÇÃO SOBRE OS ESQUIZONTES OU ESTÁDIOS TISSULARES E. E.	RECAÍDAS DEPOIS DE CESSAR O TRATAMENTO	ACÇÃO SOBRE OS GAMETOCITOS
Nula	1 a 2 semanas depois (<i>Vivax</i> e <i>Malariae</i>). Ainda menos eficaz no <i>Falciparum</i> .	Duvidosa no <i>Vivax</i> e <i>Malariae</i> ; nula no <i>Falciparum</i> .
Nula. Todavia o uso prolongado por 4 semanas cura <i>in tots</i> as infecções <i>Falciparum</i> , excepto nas formas atebriino-resistentes.	2 a 4 semanas depois.	Certa, se bem que limitada no <i>Vivax</i> e <i>Malariae</i> ; nula no <i>Falciparum</i> .
Incerta para não dizer nula.	7 a 10 semanas depois (<i>Vivax</i>). Não há informações sobre <i>Malariae</i> . <i>Falciparum</i> em geral curado <i>in tots</i> , às vezes com uma só dose de 0,6 se seguida de tratamento supressivo ulterior com outra droga antimalárica.	Os do <i>Falciparum</i> resistem.
—	—	—
Nula	Idem ou mesmo mais depressa que com a quinacrina.	Nula no <i>Falciparum</i> .
Como a cloroquina.	Como a cloroquina no <i>Vivax</i> e <i>Malariae</i> . Infecções <i>Falciparum</i> aparentemente curadas.	—
Certa no <i>Falciparum</i> , mas há estirpes resistentes: donde a recomendação de dar no 1.º dia a quinacrina seguida de 0,1 de paludrina diária durante 6 semanas. Considerada a princípio profilático <i>causal</i> no <i>Falciparum</i> . Acção no <i>Vivax</i> mais fraca, mesmo inconstante (1).	Nas infecções <i>Vivax</i> como com a quinacrina. Nas <i>Malariae</i> inconstante. No <i>Falciparum</i> muito pronunciada, levando à cura.	Certa no <i>Falciparum</i> , destrutiva e abortiva (incapacidade de zigose no mosquito). Os gametocitos desaparecem no 4.º dia.
Certa no <i>Vivax</i> e <i>Falciparum</i> , mas em doses tóxicas.	Em associação com quinino diminui a frequência das recaídas <i>Vivax</i> .	Mesmo em pequenas doses (0,01 três vezes por dia durante 5 dias) destrói os gametas sobretudo os do <i>Falciparum</i> . Na dose profiláctica de 0,02, uma vez por semana, torna os gametas infecundos (acção abortiva).
Em doses altas não recomendáveis em clínica, é um profilático <i>causal</i> nas infecções <i>Vivax</i> .	Em associação com o quinino retarda notavelmente as recaídas <i>Vivax</i> .	Idem, ut supra.
Em assoc. com o quinino retarda as recaídas <i>Vivax</i> da mesma forma como a pentaquina.	Idem, como a pentaquina.	—

DROGA	ACIDENTES
Quinino	Quinismo. Idiosincrasias individuais alérgicas dando, por vezes, urticárias e edemas angineuróticos.
Quinacrina	Anorexia, náuseas, vômitos, diarreia. Coloração amarela da pele que não é devida à icterícia nem a qualquer fenómeno tóxico. Dermatoses. Perturbações mentais, por vezes psicoses temporárias nos predispostos. Paralisias bulbares em algumas crianças, após injeção.
Cloroquina	Perturbações de visão, prurido, desarranjos gastro-intestinais em alguns casos.
Oxicloroquina	—
Sontoquina	Bem tolerada.
Camoquina	Bem tolerado. Cansaço, anorexia, insónia, após uso contínuo em altas doses.
Clorguanide	Quase atóxico. Doses até 1 ou 1,4 gr. bem toleradas, mesmo se continuadas durante 14 a 28 dias. Náuseas, vômitos e ligeira hematúria, reportadas raras vezes.
Pamachin	<p>Metahemoglobinúria, cianose, caimbras abdominais (sinal de alarme), hemólise intravascular.</p> <p>A associação atebrina-plasmoquina parece aumentar a toxidez desta.</p>
Pentaquina	Metahemoglobinúria proporcional às doses empregadas, cianose, caimbras abdominais, anorexia, náuseas, vômitos. Possível hemólise intravascular.
Isopentaquina	—

N. B.—Um novo produto sob o nome de *primaquine* acaba de ser preparado na América.

OBSERVAÇÕES	PRODUTO QUÍMICO EMPREGADO
<p>Tudo quanto se diz do quinino se pode aplicar ao pó de <i>Chinchona febrifuga</i> ou à <i>Totaquina</i> que é uma mistura estandardizada dos diversos alcalóides de <i>Chinchona</i> e contém em geral 50 0/0 de chinchonina, 18 0/0 de chinchonidida, e 10 0/0 de quinino; (adm. oral).</p>	<p>Sais diversos entre os quais o sulfato per os e o clohidrato ou cloridro-sulfato em injeções.</p>
<p>Produto sintético derivado da acridina. <i>Sinónimos</i>: atabrina, atabrina, acriquina, chemioquina, crinodora, haffkinina, italchina, mepacrina B. P., metoquina. <i>Premalina</i> (Specia) é uma associação de quina-crina (0,1) com rhoquoquina e praequina, a 0,005 por cada comprimido.</p>	<p>Bihidrato com 79 0/0 de base.</p>
<p>Produto sintético 4-aminoquinolina. <i>Sinónimos</i>: aralen, resoquina, nivaquina B, tanakan, S. N. 8137, 3377 R. P.</p>	<p>Bifosfato com 62 0/0 de base; cloridrato com 69 0/0 de base.</p>
<p>Produto sintético 4-aminoquinolina. <i>Sinónimos</i>: S.N.8137. Menos activo e tóxico que a quinacrina.</p>	<p>Bifosfato com 62 0/0 de base.</p>
<p>Produto sintético 4-aminoquinolina. <i>Sinónimos</i>: S. N. 6911, 3038 R. P., sontochine, nivaquine (não confundir com a nivaquina B que é um sal de clo-quina), nivaquine C. <i>Nivaquine M</i> (metilena), <i>Nivaquine R</i>. (resorcina), abandonadas por ineficazes.</p>	<p>Bisulfato, monohidrato com 61 0/0 de base, cloridrato.</p>
<p>Produto sintético 4-aminoquinolina. <i>Sinónimos</i>: S. N. 10751, amodiaquine, CAM-AQI, miaquine.</p>	<p>Biclorhidrato, bihidrato com 77 0/0 de base.</p>
<p>Produto sintético biguanide. <i>Sinónimos</i>: paludrina, proguanyl B.P., M 4888, chloriguane, diguanyl, guanatol, drinupal, palusil, tirian, 3559 R. P.</p>	<p>Monoclorhidrato com 87 0/0 de base. Para injeção intravascular, lactato e acetato.</p>
<p>Produto sintético 8-aminoquinolina. <i>Sinónimos</i>: plasmochin, plasmoqueine, praequine. gamefar, qui-penyl. <i>Rhodoquine</i> Fourneau ou 710 é um pouco menos tóxico. <i>Rhodopraequine</i> (Specia) é associação de rho-duinoine e praequine em partes iguais.</p>	<p>Naftoato com 45 0/0 de base, monoclorhidrato com 90 0/0 de base.</p>
<p>Produto sintético 8-aminoquinolina. Recomenda-se estrita vigilância, mesmo a hospitalização dos doentes submetidos a este tratamento <i>Sinónimo</i>: S. N. 13276.</p>	<p>Fosfato com 75 0/0 de base.</p>
<p>Produto sintético 8-aminoquinolina, um pouco menos tóxico que a pentaquina. <i>Sinónimos</i>: S. N. 13274. Ainda em estudo experimental.</p>	<p>Monoxalato com 74 a 79 0/0 de base.</p>

esquizogonia exo-eritrocítica se passa nas células migradoras—eritrocitos eritroblastes, hemocitoblastes, plasmazellen, granulócitos (RAFFAELE, HUFF, BLOOM).

3) THOMPSON, HUFF, GARNHAM, estudando os plasmódidas dos sáurios e mais particularmente o *Pl. mexicanum*, mostram que o seu ciclo exo-eritrocítico participa ao mesmo tempo dos caracteres tanto do tipo *elongatum* como do *gallinaceum*.

4) Em 1948 SHORTT, GARNHAM, MALAMOS mostram que o *Pl. cynomalogi* evolui na sua fase tissular nas células do fígado, dando grandes esquizontes com cerca de 1.000 merozoítas (SHORTT, GARNHAM, HAWKING, PERRY, THURSTON).

5) No mesmo ano de 1948, um pouco mais tarde, um ciclo similar é descoberto no fígado dos doentes infectados pelo *Pl. vivax* (SHORTT, GARNHAM, COVELL, SHUTE), com esquizontes de cerca de 42 microns de diâmetro, contendo 800 a 1.000 merozoítas.

6) E, finalmente, em Novembro de 1949, FAIRLEY, COVELL SHUTE, GARNHAM acabam de dar a brilhante demonstração de que massas plasmodiais intrahepáticas constituem também a fase pré-eritrocitária da evolução do *Pl. falciparum* humano.

*

Ora estas constatações tão cheias de perspectivas tanto para a Protozoologia como para a Terapêutica abrirão porventura novos horizontes para a clínica? Trarão elas novas indicações para o tratamento do paludismo, tanto mais que produtos sintéticos cada vez mais aperfeiçoados são constantemente descobertos e com uma profusão de sinónimos que aumentam ainda mais a confusão reinante?

É ao que procurarei responder, dando em quadros resumidos as suas propriedades parasiticidas, as suas dosagens e acidentes, comparando-as sempre com o velho quinino, que nunca perderá o seu valor.

N. B.—As *Sulfamidas* empregadas por KIKUTH desde 1937 constituíram o tema de uma larga discussão no Congresso de Malária de Amesterdão. Infelizmente não corresponderam à expectativa. No Japão empregou-se o *Bemural* com bons resultados. A *Endoquina* é desprovida de valor terapêutico no homem; cura todavia completamente, após uma só injeção, a malária dos canários causada pelo *Pl. cathemerium*.

Diarreias agudas na infância (1)

por CORDEIRO FERREIRA

*Director da Clínica Pediátrica
do Hospital Estefânia*

Apesar dos extraordinários progressos que, nos últimos tempos, se têm obtido, no campo médico, sob o ponto de vista etiológico e terapêutico, a diarreia aguda infantil, ou a considerem uma doença principal ou um sintoma mais ou menos grave, é um dos problemas mais importantes da Pediatria, sobretudo porque, mesmo nos países adiantados, representa uma das causas mais frequentes de morte. A descrição recentemente feita de epidemias diarreicas do recém-nascido, com elevadíssima mortalidade, vem aumentar o interesse por este capítulo.

A definição da diarreia, palavra de origem grega, que significa correr ou fluir ao longo de, é representada pelo conceito de um aumento de volume de evacuações intestinais e da consistência mole ou líquida das fezes. Não se dando estas duas condições, podemos pensar que estamos diante de uma falsa diarreia. Se as fezes são líquidas e o número de evacuações não é aumentado, é de admitir que se trata de obstipação; a estase das matérias fecais irritando o intestino provoca uma super-secreção da mucosa; neste caso as fezes são acompanhadas de pequenos fragmentos de matérias duras. Ao contrário se as evacuações são frequentes e as fezes têm uma consistência normal ou quase normal, devemos supor tratar-se de uma irritação ano-retal com uma erosão provindo, por exemplo, de um eritema glúteo, de um prolapso rectal, etc. Em toda a verdadeira diarreia há aumento do peristaltismo intestinal e aumento da secreção da sua mucosa. Uma prova aplicada ao lactante por LESNÉ e colaboradores consiste na ingestão de uma substância corada, insolúvel, carmim ou carvão; no lactante são, esta substância aparecia nas fezes 8 a 9 horas depois, durando a sua eliminação total 18 a 20 horas; em caso de diarreia, o pó corado aparece já 4 horas após a ingestão mas, facto estranho, a sua eliminação total é por vezes tão ou mais longa que no estado normal (MARFAN).

Na diarreia, as fezes não são homogêneas, encerram grumos, podem ser fétidas, abundantes, e conterem muco ou sangue.

Esta irritação intestinal é simultaneamente motora e secretora e pode ter uma origem local ou central. A local é devida a agentes químicos microbianos ou a causas mecânicas, ou sejam pur-

(1) Lição proferida no «1.º Ciclo de Conferências dedicadas aos Internos».

gantes, produtos tóxicos alimentares ou outros, micróbios vindos per os, pelo sangue, e ainda por exacerbações da flora intestinal, corpos estranhos, alimentos mal digeridos, etc.

Como causa central sabemos da fisiologia que a acção do sistema nervoso sobre os movimentos intestinais e a excitação de alguns dos seus segmentos pode exagerar o peristaltismo do intestino e aumentar a sua secreção; é o tipo das diarreias conhecidas como parentéricas; mas seja como for, ou por irritação local ou por irritação a distância, admite-se hoje que a causa determinante da diarreia é sempre uma excitação do vago. Não vamos dizer, nem referir sequer, todas as doenças ou síndromas em que a diarreia aparece como sintoma; mais de 40 variedades de diarreia vêm apontadas nos livros de medicina geral. Aqui, limitar-nos-emos a dar, se nos for possível, os elementos de que possa resultar para o médico prático o sentido clínico e terapêutico que lhe é necessário.

Como classificar de uma maneira simples as diarreias? É de facto difícil obter uma classificação que englobe todos os aspectos de uma doença polimorfa na sua etiologia, na sua sintomatologia e até na sua terapêutica.

Sabe-se que a etiologia foi desde o início da era bacteriológica influenciada pela ideia de uma infecção bacteriana exógena ou endógena, por transformação patogénica dos saprófitas intestinais.

Julgou-se muito tempo que a capacidade digestiva do lactante era reduzida e que se explicariam por essa debilidade as perturbações que são tão frequentes; mas sabe-se hoje que, em comparação com o adulto, o organismo do lactante oferece um rendimento energético 2 ou 3 vezes maior (calculado sobre a unidade de peso corporal) que se supõe necessário para compensar a perda de calor radiado pela superfície do corpo relativamente grande (ROMINGER).

De facto, com a alimentação que lhe é peculiar, o leite de mulher, o lactante não sofre quaisquer perturbações do seu aparelho digestivo, a não ser um reduzido número de prematuros ou débeis que são particularmente sensíveis. Só quando a sua alimentação é feita com aleitamento artificial, têm de adaptar as suas funções a um trabalho para que não está preparado ainda, dando assim ocasião a que a sua susceptibilidade se possa manifestar. Esta ideia da alimentação como causa principal dos transtornos digestivos do lactante e o estudo do metabolismo levado a efeito pela escola alemã de Czerny, FINKELSTEIN, MAYER, etc., conduziu à transformação do conceito das doenças digestivas ao de doenças da nutrição, atendendo a que, como diz ROMINGER,

toda a alteração nutritiva de causa exógena, alimentar ou infecciosa, e endógena, constitucional, deve caber dentro dos transtornos nutritivos do lactante. Os progressos da dietética permitiram evitar ou curar muitos desses transtornos nutritivos, fosse qual fosse a etiologia: no entanto, todas estas noções, que são o orgulho da escola alemã e a cujo desenvolvimento temos assistido, são hoje de novo discutidas com o melhor conhecimento etiológico das diarreias agudas infantis, devido sobretudo aos trabalhos americanos.

As diarreias epidêmicas, a chamada diarreia do recém-nascido, os progressos da bacteriologia e dos estudos sobre vírus, os enormes recursos terapêuticos anti-infecciosos postos à nossa disposição tem criado ao problema uma acuidade que o traz de novo ao primeiro plano, criando assim um novo capítulo na patologia digestiva que poderia ficar ao lado dos transtornos nutritivos, atingindo as crianças desde os primeiros dias até depois de passado o período de lactante.

Postas estas noções preliminares, voltemos de novo à classificação das diarreias ou das gastro-enterites como se lhes torna de novo a chamar. PATERSON, pediatra inglês, dizia que, quanto mais se estuda este problema, mais complicado ele se nos apresenta; este autor classifica as gastro-enterites em 3 grupos: *infeccioso, dietético e sintomático*.

O primeiro grupo, o melhor compreendido, é específico e devido a um agente conhecido; o segundo grupo tem como causa erros alimentares que são hoje menos habituais, e o terceiro, talvez o mais frequente, é devido a uma infecção parentérica; este grupo tem sido discutido por vários autores que lhe querem atribuir um papel de somenos importância, mas que na nossa experiência tem uma acção que não deve ser ignorada.

Vejamos o primeiro grupo:

Notáveis trabalhos norte e sul-americanos têm chegado à conclusão de que as diarreias do lactante encontram como causa determinante, em cerca de 90 % dos casos, a infecção — seja bacteriana, a vírus, específica ou não, seja ainda entérica ou parentérica. Entre as bactérias mais frequentemente encontradas, o principal papel cabe às shigelas e às salmonelas. É curioso acentuar que no congresso espanhol de pediatria realizado no ano passado em Sevilha, um dos temas foi Enterites bacterianas da criança, e num inquérito feito pelos seus autores LAFFON, SELFA e SANCHO, entre os pediatras espanhóis, concluiu-se que havia um predomínio das shigelas, seguindo-se as salmonelas e depois os germens inespecíficos.

HARDY e WATT, que deram a estes estudos grande impulso, verificaram que em 249 casos graves de diarreia 76 % eram positivos para as shigelas, e em 268 casos ligeiros 58 % eram igualmente positivos. Constataram diferenças regionais notáveis. Englobaram nesses números 50 crianças com menos de 6 meses.

Outros autores, como LEVINSON, num estudo sobre 300 casos, encontrou shigela em 26 % e salmonela em 5,6 %; em 5 casos encontrou as duas, shigela e salmonela associadas; em 41,3 % proteus, para-coli, pseudomona aeruginosa; em 26 % dos casos só encontrou bactérias normais na flora intestinal; em 4 casos, entamoeba histolítica, em dois a coli e em um a giardia lamblia. Em nenhuns pôde pôr em evidência a existência de um vírus. Salienta este autor que a flora normal se pode tornar patogénica em certas condições.

SANCHO e seu colaboradores, num longo estudo sobre a bacteriologia das enterites, não encontraram, em 88 casos estudados, salmonela ou shigela; durante o período agudo da doença constataram em especial o coli hemolítico e o estafilococo, que desapareciam com a evolução favorável da doença.

JEANS no seu tratado salienta a importância dos agentes específicos, salmonela e shigela, e refere o papel do estafilococo aureus e do estreptococo; crê na acção perniciosa de certas bactérias saprófitas em especial do grupo proteus.

BLOCH, de Glasgow, em 908 casos de disenteria só as encontrou em 3,3 % em crianças de menos 1 ano. EVANS pensa que nos adultos e em crianças maiores a diarreia é devida a agentes patogénicos, mas não na primeira infância. Autores diversos que seria fastidioso inumerar, contradizem-se largamente. O coli, hóspede habitual do baixo intestino, é encontrado na parte superior do intestino delgado em condições patológicas, sem que daí se possam tirar conclusões. Em diferentes epidemias têm sido isolados agentes diversos, mas deixando ainda este estudo uma incerteza sobre a sua acção, permitimo-nos concluir, com FATHERGILL, que, a despeito de numerosas investigações, a etiologia fica ainda ignorada ou obscura em grande parte dos casos.

Os vírus têm sido objecto de trabalhos valiosos, parecendo que a sua acção se manifesta na diarreia do recém-nascido.

Vejamos agora o papel da infecção parentérica.

É conhecida já de todos a acção desta infecção; encontramos frequentes vezes crianças que sofrem, além da diarreia, de certas infecções que se localizam fora do intestino; a otite média, a rinofaringite, a pielite, etc., são factores que na nossa prática consideramos que desempenham um papel importante na etiologia das perturbações gastro-intestinais, não só diarreia como vômitos, etc.

É de acentuar, sobretudo, que este facto se dá nas diarreias de inverno. Nesta estação, quando observamos um lactante com perturbações digestivas, devemos ter em conta que são quase sempre devidas a uma infecção do aparelho respiratório superior.

A influência da infecção parentérica tem sido discutida e vivamente criticada. Admitem certos autores que não há qualquer relação entre ela e a diarreia ou outras perturbações nutritivas. Por exemplo WEITH, RAPPORT e DODD, que deram recentemente uma valiosa contribuição ao estudo das diarreias agudas, encontraram nas suas observações crianças que sofriam de infecção parentérica, mas em que a diarreia era tão ligeira que quase não merecia tratamento especial. PATERSON escreve que não compreende a relação que pode ter uma infecção em qualquer parte do corpo com o que se passa no intestino.

Outros autores como FRANT e ABRAMSON consideram a otite e as doenças pulmonares como complicações frequentes e graves da diarreia aguda do recém-nascido. FATHERGIL afirma que são complicações frequentes da disenteria as infecções do aparelho respiratório superior. NETER, por exemplo, encontra complicações idênticas em crianças sofrendo de infecções específicas por salmonelas.

Há autores mesmo que pretendem que as infecções do ouvido ou pulmonares em crianças com vômitos, sintoma frequente das gastro-enterites, são devidas a que possa escorrer dentro da traqueia e vias respiratórias superiores alguma parte das substâncias vomitadas. A propósito lembro-me do caso duma criança de 11 meses sofrendo de vômitos sem diarreia, elevada temperatura e otite média, que tendo consultado um distinto oto-rino-laringologista, este reconhecendo a otite, aconselhara a mãe a que solicitasse do pediatra a cura dos vômitos, que a otite se curaria depois. A família, posta neste dilema entre duas opiniões divergentes, visto que o pediatra pedia exactamente ao oto-rino que curasse a otite para que os vômitos se curassem, procurou outro especialista de ouvidos que fez uma miringotomia de que resultou o desaparecimento imediato dos vômitos, queda da temperatura e finalmente cura da otite.

Autores, sobretudo ingleses, franceses e espanhóis, admitem a importância da infecção parentérica. EVANS, por exemplo, considera-a como um factor a ter em consideração.

RAFAEL RAMOS coloca a otite ou a oto-antrite como factor primacial na etiologia das perturbações nutritivas, tratando-a como uma doença geral.

GUNN é eclético; encontra a oto-antrite como achado frequente *post-morte* e, impressionado com o facto, aconselha a tratá-la mesmo que se pense que não seja o factor causal.

GAIRDNER, em 216 casos estudados de diarreias infantis, encontrou infecção parentérica em 34,7 %; a mortalidade foi equivalente: 53,3 % nestes últimos, e 51 % nos que não sofriam de infecção parentérica; também não encontrou qualquer benefício no tratamento da infecção parentérica, o que contraria a ideia de ela ser a origem da diarreia, pois que se fosse causal, a sua cura devia trazer como consequência a cura da diarreia.

Em face de tanta discordância o problema mantém-se insolúvel, sendo sempre de aconselhar que um doente da primeira infância, sofrendo de perturbações digestivas ou nutritivas, seja sempre sujeito a um exame cuidadoso, e qualquer infecção encontrada deve ser objecto de terapêutica adequada, quer a consideremos causa ou consequência da diarreia, ou mesmo que julgemos que não tem qualquer relação com ela.

Passemos ao grupo dietético, na classificação de PATERSON.

O papel da alimentação é tão importante que permite dizer a WEEHL e colaboradores que as crianças criadas ao seio não contraem senão formas muito benignas de diarreia; em 221 crianças estudadas só 3 alimentadas ao peito sofreram de diarreia, de que uma teve de ser tratada com infusão venosa contínua.

Outros autores não dão números tão favoráveis. ROBINSON, por exemplo, viu que 80 crianças sofreram de diarreia entre 171 alimentadas artificialmente, enquanto que só 6 sofreram entre 37 alimentadas ao seio.

EBLIS e MEILLIGAN, em 314 casos de gastro-enterite, viram que só 2,2 %, ou sejam 7 crianças, eram alimentadas exclusivamente ao seio; e 25,2 %, 79, parcialmente, foram atingidas. Muitos outros números poderíamos apresentar sobreponíveis a estes; há, no entanto, opiniões discordantes, como RICE, que descreveu uma diarreia epidêmica, tendo verificado que eram igualmente atingidas as crianças alimentadas natural e artificialmente; e LYON e FALSSON descreveram uma epidemia em que a maioria dos atingidos era alimentada ao peito. Os factos apresentados por estes últimos autores devem, no entanto, ser tomados como puramente accidentais.

É evidente que nas causas alimentares, os erros cometidos na dieta a administrar desempenham um papel de importância: como a sub e superalimentação, a contaminação dos alimentos, o uso de alimentos impróprios ou inadequados para a idade, uma fórmula alimentar desequilibrada ou unilateral.

Vejamos agora um certo número de causas predisponentes ou adjuvantes.

Entre elas a idade. Esta influi na incidência e na mortali-

dade; entre os 3 e os 6 meses é maior a frequência e maior a gravidade.

A época sazonal tem um papel que não devemos esquecer, ainda que hoje este aspecto seja discutido.

São conhecidas as diarreias de verão; elas predominam no nosso país como em quase todos, e as formas disentéricas são próprias dos meses que vão de Junho a Outubro. Qual a razão? O próprio calor desempenha por si um papel evidente desde que se não administrem quantidades suficientes de líquidos às crianças; o golpe de calor é um facto conhecido de todos os pediatras; experimentalmente tem-se provocado em crianças e em lactantes vômitos e diarreia, quando se limita a quantidade de água e se administram alimentos concentrados.

Há anos, no mês de Agosto, tendo-se dado uma subida brusca de temperatura, fui chamado a uma Maternidade particular porque inesperadamente um ou dois lactantes tinham falecido e outros encontravam-se muito mal. Logo à entrada verifiquei o extraordinário calor que havia na sala dos lactantes, sala aliás ampla, mas onde incidia o sol através de várias janelas. As crianças ocupavam uns berços de ferro com tampo igualmente de ferro rendilhado. Verifiquei que se tratava de um golpe de calor; mandei-os mudar para salas mais frescas e dar-lhes líquidos em quantidades suficientes pela boca e por via parentérica. No dia seguinte os doentes estavam restabelecidos e não houve mais acidentes.

É evidente que o contacto fecal tem nessas diarreias infeciosas uma acção preponderante; estão relacionadas com as condições higiénicas e sociais. O papel das moscas, posto em destaque por SUÑER é inegável. O contacto directo de pessoa a pessoa é igualmente de aceitar; o coli foi posto em evidência nos dedos em 82 % de 235 mulheres internadas em hospitais de doenças mentais, shigelas em 10 % nos dedos de 39 pessoas com culturas fecais positivas e em 1 % de 229 pessoas com culturas fecais negativas. O papel do leite e água, bem esclarecido na propagação das salmonelas, é menos evidente na propagação das shigelas e outras bactérias.

FILSEN e WALORSKY admitem mais o contágio directo de boca a boca do que do intestino à boca e lembram, por exemplo, o caso dos amamentados ao seio contraírem a doença e o facto citado por FEIBUSH: numa epidemia de Nova Iorque, que atingiu indivíduos de todas as idades, o início era precedido de dores de garganta.

A diarreia de verão continua sendo, pois, uma entidade clínica autêntica; no entanto, autores como GAIRDNER não aceitam a preponderância dos meses quentes; ao contrário, este autor

considera como meses dominantes os que vão de Dezembro a Abril, GALE escreve mesmo que a diarreia de verão desapareceu e que a diarreia predomina no inverno, certamente por causas diferentes. HINDEN considera-a muito irregular, pois nos seus estudos observou 3 ondas: Maio, Junho e Julho; Novembro e Dezembro; e Fevereiro.

No nosso clima e nas nossas condições sociais podemos admitir, sem números exactos, que a diarreia de verão continua a ser um facto; no entanto, tenho visto, com certa frequência, diarreias de inverno. Já tive ocasião de dizer que as considero quase sempre de origem parentérica, por infecção do aparelho respiratório superior.

O estudo anátomo-patológico mostra habitualmente poucas lesões que possam relacionar-se com a doença; é frequente encontrarem-se infecções parentéricas; os tecidos apresentam-se secos; os intestinos podem estar distendidos, mas podem aliás nada ter de notável; em casos que evoluíram com melena e hematemese é frequente não ser possível identificar a sede da hemorragia; o fígado em certos casos apresenta degenerescência gorda. Em casos de disenteria encontram-se lesões características do colon e ílio.

O estudo clínico impõe-nos a classificação da diarreia em 2 graus:

1.º grau — Diarreia monossintomática em que o síndrome intestinal é o único apreciável; não há repercussão sobre o estado geral; não há perda de peso ou a perda é ligeira; não há desidratação nem repercussão metabólica.

2.º grau — Encontramos, além do síndrome gastro-intestinal intenso com forte perda de água e sais, alteração nutritiva com desidratação clínica e humoral, que nas formas mais graves atinge a própria célula.

As diarreias do primeiro grau são geralmente as mais frequentes e, quando são bem cuidadas, causam tão pouca perturbação que quase passam despercebidas, mas como não há uma linha de demarcação nítida, os casos ligeiros se não forem bem tratados podem passar a formas graves. As fezes são aumentadas em número, moles ou semi-líquidas, com cor amarelo-esverdeado ou raramente verde brilhante; encontram-se partes de substâncias sólidas e grumos brancos que correspondem a sabões alcalinos terrosos. Às vezes têm muco o que significa irritação intestinal; pus e sangue não aparecem nestas formas. Os vômitos são frequentes e habitualmente precedem a diarreia, podendo acompanhá-la, ou desaparecem rapidamente; há falta de apetite. A temperatura eleva-se ligeiramente; uma temperatura alta levanta a ideia de

uma forma grave ou de uma infecção parentérica ou disentérica. A cor esverdeada das fezes é própria dum exagerado peristaltismo e essas fezes soltas justificam-se porque o colon esvazia-se rapidamente, de forma a impedir a absorção que aí devia ter lugar; a absorção no intestino delgado é pouco alterada ou mesmo normal. O estado geral é bom; não está alterada a disposição, salvo por vezes ligeira irritabilidade. A curva de peso fica estacionária ou sobe em ritmo mais lento que o normal, ou baixa ligeiramente.

Quando a alimentação é ao seio, dá pouco cuidado. Se a criança é criada artificialmente, deve ser cuidadoso o tratamento, evitando dietas prolongadas ou impróprias, que acarretam estados de hipo-nutrição agravados pelo círculo: Diarreia-Dieta-Diarreia; são bem conhecidas as diarreias da hipo-alimentação mesmo em crianças criadas ao seio. As fezes, neste caso, tomam o carácter meconial, castanhas, moles e húmidas, constituídas por detritos intestinais e secreções; estas crianças têm bom aspecto, apenas um pouco pálidas e uma curva de peso estacionária. A regularização da alimentação normaliza rapidamente a situação. Recordo o caso de uma criança que cuidei há anos, filha de um nosso ilustre colega, que, aos 5 meses amamentada ao seio, tinha 12 e 15 dejeções diárias; tratada anteriormente com cuidada dieta e medicamentos anti-diarreicos, a situação não se modificava; nessa altura, fui consultado, mandei pesar as mamadas, que eram insuficientes e completei-as com leite de vaca; 24 horas depois o número de evacuações estava reduzido a metade e 48 horas depois completamente curada. Este caso é idêntico a dezenas ou centenas de outros; está mais presente no nosso espírito apenas por ser o filho de um colega e amigo, não pela sua raridade.

As diarreias benignas aparecem e evoluem lentamente e não são geralmente agravadas pela alimentação. Porque não conduzem estas diarreias à desidratação quando se encontra invertida a relação existente entre a quantidade da urina e a água das fezes que nos são é de 4:1, nas diarreias é de 1:2 e nas formas mais graves é de 1:4? DARROW admite como justificação que a perda de bases (sódio e potássio) e de cloretos não seja tão grande como nas formas graves que conduzem à desidratação.

As diarreias do 2.º grau são mais graves, atingem o estado geral. O início pode ser brusco ou representa a evolução progressiva de uma diarreia benigna. As fezes são aquosas, verdes brilhantes, carregadas de muco; o seu número eleva-se a 10 e 20 dejeções diárias; são acompanhadas de uma irritação das nádegas que se tornam vermelhas e escoriadas, o que aumenta o mau estado da criança; a curva de peso declina, chegando a haver perda de peso de cem e duzentos gramas diários; o volume total

das fezes pode ser muito grande e aparentemente para além de toda a relação com o alimento introduzido. A pele torna-se seca, pálida, esverdeada e perde a sua transparência; os olhos estão encovados, por vezes com círculos escuros à volta, e a fontanela está deprimida; os músculos perdem a tonicidade, o ventre torna-se escavado.

Este estado pode deter-se ainda, correspondendo à chamada dispepsia aguda. Há desidratação, sendo a perda da água a alteração metabólica mais importante; o organismo procura regular a sua perda de electrólitos; estas perdas são limitadas, e, como dissemos há pouco, a desidratação é clínica e humoral. Não há alteração do sensório. A febre pode ser de origem alimentar ou infecciosa; se persiste depois de uma dieta hídrica, estamos autorizados a pensar que tem uma origem infecciosa. Chamamos a atenção para o facto de que a água não se perde só por via intestinal; a perspiração está aumentada e assim podemos assistir ao fenómeno aparentemente contraditório de uma grave desidratação, apesar de uma diarreia ligeira.

Mas, por vezes, a marcha da doença não se detém; a desidratação atinge a célula; há profunda repercussão metabólica e funcional que se traduz numa sintomatologia clínica e humoral muito intensa. A criança entra em apatia interrompida por crises de excitação com gritos agudos e penetrantes ou pequenos gemidos que atestam o seu sofrimento; o olhar é vago, indeciso e longínquo; convulsões e estado comatoso seguem-se, por vezes, a este estado inicial. Perda de apetite, vômitos e regurgitações, além da diarreia, meteorismo abdominal ou depressão, são as principais perturbações do aparelho digestivo; a temperatura caracteriza-se por febres curtas. Com o desenvolvimento deste quadro dá-se a chamada reacção tóxica de FINKELSTEIN, a qual consiste no agravamento de todos os sintomas quando se administra alimento. Poderíamos assistir a uma situação semelhante, se alimentássemos uma criança com refeições concentradas e retirássemos a água, sobretudo durante o tempo quente. A gravidade de todos estes sintomas está em relação com a idade e o estado de nutrição anterior: quanto mais novos e mais desnutridos os lactantes, mais acentuados são esses sintomas.

Por fim, a respiração, acelerada e profunda, por vezes atinge uma frequência de 60, como se tratasse de pneumonia. Há uma distensão intestinal acompanhada de vômitos intensos e as fezes às vezes tornam-se ensanguentadas. Aparece o esclerema, ou seja, uma alteração da gordura subcutânea que lhe dá a consistência de uma massa difusa predominante nas extremidades; este estado é de péssimo prognóstico, considerado antigamente

fatal. O aparelho circulatório é também atingido, aparecendo sinais de colapso; fraqueza do coração, taquicardia, paralisia dos vaso-motores; depressão sanguínea, palidez e cianose.

Pretende-se hoje, nos modernos estudos de DARROW, que este estado é a consequência de um *deficit* de potássio no organismo. ULHEIM mostrou que a circulação nas extremidades pode estar reduzida a 1/3 do seu valor. Estas manifestações, segundo supõe DARROW, são devidas, em parte, a alterações vasculares e insuficiência de líquidos no organismo, e a falência miocárdica, devida ao *deficit* de potássio, desempenha para este autor um papel que ainda não está esclarecido. Este autor tem observado metemoglobinemia em dois doentes com forte cianose. Este estado tem interesse em ser conhecido para efeitos terapêuticos, utilizando-se o azul de metileno como acelerador da formação de uma hemoglobina normal.

Dos efeitos da diarreia no organismo, em resumo observamos: — absorção diminuída dos alimentos, perda de água e de sais minerais, e perturbações do equilíbrio ácido-básico.

Os alimentos estão reduzidos, quer como medida terapêutica, quer porque são só parcialmente digeridos e absorvidos; daí as substâncias alimentares que atingem os tecidos serem insuficientes para os processos orgânicos; por este motivo os tecidos do corpo são utilizados.

Em virtude da diarreia e dos vômitos a absorção da água é reduzida; este facto é tanto mais importante quanto mais água se perde nas fezes e vômitos e pela perspiração aumentada.

No seu primeiro grau a perda de água dá a exicose simples: a água utilizada é menor que a eliminada; de início, o equilíbrio é ainda mantido graças à regulação renal; a quantidade total do sangue diminui, mas os órgãos vitais recebem ainda a água necessária; os outros órgãos menos importantes são racionados por vaso-constricção.

No 2.º estado de exicose, em geral a perda de água é aumentada pela perspiração insensível e nestas condições os electrólitos sobem, tanto no líquido extra como no intra-celular, para que se mantenha a pressão osmótica.

No 3.º estado, aumentando a perda de água, as proteínas atingem valores elevados; talvez que este aumento da pressão oncótica tenha por fim um mecanismo de defesa, impedindo maior saída de água da circulação. Ao lado desta hiperproteinemia encontramos uma hiper-electrolitemia, apesar de o doente ter perdido água e electrólitos; é o caso, segundo FANCONI, de uma pseudo-hipercloremia e segundo KOEPEL FROUIRUS mais expressivamente de uma hipercloremia cloropênica. Os sintomas clínicos

graves só aparecem quando os órgãos vitais não deixam de ser suficientemente irrigados. Há abaixamento de volume sanguíneo que se reflecte radiologicamente na diminuição da sombra cardíaca.

O 4.º estado é uma situação pré-agónica da exicose; dá-se um aumento da permeabilidade das membranas (inflamação serosa) e as proteínas atravessam-nas; chegamos à fase da acidose, esgotamento da reserva proteica, grande perda de electrólitos (FANCONI).

Vejamus agora a perda de sal. Esta perda acompanha regularmente a perda de água; os vômitos ao lado da diarreia agravam a situação porque os sucos gastro-intestinais contêm Cl e Na; se os vômitos dominam, a perda é maior em cloro; se são as diarreias, com perda do suco alcalino do intestino, temos uma hiponatremia. A perda de sódio arrasta uma hipo-osmose porque não se pode substituir, senão insuficientemente, o sódio por outros catiões, enquanto que a perda de cloro pode ser compensada pelo aumento da reserva alcalina ou por ácidos orgânicos ou inorgânicos. A pressão osmótica abaixa pela falta de sal e a situação metabólica torna-se mais grave.

Os trabalhos de DARROW põem em evidência a perda dos electrólitos intra-celulares pelos balanços de azoto, sódio, cloretos, potássio, fósforo e cálcio, durante a evolução de uma grave diarreia: a diarreia conduz a uma perda de água extra-celular devida à perda de sódio e cloreto; o sódio é, em parte, transferido do liquido extra-celular para o intra-celular, o que pode explicar até certo ponto a acidose; a perda de potássio intra-celular é o factor mais importante, e em alguns casos essa perda ia a 1/4 do potássio normal. Este estudo tem uma grande importância pelas consequências terapêuticas, indicando a adição do potássio ao tratamento.

Finalmente, vamos referir-nos às profundas perturbações do equilíbrio ácido-básico.

A acidose é motivada pelas perdas das secreções gastro-intestinais; no estômago predominam os sais ácidos, no intestino as bases; no total as secreções gastro-intestinais combinadas têm um predomínio de bases sobre os ácidos na proporção de 3:2. Da impossibilidade da absorção destas secreções resulta uma falta de bases no corpo; em face da anidremia a secreção da urina é muito diminuída e assim menos ácidos são removidos, aumentando no sangue a concentração de metabólitos ácidos; pela acidose as trocas gasosas pulmonares são mais lentas; a falta de hidratos de carbono aumenta a formação de corpos cetónicos; a insuficiência hepática acarreta ainda uma acumulação de ácidos orgânicos, por inibição dos processos metabólicos intermediários.

Clinicamente nós reconhecemos a acidose pela respiração profunda de Kussmaul.

Posto isto, vejamos em resumo quais são os meios de que dispomos para analisar esta grave situação; seguimos o esquema de FANCONI: — O aspecto clínico: perda da consciência; queda do peso; diminuição do turgor; olhos encovados; respiração profunda. As buscas de laboratório: na urina — determinação do pH (quando é inferior a 5,5 indica uma acidose); determinações quantitativas do cloro, pesquisa de albuminúria, cilindrúria e acetonúria, que no lactante falta em geral. No sangue total a determinação da hemoglobina e dos glóbulos vermelhos, e de daí a hemoconcentração; buscamos igualmente a reserva alcalina. No soro doseamos as proteínas, que nos indicam a hemoconcentração ou hemodiluição, ou falta de proteínas de reserva; doseamos a ureia e o cloro, e dentro das vistas de DARROW doseamos igualmente o potássio, o cálcio e os fosfatos.

Vejamos agora a terapêutica. A indicação é dada pelo quadro clínico do doente; de facto não se justificaria que tratássemos uma diarreia benigna da mesma maneira que tratamos uma grave diarreia com alteração do estado geral ou mesmo como tratamos uma diarreia caracterizadamente infecciosa específica, hoje sobretudo que dispomos de armas terapêuticas anti-infecciosas poderosas.

O tratamento numa forma diarreica benigna não deve ser completamente expectativo. Em face duma diarreia que começa, nós nunca podemos avaliar imediatamente da sua maior ou menor gravidade. Na minha prática, sobretudo quando se trata de crianças nos primeiros meses, tomo sempre cuidados dietéticos; quando a criança é alimentada ao seio, não faço modificações alimentares; mas no caso de ser alimentada artificialmente se a diarreia persiste para lá do 1.º dia ou se aumenta de intensidade, faço uma pausa alimentar que não excede 6 horas e retomo a alimentação com Eledon, leite ácido semi-gordo; inicialmente emprego uma dosagem equivalente a metade do valor calórico necessário, para atingir rapidamente a dose conveniente; ao fim de 48 horas substituo gradualmente cada dia uma refeição de Eledon por uma da dieta normal; nos primeiros meses prefiro a substituição por Pelargon, leite ácido completo.

Se a diarreia se mantém, procuro uma causa infecciosa parentérica; nestas condições é a mais frequente, mesmo que não haja febre. A terapêutica dirige-se então neste sentido, empregando antibiótico ou sulfamidas, conforme as indicações que veremos adiante.

O tratamento das formas mais graves exige uma terapêutica

mais enérgica, que deve ser sujeita a princípios básicos gerais, dentro dos quais há, no entanto, a possibilidade de a fazer mais ou menos severa segundo as indicações que nos são dadas pela observação continuada do doente:

Repouso do aparelho digestivo, maior ou menor conforme a gravidade da situação, seguida por uma realimentação que se adapte às possibilidades da capacidade digestiva do lactante; luta contra os vômitos e a diarreia.

Tratamento anti-infeccioso; a sua escolha é feita segundo se trate de infecção entérica ou parentérica e o agente infeccioso em causa, se nos é possível identificá-lo.

Restauração e manutenção do equilíbrio aquoso e mineral.

Protecção do fígado e necessidades vitamínicas.

Analépticos e calmantes.

Dietética: — A dieta tem hoje ainda, e creio que terá sempre, uma actualidade que não deve ser esquecida; a ideia de certos autores de que com o tratamento anti-infeccioso e as injeções intra-venosas se resolvem todos os problemas diarreicos, considero-a perigosa; de resto os mais eminentes autores modernos não põem de lado as prescrições dietéticas, desde a do jejum absoluto, acompanhado de infusões líquidas parentéricas até à realimentação lenta e progressiva. É evidente que há sempre uma grande diferença entre o entusiasmo que seguiu a introdução da dieta hídrica e as ideias apresentadas por CHONG de uma realimentação intempestiva. Antigamente, o prolongamento da dieta hídrica para além dos limites úteis acarretava estados de desnutrição reversíveis; hoje as concepções de CHONG criam o nihilismo dietético, segundo a pitoresca e justificada expressão de FREUDENBERG. Este ilustre autor estigmatiza com veemência essas estranhas concepções em que se confundem lamentavelmente sob o nome genérico de diarreias infantis as formas benignas e as graves; a mortalidade de CHONG é, aliás, elevada. DARROW igualmente critica tais ideias.

Posto este preâmbulo, que não me parece destituído de actualidade e interesse, vejamos como se faz a dieta; digo de uma maneira esquemática e sem me perder em divagações e crítica dos vários alimentos.

O jejum absoluto com privação de líquidos e alimentos só se emprega em casos gravíssimos com vômitos incoercíveis, e acompanhado de injeções intravenosas de líquido, como veremos adiante; não deve durar mais de 12 horas, extraordinariamente 24 horas. Esta privação total de alimentos deve ser seguida de uma dieta hídrica usando uma mistura de soro de Ringer e água glucosada a 15 %. Emprega-se depois uma alimentação

anti-diarreica com sopa de cenouras ou especialmente um produto com base na polpa de alfarroba. A alfarroba foi introduzida na dietética infantil durante a guerra de Espanha pelo professor RAFAEL RAMOS, a quem cabe o mérito de nos ter fornecido um excelente meio terapêutico, que foi depois comercializado sob o nome de Arobon, tendo dado aos pediatras de vários países magníficos resultados. Esta dieta é fornecida à razão de 150 a 200 gramas por quilo de peso e deve ser dada em pequenas porções. O Arobon é empregado a 5 ou a 10 %, em que a pouco e pouco se dilui Eledon (rótulo amarelo) adicionado de um açúcar não frementescível (Nudex, por exemplo), quando não pudermos dispor de leite de mulher. Em certos casos há vantagem em se empregar leite quase totalmente desgordurado, como o Babeurre que tem só 0,5 % de gordura. Infelizmente, não podemos dispor dele neste momento no mercado português. A realimentação é feita em pequenas doses, 200 a 300 gramas diárias, subindo lentamente até atingir o valor calórico normal; nessa ocasião substitui-se diariamente uma refeição de Eledon por um alimento definitivo; nos primeiros 5 meses uso o Pelargon.

Na marcha da alimentação devemos guiar-nos pelo estado geral, apetite e curva de peso; a diarreia será, neste momento, um sintoma de menor importância.

Nas diarreias específicas do tipo disentérico, a dieta ainda que mantenha a sua importância, não necessita ser tão cuidada.

O tratamento anti-infeccioso. — Este tratamento só tomou um papel predominante desde que dispusemos de meios terapêuticos como as sulfamidas e os antibióticos; nos primeiros tempos em que só existiam as sulfamidas e depois a penicilina, o tratamento consistia no emprego isolado ou melhor associado destas duas drogas. A sulfamida só deve ser empregada quando temos assegurada uma razoável diurese; ultimamente uma nova sulfamida, que não existe entre nós, a Gantrisola, pela sua elevada solubilidade e baixa toxidez deve vir a ser a preferida, atendendo a que exactamente pela sua elevada solubilidade não provoca nem cristúria nem hematúria.

No tratamento anti-infeccioso, como actualmente dispomos de vários antibióticos, podemos estender mais a nossa acção anti-microbiana.

Vimos no início do nosso trabalho a dificuldade de identificar o agente entérico quando não se trate de específicos, como as salmonelas ou shigelas. No tratamento das salmonelas são já conhecidos os magníficos resultados da cloromicetina, em especial na febre tifóide; mas nos envenenamentos alimentares ou na diarreia produzida por este grupo, os resultados não são tão satis-

fatórios. Nas shigelas, as indicações terapêuticas são ainda as sulfamidias; discute-se a escolha do tipo a empregar; podemos dispor de sulfamidias que são mal absorvidas como a sulguanidina, ou de sulfamidias como a sulfadiazina que rapidamente penetram na circulação.

HARDY e WATT estudaram a concentração de diferentes destas drogas no sangue e fezes. Constataram que a sulfadiazina, por exemplo, atinge quer no sangue quer nas fezes uma concentração que pode ser muito alta e que as sulfamidias, tipo sulfaguanidina e sulfasuxidina, têm uma baixa concentração no sangue e muito elevada nas fezes. É evidente que há toda a vantagem em se atingir o micro-organismo em todas as suas localizações. Sabe-se que na disenteria tem-se encontrado o seu agente nos gânglios linfáticos, no fígado e na mucosa e sub-mucosa do colon; estas bactérias podem assim escapar à acção das sulfamidias de fraca absorção. Assim, as sulfamidias como a sulfadiazina, que têm uma alta concentração no sangue, são levadas rapidamente à sede da infecção. Na minha experiência, tenho constatado este facto de forma que desde há anos tenho suprimido a sulfaguanidina.

A cloromicetina tem-se mostrado eficiente laboratorialmente contra a disenteria; sob o ponto de vista clínico já a tenho empregado com resultados bons.

Em certas diarreias supostamente produzidas por bacilos Gram-negativos, tem-se empregado a estreptomocina por via oral em doses de 100.000 unidades de 3 em 3 horas, com resultados variáveis. ANDERSON chamou a atenção para o inconveniente que pode resultar da destruição de uma flora microbiana normal com funções metabólicas e protectoras de grande utilidade, quando se emprega a estreptomocina que chega a produzir uma esterilização transitória do intestino.

Devemos atender à infecção parentérica. Sabemos que o foco infeccioso reside especialmente na rino-faringe, ouvidos ou vias urinárias. Penso que será sempre mais eficiente poder identificar o gérmen, ou colhendo-o por zaragatoa esterilizada na rino-faringe, ou por punção do tímpano antes da miringotomia, ou por colheita asséptica da urina. Identificando o gérmen, teremos de escolher o antibiótico indicado; no entanto, como muitas vezes a acção terapêutica não deve ser retardada, é sempre de utilidade começar por penicilina e sulfamida, esperando a resposta do bacteriologista.

Para restaurar o equilíbrio aquoso e mineral, devemos instalar imediatamente um gota-gota intravenoso, composto de uma solução fisiológica de cloreto de sódio com 50 % de solução fisio-

lógica de glicose, associando-lhe um analéptico, uma ampola de coramina por litro (método de FANCONI). Como já referimos, pelos trabalhos de DARROW, em que põe em evidência a perda celular em potássio e a sua possível substituição por sódio, o que aumenta a acidose, deve ser fornecido ao organismo o potássio; sob a forma do soluto de DARROW, associação de cloreto de potássio, cloreto e lactato de sódio e glicose. DARROW inicia o tratamento das formas graves por uma injeção intravenosa de plasma, de 10 a 20 cc. por quilo, a que associa em partes iguais uma solução salina isotônica. Estabelece o período do jejum associando injeções intravenosas e subcutâneas, emprega o referido soluto, 80 a 150 cc. por quilo em injeções subcutâneas ao ritmo de 2 cc. por minuto durante um período de 4 horas; em injeção intravenosa dá soro glucosado na quantidade suficiente para atingir 200 a 250 cc. de líquido por quilo de peso.

Chamamos a atenção para o perigo que o potássio pode ter sobre o coração provocando bloqueio quando atinge a concentração no soro dupla do normal. Esta situação pode ser evitada, injectando potássio lentamente e estando assegurada uma boa diurese; mas se o bloqueio aparecer, trata-se por injeções de gluconato de cálcio e glicose hipertônica.

Terapêutica protectora do fígado com introdução de proteínas, transfusão de plasma, que FANCONI aconselha fazer só depois da hidratação, mas que DARROW associa com soros salinos ou administrações de hidrolisados de caseína, amigénio ou Hyca, de preferência por via oral, aliás difícil de tomar pelo seu mau gosto.

Os analépticos podem ser juntos aos líquidos de infusões ou dados separadamente; coramina é o que usamos. Cálcio e vitaminas devem ser administradas e, em caso de excitação, dar luminal.

ENDIN, no tratamento das diarreias com desidratação, associa ao soro de DARROW uma hormona córtico-suprarrenal, pelo seu grande poder hidratante.

E, para terminar, duas palavras sobre a diarreia epidémica do recém-nascido.

Esta doença dá-se, sobretudo, em creches ou maternidades; caracteriza-se por fezes frequentes, desidratação, sinais tóxicos e atinge simultaneamente várias crianças.

A sua etiologia é ainda obscura, no entanto, LIGHT e HODES, BUDDINGS e DODD apontam um vírus filtrável como agente infeccioso; este agente é transmitido de criança a criança provavelmente por via do médico e enfermeiras, em cujas bocas já aqueles últimos investigadores isolaram o vírus.

Estes mesmos autores, BUDDINGS e DODD, descreveram um síndrome de estomatite e diarreia em crianças de idade de três dias e acima de 8 anos. O sintoma dominante nos mais velhos é a estomatite, nos outros a diarreia profusa. As vesículas aparecem ao longo do bordo anterior, na ponta e debaixo da língua; às vezes a mucosa da face e lábios são atingidas na parte interna; estas vesículas rebentam ao fim de 12 a 24 horas e deixam superfícies vermelhas escorreadas com tendência a hemorragia. Estes autores inocularam, em córneas de coelhos, secreções húmidas das lesões da boca e fezes de doentes. Foi posto em evidência um vírus que se propagou em 40 passagens seriadas na córnea do coelho; os animais desenvolvem imunidade à reinoculação; o vírus não cresce em ovos embrionados de galinhas e não reproduz a doença em animais. Os doentes que curam têm mostrado anticorpos no sangue, que neutralizam o vírus.

LIGHT e HOODS têm referido outros vírus. Estes trabalhos não têm sido confirmados. CUMMINGS duvida da especificidade do teste da córnea do coelho. Outros autores como FRANT e ÅBRANSON têm referido agentes infecciosos do grupo salmonela, descrevendo uma epidemia diarreica em recém-nascidos, em que a natureza da doença foi posta em evidência por exame das fezes; o tempo de incubação vai de 24 horas a 3 ou 4 dias. A infecção começa com febre, sonolência e fezes mucosas, verdes; em caso de morte, a autópsia revela colite hemorrágica. Por outras vezes, encontra-se uma forma fatal de bacteriemia com hiperpirexia e convulsões.

Também shigelas alcaléscentes foram isoladas por autores brasileiros em um grupo de recém-nascidos com diarreia.

Em complemento, podemos concluir que nas diarreias primárias e nas parentéricas do recém-nascido, há um grupo heterogéneo inclassificado que pode resultar, segundo CUMMINGS, da contaminação bacteriana maciça por organismos de baixa ou nula acção patogénica, quando não há nas creches ou maternidades cuidados eficientes com as crianças.

O seu tratamento é feito segundo as bases expostas nas formas graves de diarreia e desidratação.

O prognóstico é grave; a mortalidade atinge 30 a 50%. Não se conhece ainda terapêutica específica.

Nesta longa divagação sobre assunto tão vasto, agora impulsionado por novos conhecimentos, dei-lhes apenas um modesto resumo do grande problema que é a diarreia infantil.

Tratamento da diabetes insípida pela pulverização nasal de soluto de pituitrina (1)

por M. J. XAVIER MORATO
Médico dos Hospitais (Lisboa)

A intervenção das substâncias segregadas pela neuro-hipófise no metabolismo hídrico era suspeitada desde 1901, data em que MAGNUS e SCHÄFER observaram em animais anestesiados a acção diurética da pituitrina. Mas, é só em 1913 que o alemão VAN DEN VALDEN e o italiano FARINI, independentemente, verificaram no Homem não anestesiado a verdadeira acção anti-diurética das substâncias neuro-hipofisárias. A aplicação de pituitrina na diabetes insípida por via parentérica, como tratamento hormonal substitutivo, encontrou assim os seus fundamentos.

Mas a administração parentérica repetida de pituitrina ou pitressina não é isenta de riscos e inconvenientes, em virtude de acções secundárias em relação com a sua acção sobre a musculatura lisa e a tensão arterial. A palidez, as cefaleias, as náuseas e os vômitos, as cólicas abdominais, a diarreia e até mesmo um estado de choque, podem seguir aquele modo de administração da pituitrina.

Constituiu um verdadeiro progresso a aplicação nasal do extracto post-hipofisário seco, em pó, introduzida na terapêutica por CHOAY, em 1924. Com este método não se observam quaisquer reacções secundárias.

Como tivéssemos tido ocasião de observar em 1947 um caso de diabetes insípida com muito mau estado geral em que receámos o emprego da pituitrina em injeção, e como não dispúnhamos do pó de lobo posterior, ocorreu-nos fazer a aplicação nasal da pituitrina comercial sob a forma de pulverizações.

O resultado foi excelente, como passamos a descrever.

M. C. A., 50 anos de idade, sexo feminino, internada a 1 de Maio de 1947.

Há cerca de 15 anos teve súbitamente uma sensação de debilidade acompanhada de sede intensa que a levou a beber grande quantidade de água durante todo o dia, sem que a sede acalmasse. Algumas horas depois do início da sintomatologia começou a emitir grande quantidade de urina clara. Nos dias que se seguiram, estes sintomas exageraram-se e aumentaram progressivamente a sensação de sede, a polidipsia e a poliúria.

Não refere qualquer doença aguda anterior ou traumatismo craniano e afirma que a sua diurese era normal antes do começo da doença. Três meses antes do seu início, parto eutócico após o qual ficou a sofrer de fortes cefaleias.

(1) Comunicação apresentada à Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, em 26 de Junho de 1950.

Desde essa data, os sintomas mantiveram-se sempre os mesmos, embora com ligeiras variações, urinando nas 24 horas, em média, 7 litros de urina muito clara, e bebendo aproximadamente a mesma quantidade de água. Este estado mantém-se durante a noite; é obrigada a interromper constantemente o sono para beber e urinar.

Tem emagrecido progressivamente, sentindo-se cada vez mais fraca; queixa-se de cefaleias frontais diárias, sensação de frio permanente. Dores epigástricas sem horário. Diminuição da agudeza visual, por vezes diplopia.

Quando, por qualquer circunstância, não bebe água, durante algumas horas, sente grande mal-estar, ardor e secura na boca e na faringe, vertigens e sede invencível.

No seu passado há, de notável, hemoptise há 10 anos. Desde há um ano tosse, expectoração por vezes hemoptóica. Desde então rouquidão, emagrecimento acentuado, febrícula e astenia. Três partos eutócicos. Nega abortos e doenças venéreas. Menarca aos 18 anos. Menopausa aos 40 anos.

O exame objectivo mostra um indivíduo muito emagrecido (peso — 36,5 Kg.) com sinais de tuberculose pulmonar confirmada pela radiografia e pela análise da expectoração. Pêlos púbicos pouco abundantes. O exame neurológico não revelou qualquer anomalia. Fundos oculares e campos visuais normais. Presbiopia (Assis Brito). O oto-rino-laringologista observa lesões de laringite tuberculosa.

Urina: ácida; densidade — 1.003; vestígios de albumina; sedimento normal. Eritrócitos — 4.900.000; leucócitos — 15.500; hemoglobina — 99 0/0; neutrófilos — 80 0/0; eosinófilos — 1 0/0; basófilos — 0 0/0; linfócitos — 11 0/0; monócitos — 7,5 0/0; plasmócitos — 0,5 0/0.

Reacção de Wassermann no sangue — negativa.

Ureia no sangue — 25 mgr. p. 100; cloretos no sangue total — 0,59 p. 100; colesteroína no sangue — 142 mgr. p. 100, Proteínas no soro: prótidos totais — 9 gr. p. 100; serina/globulina — 1,4.

Metabolismo basal — 48 0/0.

Curva da glicemia experimental: em jejum — 0,09 p. 100; 1/2 hora depois — 0,20 p. 100; 1 hora depois — 0,27 p. 100; 2 horas depois — 0,25 p. 100; 3 horas depois 0,12 p. 100.

Líquido céfalo-raquidiano: cloretos — 7,3 gr. 0/0; albumina — 0,18 0/0; globulinas — negativas; açúcar — 0,68 gr. 0/0; 3 elementos por mmc. Reacção de Wassermann — negativa.

Radiografia da *sela turca* — normal.

Antes do início de qualquer terapêutica dirigida à diabetes insípida, a diurese oscilou entre um mínimo de 9,5 litros e um máximo de 16 litros (valor médio — 12,3).

Foi necessário colocar junto da cama da doente um grande jarro de esmalte com água e um grande balde para colher a urina. Os meios habituais do hospital eram insuficientes para essas suas duas grandes necessidades. De contrário, seria necessária uma criada que se ocupasse exclusivamente desse serviço.

Logo que se iniciou a terapêutica pelas insuflações nasais de pituitrina líquida, primeiro de 6 em 6 horas e depois de 4 em 4 horas, a diurese desceu rapidamente atingindo mínimos de 1,6; 1,7; 2,3; 2,8; 2,9 e máximos de 6 ou 7 litros, raramente 9, com um valor médio de 4,1.

A doente adquiriu uma melhor disposição, passou a ter um sono tranquilo, apenas interrompido pelo horário das insuflações;

e se não fora a má evolução da sua tuberculose, assinalada por uma rotura pleural post-pneumotórax, representaria um caso verdadeiramente brilhante do nosso arquivo. A ansiedade permanente resultante da sede insaciável, a intranquilidade constante, a vida oscilante entre dois pólos — o jarro da água e o balde da urina — tudo cessou. Simultaneamente, a densidade urinária subiu para 1.020.

Por duas vezes interrompemos a terapêutica. Uma a 11 de Junho, data em que substituímos a insuflação pela ingestão do conteúdo duma ampola de pituitrina de 4 em 4 horas. Como era de esperar, a diurese subiu imediatamente para 12 litros. Outra vez, foi três dias antes da alta que ela exigiu com grande impertinência. Mais uma vez a diurese subiu para 16,5, 14 e 12 litros.

Teve alta a 20 de Julho de 1947.

Ainda voltou uma vez à consulta. Estava na fase verdadeiramente terminal da sua tuberculose, mas não quis ser hospitalizada.

Quando decidimos usar este método terapêutico, julgávamos ser originais. Verificámos depois que não era assim.

Já BLUMGART, em 1922, indicara o mesmo processo. E GROLLMAN (1941) aconselha a aplicação nasal dum pouco de algodão embebido em soluto de pituitrina e colocado ao nível do corneto médio, método que foi usado com êxito entre nós por IRIARTE PEIXOTO. Este último processo que consiste na colocação dum corpo estranho nas fossas nasais, e renovado de 4 em 4 ou de 6 em 6 horas, é forçosamente muito mais incómodo do que a pulverização das fossas nasais com o soluto de pituitrina.

Apesar de se não tratar verdadeiramente duma técnica original, julgámos útil dar a conhecer à Sociedade os resultados que obtivemos com um método inofensivo e cómodo e que aconselhámos a todos aqueles que não disponham do pó do lobo posterior nem do tanate de pitressina, introduzido na terapêutica por GREENE e JANUARY, em 1940. Esta substância, em soluto oleoso, absorve-se lentamente e a administração por injeção pode por isso fazer-se de 2 em 2 ou de 3 em 3 dias.

RÉSUMÉ

L'A. rapporte un cas de *diabetes insipide* traité par l'administration de la pituitrine commerciale en pulvérisations nasales répétées toutes les quatre ou six heures, méthode que Blumgart a fait connaître en 1922.

Avant le traitement la diurèse oscillait entre 9,5 litres et 16 litres (moyenne — 12,3) par jour; après le début du traitement la diurèse a très rapidement tombé vers des valeurs entre 1,6 et 7 litres (moyenne — 4,1).

L'A. conseille cette méthode thérapeutique inoffensive, dépourvue de toute action secondaire, à tous ceux que ne peuvent pas employer le tanate de pitressine ou la poudre du lobe postérieur de l'hypophyse.

CLÍNICA PEDIÁTRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO
(Director: Prof. ALMEIDA GARRETT)

Notas sobre o diagnóstico de algumas situações cirúrgicas da infância de intervenção urgente, contemporizadora, tardia ou oportuna. Da idade e de outros factores que condicionam a actuação operatória (1)

por ARMANDO TAVARES

Assistente

Em esquemática exposição vamos tentar definir a atitude do clínico geral em face das principais malformações congénitas que exigem correcção, e de outras situações de ordem cirúrgica infantil, salientando as idades em que devem efectuar-se as intervenções e outros factos que condicionam a actuação operatória, para que, dessa maneira, o médico esteja seguro do conselho que formula e não haja divergências de opinião — por desconhecimento e não por critério, evidentemente — que levam, como se infere, a posições incoerentes e, portanto, desagradáveis para todos: médicos e famílias. É por isso indispensável possuir a tal respeito um mínimo de conhecimentos porque é necessário indicar, até certo ponto, sem hesitação, a altura em que deve proceder-se. Daqui resultará não só um bom serviço prestado, mas também uma sã reputação.

A clínica cirúrgica pediátrica, principalmente a da primeira infância, é, a nosso ver, um complemento indispensável da cadeira de Pediatria e deve ser cultivada e exercida por pediatras aos quais são familiares o ambiente, os costumes, a linguagem e as reacções, o regime alimentar normal e o dietético, e, mormente, a anatomia e a fisiologia da criança; isto é tão verdadeiro para as actuações em medicina como para as do foro cirúrgico.

Se há grande variedade de estados patológicos, cujo conhecimento, como é natural, é do domínio da especialidade, contemporaneamente, com o ensino da Pediatria no curso médico geral, não há razão para que o policlínico não possua tópicos e esquemas que lhe permitam dar um conselho a horas e uma opi-

(1) Prelecção feita, nas suas linhas gerais, aos alunos dos cursos de 1947-48 a 1949-50.



ACÇÃO BIOLÓGICA DA HORMONA FOLICULAR

O hexestrol, quimicamente o 4,4'-dihidroxi- α , δ -difeníl-n-hexana, é uma substância sintética que possui tôdas as propriedades biológicas específicas da hormona folicular natural, embora possuindo maior actividade: 1 mg. de hexestrol, pela via oral, equivale a 0,5 mg. de benzoato de estradiol pela via intramuscular; pela via parentérica, é 3 a 4 vezes mais activo que a estrona ou foliculina (geralmente considerada mais potente que o estradiol).

GRAJEIAS - SOLUTO - EMPOLAS - ÓVULOS - POMADA

NIKETAMIDA

'' P A S T E U R ''



NIKETAMIDA

EFEDRINA

'' P A S T E U R ''

TM

ESTIMULANTE CARDIOVASCULAR E RESPIRATÓRIO

não naqueles fundamentada, remetendo ao especialista os casos que não pode resolver. Na esfera cirúrgica, não se lhes podendo exigir que intervenham, solicita-se-lhes diagnóstico e indicação, mormente a de urgência, sendo para isso necessário o conhecimento dos respectivos pormenores da sintomatologia. Exemplificando, ao acaso: invaginação intestinal, estenose hipertrófica do piloro, disembríoma renal, laringite estenosante, torção do testículo, etc., são situações que surgem correntemente na clínica geral, e que reclamam do médico diagnóstico certo ou, quando este não possa afirmar-se, orientação oportuna no campo de uma plausível hipótese. Antes errar por excessivo cuidado; não é erro desprimoroso. Mas é de grave responsabilidade descansar um dia sobre um síndrome doloroso abdominal com choro paroxístico de dor ou à margem de uma criança com vômitos sistemáticos em jacto, com desidratação, que não cedem aos anti-espasmódicos, ou ao lado de outra em quem, por acaso, se notou tumor de exteriorização abdominal, ou, ainda, junto de uma asfixia, etc.

Não é fácil, evidentemente, acabar o curso com o saber pormenorizado da patologia especial. Esse advirá do estágio, da prática e do estudo subsequente e constante. Mas é essencial que se leve para o início da carreira o diagrama da clínica. É nesta conformidade que vamos tentar dizer algumas palavras, apenas sobre sintetizadas linhas de diagnóstico de algumas afecções cirúrgicas da infância, com indicações relativas à idade de operabilidade; não referirei a traumatologia e a patologia ósteo-articular, que fazem parte do programa habitual das lições.

Há intervenções que têm de executar-se sem respeito pela idade ou pelo momento: são as de carácter urgente, lógicamente, aquelas sem as quais a vida não é possível ou entra em perigo, e que mesmo após o nascimento são aconselháveis sem preocupação com determinadas condições que noutra situação seriam de ponderar. Outras, porém, podem ou devem esperar.

*

I — SITUAÇÕES MAIS COMUNS QUE EXIGEM INTERVENÇÃO IMEDIATA APÓS O NASCIMENTO; SEU DIAGNÓSTICO.

1 — *Imperfuração anal.* — É de boa prática por todos os motivos e mais pelo facto de não serem logo notadas pelo ambiente certas malformações, proceder-se ao exame minucioso do recém-nascido. Neste caso particular, podemos verificar ausência de orifício anal, sendo o diagnóstico feito pela simples inspecção. Esquemáticamente, são três as modalidades clássicas que

podem apresentar-se: Imperfuração anal simples, atresia de um segmento ano-rectal, atresia de todo o segmento rectal. No primeiro caso, em que o problema poderá ser resolvido pelo clínico assistente, o mecónio observa-se através de uma membrana avascular, fina, substituindo o orifício anal. Nos outros, ou se esboça uma região anal que, de facto, não existe mas que oferece seus atributos (pigmentação e pregas cutâneas circundando uma depressão) ou nada se vê característico dessa região. Será de pensar numa situação baixa da empola rectal, se, quando a criança chora ou produz esforço, a região tufa; ou em empola rectal alta ou intra-peritoneal se isso não acontece, sendo já do domínio do cirurgião estes dois aspectos, aliás graves. Contudo, antes de se propor definitivamente a intervenção, é prudente aguardar algumas horas durante as quais se demonstrarão ou não desembocaduras anormais do recto: na uretra, na bexiga ou na vulva, o que se verificaria pela expulsão simultânea do mecónio e de urina ou pela existência daquele na fístula, espontaneamente ou após pressão sobre o períneo. E, se assim for, a intervenção poderá adiar-se, se o débito fecal for suficiente.

2 — *Desembocaduras anormais do recto.* — No sexo masculino, podem verificar-se fístulas congénitas recto-vesicais ou recto-uretrais, diagnóstico que se fará em comum, de momento, pela expulsão com a urina, de mecónio. Ao contrário do que sucede no sexo feminino, em geral a criança do sexo masculino tem de ser sempre submetida a intervenção de urgência, porque, em regra, as desembocaduras são insuficientes. No sexo feminino, pode haver a comunicação do recto com a vagina, abaixo ou acima do hímen, e com o útero. No primeiro caso, ânus vulvar, a intervenção, em geral, não urge porque o débito é compatível com a vida; o mesmo não acontece com as duas outras modalidades que requerem rápida intervenção.

3 — *Oclusão intestinal congénita aguda.* — Manifesta-se por síndrome agudo de oclusão: vômitos após o nascimento que, de mucosos, se transformam rapidamente em meconiais; ausência de evacuação meconial (ter em vista que uma oclusão alta do delgado não impede evacuação durante certo tempo). Depois de se completar o exame com toque rectal, pensar em laparotomia urgente que é de tentar sempre em face de um caso desta gravidade e que fará o diagnóstico da causa da oclusão: Invaginação congénita, rotação intestinal, atresia de um segmento, estenose duodenal, etc.

4 — *Atresia dos canais biliares.* — De todas as modalida-

des (atresia do cístico, do colédoco, do hepático ou de todos eles, e da vesícula) a sintomatologia clínica resume-se no aparecimento de icterícia que, a não surgir no momento do nascimento, aparece no decurso dos primeiros tempos, sem tendência ao desaparecimento, como é de molde na icterícia fisiológica, evidenciando-se cada vez mais, sem regressão; fezes descoradas; disposição hemorrágica; hepatomegalia, ascite e esplenomegalia; urina carregada rica em pigmentos biliares. Completar-se-á a observação clínica com exames de sangue e estabelecer-se-á o diagnóstico diferencial com a icterícia fisiológica, com a eritroblastose fetal, com a obstrução das vias biliares por bÍlis espessa ou mucosidades, com a sépsis hemolítica e com a sífilis cong nita; os sinais próprios de cada um de estes estados, farão a distin o.

5 — *Onfalocele ou eventra o umbilical* (hérnia embrionária ou fetal). — Malforma o cong nita manifestada pela existência de um saco mais ou menos volumoso formado por uma fina membrana avascular, através do qual algumas vezes se podem observar vísceras abdominais e que ocupa a região umbilical, substituindo-a inteira e largamente, assim como grande parte da restante parede abdominal; de superfície lisa e esbranquiada, esse saco   limitado por um bordalete que o separa da pele da parede normal. O cordão umbilical encontra-se, em regra, inserido no pólo inferior. Esta situa o exige, em geral, interven o urgentíssima segundo todos os autores, e há, de facto, razões para assim se proceder. Contudo, possuímos dois casos de cura espontânea com vasculariza o da membrana, e   lógico não intervir quando a brecha   muito grande e muito difícil a redu o das vísceras.

6 — *Oclusão cong nita da uretra*. — A par da verifica o da existência de  nus, deve haver sempre o cuidado de observar o que se passa no que se refere   expulsão da urina. Se o recém-nascido não urina dentro do dia em que nasce, analisar-se-  a região supra-pública que nos fornecer , pelo abaulamento mais ou menos perceptível, a suspeita da reten o. E, neste caso, três hipóteses formularemos: a) Existência de meato que permite a passagem de uma sonda até   bexiga (simples reten o por espasmo); meato que tolera a sondagem parcial da uretra (septo que f cilmente se perfura ou obstáculo irredu vel); b) ausência de meato ou meato imperfurado; c) existência de canal de deriva o (tracto recto-uretral, por exemplo). Este último caso não necessita interven o imediata; nos precedentes, cistostomia. Nos recém-nascidos do sexo feminino, pode observar-se um quisto uretro-vaginal que d  lugar   reten o; uma simples pun o resolve

o problema. Quando o clínico se encontre em circunstâncias de não poder realizar ou não tenha possibilidades de fazer executar a cistostomia nos casos indicados, deverá praticar uma punção vesical (espaço de Retzius), o que remediará a situação de momento.

7 — *Spina bifida*. — Esta malformação congênita exige intervenção urgente quando se apresenta de área medular a descoberto ou ainda no caso de oferecer ameaça de ruptura, principalmente quando o saco apresenta revestimento cutâneo com angiomatose ou, em suma, más condições de vitalidade.

8 — *Macroglossia*. — O exagerado volume da língua de um recém-nascido por hipertrofia, obstruindo a boca, constitui outra indicação cirúrgica urgente que, pela sua simplicidade, resolve, em regra, com êxito, a situação alarmante.

II — PRINCIPAIS SITUAÇÕES DO LACTENTE E DA 1.^a INFÂNCIA QUE REQUEREM INTERVENÇÃO URGENTE; SEU DIAGNÓSTICO.

1 — *Estenose hipertrófica do piloro*. — Afecção que, clinicamente, surge à roda da terceira semana de vida, relacionada ou não com o predomínio espasmódico sobre o muscular, e que apresenta como sinais práticos de diagnóstico: Vômitos em jacto, violentos, explosivos, não contendo bÍlis, a seguir a todas as mamadas ou mais tardiamente, sendo, por vezes, a quantidade de leite vomitado superior à ingerida por motivo de estase, acompanhados de emagrecimento, de fezes diminutas, desidratação. É necessário pensar nesta situação em face de uma criança que vomita com aquelas características e à volta daquela idade, para que exames complementares se executem com o fim de confirmar ou infirmar o diagnóstico de estenose hipertrófica do piloro. Após a regularização das mamadas e a inutilidade dos anti-espasmódicos apropriados, dever-se-á conduzir a família à probabilidade de intervenção que, executada dentro dum período óptimo, é seguida, em regra, de êxito. Claro está que o quadro clínico é sujeito a variações de tipo que só o pediatra experimentado poderá dirigir de uma ou outra forma, dada a circunstância de serem variadas as causas dos vômitos no lactente. Mas o que devemos frisar é a lembrança de se poder tratar de uma estenose hipertrófica do piloro, e, neste caso, a criança é votada à morte com diagnoses diversas, se não for operada.

2 — *Invaginação intestinal aguda do lactente*. — Outra situação que o médico não tem o direito de ignorar. Se o clínico se

NOVA TERAPÉUTICA

DO

ARTRITISMO

«ARTRIOLONA»

Δ^5 PREGNENOLONA

«Artriolona» é uma hormona esteróide, análoga à progesterona, mas com características e propriedades terapêuticas diferentes.

Indicações: A «Artriolona» é indicada para o tratamento das *artrites reumáticas e estados similares*.

A Δ^5 Pregnenolona, conforme foi demonstrado por investigações clínicas, possui vantagens evidentes sobre outras terapêuticas hormonais nas artrites e estados semelhantes, dos quais os seguintes são de importância primária:

Eficácia terapêutica que se revela mais prometedora;

Ausência de toxicidade nas dosagens recomendadas;

Período de alívio, em seguida à interrupção do tratamento, grandemente aumentado;

Não influencia o metabolismo dos hidratos de carbono;

Não aumenta o estado diabético e não é necessário qualquer aumento de insulina durante a administração;

O peso dos pacientes e o ritmo cardíaco não é afectado;

Não se verificam quaisquer alterações na pressão sanguínea, mesmo nos doentes que tenham hipertensão.

Apresentação: Comprimidos: tubo de 20 comprimidos doseados a 50 mg. de acetato de pregnenolona.

UM NOVO PRODUTO APRESENTADO

POR

INSTITUTO LUSO-FARMACO, L.^{DA}

Rua do Quelhas, 8—LISBOA

Únicos depositários: PAOLO COCCO, L.^{DA}

LISBOA — PORTO — COIMBRA

PARA COMBATER AS DORES

EUCODAL

NARCÓTICO E ANALGESICO DE ACÇÃO INTENSA

Se bem que com as mesmas indicações da morfina, é superior a esta pelo facto da sua acção se manifestar mais rapidamente e, muitas vezes, ser - - - de maior intensidade e duração. - - -

APRESENTAÇÃO:

Ampolas a 0,01 gr.: 1 c.c. — caixa com 10

» » 0,02 gr.: 1 c.c. — » » 10

Comprimidos a 0,005 gr. — tubos com 10 e 20



DARMSTADT

FÁBRICA DE PRODUTOS QUÍMICOS

REPRESENTANTES:

EDUARDO DE ALMEIDA & C.^ª

Rua do Cativo, 22-24—PORTO



recordar da sua existência, faz o diagnóstico com a urgência que o caso reclama e a intervenção será oportuna e feliz. Se isso não acontece, decorridos dois ou três dias, a criança sucumbirá. Grande número de vezes, trata-se de um lactente com ótimo estado geral, que súbitamente grita com *facies* contraído em sinal de dor, dobrando-se e vomitando por vezes. Ao fim de algum tempo, tudo calma para voltar de novo a dar sinal agudo de sofrimento passados quinze a trinta minutos. E assim se sucedem as crises durante várias horas no decurso das quais não há dejeções nem gases e, muitas vezes, nem urina. Por fim, verifica-se a exoneração de alguns resíduos diarréicos de sangue ou de mucosidades sanguinolentas. E se isso não se nota, o clínico avisado procederá a um toque rectal que revelará sangue na extremidade do dedo. O diagnóstico está feito e pode traduzir-se, segundo OMBRÉDANNE, na seguinte equação: sinais de oclusão + emissão de sangue pelo ânus = invaginação intestinal, a que juntaremos o choro intermitente. Suspeitado o diagnóstico, conduzir-se-á a criança para um centro que disponha de Raios X e de cirurgião. O clister opaco, além de confirmar o diagnóstico, poderá, por vezes, resolver o problema, desfazendo a invaginação.

3 — *Síndrome de orquite aguda primitiva.* — Bruscamente, violenta dor nas bolsas com sinais de orquite aguda, edema de uma das bolsas, que se apresenta quente, de cor vinosa, dando ou não temperatura febril, com palpação dolorosa. Grande número de vezes se trata de torsão do cordão ou da hidatide de MORGAGNI que a intervenção urgente resolverá facilmente. Por vezes, outros factores poderão estar em causa, mas o que é necessário é não esquecer a hipótese que referimos.

4 — *Tumores de Wilms.* — Formações tumorais malignas do rim (em geral, disembríomas do blastema renal), que se exteriorizam para o abdómen e cujo diagnóstico, em regra, demora a fazer pela dúvida que oferece ao clínico que neles não pensa, ou pela imprecisão dos sinais objectivos. Estes traiçoeiros tumores, devem ser tratados quase com a mesma urgência que requer um ventre agudo. Para isso, impõem-se exames complementares rápidos e decisivos tanto quanto possível (pielografia, análise de urina, hemograma), com o fim de se obstar à generalização metastática. Habitualmente não são descobertos pela família e a sua presença é notada, em geral, na altura de um exame clínico por motivos estranhos.

5 — *Síndromos asfíxicos.* — A asfixia por obstrução laringea

surge na clínica pediátrica em geral como consequência de laringite diftérica, cuja sintomatologia já foi descrita em lições anteriores. O tratamento pelo soro resolverá o problema tóxico; mas o mecânico, pela acumulação de falsas membranas, terá de ser solucionado com urgência, em primeiro lugar com a aspiração, e no caso desta não resultar, por não ser suficiente ou por concomitante factor edematoso, ter-se-á de recorrer à intubação ou à traqueotomia, esta ao alcance do clínico geral, se dispuser de boa enfermagem. Outras vezes, as mesmas intervenções se terão de praticar em face de síndromos estenosantes da laringe com outra etiologia (sarampo, edemas alérgicos, corpos estranhos, etc.). Mas é necessário contar, na clínica pediátrica, com os síndromos asfíxicos de ordem reflexa (como os de origem otítica, por ex.), de tratamento médico.

Estas são as principais situações cirúrgicas urgentes especiais inerentes à primeira infância e que exigem conhecimento particular. Outras há, como é óbvio, que, ou por serem de mais acessível diagnóstico ou pela sua vulgaridade, ou ainda por serem mais comuns em outras idades, não necessitam de serem focadas. Estão neste grupo, por exemplo, a apendicite, a diverticulite, as hérnias estranguladas, as úlceras (Meckelianas ou outras), as diversas peritonites, etc., etc.

*

I — DA IDADE E DOS FACTORES QUE CONDICIONAM A INTERVENÇÃO.

Nesta segunda parte, vamos dar conta, de forma também sucinta, daquelas intervenções que podem ou que devem sujeitar-se à idade e a outras condições impostas pelo estado somático das crianças.

Em primeiro lugar, diremos que, sendo possível, não devemos operar ou aconselhar intervenção em idades em que as crianças são mais sensíveis ao choque, a um choque especial, electivo, conhecido pelo *síndrome de palidez e hipertermia* que tem andado um pouco obscurecido na sua etiopatogenia, ou, melhor, no seu mecanismo e que parece relacionado com sérias perturbações do sistema vegetativo em franca evolução e de lesões hipotalâmicas, as quais provocariam, além do mais, alterações profundas na termo-regulação e na mecânica circulatória, tanto mais que os vasos em tais idades possuem rudimentar adventícia. Problema de grande actualidade é o deste síndrome como o está a ser o da fisiopatologia dos centros hipotalâmicos

aos quais se estão a ligar, na hora presente, factos que eram da mais dificultosa interpretação, como por exemplo, aqueles que surgem após traumatismos crânio-encefálicos — a desidratação intensíssima por diurese sem termo, a sudação copiosa e a diabetes insípida — e aos quais, entre nós, o Prof. F. MAGANO tem dedicado sua atenção, como verificamos em duas comunicações apresentada às Reuniões Científicas da nossa Faculdade.

A sintomatologia é alarmante: Três, quatro horas, até vinte, raramente, depois da intervenção, subida brusca de temperatura (39, 40, 41, 42 às vezes!) seguida de forte palidez, prostração, com convulsões ou não, surgindo a morte ao fim de doze a dezasseis horas. Situação gravíssima, que felizmente, não nos foi dado observar mais que uma vez.

O risco atinge de preferência o lactente depois dos três meses e aumenta até aos seis, para, em seguida, começar a declinar em frequência, até que depois dos dois anos se torna raro. No adulto, se bem que raramente, também se observa, como sabemos. Nos primeiros oito a quinze dias de idade, a criança parece oferecer certa resistência assim como diminuição de sensibilidade, o que permite operar com ligeira anestesia ou mesmo sem ela. Estes três pontos — síndrome de palidez e hipertermia, diminuição da sensibilidade nos primeiros dias e resistência maior nesse mesmo tempo — merecem especial cuidado.

Quanto aos outros factores condicionantes das intervenções, devemos ter em atenção estados diversos que alteram mais ou menos a defesa da criança. Assim, por exemplo, no período em que a icterícia fisiológica do recém-nascido domina, afastaremos, se possível, a intervenção, pois aquela circunstância além de traduzir uma diminuição da defesa, pode conduzir a hemorragias parenquimatosas como se tem confirmado em autópsias, etc.; adiaremos a intervenção numa criança com manifestações de sífilis congénita, com cuti-reacção positiva que traduza tuberculose em evolução, com raquitismo activo, com diáteses exsudativas, com sinais de carência, com diáteses hemorrágicas, em espasmofílicos, convulsionantes, distróficos, etc., etc. É necessário colher-se uma rica anamnese e tratar de modificar as tendências patológicas, transformando-a, tanto quanto possível, numa criança eutrófica. Isto pode e deve fazer-se antes de se praticarem as intervenções contemporizadoras e tardias.

II — ALGUMAS MALFORMAÇÕES CONGÉNITAS CORRENTES DE INTERVENÇÃO CONTEMPORIZADORA.

1 — *Lábio leporino e divisões velo-palatinas.* — Se o lábio leporino é simples, isto é, se a fenda atinge sómente o lábio, uni

ou bilateralmente, poderemos indicar a intervenção, se o estado geral a permitir, dos dois aos três meses de idade ou, passado este período, propô-la-emos aos dois anos, para nos afastarmos do síndrome de palidez e hipertermia.

Se coexiste fissura da arcada, com desvio, aconselharemos a intervenção sempre até aos três meses — em geral, por volta dos dois meses, preparando bem a criança —, pois, além de estarmos à margem da probabilidade daquele perigo, a plastia do rebordo gengival torna-se muito mais simples pela menor consistência das partes duras, o que facilita a coaptação provocada pela pressão do lábio regularizado.

Tratando-se de lábios leporinos chamados totais, isto é, interessando a fissura bilateralmente o lábio, o rebordo gengival, a abóbada (com uma ou duas fendas), o véu do paladar e a úvula, com projecção, para a frente, do tubérculo incisivo, malformação esta conhecida pelo nome de *goela de lobo*, ou mesmo que esta situação seja unilateral, a intervenção tem de efectuar-se em dois ou três tempos, devendo ser o primeiro a plastia do rebordo gengival, executado cedo (um mês e meio a dois meses de idade); o segundo, plastia do lábio, após a cicatrização da primeira, e o terceiro — abóbada e véu — (quando possível), à roda dos dois anos.

2 — *Spina bifida com saco epidermizado*. — Ao contrário do que sucede no caso do saco ameaçar ruptura da pele ou pela sua mínima vitalidade, a intervenção nesta modalidade, com revestimento cutâneo normal, pode ser tardia. Não há necessidade, pois, como acontece naquela forma, de praticar-se a operação após o nascimento.

3 — *Fimose*. — A fimose, que é uma retracção congénita do prepúcio, exige, por vezes, intervenção precoce no caso de ser muito cerrada, provocando no lactente dificuldade de micção e mesmo dores intensas denunciadas por desesperado choro ao urinar. Fora destas circunstâncias, poderá operar-se cerca dos dois anos, a não ser que aquela situação se complique de balanopostite ou que dê lugar a outras complicações antes desta idade. Contudo, não deve adiar-se muito após os dois anos, pois, por vezes, dá lugar a hábitos libidinosos, a incontinência de urina, a manifestações nervosas e, em momento de erecção, frequentemente, a parafimose.

4 — *Sulcos congénitos dos membros, fistulas e quistos do pescoço*, contemporizam por largo tempo a intervenção.

UM MEDICAMENTO DE QUALIDADE
PARA O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

AMINOSAN

ÁC. P. AMINO SALICÍLICO (PAS)

AZEVEDOS

TRATAMENTO ACTUAL
DUMA DOENÇA MILENÁRIA!

DRAGEIAS

Frascos de 125 drageias. 120\$00
Frascos de 250 drageias. 230\$00

EMPOLAS

Caixas de 6 ampolas de 10 cm³ de solução
injectável a 20 % 75\$00

XAROPE ESTABILIZADO

Frascos de 240 cm³ de xarope a 15 % . . . 200\$00

NOVA APRESENTAÇÃO

AMINOSAN COLÍRIO

Frascos de 25 cm³ de solução de PAS Sódico
isotónica com o fluido lacrimal 17\$00

S O C I E D A D E
I N D U S T R I A L
F A R M A C Ê U T I C A

LABORATÓRIOS AZEVEDOS

III — MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS MAIS FREQUENTES DE INTERVENÇÃO TARDIA.

1 — *Sindactilia*. — Nota-se em geral, ansiedade da parte dos pais, na operação que corrigiria esta malformação. É preciso, insistentemente, convencer as famílias de que esta anomalia deve ser corrigida tardiamente: sempre depois dos cinco anos de idade, pois, mais cedo, levaria a maus resultados, como refere OMBRÉ-DANNE, «pela falta de estofa para cobrir as zonas incruentadas». A idade óptima será entre os quatro e os seis anos.

2 — *Extrofia da bexiga*. — Esta pavorosa situação que inferioriza sobremaneira a criança que dela sofre e seus pais, tem hoje solução cirúrgica relativa, quer dizer, a cirurgia modifica a constante incontidência urinária que torna martirizante a vida dos seus portadores, embora não lhe seja possível tornar as crianças anatomicamente perfeitas, por ausência ou quase desaparecimento concomitante de órgãos génito-urinários. Contudo, pela anastomose uretero-sigmoideia, grandes melhoras se conseguem. Esta intervenção deverá praticar-se depois dos três anos, embora haja actualmente tendência para se actuar muito mais cedo.

3 — *Hipospádias*. — O hipospádias balânico, peniano ou vulviforme, deverá operar-se somente entre os seis e os oito anos. É a idade aconselhável. Com o epispádios sucede o mesmo.

4 — *Ectopia testicular*. — A nossa condutã actual perante a ectopia testicular, uni ou bilateral, consiste em aconselhar entre os nove e os dez anos, tratamento hormonal testículo-hipofisário, no caso de crianças de tipo adiposo-genital ou de porte que revele hipogenitalismo, as quais beneficiam sempre mesmo que tenham de sujeitar-se à orquidopexia. Se até cerca dos onze anos não se efectuar a descida espontânea nas crianças de aparência normal ou nas endocrinologicamente deficientes, aconselharemos a intervenção que deverá praticar-se sempre antes da puberdade, pois se se executar após esse período corre-se o risco de se encontrar o testículo em degenerescência. O tratamento hormonal precoce ou sistemático não deverá ser proposto, pois, além de devermos aguardar a descida espontânea, pode, segundo LADD & GROSS, acarretar inconvenientes vários, entre os quais a atrofia consecutiva à estimulação excessiva pelas hormonas gonadotrópicas. O diagnóstico não oferece qualquer dificuldade depois de se concluir que se não trata de testículos retrácteis. Contudo, pelo facto de já se ter verificado, algumas vezes, a confusão de um testículo ectópico com uma hérnia inguinal, chamamos a atenção

para esse facto inadmissível, cuja terapêutica pela contenção da hipotética hérnia seria desastrosa para o testículo ectopiado, além da dor por tal conduta produzida.

O testículo ectopiado, pode, por surto de crescimento ou por torção do cordão, originar dores agudas no ventre, que podem simular crises de abdômen agudo.

IV — ALGUMAS SITUAÇÕES CIRÚRGICAS DA 1.^a E DA 2.^a INFÂNCIA DE INTERVENÇÃO OPORTUNA; SEU DIAGNÓSTICO.

1 — *Fleimão da fossa ilíaca interna.* — Como dissemos em trabalho publicado em 1943, sobre esta entidade cirúrgica muito frequente na infância, ao ver-se uma criança com a coxa flectida sobre o ventre e a perna sobre a coxa, com empastamento acima da arcada crural e contíguo a esta, temperatura, em regra, do tipo supurativo, ar de sofrimento mas não de intoxicação, devemos pensar num fleimão da fossa ilíaca interna, antes de supormos a existência de uma apendicite aguda, de uma coxalgia ou de outra ósteo-artrite da anca. O diagnóstico diferencial não nos parece difícil e é função da lembrança da existência dos fleimões da fossa ilíaca interna primitivos ou consecutivos a fleimão perirrenal. Os sinais apontados constituem, em resumo, um quadro muito característico que temos observado em crianças desde os 18 meses a 7 anos. A terapêutica a aconselhar no início será a anti-biótica e de choque e, se não resultar, a cirúrgica com a sua técnica especial. É de ponderar o diagnóstico, principalmente se a manifestação é à direita, pois não vá levar-se à cavidade abdominal o pus extra-peritoneal.

2 — *Calculose vesical.* — A sintomatologia especial e persuasiva da existência de cálculo na bexiga que se traduz, na grande maioria dos casos, mais em crianças do sexo masculino, entre os dois e os quatro anos, pode resumir-se assim: micções frequentes, com jacto interrompido, principalmente durante o dia, acompanhadas de dor, bem patente pelo choro especial, e que a criança tenta remediar agarrando o pênis e alongando o prepúcio que, como consequência, pode apresentar prurido que a criança tenta combater pelo mesmo processo. A mão que desempenha a função apontada, apresenta, na sua face palmar, irritação da pele e cheiro urinoso (sinal de muita importância para o diagnóstico). Convém notar que a enurese ou incontinência essencial da urina, manifesta-se sobretudo de noite, e ainda que as crianças suspeitas de calculose vesical, atravessaram um período de micções normais.

O diagnóstico será confirmado pelo exame radiológico (cál-

culos opacos), pelo toque rectal ou pelos dois exames associadamente. O tratamento consiste em evitar novas formações calculosas e na intervenção cirúrgica que permite extrair o cálculo (talha supra-púbica).

3 — *Hérnia diafragmática*. — Malformação congénita de difícil diagnóstico no primeiro exame porque o clínico perante a symptomatologia apresentada pela criança é levado a filiar os sinais (vômitos, anemia, hipotrofia estatural e ponderal, anorexia, dispneia, ruídos hidro-aéreos, temperatura, dor, cianose, etc.), em diversos quadros clínicos inerentes à infância que, de facto, à primeira observação parecem justificar a doença. É necessário fazer-se um estudo muito cuidadoso e perante aquela estranha fenomenologia, procurar, pela radiologia, esclarecimentos complementares. Na hérnia diafragmática, exibem-se sintomas respiratórios, circulatórios e digestivos e como referem LADD & GROSS, a gravidade depende do número de vísceras abdominais transportadas para o tórax. Em face de um lactente que apresente cianose, dispneia, vômitos, devemos, em espírito, como se exprimem os autores citados, fazer aquele diagnóstico.

O tratamento depende de variados factores. Em regra, é cirúrgico, havendo casos cuja vida é compatível com a malformação desde que o corpo ocupe determinada posição escolhida ao écran radiológico, como um descrito pelo Prof. FONSECA E CASTRO. Contudo, é de presumir a intervenção. A indicação desta depende de diversas situações, mas, em regra, é a solução terapêutica, que será mais ou menos urgente, consoante a gravidade e a intensidade dos distúrbios causados.

4 — *Ectasias brônquicas*. — As bronquiectasias que várias vezes se manifestam na infância e que, podendo ser congénitas, surgem mórmente após broncopneumonias crónicas ou sub-agudas, tosse convulsa, sarampo, aspiração de corpos estranhos, tuberculose, etc. Quando, além de outros sinais gerais, há tosse renitente, abundante e fétida expectoração que não cede à medicação habitual, constituindo uma situação bronco-pulmonar crónica entrecortada por surtos agudos ou sub-agudos cuja confirmação se deverá fazer por radiografia pulmonar e broncografia, deve pensar-se na lobectomia, mercê dos progressos da cirurgia torácica aliados aos da anestesia especial para esse fim.

5 — *Malformações congénitas do coração*. — As intervenções sobre algumas malformações congénitas do coração, válvulas, grandes vasos, estão no seu advento e as suas indicações necessitam, evidentemente, de um diagnóstico perfeito — clínico,

electrocardiográfico e radiológico — e só em determinadas circunstâncias e depois desse estudo completo e perentório, em centros especializados, se poderá propor actuação cirúrgica.

6 — *Hérnia umbilical e hérnia inguinal.* — Frequentíssimas são estas situações no lactente, susceptíveis de correcção nesta idade e até aos 4-5 anos, o mais tardar, por meio de contenção com fundas próprias. Estas hérnias só serão corrigidas pela cirurgia após os cinco ou seis anos, pois, até esta altura, quer o anel umbilical, quer o canal peritóneo-vaginal poderão obliterar-se com a ajuda dos meios contensivos.

O diagnóstico da chamada hérnia umbilical da criança, situação muito frequente e que se observa principalmente no decurso do primeiro ano de vida, sobretudo nas crianças carenciadas, não ceferece dificuldade: tumefacção hemisférica, de tamanho variável — volume de uma avelã, de uma noz, ou de uma tangerina — facilmente redutível, recoberta de tegumento normal, com a cicatriz umbilical no seu centro, aumentando com o choro ou com o esforço. Após a redução, um dedo que se faça penetrar no seu meio, acha-se circundado por um anel cuja periferia se sente nitidamente. Dos processos usados para conter a hérnia, a aplicação de adesivo largo unindo duas pregas laterais e longitudinais da pele, que mantêm o umbigo no fundo do sulco por elas formado, é uma contenção a usar por pouco tempo, mercê da irritação provocada; cintas com pelota chata, fundas com pelota chata, são os meios mais aconselháveis, aliados ao tratamento geral da criança.

Recorde-se que a hérnia inguinal e a inguino-escrotal têm características próprias que as distinguem de outras formações localizadas na mesma região, e com as quais temos observado plena confusão. São essas formações o quisto do cordão, o quisto do canal de Nüick, o hidrocelo comunicante e o hidrocelo vaginal. É, pois, necessária a observação cuidadosíssima antes de se diagnosticar uma hérnia inguinal, ou inguino-escrotal, pois o tratamento, como é óbvio, é inteiramente diferente no caso de se tratar de umas ou de outras. A hérnia simples é facilmente redutível, com seu gargolejo próprio, sua prova de transiluminação negativa. O quisto do cordão, formação globosa, tensa, indolor, situada no trajecto daquele, não é redutível, ocupando, quando se tenta reduzi-lo, a parede abdominal; é transparente e independente do testículo. O quisto do canal de Nüick que é uma formação, no sexo feminino, do canal peritóneo-vaginal, é análogo ao quisto do cordão dos rapazes: tumefacção indolor, arredondada, tensa, móvel, situada na metade superior do grande lábio ou acima, irreductível, distinguindo-se da hérnia irreductível, além do mais,

pela ausência do pedículo. O hidrocelo comunicante é uma hérnia de serosidade que após as manobras de redução lentas e suaves, ou depois de um descanso no leito, desaparece pela entrada na cavidade abdominal do líquido seroso que de lá proveio e que seguiu o canal peritônio-vaginal persistente. A prova de transluminação é positiva; há tensão à palpação, ausência de gargolejo, redutibilidade por vezes demorada, mercê do estreito calibre que, em certas circunstâncias, oferece o canal. O hidrocelo vaginal, traduz-se por tumefacção da bolsa, lisa, arredondada ou alongada, tensa, transparente, não deixando palpar o testículo que se encontra completamente defendido pelo líquido.

A atitude a tomar perante o quisto do cordão, o quisto do canal de Nüick e o hidrocelo vaginal é de expectativa até ao ano de idade, pois estas situações regressam, por vezes, espontaneamente. Se persistem após aquela idade, deveremos propor a intervenção cirúrgica. A hérnia de serosidade, será tratada como hérnia vulgar. A aspiração do hidrocelo quer vaginal quer enquistado, assim como a injeccção de líquidos modificadores, constituem uma prática, que, no momento actual, está a ser rejeitada.

Convém notar que o hidrocelo frequentes vezes apresentado pelo recém-nascido é um hidrocelo fisiológico, o qual, juntamente com a turgescência das glândulas mamárias (que, diga-se de passagem, não deve ser sujeita à expressão), constitui a chamada crise genital do recém-nascido, a qual, nas raparigas, se manifesta também, por vezes, por pequenas menstruações acompanhadas de tumefacção dos seios. Esta situação desaparece espontaneamente, em geral, por volta dos três meses de idade.

*

Não têm outra finalidade as linhas que aqui ficam, senão a de estabelecer o fio condutor do diagnóstico e da terapêutica das afecções especiais cirúrgicas mais correntes ao longo da infância. Uma sinalização que conduzirá o clínico preocupado e estudioso aos livros didácticos, aos tratados ou às revistas, onde os pontos focados encontrarão seu desenvolvimento circunstanciado. E nessa pretensão vai também a ideia da exortação à crítica que devemos fazer às nossas primeiras impressões de diagnose. De uma boa observação há todas as probabilidades de nascer um bom diagnóstico; sem esquecer que na infância, a história minuciosa da doença tem valor notável, e a idade de aparição de certa fenomenologia representa um factor a considerar em primeiro plano. E, sem bom diagnóstico, todos sabemos que não pode haver boa indicação terapêutica.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

CLÍNICA, HIGIENE E HIDROLOGIA, XVI, 1950. — N.º 1 (Jan.): *Os fundamentos biológicos das ondas cerebrais*, por Diogo Furtado; *Diagnóstico electroencefalográfico das convulsões infantis*, por Orlando Carvalho; *Clínica das convulsões infantis*, por Maria de Lourdes Levy. N.º 2 (Fev.): *Colheita dos produtos e interpretação dos dados das análises clínicas* (continuação), por Luís Dias Amado. N.º 3 (Março): *Tratamento de 3 casos de mal de Pott que terminaram pela cura perfeita*, por Joaquim J. de Abreu; *Doença de Osgood Schlater*, por Rui Esteves Abreu; *Rickettsioses — casos de ornitose*, por A. J. Lahmeyer Bugalho. N.º 4 (Abril): *Tratamento hidromineral da constipação*, por Mário Rosa; *Plano para desenvolver a hidrologia e climatologia médicas em Portugal*, por Mário Rosa; *Apontamentos sobre a água de Matende da Província de Moçambique*, por Amaro de Almeida. N.º 5 (Maio): *Fisiopatologia dos edemas cardíacos*, por Alfredo Franco; *Fisiopatologia do coração na difteria*, por Leopoldo de Figueiredo.

DIAGNÓSTICO DAS CONVULSÕES INFANTIS. — Para a sua exposição, o A. parte de um quadro esquemático de classificação dos estados convulsivos, baseado nos conhecimentos actuais, com exemplificação de alguns casos. Esse quadro é como segue:

- | | | | |
|----|---|---|--|
| 1) | Epilepsia criptogénica, essencial, genética, idiopática, genuína ou crises do nível superior (Highest level seizures de H. Ja kson, Penfield e Jasper). | } | Terapêutica sintomática aleatória (elevação do nível convulsivo).
Prognóstico reservado. |
| 2) | Crises sintomáticas | { | Epilepsia polifocal ou difusa {
Epilepsia focal { |
| | Convulsões infantis benignas | } | Terapêutica sintomática em geral eficaz.
Prognóstico medíocre.
Curas espontâneas e terapêutica neuro-cirúrgica.
Prognóstico 60 % bom.
Terapêutica causal e profilaxia.
Prognóstico bom. |

«— 1) Um, aquele em que a causa é desconhecida ou está oculta e por isso se fala de epilepsia criptogenética (kryptos — oculto); que para alguns é uma doença própria, existente *de per si*, e por isso lhe chamam epilepsia essencial ou idiopática; que para outros é uma enfermidade herdada, chamando-lhe epilepsia genética; e outros finalmente, querendo distingui-la de todas as outras formas de convulsões, que seriam falsas

epilepsias, falam de epilepsia verdadeira ou genuína. Por outro lado, recentemente, a escola canadiana de Penfield e Jasper, baseada nos seus estudos neurofisiológicos, localizam a origem desta forma de epilepsia no tronco cerebral superior, em que eles incluem o tálamo óptico, chamando-lhe crises do nível superior (retomando a expressão de Hughlings Jackson de «highest level scizures»), porque estes autores situam nesta região do encéfalo o nível da consciência e da direcção de todas as actividades superiores do indivíduo.

2) O outro grupo seria o das crises sintomáticas que têm, pelo contrário, uma causa mais ou menos conhecida, formando por um lado o numeroso conjunto das convulsões infantis sintomáticas de situações patológicas passageiras: hiperpirexia de aparecimento brusco, espasmofilia e tetania, espasmo do soluço, perturbação gastro intestinal aguda, estados hipoglicémicos, situações tóxicas agudas, etc.; por outro lado teríamos a epilepsia sintomática de lesões permanentes localizadas em geral no córtex cerebral, consequência de afecções inflamatórias meníngeas e encefálicas, de lesões congénitas ou obstétricas, de traumatismos cerebrais, de tumores, de várias doenças degenerativas, etc., lesões que se podem limitar a um foco, epilepsia focal, ou serem difusas, com múltiplas lesões, epilepsia difusa, polifocal.

A utilidade prática que vemos nesta divisão é, sobretudo, do ponto de vista prognóstico, e pelo facto de ser o prognóstico um dos problemas mais importantes e mais difíceis de resolver, perante o aparecimento de uma crise convulsiva numa criança. Assim, o médico, em geral um pediatra, perante uma criança que acaba de ter uma primeira crise convulsiva, que deve pensar do diagnóstico correcto e das consequências que essa crise possa ter no futuro? Que deve dizer aos pais, naturalmente alarmados pelo espectro da epilepsia, doença tão popular e tão temida?

Pode tratar-se apenas de uma convulsão benigna sintomática, causada por um desequilíbrio metabólico ou hormonal passageiro e facilmente corrigível, por uma subida brusca de temperatura, enfim por múltiplas causas benignas e fugazes, dado que o cérebro infantil tem uma facilitação especial a reagir desta forma. Neste caso podemos ficar perfeitamente seguros que a crise convulsiva não terá qualquer consequência para o futuro da criança.


Se, por outro lado, se trata de uma crise consecutiva a lesões cerebrais produzidas por uma encefalite ou uma meningite, por uma lesão traumática ou degenerativa do sistema nervoso central, etc., o nosso prognóstico deve ser mais cauteloso e reticente, pois se um certo número de casos curam espontaneamente ao fim de algum tempo de uma forma definitiva, e se outros são já hoje completamente curados pela moderna cirurgia da epilepsia, outros, pelo contrário, devido ou à difusão, ou à extensão, ou à profundidade das lesões, estão sujeitos a sofrer de crises, até ao fim da sua vida, embora essas crises possam ser, em geral, bem controladas pelas drogas anti-convulsivas.

Mas, se, pelo contrário, estamos assistindo à estreia de uma epilepsia essencial, devemos ter consciência da gravidade da situação, cheia de pesadas consequências: consequências sociais, pela segregação e afastamento a que ainda estão sujeitos, nas comunidades em que vivem, os indivíduos rotulados de epiléticos; consequências psíquicas e mentais, pelo sentimento de inferioridade, insegurança, abatimento, egocentrismo, e algumas vezes, por uma oligofrénia que se vai tornando mais aparente com o correr dos tempos, ou por uma demência, após anos de ataques e de barbitúricos; consequências criminológicas por actos violentos praticados durante um raptus epilepticus ou um estado crepuscular; consequências, enfim, que o podem levar a uma morte prematura, pelo suicídio, por um status epilepticus irreversível ou por um acidente de viação ou queda, ocasionados por uma crise intempestiva.

Ora de que meios dispõe o clínico para situar correctamente a crise que acaba de ter o seu doente, neste conjunto vasto das convulsões? Como diz Marchand, são os pediatras que observam as convulsões infantis e são os neuropsiquiatras que assistem ao desenvolvimento da epilepsia. Mas se nós, neurologistas, enfrentamos por vezes grandes dificuldades para diferenciar a epilepsia essencial de outras situações, com manifestações semelhantes, sobretudo da histeria e da simulação, dispomos, no entanto, de um dado que é o mais importante e significativo entre a variabilidade e a inconstância dos outros dados da epilepsia criptogenética. Trata-se dos antecedentes pessoais. Na verdade, a repetição de crises idênticas sem causa aparente, durante anos, muitas vezes (50 %) começadas antes dos 10 anos, constitui o único dado clínico seguro para o diagnóstico da epilepsia essencial. Mas, precisamente dele não dispõe o pediatra que acaba de assistir a uma primeira crise infantil. Não lhe resta, pois, para decidir entre convulsões benignas, epilepsia sintomática ou epilepsia idiopática, que lançar mão de outros meios.

Pela *observação criteriosa da crise*, não pode tirar conclusões seguras, pois qualquer das formas convulsivas pode aparecer clinicamente com aspecto semelhante, aspecto que pode ir da crise formal com contracções clónicas, perda do conhecimento, mordedura da língua e incontinência dos esfíncteres, até à fugaz ausência, dificilmente perceptível ao observador, passando pelos equivalentes psíquicos, as crises acinéticas e os acidentes psico-motores. E justamente na infância, a atípia das crises é a regra.

A *idade do doente* pode dar-lhe certas indicações, uma vez que as convulsões infantis têm mais probabilidades de serem devidas a epilepsia sintomática se aparecem nos primeiros meses de vida (lesões congénitas ou obstétricas), ou serem antes a expressão duma epilepsia essencial, se surgem depois dos três anos, quando o desenvolvimento do córtex cerebral infantil exerce já uma acção inibidora sobre os centros sub-corticais, impedindo-os assim de reagirem facilmente, de uma forma convulsiva, às causas apontadas nas convulsões benignas infantis. Estas, por sua vez,



*Na hormonoterapia causal
das
perturbações senis no homem*

**DIMINUIÇÃO DA CAPACIDADE INTELECTUAL
E FÍSICA**

Insónia ♦ Impotência genital

HIPERTROFIA DA PRÓSTATA

Artrites endocrinas e dermatoses

PERTURBAÇÕES DA IRRIGAÇÃO PERIFÉRICA

Angina pectoris ♦ Impotência da fecundação
Enurese nocturna ♦ Infantilismo
Criptorquismo ♦ Distrofia adiposo genital

TESTOVIRON

HORMONA SEXUAL MASCULINA PURA

EMBALAGENS ORIGINAIS:

Para injeções:

4 ampolas de 10 mgr. cada

4 ampolas de 25 mgr. cada

Para aplicação perlingual:

20 drageas de 5 mgr. cada

Para implantação:

1 embalagem de 100 mgr. cada

SCHERING A. G. BERLIM

Representantes

QUIMIFAR, L.^DA

Rua da Madalena, 66 - s/1 - Lisboa

COMPRIMIDOS ULCERO-ESTOMACAIS

ROTER

Exercem um efeito rápido e seguro,
especialmente nos casos crónicos de

ÚLCERAS GÁSTRICAS E DUODENAIS

- RESULTADOS SURPREENDENTES
- MELHORAS SUBJECTIVAS, MUITO RÁPIDAS
- MELHORIA NOTÁVEL DO ESTADO GERAL
- AUSÊNCIA DE SINTOMAS DE INTOLERÂNCIA
- TERAPÊUTICA SIMPLES E CÔMODA

PHARMACEUTISCHE FABRIEK ROTER

HILVERSUM — HOLANDA

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS :

COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE

SECÇÃO DE REPRESENTAÇÕES

Rossio, 59-2.º - Esq.

LISBOA

aparecem pois, sobretudo, entre o 1.º e o 3.º ano de vida. Mas trata-se aqui, de meras conclusões tiradas das estatísticas e não há dúvida que uma primeira crise de epilepsia essencial pode surgir em qualquer idade da vida.

O *exame semiológico* do doente e a constatação de sintomas orgânicos do sistema nervoso, anteriores ou consecutivos à crise convulsiva, são de grande importância, sobretudo no diagnóstico da epilepsia focal, mas se as convulsões benignas são raramente acompanhadas ou seguidas de sinais neurológicos de organicidade, isto é também a regra, na epilepsia essencial. Por outro lado, ao contrário do que geralmente se julga, as alterações psíquicas e mentais não são muito frequentes na epilepsia essencial.

Pelos *antecedentes pessoais* poderemos também deduzir algumas indicações. Um parto distócico, prematuro ou muito longo, uma asfíxia post-natal, uma doença infecciosa, um traumatismo craniano, etc., são naturalmente dados que nos inclinarão a pensar numa epilepsia sintomática, mas nada nos dizem que nos permita diferenciar entre convulsões benignas e essenciais. Além disso, Brauwer, com toda a autoridade da sua experiência, mostra-nos, num recente trabalho, que um parto inteiramente normal, de uma criança de termo, pode ocasionar com certa frequência graves lesões, hematomas sub-durais, hemorragias intracerebrais ou meníngeas, amolecimentos, microcefalia e microgiria, etc., lesões que algumas vezes têm a sua primeira manifestação clínica, muitos meses depois, por uma crise convulsiva.

Os *antecedentes hereditários* são também de uma pequena ajuda. Se a hereditariedade da epilepsia idiopática tem sido amplificada e entronizada por certos autores racistas e esterilizadores, muitos outros, a maioria, é muito mais prudente na importância que concede à herança da epilepsia. Para Kinnier-Wilson, por exemplo, apenas 25 % dos comiciais têm antecedentes familiares.

Em resumo, uma crise convulsiva surgida depois dos três anos, sem causa aparente, durante o sono, iniciada por uma aura, num doente com alterações psíquicas e com antecedentes familiares, é uma crise que tem probabilidades de ser de natureza comicial. Mas, como dizia Abadie, não há senão um sinal de certeza, a repetição das crises. Ora como não podemos contar com uma história progressiva de ataques, na epilepsia debutante da criança, e como os factores citados raras vezes se encontrarão reunidos no mesmo caso, o problema do diagnóstico exacto duma convulsão infantil é, na verdade, um problema clínico muitas vezes insolúvel.

Ora este diagnóstico é já hoje possível, de uma forma segura, objectiva e permanente, em cerca de 90 % dos casos, graças a um aparelho — o electroencefalógrafo». O A. expõe a técnica do seu emprego.

CASOS DE ORNITOSE. — Uma série de observações de doença aguda, com sintomatologia pleuro-pulmonar nuns casos, abdominal ou mista nou-

tros, e com reacções de aglutinação aos proteus (OX19, OXK, ou OX2), levaram ao diagnóstico de rickettsioses; mas o A. emite a hipótese de, na maioria, se tratar de ornitose, aduzindo os seguintes argumentos:

O vírus da psitacose-ornitose é um intermediário morfológico e metabólico entre bactérias e rickettsias e os verdadeiros vírus, sendo possível que dê positividade da reacção de Weil-Felix. Os casos foram mais frequentes no sexo feminino e todos se observaram na quadra de Abril a Agosto, em que é mais frequente a ornitose. O quadro clínico foi semelhante aos das descrições didácticas da psitacose-ornitose. E, sobretudo, o aparecimento dos casos coincidiu com epizootia aviária, tendo os doentes contacto com as aves domésticas infectadas.

TRATAMENTO HIDROMINERAL DA CONSTIPAÇÃO. — De acordo com as causas locais da constipação habitual simples, há três indicações terapêuticas dominantes: exaltar as secreções digestivas, exaltar a motricidade intestinal, combater os espasmos. Com estas finalidades estão indicadas as águas de Caldelas ou Monte Real, devendo preferir-se as primeiras na constipação de predomínio espástico e essencialmente álgica, com grande irritabilidade nervosa, e as segundas em todas as formas atónicas ou com predomínio atónico, e particularmente para os casos em que as perturbações intestinais estão associadas a perturbações biliares; mas não há verdadeira opposição entre as indicações das duas estâncias, sendo vantajosa a sua associação, nalguns casos. O tratamento hidromineral tem ainda a vantagem de nas estâncias se poderem executar os três elementos essenciais do tratamento: reconfiança, relaxação e reeducação.

Para que o doente ganhe confiança na cura é preciso que o médico possa afirmar-lhe que não há também qualquer doença orgânica a motivar as suas perturbações. Para isso é indispensável praticar o toque rectal, pelo qual pode encontrar-se lesão (sobretudo cancro) que explique a diarreia pertinaz.

A relaxação dos sintomas é ajudada pelos efeitos espasmolíticos da água natural, em uso interno e externo, e pelo emprego da água mineral-medicinal, em ingestão, banhos, duches, aplicações abdominais e irrigações intestinais, de acordo com os caracteres de cada caso clínico; a terapêutica termal será coadjuvada por: fisioterapia, repouso e vida ao ar livre, regime alimentar adequado. Está contra-indicada nos cancerosos do tubo digestivo (mesmo apenas suspeitos), nos doentes com úlcera gastro-duodenal, nos tuberculosos intestinais ou peritoniais; são de observar as contra-indicações gerais dos tratamentos hidrominerais. A reeducação do hábito fecal, é de preceito.

No ponto de vista do tratamento há três classes de constipação: a) a que se cura com terapêutica dietética; b) a que desaparece com a terapêutica medicamentosa; c) a que cede à terapêutica hidromineral.

Quanto à dietética note-se a nova noção das substâncias anti-alimentares, que impedem o aproveitamento dos alimentos. A celulose em



excesso, para utilizar a sua acção mecânica, tem esse efeito, pois absorve os produtos da digestão, mas é necessário ingerir a quantidade suficiente para formação do bolo focal; por isso são de aconselhar, geralmente; pão integral, caldos de farinhas integrais, flocos de aveia, hortaliças (exceptos as brancas), frutas cruas, secas, oleaginosas. Abolir os alimentos que, por alergia, provocam perturbações intestinais. Muitos casos de constipação crónica habitual são simples consequência do regime alimentar e curam com a mudança de este.

Os laxativos podem nalguns casos resolver o problema, mas quase sempre não o resolvem ou sou prejudiciais quando usados habitualmente. Os espasmolíticos são de utilizar para atenuar os espasmos. Uns e outros, isolados ou associados, prestam serviços úteis, em determinados casos.

Há duas práticas de fácil execução e que por vezes dão bom resultado: a maçagem ou fricção rotatória e a compressa derivativa. A primeira faz-se seguindo o trajecto cólico, da direita para a esquerda; no jeito ou mesmo no acto da defecação, este a hora certa, para reeducação. A compressa derivativa, de toalha turca molhada com água quente ou fria, coberta por tira larga de flanela, para conservar o calor do corpo, aplica-se à noite, na cama, e deixa-se ficar até de manhã, para provocar boa reacção, sem a qual o seu efeito será nulo.

IMPRESA MÉDICA, XIV. — N.º 1 (25-XI-49): *La méthode en médecine*, por René Cruchet; *A esfluviação na hipertrofia das amígdalas e dos cornetos*, por Brás Nogueira. N.º 2 (25-XII-49): *Sobre o ritmo da seriação em angiopneumografia*, por Ayres de Sousa; *Os estudos médicos para post-graduados em Inglaterra* (conclusão do N.º anterior), por J. Andresen Leitão. N.ºs 3-4 (10 e 25-I-50): *Leptospiroses*, por Frederico Madeira. N.º 5 (25-II-50): *Vacinação antituberculosa pelo B.C.G.*, por Raúl Ribeiro.

LEPTOSPIROSES. — A primeira leptospirose a ser conhecida foi a doença de Weil, por este descrita em 1886, isolando-a do grupo confuso das hepatites e icterícias; com a descoberta do seu agente por Inada e Ido, no Japão, em 1914, ganhou foros de entidade nosológica definida, passando a ser mais bem conhecida com os casos observados na primeira guerra mundial. Depois, apurou-se que as leptospiroses são doenças dos animais, que se transmitem ocasionalmente ao homem, por meio de água ou alimentos conspurcados com a urina dos animais doentes, podendo a introdução fazer-se também pela pele, se houver qualquer solução de continuidade, mesmo pequena. As leptospiroses invadem o organismo rapidamente; a este período septicémico segue-se o da localização nas vísceras, e a doença, passado o período febril inicial, toma um aspecto tóxico, com tendência para o colapso vascular, hepatose, insuficiência renal e diátese hemorrágica. Há casos típicos, outros de reduzida sintomatologia, ou atípicos, assim como aparecem com variada gravidade, desde as formas

fulminantemente mortais até às medianamente graves; nestas a convalescência pode ser arrastada e ser interrompida por novos períodos febris. Os elementos mais importantes para o diagnóstico da doença de Weil são: 1 — subida brusca da temperatura com sensação de doença grave, cefaleias e dores nos gêmeos; 2 — injeccção ocular pericórnea; 3 — albuminúria e urobilinúria, aumento da velocidade da sedimentação e leucocitose neutrófila com linfogenia; 4 — icterícia do 2.º ao 8.º dia, com tom amarelo-limão. Nos casos oligossintomáticos pode ser útil a indicação epidemiológica: queda na água, banho em água superficial, contacto com ratos, profissão que favoreça a aquisição do agente. O diagnóstico laboratorial (pesquisa directa do parasita no sangue por ocasião da fase septicémica ou depois no sedimento da urina alcalina, inoculação intraperitoneal no cobaio, e sobretudo sero-aglutinação) confirmará o clínico. O diagnóstico diferencial tem de estabelecer-se com: atrofia amarela aguda do fígado, sépsis, febre tifóide, febre recorrente, febre amarela, febre biliosa hemoglobínica; mas é principalmente de fazer com a icterícia catarral (começo progressivo, febre pouco elevada, icterícia mais vagarosa e menos intensa, sem injeccção conjuntival e sem dores musculares, nem diátese hemorrágica ou manifestações renais nos casos leves), e com a gripe (fácil confusão no período septicémico, logo desfeita pela sequência, em que faltam o aspecto tóxico, os sinais hepáticos e renais e a fórmula leucocitária. O tratamento consiste na seroterapia, ou nas transfusões de sangue de indivíduos curados da doença, sendo os resultados tanto melhores quanto mais cedo for instituído; a penicilina em altas doses (como num caso do A.) tem-se mostrado benéfica, e a aureomicina, nas leptospiroses experimentais do cobaio, mostrou-se duas vezes mais activa que a penicilina.

Das várias leptospiroses que têm sido estudadas, só a doença de Weil tem sido descrita em Portugal; mas, em 1942, Fraga de Azevedo e Mendes da Silva encontraram a leptospira canícula nos rins de 3 cães, o que prova a existência de essa estirpe no país.

AMATUS LUSITANUS, VII. — N.º 8 (Junho de 1950): *Aspectos da imunização anti-difitérica numa área de Lisboa*, por José Cutileiro, Laura Ayres, G. Jorge Janz & A. Marques Cardoso; *Reocupação, reeducação e terapêutica ocupacional*, por Manuel Farmhouse; *Quisto hidático solitário calcificado do epiplon*, por J. Celestino da Costa.

IMUNIZAÇÃO ANTI-DIFITÉRICA. — Trabalho do Centro de Saúde de Lisboa, que procedeu ao estudo da imunidade natural de parturientes (90) e recém-nascidos (90) na Maternidade Alfredo da Costa, de lactentes (71), de crianças de 1 a 6 anos (120), de escolares (476), de estudantes adultos (42), pela prova de Schick. A imunidade natural em parturientes e recém-nascidos existe em 80 por cento. No lactente vai baixando até que, no segundo semestre de vida, já é só de 16 por cento. Nos anos seguintes

Aminacyl-

Granulado

WANDER

NA SUA NOVA FORMA GRANULADO CÁLCICO

(p-aminosalicilato de cálcio, 85 %)

ÓPTIMA TOLERANCIA

ALTA CONCENTRAÇÃO

MEDICAÇÃO CÁLCICA SUPLEMENTAR

O AMINACYL GRANULADO convém particularmente ao tratamento dos doentes anoxéricos, caquéticos, sensíveis, às crianças e sempre que estejam indicadas doses elevadas de P. A. S.

CAIXAS DE 100 GRs. 275\$00

Outras formas do AMINACYL WANDER:

NOVOS PREÇOS

FRASCOS DE 250 DRÁGEAS (SAL SÓDICO) 275\$00

CAIXA DE 3 AMPOLAS DE 10 c. c. A 20 % 75\$00

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PRODUTOS WANDER, L.^{DA}

Avenida Sidónio Pais, 24-r/c D.^{to}

LISBOA

MULTIVITAM

ANDRÓMACO

GOTAS POLIVITAMINICAS
AQUODISPERSIVES



8 VITAMINAS ESSENCIAIS
MISCIVEIS EM AGUA, LEITE E
OUTROS ALIMENTOS

SEM ALCÓOL
PERFEITAMENTE ESTÁVEIS
DE FÁCIL ADMINISTRAÇÃO
DE SABOR AGRADÁVEL
ABSORVÍVEIS

APRESENTAÇÃO: FRASCO COM 15 c.c.

PREPARADO NOS

LABORATÓRIOS ANDRÓMACO, LDA.
RUA ARCO DO CEGO, 90 • LISBOA • PORTUGAL



CADA CC. CONTEM

VITAMINA A	10.000 UI
VITAMINA D	2.000 UI
VITAMINA B ₁	2 Mgr.
VITAMINA B ₂	1 "
VITAMINA B ₆	2 "
VITAMINA C	100 "
NICOTINAMIDA	6 "
PANTOTENATO DE SÓDIO	4 "

aumenta progressivamente, por virtude dos repetidos contactos, de modo que dos 7 aos 12 anos estão inunes dois terços dos escolares das classes pobres. Nos estudantes adultos, por virem de meios onde os contactos são menos frequentes, a imunidade só se verificou em 40 por cento. De aqui se conclui que é no segundo semestre de vida que é preciso fazer-se a vacinação em massa das crianças; os dados assim colhidos coincidem com as estatísticas de morbidade e mortalidade, que mostram ser depois dos seis meses e até à idade escolar que a doença é sobretudo frequente e grave.

Sobre a campanha da vacinação, realizada durante onze anos numa freguesia da capital, os AA. mostram as dificuldades que se encontram para a verificação dos seus resultados, por motivo da insuficiência de elementos, sendo necessárias todas as cautelas na elaboração de conclusões; o que não invalida a já muito bem estabelecida eficiência da vacinação.

JORNAL DO MÉDICO. — N.º 384 (3-VI-50): *A silicose, doença profissional, em face da legislação portuguesa do trabalho*, por João Porto; *Casística médico-legal dos desastres de trabalho*, por Luís Guerreiro. N.º 385 (10-VI-50): *Bases da orientação da luta antituberculosa em Portugal pela vacinação e micro-radiografia*, por Casanova Alves; *Os progressos da teoria infecciosa do cancro*, por René Sudre. N.º 386 (17-VI-50): *Os trabalhos sobre a antibiose e os antibióticos até à introdução da penicilina na terapêutica*, por G. Daguet; *distribuição da tsé-tsé em Angola*, por Alexandre Sarmiento. N.º 387 (24-VI-50): *Mortalidade feto-infantil*, por A. César Anjo. N.º 388 (1-VII-50): *Novas perspectivas da vacinação contra a tuberculose pelo B.C.G.*, por Lopo de Carvalho. N.º 389 (8-VII-50): *Análise clínico-psicológica da gaguez numa criança*, por M. Schachter; *Curiosa porta de entrada em um caso de febre escaro-nodular*, por F. R. Ribeiro Leitão. N.º 390 (15-VII-50): *A hipertensão arterial e o sistema nervoso* (conclusão do N.º anterior), por Diogo Furtado. N.º 391 (22-VII-50): *Doenças muco-cutâneas e tratamento gereziano*, por Celes-tino Maia. N.º 392 (29-VII-50): *Profilaxia da tuberculose pela B.C.G.*, por J. Ferreira de Carvalho; *Medicina e eutanásia*, por Louis Portes; *Declaração obrigatória das doenças contagiosas*, por Augusto da Silva Travassos.

A HIPERTENSÃO ARTERIAL E O SISTEMA NERVOSO. — No estado normal a regulação da tensão arterial é em grande parte função nervosa e particularmente cerebral, o que está provado amplamente. Os estímulos partidos da distensão da aorta e da carótida dão origem a reflexos reguladores da pressão, que partem do sistema nervoso central para os vasos das extremidades e para os nervos esplâncnicos; chegadas aos centros do tronco cerebral as excitações indicativas de hipertensão, de elles partem estímulos dirigidos aos núcleos do pavimento do terceiro ventrículo,

núcleos diencefálicos reguladores da vida vegetativa, de onde novas correcções reflexas da hipertensão, por excitações não só nervosas como humorais, de secreção de substância hipopressora resultante de uma hormona hipofisária. Outras formas de regulação devem existir, como indicam a existência de substâncias pressoras no líquido céfarraquídeo e a produção experimental de substância hipertensora na parede dos vasos mediante incitação nervosa. A clínica e a experimentação mostraram a acção nítida das lesões do sistema nervoso sobre a tensão arterial, quer elevando-a, quer abaixando-a; lesões a diversos níveis, desde os nervos periféricos até à medula, ao bulbo, ao diencefalo e até à região cortical. O sistema nervoso vegetativo tem íntimas relações com a tensão arterial, aproveitadas para produzir a queda de esta por meio de bloqueios ou ressecções do simpático. E poderiam invocar-se factos de natureza psíquica para mostrar ainda que a regulação tensional é sobretudo uma função de origem puramente neurogênea e que na hipertonia essencial o sistema nervoso tem importante papel; não tem sido possível explicar o aumento das resistências periféricas do sistema circulatório (principal factor da hipertensão arterial) por mecanismo exclusivamente humoral.

Resumida assim a exposição do A. sobre a regulação da tensão arterial, algumas linhas sobre os dois temas que versa: fundamentos e consequências psicológicas da hipertonia arterial, aspectos da encefalopatia hipertensiva.

Do primeiro tema extrai-se o seguinte: os estudos de psico-somática, dos quais o de Gressel (que apurou maior frequência de hipertonia essencial nos indivíduos de um comportamento compulsivo obsessivo), não podem levar à conclusão de que a hipertonia seja a consequência de uma psicogénese particular, ou que dê lugar a modificações psicológicas específicas; é possível que coexista com um biótipo morfológico e reaccional, com coexistência das condições psicológicas, físicas e nervosas da hipertensão, provavelmente hereditárias.

Quanto à encefalopatia hipertensiva (da qual se excluem convencionalmente os grandes acidentes do tipo do insulto apoplético, tendo como consequências defeitos focais permanentes), é um síndrome clínico caracterizado por pequenos acidentes cerebrais repetidos, reversíveis totalmente ou deixando após si apenas escassos sintomas de *deficit*. Tem dois aspectos, com diversa sintomatologia e patogenia: o da hipertensão aguda (pseudo-uremia de Volhard) na qual domina a hipertensão craniana, com convulsões e coma, em geral sobrevindo com moderada hipertensão periférica, e que depende do edema formado pelas perturbações da vasomotricidade cerebral; e o da hipertensão crónica que se manifesta pelos referidos pequenos acidentes, dependentes das alterações das paredes das arteríolas produzidas por sucessivos espasmos, consecutivos a variações da tensão arterial. Mas o esquema da encefalopatia hipertensiva, que merece ser mantido, tem o seu quê de artifício nosológico: entre os grandes ictos e os pequenos acidentes apontados há toda a casta de transições

imprecisas, tanto clínicas como anatómicas, e por outro lado a encefalopatia hipertensiva faz a transição para a arteriosclerose cerebral que é a sua expressão morfológica, e para a uremia e quadros de insulto apoplético, dos quais os pequenos acidentes são geralmente os precursores; no ponto de vista anatómico, também não há transições nítidas entre as lesões encontradas na hipertonía essencial e as verificadas na arteriosclerose.

ACTA ENDOCRINOLOGICA ET GYNÆCOLOGICA, III. — N.º 4 (Abril): *Investigaciones sobre la placenta en el aborto*, por J. Botella & J. Tamargo; *Cancro mamário masculino e hormonoterapia*, por Eduardo Serrano; *O problema das adenóides*, por Meyrelles do Souto; *Artritis reumatóides y reumatismo metabólico*, por Gregório Marañón. N.º 5 (Maio): *Sobre a associação de certas células ováricas com o cancro do endométrio*, por C. Strecht Ribeiro; *Crenoclimatologia del crecimiento*, por A. Castillo de Lucas; *Estrogénios por via oral*, por Mário Cardia.

O PROBLEMA DAS ADENÓIDES. — As perturbações ocasionadas pelas vegetações adenóides não podem explicar-se apenas pela obstrução mecânica das fossas nasais. As relações íntimas do trigémio com o gânglio de Meckel e por seu intermédio com o simpático, justificam a repercussão sobre este e sobre a hipófise; assim, admite a disfunção hipofisária causada pelas alterações de ordem infecciosa, vascular e nervosa, devidas às vegetações, disfunção que se traduz por perturbações de ordem geral, mesmo na ausência dos sinais próprios do adenoidismo.

GAZETA MÉDICA PORTUGUESA, III, 1950. — N.º 1 (1.º trimestre): *Problemas e aquisições recentes na febre tifóide*, por Cristiano Nina; *Pneumo-retroperitoneu*, por Ribeiro de Rosário, Damião Pires, Taborda Duarte e Idálio de Oliveira; *Acidentes da insulino-terapia nos diabéticos*, por Santos Silva, Filho; *Lição de abertura da cadeira de Patologia Cirúrgica*, por J. Cid dos Santos; *Adenoma brônquico*, por Bello de Moraes; *O diagnóstico precoce do abdómen agudo*, por Manuel Frazão; *Um caso de endoaortite primitiva «a viridans»*, por Amílcar Gonçalves e A. Ribeiro Santos; *Resistência microbiana às drogas quimioterápicas*, por F. R. Selbie; *Quimioterapia das rickettsioses e doenças de vírus*, por C. H. Andrews e Harold King; *Efeitos digitálicos antagónicos*, por Aníbal Castro; *Um caso de úlcera crónica da grande curvatura do estômago simulando carcinoma*, por A. E. Mendes Ferreira e Ayres de Sousa; *A medicina industrial*, por M. Marques da Gama; *O bloqueio anestésico dos nervos esplâncnicos na febre biliosa hemoglobínúrica*, por C. Lehmann de Almeida; *Atresia das vias biliares*, por J. Celestino da Costa e Amílcar Gonçalves; *Sobre a situação presente da ressecção pulmonar na tuberculose*, por Leonardo Coimbra; *Tubocurarina y Flaxedil por via arterial*, por J. Cid dos Santos e E. Lopes Soares; *Curarísantes naturais e sintéticos*, por

E. Lopes Soares; *Exoftalmo por mucocelo do seio frontal*, por H. Moutinho, Silva Alves e Albuquerque de Freitas; *Líquen plano grave*, por M. Caeiro Carrasco, Carlos Lapa e Leitão Bandeira; *A terapêutica tissular na úlcera da perna*, por A. Ramos Chaves e Luís Matos; *Estado ictiósico*, por Arnaldo Tanissa e Vergílio Nunes; *Métodos radiológicos de exploração do aparelho circulatório e suas indicações*, por Martins da Silva; *Dente aberrante supranumerário na fossa nasal esquerda*, por J. A. de Campos Henriques; *Lúpus eritematoso disseminado*, por Mendonça da Cruz; *Possibilidades da cirurgia ortopédica em reumatologia*, por José Botelho; *O factor Rb*, por Abel F. Cancela de Abreu e António Pedro Franco.

EFEITOS DIGITÁLICOS ANTAGÓNICOS. — Os preparados digitálicos podem provocar extra-sístoles, fibrilações e pulsos aternantes, ao mesmo tempo que melhoram e fazem desaparecer estas anormalidades, chegando a obter-se com eles a reposição completa do ritmo fisiológico, desde que correctamente empregados. O antagonismo explica-se pela diversidade das situações mórbidas em que são chamadas a intervir, em relação com o estado do doente e com as reacções de este ao medicamento; ele é mais aparente que real, como se deduz das acções dos digitálicos sobre o fluxo coronário, a frequência cardíaca, o volume do sangue circulante, a tensão venosa e os débitos cardíacos, acções que tanto podem ser clinicamente úteis, como prejudiciais, sendo necessário para a boa utilização de tais drogas o conhecimento de cada uma de essas acções. O A. desenvolve estes temas.

SOBRE A SITUAÇÃO PRESENTE DA RESSECÇÃO PULMONAR NA TUBERCULOSE. — Resenha das opiniões de alguns dos mais categorizados cirurgiões torácicos de Londres, que a praticam nos casos em que a colapso-terapia se mostrou ineficaz, persistindo caverna e baciloscopia positiva; nos de lesões estenosantes e persistentes dos brônquios principais e dos lobares, com infecção associada a juzante do aperto; nas bronquectásias intensamente sintomáticas com lesões do parênquima, dando hemoptises repetidas; nos tuberculomas muito grandes. Dividem-se as opiniões a respeito das lesões cavitárias do lobo inferior e do médio, assim como para as grandes cavernas do lobo superior. O pulmão destruído por lesões cavitárias e cirróticas também é tributário da pneumectomia, assim como as cavidades insufladas que não curam medicamente; a rotura de cavidades tuberculosas com empiema consecutivo é, para Price Thomas, indicação de pleuro-pneumectomia.

Mencionando as contra-indicações da ressecção pulmonar, o A. fecha o relato com o seguinte comentário: «Esta cirurgia, tão esperançosa quanto se afigure, se revela demasiado uma terapêutica de recurso, vivendo em parte numa fase de tendência experimental com resultados a distância mal definidos».

A TERAPÊUTICA TISSULAR NA ÚLCERA DA PERNA. — Parece que o tecido vivo, colocado nas condições de vitalidade, segrega estimulinas ou substâncias biogénicas, criadoras de vida. A terapêutica tissular baseia-se nesta propriedade, que os factos provam ser exacta, tanto com tecidos animais como vegetais. O método foi pela primeira vez empregado por Filatov, em 1933, no tratamento de lesões oculares, em especial na retinite pigmentar. Estendeu-se depois a várias outras lesões, sobretudo para tratamento de feridas átonas, cotos dolorosos e nevralgias.

Consiste em implantar na pele, geralmente do ventre ou da coxa, um pedaço de tecido previamente preparado; a incisão feita para a inclusão sutura-se com agrafes ou dois pontos. Para evitar infecção, há quem esterilize ou tinalize o tecido a implantar, o qual, depois de colhido, deve ficar em frigorífico, à temperatura de 0-4 graus, durante uma semana pelo menos. Com fragmentos do tecido preparam-se extractos, para injectar.

Os AA. empregaram a placenta, por inclusão, em 10 casos de úlcera da perna e observaram efeito nítido sobre a granulação; em 7 as dores diminuíram. Noutros 5 casos empregaram extractos de placenta e os resultados foram igualmente favoráveis. Pelo que concluem que o método tem real valor como auxiliar do tratamento da úlcera da perna.

A preparação da placenta faz-se assim: depois de retirada do frigorífico, é cortada em pequenos cubos, que, lavados cuidadosamente, se metem numa caixa de Petri, que se coloca em estufa a 70 graus; de esta passam para frascos esterilizados, cada um com seu cubo, que se esterilizam em autoclave. O extracto prepara-se com os fragmentos, que se deixam a macerar em água destilada (100 gr. para 10 de tecido) durante uma hora; submete-se o frasco a banho-maria, até ebulição que durará 2 minutos; filtra-se por gaze, volta ao banho-maria da mesma forma, mete-se em ampolas, que se esterilizam, e conservam no frigorífico, utilizáveis durante 3 meses.

As implantações fazem-se geralmente uma só vez. O extracto emprega-se em injecções diárias de 3 a 5 cc., por séries de 20 a 30.

REVISTA CLÍNICA DO INSTITUTO MATERNAL. — N.º 6 (Vol. II, 1950): *Reprodução e vitamina B*, por D. Pedro da Cunha; *Otitis médias do lactente*, por A. Barata Salgueiro; *Disgerminoma do ovário numa grávida de 6 meses*, por J. Oliveira Campos; *Contribuição para o estudo das células polinucleadas do esperma humano*, por Jorge Braz; *Rim e quisto do ovário*, por Machado Macedo.

OTITES MÉDIAS DO LACTENTE. — Depois de definir a afecção, sua etiologia e patogenia, trata o A. da sintomatologia, começando por abordar o tema da infecção parenteral na produção dos estados de transtorno nutritivo; e pensa que quando há diarreia de tipo parentérico (serosa, sem cheiro activo, não modificada por algumas horas de pausa alimentar)

precedida por vômitos, com desidratação, intranquilidade sobretudo nocturna, febre ausente ou pouco elevada, coexistindo isto com rino-faringite, pode afirmar-se a existência de otite. Pode colher-se o sinal da dor provocada por moderada pressão sobre o tragus. A otoscopia não dá, muita vez, sinais elucidativos, deixando dúvidas sobre o estado do ouvido médio; por isso, na incerteza, intervir. A miringectomia esclarecerá então o diagnóstico: no tímpano normal, a agulha de paracentese, ao atravessar a membrana dá a sensação táctil de atravessar pergaminho, ouvindo-se um estalido próprio: não provoca hemorragia. A sensação de se atravessar um tecido mole, a ausência do estalido, a saída de líquido hemático, indicam a existência de fenómenos inflamatórios. Assim, até aos seis meses de idade, o clínico é avisado da otite média, não pelos sinais locais, mas pela sintomatologia geral.

Passada essa idade, já com frequência a otite toma o aspecto sintomatológico clássico, o que sempre sucede passado o ano de idade. Pode-se aguardar com calma a evolução da doença e assistir aos efeitos da medicação pelas sulfamidas e pelos antibióticos; tendo-se reconhecido que o bacilo de Friedlander é muitas vezes o agente causal, adopta como sistema o emprego da associação penicilina-estreptomicina, com a qual tem obtido bons resultados.

RIM E QUISTO DO OVÁRIO. — Para o diagnóstico dos tumores percebidos pela palpação da parede abdominal, um dos caracteres que primeiramente convém apurar é a sua situação em relação ao peritoneu. Na falta de sintomatologia funcional que elucide, isso nem sempre é fácil; o rim é um dos órgãos que importam para o diagnóstico diferencial, sobretudo com o quisto ou o tumor do ovário. Estes podem ser simulados por rim ectópico, e hidronefrose ou pionefrose, principalmente quando a tumefacção tem volume médio e relativa imobilidade. O exame uro-radiológico esclarece esses casos: urografia e sobretudo pielografia ascendente para a ectopia renal, urografia e cromocistoscopia para a hidro ou pionefrose. O A. relata 3 casos, em que doentes, com diagnóstico de quisto do ovário, foram laparotomizadas; em duas a tumefacção correspondia a rim pélvico esquerdo, na outra a pionefrose esquerda.

ANAIIS DO INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL. — Vol. vi, 1949 — *Sobre o combate ao sezonismo no território de Goa*, por F. J. C. Cambournac; *Quadro hemático e medular do hamster dourado*, por Carlos Trincão, Pinto Nogueira e Egdio Gouveia; *As parasitoses intestinais nas crianças de alguns asilos de Lisboa*, por Fraga de Azevedo, Mário Coelho e Fernanda de Carvalho; *O valor de punção esternal no diagnóstico da tripanosomíase humana*, por F. G. Cruz Ferreira e C. Lehmann de Almeida; *Note on Holomastigoitoides operculatum*, por I. Froilano de Melo; *Os primeiros dados sobre a existência da schistosomíase vesical na Guiné Portuguesa*, por Augusto R. Pinto; *O tratamento das boubas*

com o S.T.B., por F. S. Cruz Ferreira e A. R. Pinto; *Mais um ixodídeo do grupo Aponomma para a fauna de Moçambique*, por J. A. Santos Dias; *Breve ensaio comparativo da acção do D.D.T. e do B.H.C. sobre moscas domésticas*, por L. A. Cayolla da Mota; *O miracil D no tratamento da schistosomiase vesical*, por A. T. Feijó Colaço; *Algumas microfilárias dos animais da Guiné*, por João Tendeiro; *Contribuição para o estudo da teratologia dos ixodídeos*, por J. A. Santos Dias; *Cultura simples de Mosca doméstica pelo método de Hafez modificado*, por L. A. Cayolla da Mota; *Insects in control*, por R. M. Gordon; *Est-il facile d'étudier une mycose?*, *Valeur des caractères cultureux en mycologie médicale*, *L'allergie et la prémunition mycosiques*, *Eléments de paludométrie*, por A. Cotonei; *O quadro hemático da anemia hemolítica do recém-nascido*, por Carlos Trincão; *Little know tropical diseases*, por Aldo Castellani; *Relatório de uma viagem de estudo a alguns países da América do Sul*, por A. Salazar Leite; *Relatório da Missão de estudo e combate da doença do sono na Guiné (1948)*, por F. A. Cruz Ferreira; *Relatório sobre as actividades do Instituto em 1948*, por J. Fraga de Azevedo.

O MIRACIL D NO TRATAMENTO DA SCHISTOSOMÍASE VESICAL. — Foi ensaiado em 15 doentes provenientes do Algarve. Só 3 conseguiram suportar o tratamento completo de cinco dias (dose de 20 mgr. diários), 5 suportaram-no durante quatro dias, e os restantes tiveram que o abandonar ao segundo ou terceiro dia, pela indisposição que sentiam. A droga dá os seguintes sintomas tóxicos: coloração amarela da pele, zumbidos, vertigens, cefaleias e náuseas, pelo que não é aconselhável o seu emprego em massa. Os resultados foram, nos 8 que se trataram suficientemente, cinco curas. Comparando-os com os muito melhores, obtidos por Blair, o A. emite a hipótese da existência em Portugal de uma diferente estirpe do *Schistosoma haematobium*.

A ALERGIA E A PRÉMUNICÃO MICÓICAS. — Há muito se sabe que os indivíduos afectados de certas formas de tinha resistem geralmente a novas contaminações; o A. provou experimentalmente este facto. Nas tinhas, a reinoculação, depois da cura, provoca uma reacção cutânea de curta duração, que é um fenómeno alérgico, como o são as reacções, locais ou gerais, provocadas pelos produtos de secreção dos cogumelos das tinhas. A resistência adquirida entra no quadro da prémunção, por resultar de uma infecção, activa ou latente; pesquisas experimentais provaram a disseminação dos agentes no organismo e a possibilidade da sua persistência em vários órgãos. Assim, as micoses oferecem aspectos de patologia geral semelhantes aos das doenças por protozoários e aos de algumas doenças microbianas.

MEDICINA, XIII. — N.º 65 (Março de 1950): *O professor Egas Moniz, prémio Nobel*, por A. Celestino da Costa; *O factor Rb*, por

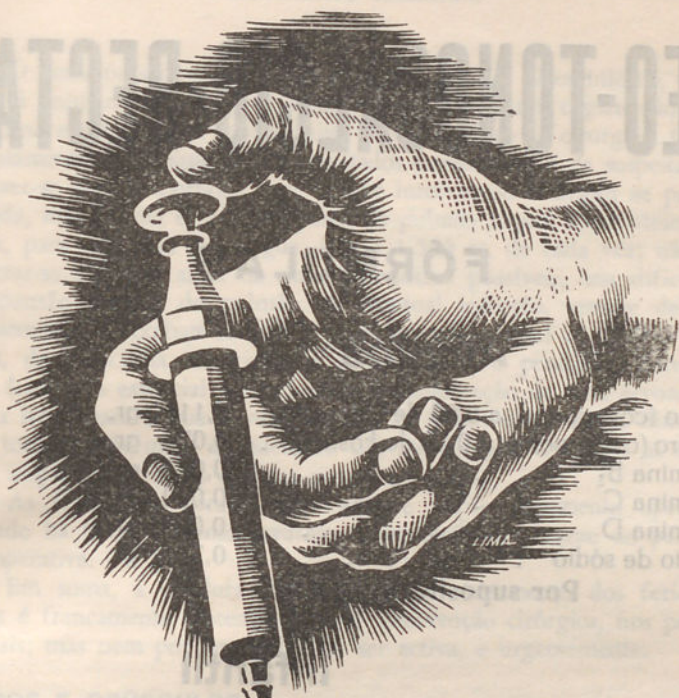
Carlos Trincão e Silva Nunes; *Professor João Maia de Loureiro*, por José Cutileiro; *O exame directo antes e depois da microscopia por contraste de fase*, por Oswaldo Dias Amado; *Trabalho de equipa*, por David Ferreira, N.º 66 (Julho de 1950); *A formação das elites*, por Reynaldo dos Santos; *Os ritmos a três tempos e em especial o ritmo de galope*, por J. Moniz de Bettencourt; *Traumatismos do tórax*, por J. Celestino da Costa; *Os estudos sobre circulação renal de Josep Trueta e seus colaboradores*, por Fernando Moreira de Pádua.

TRAUMATISMOS DO TÓRAX. — Lições para alunos, tratam sucessivamente de: as bases da anátomo-fisiologia do tórax; os vários agentes traumatizantes e seu mecanismo de acção (etiopatogenia); as alterações orgânicas (anatomia patológica) e funcionais (fisiopatologia) geradas pelo traumatismo; a exteriorização clínica (sintomas) daquelas alterações, sua patogenia e seu agrupamento em síndromas (quadros clínicos); a terapêutica. Exposição didáctica, da qual resumimos a parte relativa à terapêutica, cuja orientação clássica foi modificada pelos ensinamentos obtidos na última guerra mundial, com impressionante redução da mortalidade.

Os factores que condicionaram essa melhoria foram; 1 — a consideração das feridas pleuro-pulmonares à luz das modificações da dinâmica cárdio-respiratória por elas produzidas, do que resultou praticar-se terapêutica não operatória como medida de urgência imediata, para fazer cessar, primeiramente, aquelas modificações; 2 — Diminuição da gravidade da toracotomia, mercê do emprego da baro-narcose; 3 — Maiores possibilidades de dominar a infecção. Para instituir a terapêutica têm de se contar com três ordens de factos: 1 — As consequências gerais do traumatismo (choque, máscara equimótica, etc.); 2 — As consequências puramente parietais (contusão, ferida, fractura de costelas); 3 — As consequências funcionais: pleuro-pulmonares (hemotórax, pneumotórax, enfisema, empiema), cárdio-vasculares e mediastínicas. Deixando de lado o choque e as contusões, feridas e fracturas (cujas normas de tratamento não apresentam novidades), eis o que merece registar-se quanto à terapêutica das repercussões na dinâmica cárdio-respiratória:

Se o pneumotórax fechado não representa especial problema, o pneumotórax aberto, aspirante, e o fechado sob tensão, valvular, requerem tratamento urgentíssimo, aliás de fácil realização. No p. aberto fazer a oclusão da ferida com um penso de gaze humedecida (ou de pano, se não houver gaze), sustido por adesivo, de modo a ficar estanque; a oclusão cirúrgica ficará para depois, sob baro-narcose. No p. valvular fazer sair o ar da cavidade pleural por meio de introdução de uma agulha grossa, de modo a tornar a pressão intrapeural igual à pressão atmosférica; há agulhas valvuladas que permitem prolongar a aspiração do ar pleural durante o transporte do doente. Em qualquer de essas situações, os procedimentos indicados, ao alcance de qualquer médico, dão melhoras imediatas, evitando mortes iminentes.

INSTITUTO LUSO-FARMACO, L.^{DA}



PROCILINA

OLEOSA e AQUOSA

Um produto consagrado pela experiência

UMA NOVA PROCILINA

PROCILINA aquosa ESTÁVEL

SUSPENSÃO AQUOSA DE **PENICILINA G PROCAIMA**

PRONTA A APLICAR

Ampolas de 400.000 U.O.

Únicos depositários:

PAOLO COCCO, L.^{DA}

LISBOA: R. do Quelhas, 14 - PORTO: R. Fernandes Tomás, 480 - COIMBRA: Av. Fernão Magalhães, 32

NEO-TONOCÁLCIO-RECTAL

FÓRMULAS

Adultos

Cálcio (correspond. a 0,80 de Ditionato) .	0,116	gr.
Fósforo (correspond. a 0,15 de Fosfato) .	0,070	gr.
Vitamina B ₁	0,003	gr.
Vitamina C	0,020	gr.
Vitamina D	0,0001	gr.
Citrato de sódio	0,30	gr.

Por supositório de 3 gr.

Infantil

Cálcio (correspond. a 0,40 de Ditionato) .	0,058	gr.
Fósforo (correspond. a 0,15 de Fosfato) .	0,035	gr.
Vitamina B ₁	0,003	gr.
Vitamina C	0,020	gr.
Vitamina D	0,0001	gr.
Citrato de sódio	0,15	gr.

Por supositório de 2 gr.

APRESENTAÇÃO

Neo-Tonocálcio Rectal Adultos: Caixas de 12 supositórios de 3 gr.

Neo-Tonocálcio Rectal Infantil: Caixas de 12 supositórios de 2 gr.

LABORATÓRIOS "LAB"

Direcção Técnica do PROF. COSTA SIMÕES

AVENIDA DO BRASIL, 99 — TEL. 74812

O hemotórax só interessa ao clínico geral, nas fases iniciais, quando se está formando; depois, as actuações no hemotórax organizado (assim como no empiema e na mediastinite) são já de foro do cirurgião. Quando o tratamento do choque só der resultados transitórios, é de suspeitar estar a fazer-se uma hemorragia, que requer intervenção cirúrgica se parte da parede, mas (o que é raro) se parte do pulmão requer toracenteses repetidas, para aspiração do sangue, 400 a 1.500 cc. de cada vez; não deve injectar-se ar, que, além de outros prejuízos possíveis, iria dificultar a reexpansão precoce do pulmão. A eventual infecção, sempre de temer no hemotórax, combate-se com a injeção endo-pleural de 30.000 U., ou mais, de penicilina, associada às sulfamidas e à penicilina parentenal.

Indicação essencial é a referente à manutenção de uma árvore brônquica livre, para o que devem evitar-se os sedativos da tosse, diminuir a dor torácica por meio de anestesia dos intercostais, encorajar as respirações amplas; aspirações directas nos casos graves.

As feridas do coração nem sempre impõe tratamento operatório; quando há tamponamento cardíaco, a aspiração do sangue do pericárdio é imperativa.

Em suma, a conduta hoje seguida no tratamento dos feridos de tórax é francamente abstencionista de intervenção cirúrgica, nos períodos iniciais; mas nem por isso deixa de ser activa, e urgentemente.

LIVROS E OPÚSCULOS

SEGUNDA CENTUPIA DE CURAS MÉDICAS, de Amato Lusitano; prefácio e tradução de Firmino Crespo e José Lopes Dias. (Instituto Português de Oncologia, Lisboa, 1949).

Em separata do «Arquivo de Patologia», este volume continua a benemerita divulgação da obra do grande médico do século XVI, pela qual se afere, com interessantes pormenores, o carácter da medicina de essa quadra.

ACTUALIDADES E UTILIDADES MÉDICAS, por Tomé de Lacerda, António de Lacerda, Frederico Madeira e Rosado Pinto. — XVII, 1950, 1.º Quadrimestre. (Lisboa, 1950).

Mais um volume de esta colectânea de resumos de trabalhos publicados em revistas nacionais e estrangeiras. Contém 82 notas sobre os mais variados assuntos de clínica e terapêutica.

A HOMENAGEM DA ACADEMIA DE COIMBRA AO PROF. EGAS MONIZ. (Ed. da Associação Académica, Coimbra, 1950).

Colige o discurso do presidente da Academia, estudante Fernando Rebelo, a conferência de Egas Moniz — «Coimbra, nobre cidade», e a alocução com o que o Reitor da Universidade, Prof. Maximino Correia, encerrou a sessão de homenagem.

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

Obstruções intestinais

Súmula da literatura do ano de 1949, apresentada por SÍLVIO LEVY in *Revista Brasileira de Gastroenterologia* (II, Março-Abril de 1950):

« — As obstruções intestinais por seus múltiplos problemas clínicos, fisiopatológicos e terapêuticos, continuam a atrair a atenção de pesquisadores, clínicos e estudiosos, permanecendo como assunto não totalmente resolvido e portanto merecedor de mais esforços visando diminuir a mortalidade e a morbidade de que ainda se acompanham.

Esta revisão de artigos publicados no decorrer de 1949 teve por fim anotar e salientar opiniões actuais e dados novos sobre o assunto. Concorrerão sem dúvida para completar e esclarecer conceitos clássicos, e introduzir eventualmente outros novos. Nossa tentativa não pode ser considerada completa, devido às dificuldades existentes para obtenção de revistas, principalmente as de procedência europeia e, por isso mesmo, a maioria dos autores citados é anglo-saxónica, convindo lembrar que a eles devem-se as mais recentes aquisições sobre a terapêutica das afecções cirúrgicas em geral, e dos ileos em particular.

EXPERIMENTAÇÃO

Desvascularização do intestino — Os distúrbios vasculares nos ileos estrangulados e nas obstruções vasculares, causam, além da desvascularização de segmentos intestinais, fenómenos ainda mal explicados, objecto de muitas controvérsias. Quando este factor vascular é estudado isoladamente, por meio da ligadura de um ou mais vasos, as conclusões são mais precisas. Assim é que a extensão de intestino gangrenado compatível com a vida foi estudada em coelhos por GASTER e cols., e em cães, por HILL e cols. Verificaram que a ligadura dos vasos rectos de segmentos intestinais permite a sobrevida sem consequências maléficas desde que a extensão de delgado desvascularizado não seja maior que 7 cm. Extensões maiores resultam em gangrena e perfuração com morte dos animais em proporção e prazos variáveis, sendo a duração da vida inversamente proporcional à extensão do intestino isquemiado.

Revascularização do intestino — DERR e cols., assim como NOER e cols. observaram que a simples ligadura das artérias mesentéricas de cães, às vezes não é seguida de morte: é necessário seccioná-las para que não ocorra recanalização do vaso, possibilidade aventada para explicar a sobrevida de alguns animais. Apenas 50 % de mortalidade ocorreu nos casos em que não mais de 15 cm. de delgado foram privados de circulação, por meio da secção dos vasos rectos correspondentes, o que vem mostrar que a desvascularização de segmentos de delgado é compensada pela capacidade de revascularização inerente ao intestino canino e que depende das anastomoses intramurais nas tunicas intestinais. Estas assumem papel fundamental no restabelecimento da circulação, mostrando estes autores que através das mesmas, territórios bastante afastados podem-se comunicar, permitindo a revascularização de segmentos ileais desprovidos de circulação arterial mesentérica. Ademais, a aderência ao epíplo, ao peritónio parietal e a outras alças e vísceras pode permitir o aparecimento de circulação colateral de vizinhança suficiente para manter a nutrição da alça (GASTER). Por estes motivos é que a ligadura e secção do mesentério e vasos de um segmento de delgado abandonado na cavidade peritoneal de cães, mostrou ser bem tolerada quando a alça já está previamente aderente ao epíplo e isenta de conteúdo séptico, mostrando LAUFMANN e cols. que ela é autolisada.

Pressão intralúmen — O factor pressão na luz intestinal (pressão intralúmen) é também fundamental no restabelecimento da circulação de alças desvascularizadas. NOER e cols. demonstraram pela injeção arterial de nanquim em fragmentos de intestinos de homens, cães, gatos, etc., que a distensão da alça impede o enchimento dos capilares quando a pressão intralúmen ultrapassa 10 mm. de mercúrio. Até 40 mm. de pressão é possível encher artérias maiores desde que os vasos rectos e arcuados estejam permeáveis; acima de 70 mm. não é mais possível encher qualquer vaso. Chamam a atenção enfaticamente para o papel nocivo que a distensão intestinal desempenha sobre estas anastomoses capilares, que podem ficar exangues, tornando-se assim a causa da deiscência de suturas intestinais praticadas em alças vazias, cujas bocas sangravam bem no momento da anastomose: a distensão causaria isquemia da zona de sutura e consequente necrose com deiscência. Ressaltam enfim, como corolário prático destas observações, a necessidade da intubação intestinal descompressiva no homem, que permite melhorar a irrigação das tunicas intestinais e tornar mais segura a cirurgia intestinal nos obstruídos.

Toxinas nos ileos — A possibilidade do quadro clínico observado nos ileos por estrangulamento ser devido a uma substância tóxica elaborada na luz do intestino obstruído, parece ter recebido apoio mais sólido após as experiências em cães, de NEMIR e cols. Conseguiram demonstrar pela espectrofotometria a presença de um derivado anormal da hemoglobina no conteúdo das alças estranguladas. Este extravasa para a cavidade peritoneal através das tunicas intestinais lesadas e é absorvido penetrando na circulação após o que desencadeia o quadro de choque e a morte. O líquido peritoneal das fases finais da obstrução estrangulada foi injectado em cães normais e mostrou ser letal, enquanto que o líquido peritoneal da fase inicial da obstrução não foi tóxico nem letal, mesmo injectado em doses bem maiores.

Infarto intestinal — A patogenia dos infartos intestinais sem obstrução vascular parece ter ficado mais clara com os trabalhos de LONGO e cols, que que procuraram confirmar a teoria de LABORT e sua escola que admite ser o parasimpático, por meio do mecanismo colinérgico, o desencadeador de alterações vasculares (principalmente vaso-dilatação), originadoras de infarto intestinal. A experimentação em 16 cães levou, porém, estes autores a conclusão oposta, de que o papel fundamental nos infartos *sine cause* (apoplexia mesentérica de Gregoire) cabe ao simpático. A secção deste, seguida de degeneração de suas fibras, impediu o aparecimento de apoplexia intestinal pelos agentes que a desencadeiam em animais normais. Estes infartos *sine cause* resultam de vaso-dilatação intensa desencadeada por reflexo local, de tipo axónico, mediado pelas terminações do simpático. Se este é seccionado, o reflexo não ocorre e a vaso-dilatação não se processa. A causa desses reflexos estaria num *shock* tissular local por intolerância a albuminas heterólogas chegadas ao intestino, ocorrendo libertação de histamina e toda a gama de fenómenos vaso-dilatadores característicos das crises anafiláticas. Levando estas conclusões para o terreno da aplicação prática, preconizam a novocaina endovenosa nos pacientes em que se constata infartos intestino-mesentéricos sem obstrução vascular. Utilizaram também a capilaroscopia na observação destes distúrbios circulatórios.

Invaginações provocadas — A probabilidade das invaginações e dos vólculos derivarem-se do hiperperistaltismo é corroborada pelas experiências de FLORY: 22 invaginações ocorreram nos animais em que se praticou a injeção subcutânea de cloridrato de pilocarpina. A doença é mais facilmente induzida nos animais jovens de que nos velhos e a incidência de lesões é aumentada suspendendo-se a alimentação nas 24 horas que precedem a injeção. Conclui o autor que a imaturidade e o intestino vazio predispõem estes animais à invaginação, relacionando estes achados à observação clínica, pois sabido é que 75 % dos casos relatados de invaginação são de crianças com menos de 2 anos

de idade, e em que a causa é geralmente obscura. A ocorrência ocasional de vólvulos e impacto fecal nestes mesmos animais pareceu ser estimulada pela pilocarpina.

Sulfatalidina — COSTA e cols. verificam que o emprego da sulfatalidina protegia os animais de alguns dos distúrbios do estrangulamento, prolongando-lhes a sobrevida.

Vaso-dilatadores — A possibilidade do cloreto de tetraetilamónio, poderoso agente vaso-dilatador, trazer benefícios aos segmentos intestinais infartados, não foi demonstrada por HILL e cols. Este autor observou que em relação aos vasos cardíacos e intestinais, a droga produz vaso-constricção, isquemiando os órgãos e esfriando sua superfície, donde a contra-indicação de seu uso nos infartos intestinais.

FISIOPATOLOGIA

KREMEN faz uma síntese dos distúrbios fisiopatológicos nas obstruções do intestino delgado. Os problemas decorrentes da perda de líquidos e electrólitos, da distensão das alças, da obstrução vascular e da acção das bactérias são analisados sucintamente. Artigo muito semelhante a este é o de HOWET, em que os mesmos problemas são discutidos, concluindo ambos os autores que quando a obstrução é operada precocemente, antes da aparição da distensão, a supressão do obstáculo é suficiente para promover a cura, mas se a operação é indicada tardiamente, o tratamento local do obstáculo não basta para obter-se a cura do paciente: o tratamento médico pré e pós-operatório adquirem maior importância, visando principalmente descomprimir o intestino pela intubação e aumentar a massa sanguínea pela transfusão de sangue ou soluções glico-salinas.

BELLET e cols. encontraram baixa do potássio no soro de 15 doentes com vômitos prolongados devidos a obstrução, e que baixou mais ainda após terapêutica com solutos glico-salinos, sugerindo ainda, perda de potássio intracelular. Utilizaram o electrocardiograma como critério para diagnóstico da deficiência deste ionte. A sua administração trouxe melhoras clínicas nos pacientes assim tratados, com volta do electrocardiograma ao normal, admitindo os autores que em alguns doentes a substituição das perdas potássicas traz benefícios extraordinários.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico clínico é comentado na maioria dos trabalhos gerais sobre oclusões intestinais. KEYS descreve um sintoma precoce de oclusão e que é a sensação subjectiva de «parada de gases», sinal já descrito pelo mesmo autor como patognomónico das apendicites agudas.

Os estrangulamentos internos constituem sem dúvida problema de difícil diagnóstico em grande número de casos. Num belo artigo de revisão deste assunto, CROWLEY e cols. resumizam os principais sinais que podem permitir o diagnóstico diferencial entre as obstruções simples e as estranguladas. (Vide quadro).

O diagnóstico radiológico é abordado em número maior de trabalhos. MIDDLEMISS estuda a importância da radiografia simples do abdome no diagnóstico precoce das oclusões, documentando o trabalho com bela iconografia. OLIVIER, LACHAPELE, LEVY, descrevem aspectos radiológicos das oclusões. LEGER aconselha o estudo radiológico do abdome em posição de Trendelenburgo para diferenciar alças estranguladas na pelve. Um novo sinal de vólvulo da sigmóide foi descrito por BELINI que chama a atenção para o facto das duas alças, torcidas e acoladas, serem de largura sensivelmente igual enquanto que as outras alças cólicas são de tamanhos diferentes. O achado de áscaris espontaneamente visíveis numa radiografia simples de abdome, permitiu a SKAPINKER fazer o diagnóstico etiológico pré-operatório num caso de ileus causado por

PROCALMA-B₁

A nova medicação bromo-cálcica com vitamina B₁, que tem despertado vivo interesse na ilustre classe médica

COMPOSIÇÃO: Uma ampola de 10 c. c. contém: 1,165 de Bromo; 0,335 grs. de Sódio e 0,894 grs. de Cálcio.

A ampola de 5 c. c. contém metade daquelas doses.

A vitamina B₁ encontra-se em ampola separada de 1 c. c. na dosagem de 50 miligramas (fortíssimo).

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS: Acessos de excitação na epilepsia, na histeria, nas psicopatias, na ciclofrenia, nas crises de excitação genésica masculina e feminina (ejaculação extemporânea, poluções e masturbação) e nas distímias expansivas, ou seja, em todos os casos de *irritabilidade dos centros motores de natureza psíquica ou vegetativa.*

Laboratório  Farmacológico

J. J. Fernandes, L.^{da}

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL

REGISTO DE LIVROS NOVOS

L. OMBRÉDANNE—*Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile*. 5.^a edição. 1.054 págs. com 1.026 figs. (Masson, Edit., Paris, 1950 — Fr. 1.750).

O sucesso do livro de Ombredanne foi logo assegurado, pela autoridade do autor e boa disposição dos assuntos: primeiramente a exposição dos grandes processos patológicos que na criança afectam caracteres especiais (traumatismos, distrofias ósseas, infecções osteoarticulares, tumores); depois, região a região, trata dos vários estados patológicos que em cada uma de elas aparecem com maior frequência, indicando os caracteres particulares vindos da localização. Para cada intervenção cirúrgica descreve a técnica que reputa melhor. Nesta nova edição colaborou o Prof. M. Fèvre; as últimas aquisições na matéria foram nela incluídas, fazendo-se referência a opiniões de diversos autores europeus e americanos.

G. ROUX—*Petite chirurgie et technique médicale courante*. 3.^a edição. 642 págs. com 385 figs. (Masson, Edit., Paris, 1950 — Fr. 3.700).

O acolhimento obtido pelas precedentes edições levou à de agora, que apareceu com revisão de diversos capítulos, sem alterar o bom plano adoptado: exposição dos princípios em que assenta a cirurgia asséptica e os cuidados pré e post-operatórios; descrição das técnicas de aplicação corrente na clínica, sempre acompanhada pelos dados anatómicos e fisiológicos respectivos. Capítulos em que se fez, para actualização, profunda remodelação: anestésias em circuito fechado, reanimação, transfusão de sangue, plasmoterapia, oxigenoterapia, penicilino-terapia, tratamento das queimaduras, punção esternal, método aspirador, medicação anticoagulante, cuidados com as puerperas.

MAURICE LUZUY — **Les infiltrations du sympathique**. 302 págs. com 77 figs. (Masson, Edit., Paris, 1900 — Fr. 1.200).

2.^a edição, completamente reformada. Sucessivamente expõe as circunstâncias em que as infiltrações estão indicadas: perturbações de origem traumática, cicatrizes dolorosas, algias dos cotos, contractura isquémica, transtornos circulatórios, e perturbações diversas nos campos das patologias digestiva, urinária, obstétrica e ginecológica, endocrinológica, cardíaca e respiratória. A técnica das infiltrações está descrita com clareza, que desenhos profusamente ilustram. O livro é prefaciado pelo Prof. Leriche.

CHARLES DE MUYLDER — **Tissu nerveux et pathologie rénale**. 148 págs. com 34 figs. e 3 estampas a cores. (Masson, Edit., Paris, 1950 — Fr. 600).

Exposição das relações entre o tecido nervoso e o renal, as quais não se limitam à inervação, no sentido clássico, mas incluem as formações nervosas do órgão por deslocações de material embrionário. Divide-se a obra em 3 partes: na 1.^a estuda o rim normal e sua inervação; na 2.^a descreve os estados patológicos incluindo os neoplásicos; na 3.^a expõe as conclusões a que chegou sobre a «neurilidade» renal, e o interesse de esta para o problema da hipertensão arterial.

A. RAVINA — **L'année thérapeutique 1949**. — 212 págs. (Masson, Edit., Paris, 1950 — Fr. 450).

É o 21.^o volume dos que cada ano dão conta do que de mais notável se publicou durante o ano transacto, no domínio da terapêutica. Como os precedentes, compõe-se de 3 partes: 1 — Doenças e sintomas (38 quadros mórbidos e respectivo tratamento); 2 — Métodos e técnicas terapêuticas (13 assuntos); 3 — Medicações novas e respectivas indicações (28 notas). O volume condiz em interesse com os dos anos anteriores, não carecendo de ser exaltado. Contém ainda o índice alfabético das matérias dos tomos dos últimos 18 anos.

A. L. PÉCUNIA — **Initiation a la médecine** — 760 págs. com 640 figs. (Maloine, Edit., Paris, 1950 — Fr. 1.800).

Destina-se esta obra a quem queira tomar os primeiros contactos com as

ciências médicas; não é, propriamente, um livro de começo dos estudos médicos, mas antes uma exposição de assuntos para os leigos que queiram saber alguma coisa, não só por curiosidade, como para serem úteis empregando procedimentos que podem executar-se sem se ser médico. Para isso divide-se o livro em 3 partes: anatomia e fisiologia, patologia, práticas e técnicas.

JEAN S. DE GOLDFIEM — **Anthropo-technie médicale**. 190 págs. com 6 quadros e 23 figs. (Maloine, Edit., Paris, 1950 — Fr. 500).

Trata-se de um volume da muito conhecida colecção «Petits Précis». Este, como o título indica, é de antropologia médica ocupando-se de: constituição, temperamento, psicologia; deduções clínicas e médico-sociais. O assunto está tratado com clareza e sentido prático, de louvar.

P. Le FOYER & E. DELBECQ — **Traité du pneumothorax extra-pleural**, 368 págs. com 181 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1950 — Fr. 2.500).

Com 13 anos de experiência do processo e mais de 2.000 pneumotórax extra-pleurais realizados, os AA. estão em condições de, com toda a autoridade, versar o assunto. Fizeram-no neste livro, com largueza e proficiência. Tudo o que diz respeito ao processo, indicações e técnica, é exposto minuciosamente, por tal forma que o leitor, sem outro guia, pode ficar a saber como e quando o deve praticar.

G. MOURIQUAND & D. DEHAVANNE — **Vade-mecum de thérapeutique infantile**. 540 págs. (Vigot Frères, Edit., Paris, 1950 — Fr. 1.300).

Concisamente, para caber dentro de um volume de pequeno formato, contém este livro o que há de mais essencial sobre as seguintes matérias: Formulário de medicamentos de uso corrente, dispostos por ordem alfabética; descrição das intervenções médicas ao alcance do clínico médico; exames laboratoriais mais comuns; regimes alimentares das crianças; tabela de estaturas e pesos, segundo as idades; elementos de diagnóstico e tratamento das afecções mais frequentes. Ao plano, bem traçado, corresponde a execução.

	<i>Estrangulamento</i>	<i>Obstrução simples</i>
Dor.	Início súbito e fulminante, de tipo contínuo, exacerbada pelo peristaltismo.	Início gradual, menos súbita e severa, tipo cólica, com tendência a desaparecer nos períodos da inatividade peristáltica.
Vômitos.	Iniciam-se com a dor e são contínuos e severos.	Início gradual, geralmente bastante tempo após as cólicas.
Quadro de choque.	Início precoce, de tipo persistente e progressivo.	Início muito tardio e pouco severo.
Resposta à terapêutica conservadora (Intubação e reidratação).	Quase nula, com tendência a piora, apesar de todos os esforços.	Apreciável, com melhoras sintomáticas e clínicas nítidas.
Líquido peritonial.	Invariavelmente sanguíneo, (demonstrável por punção e às vezes pelo Raio X).	Claro e raramente em excesso.
Imagem radiológica de alça única (em ferradura ou com aspecto semelhante).	Encontrada com frequência.	Raramente encontrada
Cicatrizes abdominais.	Encontradas com frequência.	Encontradas com frequência.
Tumoração abdominal.	Encontrada com certa frequência à palpação abdominal ou toque rectal.	Raramente presente ou sentida.
Hiperestesia abdominal.	Presente e acentuada com mais frequência.	Pouco frequente.
Rigidez abdominal.	Presente e acentuada com mais frequência.	Pouco frequente.
Quadro humoral.	Mostra desidratação e hemoconcentração que persistem apesar da terapêutica.	Desidratação e hemoconcentração com tendência a melhorar pelo tratamento.

magma ascaridiano. VILAR BONET estuda a importância da radiologia combinada com a sonda de Miller Abbot para o diagnóstico de certas oclusões intestinais. HAWES chama a atenção para o facto de poder existir distensão segmentar de jejuno em presença de lesões inflamatórias ou neoplásicas que não causam obstrução orgânica: tratar-se-ia de um distúrbio funcional devido à lesão em si.

O diagnóstico das obstruções na infância é discutido por CARLSON GLOVEX, CLARKE, BAYER, SILVERMANN, STORCK e outros autores mencionados adiante.

TRATAMENTO

DENIS afirma que as falhas terapêuticas derivam de diagnóstico inadequado: É preciso por isso diferenciar as obstruções cólicas das do delgado; as mecânicas das paralíticas; as estranguladas das simples; as altas das baixas. Salienta que no Serviço de Wangenstein já não se procura diferenciar casos que aceitam terapêutica conservadora ou cirúrgica, por acharem que é sempre preferível intervir cedo: com isso os casos de ileos de delgado exigem menos discussões diagnósticas. Passando por alto sobre o pré e pós-operatório, apenas salientando os pontos fundamentais, relembra as técnicas operatórias de há longo tempo utilizadas pelo Mestre de Mineápolis, como sejam a enterostomia asséptica aspiradora e as ressecções com anastomose asséptica.

MAC CARTHY preconizando a intervenção imediata para qualquer caso de obstrução mecânica diagnosticada precocemente, contra-indica-a contudo nos pacientes em mau estado geral, com mais de 72 horas de evolução da obstrução, baseado na casuística comparada de casos semelhantes nos períodos de:

- 1935 a 1940, com 60 % de mortalidade em 22 operados;
- 1941 a 1945, com 51,4 % de mortalidade em 35 casos operados e finalmente
- 1946 a 1947, com 17 casos operados após pré-operatório adequado, incluindo a intubação, sangue, líquido e electrólitos; houve 29 % de mortalidade, melhoria esta atribuída pelo autor ao pré-operatório cuidadoso.

LOPEZ, BOWERS, LICHTENSTEIN, FARRIS, delinham os princípios que devem orientar a indicação cirúrgica dentro das normas actualmente aceites. Em relação às obstruções recidivantes por aderências antigas, LORD e cols. apresentam interessante casuística em que analisam os bons resultados obtidos por meio da técnica de plicatura do delgado, descrita por NOBLE em 1943.

A necessidade da enterostomia obstrutiva é advogada por GAMBLE que apresenta o resultado de 71 casos consecutivos, em que houve apenas 7 % de mortalidade. Atribui-lhe a virtude de impedir a absorção brusca do conteúdo intestinal abaixo da obstrução quando esta é removida e o trânsito se restabelece, o qual seria capaz de desencadear «choque toxémico» e até a morte. BECKERS, por outro lado, mostra, apoiado em estatísticas, que algumas intervenções como o ânus sobre o delgado e as exteriorizações de alça, dão quase 100 % de morte, devendo ser abandonadas, e que só as intervenções precoces são capazes de melhorar os resultados; salienta ainda que o emprego da intubação oro-jejunal em todos os casos de distensão intestinal é a causa da melhoria dos resultados das últimas estatísticas.

MOSES salienta a baixa mortalidade ocorrida em 223 casos diversos, dos quais 170 foram operados. Em 97 havia estrangulamento exigindo ressecção 36. A mortalidade operatória foi de 6,3 % (11 casos). Houve 14 mortes hospitalares entre os 223 doentes (6,5 %). Os factores que permitiram tão baixa mortalidade foram: 1. Sangue e plasma em abundância; 2. operação oportuna; 3. evitar a intubação intestinal que dá uma falsa sensação de segurança; 4. abandono das exteriorizações; 5. raquianestesia; 6. intervenções rápidas; 7. incisões fisiológicas. Disserta sobre cada um dos factores e quanto à intubação pela sonda

de Miller-Abbott, afirma não ter indicação nos ileos mecânicos; naqueles por aderências, basta o tubo de Levine. Lembra que, mesmo com estrangulamento, os sintomas predominantes são devidos à distensão, a qual melhorando com a sucção, esmaece o resto do quadro clínico, levando a uma falsa sensação de melhoria. Critica-a também pelo longo tempo que consome para ser realizada.

COLLER com BUXTON, relataram 198 casos de ileos. Em 60 a lesão inicial era câncer do cólon havendo porém distensão concomitante do delgado. Em 138 a obstrução era do delgado, devida a: aderências (39), vôlvulos (23), invaginações (31), carcinomatose (15), atresia congénita (8), hérnia (6), carcinoma de delgado (5), causas várias (11). A mortalidade global foi de 38,3 %, devida principalmente a peritonite (55 %) e a outras causas diversas (45 %). O tratamento cirúrgico foi efectuado em 172 paciente: 70 sofreram anastomose ocorrendo 8 peritonites fatais por deiscência das suturas. A intubação intestinal foi tentada em 50 doentes, tendo a sonda atravessado o piloro em 68 % deles. A cecostomia foi efectuada em 35 % dos doentes com câncer de cólon e a enterostomia em 15 outros. Chamam a atenção para a alça fechada que se forma ocasionalmente nas obstruções cólicas e para a necessidade de intervir prontamente quando: 1) após 36 horas do início da intubação, não houve melhoras nítidas; 2) há sintomas e sinais de estrangulamento vascular; 3) apesar das melhoras trazidas pela intubação, os sintomas e sinais de distensão ou de ileos voltam a se acentuar.

O reconhecimento da vitalidade do intestino estrangulado no momento da intervenção, pode ser afirmado, segundo FICARRA, pela observação da rede capilar do bordo anti-mesentérico da alça: Se esta se mostra rósea, sem sinais de sufusões, é que a circulação venosa está íntegra e a alça pode ser reintegrada. CROVET afirma que a injeção de Prostigmine no mesentério da alça desperta logo o seu peristaltismo, desde que sua vitalidade seja conservada; esta manobra, preconizada por PIERINI seria preferível a todas as outras segundo o autor do artigo, para certificar-se da viabilidade de uma alça intestinal. No entanto, a desvantagem dos vaso-dilatadores para esta verificação é salientada por GISELL, que ao operar uma hérnia estrangulada utilizou a injeção de papaverina, tendo o intestino necrótico readquirido a cor, pelo que foi reintegrada. Dias depois porém, foi necessário reoperar porque o mesmo segmento intestinal se tornara obstruído por edema e fibrose, consequentes ao distúrbio circulatório anterior.

INTUBAÇÃO INTESTINAL — SONDAS E ACESSÓRIOS

As bases fisiopatológicas que tornam a intubação intestinal um coadjuvante benéfico no tratamento da distensão intestinal foram reforçadas pelas observações experimentais sobre circulação intestinal realizadas por NOER e cols. (vide atrás). Suas indicações, já clássicas são reafirmadas por todos os autores que descrevem o tratamento dos ileos. Apenas MOSES, cuja estatística já foi citada, a contra-indica sistematicamente por achar que ela pode levar a erros diagnósticos e terapêuticos, além de ser um processo demorado e sujeito a falhas.

Um histórico do desenvolvimento dos esforços que levaram a fabricação da sonda de duplo lúmen é apresentado por MILLER, colaborador do falecido ABBOTT, enquanto PAINE relembra em outro artigo, as várias etapas percorridas desde que se começou, no fim do século passado, a intubar o duodeno, até que se adquiriu a noção exacta do valor da descompressão do intestino pela sucção contínua. Os precursores do método são lembrados e a contribuição original de WANGENSTEEN é descrita.

WILDE revê os vários tipos de sonda intestinal preconizados até o momento e o papel que o mercúrio desempenha na progressão do tubo ao longo do estômago e intestino. Conclui que a maneira ideal de colocar o mer-

cúrio nas sondas de duplo lúmen é fazer um pequeno saco de borracha adiante da oliva, o qual, pelo peso que o mercúrio lhe dá, ajuda a arrachar a ponta da sonda para o duodeno e a transpor as diversas porções duodenais. Opinião semelhante é exposta por BROCC, que dá preferência a sondas de luz simples, de 5 mm. de diâmetro com 6 furos de 5 em 5 cm. localizados na extremidade e que levam na ponta pequeno saco contendo 70 g. de mercúrio. Atribui a estas sondas progressão mais veloz que à de Mille-Abbott clássica.

O obstáculo representado pelo ângulo duodeno-jejunal na intubação intestinal, foi estudado com detalhes por CANTOR, que baseado em estudos anatómicos divide estes ângulos em três grupos: aberto, semi-fechado e fechado. Esta última variedade pode constituir obstáculo intransponível à progressão da sonda. Outro aspecto estudado por este mesmo autor, é o da permeabilidade dos balões de borracha aos gases intestinais, tendo demonstrado experimentalmente que esta não é alterada pelos líquidos intestinais, e que os balões que apresentam menos difusão gasosa são os neopreno.

CHAFEÉ descreve os acidentes, possíveis de ocorrer com a intubação intestinal, e ao lado de uma ampla revisão da bibliografia sobre o assunto, inclui 4 casos pessoais de perfuração gástrica e invaginação, atribuíveis à sonda. DUNN relata também um caso de invaginação em sentido retrógrado atribuído à sonda no momento de sua retirada e que sofreu uma intervenção por este motivo. POOL observou a formação de um duplo nó da sonda dentro do estômago.

O valor e as limitações da intubação gastro-intestinal nas obstruções e na cirurgia dos cólons foi abordado por LEVY, que afirma ser a intubação intestinal pré-operatória necessária nos casos de obstrução cólica com refluxo para o ileo e nos casos em que se deseja praticar a hemicolectomia direita, pois ela remove a necessidade da ileostomia de segurança. A necessidade da descompressão pós-operatória é também salientada. Uma revisão das indicações, técnicas e complicações da intubação gastro-intestinal foi também apresentada por este autor.

Um novo tipo de aspirador para sucção contínua foi descrito por MERENDINO. Apesar de bastante volumoso, afirma o inventor que é muito seguro e resistente, conseguindo-se por meio dele pressões negativas graduadas.—»

O A. refere, em seguida, numerosos trabalhos sobre obstruções em particular, indicando os assuntos que neles são tratados; na maioria dizem respeito a casos clínicos e técnicas operatórias.

Valor da estreptomycin na tuberculose miliar aguda

Tal como sucede com a meningite, na granúlia não há só que contar com os sucessos que, de entrada, se registam geralmente com o emprego da estreptomycin. À medida que decorre o tempo, à distância vão-se apurando resultados felizes e infelizes, que esclarecem sobre o valor real da terapêutica estreptomycinica. O relatório do MEDICAL RESEARCH COUNCIL, sobre o assunto publicado em *The Lancet* (N.º 6.610, 6-v-1950), é documento elucidativo.

Repousa em 25 casos de tuberculose miliar aguda, todos sem sinais de meningite, que foram seguidos durante 2 a 2 e meio anos. O medicamento foi dado na dose diária de 2 gr. para os de idade superior a 14 anos e de 45 miligramas por quilo de peso para os de idade inferior, por via intramuscular; ao começo, injeções de 4 em 4 horas, depois cada 12 horas ou uma por dia. O tratamento durou, pelo menos, três meses.

Os resultados obtidos resumem-se assim: 3 doentes morreram no decurso da primeira semana (crianças com 4, 5 e 6 anos), mais 2 até três meses sobre o início do tratamento, depois, até seis meses, mais 2, e de seis meses a um ano mais 2; o número de sobreviventes, decorrido um ano, foi portanto de 14. De estes, que continuaram vivos, 12 estão bem, um apresenta tuberculose pul-

monar residual de lesões apicais escavadas, reveladas seis meses depois do início, quando já sem sombras miliares e bom estado geral, e outro está em tratamento de meningite, instalada oito meses depois do começo da doença, quando o estado do doente já havia levado à suspensão da estreptomina. O obituario, excluindo os 3 falecidos no decurso da primeira semana, distribuiu-se da seguinte maneira, quanto às idades; abaixo dos 2 anos — 3 (em 3 casos), com 2 a 4 anos — 0 (em 4 casos), com 5 a 9 anos — 2 (em 6 casos), com 10 a 14 anos — 0 (em 3 casos), com 15 ou mais anos — 3 (em 6 casos). A meningite apareceu em 8 casos, sendo em 4 no decurso do tratamento e nos outros 4 já depois de este terminado; causou 4 óbitos; o tratamento fez-se com administração do antibiótico pelas duas vias: intramuscular e intratecal.

Os efeitos clínicos da terapêutica instituída foram bons e relativamente rápidos em todos os casos, se exceptuarmos os falecidos dentro de dias; os efeitos radiológicos mostraram-se mais tardiamente, e sem relação com o prognóstico, porque a meningite apareceu em 6 casos já sem imagens pulmonares e a morte, sem meningite, ocorreu em 2 doentes nas mesmas circunstâncias por recorrência do processo. O que parece ter importância para o prognóstico é a idade e o estado infeccioso, pois a gravidade é maior nas crianças novas e quando a febre é alta, a 38,5 ou mais. O facto de se apresentarem aquelas graves situações, semanas ou meses depois de se cessar o tratamento, levam a crer na conveniência de prolongar, para seis ou mais meses, a duração de este, e, possivelmente, de o continuar ainda com outras drogas tuberculoestáticas.

Cloromicetina intrarraquidea

Na Associação Paulista de Medicina, OLAVO TRINDADE e FRANCISCO NOSTARI apresentaram a observação de um doente que operado de urgência, por apendicite aguda gangrenosa, no dia seguinte ao da intervenção, apareceu com os sintomas de meningite; o liquor, de aspecto leitoso, hipertenso, revelou a presença de «*Shigella paradisenteriae*». Enquanto se esperava do laboratório o resultado do exame, o doente foi tratado com penicilina e estreptomina, intramuscular e intratecal, e com sulfamidas por via oral e endovenosa; não houve resposta favorável a esta intensiva terapêutica, continuando o doente com febre alta e inconsciente. Apurada a etiologia, administrou-se cloromicetina por via oral, e logo no dia seguinte, por punção suboccipital, introduziu-se este antibiótico numa dose experimental muito pequena, de 3,5 miligramas, sem qualquer efeito e sem sinal de intolerância. Aumentou-se a dose para 1 miligrama por quilo de peso do doente, e os efeitos foram espectaculares: dentro de 24 horas a febre desapareceu, assim como o estado de inconsciência. Repetiu-se a injeção, para garantia das melhoras verificadas, que encaminharam em dias o doente para a cura, sem sequelas. Crêem os A.A. ser esta a primeira observação no género, e prevêem ser essa a terapêutica do futuro para as meningites causadas por *Shigellas*, *Salmonellas*, *Hemophylas*, etc. (*Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia*, 59.º, N.º 6, Junho de 1950).

Efeito sobre a coqueluche da vacinação anti-variolica

Recordando factos semelhantes de longe a longe relatados em revistas, M. G. POCHON dá conta de uma observação concludente, em apoio de outras anteriormente colhidas. Tratava-se de uma criança de 2 meses de idade que contraiu a coqueluche, contagiada por uma irmã, apresentando-se a doença com carácter grave, acessos frequentes e violentos, congestão pulmonar; tratada com penicilina e estreptomina, os fenómenos pulmonares desapareceram, mas a tosse seguiu com o mesmo aspecto. Inoculou-lhe a vacina anti-variolica, e os acessos imediatamente diminuíram, para desaparecer dentro de dias; as melhoras começaram antes do aparecimento das pústulas vacinais. As referidas

observações anteriores mostram que o mesmo efeito se obtém quando, em crianças vacinadas, a revacinação dá resultado positivo. (*Bull. et Mém. de la Société de Médecine de Paris*, 154, N.º 6, Junho de 1950).

Tratamento actual da linfadenite tuberculosa

Para definir a melhor prática do tratamento local das adenias bacilares, G. COCOZZA experimentou 3 medicamentos: estreptomicina, ácido paramino-salicílico e vitamina D₂. O segundo não lhe deu resultados úteis; com a estreptomicina e a vitamina D₂ os casos evoluíram para a esclerose dentro de umas três semanas de tratamento. As técnicas que aconselha são: para a estreptomicina, injeção de 50 miligramas de três em três dias, sendo preciso após prévia lavagem da matéria ganglionar com soro fisiológico; para a vitamina D₂, depois da lavagem com líquido de Calot, manter durante uns minutos, dentro do gânglio, um soluto oleoso, e isto dia sim dia não. Os resultados são ainda melhores associando-lhe estreptomicina. (*La Pediatria*, N.º 7-8 de 1949).

Oxigenoterapia no falso angor por flatulência

Como é de há muito perfeitamente sabido, são numerosos os casos de falsa angina de peito, em que uma sintomatologia alarmante de este género aparece em consequência de meteorismo gastro-abdominal. O combate da flatulência, por dietética apropriada, fermentos digestivos e antiespasmódicos, constitui a base da terapêutica. Mas, para fazer cessar rapidamente o acesso angustiante, o oxigénio, administrado com a maior largueza, opera maravilhas, o que aliás sucede com os acessos de outra origem; diz MÁRIO PANTALINI, em *Prensa Medica Argentina* (28-IV-1950).

Prognóstico e tratamento da insuficiência hepática

Com este título, C. J. WATSON analisa as dificuldades que se encontram muitas vezes para estabelecer prognósticos e terapêuticas em doenças do fígado com insuficiências funcionais. Elas provêm de serem múltiplas as funções que esse órgão desempenha, e de frequentemente não haver relação entre a extensão das lesões e a sua gravidade, por o fígado possuir uma grande capacidade de regeneração. Crê que o prognóstico depende em muito da acção do médico, devendo este proceder por forma a evitar todas as causas de excitação da víscera. O repouso e uma adequada alimentação podem tornar suficiente um fígado fortemente lesado. A fadiga, a alimentação insuficiente, a administração de drogas e os traumatismos, operam em sentido contrário. (*Annals of Internal Med.*, 31-III-1949).

Tratamento do trasorelho com ácido paraminobenzóico

F. JIMENEZ HERRERO, por ocasião de um surto epidémico de parotidite, comparou 24 casos tratados pelo método clássico, com 32 em que empregou o ácido paraminobenzóico (1 a 4 gr. por dia, conforme a idade, em doses fraccionadas). Em todos prescreveu repouso, dieta mole, antisepsia da boca, pirâmido, unturas com pomada de gaiacol e beladona, e nos casos de diarreia cálcio e vitaminas C e K. Nos primeiros a duração da doença foi em média de 12 dias, nos segundos encurtou para 5 dias; o número de complicações foi de 4 para o primeiro grupo (2 orquites, 1 enterite com melena, 1 delírio) e de 1 meningismo para o segundo. A ideia do emprego de tal droga nasceu do conhecimento do seu uso com proveito nalguns casos de viroses. (*Rev. Española de Pediatría*, vi, N.º 3, Maio-Junho de 1950).

Afecções do encéfalo e ulcerações do estômago

Recordando a frequência das ulcerações gástricas no decurso das afecções cerebrais, M. STAEMMLER pensa na possibilidade do desenvolvimento da úlcera crónica do estômago por via de vaso-constricção gástrica de origem central. Em 36 casos de afecções agudas do sistema nervoso central terminadas pela morte, encontrou em 10 casos ulcerações recentes do estômago e do duodeno; pelo contrário, em 50 casos de afecções crónicas do encéfalo, metade dos quais eram de tumores cerebrais, só num encontrou uma úlcera, já antiga, do duodeno. Naqueles 36 casos de marcha aguda, a maioria era de tumores, e o resto de trombozes e hemorragias.

CUSHING já havia chamado a atenção para a frequência de ulcerações gástricas de origem central, com tendência para a perfuração, assim como para a ausência de desenvolvimento de úlceras crónicas. Não é crível que as úlceras verificadas nas autópsias sejam lesões terminais pré-agónicas, só formadas nos casos que terminam pela morte.

Por outro lado, observou lesões com o tipo de infarto hemorrágico da parede do estômago, e pergunta se o suco gástrico, actuando sobre um ponto lesado da mucosa, não será o factor da ulceração. (*Deutsches Med. Wochenschrift*, N.º 49, 9-XII-1949).

O síndrome da falta de sal

Nos doentes cardíacos submetidos a prolongada dieta com restrição de sal, em que há aumento de eliminação de sódio pelo rim, os efeitos podem ser graves e inclusivamente levar à morte. Estão neste caso sete observações apresentadas por L. A. SELOFF e J. ZATUCHNI, com quatro óbitos (*The J. of the American Med. Ass.*, 23-IV-1949). Fizeram os seguintes exames laboratoriais: azote ureico nos 7 doentes, cloretos do sangue em 6, e sódio sanguíneo num. Observaram: em todos havia uremia, e cloretos e sódio estavam diminuídos.

Não oferece dúvidas a vantagem da restrição de sal na alimentação dos cardíacos e de uma maneira geral na terapêutica das doenças do aparelho circulatório. Mas é preciso individualizar essa prescrição, pois há indivíduos muito susceptíveis à carência, e também pensar que uma restrição prolongada pode conduzir a acidentes tóxicos, cujo mecanismo não está ainda bem esclarecido. Nos casos acima referidos, os fenómenos tóxicos não podiam atribuir-se à acção do potássio ou do lítio, que é uso empregar como substitutos do sal, pois que nenhum produto foi dado para o substituir.

Tratamento da meningite meningocócica

BOSCH SALA apresenta a seguinte opinião (*Medicina Clinica*, Jan. de 1949).

- 1 — O tratamento deve fazer-se o mais precocemente possível.
- 2 — Se não houver facilidade em injectar penicilina, fazer-se, sem qualquer receio, o tratamento exclusivamente com sulfamida tiazolada por via oral, pois que, embora exista a possibilidade de sequelas, estas são raras.
- 3 — O tratamento a preferir é o feito associando a sulfamida tiazolada por via oral à penicilina por via intramuscular, que deve administrar-se por via intrarraquidiana nos casos graves; com este método nunca observou sequelas.

Procaína nos espasmos do piloro

Investigando os movimentos de abertura e oclusão do esfíncter pilórico, no homem, G. ROKA & L. G. LAJTHA verificaram que o piloro, normalmente aberto quando o estômago está vazio, fecha-se por motivo, principalmente, da irritação mecânica exercida sobre o sistema nervoso próprio da parede gástrica; a estimulação do simpático ou do vago provoca encerramento do piloro,

mas de curta duração. De este apuramento partiu a ideia de empregar a novocaína localmente, para paralisar as terminações nervosas murais, e observaram que este processo actua com muita maior regularidade do que o fazem a atropina ou a papaverina. Em mais de uma centena de casos, obtiveram sempre êxitos; utiliza-se nas mais diversas situações de espasmo pilórico, tanto funcionais como orgânicas. Emprega-se administrando 50 a 100 cc. de um soluto a 1 por cento, o qual mantém aberto o piloro durante horas; pode repetir-se duas vezes por dia e durante vários dias, sem inconveniente, pois não provoca acções secundárias. (*British Med. Journal*, N.º 4663, 20-v-1950).

ARTES E LETRAS

JOSÉ CRESPO

AS JORNADAS MÉDICAS EM PARIS (1)

Detivemo-nos em Paris o tempo suficiente para atendermos às solicitações e aos objectivos culturais e turísticos que ali nos levaram e ficarmos a fazer uma ideia deste intenso e variado centro de irradiação intelectual, artística e científica. Apesar das feridas da guerra e do desânimo por elas causado, a França procura refazer-se, a ritmo lento, por enquanto, dos seis anos de opressão e tornar-se de novo o pólo atractivo da cultura latina. As suas ruas, os seus cafés, as suas casas de diversão vão adquirindo o antigo movimento. A elegância, a moda, a coqueteria francesas hão-de encontrar o encanto de outrora. Os museus e os monumentos reabriram as suas portas e começam a ser visitados. Anunciam-se e realizam-se manifestações artísticas e desportivas, exposições de pintura e de escultura, representações líricas e dramáticas, festivais internacionais. No campo económico, esforça-se por restabelecer as suas oito mil pontes ou viadutos destruídos, as suas barragens hidro-eléctricas e teleféricas, as suas fábricas.

No campo desportivo, Jean Cayeux, deputado pelo Sena, baseado no facto de no jogo final para a disputa da Taça da França, terem ficado no Estádio de Vincennes perto de cem mil pessoas sem lugar, apresentou à Assembleia um projecto de lei pedindo a construção dum estádio de cento-e-cinquenta mil lugares na região parisiense. Justifica o seu pedido, não só na necessidade de melhorar e actualizar o equipamento desportivo da capital, mas também em razões de ordem económica. As despesas de construção poderiam ser cobertas com uma sobretaxa sobre o preço dos bilhetes e o rendimento de quatro milhões aproximadamente. Por outro lado, na ocasião dos grandes «matches» internacionais, viriam a Paris muitos estrangeiros, e Paris está precisado de divisas.

(1) Capítulo do livro *Viagens na Europa*, que brevemente sairá dos prelos da «Coimbra Editora»; relativo a impressões colhidas nas «Jornadas Médicas Luso-italianas» de 1949.

Os participantes das «Jornadas Médicas» procuraram aproveitar o melhor possível o tempo de que dispunham para o distribuírem por visitas a Museus, Hospitais e Institutos Científicos, excursões de estudo e recepções — como quem comprime ao máximo uma mola e depois a deixa distender com força para levar o mais longe possível o projectil: neste caso o nosso objectivo social, cultural e patriótico, porquanto nos traz também o propósito de intensificar o intercâmbio intelectual de Portugal com os países visitados.

A recepção em casa do Dr. Bécère, reputado ginecologista que eu tive a oportunidade de ouvir há três anos em Lisboa, no Congresso de Medicina de Urgência, decorreu num ambiente de arte, de bom gosto e gentileza requintadamente parisiense. Nela tiveram os jornalistas ocasião de serem apresentados e conversarem com algumas das sumidades médicas francesas. A esposa do ilustre anfitrião fez as honras da casa vestindo um fato à «Vianesa». No dia seguinte, as senhoras foram em passeio ao Chateau Grosbois, no Seine-et-Oise, enquanto seus maridos estavam ocupados nas visitas aos hospitais e clínicas. De tarde, alguns congressistas visitaram o Chateau de Grosbie, onde os recebeu a Princesa de la Tour d'Auvergne.

Pierre de Gaulle, presidente do Conselho Municipal de Paris, não pôde receber os excursionistas, no dia e hora marcados, no Hotel de Ville. Adiou a recepção para o dia seguinte. Há males que vêm por bem. O facto deu lugar a que assistíssemos a uma exibição de trajos da Bretanha. Que encanto, que maravilha, que finura de colorido, de manufactura, de cambiantes e de combinações nos tecidos, desde a touca rendada, ou o capuz e a mitra engomadas, enfeitando a cabeça sem encobrir os cabelos, até à saia de bordados ou lantejoulas, de fino tecido vaporoso, e os largos aventais e coletes decotados com guarnições de renda branca! Tudo isto exibido por um grupo de rapazes e de gentis parisienses, num à vontade e com uma *coquetterie* e um *charme* de artistas habituados a estas manifestações — uma verdadeira parada de elegância parisiense numa indumentária regional. Em França, como em Portugal, como em toda a parte, os trajos da província são exibidos fora desta, quase sempre por senhoras, a maior parte das quais nunca magoou os seus pés delicados nas ásperas terras de cultivo. Não posso fazer comparações com o traje da Bretanha, porque não tem entre nós que se lhe assemelhe em graciosidade, leveza e sóbria elegância. O traje do Minho tem mais vivacidade e intensidade de colorido, mas é mais pesado, menos vaporoso. Um dos espécimes que me foi dado apreciar, em que a portadora se cobre com um xaile de merino preto, franjado, fez-me recordar a tricana de Coimbra. No entanto, não ofuscam o colorido engenhoso dos tecidos regionais vianenses e o preciosismo delicado dos bordados da Madeira.

A recepção aos portugueses fez-se no dia seguinte, com um sim-

pático copo-d'água, tendo-se-lhes proporcionado a visita, acompanhada de guia, às várias e riquíssimas dependências do Hotel de Ville. É um dos edifícios públicos mais grandiosos de Paris, dominando a vasta praça na imponência do seu estilo renascença. Tem um belo efeito decorativo com a sua larga fachada de 143 metros de comprimento, rasgada de amplas janelas e repleta de estátuas, os altos telhados escuros, em aresta furados de trapeiras, tudo sobrepujado por uma torre rendilhada, com 50 metros de altura. Dentro, amplas escadarias de mármore, salas, corredores e arcarias sumptuosas, envolvendo pátios espaçosos, estão cheios de decorações preciosas: pinturas, baixos-relevos, talha, esculturas, tapeçarias, *bibelots*, etc.

O serviço de transportes, na capital da França, sobretudo pelo metro, é feito com uma clareza e minuciosidade tais que, quem souber ler francês, facilmente se desloca para qualquer lado. O movimento concentra-se em determinadas artérias e daí irradia para as ruas laterais: Palais Royal, Champs Elysées, Place de l'Étoile, Boulevards des Italiens, des Capucines, Hausmann, des Malesherbes, Madeleine, Concorde, Faubourg Saint-Honoré, Rue de La Paix, av. Roosevelt.

No campo científico, Paris não oferece nada de novo ao médico atualizado na sua profissão.

Há bons hospitais em Paris: Beaujon, Bichat, Broussais, Hotel Dieu, de La Pitié, Saint-Antoine, de clínica médica e cirúrgica; Saint-Louis, de doenças cutâneas e sifilíticas; Laennec, de tuberculose; Necker, de pediatria; Cochin, de tuberculose e cirurgia; Lariboisiere, etc.

O Prof. Jausion quis ter a gentileza de vir buscar-me ao hotel e insistir para que visitasse as suas instalações dermato-venereológicas do Hospital Franco-Muçulmano. Não vi ali nada que entre nós não houvesse. Abordamos vários assuntos de clínica e de medicina social. Ofereceu-me as suas publicações e numa delas deixou a seguinte dedicatória: «avec l'expression de mon vieil attachement au Portugal et à la Peninsule Ibérique».

O Hospital Beaujon, o mais recente, construído há poucos anos nos moldes do Hospital Escolar de Lisboa — tipo arranha-céus — possui serviços de medicina, cirurgia e todas as especialidades, dentro dos mais modernos requisitos da ciência e do conforto hospitalares. São sobretudo notáveis os seus serviços de cirurgia, do Prof. Sicard, instalados no 2.º piso, e os do Prof. Blandin, no 3.º piso. A particularidade a notar nos serviços do Prof. Sicard é de que tem anexa uma sala para tratamentos pelo rádio e um magnífico laboratório de análises histopatológicas. No decorrer das operações sobre neoplasmas faz-se a biopsia e a imediata caracterização do tumor, continuando a intervenção orientada conforme o resultado do exame.



NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA DAS DOENÇAS CONTAGIOSAS. — Da Direcção Geral de Saúde recebemos o apelo que o Director Geral Dr. Augusto da Silva Travassos faz aos médicos para que cumpram o dever de comunicar à autoridade sanitária os casos das doenças de declaração obrigatória, agora facilitado pela disposição da Lei n.º 2.036, que estabeleceu a utilização de sobrescritos e impressos fornecidos pela Direcção Geral de Saúde, sendo isenta de franquia a sua expedição pelo correio. Nesse documento, que pela sua extensão não podemos transcrever (o que lamentamos) salienta a importância da declaração, por cujo cumprimento se aquilata a consciência médica da nação, e informa dispor a Direcção Geral do apetrechamento necessário para intervenção rápida em surtos epidémicos e ter o maior interesse em prestar toda a colaboração técnica ao seu alcance, aos clínicos assistentes de doentes contagiosos.

SOCIEDADE MÉDICA DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA. — *Um caso de fístula biliar externa (hipogástrica) espontânea*, por Mendes Ferreira, Paiva Chaves, Godinho Mónica e Abel de Almeida; *Associação de doença de Paget e miclose funicular*, por Diogo Furtado e Domingos Machado (11-v). *Ostéo-síntese imediata no tratamento das fracturas expostas da perna*, por Fortunato Levy e Victor Regala; *Fractura isolada da grande apófise do calcâneo*, por F. Pais de Vasconcelos (15-vi). *Vacinação pela B.C.G. nos Hospitais*, por Gomes de Oliveira, Carlos George, Idálio de Oliveira e Valadas Preto (13-vii).

Dedicada aos internos dos Hospitais efectuou-se, nos dias 4 a 28 de Julho, uma série de lições: *Estomatites*, por Ferreira da Costa; *Colecistometria*, por Carlos Santos; *Colciscistites agudas*, por Fortunato Levy; *Diarreias agudas nas crianças*, por Cordeiro Ferreira; *Pancreatites agudas*, por Oliveira Machado; *Alguns problemas de cirurgia gástrica*, por Silva Araújo; *Parasitoses intestinais e hepáticas em Portugal e seu diagnóstico laboratorial*, por Fraga de Azevedo; *Dietas e vitaminas*, por Jorge Janz.

REUNIÕES DO CORPO DOCENTE DA FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO. — *Amputação espontânea do colo uterino durante o trabalho do parto*, por António Pereira e J. Pereira Guedes; *Considerações sobre a circulação hepática*, por Abel Tavares; *Seminoma do ovário*, por A. Salvador Júnior; *Sobre as opacidades totais do hemotórax*, por Almeida Garrett (2-ii). *Bloqueio do simpático lombar com cateterismo permanente*, por A. Giesteira de Almeida; *Retenção de feto morto, discrasia sanguínea*, por Sousa Santos; *Experiência e verdade em medicina, lições dos antigos*, por Luís de Pina (9-ii). *Localização rara de abscesso sub-frênico tratado por aspiração contínua e injeções esclerosantes*, por J. Aguiar Nogueira e Quintanilha de Menezes; *Disfunções tireóideas e tuberculose pulmonar*, por Carlos Alberto da Rocha e Cerqueira Magro; *Sobre a técnica antiga de preparação de ossos (a propósito de letras capitulares de Vesálio)*, por Hernâni Monteiro (16-ii). *Rotura tubar com hemorragia grave durante o primeiro mês de gestação*, por Carmen de Magalhães; *O factor vascular na doença de Dupuytren*, por Lino Rodrigues; *Uma nota de semiologia clínica em traumatismos crânio-encefálicos*, por Fernando Magano (23-ii). *Ostéocondromas*, por Carlos Lima; *Sobre o tratamento cirúrgico do mal de Pott*, por A. Ferreira Alves; *Nota sobre um suicídio por deglutição de segmentos metálicos*, por Carlos Lopes e José Braga (2-iii). *Tratamento das glomérulo-nefrites difusas agudas pelo bloqueio crânio-encefálico dos esplâncnicos*, por Pereira Leite; *Contribuição ao estudo da influência neuro-vegetativa na secreção após gastrectomia por cancro*, por J. Aguiar Nogueira; *Sobre um caso benigno de hemibalismo manifestamente influenciado pelo diparcol*, por Ferraz Júnior e Gomes de Oliveira (9-iii). *Síndromes pneumónicas agudas e tuberculose pulmonar*, por Carlos Alberto da Rocha; *Um caso de artroplastia*

da anca, por A. Ferreira Alves; *A esplanchnicectomia no tratamento do síndrome doloroso da litíase pancreática*, por Melo Adrião (16-III). *Melanomas das mucosas*, por Rogério Gonzaga; *Sobre tumores de Wilms na infância*, por Armando Tavares; *Quistos do pulmão, quisto aéreo do pedículo*, por Esteves Pinto (23-III). *Notas sobre o hemograma normal*, por Alda Aguiar e E. Corte-Real; *Osteoartrite do joelho e vaso-dilatação como método auxiliar da cicatrização*, por Lino Rodrigues e J. Aguiar Nogueira; *Sobre as perturbações nervosas extenso-progessivas*, por Ferraz Júnior, Emídio Ribeiro e Estêvão Samagaio; *Quistos epidermóides do seio*, por Amândio Tavares (30-III).

REUNIÕES MÉDICAS DO DISTRITO DE PORTALEGRE. — *A luta contra o cancro*, por Francisco Gentil (13-v). *A terapêutica actual da tuberculose do esqueleto*, por C. Mendes Dordio (10-vi).

INTERCÂMBIO INTERNACIONAL. — Na Sociedade Médica dos Hospitais Civis, os Drs. Pierre Schneider, de Lausana, e Albert Scherman, de Glasgow, falaram respectivamente sobre *Modernos tratamentos medicamentosos da epilepsia* e *Novos aspectos da esterilidade*. No Instituto P. de Oncologia, a Dr.^a Laporte falou sobre *Educação sanitária na Argentina*.

PRÉMIOS A TRABALHOS DE CARDIOLOGIA. — Instituídos pelo Laboratório Sanitas, será conferido um prémio de 3 contos a trabalho de investigação clínica ou laboratorial, e outro de 2 contos a trabalho de cardiologia médico-social baseado em dados colhidos em dispensários nacionais, com excepção dos de Coimbra. Os prémios serão conferidos pelo Centro de Cardiologia Médico-social de Coimbra, e os trabalhos devem ser-lhe apresentados até 30-XII.

ANIVERSÁRIO DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA. — No Hospital de S. José festejou-se, no dia 15 do mês passado, o 458.^o aniversário da fundação do Hospital de Todos-os-Santos, do qual descendem os actuais Hospitais Civis.

DOITORAMENTOS. — Efectuaram-se em Coimbra os dos licenciados Lobato Guimarães e Hermínio Penha, cujas dissertações versaram, respectivamente: *Aferição biológica dos medicamentos digitálicos* e *Tratamento da surdez*. Em Lisboa doutorou-se o cirurgião Bello de Moraes, com a dissertação: *Ressecções pulmonares*.

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA. — Mediante provas públicas, foi nomeado professor agregado de Psiquiatria o Dr. Pedro do Amaral Polónio.

CONGRESSO LUSO-ESPAÑHOL PARA O PROGRESSO DAS CIÊNCIAS. — De 23 a 29 de Outubro realiza-se em Lisboa, sendo a 8.^a Secção dedicada a ciências médicas e biológicas. Os congressistas, que podem ser todos os diplomados de profissões liberais, gozarão de descontos nas passagens de caminho de ferro. Informações completas podem pedir-se à Secretaria do Congresso (Praça do Principe Real, 14-1.^o, Lisboa).

III CONGRESSO HISPANO-PORTUGUÊS DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA. — Realizando-se em Barcelona, de 8 a 12 de Outubro, está projectada uma excursão em autocarro, que partirá de Lisboa e seguirá por Madrid e Zaragoza, para regressar por Valência, Múrcia, Granada, Córdova e Sevilha; durará vinte dias. Secretário do Congresso: Dr. D. Fernando de Almeida, Maternidade Alfredo da Costa, Lisboa.

NECROLOGIA. — Dr. Domingos Alves de Araújo, distinto cirurgião português, deputado da Nação e nosso colaborador e amigo. Em Nelas o nosso estimado leitor Dr. António Justino Lopes, que foi médico de grande reputação, no Congo Belga. Em Lisboa, o considerado arqueólogo Dr. Jordão Apolinário de Freitas, e o distinto estomatologista Dr. Gastão Quartín Graça, fundador da Sociedade Portuguesa de Estomatologia.





MARTINHO & C.ª Lda

TUDO O QUE INTERESSA À MEDICINA E CIRURGIA

Rua de Avis, 13-2.º — PORTO — Telef. P. P. C. 27583 — Teleg. «MARTICA»

Quinarrhenina Vitaminada

Elixir e granulado

Alcalóides Integrals da quina, metllarsinato de sódio e — vitamina C

Soberano em anemias, anorexia, convalescências difíceis. Muito útil no tratamento do paludismo. Reforça a energia muscular, pelo que é recomendável aos desportistas e aos enfraquecidos.

Fórmula segundo os trabalhos de Júsaty e as experiências do Prof. Pfannestiel

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO
NAS BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO

TRICALCOSE

SAIS CÁLCICOS ASSIMILÁVEIS
COM GLUCONATO DE CÁLCIO

Depósito geral: FARMÁCIA GAMA — Calçada da Estrela, 130 — LISBOA

CORTIGRADON

2 mg
5 " "
10 " "

O CORTIGRADON É O
ACETATO DE DESOXI-
CORTICOSTERONA,
PRODUTO SINTÉTICO
COM A ACÇÃO BIO-
LÓGICA DA HOR-
MONA DO CÔRTEX
SUPRARRENAL.

DOENÇA DE ADDISON. DOENÇAS INFECCIOSAS
GRAVES: FEBRE TIFÓIDE, DIFTERIA, PNEUMONIA,
GRIPE, ETC. CONVALESCENÇAS. ASTENIA. ADI-
NAMIA. MIASTENIA. ÚLCERA GASTRODUODENAL.
TOXICOSES GRAVÍDICAS. INTOXICAÇÕES CRÓNICAS

CAIXA DE 8 AMPOLAS DE 1 CC A 2 MG.	27\$00
> > > > > > 5 >	60\$50
> > > > > > 10 >	108\$00

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Sala
Est.
Tab
N.º