



# 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 Cívis de Lisboa. — ADMINISTRADOR e EDITOR: António Garrett.

## SUMÁRIO

ARY DOS SANTOS — **Importância das nebulizações termais sulfurosas tubotimpânicas.**  
AURELIANO FONSECA e MÁRIO BASTO — **O tratamento da blenorragia pela estreptomycina.**  
J. J. OLIVEIRA MARTINS — **A estreptomycina no tratamento da primo-infecção tuberculosa da criança.**

**MOVIMENTO NACIONAL — Revistas e boletins:** *A Medicina Contemporânea* (Dinâmica da hiperpiese arterial. Tratamento cirúrgico da hipertensão essencial. Síndromes isquémicas dos membros). *Trabalhos da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia* (Nódulos dos mugidores. Conceção tóxica da pelagra endémica). *Jornal do Médico* (Pneumonias atípicas). *Acta Endocrinologica et Gynaecologica* (Quistos epidermóides do seio. Disfunções da tireóide, bócio e tuberculose pulmonar). *Gazeta Médica Portuguesa* (Exoftalmo tiouracílico. Tratamento da pelada com tiouracil. Relações da tuberculose pulmonar com a brônquica). *Cadernos Científicos* (Panorama da terapêutica médica contemporânea). **Livros e opúsculos** (Ressecções pulmonares. Aferição biológica de medicamentos; os digitálicos. Contribuição para o tratamento da surdez. Estrutura das psicoses e tratamento insulínico. Bibliografia hidrológica do Império Português. Aspecto médico-sanitário do distrito de Vila Real. Diagnóstico social. Actualidades e utilidades médicas. Micoses pulmonares).

**SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — Tratamento das meningites purulentas das crianças.** Ergotamina nas cefaleias. Tratamento das caimbras nocturnas. A glucose no trabalho de parto. Resistência à estreptomycina segundo o modo de administração. Recaidas da febre tifóide tratada pela cloromicetina. Comparação da penicilina sódica com a procaína-penicilina. Das ointas na ptose gástrica. Cura cirúrgica da hemorragia cerebral. Violeta de genciana na úlcera da perna. O ácido acético no tratamento da infecção do canal auditivo externo. Substituição de dedo.

**Notícias e Informações —** Reynaldo dos Santos. Queiroz Veloso. Intercâmbio científico. Conferências. Faculdade de Medicina de Coimbra. Doutoramentos. Sociedade P. de Pediatria. Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica. Curso sobre a glândula tiróide. O Médico. Prémio do «American College of Chest-Physicians». Necrologia.

(Este número contém o ÍNDICE do Volume XXXIV)

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

Como  
prescrever  
O  
Diparcol

SOCIÉTÉ PARISIENNE  
D'EXPANSION CHIMIQUE



PARIS  
21, RUE JEAN GOUJON 8.<sup>o</sup>

ANTIPARKINSONIANO  
*de síntese*

**DIPARCOL**

(2987 R. P.)

**Dose fraca**

Granjeias doseadas a 0 gr. 05 (TUBOS DE 50)

**Dose forte**

Granjeias doseadas a 0 gr. 25 (TUBOS DE 20)

**DOSE DIÁRIA DE COMEÇO:**

0 gr. 10 a 0 gr. 50 consoante a intensidade  
dos sintomas

**AUMENTAR** em seguida a posologia  
**DE 5 EM 5 OU DE 7 EM 7 DIAS**, gradual-  
mente de 0 gr. 10 a 0 gr. 15 (formas ligeiras)  
ou de 0 gr. 25 a 0 gr. 40 (formas graves)  
**ATÉ ATINGIR O EFEITO TERAPÊUTICO**

*No decurso da progressão, substituir as granjeias a*  
*0 gr. 05 pelas granjeias a 0 gr. 25*

**DOSE MÉDIA DIÁRIA:** 0 gr. 75 a 1 gr. 25

**DOSE MÁXIMA DIÁRIA:**  
**"DOIS GRAMAS"**

Para os casos de urgência: Empolas de  
5 cc. doseadas a 0 gr. 25 (CAIXAS DE 5)

*1/2 a 1 empola por via*  
*intramuscular ou intravenosa lenta*



# PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXIV — N.º 12

DEZEMBRO DE 1950

## Importância das nebulizações termais sulfurosas tubotimpânicas

(Tese apresentada ao II Congresso «Luso-Espanhol de Hidrologia»)

por ARY DOS SANTOS (Lisboa)

Faz aproximadamente dois anos que publiquei na «Revista Clínica, Higiene e Hidrologia» um artigo em que indicava as principais aplicações crenoterápicas e as técnicas respectivas, apontando os resultados que podíamos obter. Falei então, muito por alto, das nebulizações tubotimpânicas e, porque é um assunto de grande importância, volto a ocupar-me dele.

Cada vez se reconhece mais a necessidade de opor ao empirismo de velhas técnicas hidrológicas processos mais aperfeiçoados, ou por outras palavras, técnicas que nos dêem a razão do seu emprego, a indicação terapêutica dos componentes de uma água mineral e a forma de a aplicar para que a mucosa das vias respiratórias possa ser beneficiada, não só com a sua acção tópica mas também pelos meios que se lhe proporcionam para uma melhor absorção. Serão, portanto, racionais todas as indicações terapêuticas estabelecidas segundo estes princípios.

Sob estes pontos de vista, as nebulizações trouxeram incontestáveis benefícios, quer pela eficácia da acção tópica, por um contacto mais íntimo e prolongado, quer ainda por reduzir ao mínimo o poder excito-secretório, o que representa, nas formas congestivas e hipersensíveis, manifesto benefício, visto permitir ao doente colher resultados que, na maioria dos casos, não conseguiria com as inalações e pulverizações. Acresce ainda que, sendo o contacto mais íntimo e prolongado, como já se disse, a remineralização das glândulas mucíferas será possivelmente maior.

Foi integrado nestes princípios que instituí, o ano passado na Estância Termal da Torre (Entre-os-Rios), vários tratamentos e entre eles as nebulizações tubotimpânicas, feitas pela primeira vez em Portugal.

As dificuldades causadas pela guerra não permitiram que se adquirisse o material próprio, levando-me a utilizar os simples



aparelhos empregados para as nebulizações de penicilina, introduzindo-lhes, bem entendido, modificações tais que me garantissem os fins que tinha em vista. Adaptadas as sondas de «Itard» aos aparelhos, com extrema facilidade, estudei cuidadosamente o volume de água a empregar, a temperatura conveniente e a pressão avaliada pelo manómetro e controlada pela auscultação do ouvido.

É prática corrente, nas aplicações locais de penicilina, empregar o oxigénio sob pressão para obter o óptimo de nebulização, prática essa que, a meu ver, é um erro, visto ser esse antibiótico um produto extremamente oxidável e, portanto, alterável com o gás empregado. Ora, para o caso especial das águas sulfurosas dava-se precisamente a mesma desvantagem porque iria provocar a oxidação do enxofre e, portanto, transformar um produto inicialmente bom num outro de muito menor eficácia. A simples substituição do recipiente de oxigénio por outro, contendo apenas ar sob grande pressão, remediou rapidamente esse inconveniente, exigindo isso apenas a adaptação de uma peça que permitisse ajustar melhor os nebulizadores aos recipientes.

Tive ainda a meu favor uma circunstância da máxima importância e que, em geral, não se observa nas termas similares. Refiro-me ao facto de a água da nascente vir directamente para o balneário seguindo um trajecto pequeno, dando-nos assim a garantia de não perder nesse percurso os seus princípios activos.

As águas da Estância Termal de Entre-os-Rios (Torre) foram classificadas pelo Prof. Dr. FERREIRA DA SILVA como águas frias, hipossalinas sulfidratadas, sódicas fortes, carbonatadas alcalinas, sódicas e litínicas, fluoretadas fortes, cloretadas e bastante radioactivas. Afirma o mesmo Professor que são águas primárias pela sua sulfuração, conforme se vê no presente quadro, e

ÁGUAS	Temperatura em G. C.	Sulfuração	ÁGUAS	Temperatura em G. C.	Sulfuração
Entre-os-Rios (Torre).	15	566	Felgueira (Canas de Senhorim . . . . .)	32	20
Fonte Nova de Torres			Caxeiras . . . . .	32	196
Vedras . . . . .	17	6	Canavezes . . . . .	32	160
Lijó (ou Mosqueira) e			Caldas da Rainha . . . . .	33	230
Galegos . . . . .	20	186	Moledo . . . . .	37	120
Fadagosa . . . . .	21	26	Manteigas (Fonte da Lapa) . . . . .	39	75
Arsenal de Marinha . . . . .	23	466	S. Gemil . . . . .	41	100
Caldas de S. Jorge . . . . .	23	226	Vizela . . . . .	44	160
Caldas da Saúde . . . . .	24	326	Alcafache . . . . .	48	10
Cabeço de Vide . . . . .	25	112	Aregos . . . . .	57	110
Unhais da Serra . . . . .	27	76	S. Pedro do Sul . . . . .	69	100
Óbidos . . . . .	28	86			
Taipas . . . . .	29	48			

comparáveis, mas superiores, às águas de Eaux-Bonnes e Caunterets. Pelo que acabo de dizer, se depreende que estas águas estão em condições verdadeiramente excepcionais para se tirar delas, e sobretudo das nebulizações tubotimpânicas, os maiores benefícios. São justamente esses resultados que vão ser demonstrados nas curtas linhas que se seguem.

Vejamos qual o tipo de otopatias que podem aproveitar com as nebulizações sulfurosas.

De uma maneira geral, podemos afirmar que beneficiam com elas as enfermidades consecutivas ao mau funcionamento tubário provocado por lesões inflamatórias nasais ou nasofaríngeas propagadas por continuidade. Ficam pois excluídas as lesões que possam mecânicamente obliterar o pavilhão tubário, impedindo a entrada do ar, como por exemplo, a hipertrofia da amígdala de Luschka, os polipos coanais, as neoplasias das amígdalas palatinas, as gomas, hipertrofia das caudas dos cornetos, sínfese do pavilhão consecutiva à cicatrização de úlceras, etc. Nessas circunstâncias, a terapêutica será outra e diferente segundo os casos.

A função da trompa, como se sabe, consiste em se abrir intermitentemente a cada movimento de deglutição para permitir que o ar da nasofaringe passe para o ouvido médio, regulando assim o equilíbrio das pressões, sem o qual não há possibilidade de a membrana do tímpano e os ossinhos vibrarem livremente. Toda a obstrução tubária prolongada trará como consequência lesões graves do ouvido médio, sob o ponto de vista funcional, e assim deve ser porque a reabsorção do ar da caixa do tímpano provoca alterações da posição do tímpano, que por efeito do vácuo produzido, é como que sugado. Ora, dada a íntima relação do cabo do martelo com a membrana, este sofrerá também modificações na sua posição, apresentando-se com um encurtamento aparente, um exagero da proeminência da curta apófise, maior relevo das pregas anterior e posterior e modificações do triângulo luminoso.

Uma pressão negativa endotimpânica prolongada origina uma congestão passiva, a que por vezes se segue transudação, diátese e consequente infiltração da mucosa. Além disto, a distensão forçada das fibras musculares acabará por dar à membrana certa flacidez, umas vezes atrofiando-a e outras favorecendo a infiltração celular intradérmica, terminando assim numa verdadeira degenerescência fibrosa.

É evidente que, em qualquer dos casos que representam já sequelas de otites congestivas, exsudativas ou simplesmente catarrais, o tratamento sulfuroso nada pode dar. A imobilização prolongada dos ossinhos acarreta a sua anquilose, lesão esta que também não pode aproveitar com o tratamento sulfuroso.

A par destes casos de evolução crónica e com perturbações funcionais de certa importância, há outros — e não são eles em número tão diminuto como se possa pensar — que aproveitam, extraordinariamente, com o tratamento. Estão nestas condições, por exemplo, aqueles em que uma simples mudança de temperatura, uma coriza banal, um ataque de gripe ou de qualquer outra doença infecciosa lhes ocasiona uma otalgia mais ou menos violenta e quase sempre passageira, uma ressonância da sua própria voz, uma surdez de maior ou menor grau e zumbidos intermitentes ou mesmo constantes, mas sempre de tipo grave. Estes doentes, que fazem com frequência «poussées» de salpingite, são os que mais aproveitam com as nebulizações sulfurosas tubotimpânicas. Aproveitem igualmente com estes tratamentos os doentes que, tendo sofrido operações endonasais para corrigirem insuficiências respiratórias, continuem ainda com sinais de obstrução tubária.

O grau de permeabilidade tubária é um sintoma que nos pode fornecer elementos sobre a indicação terapêutica. A avaliação faz-se por meio da auscultação do ouvido e por ela tomamos conhecimento da qualidade do sopro, da existência de fervores, se estes antecedem ou seguem o sopro, e numa palavra se se trata de simples catarro tubário, de exsudado da caixa, etc.

Os resultados colhidos com as nebulizações são tanto mais favoráveis quanto maior for o seu número.

Para que se possa ajuizar da eficácia do tratamento, vou apresentar duas observações: uma referente a um operado de ressecção submucosa do septo nasal e que mantinha ainda lesões tubárias e outra relativa a um caso de salpingite recidivante.

1.ª Observação — J. L., de 27 anos, operado de ressecção submucosa do septo nasal em Abril de 1949.

Afirma que a obstrução nasal o não incomodava muito, mas que se tinha sujeitado à intervenção principalmente com o intuito de obter melhoria da surdez do ouvido direito e dos zumbidos, incómodos estes de que já se queixava há dois para três anos aproximadamente.

*Exame objectivo:*

Sinais nítidos de insuficiência de arejamento tubotimpânico.

Surdez de tipo de transmissão. Zumbidos graves não constantes.

Rinre }  $\begin{matrix} D. - \\ E. + \end{matrix}$ ; Weber lateralizado à direita; Gellé + dos dois lados.

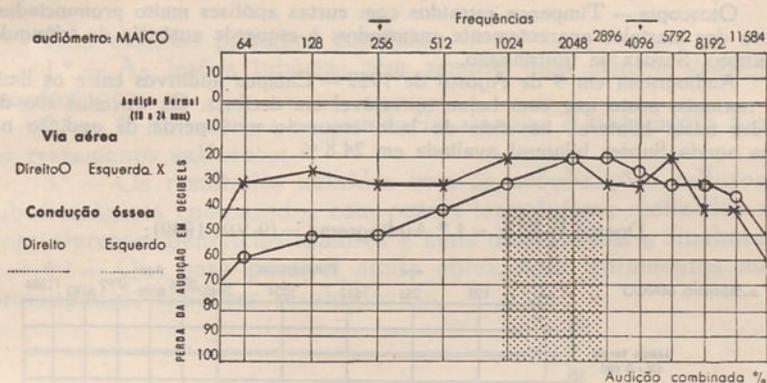
Um audiograma feito em 2 de Agosto de 1949 mostrou o seguinte: — Perfis compreendidos entre as frequências 64-11584, revelando do lado direito uma baixa em toda a zona grave. A perda de audição combinada era de 8,5 %.

Boa permeabilidade nasal. Insuficiência de arejamento tubotimpânico direito que se restabelece facilmente com um ducte de ar.

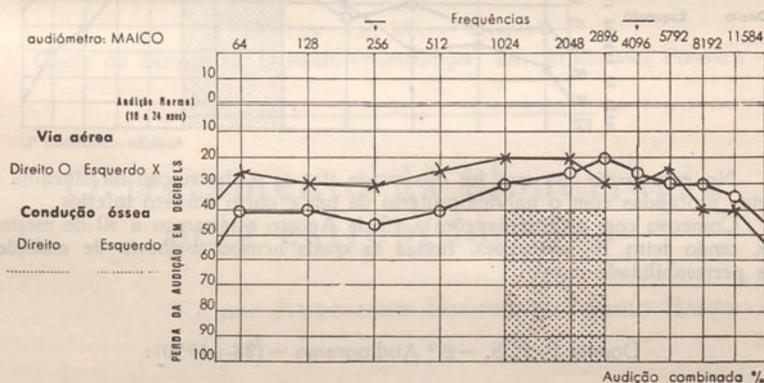
Fez vinte nebulizações em dias seguidos. A 6.ª, acusou diminuição de zumbidos e à 11.ª ausência desse sintoma subjectivo.

A audição melhorou como se vê no audiograma feito, aproximadamente, cinco meses depois do tratamento.

Doente J. L. — 1.º Audiograma — (2-VIII-1949):



Doente J. L. — 2.º Audiograma — (6-1-1950):



Comparando este último audiograma com o primeiro nota-se uma diferença sensível, tendo o cálculo da perda da audição passado para 6,7 %.

2.ª Observação — F. P. S., 44 anos. Tem feito tratamento em anos seguidos em Entre-os-Rios (Torre) por causa de uma bronquite que muito o incomoda. É um fumador incorrigível. Além da sua bronquite queixa-se de obstrução nasal quase constante, sobretudo do lado esquerdo. Diz que é duro de ouvidos (sic) há bastante tempo; sente zumbidos só muito raramente, com predominância do lado esquerdo, e comparáveis ao ruído da fuga de vapor.

Faringe seca, principalmente quando acorda, tendo por vezes vômitos, provocados pela dificuldade de expelir um escarro, que quando sai, se assemelha a um pedaço de grude. Voz anasalada.

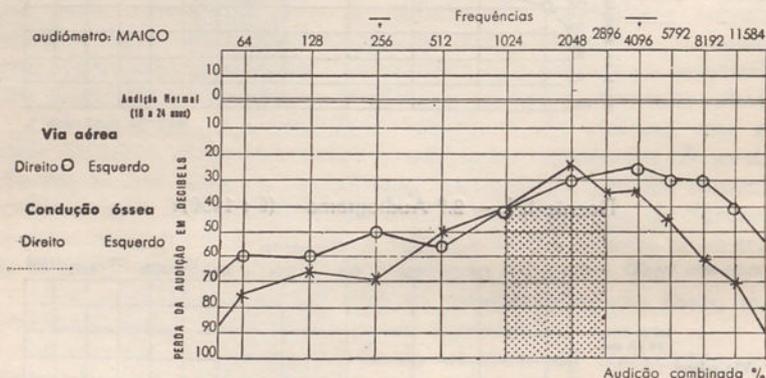
Rinoscopia anterior — Cornetos muito hiperemiados e aumentados de volume, chegando ao contacto do septo. Do lado esquerdo há uma sinequia que

une a mucosa do corneto à do septo. Mucosa mole, depressível, retraído-se bem à pantocaína adrenalina. Faringe seca.

Otosopia — Tímpanos retraídos com curtas apófises muito pronunciadas, cabos dos martelos aparentemente encurtados; à esquerda ausência do triângulo luminoso. Surdez de transmissão.

Audiograma em 9 de Agosto de 1949 — Campos auditivos entre os limites normais, posto que com baixa apreciável em decibels. Os traçados são de surdez mista bilateral, havendo do lado esquerdo uma perda de audição na zona aguda Surdez bilateral avaliada em 24,8 %.

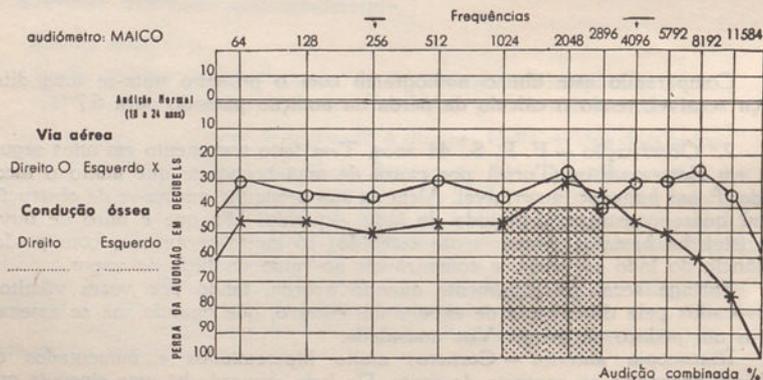
Doente F. P. S. — 1.º Audiograma — (9-VIII-1949):



No mesmo dia em que foi observado, fez-se a destruição da sinequia e estrias profundas com o galvanocautério de um e outro corneto inferior.

Começou com as nebulizações a 13 de Agosto e terminou a 30 do mesmo mês, tendo feito 16 aplicações, findas as quais acusou melhoria de audição. Boa permeabilidade nasal.

Doente F. P. S. — 2.º Audiograma — (28-I-1950):





A 28 de Janeiro de 1950 foi feito um outro audiograma, tendo-se verificado que a surdez combinada tinha sido reduzida a 18,1 %.

Pelo exposto podemos concluir:

1.º — As lesões tubárias têm sempre uma origem nasal ou nasofaríngea;

2.º — É da máxima conveniência associar o tratamento nasal ao tratamento sulfuroso;

3.º — Os resultados colhidos com as nebulizações sulfurosas tubotimpânicas comparados com outras terapêuticas realizadas até hoje oferecem benefícios maiores e mais duradouros; e finalmente

4.º — Que será possível ainda obter, com tratamentos mais prolongados, melhores resultados.

---

#### DISPENSÁRIO DE HIGIENE SOCIAL DO PORTO

Director: Dr. MÁRIO CARDIA

Chefe do Serviço de Dermato-venereologia: Dr. AURELIANO FONSECA

---

## O tratamento da blenorragia pela estreptomicina

por AURELIANO FONSECA e MÁRIO BASTO

A estreptomicina no tratamento da blenorragia foi usada pela primeira vez por PUTNAM e seus colaboradores (1) em 1946, os quais curaram quatro homens com uretrite gonocócica aguda, tendo empregado 0,5 gramas de sulfato de estreptomicina, dissolvido em soro fisiológico e repartido em 5 doses de 0,1 gramas, injectadas com o intervalos de uma hora.

Este surpreendente resultado clínico, que confirmou os resultados experimentais de MORTARA e SAITO (2) sobre a acção «in vitro» da estreptomicina para o gonococo de Neisser, despertou grande entusiasmo nalgumas clínicas especializadas, que logo se orientaram em cuidadosos estudos para concretizarem a utilidade do medicamento e, conseqüentemente, estabelecer a melhor dose curativa.

As publicações que se seguiram foram as de WILLCOX (3), que tratou sete doentes com gonorreia, empregando a estreptomina em soluto aquoso e numa única injeção de 0,2 a 0,6 gramas, tendo recidivado três doentes, um dos quais curou com uma segunda injeção de 0,6 gramas.

Pouco tempo depois, COHN e GRUNSTEIN (4) apresentaram os resultados do tratamento de dezasseis doentes, tendo conseguido curar treze doentes, doze com a dose de 0,5 gramas e um com a repetição desta dose.

Logo a seguir apareceram os trabalhos de TAGGART e colaboradores (5), que trataram 229 doentes com doses de 0,3 a 0,6 gramas, tendo curado 213. Os doentes que recidivaram foram tratados com nova dose de 0,2 a 0,6 gramas, tendo persistido a doença apenas em dois doentes. Portanto, houve um resultado de 99,2 % de curas.

Interessados nestes resultados, experimentámos a estreptomina no Dispensário de Higiene Social do Porto, em 70 doentes do sexo masculino, que sofriam de uretrite gonocócica recente e, na esperança de conseguir maior percentagem de curas, utilizamos uma emulsão de estreptomina em óleo (Emulgen-Lakeside). Os resultados foram os seguintes: 66 doentes curaram com a dose de 0,5 gramas, 2 doentes necessitaram de repetir a dose e um outro doente precisou ainda de nova dose de 0,5 gramas. Apenas um doente não curou até 3 gramas de medicamento. Por conseguinte, obtivemos um total de curas de 98,6 % (6).

Entretanto, apareceram outras publicações sobre a aplicação da estreptomina na gonorreia: PISACANE (7) tratou 25 doentes com uretrite gonocócica resistente à penicilina e sulfamidas, empregando doses de estreptomina de 0,2 a 0,25 gramas, repetidas três horas depois, tendo curado 23 doentes; LUIGI (8) em 27 doentes medicados com 0,2 gramas de estreptomina curou 25; TAGGART, PUTNAM e colaboradores (9) trataram 104 doentes com doses de 0,2 a 0,4 gramas e curaram 95 doentes, isto é, 91,3 %; e, ultimamente, ADOLPH JACOBY (10) apresenta os resultados obtidos em 139 doentes, dos quais 60 curaram com doses de 0,5 gramas e 71 com doses de 1 grama; por conseguinte, foram obtidas, respectivamente, 90,9 e 97,3 % de curas.

Depois de publicadas as nossas observações, animados com os resultados conseguidos e verificando que os diferentes autores se fixavam em doses à roda de 0,5 gramas, continuamos com o mesmo método de tratamento, porém, substituindo o óleo emulsionante por um líquido semi-oleoso que permitiria, talvez, um tempo de absorção intermédio entre o meio aquoso e o oleoso,

além de ser menos doloroso e de mais fácil preparação. Utilizamos, com este fim, um soluto de 25 % de polyvinylpyrrolidon (Subtosan-Retard «Specia»).

Tratamos 190 doentes, tendo conseguido a cura em 164 doentes com uma única dose de 0,5 gramas, 12 doentes com duas doses de 0,5 gramas e 1 doente com três doses de 0,5 gramas; apenas em 2 doentes não conseguimos obter a cura até ao total de 1,5 gramas. Estes 2 doentes foram posteriormente curados com 250.000 unidades de penicilina e 11 gramas de sulfatiazol.

Portanto, obtivemos um total de curas de 98,9 %.

Estreptomina (dose de 0,5 gr)	Número de doentes	Resultado do tratamento	%
1 dose	164 (I)	} curados	86,3
2 doses	12 (II)		6,3
3 doses	12 (III)		6,3
	2 (IV)	não curados	— 1,1

Entre estes doentes há dois que merecem uma referência especial, dado o seu aspecto clínico e o resultado da terapêutica instituída.

Um dos doentes apresentou-se à consulta queixando-se de intensas dores nos testículos e com abundante corrimento uretral há mais de um ano. Verificamos volumosa orquiepididimite direita com intensos sinais inflamatórios e estado geral perturbado, pelo que foi hospitalizado. Tomou uma dose de estreptomina e, logo nessa noite, pôde dormir, o que não acontecia há alguns dias. Ao outro dia, todo o corrimento tinha desaparecido e o testículo, ainda que volumoso, já não estava doloroso. Como precaução repetimos a dose de 0,5 gramas e, dois dias depois, o doente tinha o testículo com o volume normal.

Um outro doente, que tinha corrimento havia mais de dois meses, apareceu à consulta queixando-se, ao mesmo tempo, de uma artrite do joelho esquerdo, que tinha surgido dois dias antes. Tomou apenas 0,5 gramas de estreptomina e todos os sinais de doença, uretral e articular, desapareceram.

Verificamos que 133 doentes tinham a doença havia menos de 10 dias, 35 doentes havia entre 11 e 20 dias, 12 doentes entre 21 e 30 dias e 10 doentes com mais de 31 dias. Constatámos, ainda, que a necessidade de maior quantidade de medicamento não foi função do tempo de doença, porquanto a maior parte dos doentes tratados tinha a doença com menos de 20 dias de evolução, estando incluídos aqui os dois doentes que não curaram.

Tempo de doença	Doses de medicamento (grupo de doentes)				Total de doentes	%
	I	II	III	IV		
0-10 dias	115	8	8	2	133	70,0
11-20 >	33	2	—	—	35	18,4
21-30 >	11	1	—	—	12	6,3
31- >	5	1	4	—	10	5,3

Na maior parte dos doentes a incubação foi inferior a 10 dias, estando incluídos neste tempo a quase totalidade dos doentes que necessitaram de repetir as doses de medicamento, assim como os dois doentes que não curaram com esta medicação.

Tempo de incubação	Doses de medicamento (grupo de doentes)				Total de doentes	%
	I	II	III	IV		
1- 5 dias	12	10	4	—	126	66,3
6-10 >	31	2	3	2	38	20,0
11-20 >	13	—	1	—	14	7,4
20- >	8	—	4	—	12	6,3

A percentagem dos doentes com menos de 30 anos foi de 84,6, abrangendo-se neste número os doentes que tomaram duas ou três doses de medicamento e ainda aqueles que não conseguiram a cura. Também cerca de 50 % dos doentes tinham a doença pela primeira vez, estando incluídos nesta percentagem os doentes que não curaram. Os restantes doentes já tiveram uma ou mais blenorragias tratadas com sulfamidas ou penicilina.

Em nenhum doente encontramos quaisquer manifestações gerais ou locais de intolerância à estreptomicina.

\*

Baseados nos resultados obtidos e comparando-os com os casos da literatura, podemos tirar as seguintes conclusões:

1.º — A estreptomicina é um precioso medicamento para o tratamento da blenorragia, sendo útil mesmo nos casos antigos e complicados.

2.º — A estreptomicina é eficiente em meio aquoso ou oleoso, sendo possivelmente preferível o meio oleoso ou, melhor, semi-oleoso como o «Subtosan-Retard».

3.º — A dose de 0,5 gramas deve ser considerada a dose de rotina com que se devem iniciar os tratamentos, porquanto, é suficiente e eficaz na quase totalidade dos casos.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) — PUTNAM, L. E., EERWIK, R. P., TAGGART, S. A. and CHINN, B. D. — *The treatment of Gonorrhoea with Streptomycin.* — Med. Ann. Dist. Columbia 16: 14, 1947.
- (2) — MORTARA, F. and SAITO, M. T. — *Sensitivity of Neisseria Gonorrhoea to Streptomycin In Vitro.* — J. Ven. Dis. Inform. 27: 152, 1946.
- (3) — WILLCOCK, R. R. — *Streptomycin in Gonorrhoea, with its effects upon dark-field positive lesions of Syphilis* — Brit. med. Journal, pgs. 1015-1018, (1-Dec., 1948).
- (4) — COHN, A., GRUNSTEIN, L., GOLDBERG, B. and GRANE, L. — *So Called penicillin-resistant gonococcal infection — A clinical and laboratory study.* — Am. J. Syph. Gonor. & Ven. Dis., 33: 86, 1949.
- (5) — TAGGART, S. A., HIRSH, H. L., HENDRICKS, F. D., GABLE, G. B., PUZARK, M. A. and GREAVES, A. B. — *The treatment of Gonorrhoea with Streptomycin* — Am. J. Syph. Gonor. & Ven. Dis., 33: 177, 1949.
- (6) — FONSECA, A. e BASTO, M. — *O tratamento da blenorragia aguda pela estreptomicina* — Trab. Socied. Portug. de Dermatolog. e Venereolog., VII, n.º 4, 227, 1949.
- (7) — PISACANE, C. — *Sull'azione di piccole dosi di streptomicine nell'infezione gonococcica con particolare riguardo alle forme sulfamido e penicillino-resistenti* — La Riforma Medica, 63: 929, 1949.
- (8) — LUIGI, B. — *La streptomicina nella cura dell'uretrite gonococcica nell'uomo* — Atti d'ella Società Medico-Chirurgica di Padova e della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università di Padova — Pádua, 126, 1949.
- (9) — TAGGART, S. R., PUTNAM, D. E., GREAVES, A. B., WATSON, J. A. — *The use of Dihydrostreptomycin in the treatment of gonorrhoea* — Am. J. Syph. Gonor. & Ven. Dis. — 34: 62, 1950.
- (10) — JACOBY, A., GOLDBERG, W., SOBEL, N., ROSENTHAL, T. — *Treatment of gonorrhoea with dihydrostreptomycin* — Am. J. Syph. Gonor. & Ven. Dis., 34: 185, 1950.

(Comunicação apresentada ao II Congresso Luso-Espanhol de Dermatologia, realizado em Lisboa em Maio de 1950.)

## A estreptomina no tratamento da primo- -infecção tuberculosa da criança (1)

por J. J. OLIVEIRA MARTINS

*Antigo Assistente vol. de Pediatria da Faculdade  
de Medicina do Porto  
Médico do Instituto Maternal (Delegação no Porto)*

Demonstrada a eficácia da estreptomina no tratamento da tuberculose pulmonar, depressa se reconheceu a necessidade de limitar a sua aplicação, a qual tem cada vez mais as suas indicações precisas à medida que melhor se vai experimentando e estudando o fármaco.

Como sempre acontece com todas as inovações em terapêutica, àquele primeiro período de entusiasmo exagerado, e por vezes inconveniente, seguiu-se uma fase de desalentado cepticismo e à qual se sucedeu já uma apreciação mais justa e criteriosa das possibilidades e vantagens do conhecido antibiótico.

Assim, num artigo publicado na «Presse Médicale» de 25 de Junho de 49, e expressivamente intitulado «Emprego abusivo da estreptomina na tuberculose pulmonar da criança», LOWYS, director dum sanatório infantil da Alta Sabóia, pretende pôr-nos de sobreaviso, umas vezes porque era desnecessário o seu emprego e noutras porque, alargando em demasia a sua utilização, se perde a oportunidade de aplicação de outras terapêuticas mais eficazes nos casos considerados. O autor entende que de 25 crianças tratadas pela estreptomina antes da chegada ao seu sanatório, apenas em 5, ou seja 20 %, havia indicação nítida para a sua aplicação, 6 eram casos discutíveis, e em 14, o que corresponde a quase 60 %, não se devia tê-la utilizado. Referem-se estes últimos casos por um lado a lesões cavitárias em que o uso da estreptomina condicionou o adiamento da instituição dum pneumo que mais tarde perdeu a oportunidade de ser praticado, e por outro tratava-se de afecções bacilares incipientes (pleurisias sero-fibrinosas, primo-infecções banais) que curam no geral sem o recurso ao antibiótico.

Num artigo publicado no «Monde Médical» de Outubro de 49 por ANDRÉ JACQUELIN, médico do Hospital Necker e intitulado «Tratamentos médicos da tuberculose pulmonar abstraindo a estreptomina e o ácido para-amino-salicílico», igualmente o

---

(1) Comunicação apresentada na 2.<sup>a</sup> reunião do corpo clínico da Delegação no Porto do Instituto Maternal, de 11 de Maio de 1950.

autor aponta os inconvenientes do uso imoderado dos novos medicamentos.

É esta, de facto, a ideia dominante quer entre os autores estrangeiros que consultei, quer dos tisiólogos e pediatras portugueses com quem pude pôr-me em contacto, sobretudo no que diz respeito à conduta a tomar perante a primo-infecção tuberculosa da criança, sem complicações.

Contra esta maneira de proceder levanta-se a voz prestigiosa de ARMAND-DELILLE, que (como diz TÁPIA) é um dos autores franceses que mais tem estudado o problema da tuberculose infantil, num artigo publicado em Dezembro último no «Monde Médical», e no qual declara que institui sempre um tratamento estreptomycinico durante 40 dias ( $\frac{1}{2}$  gr. diário até aos 3 anos e 1 gr. nas crianças maiores) quando «constata numa criança a viragem da cuti, sobretudo quando se pode averiguar que a mesma esteve recentemente exposta a um contágio maciço e com maior razão se esta viragem se acompanha de fenómenos gerais, tais como um estado febril ou sub-febril, paragem do aumento de peso ou emagrecimento, astenia, etc.».

Chamo a atenção para o facto curioso do autor não se referir à observação radiológica antes de prescrever o antibiótico, apesar de, com TÁPIA, devermos considerar a radiologia como o mais importante elemento de diagnóstico da primo-infecção tuberculosa da criança.

Para alicerçar a sua opinião ARMAND-DELILLE baseia-se em que, encorajados pelos magníficos resultados obtidos no tratamento da granúlia e da meningite tuberculosa com a estreptomycinica, alguns pediatras franceses foram levados a experimentar combater da mesma forma a infecção tuberculosa nas suas primeiras fases, com o fim de evitar a aparição das manifestações de difusão bacilémica. Admitindo que quando se manifesta a viragem da cuti é quase impossível prever qual será a evolução da infecção, acrescenta que se a constatação de bacilos no líquido gástrico constitui indicação para a instituição imediata do tratamento estreptomycinico, a observação duma lesão gânglio-pulmonar igualmente obriga a assumir idêntica conduta terapêutica. Como não é possível saber em que casos a primo-infecção se sucede uma disseminação sanguínea granúlica ou a invasão meníngea, o autor refere que há todo o interesse em evitar estas desastrosas consequências e com este fim, deve-se instituir o tratamento antibiótico, o qual impedirá na maioria das circunstâncias a proliferação bacilar.

Para combater as objecções que se poderiam apresentar acerca desta aplicação tão generalizada da estreptomycinica e a

propósito dos acidentes que o seu uso poderia ocasionar, ARMAND-DELILLE refere-se apenas às perturbações labirínticas, afirmando que para se produzirem são necessárias doses proporcionalmente 3.000 vezes mais elevadas que aquelas que são utilizadas na terapêutica humana, e à estreptomycino-resistência que despreza porque é mais fácil prevenir uma localização bacilar grave instituindo preventivamente o tratamento antibiótico, do que não o aplicar com receio de criar essa estreptomycino-resistência e esperar que a lesão secundária se manifeste para só então a combater.

Apesar desta indicação formal do emprego do antibiótico, e ainda que de início o leve à categoria de preventivo das complicações bacilares graves, o autor continua o artigo com muito menos entusiasmo confessando que «embora o tratamento estreptomycínico dê resultados satisfatórios imediatos é preciso não se contentar com esta paragem do processo tuberculoso, porque se sabe muito bem que a mesma pode não ser definitiva. «O antibiótico pela sua presença no plasma, pára a proliferação dos bacilos mas não modifica o terreno», afirma o autor, o qual termina o artigo preconizando o velho tripé clássico (repouso, bom ar e alimentação reconstituente) como indispensável complemento do tratamento estreptomycínico.

Transcritas desta maneira as principais afirmações do citado artigo, seja-me permitido apresentar seguidamente algumas objecções às conclusões de ARMAND-DELILLE.

Afirma o autor: 1.º — *O tratamento estreptomycínico da primo-infecção tuberculosa previne o aparecimento de localizações secundárias graves.*

Ora, embora «nas tuberculoses agudas das crianças os resultados imediatos sejam muitas vezes favoráveis, mesmo impressionantes, infelizmente o prognóstico da evolução ulterior deve ser muito reservado, porque a recaída, a aparição de novas localizações e as consequências funestas que podem advir no capítulo da imunidade, ensombram o futuro dos doentes tratados precocemente com a estreptomycina». São estas as conclusões a que chega o Prof. CATHALA no artigo publicado na «Presse Médicale» de 21 de Fevereiro de 48 e dedicado aos «Primeiros resultados em França da terapêutica pela estreptomycina».

No artigo a que já me referi de ANDRÉ JACQUELIN, igualmente este autor afirma que o «efeito antibiótico da estreptomycina não é senão momentâneo, só se manifestando durante o tempo em que o organismo está impregnado. Não tem, portanto, nenhum poder preventivo, e mesmo, muitas vezes, logo que a medicação foi interrompida, os bacilos reaparecem, sobretudo



quando provêm de lesões subagudas, nas quais temos verificado que a eficácia do método é geralmente incompleta».

No Boletim da Sociedade Médica dos Hospitais de Paris, na sessão de 4 de Junho de 48, também foi apresentada uma comunicação intitulada «Generalização tuberculosa do seio, tomada por um adenoma» e na qual os autores BOURGEOIS, etc., relatam o aparecimento duma granúlia cerca de dois meses depois da intervenção e do início do tratamento estreptomicínico. O comentário final é assim concebido: «É notável ver neste caso, como em tantos outros, a estreptomicina dar um resultado notável nas lesões pulmonares, levantar o estado geral, chegar ao fim de 2/3 meses à apirexia completa e a uma situação de boa saúde aparente, mas não impedir o desenvolvimento silencioso duma meningite tuberculosa, tanto mais irremediavelmente fatal, porque sobrevém sem despertar as lesões pulmonares num doente já tratado pela estreptomicina e no qual a continuação da mesma medicação não se pôde mostrar eficaz». E concluem: «Sem podermos apresentar uma estatística absolutamente precisa, podemos afirmar que cerca de 50 % dos doentes atingidos de formas miliares tuberculosas e tratados eficazmente pela estreptomicina, vêem desenvolver-se algumas semanas depois da paragem do tratamento uma localização tuberculosa meníngea, cujo prognóstico é dos mais reservados».

No número de 25 de Novembro de 49 do mesmo Boletim encontrei uma comunicação com o título «Reflexões sobre as meningites sobrevivendo no curso das miliares e das primo-infecções tratadas pela estreptomicina», onde se relata que desde o início do emprego da estreptomicina no tratamento da granúlia tuberculosa, os diferentes autores foram surpreendidos pela frequência com que apareciam as meningites tuberculosas depois da paragem do antibiótico, e na ocasião em que a imagem pulmonar já se tinha tornado normal. O mesmo parece dar-se nas primo-infecções tratadas pela estreptomicina e para justificar esta afirmação os autores relatam um caso duma criança com um complexo primário sem lesões miliares, tratada durante 3 meses com estreptomicina e na qual, 7 dias depois do início do tratamento, surgiu uma meningite bacilar; esta criança recebeu no total 51 grs. do produto, dose bastante elevada se atendermos ao seu peso (17 kgrs.) e bastante superior à quantidade aconselhada por ARMAND-DELILLE, que preconiza para um máximo de 1 gr. diário um tratamento de 40 dias em média.

Para juntar a estes casos, que demonstram a ineficácia da estreptomicina na prevenção da disseminação bacilémica, posso relatar um caso duma minha doentinha, que me parece bastante elucidativo. Trata-se duma menina de 11 anos com antecedentes

familiaes muito carregados e possível contágio paterno. A primeira grafia revelou apenas um ligeiro infiltrado do P. E. com adenopatia bilateral. O estado geral era muito satisfatório e nada fazia prever o acidente que em curto prazo (cerca de 2 meses depois) agravou profundamente a situação. Depois duma amigdalite banal surgiu um processo congestivo pulmonar hipertérmico e com grande agudeza, que correspondia a um surto bronco-pneumónico exsudativo a toda a altura do pulmão esquerdo. Foi logo prescrita a estreptomina de que tomou 55 grs. com manifesto benefício clínico e radiológico, a ponto da 3.<sup>a</sup> grafia apresentar já o processo com tendência fibrosa regressiva embora não completamente dominado. Mas 2 meses depois, estando ainda a fazer uso do mesmo antibiótico, dá-se um recrudescimento da sintomatologia pulmonar com desnutrição acentuada, anorexia e ataque profundo do estado geral, revelando a grafia feita a seguir um processo caseo-ulceroso a toda a altura do P. E. A conselho dum tubercologista a quem apresentei o caso, foi proposta à família a sanatorização para pneumo, ou freni se aquele fosse impossível, o que não foi aceite (nem tão-pouco o pneumo ambulatório) por razões extra-médicas, tendo então sido prescrito o P. A. S. que também pouca presa teve sobre o processo, pois o P. D. que até aí estava íntegro apresentava, 3 meses depois, um infiltrado sisural, intensificando-se as lesões no P. E.

Foi feita recentemente uma 6.<sup>a</sup> grafia que revelou agravamento das lesões nos dois campos e a doente está a entrar na caquexia final. Esta observação permite concluir que embora o antibiótico inicialmente tivesse actuado duma maneira eficaz, não conseguiu, no entanto, evitar a extensão do processo aos dois pulmões, o que se verificou mesmo durante a aplicação da estreptomina.

Ainda quero apresentar um outro caso que contraria esta conclusão de ARMAND-DELILLE que venho apreciando, o qual se refere a uma criança que apresentava radiologicamente «um processo hilo-ganglionar D. com reacção do retículo da zona média»; foi-lhe prescrita a estreptomina por um médico que nessa altura a observou. Cerca de 1 ano depois, quando da minha primeira observação e apesar de ter tomado 30 grs. do produto, a disseminação bacilémica ainda não tinha sido entravada, pois nessa altura a grafia, embora denunciase a regressão do complexo primário inicial, mas ainda incompletamente estabilizado, mostrava também um infiltrado secundário recente peri-hilar no outro pulmão. Preconizado por mim um tratamento recalcificante, tónico e vitamínico, a alimentação reconstituente, o repouso vigiado e a saída da beira-mar, o processo entrou em franca regressão e 3 meses depois a grafia mostrava apenas uma «reacção hilar bila-



# CORTIGRADON

## ACÇÃO BIOLÓGICA DA HORMONA DO CORTEX SUPRARRENAL

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

CAIXA DE 3 EMPOLAS DE 1 CC. A 2 MG. . . . .	27\$00
» » » » » » 5 MG. . . . .	60\$50
» » » » » » 10 MG. . . . .	108\$00

# COLONOL

## LAXATIVO

Cada grajeia contém:

Ácido cólico . . . . .	50,0 mg.
Oximetilanttraquinonas, equivalente a . . . . .	75,0 mg.
	de óleos
Podofilina . . . . .	7,5 mg.
Extracto de beladona . . . . .	4,0 mg.
Excipiente apropriado q. b. p. uma grajeia	



*Nova Apresentação*

BOIÃO-FRASCO EM PLÁSTICO  
INQUEBRAVEL  
CONTENDO 50 GRAJEIAS

# COLERÉPA

## COLERÉTICO

Cada grajeia contém:

Ácido deidrocolico . . . . .	0,10 g.
Hexametilnatetramina . . . . .	0,10 g.
Excipiente apropriado q. b. p. uma grajeia	

*Nova Apresentação*

BOIÃO-FRASCO EM PLÁSTICO  
INQUEBRAVEL  
CONTENDO 50 GRAJEIAS



teral, sobretudo no P. D., de tipo fibro-calcário com reticulite peri-hilar não recente». Já decorreu mais dum ano depois desta última grafia e o estado do doente continua sendo muito satisfatório.

Embora não possa ser colocado em paralelo com os factos atrás apontados, visto não se tratar duma publicação científica, não quero, no entanto, deixar de arquivar o que acerca do emprego da estreptomycin na primo-infecção tuberculosa se contém numa brochura editada recentemente (1949) pelos Abott Laboratories e onde há a considerar o interesse comercial da casa preparadora em vender o produto que fabrica.

As indicações da estreptomycin na primo-infecção, contêm-se nas seguintes linhas: «A estreptomycin está contra-indicada nas primo-infecções tuberculosas. Os perigos desta terapêutica, juntos ao desenvolvimento de permanentes efeitos tóxicos e ao aparecimento de formas resistentes do bacilo, contra-indicam o uso deste antibiótico na primo-infecção tuberculosa. Além disso sabe-se que o emprego da estreptomycin impede muitas vezes o desenvolvimento da imunidade que costuma seguir-se à primo-infecção».

Parece-me, pois, suficientemente refutada a eficácia da estreptomycinoterapia na primo-infecção não complicada, como preventiva duma localização tuberculosa secundária, como ARMAND-DELILLE afirma e aconselha; mas se os argumentos e os factos atrás citados não bastassem, suponho que a razão mais concludente está em reproduzir as seguintes palavras do próprio autor contidas no artigo que estou comentando: «logo que o tratamento estreptomycinico cesse o agente microbiano pode desenvolver-se no organismo pouco resistente». Ora se assim é, a migração bacilar por toda a economia é possível e em qualquer parte do organismo ele se pode acantonar e aí dar lugar a qualquer localização, o que era exactamente aquilo que se pretendia evitar.

A segunda conclusão a que chega ARMAND-DELILLE pode ser assim resumida: 2.º — *No tratamento por este antibiótico não é praticamente para considerar a estreptomycinico-resistência.*

Os factos e as conclusões a que têm chegado os diferentes autores não permitem, no entanto, aligeirar tanto este problema. Assim JACQUELIN, no artigo já citado, diz que se «conhece o desenvolvimento rápido da estreptomycinico-resistência, tal que em caso de nova crise uma segunda cura é menos activa que a primeira e a terceira ainda menos. Seja qual for a técnica empregada para retardar a estreptomycinico-resistência não se pode evitar indefinidamente o seu aparecimento, o que constitui uma terrível dificuldade nesta medicação.

Já num artigo publicado na «Presse Médicale» de 21 de Fevereiro de 48, os autores consideravam a resistência espontânea ou adquirida dos germes ao antibiótico um dos factores mais importantes dos insucessos desta terapêutica, porque esta resistência parece ser muito mais importante e desenvolver-se muito mais rapidamente com a estreptomina que com os outros antibióticos. Estes factos devem levar o clínico a não prescrever a estreptomina senão com indicações bem precisas para cada caso.

LOWYS, muito criteriosamente, diz que «da mesma maneira que um pneumo estabelecido a título preventivo corre o risco de provocar ulteriormente a sínfise e de não poder agir sobre uma caverna, o emprego abusivo da estreptomina pode tornar o bacilo de Koch resistente no momento em que este produto seja mais necessário».

O último argumento que ARMAND-DELILLE apresenta para aconselhar a extensão da estreptominaoterapia nas primo-infeções bacilares refere-se aos: 3.º — *Reduzidos efeitos tóxicos deste antibiótico.*

Ainda neste capítulo este distinto cientista francês não parece ter razão, pois embora os acidentes com esta medicação não sejam no geral muito vulgares e graves, eles aparecem de quando em quando; por exemplo, pude anotar as seguintes comunicações que aos mesmos dizem respeito e que apareceram publicadas, no ano de 1949, apenas no Boletim da Sociedade Médica dos Hospitais de Paris:

- Acidentes oculares da estreptomina intrarraquidea.
- Acidentes sanguíneos leucopénicos e granulopénicos no decorrer do tratamento pela estreptomina.
- Cegueira por atrofia no decorrer do tratamento pela estreptomina.
- Hemopatia mortal depois do tratamento pela estreptomina.
- Ictericias depois do tratamento pela estreptomina.
- Ictericias durante e depois do tratamento pela estreptomina.
- Nevrite retro-bulbar no decorrer duma meningite tuberculosa tratada pela estreptomina.

Apresentados, desta maneira, os argumentos que se opõem, em minha opinião, à aceitação das conclusões dogmáticas, muito formais e pouco fundamentadas, de ARMAND-DELILLE, vou apontar as indicações da estreptomina nas primo-infeções complicadas, servindo-me para isso dum quadro elaborado por LOWYS.

Factores que justificam o uso da estreptomicina na primo-infeccção tuberculosa da criança:

1.º — Marcha grave da infecção, evidenciada por:

- a) Febre elevada e mau estado geral;
- b) Lesões bronco-pneumónicas e miliares;
- c) Adenopatias volumosas e complicadas por sinais de disseminação hematogénica (tubérculos corioides, inoculação positiva das urinas).

2.º — Associação de uma afecção cujo germe seja sensível à estreptomicina (septicemia de germes intestinais, coqueluche, colibacilose, etc.).

Duas notas a salientar ainda:

1.ª — Na primo-infeccção complicada é tanto mais para aconselhar o uso da estreptomicina quanto menos idade tiver a criança.

2.ª — Parece poder alinhar-se o sarampo (conforme foi constatado por alguns colegas na epidemia que tem grassado no Porto últimamente) no número das afecções cuja associação com a primo-infeccção constitui uma indicação para o emprego deste antibiótico. (Devo esclarecer que sobre esse pormenor nada encontrei descrito na literatura médica que pude consultar).

Por último, e antes de expor as conclusões que se podem deduzir daquilo que acabo de relatar, permito-me apresentar um quadro referente aos casos de primo-infeccções que, no Dispensário de Aldoar do Instituto Maternal onde trabalho e na minha clínica particular, tenho acompanhado e documentado desde 1948:

N.º total de primo-infeccções controladas radiologicamente (46)	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Estreptomicinoterapia} \\ (6) - 8,5 \text{ 0/0} \end{array} \right.$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{melhorados} - 4 \\ \text{estacionários} - 1 \\ \text{agravados} - 1 \end{array} \right.$

Como se verifica, há uma diferença capital entre o número de casos tratados com estreptomicina e aqueles em que se não applicou este antibiótico.

O critério adoptado na escolha foi aquele que se pode deduzir do que atrás escrevi: em face da suspeita clínica duma primo-infeccção, procurei a comprovação radiológica para avaliar a extensão e a natureza das lesões, participação parenquimatosa, etc., e atendi ao estado geral do doente, antecedentes, ambiente familiar e outros factores que podiam influir na evolução do processo. Se o devia incluir no capítulo das primo-infeccções graves e não existiam factores pessoais ou razões económicas, que impedissem o uso da estreptomicina, esta era prescrita imediatamente no ritmo e nas doses convenientes. Caso se tratasse duma primo-infeccção

não complicada era antes instituído o tratamento clássico (repouso, boa alimentação, sempre que possível mudança de ares, vitaminas, cálcios, extracto hepático, etc.). Os resultados obtidos encorajam-me a continuar a assim proceder.

Nos casos etiquetados como estacionários e tratados sem o recurso da estreptomina, porque se não apresentavam inicialmente com a sintomatologia clínica e radiológica que o justificasse, mas que depois não evoluíram como seria de prever, foi instituído em dois deles o P. A. S. sob a forma de xarope, o qual tem modificado favoravelmente a marcha do processo, embora seja ainda cedo para se poderem apresentar conclusões definitivas; o terceiro não pôde ser seguido visto não ter voltado à consulta.

Dos casos que não melhoraram com o uso da estreptomina, o que se agravou refere-se à doente cuja história já atrás foi resumida. O que se mantém estacionário diz respeito a um rapazinho que teve há cinco anos uma pleurisia e que à data da minha 1.<sup>a</sup> observação (1948) apresentava o seu processo primário em evolução com invasão parenquimatosa do lobo superior esquerdo; como três meses depois persistissem as lesões pulmonares em grande actividade apesar do tratamento clássico, foi-lhe instituída a estreptomina de que tomou apenas 25 grs. por dificuldades económicas da família; no entanto as lesões encaminharam-se para a fibrose, acompanhando assim o trabalho cicatricial da pleura e hoje todo o processo lesional pleuro-pulmonar se encontra estabilizado; neste momento procura-se conseguir a sua sanatorização <sup>(1)</sup>, sobretudo com o objectivo de o desviar da beira-mar e disciplinar o seu tratamento de consolidação (o que não é possível conseguir no ambiente familiar) se não houver necessidade de qualquer toracoplastia.

Resta-me acrescentar que em nenhum caso surgiu a meningite como complicação próxima ou afastada da primo-infecção.

Pelo que acabo de apresentar parece-me legítimo formular as seguintes

## CONCLUSÕES

Na primo-infecção não complicada a estreptomina não se deve empregar porque:

- 1.º — A primo-infecção cura no geral espontaneamente;

---

<sup>(1)</sup> Já está internado no Sanatório de D. Manuel II.



PARA A VASO-CONSTRIÇÃO E  
DESCONGESTÃO DAS MUCOSAS

# PRIVAMIDA

## AZEVEDOS

SOLUÇÃO ISOTÓNICA E ISOIÓNICA A 1‰  
DE CLORIDRATO DE NAFTIL-METIL-IMIDAZOLINA

PARA O TRATAMENTO SINTOMÁTICO DAS CON-  
GESTÕES NASAIS DE ORIGEM INFLAMATÓRIA  
OU ALÉRGICA, RINITES AGUDAS E CRÓNICAS,  
RINITE VASO-MOTORA, RINO-SINUSITES, etc.

COMO COLÍRIO, NAS CONJUNTIVITES

Frasco com pipeta conta-gotas. . . 13\$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

# DEXTRINA - MALTOSE NESTLÉ

MARCA **NIDEX** REGIST.

É um **açúcar nutritivo** obtido pela sacarificação enzimática de um amido muito puro.

## INDICAÇÕES

**Na alimentação normal dos lactentes:** emprega-se com vantagem desde os primeiros dias de vida em substituição da sacarose na confecção de biberons de leite fresco. Assegura uma digestão fácil, evitando as perturbações gástricas e intestinais.

**Em dietética:** para lactentes doentes, débeis ou prematuros. Complemento indispensável do **ELEDON (rótulo amarelo)** no tratamento das perturbações dispépticas. Utiliza-se em conjunto com o **Arobon / Eledon** depois de eliminados os sintomas graves.

**Dosagem:** o Nidex doseia-se geralmente à razão de 5%.



SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS

PORTO

LISBOA

AVANCA

2.º — Não evita as localizações secundárias graves, nomeadamente a invasão meníngea;

3.º — Pode criar uma estreptomycino-resistência que dificulta o ulterior emprego deste antibiótico;

4.º — O uso da estreptomycina não é isento de efeitos tóxicos, que podem ser graves;

5.º — É desconhecida a sua acção sobre as reacções orgânicas imunológicas, que parece serem prejudicadas com esta medicação;

6.º — A ineficácia da actuação do produto na prevenção das localizações secundárias, contribui lamentavelmente para o seu descrédito quando judiciosamente prescrito;

7.º — Devido a ser ainda bastante elevado o seu custo e, portanto, muito penosa a sua aquisição pelas classes pobres, o seu uso deve ser reservado para os casos em que formalmente está indicado.

#### BIBLIOGRAFIA (TRABALHOS CITADOS)

LOWYS — Sur l'emploi abusif de la streptomycine au cours de la tuberculose pulmonaire de l'enfant (Presse Médicale N.º 42 — Juin 1949).

JACQUELIN — Traitements médicaux de la tuberculose pulmonaire en dehors de la streptomycine e du P. A. S. (Monde Médical N.º 959 — Octobre 1949).

ARMAND DELILLE — Le traitement de la primo-infection tuberculeuse de l'enfant par la streptomycine (Monde Médical N.º 960 — Decembre 1949).

TAPIA — Formas anatomoclinicas, diagnostico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar (1945).

CATHALA et BASTIN — Premiers essais de traitement par la streptomycine en médecine infantile (Presse Médicale N.º 11 — Fevrier 1948).

BOURGOIS, ROLLIN et TABERNAT — Generalisation tuberculeuse après l'ablation d'une tumeur tuberculeuse du sein prit par un adenome (Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris — réunion du 4 Juin 1948).

FOUQUET, HENNAIM, TEYSSIER, MEYER et GIRAUD — Reflexions sur les meningites eclatant aux cours des miliars et des primo-infections traitées par la streptomycine (Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris — réunion du 25 Novembre 1948).

MARTIN, SUREAU et CHABBERT — Rôle du laboratoire au cours d'un traitement par la streptomycine (Presse Médicale N.º 11 — Fevrier 1948).

Abbott Laboratories — Streptomycin and dihydrostreptomycin in the treatment of tuberculosis (1949).

## MOVIMENTO NACIONAL

### REVISTAS E BOLETINS

A MEDICINA CONTEMPORÂNEA, LXVIII, 1950. — N.º 9 (Set.): *A contribuição da escola portuguesa para o futuro da neuro-cirurgia*, por Egas Moniz; *Dinâmica da hiperpiese arterial*, por J. Moniz de Bettencourt; *Tratamento cirúrgico da hipertensão essencial*, por Ramos Dias. N.º 10 (Out.): *Embolia coronária com rotura cardíaca*, por Lopes do Rosário; *A vagotomia na terapêutica das úlceras gastro-duodenais*, por Belo de Moraes; *Síndromes isquémicas dos membros*, por Ramos Dias.

DINÂMICA DA HIPERPIESE ARTERIAL. — Uma exposição das noções de fisiologia circulatória necessárias para compreender o mecanismo da pressão arterial, precede a exposição da génese da hipertensão, e pode resumir-se assim: a pressão arterial normal é o resultado de um equilíbrio, estabelecido a certo nível, entre o volume do sangue que entra no sistema arterial e o que o abandona ao mesmo tempo, e, dado o funcionamento intermitente de motor cardíaco, os valores que o exprimem dependem ainda do funcionamento da «câmara de compressão» arterial ou seja do armazenamento do sangue na aorta e seus ramos, que se dilatam para depois actuar a sua elasticidade própria.

Estudadas experimentalmente as alterações da hemodinâmica, produzidas isoladamente, sem intervenção dos mecanismos compensadores existentes no organismo, verifica-se que, quando um dos factores, o comportamento cardíaco ou o das artérias periféricas, se mantém inalterado, o aumento do outro provoca elevação da pressão média. O reforço da acção cardíaca produz essa elevação com variações das oscilações tensionais, diversas conforme se trate de aumento da frequência ou do volume. Tais variações se observam também quando se trata de reforço das resistências periféricas, ou de diminuição da elasticidade das artérias, ou de aumento ou redução da capacidade da «câmara de compressão».

As observações colhidas nos dispositivos experimentais são esquemáticas e não se observam tal qual nos organismos, porque nele os factores considerados não intervêm isoladamente. Quase sempre, a alteração dum dado factor implica outras alterações de significado compensador, quer estas se produzam como resposta directa à alteração hemodinâmica, quer envolvam a intervenção de mecanismos reguladores superiores, a cargo do sistema nervoso e hormonal. Assim, pelo que respeita ao coração, só excepcionalmente se observam modificações isoladas da frequência ou do volume de expulsão. Quase sempre os dois factores alteram-se simultaneamente, no mesmo sentido ou em sentido contrário. O caso mais frequente é a variação inversa do volume e da frequência, tal como sucede, por exemplo, na dissociação auriculoventricular com acentuada

bradicardia ventricular. A diminuição da frequência é em regra compensada, pelo menos até certo ponto, por aumento do volume sistólico, de forma que o débito cardíaco se mantém, ou diminui menos do que faria esperar o grau de bradicardia. Pode não haver portanto alteração da pressão média, mas o aumento do volume de expulsão determina uma maior elevação máxima, ao passo que na diástole consecutiva, o prolongamento da pausa cardíaca implica uma descida mais acentuada da pressão, com abaixamento do valor mínimo. Se esta não é mais acentuada é porque muitas vezes intervém outro mecanismo compensador: vasoconstricção periférica com aumento das resistências, o que tende a elevar a pressão mínima.

Pode suceder mesmo que a intervenção dos mecanismos compensadores provoque hipertensão quando o efeito hemodinâmico fundamental é, pelo contrário, hipotensor. Isto sucede nas situações em que a alteração principal consiste num «shunt» retrógrado, como na insuficiência das válvulas aórticas e na persistência do canal arterial. A regurgitação retrógrada de líquido provoca um aumento do volume de expulsão sistólico, o que tende a elevar a pressão máxima sem influenciar paralelamente a mínima; o quadro tensional caracteriza-se, portanto, por uma ligeira elevação do valor sistólico, com pronunciada queda do valor diastólico, e grande amplitude da oscilação de pressão.

Nestes casos particulares a hipertensão é realmente de causa cardíaca. Mas isto só sucede nestes casos. Todas as observações indicam que na gênese das formas mais correntes de hipertensão, não há alteração do débito cardíaco, e que a maior parte das vezes não há também alteração, nem da frequência das contrações, nem do volume de expulsão. Nestas formas mais comuns da doença hipertensiva, o aumento de pressão só pode filiar-se portanto numa modificação arterial, — aumento das resistências arteriolares ou disfunção da câmara de compensação.

A ideia mais geralmente aceite é de que o factor fundamental consiste num aumento da resistência periférica; e, de facto, há diversos argumentos neste sentido. O cálculo matemático mostra que tanto nas hipertensões essenciais como nas nefríticas, a resistência periférica está sempre exagerada. Além disso, certas investigações clínicas realizadas nos vasos dos membros, falam no mesmo sentido. Determinando os valores de pressão em vários pontos ao longo do território vascular do braço, verificou-se que, nos hipertensos, como nos indivíduos normais, a queda mais acentuada continua a produzir-se ao nível das pré-arteríolas e arteríolas. Assim, apesar da elevação da pressão arterial, a pressão capilar nos dedos é normal. A sede principal das resistências continua a ser portanto território arteriolar. E, por outro lado, quando se registam na artéria umeral valores de pressão elevados, o débito circulatório do braço e o da mão estão exagerados, o que implica necessariamente uma elevação das resistências situadas mais a jusante — isto é, da resistência arteriolar.

O aumento de resistência não é devido a alteração da viscosidade do sangue, de modo que se atribui geralmente a estreitamento dos vasos. Prova directa da constrição vascular obteve-se, aliás, nas arteríolas retinianas, que podem ser facilmente inspeccionadas e fotografadas. Supõe-se que se trate dum fenómeno difuso: a experimentação fisiológica demonstra que para se produzir uma elevação de pressão comparável à que existe no estado patológico é indispensável a participação activa e predominante dos vasos esplâncnicos e as investigações clínicas indicam que há também participação dos territórios dos membros. O mais provável, portanto, é que intervenham todos os territórios arteriais no domínio da grande circulação; e só nesta porque os estudos hemodinâmicos mostram que, sob este aspecto, a pequena e grande circulação são bastante independentes. Na hipertensão da grande circulação, a pressão na artéria pulmonar e as resistências da pequena circulação mantêm-se normais, a menos que sobrevenha descompensação do ventrículo esquerdo, e nos estados patológicos em que há hipertensão da pequena circulação não se observa geralmente elevação de pressão no território aórtico.

O aumento da resistência por constrição arteriolar não chega, porém, para explicar todo o quadro hemodinâmico da doença hipertensiva. Diversas observações falam neste sentido. Em primeiro lugar, se o cálculo matemático mostra que, nos hipertensos, há exagero da resistência periférica, mostra também que este não é paralelo ao nível da hipertensão. Além disso, a dificuldade de escoamento periférico, implicando um armazenamento suplementar de sangue na «câmara de compressão», deveria diminuir a expansão sistólica das paredes arteriais — mas isto só sucede num número limitado de doentes: na maioria dos casos, há pelo contrário, aumento da amplitude do pulso. Numa certa medida, nota-se mesmo que o pulso é tanto mais amplo quanto mais elevado o nível da hipertensão.

Para explicar estes fenómenos, torna-se necessário admitir que o mecanismo fisiopatológico em causa não envolve apenas as resistências periféricas: provavelmente, há também uma modificação no funcionamento da «câmara de compressão», que pode produzir-se por mecanismo puramente funcional ou envolver uma lesão orgânica da parede aórtica.

Utilizando métodos indirectos, diversos autores notaram que certos medicamentos diminuem a elasticidade arterial, sendo em princípio admissível portanto que acções humorais ou nervosas, actuando de forma permanente, acarretem um disfuncionamento da parede arterial, com diminuição das suas propriedades elásticas. Por outro lado, alterações vasculares orgânicas acarretam indiscutivelmente estes efeitos: diminuem a elasticidade e reduzem a distensibilidade. Neste caso, porém, a diminuição de elasticidade pode ser até certo ponto contrabalançada pelo aumento do volume do vaso. Com efeito, as lesões orgânicas que atingem o sistema elástico determinam dilatação e alongamento da artéria: o calibre aórtico aumenta e o vaso torna-se flexuoso, o que corresponde a um

## **TIMÚTERO**

OCITÓCICO. ASSOCIAÇÃO DE EXTRACTO DE LÓBULO  
POSTERIOR DE HIPÓFISE E EXTRACTO DE TIMO

(Caixa de 2 empolas de 1 c.c.)

## **ACETAROL**

ANTISSÉPTICO LÍQUIDO E NÃO IRRITANTE  
PARA IRRIGAÇÕES VAGINAIS

(Frasco de 500 c.c.)



### **Outros produtos ULZURRUN:**

ADETRAT  
ASMOTRAT  
DERMOTRAT  
FERRO-FOLICOTRAT  
FOLICOTRAT  
HEPAFOLICOTRAT  
HEPARNOVINA  
HEPATRAT  
HEPATRAT C/ ARSÉNICO  
HEPATRAT C/ VITAMINAS

LUHICAL  
NUCLEOTRAT  
OMNIVAL  
PILOTIMOL  
RUTINOTRAT  
TIAZOTRAT  
VOMIPAX

INSTITUTO LUSO-FARMACO, L.<sup>DA</sup>



# 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.<sup>DA</sup>**

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



aumento de comprimento; ora, a redução de elasticidade e o acréscimo de capacidade têm efeitos dinâmicos opostos.

Esta dupla alteração produz-se, já em indivíduos normais, como consequência do processo de envelhecimento fisiológico da aorta, sem que haja alteração de pressão. É ela também que permite explicar que em certos doentes com lesões de aterosclerose, mesmo muito pronunciadas, a pressão se conserve a um nível normal ou mesmo subnormal. Noutros doentes, contudo, o excesso de capacidade não deve compensar suficientemente o aumento de rigidez, e assim se explica o quadro tensional considerado característico da arteriosclerose, que consiste em hipertensão sistólica, com pressão diastólica normal ou diminuída, e sem alteração importante da pressão média. Por último, o ateroma da aorta pode associar-se com aumento do tono das arteríolas, o que teria como resultado que à hipertensão sistólica se junte a elevação das pressões mínima e média. Esta é a eventualidade mais frequentemente encontrada na clínica, a que alguns autores chamam «forma de combinação». A associação dos dois processos tende a exagerar a hipertensão sistólica e acompanha-se duma elevação relativamente moderada da pressão diastólica com alargamento da pressão diferencial.

Volhard admitia que a amplificação da onda do pulso consecutiva ao endurecimento das artérias elásticas e a sua propagação demasiado longe para a periferia constituiria o estímulo a que as artérias musculares reagem com aumento de tono. Segundo outros autores, os mesmos factores nervosos ou humorais que condicionam o aumento das resistências periféricas podem influenciar também a musculatura da aorta e o comportamento da «câmara de compressão». Deste modo, a doença hipertensiva seria a expressão duma disfunção geral dos músculos arteriais, estendendo-se desde a aorta até às arteríolas.

A combinação de efeitos devidos aos dois factores — «câmara de compressão» e estado das arteríolas — encontra-se também numa outra variedade de hipertensão: a da coarctação da aorta. É característico desta doença que na parte inferior do corpo a pressão se encontre a níveis subnormais, ao passo que nos territórios vasculares situados acima da estenose, isto é, nos dois braços e na cabeça, se registre pelo contrário hipertensão. A estenose tem por efeito restringir congénitamente a «câmara de compressão» à parte inicial da aorta — e esta diminuição de capacidade é, como vimos, causa de hipertensão. Mas este não é o único factor a considerar. Também aqui, a determinação do débito circulatório do braço mostrou que, apesar do aumento de pressão a montante, o débito se mantém dentro dos limites normais, e além disso a hipertensão arterial não se acompanha de hipertensão capilar. Deve haver portanto associação com um aumento das resistências periféricas. Este pode ser devido a uma falta de desenvolvimento das anastomoses arteriovenosas dos dedos, paralela à anomalia de desenvolvimento da aorta,

como supuseram alguns autores, ou a hipertonia arteriolar, tal como nas outras formas mais comuns de hipertensão arterial.

Se a hiperpiese de causa cardíaca só se encontra num número limitado de situações particulares, isto não significa que no caso mais banal da hiperpiese de origem arterial, o coração não venha também a ser envolvido. Na realidade, o coração é chamado a desempenhar um papel essencial na manutenção do estado hipertensivo e, por outro lado, as adaptações consequentes representam a origem do processo de claudicação, que muitas vezes vem a constituir o termo final da alteração fisiopatológica. A repercussão das alterações arteriais sobre o coração é, porém, diversa, conforme se trate duma redução da aptidão funcional da «câmara de compressão» ou dum aumento das resistências.

Durante muito tempo, supôs-se que a perda de elasticidade da aorta e dos seus ramos teria como consequência fatal uma diminuição importante do rendimento obtido com o impulso cardíaco. Julgava-se que o endurecimento dos grandes vasos tenderia a reduzir o fluxo sanguíneo periférico, e que a manutenção deste ao nível normal só poderia efectuar-se à custa dum aumento do trabalho do coração. Este conceito baseava-se nas experiências clássicas de Marey e Romberg em que se compara o débito de dois tubos, um elástico e outro rígido, que envolvem causas de erro. O estudo do problema em bases experimentais diferentes mostrou que, ao contrário do que se dizia, o endurecimento esclerótico da aorta não produz redução importante do fluxo periférico, nem exige aumento de trabalho do coração. A arteriosclerose não constitui portanto uma sobrecarga importante para o coração, mas isto não obsta a que, por outros mecanismos, venha a prejudicar este órgão. O abaixamento da pressão diastólica prejudica directamente a irrigação coronária, visto que esta, como se sabe, se realiza em grande parte durante a diástole. Experimentalmente, verificou-se que um endurecimento pronunciado da aorta pode determinar uma redução de cerca de um quarto no débito coronário. É de pensar portanto que, por este meio, a arteriosclerose da aorta represente um factor desfavorável para a nutrição e em última consequência para o funcionamento do miocárdio.

A repercussão do aumento das resistências sobre o coração envolve mecanismos muito diferentes. O encadeamento dos fenómenos parece ser o seguinte: — Quando a expulsão ventricular encontra uma resistência superior à normal, o volume expulso diminui transitòriamente e, durante alguns ciclos, aumenta a quantidade de sangue que fica na cavidade ventricular no final da sístole. Há portanto um aumento do resíduo sistólico. A este resíduo sistólico exagerado soma-se, porém, o afluxo diastólico habitual, de maneira que no final da diástole o volume de sangue contido no ventrículo é superior ao normal. Produz-se portanto uma dilatação cardíaca, com distensão das fibras musculares da parede — e este é, como se sabe, o estímulo necessário para que entre em jogo o mecanismo da lei de Starling. A uma maior distensão no final da diástole, a fibra cardíaca

reage com um aumento de energia na sístole seguinte. Graças a este reforço da sístole, o coração torna-se capaz de vencer a resistência arterial e expelle um volume de sangue superior, restabelecendo-se o débito sistólico normal. O aumento das resistências é compensado assim pela mobilização do que se chama «força de reserva». O coração passa a trabalhar em condições em que esta reserva é solicitada a intervir, diminuindo, portanto, a sua margem de segurança relativamente a outras solicitações que envolvam também a mobilização da reserva.

Quando a situação se estabelece bruscamente, por exemplo, na nefrite aguda, pode determinar mesmo insuficiência cardíaca. Mas quando se estabelece progressivamente, tende a ser compensada pelo desenvolvimento paralelo duma hipertrofia do músculo cardíaco.

Com efeito, nas condições citadas, o trabalho exercido pelo coração é superior ao normal. O cálculo demonstra mesmo que este aumento é quase proporcional à elevação da pressão sistólica e relativamente maior que a elevação da pressão diastólica. Por outro lado, há também um acréscimo do débito coronário e do consumo de oxigénio, com melhoria do rendimento desenvolvido pelo órgão. Ora o excesso de trabalho em boas condições nutritivas é condição para que se dê hipertrofia muscular. E esta, em última análise, tem como resultado um aumento da força do coração, tal que o músculo volta de novo a empregar apenas a sua força actual, sem necessidade de invadir a margem de reserva. Mais uma vez se restabelece o equilíbrio a um nível superior.

Esta noção do equilíbrio entre os vários factores hemodinâmicos, insiste, é, de facto, essencial para a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos da hiperpiese. Na doença, o equilíbrio mantém-se — o que se desloca é o nível a que se realiza.

Quando a homeostasia circulatória falece — ou porque a intensidade da vasoconstrição é tal que determine isquemia periférica, ou porque falhe a compensação cardíaca e diminua o volume de expulsão — a doença evoluciona rapidamente para situações incompatíveis com a vida. Isto é, toma a forma clínica chamada da hipertensão maligna.

No entanto, mesmo quando assim não sucede, mesmo quando os mecanismos compensadores asseguram uma perfeita homeostasia circulatória, seria erro supor que o desnível funcional a que esta se efectua não venha acarretar, com o tempo, consequências prejudiciais. Duma maneira literária, pode dizer-se que o maior esforço exigido ao aparelho cardiovascular envolve maiores gastos para o mesmo. A tensão exagerada a que estão submetidas as paredes arteriais acarreta alterações nutritivas, e o exagero da hipertrofia, aumentando a espessura da massa muscular, cria também condições desfavoráveis para a difusão dos nutrientes desde os capilares coronários à intimidade da fibra cardíaca. Assim vêm a produzir-se lesões orgânicas cardiovasculares que por sua vez determinam as últimas consequências do processo fisiopatológico: acidentes de obstrução arterial ou de claudicação cardíaca. Duma maneira ou doutra, a doença

acaba por levar a situações incompatíveis com a homeostasia circulatória e com a própria vida. É assim termina o que Wiggers chamou, com fundada razão, «uma verdadeira experiência efectuada pela Natureza no organismo humano».

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIPERTENSÃO ESSENCIAL. — Para indicar os fundamentos da cirurgia da hipertensão essencial, considera esta como produto de dois factores importantes da regulação da pressão arterial: o factor nervoso, ou melhor, neuro-endócrino, e o factor humoral, ou melhor, hepato-reno-humoral.

Descreve os mecanismos de acção de estes factores, concluindo por esquematizar da seguinte maneira o desenvolvimento da hipertensão essencial:

1) As características clínicas da hipertensão essencial no homem permitem-nos pôr de lado, como «*primum movens*» do síndrome, a perda ou diminuição das influências frenadoras dos centros cárdio-aórticos. Os trabalhos de Pickering e de Kissin demonstraram exuberantemente a actividade do seio carotídeo na hipertensão essencial do homem. A taquicardia, fenómeno constante na hipertensão experimental de Heymans, não aparece com frequência na hipertensão essencial do homem.

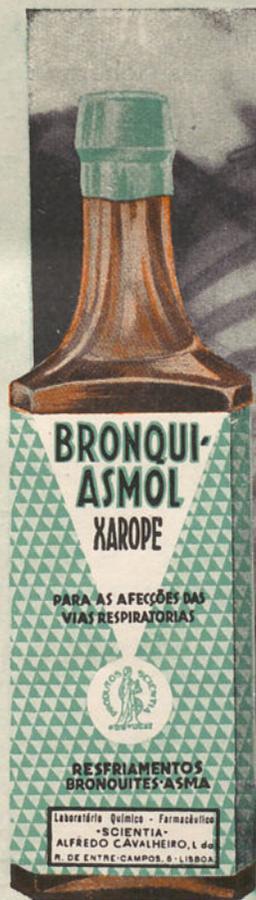
2) A hipertensão parece não ser devida a um hipertónus vasomotor puro, pois é sabido, através da observação experimental e clínica, que as suas manifestações, tais como dilatação pupilar, palidez da pele, aumento da actividade das glândulas sudoríparas, taquicardia, salivação, hiperglicemia, não são componentes obrigatórias da hipertensão essencial do homem. Por outro lado, a hiperfunção do seu equivalente fisiológico — o sistema paraganglionar (feocromocitomas), paragangliomas hipertensivos, apresenta uma fenomenologia diferente.

3) Será condição necessária e suficiente para a génese da hipertensão essencial a existência duma susceptibilidade especial, duma personalidade neuro-endócrina hereditária, ou teremos que filiar na intensidade da vida moderna a origem dos estímulos psicogéneos e tóxicos, susceptíveis de desencadear a instalação desse síndrome geral de adaptação a que Selye se referia e em que o gradiente da homeostase é sensivelmente superior àquele para o qual está construído o homem de hoje? O aumento da frequência da hipertensão nos civilizados parece confirmar a hipótese.

4) Como quer que seja, dos factos atrás apresentados parece-me legítimo concluir que: — Um conjunto de influências psicogéneas, endócrinas, tóxicas sobre o lobo frontal, provoca a depressão funcional dos núcleos hipotalâmicos, que inervam a hipófise neural, o aumento de secreção da hormona adrenocorticotrópica e a vasoconstricção arteriolar glomerular eferente e a subsequente produção de renina. As mesmas influências podem directamente provocar o curto-circuito renal por descarga adrenalínica, por influência vasomotora, e a libertação de renina

# BRONQUIASMOL

"SCIENTIA"



**TOSSES**  
**AFECCÖES DAS VIAS**  
**RESPIRATORIAS**  
**BRONQUITES-ASMA**

# BRONQUIASMOL

## “SCIENTIA”

**Xarope para a terapêutica das vias respiratórias**

**Sabor e cheiro agradáveis**

---

O *BRONQUIASMOL* foi realizado para preencher uma lacuna no campo dos seus similares, e esse objectivo conseguiu-se associando drogas que no seu conjunto representam um remédio sem inconvenientes.

Assim, o *BRONQUIASMOL* não só não fere a sensibilidade de doentes exagerados como também não provoca a acção obstipante e sistente que os xaropes em geral produzem.

No *BRONQUIASMOL*, a acção excitante simpática da efedrina (cloridrato) está associada à do benzoato de sódio como expectorante, à da dionina como calmante, à da piramidona como antipirético suave, e, finalmente, à acção sedativa do luminal sódico — um agente terapêutico contra as hemicrâneas.

Pode fazer-se uso do *BRONQUIASMOL* sem receio de hábito.

**Amostras grátis para ensaios clínicos  
à disposição dos Ex.<sup>mos</sup> Srs. Médicos**

---

**LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO “SCIENTIA”  
DE ALFREDO CAVALHEIRO, LDA.  
RUA ENTRE-CAMPOS, 15 . TELEF. 7 0578 . TELEG.: “SCIENTIA” . LISBOA**

Director Técnico: A. Queiroz da Fonseca (Licenciado em Farmácia)

e a produção hepática de hipertensinogénio. Inicialmente intermitente, como intermitentes serão esses estímulos, a hipertensão tornar-se-á a pouco e pouco de carácter permanente, pois o espasmo vascular renal conduz a lesões orgânicas definitivas a este nível e a acção da angiotonina libertada provocaria a instalação da esclerose arteriolar disseminada.

Posto isto, pode actuar-se cirurgicamente: 1) interrompendo o circuito nervoso simpático; 2) diminuindo ou suprimindo a função de alguns elementos de sistema autónomo periférico; 3) influenciando a produção renal da renina, quer suprimindo o rim doente, quer melhorando a sua circulação; 4) influenciando a produção hepática de hipertensionogénio.

A primeira modalidade compreende intervenções de grau diverso, desde a simpaticectomia periarterial até à simpaticectomia total; as intervenções post-ganglionares têm hoje apenas um interesse histórico, pois os seus efeitos são transitórios, sendo empregadas somente as pré-ganglionares. Os resultados são variáveis de autor para autor, podendo dizer-se que, de um modo geral, em grande número dos casos, melhorou a sintomatologia funcional, a retinopatia, a função renal e o estado do coração.

A segunda modalidade consiste em intervir sobre a cápsula supra-renal, realizada concomitante ou subsequentemente às intervenções sobre o simpático; a supressão de um paraganglioma hipertensivo está, obviamente, indicada.

Da terceira modalidade tem maior interesse a revascularização do rim; os resultados são por enquanto duvidosos. Finalmente, a cirurgia do pedículo vascular do fígado, referente à quarta modalidade, está ainda na fase experimental.

Da exposição do A. sobre indicações e contra-indicações da cirurgia da hipertensão, resulta a complexidade do problema, o que levou à tentativa de as simplificar. Segundo Luzuy e Porges, quando não houver contra-indicação visceral grave, deve intervir-se nos casos em que: 1) a intensidade dos sintomas funcionais for de molde a prejudicar muito o doente (cefaleias, vertigens, lesões oculares, crises anginosas); 2) a hipertensão se agrava progressivamente em doente com menos de 50 anos, portador de pesada hereditariedade; 3) a hipertensão for primitiva ou secundariamente maligna.

Concluindo o A. diz: «A terapêutica cirúrgica da hipertensão arterial essencial, por isso mesmo que as suas bases fisiopatológicas ainda não são cem por cento firmes, ainda não atingiu uma fase verdadeiramente científica. Para uns, a cirurgia da hipertensão é uma realidade utilíssima aos doentes, para outros não passa duma generosa utopia. Esta é a razão por que, em numerosos centros, ela ainda não é praticada com aquela intensidade que seria de esperar, atendendo à frequência e à gravidade da afecção. No entanto, se exceptuarmos a América do Norte, onde se pratica há mais tempo e em mais larga escala, nós vemos hoje começarem a surgir publicações de casuística mais ou menos abun-

dante, nos diferentes centros cirúrgicos do mundo. Limitada àqueles casos em que as perturbações orgânicas irreversíveis não são dominantes, parece-nos que a cirurgia pode desempenhar um papel útil no tratamento desta afecção, em particular se o associarmos a um certo número de medidas terapêuticas de ordem médica, a uma certa «maneira de viver», a umas certas prescrições dietéticas. O cirurgião aqui, como em todos os problemas em que intervém, é um patologista que domina uma técnica terapêutica especial, para procurar resolver uma das partes alíquotas desse conjunto que é o tratamento dum doente».

**SÍNDROMES ISQUÉMICAS DOS MEMBROS.** — Depois de apresentar um quadro de causas da isquemia, divididas em funcionais (doença ou fenómeno de Raynaud) e orgânicas (traumáticas, inflamatórias e degenerativas), notando que podem conjugar-se, e de indicar as consequências da isquemia, divide estas em reversíveis e irreversíveis. São reversíveis as isquemias resultantes de: hipertonus vegetativo; obliteração do lúmen arterial por êmbolo, quando se intervém precocemente; lesões traumáticas quando estas não provocam alterações sensíveis na parede da artéria ou quando as soluções de continuidade de esta são facilmente corrigíveis; compressão extrínseca que ainda não tenha produzido alterações sensíveis da parede arterial.

Em presença de uma isquemia, o médico propõe-se: remover a causa, e corrigir os seus efeitos, favorecendo ao máximo o desenvolvimento da circulação colateral. Para esta finalidade, começa-se por eliminar o factor espástico associado, usam-se métodos físicos, químicos e biológicos, e, enquanto não se desenvolve a circulação colateral, mantém-se o membro em repouso, defendendo-o dos agentes mórbidos estranhos, reduzindo-lhe ao mínimo os processos metabólicos por certo abaixamento da temperatura do ambiente; está provado que é à temperatura de 15 graus que isto se consegue, o que Allen obtém com um termostato especial em que se introduz o membro doente; não usando este procedimento, protege-se o membro, envolvendo-o, o que também evita as possibilidades de traumatismo.

A aplicação externa do calor é contraproducente. Quaisquer escoriações devem desinfectar-se cuidadosamente, e as zonas em que a isquemia se tornou irreversível devem cobrir-se com penso de álcool, para facilitar a numificação. Colocando-se a perna pendente da cama, por períodos de 10 a 15 minutos, separados por intervalos de meia hora em que a perna fica horizontal, aumenta-se a irrigação; esses intervalos aumentarão quando surge o edema.

Aconselha-se repouso físico e mental, no leito durante algum tempo a seguir às fases agudas da isquemia. Deve abolir-se tudo o que possa provocar reflexos vasoconstritores, incluindo o tabaco; a dieta deve ser equilibrada e de fácil digestão, rica em vitaminas.

São muitas as drogas com acção vaso-dilatadora que tem sido empre-



gadas. A eupaverina endovenosa, em doses que podem ir até 20 mgrs. de 4 em 4 horas, tem um real efeito vaso-dilatador, sendo para o A. a droga que melhores resultados dá nos casos de pré-gangrena. O tiossulfato de sódio teria, segundo Rabinowitz, na tromboangeíte obliterante, a propriedade de ir regularizar a percentagem dos fosfolípidos musculares, e seria portanto, de certo modo, uma terapêutica etiológica. Para Koga e Mayesima, na tromboangeíte obliterante haveria um aumento de viscosidade sanguínea, que aqueles autores procuraram normalizar, aumentando a volemia pela administração de soros isotônicos a princípio e depois pelo cloreto de sódio a 3 %, na dose de 300 cc. intravenosos diários, durante algum tempo; claro está que a aplicação do método está dependente do valor funcional do músculo cardíaco. O éter endovenoso preconizado por Katz actua durante umas 15 a 18 horas, eliminando-se depois por via respiratória, provoca uma vaso-dilatação periférica que chega a traduzir-se por hipertermia cutânea acentuada e parece ser devida à libertação local de substâncias histaminomiméticas, pois desencadeia-se também em membros previamente simpaticectomizados; usa-se na dose de 25 cc. de éter em 1.000 cc. de soro fisiológico, a que se juntam 100 mgrs. de heparina para evitar a trombose venosa no sítio da injeção, por via endovenosa, ao ritmo de 60 gotas por minuto. O cloreto de tetraetilamónio, que Colles, Campbell, Lyons e outros aconselham na dose de 100 a 500 mgrs. diários, por injeção intravenosa, lenta, dum soluto a 10 %, durante algum tempo, parece provocar o bloqueio do simpático ao nível do gânglio; esta substância adrenolítica parece ter real valor no combate à dor isquémica, mas tem de ser usada com muito cuidado nos hiper-reactivos, pois, além da queda brusca da pressão arterial, pode provocar miastenia, perturbações urinárias, crises de dispneia intensa. A hidergina, mistura de alcalóides di-hidrogenados do ácido dimetilpirúvico, com uma ligeira acção hipotensora, é capaz de provocar um aumento de fluxo sanguíneo subcutâneo e muscular. O iodeto de pentametónio ( $C_5$ ) e o iodeto de hexametónio ( $C_6$ ) têm uma acção semelhante à do cloreto do tetraetilamónio, mas só têm valor terapêutico nas isquemias do membro inferior. Finalmente, o butilsimpatol, estimulante dos nervos vaso-dilatadores, parece melhorar, numa alta percentagem de casos, a irrigação muscular.

O bloqueio simpático, com novocaína a 2 % sem adrenalina, é geralmente paravertebral (infiltração da cadeia simpática lombar, para o membro inferior, e do gânglio estrelado para o superior), mas pode fazer-se no canal raquidiano, para o membro inferior. O bloqueio local está posto de parte por ineficaz. A raquianestesia, pela hipotensão de que se acompanha, tem os seus perigos, quer do lado do coração, quer porque é susceptível de provocar a extensão das tromboses intra-arteriais. Uma série de infiltrações paravertebrais permite ajuizar da influência do componente espasmo numa dada isquemia e pôr portanto com segurança a indicação da vantagem da simpaticectomia. Além disso, quando

há contra-indicações operatórias (idade, estado geral, perturbações da circulação coronária), ela, por si, pode ser suficiente para provocar um razoável desenvolvimento da circulação colateral.

Para a terapêutica anti-coagulante, dispõe-se de drogas eficazes: heparina e dicumarol, principalmente. A heparina existe nos grânulos dos «Mastzellen», células (por isso chamadas heparinócitos) que se encontram em grande quantidade junto das paredes dos capilares e dos vasos sanguíneos duma maneira geral, no tecido conjuntivo jovem, subendotelial; é o anti-coagulante fisiológico. A heparina impede, com o auxílio dum co-factor plasmático, a transformação da protrombina em trombina; dá origem a uma forte anti-trombina ao reagir com a sero-albumina e impede a formação de tromboplastina. Além disso, está demonstrado experimentalmente que os coágulos vermelhos que não estão organizados e contêm pequenas quantidades de fibrina desaparecem por completo sob a acção da heparina. A heparina usa-se na dose média de 50 mgrs. de 4 em 4 horas, por via endovenosa, ou então na dose diária de 450 mgrs. dividida em quatro injecções endovenosas: 125 mgrs. às horas, 100 às 2 horas, 100 às 16 horas, 125 às 22 horas. A partir do terceiro dia, pode-se reduzir um pouco a dosagem. Se dispusermos duma preparação de heparina em meio de Pitkin (18 % de gelatina e 8 % de glicose, com ou sem 10 mgrs. de sulfato de efedrina e 1 mgr. de cloridrato de adrenalina), bastará uma injecção intramuscular de 2 cm.<sup>2</sup>, ou de 3 em 3 dias, de 200 mgrs. Autores há porém, para quem a quantidade de heparina a administrar, será a necessária para manter o tempo de coagulação do sangue à volta dos 15 m. Quando a heparina tiver sido administrada em excesso, é sempre possível neutralizar a sua acção anti-coagulante com o sulfato de protamina a 1 %, endovenoso: 5 a 10 cc. neutralizam 75-125 mgrs. de heparina. De resto a heparina elimina-se rapidamente (3 a 4 horas). O emprego da heparina está indicado a seguir a qualquer intervenção cirúrgica, sendo considerado obrigatório em qualquer intervenção de cirurgia vascular e imediatamente a seguir ao diagnóstico de embolia ou trombose. A heparinização deve prolongar-se durante alguns dias, 7 a 10, segundo a maioria dos autores. Admite-se hoje que os heparinócitos produzem nessa altura uma quantidade suficiente de factor anti-coagulante. Isto pelo que diz respeito ao tratamento profiláctico. No tratamento das trombozes, a administração da droga só deve cessar com a desapareção da sintomatologia.

O dicumarol, por seu turno, actua diminuindo a produção da protrombina pelo fígado e, portanto, a protrombinemia, a formação de trombina, a tendência trombótica. A dose do dicumarol deve ser suficiente para manter a protrombinemia, determinada pelo método de Quick, entre 20-40 % do normal. Os trabalhos de Quick e Stefanini demonstraram que o dicumarol diminui imediatamente a fracção livre da protrombina circulante, e só alguns dias depois é que começa a diminuir a fracção inactiva. A eliminação do dicumarol é bastante lenta, o

# MULTIVITAM

ANDRÓMACO

GOTAS POLIVITAMINICAS  
AQUODISPERSIVES



8 VITAMINAS ESSENCIAIS  
MISCIVEIS EM AGUA, LEITE E  
OUTROS ALIMENTOS

SEM ALCOOL  
PERFEITAMENTE ESTÁVEIS  
DE FACIL ADMINISTRAÇÃO  
DE SABOR AGRADAVEL  
ABSORVÍVEIS

APRESENTAÇÃO; FRASCO COM 15 c.c.

PREPARADO NOS

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



CADA C.C. CONTEM

VITAMINA A	10.000 UI
VITAMINA D	2.000 UI
VITAMINA B <sub>1</sub>	2 Mgr.
VITAMINA B <sub>2</sub>	1 "
VITAMINA B <sub>6</sub>	2 "
VITAMINA C	100 "
NICOTINAMIDA	6 "
PANTOTENATO DE SODIO	4 "



A hormona do cortex suprarenal  
*sob a forma cristalisada pura como  
acetato da desoxicorticoesterona*

## CORTIRON

*Para* o tratamento da insuficiencia do cortex suprarenal nas

### DOENÇAS INFECCIOSAS

especialmente na difteria tóxica e na escarlatina

### Na CONVALESCENÇA

nas doenças esgotantes

### Nas INTOXICAÇÕES

durante a gravidez, a seguir a queimaduras  
e congelamentos, bem como envenenamentos  
por agentes químicos

### Na FRAQUEZA MUSCULAR

a seguir a grandes esforços físicos ou a  
perturbações endócrinas

### Na DOENÇA DE ADDISON e nos ADDISONISMOS

Embalagens originais:

Caixa com 4 ampolas de 5 mg cada uma

Caixa com 4 ampolas de 10 mg cada uma

SCHERING A.G. BERLIM

Representantes

QUIMIFAR, L.ª A

Rua de Madaleno, 66-s/1-Lisboa

que pode dar origem a fenómenos de acumulação, responsáveis pela produção das hemorragias que por vezes se verificam, e que levaram muitos cirurgiões a pôr a droga de lado. Além disso, há um certo número de contra-indicações ao uso do dicumarol, derivadas da facilidade hemorrágica, que conduzem ao seu restrito emprego, embora se possa de alguma maneira combater as acções nocivas da droga com a administração de doses largas de vitamina K com transfusões de sangue. Mas a lentidão da acção e da eliminação da droga, os perigos da sua acumulação, as contra-indicações, a necessidade de determinações frequentes da protrombinemia, a ineficácia da droga quando a coagulação é principalmente devida a uma hipertromboplastinemia, a possibilidade de aumentar a trombose, quando se torna necessário fazer uma transfusão ou dar vitamina K, para corrigir os efeitos da hiperdosagem — são outros tantos factores que têm levado os cirurgiões a abandonar o uso do dicumarol.

O tromexan (suíço) e o pelentan (checo), afins do dicumarol, pretendem resolver alguns dos inconvenientes atrás apontados, em particular a toxicidade e a velocidade de actuação e eliminação, mas, a despeito disso, ainda se pode afirmar hoje que a heparina é o anti-coagulante por excelência, embora um tanto dispendioso. Com o intuito de diminuir a dose de heparina necessária, Sirak, McCleery e Artz administram ao doente 4 gr. de carinamida, meia hora antes da administração de heparina. Segundo aqueles autores afirmam, consegue-se assim aumentar 2 a 10 vezes a eficiência da heparina.

Quando a cirurgia é chamada a intervir, pretende-se com ela: suprimir os impulsos vaso-constritores (pela cirurgia do simpático e pela do sistema autónomo periférico, aqui sobretudo actuando sobre as supra-renais), suprimir a dor (indicação preenchida pela cirurgia vaso-dilatadora que actua sobre a dor isquémica e a dor por nevrite anémica, e pelo bloqueio dos nervos somáticos quando a dor é por irritação nervosa periférica), remover os obstáculos extravasculares (de gesso, costela cervical, brida aponevrótica, processo tumoral), os da parede (por laqueação, ruptura ou prótese da artéria), e os intraluminais (por embolectomia). Nas isquemias irreversíveis põe-se a questão da cirurgia mutiladora, para eliminar a parte gangrenada, libertando o organismo dos perigos de infecção aguda, ou para livrar o doente das dores insuportáveis da nevrite isquémica. Não se trata, porém de cirurgia de urgência, e deve-se (a menos que se trate de infecção aguda) aplicar um garrote, refrigerar o membro, e entretanto melhorar as condições do doente e promover melhor irrigação da porção viável do membro, de esta maneira diminuindo a amplitude da exérese e permitindo a substituição da amputação em guilhotina por um processo tendinoplástico ou osteoplástico, de muito melhor futuro estético e funcional.

*amilóide de Freudenthal*, por Sá Penella; *Tumores do Calabar*, por Menéres Sampaio; *Um caso de lepra tuberculóide*, por José Roda. N.º 2 (Junho): *Nevo atrófico zoniforme*, por Sá Penella; *Considerações sobre a lingogranulomatose inguinal*, por Fernando Fonseca e Norton Brandão; *Dermite de causa externa*, por Luís Ré; *Doença de Hodgkin com localização exclusiva aos gânglios inguinais e elefantíase do pénis e escroto*, por Mário Trincão; *Um caso de nevo sebáceo do couro cabeludo*, por Artur Leitão; *Piodermites crónicas*, por Artur Leitão. N.º 3 (Set): *Eritema anular centrífugo*, por Sá Penella e Meneses Ferreira; *Sobre o diagnóstico de sífilis congénita em inqueritos sociais*, por Neves Sampaio; *Maneiras de ver em matéria de sifiloterapia*, por Neves Sampaio; *O fenómeno de Köbner*, por Tito de Noronha; *Estatística das tinbas em 1947*, por Sá Penella e José Roda. N.º 4 (Dez.): *Duas épocas (alocução)*, por Sá Penella; *Estudo da sensibilidade cutânea à estreptomomicina*, por Juvenal Esteves e Neves de Almeida; *Um caso de tumor gigante-celular*, por José Roda. — VII, 1949: N.º 1 (Março): *Elastorexia sistematizada*, por Sá Penella, Henrique Moutinho e Juvenal Esteves; *Poroqueratose tipo Mantooux*, por Cruz Cabral. N.º 2 (Junho): *Atrofias cutâneas extensas e difusas de etiologia leprosa*, por Menéres Sampaio; *Aspectos clínicos da dermite pela estreptomomicina*, por Juvenal Esteves e Neves de Almeida. N.º 3 (Set.): *Das vantagens de maior precisão nos métodos de serologia específica*, por Neves Sampaio; *Sobre a brotoeja da palha centeia*, por Neves Sampaio; *A propósito de um caso de erisipéide de Rosenbach*, por Luís Ré. N.º 4 (Dez.): *Reacção leprosa no decurso do tratamento pela Promina*, por Norton Brandão; *Nódulos dos mugidores*, por Marques da Gama; *O tratamento da blenorragia aguda pela estreptomomicina*, por Aureliano da Fonseca e Mário Basto; *Poroqueratose de Mibelli*, por Norton Brandão. — VIII, 1950: N.º 1 (Março): *O alérgide cutâneo nodular de Gougerot*, por Sá Penella; *A dermite pela estreptomomicina nos Sanatórios do Norte de Portugal*, por Aureliano da Fonseca; *Considerações acerca do tratamento da erisipela*, por Norton Brandão. N.º 2 (Junho): *Um caso de psoríase artropática*, por Menéres Sampaio e Cruz Sobral; *Sobre uma concepção tóxica da pelagra endémica*, por Moura Monteiro e Jorge Janz.

**NÓDULOS DOS MUGIDORES.** — Um rapaz de 18 anos, residente no concelho de Santarém, apenas vacinado contra a varíola quando criança, estava há um ano encarregado de cuidar de vacas e uma vitela, e de colher o leite. Certo dia notou nas tetas de uma das vacas umas vesículas que sangravam ao mugir; uns três dias depois apareceu-lhe no dorso de ambas as mãos uma erupção constituída por elementos papulosos, avermelhados, indolores, não pruriginosos, que aumentaram de tamanho atingindo em 4-5 dias as dimensões de pequenas ervilhas, vesiculando algumas de elas, tornando-se acastanhadas e um pouco pruriginosas,

rodeadas por pequeno halo inflamatório; não havia reacção ganglionar satélite, nem alteração do estado geral.

Extirpou-se um dos nódulos, e enviou-se uma parte para exame histológico e outra para pesquisa do vírus; esta, por inoculação na cório-alantóidea de ovos embrionados de galinha, mostrou a formação de lesões semelhantes às obtidas com o vírus da varíola, não tendo sido possível identificar o agente. Trata-se de uma doença profissional, cuja etiologia, anatomia patológica e imunologia não estão ainda perfeitamente esclarecidas. A opinião da quase totalidade dos autores é de que se trata de doença produzida por um vírus do grupo varíola-vacina, admitindo-se a sua relação com o vírus do «cow-pox»; mas as conclusões dos investigadores não são unânimes a este respeito.

As dúvidas existentes dizem respeito a estes problemas, pois clinicamente a doença define-se bem, pelos caracteres do caso aqui relatado. O diagnóstico diferencial só há que o estabelecer com as calosidades bilaterais dos polegares devidas à acção traumática, e com os granulomas de corpo estranho, por penetração de pêlos das vacas nas fissuras da pele; em qualquer dos casos é fácil, como é, quando a erupção se generaliza, com o eritema exsudativo multiforme. Terapêuticamente o interesse é pequeno, porque (tal como sucedeu no caso em questão) a doença evoluciona espontaneamente para a cura, por reabsorção do tecido de granulação, sem deixar cicatriz; linfangite e adenite observam-se quando há infecção secundária.

**CONCEPÇÃO TÓXICA DA PELAGRA ENDÊMICA.** — Os conhecimentos sobre o papel desempenhado pelos piridino-nucleótidos nos mecanismos da respiração celular e sobre a interdependência do metabolismo do triptófano, do ácido nicotínico, da piridoxina e da proteína da dieta, não bastaram para interpretar todos os factos relativos à eclosão e comportamento da pelagra. A teoria carencial não explica já, só por si, o carácter da pelagra endêmica; contra ela pode aduzir-se ainda a maior incidência nos adultos (ao contrário do que sucede nas afecções carenciais), as dietas pelagrogénicas poderem contar tanto ou mais ácido nicotínico do que os regimes vulgares (e até anti-pelagrogénicos), e o carácter inflamatório das lesões cutâneas (inexplicável à luz da acção fisiológica do ácido nicotínico).

Tudo isto levou os autores a retomar a teoria tóxica, e a propor a seguinte concepção: admitindo-se a existência de substâncias de natureza fenólica, frenadoras dos sistemas euzimáticos dos grãos de milho, tais substâncias, condicionando o estado de latência das sementes, podem ser o agente pelagrogénico. Numa primeira série de pesquisas, demonstram que realmente essas substâncias existem na farinha e no pão de milho, com acção anti-germinativa. Resta provar a sua pretensa acção pelagrogénica; o que estão procurando verificar.

JORNAL DO MÉDICO. — N.º 402 (7-x-1950): *Febre ondulante por Brucella melitensis*, por A. Emílio Sendas. N.º 403 (14-x): *A saúde escolar na Instrução Primária do Porto*, por L. Lopes Parreira. N.º 404 (21-x): *Pneumonia bacteriana atípica*, por M. Bruno da Costa. N.º 405 (28-x): *Coimbra e o problema do cancro*, por Luís Raposo. N.º 406 (4-xi): *Doença de Wolkmann*, por Armando Rodrigues; *O cardiologista e o laringologista em face do doente cardíaco*, por F. Gonzalez Suarez; *O tratamento de alguns tipos de nefropatias pela testosterona*, por André Lemaire. N.º 407 (11-xi): *Pneumonia primária atípica e sua diagnose diferencial*, por M. Bruno da Costa. N.º 408 (18-xi): *Técnica e educação alimentares do lactante*, por A. de San Martin; *Manifestações respiratórias de natureza psico-somática*, por M. Schachter; *Algumas considerações a propósito do reconhecimento da anestesiologia como especialidade*, por E. Lopes Soares. N.º 409 (25-xi): *Conceito psico-somático das gastropatias*, por J. Gonzalez-Galvan; *Adagiário da Doença*, por Castillo de Lucas.

PNEUMONIAS ATÍPICAS. — O atipismo da pneumonia bacteriana, ou seja o notório desvio, na sintomatologia e na evolução, do paradigma clássico da pneumonia lobar pneumocócica, depende talvez, em certos casos, da diferente capacidade patogénica do agente causal, que tanto pode ser o pneumococo como o estreptococo hemolítico e o viridans, o estafilococo, o bacilo de Friedländer, o de Pfeiffer, etc., só ou associados. Ao diagnóstico clínico convém juntar o bacteriológico, pois de este depende a melhor escolha do agente terapêutico a empregar, dada uma certa selectividade das sulfamidas e dos antibióticos, que são hoje os mais activos meios de tratamento.

A pneumonia primária atípica, por vírus, apesar dos variados aspectos que pode apresentar, na sua forma média oferece um quadro esquematizável: Início insidioso, com cefaleia, dores generalizadas, mal-estar indefinível, secura da garganta, tosse seca e irritante, com dores torácicas. Depois, a cefaleia, retro-orbitária, intensifica-se durante algum tempo; a tosse dá expectoração geralmente mucosa, espessa, raro mucopurulenta, por vezes estriada de sangue. A temperatura sobe progressivamente atingindo 38 ou 39 graus, raras vezes mais. Há dissociação do pulso, que é lento, com a temperatura; os ciclos respiratórios mantêm-se normais. O estado febril dura entre uma a três semanas, conforme os casos. De um lado e outro há diferenças frequentes: formas leves em que tudo é menos acentuado e duradouro, formas graves com sintomatologia carregada e longa duração. A convalescença é demorada, em regra arrastada. Como sucede em outras doenças por vírus, a evolução faz-se em duas fases; se isto não é por vezes nítido, é porque a primeira fase passa por período prodrómico.

As lesões pulmonares constituem a base da doença e os sinais que dão colhem-se facilmente: obscuridade respiratória, fervores médios e



# UM NOVO PRODUTO

SIMULTÂNEAMENTE COM ACÇÃO

RECALCIFICANTE, DESSENSIBILIZANTE E ANTITÓXICA.

# NEO-TONOCÁLCIO

Tem por base o Ditionato de cálcio ( $S^2 O^6 Ca, 40 H^2$ ) e reúne, em grau superior, todas as propriedades do gluconato de cálcio e as antialérgicas dos hipossulfitos. Tem sobre eles a grande vantagem de uma perfeita estabilidade física e química e menor toxicidade.

## QUADRO COMPARATIVO

PROPRIEDADES	DITIONATO DE CÁLCIO	GLUÇONATO DE CÁLCIO
Percentagem de cálcio	14,70	8,94
Solubilidade	Perfeita (30 0/0 a frio)	Pequena (3 0/0)
Estabilidade do soluto concentrado	Perfeita	Má
Acção antialérgica	Intensa	Fraca
Acção desintoxicante do ião enxofre	Manifesta	Não existe
Toxicidade	Duas vezes menor do que a do gluconato	
Acção sobre o coração da rã	Igual à do gluconato	
Pressão sanguínea e respiração	Não há alteração do pneumograma	Há alterações ainda que ligeiras

## APRESENTAÇÃO

Neo-Tonocálcio: Caixas de 12 empolas de 5 cc.

Neo-Tonocálcio-Cê: Caixas de 12 empolas de 5 cc. com Vitamina C em empolas de 2 cc. a 10 0/0.

Neo-Tonocálcio-Cê Infantil: Caixas de 6 empolas de 2 1/2 cc. a 5 0/0 e 6 empolas de Vitamina C a 5 0/0

# LABORATÓRIOS "LAB"

Direcção Técnica do PROF. COSTA SIMÕES

AVENIDA DO BRASIL, 99 — TEL. 74812

Um princípio novo na terapêutica  
de depósito pelos estrogêneos

# ESTROMENIN DEPÓSITO

(dimetoxidietilestilbeno 12 mgrs.: 2 ccs.)

## PRINCIPAIS INDICAÇÕES:

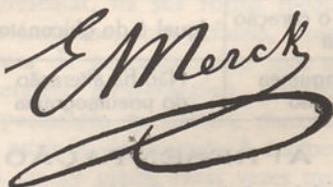
**Perturbações climatéricas, consequências da castração,  
amenorreja, carcinoma da próstata, disúria, perturbações  
da irrigação sanguínea periférica, etc.**

## PROPRIEDADES:

Acção de hormona folicular com duração de semanas ou meses,  
segundo a dosagem. Emprego simples por meio de injeção.  
Possibilidade de dosagem individual. Tolerância geral especial-  
mente boa. Tratamento económico.

## APRESENTAÇÃO:

Ampolas com 12 mgrs.: 2 ccs. — caixa com 3



FÁBRICA DE PRODUTOS QUÍMICOS — DARMSTADT

## REPRESENTANTES:

**EDUARDO DE ALMEIDA & C.<sup>^</sup>**

Rua do Cativo, 22-24 — PORTO



finos. As lesões resolvem-se lentamente, perdurando no período de convalescença, de apirexia; por isso as sombras radiológicas podem persistir neste período; também elas são muito maiores do que fariam supor os sinais de auscultação. As sombras, de aspectos e dimensões várias predominam ao longo dos brônquicos, sempre mais densas na região peri-hilar.

O diagnóstico assenta na anamnese e observação clínica, na radiologia, e nos dados laboratoriais: análise bacteriana da expectoração, inoculações da expectoração a animais ou no ovo embrionado, exames hematológico e serológicos (muito importantes, mormente pelo estudo das aglutininas, se bem que as dificuldades sejam grandes, podendo haver mais de um vírus, ou associação de vírus a bactérias). A diagnose diferencial é fácil com a febre tifóide, o tifo exantemático, o reumatismo; já o mesmo não sucede por vezes com as ornitoses e a febre Q. Mas as situações que maior interesse tem, neste campo, são: a influenza, os infiltrados alérgicos e parasitários, a tuberculose. A semelhança com a influenza é muito grande; clinicamente, apenas o início brusco, a leucopenia, a expectoração frequentemente ensanguentada, a evolução geralmente mais breve, constituem sinais a favor da influenza; a reacção das aglutininas a frio, positiva no p. p. a., e a prova de inibição das aglutininas, positiva na influenza, são os elementos laboratoriais mais úteis. Nos infiltrados alérgicos e parasitários, o caracter mais transitório, com sombras radiológicas menos densas e mais fugazes, e sobretudo a eosinofilia sanguínea, fazem a distinção. Com a tuberculose muita vez é preciso esperar pela evolução para se fazer a destrição, pois há casos em que a sintomatologia clínica e radiológica é praticamente igual; a reacção positiva das aglutininas a frio é então elemento de grande valia.

Todos os tratamentos empregados contra a pneumonia primária atípica, pouco resultado tem dado, porque o vírus vive como parasita da célula; é possível que a chave da terapêutica esteja em modificar o sistema enzimático celular, tornando a célula inapta à vida do vírus.

#### ACTA ENDOCRINOLOGICA ET GYNÆCOLOGICA, III, 1950.

— N.º 6 (Junho): *Quistos epidermóides do seio*, por Amândio Tavares; *Hiperostose endocraniana*, por Cañadel, Piera, Adasera e Casanueva. N.º 7 (Julho): *Histiocitoma ósseo de predomínio monomélico e desequilíbrio endócrino*, por J. Huert e N. Strem; *A exploração radiológica em obstetrícia*, por Jimenez da Costa e J. C. Señor; *Disfunções da tireóide, bócio e tuberculose pulmonar*, por Carlos A. da Rocha e F. Cerqueira Magro; *Uma semana endocrinológica em Florença*, por A. Celestino da Costa.

QUISTOS EPIDERMÓIDES DO SEIO. — Trabalho baseado em 16 exemplares, lesões estas que embora não sejam vulgares não são, contudo, raras. Com esta designação compreende os quistos revestidos de epitélio

malpighiano com a estrutura, mais ou menos perfeita, da epiderme, e sem outros atributos cutâneos (papilas, glândulas ou folículos pilosos); não se olha à sua gênese, que tanto pode ser uma inclusão epidérmica embrionária ou consequência longínqua de uma ferida tegumentar (traumática ou operatória) como um quisto de retenção das glândulas sebáceas. O diagnóstico clínico não é fácil e habitualmente não se faz; dos 16 casos, só em 2 foi determinado, um antes da operação e outro no acto operatório. Se na maioria das vezes o clínico opera por se tratar de tumor benigno, sucede noutras que os caracteres da lesão levam ao diagnóstico errado de cancro; este deu-se em 2 casos, nos quais a biopsia extemporânea salvou as pacientes da amputação radical do seio. Tem importância o conhecimento do antecedente traumático na história clínica.

DISFUNÇÕES DA TIREÓIDE, BÓCIO E TUBERCULOSE PULMONAR. — Os estudos experimentais, em cobaias, dizem que a função tireoideia exalta os processos de imunidade na tuberculose. Estes resultados não condizem inteiramente com os das observações clínicas, pois se no hipotireoidismo a tuberculose, embora evolucione a frio, apresente marcha grave, a associação com o hipertireoidismo parece ser desfavorável em relação à tuberculose; é que no hipertireoidismo humano estão em causa factores constitucionais, psíquicos e outros, que não podem produzir-se experimentalmente.

GAZETA MÉDICA PORTUGUESA, III, 1950.—N.º 3 (3.º trim.): *Medicina espanhola e medicina portuguesa*, por Ferreira de Mira; *Sobre oexoftalmo tiouracílico*, por G. Marañón; *Mecanismo e tratamento da desidratação em cirurgia abdominal*, por J. Casas Sanchez; *Sobre o tratamento da pelada com tiouracil e compostos análogos*, por M. Alvarez Cascos; *Os períodos não leucémicos das leucoses agudas na infância* por Jorge Guasch e António Raichs; *Tuberculose brônquica em relação com as formas pulmonares iniciais de reinfeção e reactivação*, por Manuel Tapia; *A cura cirúrgico-ortopédica nas afecções da medula espinal*, por M. Bastos Ansart; *A artroplastia da anca com vitálio*, por V. Sanchiz Olmos; *Ureterolitectomia transvesical*, por A. de la Peña; *Particularidades da urologia no velho*, por L. Cifuentes Delatte; *Quistos serosos simples do rim*, por Joaquín Pais Rios e J. L. Insausti Cordon.

EXOFTALMO TIOURACÍLICO. — Com o tratamento pelo tiouracil e seus preparados pode acentuar-se, ou mesmo aparecer, a exoftalmia hipofisária, associada ou não com edema; são estas complicações hipofisotiroideias as que mais frequentemente dão aquelas drogas, pelo que o seu emprego deve fazer-se com grandes precauções nos doentes com tendência nítida para a formação de edemas.

TRATAMENTO DA PELADA COM TIOURACIL. — Só é aplicável nos casos rebeldes, dados os perigos da medicação, embora o metil-tiouracil

se dê, nesses casos, na dose de 0,3 a 0,4 gr. por dia, durante três semanas (seguidas por nova semana a lugol, 12 gotas, duas vezes por dia), dose pequena mas suficiente para produzir a cura.

**RELAÇÕES DA TUBERCULOSE PULMONAR COM A BRÔNQUICA.** — Encara-se a relação de esta com as formas iniciais de reinfeção e reactivação, destacando a importância das lesões brônquicas, devidas na maior parte das vezes, no adulto, à reactivação de um foco residual da infecção primária situado junto da parede de um brônquio, como causa dos focos sub-primários ou metastáticos. Os quadros clínicos e radiológicos variam com a situação dos focos, nos grandes ou nos pequenos brônquios. A evolução depende tanto das lesões pulmonares como das brônquicas, podendo estas curar espontaneamente, com auxílio do pneumotórax ou da estreptomícina, ou progredir nos sentidos centrípeto ou centrífugo.

**CADERNOS CIENTÍFICOS, II.** — N.º 4 (Março de 1950): *Impressões*, por Júlio de Matos; *Determinação simplificada da composição dos alimentos baseada no método de destilação em toluol*, por J. A. M. de Loureiro; *Nota sobre o valor alimentar de alguns peixes em salmoura*, por Ivone Rodrigues; *Panorama da terapêutica médica contemporânea*, por F. Pereira Viana.

**PANORAMA DA TERAPÊUTICA MÉDICA CONTEMPORÂNEA.** — Depois de notar que o ensino da terapêutica médica é, injustificadamente, menos prezado que o da cirurgia, quando hoje a medicina dispõe de recursos de valor absolutamente incontroverso, sendo de prever a continuação dos progressos já realizados, inventaria a vasta gama dos recursos da terapêutica, salientando o reconhecimento do vasto campo de acção da psicoterapia, que não deve continuar a deixar-se à inspiração individual e às naturais qualidades do médico, embora estas sejam imprescindíveis.

Aprecia, em seguida, os modos de avaliar uma acção terapêutica, avisando que essa avaliação requer especial cuidado, serenidade e objectividade crítica, que o clínico, interessado pela sorte do seu doente e pelo resultado da sua intervenção, nem sempre possui. Empregam-se, por tradição, terapêuticas sem apoio em observações colhidas com rigor, nem em resultados experimentais, nem sequer em teorias ainda adoptadas; essas terapêuticas, que podem considerar-se hoje verdadeiras superstições, continuam no entanto a dar reais êxitos, porque, tal como outrora, sempre o homem sentiu alívio em confiar no poder ou no saber de outros homens. O sucesso popular da medicina, em todos os tempos e lugares, explica-se pelo grande número de doenças que curam espontaneamente, por os doentes atribuírem a alterações somáticas estados de origem puramente psíquica, por apresentarem às vezes curso benigno, ou entrecortado de remissões espontâneas, doenças consideradas muito graves ou mortais,

e por lembrarem mais os casos de cura do que os que terminam pela morte.

Comentando Marañon, quando afirmou que na fé do médico em suas armas terapêuticas reside a eficácia dos seus procedimentos, entende que tal fé deve aplicar-se em nível mais elevado, no que constitui os aspectos humano, ético e social da profissão, não se substituindo ao conhecimento do valor real dos medicamentos. O entusiasmo do médico, o seu prestígio, tem valor considerável, sem dúvida, mas pode levar a desastres, pela «crença» na virtude dos meios que emprega, sistematicamente. O médico moderno não pode acreditar emocionalmente nos medicamentos ou medicações; apenas sabe, racionalmente, que há determinados argumentos que são provas mais ou menos concludentes da eficácia dos meios terapêuticos que utiliza, e está sempre pronto a modificar a sua opinião em face de factos ou razões que até ali desconhecia.

O desejo do conhecimento da acção real dos recursos terapêuticos não significa, porém, que o médico moderno recuse recorrer a medicações puramente sugestivas ou a administrar substâncias desprovidas de acção formacodinâmica, quando se trata de perturbações espontaneamente curáveis, ou de doenças sem tratamento eficaz, ou enquanto o médico não chega à compreensão da doença; a atitude psicológica do doente em face do seu mal melhorará com o amparo sentido. Um pouco paradoxalmente, à primeira vista, é nas doenças orgânicas que as medicações inertes têm aplicação, pois nos portadores de afecções puramente psicogénicas o seu emprego faz correr o risco de que ao doente ocorra a ideia de estar o médico convencido de que sofre de certa doença orgânica, apesar de lhe afirmar o contrário, assim robustecendo erróneas convicções e diminuindo a confiança no que lhe dizem; nestes casos é sempre preferível a psicoterapia pura, explicando que os medicamentos se destinam somente a amparar o sistema nervoso ou a combater sintomas. Em qualquer dos casos, a receita deve ser fórmula magistral, composta por substâncias cuja acção seja desconhecida do público, o que tem ainda a vantagem de lhe aumentar o prestígio, pelo aparente mistério que encerra.

Resumindo, escreve o A. — : «O que caracteriza pois, a meu ver, mais profundamente a nova fase da terapêutica é — além do seu despreendimento do espírito de sistema, do repúdio daquela herança em que se opunham, por exemplo, o homeopatia e a alopatia — a aceitação de todo o conhecimento empírico ou racional, desde que a observação demonstre a sua validade, por mais que contrarie as mais bem alicerçadas teorias ou as mais veneráveis autoridades. Assim a vemos adoptar com o mesmo acolhimento tanto os métodos magníficos do tratamento etiológico das doenças infecciosas e parasitárias pela nova quimioterapia como o conceito da medicina psicossomática com as suas engenhosas análises psicológicas, atendendo muito mais ao seu valor pragmático do que ao seu aspecto filosófico, tudo isto sem qualquer oposição ou atrito entre os dois aspectos material e espiritual da arte de curar».

# PAS

## Bial



### INJECTÁVEL

PARA-AMINO-SALICILATO  
DE SÓDIO . . . . . 2 gr.

Por ampola de 10 c. c.

### DRÁGEAS

PARA-AMINO-SALICILATO  
DE SÓDIO . . . . . 0,35 gr.

Por drágea

ANTIBACILAR DE NOTÁVEL INOCUIDADE E GRANDE PODER INIBITIVO





E rematando — : «No incessante progresso da terapêutica actual encontra-se o médico prático em muito precária posição para manter o equilíbrio e o bom senso. Analisemos resumidamente as suas principais dificuldades:

— O peso da tradição muitas vezes multissecular e da opinião pública recomendando práticas terapêuticas de fundamento desconhecido.

— A influência da autoridade de médicos em posição de destaque que invocam apenas a sua experiência pessoal sem poder apresentar dados suficientes em seu apoio, atitude que já Lawrason na *Am. Rev. of Tuberculosis* em 1920 lamentava.

— A avaliação não crítica ou apaixonada (pela natural tendência a considerar a própria intervenção valiosa) dos resultados obtidos anteriormente sem ter na devida conta nem o efeito psicoterápico que acompanha quase sempre a acção farmacológica ou a substitui, nem a natural tendência do organismo para o restabelecimento do equilíbrio alterado.

— A necessidade de seleccionar e criticar os trabalhos científicos e de esperar a sua confirmação antes de tomar como *factos* o que pode não passar de meras impressões pessoais sem fundamento real. O estímulo à produção de publicações resultante da necessidade duma espécie de propaganda quer das qualidades científicas e intelectuais dos indivíduos (qualidades que se consideram proporcionais ao volume do seu «curriculum») quer da excelência dos centros de investigação que se dirigem, avaliada também simplistamente pelo número dos trabalhos que daí saem, faceta esta já bem vista na América em 1904 por Sinclair Lewis e exposta no seu célebre *Arrowsmith*, aumenta na verdade desmedidamente o número de artigos sem interesse arquivados nas revistas médicas.

— A propaganda comercial. Sobre este ponto que considero de capital importância na explicação da actual desorientação, permito-me demorar um pouco mais. As casas produtoras das chamadas especialidades farmacêuticas são de categoria extremamente variada, desde as que não possuem maiores instalações nem pessoal mais apto do que a mais rudimentar farmácia até às que dispõem dos melhores recursos técnicos, providas dos mais bem apetrechados laboratórios onde trabalham cientistas de real valor. Algumas vezes daqui surgem medicamentos do maior interesse que só aí se poderiam obter após investigações extremamente complexas, e a terapêutica não pode prescindir do concurso destes monumentais centros. Infelizmente, imperam aí, além do interesse científico, as exigências comerciais que levam a fomentar o consumo das especialidades produzidas por meio do reclamo ou do excessivo alargamento das indicações de medicamentos realmente activos como sucede com as vitaminas, os extractos de órgãos, as hormonas, o ácido fólico, etc., ou de extensas indicações clínicas de medicamentos apenas activos em condições especiais de experimentação não reproduzíveis ou difficilmente realizáveis no Homem, ou ainda por transposição injustificada

para a clínica de resultados puramente experimentais. As casas menos importantes, essas limitam-se a modificações secundárias de associações medicamentosas apresentadas como medicamentos novos, ou à simples mudança de designação de medicamentos bem conhecidos e em «moda» como as vitaminas, as hormonas, os extractos de órgãos, os amino-ácidos, etc., ou à propaganda de substâncias extraídas, glucosídeos ou alcalóides, denominados «princípios activos» de plantas empregadas em medicina popular, sem o menor fundamento científico. O mais grave aspecto do problema é que o médico, embora não tenha muitas vezes tempo para manter actualizada a sua preparação científica, vai lendo e relendo os reclamos das especialidades pela insistência duma propaganda teimosa que se serve de todos os artifícios modernos da arte publicitária e deixa-se assim, sem se aperceber, dominar por estes anúncios que, como diz Clark, «forma uma série contínua estendida desde os que introduzem compostos que representam novos triunfos da química orgânica e da farmacologia até às mentiras sem escrúpulos com as quais se promove tão frequentemente a venda de medicamentos secretos».

— O vastíssimo campo da terapêutica actual apenas com a excepção de alguns domínios que pertencem pela sua complexidade e natureza especial ao foro dos especialistas. Destas terapêuticas especializadas o clínico geral não precisa ter mais do que o conhecimento sumário das indicações, mas em todas as outras é-lhe indispensável um completo domínio de todas as particularidades: indicações, contra-indicações, mecanismos da acção principal, acções secundárias benéficas ou indesejadas, duração da acção, ritmo e modo de eliminação, possibilidade de associações úteis — e isto a respeito de medicamentos específicos, como os antibióticos, as sulfamidas, os arsenicais, os antimoniais, os antimaláricos e parasiticidas, os anti-helmínticos, os anti-sépticos, os anticorpos e as vacinas; dos organotrópicos específicos de certos estados ou funções como os derivados da tio-ureia, os cardiotónicos, a quinidina, os diuréticos e os anti-diuréticos, os purgativos, os vomitivos, os expectorantes, os antidotos, os antialérgicos; dos medicamentos substitutivos como as hormonas e compostos sintéticos de acção análoga, as vitaminas e outros factores de doenças carenciais; dos estimulantes e inibidores de estruturas inervadas por fibras vegetativas, dos estimulantes e inibidores do sistema nervoso central, como os narcóticos, os sedativos, os anti-convulsivantes, os estimulantes do centro do vômito e da respiração, os calmantes da tosse, os antipiréticos, etc.; e ainda a respeito da fisioterapia, radiações e outros agentes, para não falar dos complexos e obscuros problemas da climatoterapia, da hidroterapia e da crenoterapia.

A química moderna fornece-nos também quase dia a dia medicamentos valiosos, como, por exemplo, além da penicilina, da estreptomina e das numerosas sulfamidas: a isonipecaína, comercialmente conhecida por dolantina, demerol, etc., vantajoso analgésico substituto da morfina; o ácido pteroilglutâmico, mais conhecido por ácido fólico, nova

vitamina hematopóética; o difenil-hidantoinato de sódio e o trimetadione, anti-epiléticos de real valor; os anti-histamínicos; a rutina; os novos anti-maláricos, a atebrina e a cloroquina; os anti-convulsivantes de acção periférica como as preparações purificadas de curare; os anticoagulantes naturais, como a heparina, ou sintéticos como o dicumarol; os medicamentos tromboplásticos; as novas formas de hormonas e outros medicamentos de absorção lenta; as drogas de acção antitireóide como o tio-uracil e seus derivados — para não citar senão alguns dos mais recentes e importantes. Sucede ainda, frequentemente, que, pouco depois dum medicamento ter chegado ao conhecimento do clínico, por vezes ainda antes deste ter tido oportunidade de observar o seu efeito, surge ou modificação mais vantajosa ou composto inteiramente novo que leva a pôr de parte o primeiro.

Em face de tudo isto, é frequente, principalmente se o médico já viveu muito e assistiu ao aparecimento, apogeu e decadência de tanta especialidade e novidade que apareceram aureoladas de formidável prestígio — é frequente cair no cepticismo e o advento duma nova medicação valiosa deixa-o tão indiferente como o anúncio de mais um *regulador do metabolismo da ureia* ou dum remédio para *matar os gérmenes da asma*.

Para evitar todos os inconvenientes presentes e adaptar a prática médica ao actual estado da ciência terapêutica parece não haver outro recurso do que encarar o estudo da terapêutica médica no mesmo nível em que se coloca a aprendizagem da terapêutica cirúrgica, e dedicar-lhe todo o tempo que for necessário. O mínimo que a si próprio pode exigir um médico consciencioso é o conhecimento das afecções para as quais existe um tratamento eficaz, seja de que natureza for, e o conhecimento de todas as particularidades necessárias para o emprego seguro deste. Para aqueles estados em que a doença é mais complexa do que a resultante da simples acção duma causa exterior, e que são os mais numerosos, o médico tem necessidade de sérios conhecimentos de fisiologia e psicologia normais e patológicas, de sociologia, das relações humanas em todos os seus aspectos e principalmente da influência profunda da tensão emocional de origem consciente ou inconsciente no aspecto individual de muitas afecções, na sua manutenção e mesmo no aparecimento de perturbações orgânicas como a úlcera gastroduodenal, a colite espasmódica, as neuro-dermatoses, etc. Sem esta componente psicológica a medicina não será mais do que uma veterinária facilitada (muitas vezes complicada) pelas informações fornecidas pelo próprio paciente.

Cada novidade em Medicina e particularmente em Terapêutica requer pois minucioso estudo dos seus fundamentos e dos argumentos que se podem aduzir pró ou contra a sua utilização prática em Clínica. Para o médico prático, por muitas razões já apontadas e outras que não há interesse em analisar, não é fácil nem é talvez possível realizar individualmente esta tarefa. A Ordem dos Médicos poderia talvez, a exemplo

da Associação Médica Americana, ajudar singularmente os médicos, editando periódicamente publicações subscritas por uma comissão competente composta de médicos, farmacologistas e talvez fisiologistas e químicos, que lhes fornecesse de fonte insuspeita a informação de que tanto necessita para firmar ideias, assentar conceitos e manter na devida altura a sua competência profissional em face da marcha rápida da ciência.

### **LIVROS E OPÚSCULOS**

RESSECÇÕES PULMONARES, por J. R. Bello de Moraes. (Lisboa, 1950).

Dissertação de doutoramento; estudo baseado em observações pessoais, ilustrando indicações e técnicas de lobectomias e pneumectomias, amplamente expostas.

AFERIÇÃO BIOLÓGICA DE MEDICAMENTOS; OS DIGITÁLICOS, por J. J. Lobato Guimarães. (Coimbra, 1950).

Dissertação de doutoramento, com duas partes: uma destinada à revisão do problema da fiscalização dos fármacos e especialmente das aferições biológicas, outra dedicada à aferição dos digitálicos, técnicas e resultados dos ensaios pessoais.

CONTRIBUIÇÃO PARA O TRATAMENTO DA SURDEZ, por Guilherme Hermínio Penha. (Coimbra, 1950).

Dissertação de doutoramento, em que, depois da exposição geral do assunto, estuda particularmente os meios cirúrgicos de tratamento, documentados com observações pessoais.

ESTRUTURA DAS PSICOSES E TRATAMENTO INSULÍNICO, por Pedro C. do Amaral Polónio. (Lisboa, 1950).

Dissertação de doutoramento; estudo dos efeitos observados em 495 doentes tratados, em confronto com 416 não tratados, considerando os vários factores que podiam intervir no prognóstico, concluindo por enumerar os benefícios que a terapêutica insulínica proporciona.

BIBLIOGRAFIA HIDROLÓGICA DO IMPÉRIO PORTUGUÊS, por Luís de Meneses C. Acciaiuoli. Vol. I (Direcção geral de Minas e Serviços Geológicos, Lisboa, 1950).

Inventário muito cuidado da notável bibliografia portuguesa sobre águas minerais. Este 1.º volume dá a relação onomástica dos documentos, começando pela epigrafia da época luso-romana, e pelos manuscritos que datam desde a fundação da nacionalidade até 1500, para depois inserir as publicações dos séculos XVI a XIX. Inicia-se a bibliografia relativa ao século actual (letras A e B), que será completada no 2.º volume. Cada espécie tem um número, que servirá para a procura dos documentos respeitantes a cada nascente ou assunto, que serão relacionados numa segunda parte desta valiosa colectânea, de indispensável consulta para quem queira escrever sobre hidrologia médica nacional.

*Para o tratamento da tiroideia*

na adiposidade, mixedema e no cretinismo,  
assim como no hipotiroidismo dos jovens.

**ELITYRAN**

Produto original

(hidrolisado estandardizado  
de iodo em combinação albuminosa)

Tubos com 30 comprimidos, contendo cada um 10 unidades de cobaia

*Medicamentos*  
»HOECHST«

*Nas leucorreias e na colpíte por tricomonas***DEVEGAN**

Produto original

Reconstituição rápida do estado biológico por meio da repleção das reservas glicogénicas esgotadas, favorecendo simultaneamente o desenvolvimento dos bacilos lácticos normais.

Emprego higiénico e simples - Desintegração melhorada dos comprimidos

Caixa com 15 e 30 comprimidos

*Medicamentos*  
»HOECHST«



# Campolon

*o preparado comprovado para a  
hepatoterapia injectável*

com as

substâncias activas totais do fígado  
indicado e não excedido na

**anemia perniciosa e anemia secundária**

Embalagem original: 5 ampôlas de 2 c.c.

Cada ampola contém 12  $\gamma$  de vitamina B<sub>12</sub>



»Bayer« **Leverkusen, Alemanha**

## EUPTOLINA

Ampolas de 2 c. c.

**ROUQUIDÕES • LARINGO-TRAQUEITES  
BRONQUITES • RESFRIAMENTOS**

**CORIZA • RINITES • PROFILAXIA  
DA GRIPE**

CINEOL • OXIBENZOL-1-2  
METOXIFENOL • CÂNFORA

## R I N E X

Pomada anti-séptica nasal

SULFATIAZOL • EFEDRINA  
ESTOVAÍNA • ATROPINA  
GOMENOL • UREIA

**2 PRODUTOS QUE SE COMPLETAM**

**LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL**  
REPRESENTANTES NO PORTO: QUÍMICO-SANITÁRIA

ASPECTO MÉDICO-SANITÁRIO DO DISTRITO DE VILA REAL, por J. T. Montalvão Machado. (Coimbra Editora, 1950).

Com prefácio do Prof. Maximino Correia, esta completa monografia do distrito de que o autor é delegado de saúde, expõe, conscienciosamente, com grande cópia de dados: I— Condições naturais (situação e área, orografia e hidrologia, geologia, flora e fauna, clima); II— A população (antropologia, biologia, censos populacionais, povoamento, movimento demográfico, obituário); III— O meio e a salubridade (trabalho, cultura, higiene individual, alimentação, higiene social); IV— Doenças infecciosas (de comunicação obrigatória, outras, profilaxia); V— Doenças sociais (tuberculose, doenças venéreas, cancro, reumatismo, alcoolismo, loucura, cegueira, acidentes de trabalho, crime); VI— Doenças organo-degenerativas; VII— Serviços de saúde (delegação de saúde, subdelegações, partidos médicos, clínica livre e medicina oficializada); VIII— Serviços de assistência (em cada concelho); IX— Inquérito às condições sanitárias de cidades, vilas e aldeias; X— Estâncias climatéricas e hidroterapêuticas.

DIAGNÓSTICO SOCIAL, por Mary E. Richmond, tradução de José Alberto de Faria. (Instituto S. de Higiene Dr. Ricardo Jorge, Lisboa, 1950).

Feliz ideia a da tradução e publicação de esta obra lapidar, que nos Estados Unidos, desde a sua aparição, em 1917, conta já reedições, num total de 30.000 exemplares. O serviço social encontra nela a sua exposição mais completa e o seu guia mais perfeito. Um prefácio do Dr. Fernando da Silva Correia, em que trata das origens, evolução e conceito do serviço social, insere interessantes dados relativos a Portugal, e, salientando o valor da instituição, pugna pelo seu desenvolvimento, entre nós, nos seus verdadeiros moldes.

ACTUALIDADES E UTILIDADES MÉDICAS, por Tomé de Lacerda e António de Lacerda. — 2.º Quadrimestre de 1950. (Lisboa, 1950).

Mais um volume de esta publicação que, como os anteriores, é preenchido por notas extraídas de revistas nacionais e estrangeiras, com o critério de aplicação à clínica, em cuidada selecção, como aliás lhe é habitual.

MICOSES PULMONARES, por Adelino da Costa Padesca. (Separata da Revista da Universidade de Coimbra, Vol. XVII, 1950).

Exemplificando com 2 casos clínicos, faz-se a exposição dos aspectos de esta localização de fungos patogénicos, enumeram-se os que mais frequentemente a produzem, e seus caracteres; aponta-se a actual terapêutica que se baseia na autovacinação e no tratamento geral reconstituente, com o auxílio das sulfamidas e dos antibióticos, assim como da cirurgia para extirpação dos focos acessíveis.

## SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

### Tratamento das meningites purulentas das crianças

Na Associação Paulista de Medicina, Departamento de Pediatria, PAULO DE BARROS expôs o tratamento das meningites purulentas das crianças, tal como é praticado no seu Serviço e o viu praticado no Hospital da América do Norte em que trabalhou.

Segundo o relato da sessão em que falou (publicado em *Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia*, Set. de 1950), as modalidades terapêuticas são as que a seguir se indicam.

Nota, primeiramente, que toda a criança com meningite está desidratada, pela diminuição da ingestão de líquidos, pelos vômitos e pela hipertemia. É mister hidratar o paciente, o que se faz inicialmente por meio de um conta-gotas intravenoso. Na criança desidratada os sistemas enzimáticos não funcionam adequadamente, o que prejudica a defesa orgânica. Frequentemente, o doente está agitado, havendo necessidade de sedativos. Uma vez instalada a infusão venosa, faz-se administração de medicamentos.

Na meningite meningocócica deve-se usar a sulfadiazina sódica. Logo que o doente esteja em condições de ingerir o medicamento, será usada a via oral. Nos lactentes será empregada a via subcutânea, em virtude das dificuldades observadas para manter níveis sanguíneos adequados, usando a via oral. O meningococo reage muito bem à sulfadiazina, havendo estatísticas que acusam uma mortalidade de 2,5 % com o emprego exclusivo desse medicamento. Parenteralmente será dada penicilina. Nos casos sulfa-penicilino-resistentes usar-se-á soro ou antitoxina.

Até o advento das sulfas, a meningite gripal era praticamente 100 % mortal. Com a sulfadiazina podem ser curados cerca de 30 % dos casos. Com sulfadiazina e soro de coelho a mortalidade baixou de 26 %. Há 6 principais tipos de «*Haemophilus influenzae*» (a, b, c, d, e, f). Aproximadamente 90 % dos casos de meningite são causados pelo tipo b, contra o qual Alexander preparou um soro específico de coelho, que tem o seu nome. O «*H. influenzae*» encerra em sua cápsula um polissacarídeo que determina seu tipo. A gravidade do caso está relacionada à maior ou menor concentração desse polissacarídeo no organismo. O soro de coelho deve neutralizar esse polissacarídeo, para que a terapêutica seja eficiente. A estreptomicina é outro agente eficaz no tratamento da meningite gripal. Todavia, a experiência tem mostrado que há casos de resistência absoluta a esse antibiótico. Por essa razão, recomenda-se o emprego simultâneo de estreptomicina e sulfadiazina. Nos casos médios e graves os autores que têm experiência recomendam o uso de estreptomicina, soro e sulfadiazina. No que respeita à penicilina, sabe-se que, na maioria dos casos, o «*H. influenzae*» não reage a esse antibiótico; todavia, hoje conhece-se uma variedade S de «*Hemophilus influenzae*» tipo b, que é penicilino-sensível. Weinstein autopsiando casos de meningite por «*H. influenzae*», ficou impressionado com o número de casos complicados com broncopneumonia e estafilococos. Ele atribui esse facto ao emprego da estreptomicina, que permitiria ao estafilococo tornar-se virulento. Em vista do exposto, é aconselhável o emprego de penicilina nos casos de meningites a «*H. influenzae*». O autor referiu-se a um caso de meningite gripal tratado com sucesso pela polimixina B.

A meningite pneumocócica, apesar das sulfas, penicilina, soro de coelho, etc., continua sendo de difícil tratamento, por vezes. Em seguida, falou sobre os tipos mais raros de meningites purulentas, que serão tratadas sempre com sulfadiazina, penicilina, estreptomicina e outros antibióticos, de acordo com a maior sensibilidade do germe. Mencionou um trabalho em que se des-





creve o caso de uma criança que teve meningite 7 vezes, em seguida a um traumatismo do frontal.

Ao discutir os diferentes agentes terapêuticos, disse: a sulfadiazina é a droga de escolha no tratamento das meningites purulentas sépticas; deverá ser usada de início na veia e, depois, oralmente, nos pacientes conscientes maiores de 1 ano, e subcutaneamente nos lactentes pequenos, mesmo que estejam ingerindo bem a medicação. Referiu-se a trabalhos que mostraram o quão difícil é manter o nível de sulfa adequado no lactente pequeno, mesmo quando ele está consciente. Há experiência provando que, mesmo com doses de 0,80 por quilo de peso, os níveis sanguíneos muitas vezes não são adequados. Por isso é recomendável a via subcutânea nos lactentes. Inicialmente, tinha-se receio de usar a sulfadiazina sódica subcutaneamente, em virtude de sua alcalinidade, que poderia provocar esfacelo. Hoje, porém, sabe-se que ela pode ser injectada no tecido subcutâneo. O autor usa a sulfadiazina sódica em solução a 5% em água destilada. Uma das causas que poderia explicar a deficiente concentração da sulfa no sangue seria o uso do bicarbonato de sódio, que impede a reabsorção da sulfa ao nível dos túbulos renais. Modernamente, vêm sendo usadas as sulfas associadas, com o fito de evitar complicações renais; nos casos graves, em que se deseje administrar doses maiores, também é vantajosa a associação.

A via intratecal tem os seguintes inconvenientes: a injeção de elementos estranhos no espaço subaracnóideo provoca uma meningite asséptica, com aumento de células, proteínas, etc., o que agravaria o processo já existente; seu emprego pode provocar paralisias, paresias, parestesias, mielites transversas (provocando focos septados, cuja abertura, quando o paciente está aparentemente curado, seria responsável pelas recaídas observadas nos casos tratados pela via intratecal). Sabe-se que é irritante e neurotóxica. Estudos feitos em pacientes em uso de penicilina mostraram alterações electroencefalográficas em 60% deles. A estreptomina, embora não tão irritante quanto a penicilina, não deixa, todavia, de provocar complicações quando injectada por via intratecal. Discute-se se há vantagem no emprego da via intratecal. Diz-se que não interessa a concentração do agente terapêutico no liquor, mas sim, nas meninges. Sabe-se que estas são muito bem irrigadas; logo, se o agente terapêutico estiver bem concentrado no sangue, também o estará nas meninges. Por outro lado, no caso de se admitir a necessidade da concentração do agente no liquor, haverá necessidade de injectá-lo por via intratecal? Segundo alguns trabalhos de investigação, parece não haver necessidade de tal; de facto, há observações bem documentadas mostrando que, em indivíduos com meningite, que estão, portanto, com a barreira hemoliquórica permeável, a penicilina concentra bem no liquor. Todavia, não há acordo entre os investigadores nesse particular. No que respeita a estreptomina, também não há evidência bastante clara de que atinja níveis adequados no liquor, quando injectada parenteralmente. A sulfadiazina concentra muito bem no liquor. As reacções apontadas com o uso da via intratecal, em geral não aparecem logo no início, mas sim depois do 8.º dia de tratamento, comumente. Isso permitiria empregar a via intratecal, com relativa segurança, no início do tratamento. Últimamente, vêm sendo recomendadas doses de estreptomina cada vez menores. Todavia, em virtude da facilidade com que aparecem raças resistentes a esse antibiótico, tem-se a impressão de que, agora que dispomos da di-hidro-estreptomina, menos tóxica do que a forma primitiva, devemos usar doses grandes em tempo curto, o que nos dará maiores possibilidades de curar o doente antes de aparecerem raças resistentes. Quando surgiu a di-hidro-estreptomina, o seu emprego era contra-indicado por via intratecal; sabe-se hoje que, pelo menos no que respeita ao sulfato de di-hidro-estreptomina, não há contra-indicações para o seu uso intratecal, a não ser, naturalmente, as restrições feitas ao uso de toda medicação intratecal.

Terminando, o autor apresentou as seguintes conclusões: 1) A sulfadiazina deverá ser usada em todo caso de meningite purulenta séptica; seu emprego

inicial será pela veia e, em seguida, pela via oral, geralmente; nos lactentes pela via subcutânea. 2) Nos casos de meningite gripal será usada a estreptomina associada a sulfadiazina e penicilina; reconhecendo o valor do soro de coelho, deveremos enviar esforços para consegui-lo para os casos graves e de média gravidade, e para os casos estreptomincino-resistentes. 3) Os doentes deverão ser mantidos em bom estado de hidratação e nutrição injectando-se fluidos, sais, ácidos aminados e vitaminas parenteralmente, sempre que a via oral não seja viável. 4) No que respeita à via intratecal, os casos serão estudados individualmente; os que responderem bem à via parenteral, poderão prescindir da via tecal.

### **Ergotamina nas cefaleias**

Com base no conceito de as cefaleias corresponderem a vaso-dilatação das artérias cerebrais, estabelecido pela experimentação clínica, PAUL HOFMANN trata os doentes com um paralisador do simpático, a ergotamina, utilizando a dihidroergotamina. Tem obtido melhoras em 54 por cento dos casos (*Schweiz. Med. Woch.*, 14-1-1950).

### **Tratamento das caimbras nocturnas**

Em trabalho recente (*J. American Med. Ass.*, 15-IV-1950), MEYER NAIDL diz obter constantemente êxitos por meio da administração de 20 a 30 centigramas de sulfato de quinina ou de quinidina, tomadas ao deitar. Este procedimento evita as caimbras, mas não convém empregá-lo nas mulheres grávidas, pois, como é sabido, os preparados de quinina têm acção abortiva. Nestes casos, o A. recomenda um anti-histamínico de síntese, tendo usado o «Benadril»; a ideia que o levou a ensaiá-lo partiu do conhecimento da acção sobre a rigidez muscular dos parkinsonianos, que melhora notavelmente. Verificou que evitava seguramente a aparição das caimbras, pois o empregou em muitos casos, depois da primeira aplicação, feita num caso em que, excepcionalmente, a quinina ou quinidina não dera resultado. A dose empregada foi de 5 decigramas, também ao deitar.

### **A glucose no trabalho de parto**

Partindo da noção de que nas parturientes existe um paralelismo entre o aumento da glucose, do cálcio e da adrenalina do sangue e uma certa hipertonia do sistema simpático, e porque a glucose é uma substância simpaticotrópica, KMELEVSKI pensou que esta, uma vez introduzida no organismo, favoreceria a acção do simpático e portanto intensificaria o trabalho de parto.

Fez experiências na cobaia, e verificou a exactidão do conceito, e que análogamente ao que acontece com a combinação pituitrina-cloreto de cálcio, a glucose quando associada ao cálcio é de maior eficácia do que quando administrada isoladamente; e ainda que a acção de todas essas substâncias simpaticotónicas é mais nítida sobre o útero fatigado ou intoxicado pelo hidrato de cloral; e também que no decurso de um trabalho de parto prolongado, as taxas da glucose e do cálcio no sangue diminuem progressivamente com a duração do trabalho. Como resultado das experiências em questão, concluiu: a glucose é por excelência a principal fonte de energia muscular; para um trabalho de parto normal, é necessário existir no sangue tal quantidade de cálcio e de glucose que garantam uma boa acção das hormonas; a glucose e o cálcio, aumentando o tonus do simpático, reforçam implicitamente o trabalho de parto, do mesmo passo exercendo uma certa acção analgésica.

Transportando para a prática estas conclusões, estabeleceu as seguintes regras de conduta: no início do parto, administrar 50 gr. de glucose, 2 gr. de cloreto de cálcio e VIII a X gotas de ácido clorídrico num copo de água quente, poção esta que pode repetir-se de duas em duas horas até um total de

TERÁPIA DAS ÚLCERAS  
GASTRO-DUODENAIAS

\* \* \*

**ORISTIDAL**

Em comprimidos açucarados para serem diluídos na boca.

Cada comprimido contém:

Histidina base . . . . .	0,0125 gr.
Hidrato de alumínio coloidal . . . . .	0,20 >
Sacarose pura . . . . .	0,20 >

*Também de expressivos resultados em:* Gastrite hiper-secretiva, Consequências de gastrite aguda, Gastrite tóxica e Dispepsia.

Em caixas de 4 tubos de 15 comprimidos

**ASCORBISTAL**

Ascorbato de histidina a 6%, em solução rigorosamente incolor

Em caixas de 5 empoas de 5 c. c.

Cada comprimido contém:

Histidina base . . . . .	mg. 140
Ácido ascórbico . . . . .	> 160

*Aplicação por via intramuscular ou endovenosa*

**Nenhuma reacção - Tolerância absoluta.**

M. RODRIGUES LOUREIRO

Rua Duarte Galvão, 44 — LISBOA

Concessionário exclusivo do

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO

**V. BALDACCI-PISA**



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 integrais da quina, metilarsinato de sódio e — vitamina C**

Soberano em anemias, anorexia, convalescenças 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 Jusaty 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

quatro doses; no segundo período do parto e em caso de inércia uterina, administrar a mesma poção e injectar simultaneamente por via venosa 30 a 40 c.c. de soro glucosado a 40 %, e a seguir injeção, também endovenosa, de 100 c.c. de soluto de cloreto de cálcio a 10 %.

Aplicou este processo em 256 parturientes, com inércia uterina, primitiva ou secundária, e em todas obteve resultados satisfatórios; quando, porém, se mostrou de efeito insuficiente, aplicou a pituitrina só ou associada à quinina. (*Médecine et Hygiène*, 1950, n.º 165).

### **Resistência à estreptomicina segundo o modo de administração**

J. R. BIGNALL e colab. ensaiaram a administração intermitente da estreptomicina, na intenção de assim se impedir a formação de bacilos resistentes ao antibiótico (*British Med. J.*, 10-v-1950).

Para isso constituíram 4 grupos de doentes com tuberculose pulmonar bilateral, evolutiva, em cada grupo empregando um dos seguintes planos de tratamento. 1.º — 0,5 gr. de 6 em 6 horas, em semanas alternadas; 2.º — 0,5 gr. de 6 em 6 horas em meses alternados; 3.º — 0,25 gr de 6 em 6 horas em dias seguidos; 4.º — 1 gr. cada 24 horas e também sem interrupção. Todos os doentes receberam a mesma dose total de 168 gramas.

Verificaram que em todos os 4 grupos se estabelecia, de maneira sensivelmente igual a resistência bacilar; o que parece provar que durante as interrupções do tratamento continua a desenvolver-se estreptomicino-resistência, facto bem averiguado num doente em que, vinte dias depois de se ter suspenso o tratamento, que havia durado um mês, apareceram estirpes resistentes.

Perante estes factos, é duvidoso que, qualquer que seja o esquema que se adopte, possam obter-se melhores resultados, neste ponto de vista, do que com a associação do P. A. S. O esquema melhor, em sua opinião, ainda é o da administração diária de 1 gr., pois foi com ele que os efeitos clínicos foram mais favoráveis.

### **Recaídas da febre tifóide tratada pela cloromicetina**

O problema das recaídas na febre tifóide, tão frequentes quando se faz o tratamento pela cloromicetina como antigamente, é estudado por A. LAPORTE e colab. (*Presse Médicale*, 23-IX-1950).

De acordo com os trabalhos experimentais de Reilly, as recaídas podem explicar-se pela persistência dos bacilos nos gânglios mesentéricos. A insuficiência de vascularização de zonas ganglionares necrosadas torna ineficaz a acção do antibiótico, que não chega a actuar sobre os germes ali localizados. Pensando assim, seria natural que os choques terapêuticos, provocadores de vaso-dilatação, renovassem tal obstáculo.

Para confirmação de este conceito, trataram 38 casos pela associação à cloromicetina de choques produzidos pela injeção de vacinas e pela pireto-terapia. Os resultados obtidos confirmaram a hipótese, pois nesses doentes o número de recaídas foi de três a quatro vezes menor de que nos doentes que apenas foram tratados pelo antibiótico. 5 por cento, em vez de 15 a 20 por cento.

### **Comparação da penicilina sódica com a procaína-penicilina**

F. GRIFFITHS e colab. trataram dois grupos, de 146 doentes cada um, portadores todos de infecções sépticas agudas da pele e do tecido celular subcutâneo, principalmente estafilocócicas. Num o tratamento fez-se com injeção diária de 300.000 unidades de procaína-penicilina; no outro com duas injeções, intervaladas de 12 horas, de 300.000 unidades de penicilina sódica

dissolvida em soro fisiológico. Os resultados foram iguais nos dois grupos. (*British Med. J.*, 29-x-1949).

### Das cintas na ptose gástrica

Variam os conceitos sobre o que deve entender-se por ptose gástrica. No ponto de vista ortopédico, não devem entrar nesta designação os estômagos dilatados que descem até abaixo da linha bi-iliaca, desde que relacionados com a constituição asténica, sobretudo no sexo feminino, e não causem perturbações funcionais. São estes que mais vezes indicam a necessidade do uso de cintas: hipotonia gástrica com digestões lentas e difíceis, insuficiente peristaltismo e evacuação lenta, mal-estar abdominal, flatulência, perda do apetite, emagrecimento. As cintas estreitas, com pelota semilunar, raro dão nestes casos resultados satisfatórios; em regra devem aconselhar-se as cintas largas, para completa contenção das vísceras. Há, porém, indivíduos gordos com ptose gástrica predominando sobre a deslocação do conteúdo do ventre, e nesses a cinta com pelota pneumática está indicada. A indicação do uso da cinta e da eficácia de esta só podem fazer-se com segurança mediante exame radiológico: levantando o estômago por pressão sobre o ventre a papa baritada será repelida para o duodeno se houver ptose, aplicada a cinta a evacuação do estômago deve tornar-se normal.

Esta é a sùmula do artigo que SANTIAGO CARRO dedicou ao assunto em *Medicina* (de Madrid), Abril de 1950.

### Cura cirúrgica da hemorragia cerebral

Um caso interessante, que confirma a possibilidade da cura cirúrgica da hemorragia cerebral, é relatado por JEAN SIROIS, em *Laval Médical* (Quebec, Abril de 1950). Tratava-se de um hipertenso em que surgiu o síndrome de hemorragia cerebral, e que foi trepanado, tendo-se retirado um grande coágulo, do tamanho de um punho. Consecutivamente, no decurso das semanas seguintes, a tensão baixou, abrandou a hemiplegia, aumentou a acuidade visual. Se em parte estas melhoras podem atribuir-se à evolução habitual dos ictus, parece não haver dúvida de que a remoção do coágulo deve ter contribuído poderosamente para a favorável evolução do caso, em pouco tempo.

### Violeta de genciana na úlcera da perna

S. KAPLAN e J. RADICE recomendam como procedimento local que melhor resultado lhes tem dado, a aplicação de violeta de genciana em soluto alcoólico a 2 por cento. Desengordura-se a úlcera e seus bordos lavando-a com éter; se há secreção abundante seca-se previamente com duche de ar quente, que se repete depois da pincelagem com o corante. A aplicação, feita diariamente, deve provocar a formação de uma crosta dura; os bordos da úlcera entram a proliferar, redizindo-se progressivamente as dimensões da perda de substância. Pode prever-se se a cicatrização se fará bem ou não, observando o resultado das primeiras pincelagens: a persistência da cor roxa na úlcera, por esta 'fixar o corante, é de bom prognóstico; se no dia seguinte a coloração tiver desaparecido, a cicatrização será difícil. Nunca deve desprezar-se o tratamento geral, repouso, correcção de deficiências nutritivas e terapêutica específica quando estiver indicada. (*Prensa Medica Argentina*, N.º 16 de 1950).

### O ácido acético no tratamento da infecção do canal auditivo externo

Considerando que a análise bacteriológica do pus tem mostrado que, na maioria dos casos, está em causa o bacilo piocianico, e que o ácido acético é

um bom agente contra esta bactéria, contra o proteus e outros gram-negativos, IRVING OCHS adopta o seguinte método de tratamento: limpeza cuidadosa do canal auditivo por meio de lavagem com água oxigenada; introdução de uma mecha compacta de algodão hidrófilo embebida em soluto de ácido acético a 1-2 por cento, que penetre bem, enchendo completamente o canal; repetição de esta manobra, vezes consecutivas, nunca deixando secar a mecha. No dia seguinte, desaparecida a tumefacção das paredes, faz-se nova limpeza, e prossegue-se com o tratamento, como ficou indicado. Poucos dias são precisos para que o doente esteja curado, salvo se houver eczema (o que retarda a cura), ou se estiver em jogo outra bactéria, sobre o qual o ácido acético não actua. O A. emprega também o vinagre, que contém uns 5 por cento de ácido acético, misturando-o com outro tanto de soluto de acetato de alumina a 3 por cento; ou mesmo só o vinagre quando há eczema, não observando outro inconveniente além da passageira sensação de ardência. (*J. American Med. Ass.*, 29-IV-1950).

### Substituição de dedo

Na *Revista Brasileira de Medicina* (Junho de 1950), PAULO ROSENSTEIN descreve a intervenção realizada para substituir um dedo da mão, perdido, por transplantação do 2.º dedo do pé. Tratava-se de uma pianista e os resultados foram tão satisfatórios que ela pode tocar, até oitavas. Operação semelhante havia sido feita duas vezes já, por Nicoladoni e Eiselsberg. Dos dados bibliográficos respectivos conclui que a restituição de um polegar, pela citada transplantação, dará resultado desde que as necessárias condições técnicas sejam observadas.

---

## NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

---

REYNALDO DOS SANTOS. — Retirando do ensino, por fazer 70 anos, ao Prof. Reynaldo dos Santos foi tributada homenagem pelo Conselho Escolar da Faculdade de Medicina de Lisboa, expressamente reunido para esse fim. No Hospital de Arroios, os seus colaboradores e discípulos reuniram-se na enfermaria onde trabalhava, discursando o Dr. Augusto Lamas, e descerrando-se uma placa que recorda ter sido ali que efectuou os trabalhos sobre aortografia e arteriografia dos membros.

QUEIROZ VELOSO. — A Academia das Ciências dedicou uma sessão à homenagem ao notável historiador, no dia do seu 90.º aniversário. Nela esteve representada, pelo seu director, a Faculdade de Medicina do Porto; foi na velha Escola Médico-Cirúrgica que se formou Queiroz Veloso.

INTERCÂMBIO CIENTÍFICO. — Regressou do Brasil o Prof. Celestino da Costa, onde deu conferências no Rio de Janeiro, em S. Paulo e em Belo Horizonte. Nas 3 Faculdades de Medicina, o Prof. Robert Courrier, de Paris, deu conferências sobre anomalias da gestação, e sobre radioactividade e endocrinologia; e o Prof. Morros Sardá, de Madrid, sobre regulação fisiológica do córtex suprarrenal. No Instituto Português de Oncologia por médicos argentinos: Implantação de hormonas sexuais em ginecologia, por Rafael Pineda; Neoplasias mamárias, por Felipe Morello; Estrogéneos nas perturbações da gravidez, por Alejandro Loza; Actinomicose na mulher, por Pedro Sanz.

CONFERÊNCIAS. — Na abertura solene das aulas da Universidade de Coimbra, o Prof. Vaz Serra pronunciou a «oração de sapiência», sobre «Medicina de hoje e medicina de sempre». Na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, o Dr. Vergílio Marques Guedes falou sobre «Novos rumos da medi-

cina: onde estamos? p'ra onde vamos?». Na Liga P. de Profilaxia Social, o Dr. José Lopes Dias tratou de «Ensaio de combate à mortalidade infantil em Castelo Branco». Inaugurando o ano académico do Instituto Português de Oncologia, o Prof. Francisco Gentil falou sobre tratamento dos miomas uterinos.

FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA. — Atingido pelo limite de idade, abandonou as funções docentes o Prof. Álvaro de Matos, catedrático de Ginecologia.

DOCTORAMENTOS. — Na Faculdade de Medicina do Porto doutoraram-se os assistentes Abel da Costa Tavares, Carlos Alberto da Rocha, João Costa e José Garrett, cujas dissertações versaram, respectivamente sobre estase visceral, bioquímica da glândula tireóide, fisiopatologia do colo vesical e via arterial em terapêutica.

SOCIEDADE P. DE PEDIATRIA. — Na assembleia geral, realizada no Porto, sob a presidência do Prof. Almeida Garrett, foi eleita a direcção para o próximo biénio, ficando a presidência entregue ao Prof. Castro Freire e continuando secretário geral o Dr. Cordeiro Ferreira.

No Núcleo do Norte foram apresentados, neste ano, os seguintes trabalhos: Anemia de Lederer, por Diamantino Santos; Artrogrifose congénita, por Carlos Areias; Tratamento da púrpura pela vitamina E, por Fonseca e Castro; Febre de causa oculta, por Laura Moreno; Tratamento da coqueluche pela estreptomycina, por Lopes dos Santos; Tumores de Wilms, por Armando Tavares; Pulmão poliquístico infectado, por Crucho Dias; Corpo estranho num brônquio, por Bianchi de Aguiar. E duas conferências: Infiltrados pulmonares devidos a infecções banais das vias aéreas superiores, por Pinto Nunes; e Aspectos clínicos e tratamento das tinhas, por Aureliano Fonseca.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIDROLOGIA MÉDICA. — Constituiu-se esta nova agremiação; foi eleita a direcção, que tem como presidente o Prof. Toscano Rico e como secretário geral o Dr. Mário Rosa. Sede: Ordem dos Médicos, Avenida da Liberdade, 65-1.º, Lisboa.

CURSO SOBRE A GLÂNDULA TIRÓIDE. — Está a decorrer este curso, na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa; as lições foram entregue a: Jorge Janz (semiologia laboratorial), Mendes Alves (terapêutica), Adelino Costa (tratamento cirúrgico), Baião Pinto (diagnóstico), Eurico Pais (estados de hipertiroidismo).

O MÉDICO. — Com este título acaba de aparecer um novo periódico, dirigido pelo Dr. Mário Cardia; vem continuar, com larga ampliação de assuntos e tamanho, o boletim informativo que era distribuído com a Acta Endocrinologica et Gynaecologica. Ao novo colega, muito bem apresentado, o PORTUGAL MÉDICO envia as suas saudações.

PRÉMIO DO «AMERICAN COLLEGE OF CHEST-PHYSICIANS». — Até ao dia 1 de Abril de 1951 está aberto concurso para um prémio de 250 dólares ao melhor trabalho original sobre doenças do aparelho respiratório. Devem enviar-se cinco exemplares dactilografados, em inglês, com um nome suposto, e em envelope separado o nome verdadeiro. Endereço: 500, North Dearborn Street, Chicago, 10, Illinois, U. S. A.

NECROLOGIA. — Dr. António da Fonseca, subdelegado de saúde e médico do Hospital da Misericórdia de Celorico da Beira, nosso considerado leitor. Dr. Eugénio Augusto Roseira, médico da Inspeção de Sanidade Marítima, de Lisboa, Dr. José Vaz Barreiros, estomatologista em Évora. Dr. Américo de Azevedo Campos, do Porto, médico do Ultramar reformado. Dr. José de Almeida Barreiros de Magalhães, clínico em Setúbal.



INDICE

# PORTUGAL MÉDICO

XXXIV

1950

1	A. da Rocha Brito
150	Almeida Garrett
153	Amândeo Tavares
155	António dos Santos
157	Augusto da Silva Travençolo
159	Auréliano Fonseca
161	A. Vaz Silva
163	Bertrando Fernandes
165	Bello de Moraes
167	Carlos Lopes
169	Cordeiro Ferreira
171	F. A. Gonçalves Pereira
173	Fernando Magano
175	Fernando Namora
177	Hernani Monteiro
179	J. Frolano de Melo
181	J. Aguiar Nogueira
183	J. L. Oliveira Martins
185	J. Machado Vaz
187	João Costa
189	João de Fátima
191	José Grego
193	J. Pereira Guedes
195	Luis de S. Penella
197	Ludgero Pinto Basto
199	Luis Raposo
201	Mário Basto
203	Mário Gomes Marques
205	Mário Moreira
207	Mário Trincão
209	M. J. Xavier Morato
211	Rogério Gonzaga

Os artigos assinados são da exclusiva responsabilidade dos seus autores

# PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL

1.º ANO - 1.ª SEMANA

2.ª SEMANA

3.ª SEMANA

4.ª SEMANA

5.ª SEMANA

6.ª SEMANA

7.ª SEMANA

8.ª SEMANA

9.ª SEMANA

10.ª SEMANA

11.ª SEMANA

12.ª SEMANA

13.ª SEMANA

14.ª SEMANA

15.ª SEMANA

16.ª SEMANA

17.ª SEMANA

18.ª SEMANA

19.ª SEMANA

20.ª SEMANA

21.ª SEMANA

22.ª SEMANA

23.ª SEMANA

24.ª SEMANA

25.ª SEMANA

26.ª SEMANA

27.ª SEMANA

28.ª SEMANA

29.ª SEMANA

30.ª SEMANA

31.ª SEMANA

32.ª SEMANA

33.ª SEMANA

34.ª SEMANA

35.ª SEMANA

36.ª SEMANA

37.ª SEMANA

38.ª SEMANA

39.ª SEMANA

40.ª SEMANA

41.ª SEMANA

42.ª SEMANA

43.ª SEMANA

44.ª SEMANA

45.ª SEMANA

46.ª SEMANA

47.ª SEMANA

48.ª SEMANA

49.ª SEMANA

50.ª SEMANA

51.ª SEMANA

52.ª SEMANA

53.ª SEMANA

54.ª SEMANA

55.ª SEMANA

56.ª SEMANA

57.ª SEMANA

58.ª SEMANA

59.ª SEMANA

60.ª SEMANA

61.ª SEMANA

62.ª SEMANA

63.ª SEMANA

64.ª SEMANA

65.ª SEMANA

66.ª SEMANA

67.ª SEMANA

68.ª SEMANA

69.ª SEMANA

70.ª SEMANA

71.ª SEMANA

72.ª SEMANA

73.ª SEMANA

74.ª SEMANA

75.ª SEMANA

76.ª SEMANA

77.ª SEMANA

78.ª SEMANA

79.ª SEMANA

80.ª SEMANA

81.ª SEMANA

82.ª SEMANA

83.ª SEMANA

84.ª SEMANA

85.ª SEMANA

86.ª SEMANA

87.ª SEMANA

88.ª SEMANA

89.ª SEMANA

90.ª SEMANA

91.ª SEMANA

92.ª SEMANA

93.ª SEMANA

94.ª SEMANA

95.ª SEMANA

96.ª SEMANA

97.ª SEMANA

98.ª SEMANA

99.ª SEMANA

100.ª SEMANA

VIXIV

1950

PORTUGAL MÉDICO, 1950. 1 vol. de 716 pág. (702 + 12 s. n.), com 29 figuras.

«Imprensa Portuguesa» — 108, Rua Formosa, 116 — PORTO

# PORTUGAL MÉDICO

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

**COMISSÃO CIENTÍFICA:** ALBERTO DE MENDONÇA, oto-rino-laringologista nos Hospitais Cívicos; AMÂNDIO TAVARES, prof. de Anatomia Patológica na Faculdade de Medicina do Porto; COSTA SACADURA, prof. jub. da Faculdade de Medicina de Lisboa; EGAS MONIZ, prof. jub. da Faculdade de Medicina de Lisboa; FERNANDO MAGANO, prof. de Cirurgia na Faculdade de Medicina do Porto; FERREIRA DA COSTA, estomatologista nos Hospitais Cívicos de Lisboa; FONSECA E CASTRO, prof. extraordinário de Pediatria na Faculdade de Medicina do Porto; FROILANO DE MELO, coronel-médico e prof. da Escola Médico-Cirúrgica de Nova Goa; J. A. PIRES DE LIMA, prof. jub. da Faculdade de Medicina do Porto; LADISLAU PATRÍCIO, director do Sanatório Sousa Martins; LOPES DE ANDRADE, prof. de Oftalmologia na Faculdade de Medicina de Lisboa; ROCHA BRITO, prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra; ROCHA PEREIRA, prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina do Porto; VAZ SERRA, prof. de Patologia Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra.

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 Cívicos de Lisboa.

ADMINISTRADOR: ANTÓNIO GARRETT.

---

A todos os seus prezados colaboradores e leitores, com agradecimento pela boa acolhida que lhe tem dado, o

## PORTUGAL MÉDICO

deseja um feliz Natal e um novo ano cheio de venturas, prometendo continuar a merecer a sua estima, pelo cumprimento do programa traçado, de elevação e utilidade.



# SALIBI

SALICILATO BÁSICO  
DE BISMUTO EM  
SUSPENSÃO OLEOSA

CAIXA DE 12 EMPOLAS DE 1,5 cc.

LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Sala  
Est.  
Tab  
N.º