



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

JUVENAL ESTEVES, MANUEL R. PINTO & F. NORTON BRANDÃO — **Eczema infantil complicado por vírus.**

JOSÉ GARRETT — **Técnica das injeções intra-arteriais terapêuticas.**

MOVIMENTO NACIONAL — *Revistas e boletins: Jornal da Sociedade das Ciências Médicas* (Reumatismos e pseudo-reumatismos vertebrais. Triquinose humana). *Boletim Clínico dos Hospitais Cívis de Lisboa* (Tratamento da miastenia pseudo-paralítica. Fractura de marcha). *A Criança Portuguesa* (Terapêutica psiquiátrica infantil. O traumatismo do parto na etiologia das anomalias infantis). *Jornal do Médico* (Profilaxia da tuberculose). *Cadernos Científicos* (Psiquiatria e endocrinologia). *O Médico* (Hipertensão craniana). **Livros e opúsculos** (Francisco Sanches, médico. Trabalhos do Laboratório de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Faculdade de Medicina do Porto. Palavras... leva-as o vento. A verdade basta... Centro de cardiologia médico-social de Coimbra. Relatório da gerência de 1949, dos Hospitais Cívis de Lisboa).

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — Coramina na reanimação do recém-nascido. A papaverina nas afecções cardio-vasculares. Os riscos da gastroscopia. Sobre o acetato de cortisona por via oral. A quinidina na fibrilação auricular. Tratamento pelo sono da úlcera duodenal. Uma terapêutica intracerebral não mutilante.

INTERESSES PROFISSIONAIS — Das Sociedades Científicas, por CONCEIÇÃO E SILVA JÚNIOR.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES — Movimento fisiológico da população portuguesa. Intercâmbio. Sociedades científicas. Curso de férias da Faculdade de Medicina de Coimbra. Reuniões internacionais em Lisboa. Conferências. Faculdade de Medicina de Lisboa. Necrologia.

Anexos — Registo de livros novos.

Redacção e Administração — Rua do Doutor Pedro Dias, 139, PORTO

Depositário em Lisboa — LIVRARIA PORTUGAL. Depositário em Coimbra — LIVRARIA DO CASTELO

PARASITOSE
ESPIRILOSE

Stovarsol

ÁCIDO OXIACETILAMINOFENILARSINICO

AMEBIOSE
CRÓNICA
ENTEROCOLITE
LAMBLIOSE

SIFILIS, PIÂN
FEBRES RECORRENTES
ÚLCERA FAGEDÉNICA

000774
844

MEDICAÇÃO EUTRÓFICA REGLOBULIZANTE

Comprimidos doseados a :
0 gr. 01 - 0 gr. 05 - 0 gr. 25

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES
ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS (8^e)



PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXV — N.º 7

JULHO DE 1951

CONSULTA DE DERMATOLOGIA DO HOSPITAL DO REGO
E LABORATÓRIO DE BACTERIOLOGIA DO INSTITUTO
PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA (¹)

Eczema infantil complicado por vírus

(Erupção variceliforme de Kaposi)

por JUVENAL ESTEVES, MANUEL R. PINTO
& F. NORTON BRANDÃO

Com a designação de Erupção variceliforme de Kaposi encontra-se registado na literatura dermatológica um síndrome clínico que a virulogia moderna esclareceu etiologicamente. A respectiva significação patológica tornou-se por esse motivo mais facilmente compreensível.

Este quadro clínico foi descrito em 1887 por KAPOSI, que o considerou como complicação accidental e grave do eczema infantil.

O seu início é súbito e a erupção recorda singularmente a varicela. Os elementos inicialmente vesiculosos, umbilicados, isolados ou agrupados, muitas vezes confluentes, tornam-se rapidamente pustulosos. A doença inicia-se e evoluciona com febre alta, até 40°, com alteração acentuada do estado geral, aparecendo a erupção em um ou vários surtos durante três a quatro dias, dura em média uma a duas semanas e tende para a cura espontânea, descendo a febre em lise. Algumas vezes, porém, a doença pode causar a morte da criança. As lesões localizam-se essencialmente nas regiões eczematizadas: face, pescoço, sangradouros e regiões poplíteas, mas podem aparecer isoladamente alguns elementos vesiculosos na pele sã. Estes rebentam e originam ulcerações superficiais ou secam sem rebentar. Formam-se crostas que se destacam e deixam eventualmente cicatriz superficial, embora na generalidade a pele fique intacta.

(¹) Centro de Estudos das Doenças Infecciosas da I. A. C.



KAPOSI chamou a atenção para o facto de que, embora a semelhança da erupção com a varicela fosse flagrante, não se devia tratar, na realidade, desta última doença. Na literatura clássica estabeleceu-se então a hipótese de possível inoculação accidental de vacina e daí a designação, algumas vezes utilizada, de «eczema vaccinatatum».

Foi em redor desta possibilidade etiológica que decorreram as discussões acerca da natureza e significado do quadro clínico até 1941.

Com efeito, em certo número de casos era possível encontrar na história do doente convívio ou contacto com pessoas recentemente vacinadas. Na referida data SEIDENBERG isolou o vírus do herpes simples de lesões da erupção variceliforme. Este facto foi confirmado em seguida por vários autores americanos, que puderam demonstrar também a existência, no soro de convalescentes, de anticorpos específicos relacionados com o vírus do herpes. A doença foi então considerada como verdadeira infecção herpética e designada como «eczema herpeticum» e «herpes simples disseminado». Admitiu-se a hipótese de contágio directo, isto é, de inoculação na pele eczematizada, a partir de herpes simples, labial, etc., dos conviventes do doente.

Em 1949, VARLEY e KLETZ registaram um caso típico de erupção variceliforme de KAPOSI, no qual se observou também ulceração dendrítica da córnea (herpes simples da córnea). Tratava-se, portanto, de localizações diversas, no mesmo indivíduo, da infecção herpética.

No mesmo ano, RUITER e NELEMANS descreveram um caso análogo em criança de 4 meses. A queratite surgiu em seguida ao desaparecimento da erupção. A mãe tinha sofrido alguns dias antes de herpes labial. A inoculação do líquido de uma das vesículas na córnea do coelho foi positiva. Os animais revelaram-se, quatro meses mais tarde, imunes para a reinoculação (na córnea e cerebral). No aspecto histológico existe também, nas vesículas da erupção, segundo estes autores, degenerescência balonizante análoga ao que sucede nas lesões do herpes.

No mesmo ano FRIES e BORNE publicaram o resultado de estudos imunológicos efectuados em 16 crianças que sofreram de erupção variceliforme de Kaposi, durante a campanha de vacinação antivariólica efectuada em Nova Iorque, em 1947. Conseguiram demonstrar em 9 doentes a existência de anticorpos específicos contra o vírus da vacina. Nenhum daqueles tinha sido previamente vacinado. Apoiados nestes estudos, os autores classificaram as infecções vacinais disseminadas de origem exógena por inoculação directa (auto ou hetero-inoculação) em dois grupos:

a) as que aparecem em pele normal; b) as que surgem como complicação de eczema preexistente. No primeiro caso trata-se de generalização de vacina. As lesões são escassas, disseminadas, e constituídas por pústulas grandes, muitas vezes rodeadas de pequenas vesículas que em regra deixam cicatriz. O período de incubação é de 2 a 10 dias e a erupção produz-se com escassa ou ausência de alteração do estado geral. No segundo caso a erupção é de tipo variceliforme. Os elementos são de dimensões equivalentes e constituídos por vesículas umbilicadas, agrupadas, localizadas em eczema de tipo atópico e em regra não deixam cicatriz. O período de incubação é de 5 a 19 dias e o estado geral é gravemente perturbado.

Em 1950, WHITTLE, LYELL, MILES e STOKER estudaram três casos desta doença, nos quais realizaram investigação virulógica completa. Demonstraram em todos a presença de vírus de vacina e a ausência de vírus do herpes nas lesões.

A revisão de 42 casos da literatura, feita então por estes autores, revelou que o agente etiológico da erupção era em 11 casos o vírus da vacina e em 20 casos o vírus do herpes.

Desde então acentuou-se na literatura (SULZBERGER, BRAIN e col., ANDERSON, etc.) a noção de que a erupção variceliforme de Kaposi é uma virose que complica por sobreposição a pele previamente alterada (eczema e possivelmente outras situações patológicas, prurigo, etc.). O vírus do herpes parece ser o agente responsável no maior número de casos, sucedendo-lhe imediatamente o da vacina, mas segundo alguns dos referidos autores, é possível que também outros vírus representem papel etiológico.

O resultado destas investigações, cuja importância para o conhecimento da referida entidade nosológica é notória, não permite contudo completo esclarecimento da produção da doença. Assim verificamos que tanto o eczema infantil como a infecção herpética são doenças frequentes, enquanto que o quadro da erupção variceliforme de Kaposi é raro. Mais rara é ainda a associação deste quadro eruptivo com a queratite herpética, que isoladamente se observa com maior frequência de que a erupção variceliforme. Também são completamente obscuras as relações entre a infecção herpética e o eczema, tanto na determinação deste quadro, de feição tão característica, como na evolução quer da erupção quer do eczema em que aquela infecção parece ser enxertada.

A partir das lesões cutâneas obtêm-se com regularidade culturas de estafilococos piogénicos e de estreptococos hemolíticos. Por esse motivo BRAIN, DUDGEON e PHILPOTT levantam o problema de saber qual o papel desempenhado por estes agentes na

produção e desenvolvimento da doença. Como é conhecido, tem aparecido recentemente na literatura americana uma corrente (STOKES e BERMAN) que pretende existirem inter-relações entre os cocos piogênicos e os vírus, as quais são determinantes da produção de certas dermatoses inflamatórias: sequência vírus-piogênica. Contudo não existem ainda dados concretos nem acerca desta correlação microbiana nem acerca da patogênese da erupção variceliforme de Kaposi.

A doença parece corresponder na realidade a infecção primária por vírus, visto que se pode determinar a subida de título de anticorpos (contra o herpes) no soro do doente, durante a respectiva evolução. Também é possível a transmissão a indivíduos susceptíveis, o que foi documentado na literatura pelo aparecimento epidêmico da doença.

Casos pessoais:

I — M. M. C. S., 3 meses de idade.

Sofre desde há um mês de eczema infantil típico com lesões extensas e exsudativas da face e posteriormente dos sangradouros, punhos, dorso das mãos e regiões poplíteas.

Súbitamente inicia-se perturbação muito acentuada do estado geral, com febre a 40°, e surge erupção vesiculosa umbilicada, monomórfica, que cobre completamente as regiões eczematizadas e nos dias seguintes se difunde no pescoço, nuca e parte superior da face anterior do tórax.

A doença teve evolução de 9 dias, mantendo-se a temperatura a 40° durante os 5 primeiros dias e caindo em lise nos 4 restantes. O estado geral era alarmante. As lesões cutâneas pustulizaram-se rapidamente e o aspecto geral do doente era impressionante.

Além de cuidados gerais, foi tratado, durante todo o tempo da doença, com penicilina, bem como com tópicos anti-sépticos. A terapêutica não pareceu contudo ter influenciado a evolução da doença. As lesões ulceraram parcialmente e em parte secaram, originando crostas amarelas. Estas caíram e a pele nas regiões afectadas ficou lisa e sem qualquer cicatriz. O estado geral recompôs-se rapidamente.

A criança não tinha sido ainda vacinada contra a variola, nem recentemente o havia sido nenhum dos conviventes. Também não foi possível encontrar, entre os mesmos, lesões do tipo herpético.

A vacinação antivariólica realizada um mês depois, produziu lesões do tipo da primeira inoculação. O eczema não recidivou.

II — A. P., 1 ano de idade.

Sofre desde os dois meses de idade de eczema infantil com tendência para a generalização.

Três meses depois de ter sido por nós observada pela primeira vez, verifica-se o aparecimento súbito de lesões pustulosas



Fig. 1

disseminadas no corpo, febre a 39° e alteração acentuada do estado geral.

As lesões são do tipo vesicopustuloso, de conteúdo branco-amarelado, do tamanho de lentilhas, umbilicadas, e possuem zona inflamatória periférica pouco acentuada. Localizam-se de preferência na face (fig. 1), superfície de flexão dos antebraços e superfície de extensão dos membros inferiores (fig. 2). Na metade direita da face as lesões confluíram, dando origem a ulceração

de fundo amarelo-esverdeado que ocupa a totalidade da região e se prolonga até ao mento.

Foi tratada com Terramicina (1 cápsula de 250 mgr. de 6 em 6 horas) e com tópicos anti-sépticos.

A temperatura desceu em lise. Ao fim de 4 dias a criança estava sem febre e com acentuada melhoria das lesões locais e do



Fig. 2

estado geral. No espaço de alguns dias a pele estava completamente curada, ficando cicatriz residual na bochecha direita.

Uma irmã *da doente* sofre de eczema do mesmo tipo, embora com manifestações pouco acentuadas. Esta irmã, com quem dormia, tinha sido vacinada contra a variola um mês antes do aparecimento das lesões referidas, mas *a doente* não tinha sido ainda vacinada em virtude do estado da sua pele. Foi um mês depois vacinada com a referida vacina, produzindo-se lesões do tipo da reacção de imunidade.

Estudo bacteriológico:

Caso 1.º).

Colheu-se o conteúdo de algumas vesículas ainda não supuradas, com o auxílio de pipetas capilares, e, depois de convenientemente tratado com penicilina e estreptomycinina, inoculou-se na cório-alantóideia de 4 ovos embrionados com 12 dias de incubação, seguindo a técnica habitual da exposição desta membrana através da câmara de ar natural do ovo.

Passados 4 dias, abriram-se os ovos e recolheram-se as cório-alantóideas, que se apresentavam edemaciadas e com algumas lesões discretas, opacas e muito pequenas. Fez-se a passagem para novos ovos com 12 dias de incubação e, depois de mantidos na estufa a 37°-C. durante 4 dias, foram abertos e recolhidas as membranas. As cório-alantóideas apresentavam o mesmo aspecto das anteriores, edemaciadas e com algumas lesões discretas dispersas pelas membranas.

Na 2.^a passagem o aspecto das cório-alantóideas pouco se modificou — as pequenas lesões opacas, irregulares e esbranquiçadas mantiveram-se, mas não aumentaram de número. Por razões alheias à nossa vontade não se puderam fazer novas passagens e as membranas conservaram-se na geleira, a cerca de 0°-C., durante umas semanas.

Voltámos a inocular ovos com a suspensão dessas membranas mantidas na geleira, mas quando os ovos foram abertos as cório-alantóideas não apresentavam as pequenas lesões opacas que inicialmente se observavam.

Caso 2.º).

Colhemos de maneira idêntica o conteúdo de vesículas da face da doente e depois de o tratarmos pelos antibióticos usuais inoculou-se na cório-alantóideia de ovos embrionados com 11 a 12 dias de incubação. Passados 4 dias recolheram-se as membranas inoculadas, que se apresentavam muito edemaciadas e com algumas lesões extensas, opacas e esbranquiçadas, fazendo saliência na cório-alantóideia.

Fizemos a passagem para ovos com 12 dias de incubação e quando recolhemos as membranas, passados 3 dias, observamos as mesmas lesões, mas em grande número, formando placas confluentes em algumas membranas.

As lesões apresentavam o mesmo aspecto descrito e em algumas, melhor isoladas, viam-se zonas de necrose no centro da lesão (fig. 3).

O vírus isolado cresce facilmente na cório-alantóide, dando origem, sempre, ao mesmo tipo de colónia, e atinge títulos de 10^{-3}

a 10^{-4} . É patogénico para a pele do coelho, provocando lesões semelhantes às que se obtêm com o vírus vacinal.

O estudo histológico das cório-alantóideas infectadas mostrou alterações da ectoderme, que se apresenta muito proliferada e com zonas de necrose, principalmente nas camadas externas, e alterações da mesoderme também espessada e com as células dissociadas pelo edema (fig. 4). Nesta zona das membranas

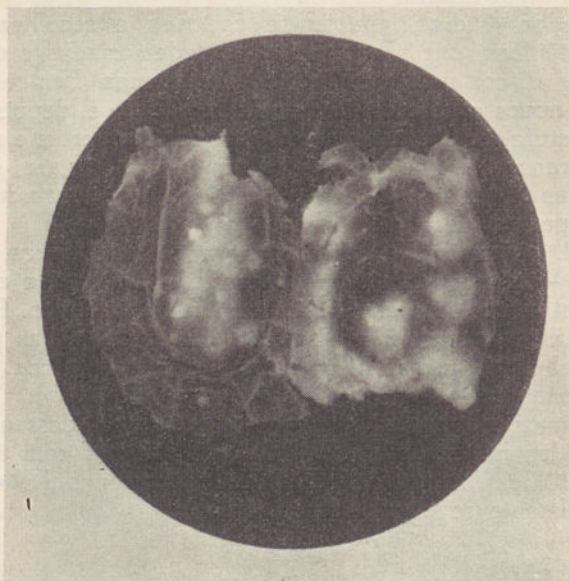


Fig. 3 — Vírus isolado — Colónias na cório-alantóidea

observam-se ainda hemorragias e bastantes vasos pequenos de neoformação.

Nas preparações coradas pelo método de GIEMSA observam-se facilmente nas células da ectoderme e em algumas da mesoderme corpos de inclusão intracitoplasmáticos, arredondados ou ovais, homogêneos e acidófilos, rodeados geralmente por um halo claro. Algumas células apresentam mais de um destes corpos de inclusão (fig. 5), que morfológicamente são idênticos aos corpos de GUARNIERI. Nos esfregaços destas lesões corados pelo método de HERZBERG observam-se numerosos corpúsculos elementares.

As características culturais e morfológicas deste vírus isolado levaram a pensar no vírus vacinal. Para a sua identificação segura

recorremos às provas de neutralização com soros imunes específicos.

Preparámos soros imunes antivírus isolado, antivírus vacinal



Fig. 4 — Cório-alantóidea — Hem. Eos. (Ampl. — 105 ×)

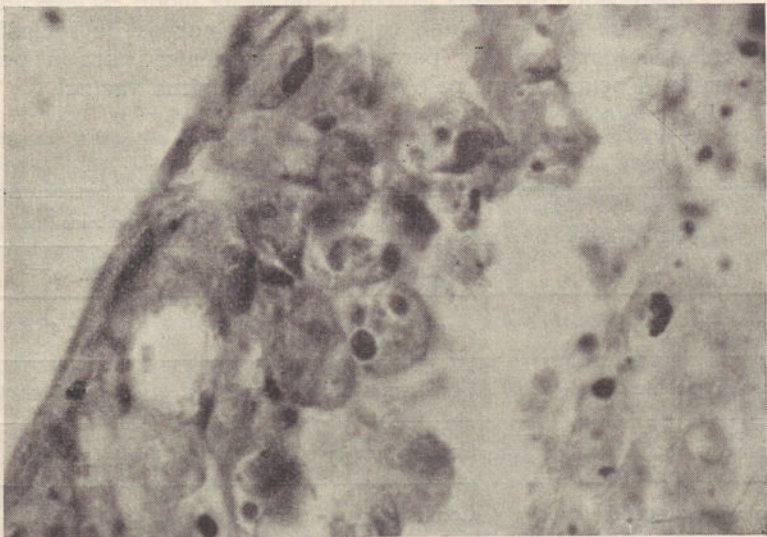


Fig. 5 — Corpos de inclusão intracitoplasmáticos.
Giemsa. (Ampl. — 1030 ×)

e antivírus herpético, injectando em coelhos por via endovenosa os respectivos vírus depois de cultivados na cório-alantóideia e purificadas por centrifugação.

Para a realização da prova da neutralização procedemos do seguinte modo: Distribuimos os soros respectivos e ainda soro do doente, colhido depois de curado, em 4 séries de 3 tubos de ensaio, na dose de 0,5 cc. por cada tubo. Em seguida juntámos ao primeiro tubo de cada série 0,5 cc. de uma suspensão do vírus em estudo diluída em soro tamponado na proporção de 10^{-1} ; ao segundo tubo juntámos 0,5 cc. de vírus diluído a 10^{-2} ; aos terceiros 0,5 cc. diluído a 10^{-3} e preparámos uma testemunha com soro fisiológico (0,5 cc.) mais o vírus diluído a 10^{-3} (0,5 cc.). Numa titulação do vírus feita antes da prova, tínhamos verificado que o vírus diluído a 10^{-3} dava lesões isoladas e contáveis.

As misturas foram então bem agitadas e postas na geleira a $+4^{\circ}\text{C}$. durante 2 horas. Em seguida inocularam-se com cada mistura as cório-alantóideas de dois ou três ovos com 10 a 12 dias de incubação.

Passados 3 dias recolhemos as membranas e procedemos à contagem das lesões. No Quadro I damos os resultados obtidos. Por eles se verifica que o vírus isolado é neutralizado pelo soro antivírus vacinal, pelo seu soro específico e ainda pelo soro de convalescente.

O diagnóstico do vírus isolado ficou deste modo esclarecido: trata-se de um vírus vacinal, originando os corpos de inclusão característicos nas células parasitadas, patogénico para a pele do coelho e neutralizável pelo soro imune antivírus vacinal.

QUADRO I

SOROS IMUNES	Média do número de colónias por membrana		
	Dil. 10^{-1}	Dil. 10^{-2}	Dil. 10^{-3}
Antivírus isolado	± 30	± 17	± 4
Soro do doente	Confluentes	± 28	± 7
Antivírus vacinal	Confluentes	± 50	± 12
Antivírus herpético	Confluentes	Confluentes	± 50
Soro fisiológico	—	—	± 40

Comentário:

Trata-se, nos dois casos referidos, de doenças cujos caracteres clínicos são típicos do quadro descrito como erupção variceliforme de KAPOSI.

O interesse do seu estudo reside no resultado das investigações virulógicas. Embora no primeiro caso os dados laboratoriais não tenham sido suficientes para afirmar que se trata de infecção vírus do herpes, temos de considerar que as lesões produzidas na membrana cório-alantóidea não eram provocadas pelo vírus vacinal e morfológicamente faziam lembrar as provocadas pelo vírus herpético.

Devemos ainda acentuar que, em oposição ao que se passou no segundo caso, a vacinação anti-variólica produziu lesão do tipo da inoculação primária, o que portanto demonstra não se ter produzido no doente imunidade contra o vírus da vacina, o que teria seguramente sucedido se a infecção houvesse sido provocada por aquele vírus.

Esta afirmação encontra a respectiva contraprova no resultado da vacinação do segundo caso; aqui a reacção foi do tipo de imunidade e produziu-se em criança não previamente vacinada e depois de ter sofrido a doença. Aliás neste caso a história revela o contacto directo com criança vacinada recentemente contra a variola e o exame virulógico permitiu o isolamento e a identificação do vírus vacinal.

Pensamos que os dois casos se completam e elucidam respectivamente quanto ao aspecto etiológico.

RESUMO

Após breve revisão do conceito actual da entidade nosológica conhecida por Erupção variceliforme de Kaposi, os autores apresentam 2 casos com características clínicas clássicas. O estudo virulógico no primeiro caso não permitiu identificação completa do agente (vírus do herpes?). No segundo caso foi possível a identificação do vírus da vacina. O resultado da vacinação anti-variólica após a cura revelou a ausência de imunidade para aquele vírus no primeiro caso e a presença dessa imunidade no segundo.

BIBLIOGRAFIA

- KUMER, L. — In *Artz u. Zieler. Die Haut u. Geschlechtskrank.* Wien, 1934, B. III, 364-365.
- SEIDENBERG, S. — *Schweiz Ztschr. f. Path. u. Bakt.*, 4, 1941, 389-401.
- RUCHMAN, J., WELSH, A. L. and DODD, K. — *Arch. Dermat. and Syph.*, 56, 1947, 848-863.
- FRIES, J., and STANFORD — *J. Allergy*, 20, 1949, 222-228.
- VARLEY, R. and KLETZ T. — *Brit. J. Dermat.* 61, 1949, 166-170.
- RUITER, M. and MELEMANS, T. — *Acta Dermato-Venereol.*, 29, 1949, 460-470.
- ANDERSON, T. — *Brit. J. Dermat.*, 61, 1949, 157-166.
- WHITTLE, C., LYELL, A., MILES, R. and STOKER, M. — *Brit. J. Dermat.*, 62, 1950, 195-203.
- BRAIN, R. DUDGEON, J., and PHILPOTT, M. — *Brit. J. Dermat.*, 62, 1950, 203-212.
- STOKES, J. and BEERMAN, H. — *Arch. Dermat. and Syph.*, 60, 1949, 261-271.

Técnica das injeções intra-arteriais terapêuticas (1)

por JOSÉ GARRETT

1.º Assistente na Faculdade
de Medicina do Porto

Desde os trabalhos da escola lisbonense que as injeções se fazem por via transcutânea, abandonando-se a primitiva técnica da injeção directa, com o vaso desnudado (hoje só empregada muito raramente, em casos excepcionais), a qual obrigava a uma intervenção de pequena cirurgia, impedidora, muita vez, da sua repetição. Foi essa escola que estabeleceu a técnica, em todos os seus pormenores, tornando-a facilmente utilizável; foi seguindo os seus ensinamentos que escrevemos esta exposição.

A técnica envolve, como é óbvio, dispor-se de material adequado e convenientemente preparado, o conhecimento da situação e das relações anatómicas do vaso a puncionar, a maneira de introduzir o líquido aplicável, os acidentes que podem surgir e a maneira de os evitar ou combater, e as possíveis complicações do método.

Começemos pela descrição geral da técnica e das suas modalidades segundo a artéria escolhida, para passar depois aos outros pontos.

I — *Técnica das injeções*

As agulhas a utilizar nas injeções intra-arteriais não precisam de ter características especiais, servindo perfeitamente, excepto para a punção aórtica, as vulgares agulhas de injeções intravenosas, desde que sejam criteriosamente escolhidas. Devem ser de boa qualidade, curtas e finas, com um comprimento oscilando entre três centímetros, como preconiza REYNALDO DOS SANTOS e seis centímetros, como aconselham MALAN & ENRIA. BRANCO RIBEIRO diz, com razão, que, uma vez que seja suficiente para atingir a artéria visada, o comprimento da agulha pouco importa desde que não exceda muito o necessário, a fim de não dificultar o aparecimento do jacto rútilo de sangue que marca a entrada da ponta da agulha no lume arterial; na realidade, como salienta A. BORELLI, para alguns casos ela poderá ter 2 cm.

(1) Complemento do artigo publicado no número anterior (N.º 6 de 1951).

enquanto para outros precisa de ser bastante mais longa, de acordo com a região onde se dá a picada e o estado de nutrição do doente. Um calibre à volta dos 8/10 de milímetro é o mais recomendável; se o calibre é demasiadamente exíguo, como os principiantes tem tendência a preferir, com o receio infundado de hemorragia profusa ao retirar a agulha, pode trazer inconvenientes sérios; o aparecimento espontâneo do sangue no pavilhão é assim muito dificultado e o operador, pensando que ainda não atingiu a artéria, acaba por transfixá-la; além disso, quanto menor é o calibre, maior é a facilidade com que se formam pequenos coágulos que entopem a agulha, o que leva o médico a repetir as pesquisas, numa altura em que a artéria já fora picada uma ou mais vezes. O bisel deve ser curto e muito bem afiado; curto, para evitar a penetração incompleta que leva à injeccção da maior parte do líquido nos tecidos peri-arteriais, com o cortejo de inconvenientes que do facto resultam; afiado, para assim atravessar com facilidade os tecidos e a parede arterial sem que esta procure fugir à agressão.

A picada arterial deve dar-se apenas com a agulha e só quando se obtém o jacto rítmico de sangue vermelho vivo, sinal de que a agulha entrou na artéria, se deve adaptar a seringa com o líquido a injectar, ou o que é preferível — como insistentemente aconselha REYNALDO DOS SANTOS — a extremidade de um tubo de borracha que estabelece a ligação entre a agulha e a seringa. A utilização de este tubo intermediário evita que a pressão feita sobre o êmbolo, durante a injeccção, faça progredir a agulha o suficiente para transfixar a artéria.

CID DOS SANTOS prefere sempre executar as injeccções intra-arteriais com a ajuda de um auxiliar, que pode perfeitamente ser uma enfermeira; no caso das injeccções seguidas de estase, como adiante diremos, torna-se indispensável mais outro ajudante.

Uma vez colocado o paciente na posição desejada, mais adiante descrita, e bem desinfetada a pele pelos métodos habituais, enche-se a seringa e o tubo intermediário com o soluto a injectar. Feita a punção da artéria, firma-se bem a agulha com a mão esquerda e adapta-se com a mão direita a extremidade livre do tubo intermediário, de borracha, ao pavilhão da agulha, tendo o cuidado de não lhe imprimir o mais pequeno desvio. *O médico apenas se deve preocupar em manter a agulha em boa posição*, enquanto o ajudante faz progredir o êmbolo da seringa, injectando assim o líquido.

Uma vez praticada a injeccção, levanta-se o tubo de borracha para ver se o jacto rítmico de sangue continua a aparecer no pavilhão; isso prova-nos que a agulha não se desviou e que, portanto, a injeccção foi realmente praticada em pleno lume arterial.

Retira-se então a agulha rapidamente com um movimento decidido e faz-se, com uma pelota de algodão, uma compressão do vaso durante alguns minutos.

A propulsão do liquido da seringa para dentro da artéria deve ser feita rapidamente, como aconselha LAMAS, sobretudo quando se trata de processos inflamatórios dos membros; como o liquido só lentamente passará para a circulação geral, não serão de temer os perigos de uma injeção intravenosa rápida; além disso, quanto mais rápida for a injeção mais enérgica será a sua acção anti-séptica, já que esta resulta da concentração sanguínea obtida, a qual, por sua vez, depende da quantidade de sangue que passa por um determinado trajecto arterial na unidade de tempo e do débito da injeção.

A técnica da picada arterial propriamente dita, embora obedeça a um conjunto de normas gerais, já bem estabelecidas, varia nos seus pormenores de acordo com a artéria que se procura atingir. É habitualmente fácil e adquire-se normalmente ao fim de algumas tentativas, tal como acontece com a punção venosa. Identificada bem a artéria por palpação, à custa das suas pulsações características, e tendo sempre em mente a possibilidade da existência de anomalias, fixa-se o vaso entre o indicador e o médio da mão esquerda, de forma a impedir que ele possa deslocar-se lateralmente no momento da punção. Pode, então, iniciar-se, com a mão direita, a introdução da agulha, sempre lentamente, a fim de evitar que a artéria seja transfixada, em virtude do sangue não ter tido tempo de refluir no pavilhão e o médico julgar assim que não atingiu o vaso. Se a introdução for lenta, muitas vezes se sentirá que a ponta da agulha atingiu a parede arterial pela transmissão das pulsações a toda a agulha; bastará, então, um muito leve movimento mais de progressão e logo a ponta cairá em pleno lume arterial, com o consequente aparecimento, no pavilhão, de sangue vermelho vivo, em pequenos jactos rítmicos, sinal patognomónico, digamos assim, de que a picada se executou correctamente.

De acordo com o local onde deve actuar o liquido injectável, as artérias que habitualmente se puncionam são:

a) no membro superior, a subclávia ou axilar, nas afecções do braço; a umeral, na prega do cotovelo, nas afecções do antebraço e mão; a radial ao nível do pulso;

b) no membro inferior, embora por vezes se procure picar a tibial ou a poplíteia, quase sempre se prefere, pela grande facilidade da operação, dar directamente a injeção na femoral, ao

nível do triângulo de Scarpa, qualquer que seja a região do membro inferior atingido pela afecção a tratar;

c) nas afecções crânio-cerebrais e das partes moles da face, escolhe-se habitualmente a carótida primitiva, e só raramente se prefere a carótida externa ou a facial;

d) nas afecções abdômino-pélvicas e em outras situações clínicas que adiante descreveremos, é sempre a aorta o vaso arterial escolhido para a punção.

Axilar—Dada a pequena mobilidade deste vaso, apesar da sua relativa profundidade, é possível picá-lo a maior parte das vezes através da pele, desde que haja o cuidado de previamente fazer uma pequena infiltração anestésica local, com o fim de evitar contracções musculares e movimentos do paciente, que dificultam a injeção e podem mesmo impossibilitá-la. Nos indivíduos muito nutridos, ou em caso de falharem as primeiras tentativas, é preferível fazer uma pequena botoeira na pele e tecido celular subcutâneo que facilite a palpação da artéria. Coloca-se o braço do doente em abdução e pronação, palpam-se as pulsações arteriais do cavado axilar e fixa-se então o vaso entre o médio e o indicador da mão esquerda. Introduce-se a agulha com a mão direita, quase perpendicularmente à parede da artéria.



Fig. 1 — Punção da umeral

Umeral — A umeral pica-se habitualmente na prega do cotovelo, no limite inferior do sulco bicipital interno. Nesta zona a palpação da artéria é fácil num trajecto bastante grande. A execução da picada não oferece dificuldades e faz-se tangencialmente ao lume arterial e, de preferência, no sentido da corrente circulatória; pode, porém, fazer-se também no sentido inverso, se isso facilitar a manobra (Fig. 1).

Femoral — A femoral, no triângulo de Scarpa, é a artéria

que se atinge mais facilmente, graças ao seu calibre bastante grande e à sua situação muito superficial num trajecto relativamente extenso (10 a 12 cm.), pois se estende desde o meio do

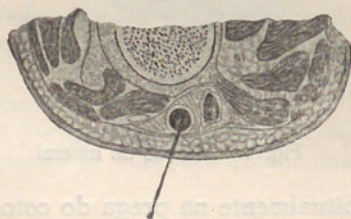
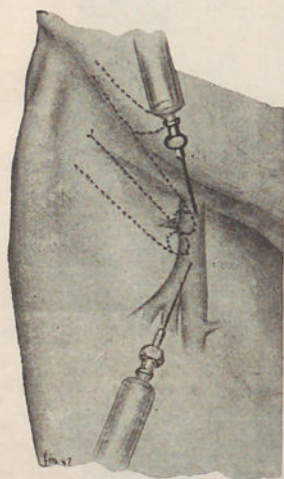
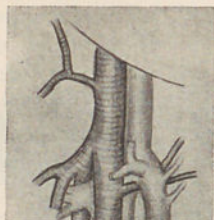


Fig. 2 — Punção da femoral

ligamento de Falópio até ao vértice do triângulo, isto é, até ao ponto de encontro do costureiro com o médio adutor. Assim, não admira que seja fácil, uma vez bem fixada a artéria, introduzir a agulha perpendicularmente à pele até atingir o lume arterial e depois incliná-la levemente e com lentidão de forma a fazer um pequeno cateterismo do vaso, na direcção da corrente circulatória, o que dificulta o posterior desvio da agulha (Fig. 2).

Carótida primitiva—A carótida primitiva facilmente se atinge por via transcutânea, salvo nos indivíduos obesos. Nestes, torna-se necessário, quase sistematicamente, fazer sob anestesia local uma pequena botoeira na pele, através da qual melhor se possa palpar a artéria; note-se, porém, que não é necessário proceder ao isolamento cirúrgico do conduto arterial. A picada, depois, executa-se de acordo com as normas indicadas para a picada transcutânea. Esta, a fim de evitar movimentos do doente, deve fazer-se após prévia infiltração anestésica do trajecto a percorrer pela agulha, e nos indivíduos muito nervosos ou medrosos depois da administração de uma pequena dose de morfina.

Deve colocar-se o doente em decúbito dorsal, com a cabeça em extensão e leve rotação para o lado oposto àquele onde se vai dar a picada. Procura-se sentir as pulsações arteriais no bordo anterior do esterno-cleido-mastoideu, ao nível da extremidade inferior da laringe, fixando-se a seguir a artéria, sempre entre

o indicador e o médio da mão esquerda, contra a traqueia ou contra as apófises transversas das vértebras cervicais. Uma vez fortemente fixada a artéria contra o plano profundo executa-se a picada, enterrando a agulha quase perpendicularmente à parede arterial (Fig. 3).

Aorta—A técnica da punção da aorta foi estabelecida por REYNALDO DOS SANTOS por tal forma que constitui um método inócuo e de fácil execução; representa um dos grandes progressos da moderna terapêutica.

As agulhas para a punção da aorta, sempre de boa qualidade, devem ter o comprimento de 12 cm. aproximadamente, um pouco mais se o doente é muito nutrido. Um calibre de 12/10 mm, de diâmetro exterior é o mais aconselhável; a existência de mandril, que dê um pouco mais de rigidez à agulha, parece indispensável.

A picada deve dar-se apenas com a agulha e, tal como sucede no caso das injeções nas artérias periféricas, só quando se atinge o vaso se deve adaptar a seringa com o líquido a injectar ou, o que é preferível, a extremidade livre de um tubo de borracha que estabelece a ligação entre a seringa e a agulha,

A posição que deve preferir-se para a punção da aorta é o decúbito ventral, e a via de eleição a dorsal, ou melhor, para-vertebral, por picada transcutânea. Embora alguns autores preferiram picar a aorta por via abdominal, quando a injeção se faz no fim de uma intervenção cirúrgica que obrigou a laparotomia (peritonite traumática, por perfuração, etc.), sob o pretexto de que essa injeção não oferece dificuldades, porque o cirurgião vai atingir a artéria guiado pela palpação directa do vaso, REYNALDO DOS SANTOS, com toda a sua autoridade, reprova esse procedi-

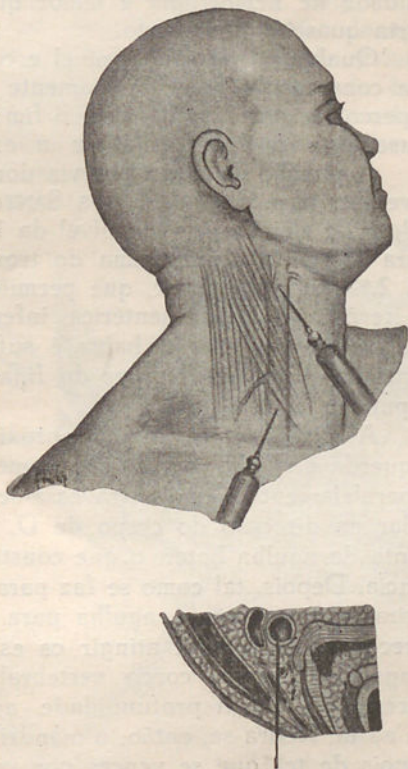


Fig. 3 — Punção da carótida

mento e insiste que, mesmo nos casos apontados, se deve fechar a ferida operatória e a seguir puncionar a aorta por via para-vertebral, sempre mais simples e menos perigosa, já que a possibilidade de hemorragia é maior quando se dá a picada com a aorta quase a descoberto.

Qualquer que seja o nível escolhido para a punção, é sempre conveniente fazer previamente a anestesia local do trajecto a percorrer pela agulha, com o fim de evitar dores e contracções musculares que perturbariam a execução correcta da punção.

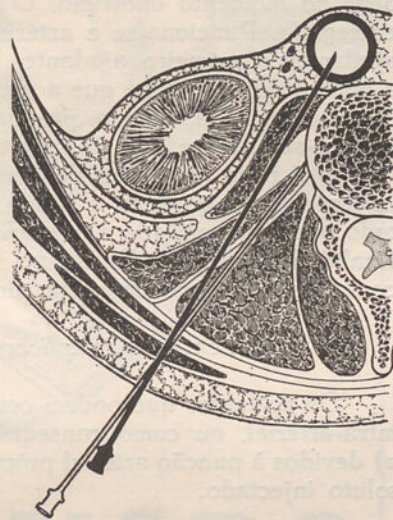
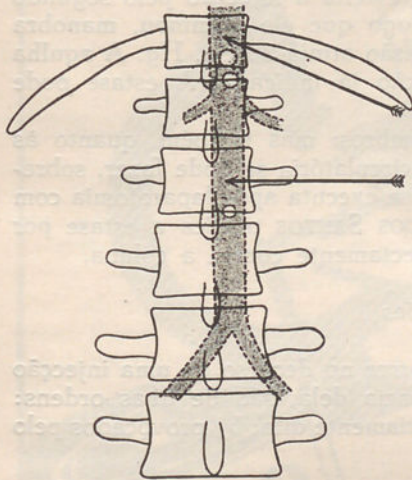
A punção da aorta por via dorsal tem-se realizado a alturas diversas, mas REYNALDO DOS SANTOS fixou dois locais que considera de eleição: um, ao nível da 12.^a vértebra dorsal, que serve para atingir a aorta acima do tronco celíaco, e outro, ao nível da 2.^a vértebra lombar, que permite dar a injeccção interessando os territórios da mesentérica inferior e das ilíacas. Como se compreende, a punção baixa é suficiente para as afecções pélvicas, exigindo as afecções do fígado, baço, rins, intestino, etc., a punção alta.

A *punção alta* faz-se aproximadamente 4 dedos para a esquerda da linha média, precisamente por baixo da 12.^a costela e paralelamente a esta. Atravessa-se profundamente a massa muscular na direcção do corpo de D. 12, contra o qual se sente a ponta da agulha bater, o que constitui o primeiro ponto de referência. Depois, tal como se faz para a anestesia dos esplâncnicos, retira-se um pouco a agulha para, sem a dobrar, lhe dar uma direcção que permita atingir os espaços pré-vertebrais, rasando tangencialmente o corpo vertebral. A agulha caminha, então, livremente para a profundidade, aproximando-se cada vez mais da aorta. Retira-se, então, o mandril. A 12 cm. aproximadamente, depois de ter que se vencer por vezes uma pequena resistência, correspondente à parede do vaso, cai-se em pleno lume aórtico, o que se reconhece facilmente pela saída de sangue vermelho vivo em pequenos jactos rítmicos que, apesar da grande pressão do sangue na aorta, são sempre menos fortes do que aqueles que o operador inexperiente esperava obter.

A *punção baixa* faz-se ao nível da apófise espinhosa de L 2, sempre 4 dedos para a esquerda da linha média. Enterra-se a agulha contra o corpo vertebral perpendicularmente à coluna; sentida a resistência oferecida pela vértebra, retira-se um pouco a agulha, tal como para a punção alta, e atingem-se, assim, os planos profundos, rasando o corpo vertebral, como sempre. É a altura de retirar o mandril. Um pouco mais de progressão será, então, suficiente para atingir a aorta acima da mesentérica inferior (Figs. 4 e 5, extraídas do livro *Artériographie des membres et*

de l'aorte abdominale, de REYNALDO DOS SANTOS, CUNHA LAMAS & P. CALDAS; Paris, 1931).

Uma vez conseguida a punção da aorta, adapta-se ao pavilhão da agulha o tubo intermediário de borracha e, enquanto o operador apenas se preocupa em manter a boa posição da agulha, um ajudante faz progredir rapidamente o êmbolo da seringa, praticando assim a injeção própria dita. Terminada esta, retira-se o tubo intermediário, verifica-se se o sangue continua a afluir ao pavilhão com as características habituais e retira-se, então, a agulha com um único movimento brusco.



Punção da aorta

Fig. 4—Níveis habituais da punção

Fig. 5—Trajecto da agulha

As injeções intra-aórticas em crianças também não são difíceis; a técnica é semelhante, com as modificações óbvias, em relação às diferenças de desenvolvimento corporal.

O método das *injeções com estase* foi afinado por CID DOS SANTOS e representa um progresso notável na arterioterapia das infecções. A técnica da injeção só difere da descrita na parte relativa à compressão necessária para provocar a estase na região injectada, por meio de um braçal pneumático, estreito, ligado a um manómetro.

Circunscreve-se a injeção, tanto quanto possível, à região doente; assim, nas lesões distais, o braçal aperta o tecido sã,

logo acima de essa região. Nas lesões do segmento mediano ou proximal, podem utilizar-se dois garrotes, um distal, posto antes da injeção, e outro proximal (o do braçal pneumático) acima da região doente e que só se aperta no fim da injeção. O garrote é pois colocado segundo a região isolar, acima da picada (braço) ou abaixo desta (coxa); a localização da picada, essa, depende da escolha do sítio em que é mais fácil fazê-la.

Deve dispor-se de dois ajudantes, que podem ser enfermeiras. Colocado o garrote distal (se for preciso empregá-lo), verifica-se se o pulso desapareceu a jusante. Coloca-se então o garrote proximal, pneumático, ficando um dos ajudantes pronto a injectar o ar no momento oportuno. O outro ajudante segura a seringa carregada. Punciona-se a artéria e feita a injeção pelo segundo ajudante, o primeiro ajudante, logo que ele terminou, manobra a bomba do braçal até que a pressão atinja 30 cm. Hg. A agulha é então retirada, com a precaução já indicada. A estase pode manter-se durante 10 a 15 minutos.

Isto para as lesões dos membros; mas também, quanto às injeções intra-aórticas, a estase circulatória se pode fazer, sobretudo nos casos em que a punção se executa após laparotomia com finalidade cirúrgica, REYNALDO DOS SANTOS pratica a estase por compressão manual da aorta directamente contra a coluna.

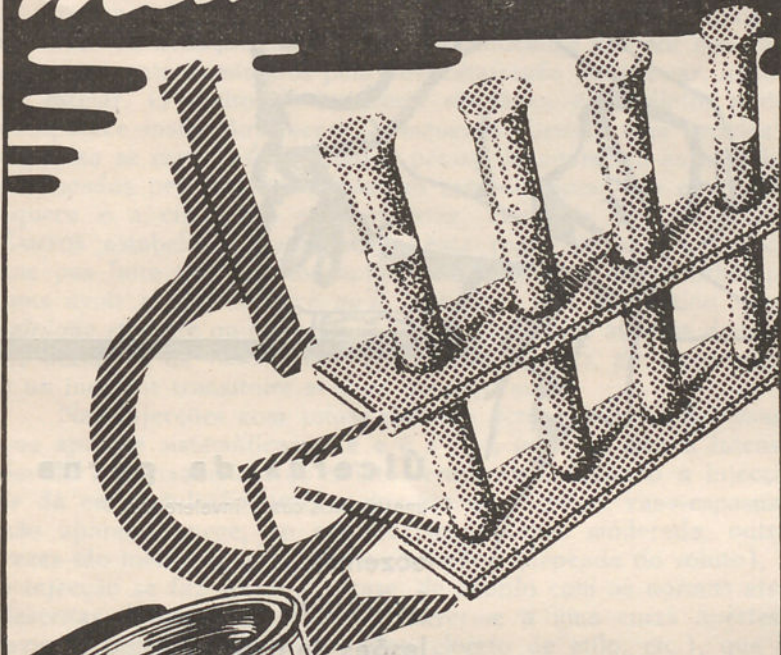
II — *Acidentes e complicações*

Os acidentes que podem ocorrer no decurso de uma injeção intra-arterial, ou como consequência dela, são de duas ordens: a) devidos à punção arterial pròpriamente dita; b) provocados pelo soluto injectado.

a) Os acidentes atribuíveis à punção só se observam por erros de técnica, má escolha das agulhas ou incorrecta punção.

Desde que a agulha seja apropriada não há que temer a hemorragia, porque o orificio produzido é logo obturado, devido à grande elasticidade da parede arterial. Mesmo com agulhas bastante grossas, o pequeno extravasamento sanguíneo cessa rapidamente, mediante compressão durante 1 ou 2 minutos, que será preciso prolongar por mais algum tempo quando se tratar de doentes idosos, hipertensos e com artérias endurecidas, produzindo-se neste caso um pequeno hematoma; REYNALDO DOS SANTOS refere que, em milhares de injeções, só uma vez teve hemorragia que não pôde sustar com a compressão, tendo de laquear a artéria, mas foi em doente idosa, hipertensa e com arterite crónica. De resto, o exame histológico mostrou que as referidas picadas das artérias não alteram a estrutura da parede de estes vasos.

*Beba mais e
melhor Leite*



NIDO
NÃO AÇUCARADO
NESTLÉ

**Um leite seleccionado
e controlado**



Nas

Úlceras da perna

(mesmo nos casos inveterados)

eczemas,
furúnculos,
lesões da pele,
queimaduras, etc.

estimulação enérgica da cicatrização pela

Pasta Granugena

«Knoll»

Mudança indolor dos pensos!

Tubos de 50 gr.



KNOLL A.-G.

Fábricas de Produtos Químicos

Representantes: AUGUST VEITH, HERDEIROS

Rua da Palma, 146-2.º—Telefone, 25137—LISBOA

Quando a injeção, por má colocação da agulha, foi dada fora do lume da artéria, nos tecidos vizinhos ou mesmo na própria espessura da parede do vaso, podem desencadear-se súbitamente vaso-espasmos intensos, dolorosos e isquemiantes, que levam ao agravamento das condições locais e mesmo à gangrena, se não se procura neutralizar eficazmente os seus efeitos. Tais espasmos resultam da irritação do simpático adventicial e são por isso fácil e seguramente dominados pela novocainização ganglionar, lombar ou estelar. O efeito da anestesia simpática é imediato; a dor desaparece instantaneamente, a isquemia diminui com rapidez e depressa se esvai, assim como depressa desaparecem as manchas provocadas pela estase venosa, ao mesmo tempo que o membro aquece e a circulação se regulariza. Por isso, REYNALDO DOS SANTOS estabelece, textualmente, esta regra de ordem prática: «ne pas faire une artériographie ou une séance d'artériothérapie sans avoir à côté *tout ce qu'il faut pour une infiltration novocainique* stellaire ou lombaire. C'est la façon plus sûre de dominer les accidents de vasospasme, aujourd'hui réduits, par ce procédé, à un incident transitoire et sans conséquences».

Nas injeções com estase, há que acrescentar um fenómeno que aparece sistematicamente e é a dor, mais ou menos intensa, devida à permanência do soluto terapêutico. Quando a injeção se dá em circulação livre, a dor (na ausência de vaso-espasmo) não aparece; surge, no entanto, umas vezes moderada, outras vezes tão intensa que se torna intolerável (depende do soluto), se à injeção se faz seguir a estase, de acordo com as normas atrás descritas. Nestes casos deve recorrer-se a uma curta anestesia (evipan, protóxido de azoto, éter, cloreto de etilo, etc.), que se mantém até se levantar o garrote, isto é, cerca de 10 minutos aproximadamente. Uma vez o garrote levantado, a dor desaparece de forma quase instantânea.

Os accidentes que podem surgir no decurso das injeções intra-aórticas são do mesmo tipo das que acabam de ser apontadas. Resta acentuar de novo que, mesmo aqui, não há qualquer perigo de hemorragia, como tantos médicos receiam, nem qualquer outra complicação especial a temer. Apenas, se se punctua muito para trás, pode a ponta da agulha entrar no canal raquidiano, o que se reconhece pela saída do liquor e não tem consequências; basta retirar um pouco a agulha e orientá-la mais para diante.

Ainda como resultado de injeções intra-arteriais praticadas fora do lume do vaso é preciso mencionar algumas *complicações tardias* bastante graves. Se a injeção foi feita na própria parede arterial, e a quantidade de líquido apreciável, compreende-se que isso possa originar, por perda da integridade das túnicas, um aneurisma dissecante ou mesmo uma hemorragia secundária.

Estas graves complicações são, no entanto, raríssimas e não aparecem se a punção se faz cuidadosamente. Ao fim de alguns milhares de injeções, REYNALDO DOS SANTOS apenas pôde observar dois casos, ambos devidos a técnica incorrecta.

As injeções arteriais são de uma técnica fácil, mas é necessário executá-la conscienciosamente, observando todos os pormenores aqui descritos. Desde que se proceda assim, são inócuas.

b) Os acidentes provocados pelo soluto injectado, praticamente, apenas aparecem quando se lança numa artéria uma solução imprópria para se usar por aquela via, ou porque se não liga importância às suas características físico-químicas, ou porque a injeção se faz acidentalmente na artéria no decurso de uma banal injeção intramuscular ou intravenosa. Estão no primeiro caso, por exemplo, as graves lesões arteriais e tecidulares provocadas pelas injeções intra-arteriais de sais de ouro e de potássio (GOYANES), de sais de cobalto e de tálio (LAWERS) e de óleo de cróton (KISCH). Ao segundo pertencem os graves acidentes (necroses, gangrenas, etc.), ocorridos após injeções acidentalmente intra-arteriais de sais de bismuto (FREUDENTHAL; NICOLAU), de «thiopentone» (MACINTOSH & HEYWORTH; VAN DER POST), de mianesina (OGILVIE, PENFOLD & CLENDON), de «mapharsen» (WALSH & WYATT), etc., etc.

Devem, pois, usar-se solutos de conveniente concentração.

Como anti-sépticos os mais usados são o mercurocromo a 1 %, 2 % e mesmo a 5 % e a tripaflavina a 2 %, ambos em soluto aquoso, nas doses médias de 10 cc. por injeção; também se usam, mas menos vezes, o violeta de genciana (a 1 % em álcool a 10 %) e a gonacrina a 2 % em água, nas mesmas doses.

Dos bacteriostáticos e antibióticos tem-se empregado diversos solutos injectáveis de sulfamidas (*Solualbucid*, *Pentalom*, *Elkosina*, etc., injectando-se uma ampola de cada vez) e a penicilina G cristalizada dissolvida em soro fisiológico na proporção de 5.000 U. por cada cc. e utilizando-se a dose de 50.000 U. (10 cc.) em cada injeção.

Nas doenças arteriais têm sido múltiplos os agentes vaso-dilatadores empregados, mas podem indicar-se como mais recomendáveis os seguintes: soluto aquoso de procaina a 1 % (10 cc. ou mais por injeção); soluto aquoso de cloridrato de acetilcolina a 1 ‰ (20 cc. de cada vez, isto é, 0,02 gr. de substância activa por injeção); soluto de gluconato de cálcio a 10 % e a 20 % (10 cc. de cada vez); soluto injectável de «Prisol» (1 amp. de cada vez); soluto injectável de «Eupaverina» (1 amp. de cada vez; muito dolorosa). A perfusão intra-arterial, por meio do aparelho de *Jouvet* ou de *Tzanck*, de substâncias vaso-dilatadoras pode



fazer-se com solutos diluídos de acetilcolina ou com várias misturas, entre as quais dá bons resultados a seguinte (OUDOT): acetilcolina — 0,20, cloreto de potássio — 0,20, bicarbonato de sódio — 0,20 e soro glucosado isotónico 200 cc. A perfusão deve durar entre 15 a 20 minutos.

Quando há necessidade de injectar solutos bastante irritantes (como o violeta de genciana) ou hipertónicos (como o soro cloretado a 25 ‰), há maior probabilidade de se desencadearem os fenómenos de vaso-espasmo, já descritos; e o mesmo acontece quando o volume da injeção é grande, provocando forte distensão do vaso. Já ficou apontado que este acidente se domina com segurança por meio da infiltração novocaínica do simpático ganglionar; é pois conveniente não esquecer que quem faz injeções intra-arteriais deve estar apto a fazer, sem hesitações, infiltrações do simpático lombar e estelar, e ter à mão, pronto a ser utilizado, o material respectivo.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

JORNAL DA SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS, CXV, 1951 — N.ºs 3-4 (Março-Abril): *Luto da Sociedade das Ciências de Lisboa*, por Costa Sacadura; *Reumatismos vertebrais e pseudo-reumatismos vertebrais*, por J. A. Neiva Vieira; *Epidémica de triquinose humana em Aranhas (concelho de Penamacor)*, por José Lopes Dias.

REUMATISMOS E PSEUDO-REUMATISMOS VERTEBRAIS. — O termo de reumatismo vertebral aplica-se às afecções dolorosas da coluna, com compromisso articular, genericamente. Neste capítulo entram várias modalidades, cujo diagnóstico claro interessa muito, pela diversa terapêutica a empregar. O vulgo, porque dão também dores, confunde na mesma designação as afecções do sistema ósseo, que são apenas pseudo-reumatismos vertebrais, por ser na coluna que as lesões dão manifestações mais evidentes.

Para mostrar como se faz o diagnóstico diferencial dos variados tipos a considerar, o A. apresenta 3 casos: um de espondilo-artrite anquilopoiética, outro de espondilose deformante, e outro de doença de Paget.

Eis a súmula do primeiro caso — *espondilite reumatóide* —, também conhecida por espondilo-artrite anquilopoiética, espondilose rizomélica, poliartrite crónica progressiva, ou doença de Strumpell-Pierre Marie-Bechterew; com menção do diagnóstico diferencial. — Trata-se dum jovem

(21 anos) que há 6 anos deve ter iniciado a sua doença. Aquelas dores lombo-sagradas que refere nessa altura devem corresponder a inflamação das articulações sacro-ilíacas, hoje já completamente anquilosadas. Há depois um período latente de anos, sem manifestações clínicas aparentes. Uma radiografia das sacro-ilíacas nessa altura e um exame clínico minucioso talvez já revelassem a doença.

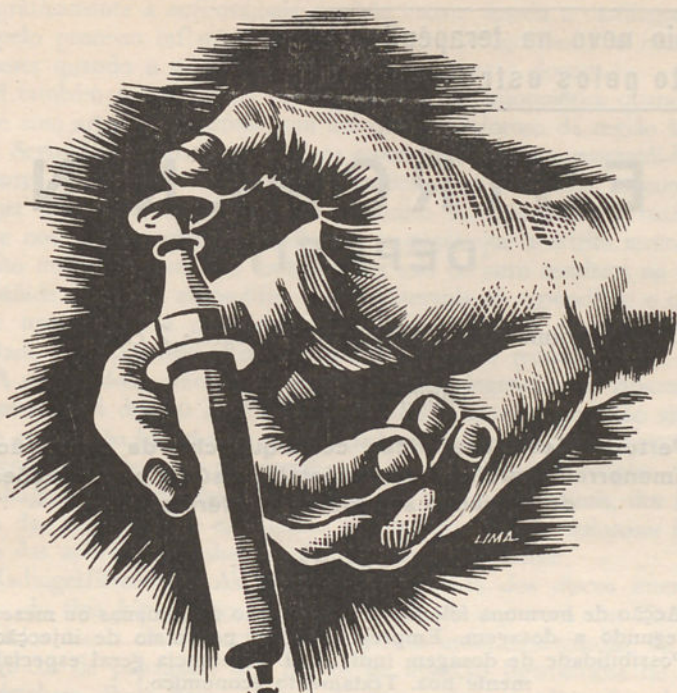
Após exposição prolongada ao frio, há cerca de ano e meio desencadeou-se ostensivamente a enfermidade; desde então tem sofrido duma doença crónica, com intermitências de surtos febris durando vários dias, com velocidades de sedimentação elevadas, com fenómenos inflamatórios das articulações coxofemorais e das pequenas articulações da coluna vertebral, particularmente coluna lombar. O compromisso articular, pela dor à movimentação e espontânea, pela contractura muscular consecutiva e pela atrofia muscular resultante levou-o à invalidez, imobilizando-o numa cama, arrastou à produção da cifose dorsal e ao apagamento da lordose lombar de forma a formar-se uma coluna com convexidade dorso-lombar. O quadro clínico cedeu de início aos salicilatos pois o alívio da dor fazia desaparecer a contractura muscular de que é causa. O estado geral é bom. Não houve toque cardíaco. Foram poupadas as articulações periféricas dos membros. É o compromisso das coxofemorais a principal razão da invalidez.

A doença tem evoluído sem melhoria, antes com agravamento apesar de tratado com repouso, alimentação abundante e variada, tonificação geral, analgésicos, diatermia, primeiro sais de cobre e posteriormente sais de ouro.

É o exame radiológico a chave do diagnóstico. Interessa sobretudo a radiografia das articulações sacro-ilíacas. São em regra as inicialmente atingidas nesta doença. Em 1.035 casos estudados por Hench e colaboradores da «Mayo Clinic» só em 9 não houve lesão das sacro-ilíacas e só em 6 foi unilateral. Nos casos em que o compromisso das sacro-ilíacas é unilateral põe em causa as hipóteses de tuberculose e brucelose. O diagnóstico é evidente na fase com anquilose das sacro-ilíacas, alterações do tipo atrófico de várias articulações inter-apofisárias da coluna, com calcificação de ligamentos que dão nas formas típicas o aspecto de bambu.

Deve-se pensar na espondilite reumatóide no caso dum doente jovem com ataques repetidos de dores e rigidez na parte baixa da coluna lombar. Só na região lombar, ou associadas a dores nas articulações da anca, ou nas nádegas ou nas virilhas ou a dor ciática recorrente. Pensar também quando há dores na grade torácica acentuadas pela tosse ou espirro, isoladas ou associadas ao quadro doloroso atrás referido. Reforça-se a suspeita se houver velocidade de sedimentação aumentada, surtos febris, toque do estado geral. Confirma-se encontrando alterações radiográficas do tipo atrófico nas sacro-ilíacas ou nas pequenas articulações intervertebrais. Mas ter presente que na fase da doença em que ao nível destas articulações há apenas sinovite, a imagem radiológica é ainda normal. Só se revelará

INSTITUTO LUSO-FARMACO, L.^{DA}



PROCILINA

OLEOSA e AQUOSA

Um produto consagrado pela experiência

Únicos Depositários:

PAOLO COCCO, L.^{DA}

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

Um princípio novo na terapêutica
de depósito pelos estrogêneos

ESTROMENIN DEPÓSITO

(dimetoxidietilestilbeno 12 mgrs.: 2 ccs.)

PRINCIPAIS INDICAÇÕES:

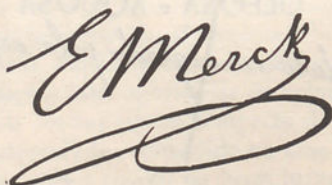
Perturbações climatéricas, consequências da castração, amenorreia, carcinoma da próstata, disúria, perturbações da irrigação sanguínea periférica, etc.

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 especialmente boa. Tratamento económico.

APRESENTAÇÃO:

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



FÁBRICA DE PRODUTOS QUÍMICOS — DARMSTADT

Amostras e Literatura:

Químico-Farmacêutica, Lda.

Eduardo de Almeida & Cia.

Lisboa

Porto

Rua de Santa Marta, 64

Rua do Cativo, 22/24



radiograficamente a enfermidade quando estiver lesada a cartilagem e o osso pelo processo inflamatório; repetir pois radiografias com intervalos de meses quando o quadro clínico fizer suspeitar a doença.

É também de pensar na espondiloartrite anquilopoiética quando um doente com artrite reumatóide tem um quadro doloroso da região lombar baixa. Segundo os autores americanos espondilite e artrite reumatóides são a mesma doença com diversas localizações. Mas há quem as considere doenças diferentes. Baseiam-se no seguinte: A espondilite é mais frequente nos homens que nas mulheres, ao passo que a artrite reumatóide é muito mais frequente nas mulheres; os sais de ouro resultam na artrite reumatóide e não na espondilite e a radioterapia na espondilite e não na artrite reumatóide; a calcificação dos ligamentos faz parte do quadro adiantado da espondilite e não é aspecto da artrite reumatóide.

A espondilose deformante é uma doença degenerativa. Aparece em doentes para lá dos 50 anos e não em jovens; como regra. Não altera o estado geral: não há febre, e a velocidade de sedimentação é normal. Clinicamente pode dar aspectos semelhantes à espondilite: lombalgias, ciática, radiculalgias variadas, rigidez muscular nas goteiras vertebrais, dor à percussão das vértebras (na espondilite são pouco ou nada dolorosas à percussão das apófises espinhosas). Nunca leva à anquilose.

Radiograficamente: As lesões são sobretudo dos discos intervertebrais e do tipo hipertrófico. Há diminuição da espessura dos discos, as superfícies ósseas em contacto com os discos estão esclerosadas, há exostoses (bicos de papagaio) nos pontos de inserção ligamentosa no corpo das vértebras. Pode haver, o que é menos comum, alterações do tipo hipertrófico ao nível das pequenas articulações intervertebrais. As sacro-iliacas são em regra poupadas e se comprometidas apresentam apenas esclerose dos bordos ósseos. Em suma: a espondilite lesa as articulações com sinovial ou diartroses e a espondilose as sinartroses da coluna.

Podem aparecer espondilites dentro do quadro duma doença infecciosa geral, com mais frequência brucelose ou febre tifóide, mas também podem ser devidas a outras infecções: estafilocócicas, estreptocócicas, etc. Processo agudo de discite. Dor localizada e intensa ao nível do disco lesado, espasmo muscular a esse nível. Nos primeiros tempos ausência de sinais radiológicos, depois estreitamento do disco e finalmente anquilose óssea dos dois corpos vertebrais. Trata-se pois dum processo de discite localizado e agudo. A lesão do corpo das vértebras é secundária em regra à lesão do disco. Pode tomar as formas de osteólise, osteoporose ou reacção de osteoesclerose.

Na cifose juvenil trata-se da esteocondrite da cartilagem de união e do núcleo marginal do corpo ósseo da vértebra. Leva à produção duma cifose em jovens e que no estado adulto não tem outra sintomatologia aparente além da cifose. Mais do que doença se deverá falar então de afecção. É diagnosticável radiologicamente e dada a idade em que aparece pode oferecer confusão com a espondilite.

Um diagnóstico precoce é fundamental para um bom êxito terapêutico. Só assim se evitará uma situação catastrófica: invalidez total com ancas anquilosadas em má posição, coluna e caixa torácica rígidas e muitas vezes anquiloses têmporo-maxilar e das escápulo-umerais. Nesse estado, em que já não se encontram na generalidade dos casos sinais de actividade: dor, velocidade de sedimentação elevada, surtos febris, só resta recorrer a um ortopedista competente que poderá corrigir a deformação da espinha por osteotomia e reconstruir as articulações da anca com cápsulas de vitálio em intervenções sucessivas. Poderá de novo andar, mas amparado em muletas.

Como terapêutica, em lugar mais alto a ACTH, ou a cortisona, esta de preferência, por produzir menos reacções tóxicas. As doses hoje mais geralmente usadas são de 100 mgr. diários até melhoria clínica extensiva e depois 100 mgr. três vezes por semana como dose de manutenção. Há uma melhoria espectacular que começa a notar-se 24 a 48 horas depois do início do tratamento: desaparecimento da dor espontânea e provocada, da contractura muscular, aumento do apetite, sensação de bem-estar geral roçando pela mania, baixa de velocidade de sedimentação, melhoria tão notável que nos casos em que não há grande destruição articular ou anquilose fibrosa ou óssea o doente volta a fazer a sua vida habitual sem quaisquer queixas. Mas uma vez suspensa a medicação, após uma fase de remissão que vai de uma semana a meses, gradualmente o doente volta ao estado primitivo. Por isso se dividem as opiniões, uns perfilhando que devem fazer-se curas periódicas com cortisona, variáveis com a duração desta remissão, outros que opinam pela terapêutica contínua, acima referida. Os inconvenientes do emprego prolongado das doses atrás referidas são mínimos: nalgumas mulheres esboça-se um arredondamento da face, e ligeiro hirsutismo, um esboço de Cushing; mas não pode afirmar-se que à distância se não venha a produzir atrofia do córtex supra-renal como sucede em ratos sujeitos a esta medicação durante muito tempo e em doses elevadas. Há no entanto desde já uma indicação formal para estas substâncias: nos casos em que a contractura muscular fixa a articulação em má posição e ainda não há anquilose podemos com o uso destas substâncias, apenas durante dias, obter o desaparecimento da contractura para colocar o membro na posição conveniente e por meio de talas ou outros meios procurar prevenir a deformidade.

A radioterapia tem grande valor: produz remissões da doença de 2 a 3 anos, mas que podem ir até 5. Julga-se que actua por acção sobre o sistema retículo-endotelial. Sobretudo é útil empregada no início da doença. Usar dela com especial cuidado na idade infantil e nas mulheres. Escolher um radioterapeuta competente para não virmos a ser indirectamente responsáveis de tantos danos que causam os Raios X quando em mãos inábeis.

Como analgésicos deve dar-se aspirina até doses de 1 gr. de 4 em 4 horas; iniciar com 0,5 gr. de 4 em 4 horas e elevar até abolir a dor.

Não conseguindo o efeito desejado, recorrer ao piramido nas doses de 0,25 gr. de 4 em 4 horas; iniciar com 0,25 gr. de 6 em 6 horas. Nunca dar morfina. As dores no reumatismo são difíceis de suportar mas só muito excepcionalmente de tal grau que não cedam à aspirina ou piramido.

Está na mão do médico evitar as deformidades. Mandar pôr sob o colchão tábuas para que o leito seja duro. Explicar ao doente o risco que corre ao colocar-se em posições inconvenientes. Pôr uma gaiola sobre os joelhos para que o peso da roupa não coloque o membro inferior em má posição e, como em regra a gaiola arrefece a cama, aumentar o número dos cobertores. Colocar um travesseiro entre as duas pernas dada a tendência para a anquilose da anca em adução e rotação interna. Para evitar o aplanamento da região lombar colocar uma pequena almofada ou moldar um gesso sobre o qual repousará na cama, a fim de evitar o desaparecimento da lordose lombar com o conseqüente desequilíbrio do corpo depois para a marcha. É no começo da doença que isto se pode e deve fazer. Outro conselho: nunca imobilizar completamente o doente mesmo nas fases agudas, antes aconselhar-lhe repouso nocturno de umas 10 horas e durante o dia umas 2 horas de repouso.

Nem sempre se pode evitar a anquilose, mas ao menos que se realize em boa posição funcional. O A. lembra um doente de Copemam com anquilose de uma anca, de ambos os joelhos, de ambos os tornozelos e ambos os pés, que conseguia andar sem amparo porque o anquilosaram na posição conveniente.

A deformidade está constituída quando a articulação anquilosou em má posição mas estamos muitas vezes em presença duma deformidade clinicamente aparente e que é devida à dor e ao espasmo muscular. Essa é redutível combatendo a dor com analgésicos e o espasmo com substâncias do tipo do «curare» que actuam ao nível da sinapse neuromuscular. É de ensaiar o Mianesin que se administra em colheres de sopa de 6 em 6 horas. Também as injeções locais de novocaína a 2 % permitem um alívio transitório que se pode aproveitar para mobilizar a articulação a fim de evitar a atrofia muscular.

A melhor técnica de fisioterapia é a da piscina com água aquecida onde o doente pode fazer exercícios ginásticos, pode ser manipulado no intuito de ampliar os movimentos, pode realizar exercícios respiratórios, devido à diminuição de resistência que representa o impulso da água. Os banhos termais, os banhos gerais de lama, as aplicações locais de lodo, são técnicas a ensaiar que os doentes agradecem pela melhoria da função. No fim de uma série de tratamentos movem-se melhor, com menos dor e estão mais aptos para o trabalho. Não é erro pois mandar os doentes para as termas.

Alimentação abundante, variada e altamente vitaminada; injeções de extracto de fígado com complexo B; vitamina C forte; repouso físico e

psíquico nas fases mais activas da doença são meios de tonificação geral, um pouco empírica.

É hoje conceito geral que os sais de ouro e de cobre não têm efeitos benéficos na espondilite; já na artrite reumatóide os sais de ouro são altamente benéficos. Parece que o Tório X produz efeitos idênticos aos obtidos com o uso da radioterapia. Está em experiência o uso do gás mostarda, com êxitos na artrite reumatóide.

Quanto à terapêutica cirúrgica, deve realizar-se num período de quiescência clínica: dor e espasmo muscular mínimos e velocidade de sedimentação próxima dos limites normais. Sem que se leve este critério ao extremo de se operar quando já há uma atrofia e fibrose dos músculos de tal grau que seja impossível recuperarem o tónus e a elasticidade, situação em que a intervenção seria inútil. Pensar também que a intervenção cirúrgica não actua sobre a origem do mal e que poderá voltar a haver recaídas ou progressão da doença.

O 2.º caso, de *espondilose deformante*, ou espondilite hipertrófica, ou osteo-artrite da coluna, resume-se no seguinte: — Homem de 60 anos de idade, que se ocupou em profissões que expunham a variações bruscas de temperatura e que desde há 9 anos apresenta de tempos a tempos um quadro de ciática. Desde há 4 meses sofre de lombalgias, mais acentuadas durante a noite e que melhoram com o movimento e calor local; também de dores peritorácicas, dores na nuca, limitação e carácter doloroso dos movimentos do pescoço e da região lombar que está rígida ao exame objectivo. O exame radiográfico mostra sinais característicos de espondilose e é a pedra fundamental do diagnóstico. Sofre ainda de arterioesclerose generalizada evidente, clínica e radiologicamente; não é rara esta associação de arterioesclerose e espondilose.

A espondilartrose é bem suportada quando não há radiculalgias. Muitas vezes não é clinicamente aparente apesar de existir típica espondilose radiologicamente. Outras vezes as queixas são de relativa rigidez ao nível de dado sector da coluna, espasmo muscular, dor surda agravada pelos movimentos, que não alteram a vida corrente e são bem suportadas. O quadro agrava-se quando aparecem radiculalgias. Das raízes raquidianas são sobretudo as fibras sensitivas as atingidas, dando hiperestésias, sensação de adormecimento e por vezes dores insuportáveis. Assim sucede neste doente que tem queixas de espondilose em toda a extensão da coluna, desde a cervical à lombar. Dores na face externa do ombro e face posterior e externa do braço correspondente à compressão das raízes cervicais inferiores. Dores na face anterior do tórax e a toda a volta do mesmo correspondendo ao compromisso das raízes torácicas. Uma história de ciática devida ao comprometimento das raízes lombares, como sucede quase sempre: uma radiculalgia ou por compressão devida a hérnia discal ou por espondilartrose.

O prognóstico das radiculalgias, embora violentas, é benigno. Pode

TISIO 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

TÍSTIO
PARASOL
 Bial



INJECTAVEL

PARA AMINO-SALICILATO
 DE SÓDIO 2 gr.
 Posologia de 10 c.

DRÁGAS

PARA AMINO-SALICILATO
 DE SÓDIO 0,33 gr.
 Posologia de 2 a 4

ANTIBACILAR DE NOTÁVEL INOCUIDADE E GRANDE PODER INIBITIVO

o quadro durar muitos meses mas acaba por se atenuar e tornar a vida suportável. Se a compressão fosse devida apenas ao estreitamento do orifício de conjugação por onde passam as raízes (por artrose das pequenas articulações ou por estreitamento do disco intervertebral) a situação não mudaria nem com a terapêutica médica nem com o tempo. Há por certo fenómenos inflamatórios no tecido conjuntivo dos buracos de conjugação, fenómenos desencadeados pelo traumatismo a que estão sujeitos por más condições estáticas da coluna na espondilartrose e que são regressíveis. O prognóstico na espondilose é sempre benigno quer quanto à função quer quanto à vida; já na espondilite reumatóide é-o quanto à vida mas não à função.

O diagnóstico diferencial tem de pôr-se com a espondilite reumatóide e com as espondilites infecciosas, cujos caracteres já ficaram indicados. Mas é doença mais de confundir com outras que atingem pessoas de idade já avançada, como a doença de Paget e a osteoporose senil. Em qualquer delas pode haver dores na coluna e compressão de raízes, pois nas duas doenças ósseas referidas a osteoporose condiciona esmagamento de vértebras e dores ósseas. Já a deformação da coluna é do quadro destas últimas e não da espondilose. A radiografia é indispensável e decisiva no diagnóstico.

As indicações terapêuticas são diferentes, segundo a fase da doença: a fase das radiculalgias e a fase de mudez clínica. Os surtos dolorosos aconselham: por uns 10 dias ou mais conforme a evolução, repouso no leito, analgésicos e calor local. Com a aspirina consegue-se geralmente melhorar a dor; um analgésico do tipo da morfina, como a Phiseptone que não é tão tóxico, durante 2 dias, à hora de adormecer, se for preciso. Se há um estado de angústia relacionado com o quadro doloroso e o receio de invalidez, a persuasão e a garantia dada ao doente de que as queixas regressarão, bem como 2 luminaletas (0,015 gr. cada uma) 3 vezes por dia, sossegarão o doente. Calor local em qualquer das suas formas: papas de linhaça quentes, panos húmidos quentes, saco de água quente, várias vezes por dia; ou ainda e de preferência diatermia de onda curta durante 10 a 20 minutos em aplicações diárias.

Se com estas medidas terapêuticas não há tendência para melhorar, recorre-se à imobilização do doente em gesso durante algumas semanas. Ao aplicar o gesso deve deixar-se uma janela posterior para aplicações de radioterapia ou diatermia ou infiltrações locais de novocaína a 1 % associada a 0,1 ou 0,2 gr. de acetilcolina, que actuam respectivamente contra a dor e a contractura muscular. O gesso deve respeitar a posição tomada pelo doente para se defender da dor e deve ser colocado com o doente de pé. Logo que o doente abandone o gesso que não deve ser mantido mais de 3 semanas passará a usar uma cinta com apoio metálico na região lombar.

A radioterapia (a usar com cuidado nas mulheres e nas crianças), tem por vezes efeitos espectaculosos na regressão do quadro algico destes

doentes, por desinflamar o tecido conjuntivo, deixando de estar comprimidas as raízes nos buracos de conjugação. O repouso actua de maneira análoga prevenindo a inflamação dos tecidos conjuntivos que é desencadeada pelo traumatismo resultante das más condições estáticas da coluna nos artrósicos.

Como terapêutica geral nas fases de mudez clínica, administrar, mês sim mês não, iodo diâriamente; não se sabe explicar porque actua mas todos os médicos reconhecem ser benéfico contra a dor nos doentes artrósicos.

Aconselhar uma temporada anual duns 20 dias numas termas onde tratem doentes reumáticos; as técnicas crenoterápicas de banhos gerais de água mineral ou de lama a temperaturas elevadas, de sudação, de aplicações locais de lama, etc., está provado que lhes diminuem durante o ano o número de crises de descompensação.

Acrescentem-se a estas medidas terapêuticas, a correcção de defeitos estáticos como o pé chato, pelo uso de palmilha adequada, como um membro mais curto que outro por correcção ortopédica do calçado. Ainda dar apoio a um ventre protuso com cinta apropriada; correcção endocrínica numa mulher no climatério. Diminuir a obesidade: dieta, exercício, tiroídina cautelosamente. Mudar de profissão se esta é traumatizante, etc., etc.

Finalmente vem o caso de *doença de Paget*, ou osteíte deformante: — Trata-se de uma mulher de 74 anos de idade que, sem alteração apreciável do estado geral, ensurdece progressivamente e começa a ter vertigens desde há 4 ou 5 anos. Desde a mesma altura nota que se estabelece gradualmente cifose dorsal. Ultimamente tem menos forças para andar e sofre de dores na parte inferior da coluna dorsal. Menopausa aos 50 anos. Não tem deformações nos membros. Só com estes dados e sem recorrer a radiografias e análises laboratoriais seria de pensar, atendendo ao que é mais corrente, numa osteoporose senil e otesclerose. Há quem pense e tendo em conta dados histológicos que a otesclerose é um «Paget» localizado no rochedo.

A chave do diagnóstico é dada nesta doença pela radiografia. O aspecto «algodoadado» só aparece no Paget e nas metástases esqueléticas do cancro da próstata. A surdez e vertigens são devidas às lesões pagéticas ao nível do rochedo que arrastam perturbações do ouvido interno. As dores na coluna dorsal são devidas ao processo osteoporótico, e à deformação em cifose, ao esmagamento de uma vértebra e à deformação das restantes.

As metástases esqueléticas do cancro da próstata, ou da mama, etc., são as situações que dão aspectos radiográficos e clínicos mais semelhantes. O problema diagnóstico é sobretudo complexo quando o Paget se localiza apenas numa vértebra que se deixa esmagar; então é difícil afirmar que não se trata duma metástase, mas a radiografia doutros ossos poderá esclarecer. Quando as dúvidas são grandes recorre-se à biopsia óssea. Mas o elemento de mais valia é o aumento da fosfatase ácida no sangue que

só por si exclui a hipótese de osteíte deformante; no Paget está aumentada a fosfatase alcalina. E é claro, há que buscar o tumor metastasiante.

A doença de Recklinghausen, causada por adenoma das paratiroides (cura pela extirpação da neoplasia), distingue-se bem da doença de Paget. Já clinicamente: pode aparecer em pessoas com menos de 40 anos, o que é excepcional na osteíte deformante; compromete todo o esqueleto, e a pressão sobre os ossos despertam-se dores. Mas ambas as doenças acarretam deformações ósseas e fracturas. Só se distinguem definitivamente considerando os dados bioquímicos e radiológicos. A doença óssea de Recklinghausen tem como fórmula bioquímica: hipercalcémia, hipofosforémia, aumento da fosfatase alcalina, hipercalcúria e hiperfosfatúria, ao passo que no Paget há apenas aumento da fosfatase alcalina mas fósforo inorgânico e cálcio são normais no sangue e urina. Quanto ao aspecto radiográfico encontra-se no adenoma paratiroideu o seguinte quadro: córtex ósseo mais fino do que é normal e canal medular alargado (no Paget o canal medular está estreitado e o córtex espessado e remodelado), osteoporose generalizada (no Paget alternância da osteoporose com zonas de esclerose criando o aspecto estrutural típico desta doença e que visto uma vez dificilmente esquece), no crânio observa-se um diploé adelgaçado e sobre um fundo de osteoporose, descalfificações localizadas (no Paget a espessura do diploé está enormemente aumentada e há zonas de osteoesclerose sobre um fundo de osteoporose generalizada dando o aspecto algodoado característico), quistos ósseos e tumores de células gigantes (não aparecem no Paget). O exame do crânio é o melhor elemento de diagnóstico

Além da osteoporose senil, há que referir um quadro de osteoporose que aparece em mulheres entre os 40 e os 60 anos após a menopausa e que não é raro, quadro que é também de fadiga fácil, lombalgias ou dores noutros pontos da coluna e deformações consecutivas à menor resistência dos ossos. O aspecto radiográfico é de menor densidade das vértebras que chegam a não se poder distinguir dos discos intervertebrais; aparecem também vértebras com a conformação de lente bicôncava. Há para esta doença uma terapêutica eficaz, que é o propionato de testosterona, 3 injeções semanais de 25 mgr. cada; se houver sinais de virilismo administrar também 2 vezes por semana benzoato de estradiol.

Para evitar o risco de deformações e fracturas, não expor o doente a trabalhos pesados, evitando que faça grandes marchas a pé; mas repouso forçado, muitas vezes em ambiente pouco iluminado pelos raios solares, agrava a esteomalácia já própria da doença. Administrar cálcio, fósforo, vitamina D, e sujeitar o doente à acção de raios ultravioletas.

Como tratamento com acção directa sobre a evolução da doença, tem-se preconizado dar, durante muito tempo, a seguinte poção: «Licor alumino-acético (que contém 5 % de acetato de alumínio e é também conhecido por solução de Burow), 5 partes; Xarope de bálsamo de Tolu,

3 partes; Mel, até perfazer 16 partes. Uma colher de chá três vezes por dia».

Se por esmagamento duma vértebra se estabelecem paraplégias só resta o recurso à intervenção cirúrgica e correcção por laminectomia.

TRIQUINOSE HUMANA. — São raros os casos de triquinose humana. Neste artigo refere-se uma pequena epidemia familiar, de 5 casos, originada por ingestão de carne de porco infestada, ingerida por ocasião da matança do animal. Cerca de três semanas depois, sinais de doença febril, com arrepios, náuseas, vômitos, diarreia e pronunciado edema da cabeça, sem fenómenos renais. O exame do sangue mostrou ligeira leucocitose, com linfopenia e acentuada eosinofilia. O conjunto de edemas da cabeça e da grande eosinofilia quase impunha o diagnóstico. Este foi confirmado pelo exame microscópico dos chouriços preparados com a referida carne, onde existiam numerosos quistos da triquina. O período agudo, de aspecto septicémico, durou entre 7 e 20 dias. Esta fase corresponde à rotura dos quistos no tubo digestivo, sequente libertação das larvas, e incrustação das fêmeas na mucosa intestinal; logo seguida da migração das larvas para os músculos, com agravamento dos sintomas gerais e as dores reumatóides. Enquistadas as larvas em numerosos locais, a doença torna-se crónica, durará meses e até anos, com sintomatologia variável conforme a densidade da infestação, tal como sucede na fase aguda, em que tal densidade comanda a intensidade dos fenómenos apontados.

BOLETIM CLÍNICO DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA — XV, 1951 — N.º 1: *Tratamento da miastenia pseudo-paralítica*, por Diogo Furtado e Filipe da Costa; *Relatório de uma visita às clínicas de reumatismos de Londres*, por C. Gomes de Oliveira; *Estomatites*, por F. Ferreira da Costa; *Pancreatites agudas*, por J. de Oliveira Machado; *Alguns problemas de cirurgia gástrica*, por Jorge da Silva Araújo; *Introdução ao estudo da dietética*, por G. Jorge Janz; *Semiologia do sistema Rb-Hr*, por A. Cancela de Abreu; *Fractura de marcha do pé simulando sarcoma de Ewing*, por J. Paiva Chaves e F. Sousa Sé; *Três casos de invaginação do cego*, por J. M. da Silva Granate; *Documentário clínico*, por J. de Oliveira Campos.

Para preencher a lacuna existente nas colecções de esta revista, resultante da falta de publicação dos últimos números da série de 1937 a 1949, publicou-se agora um tomo, correspondente aos N.ºs 37 a 48, com o seguinte sumário: *Preliminar*, por Silva Carvalho; *Biografia de José Maria António Nogueira*, por Artur B. Abranches Nogueira; *Algumas notícias acerca dos hospitais existentes em Lisboa e suas proximidades antes da fundação do Hospital de Todos-os-Santos, em 15 de Maio de 1492*, por José Maria António Nogueira.

TRATAMENTO DA MIASTENIA PSEUDO-PARALÍTICA. — A terapêutica da miastenia pseudo-paralítica ou síndrome de Erb-Goldflan segue

NOVIDADE!

ULCANTINA

BROMETO DE METANTELINA

AZEVEDOS

**Metil-brometo do ester β -dietil-amino-
-etílico do ácido q-xanteno-carboxílico**

Frascos de 40 comprimidos doseados a 50 mg.

O ÚLTIMO PROGRESSO NO TRATAMENTO
DA ÚLCERA GASTRO-DUODENAL!

Bibliografia científica à disposição dos Ex.^{mos} Clínicos

•
LABORATÓRIOS AZEVEDOS

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA

TERÁPIA DAS ÚLCERAS
GASTRO-DUODENAIIS

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 empolas 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. BALDACCIPISA

na actualidade dois caminhos: o puramente farmacológico e o cirúrgico.

A terapêutica médica foi, pode dizer-se, iniciada com o emprego da prostigmina, cuja acção se julgou ser primordialmente de bloqueio das coesterinases em excesso, impedidoras da acção da acetilcolina ao nível das sinapses neuro-musculares; hoje, porém, pensa-se que a miastenia não é devida a esse excesso das coesterinases, mas sim à presença de uma substância insensibilizadora da placa motora (à semelhança do curare), que a prostigmina impediria de actuar. Seja como for, a verdade é que os efeitos terapêuticos da prostigmina, embora evidentes, são fugazes. Tem-se procurado potencializar a actividade do fármaco por vários procedimentos, entre os quais se destaca, como de melhores resultados, o tetra-etil-pirofosfato, cuja acção parece ser menos intensa que a da prostigmina, mas mais duradoura.

O facto de ser preciso empregar a prostigmina seguidamente, o que não deixa de ter inconvenientes, fez derivar as atenções para a cirurgia, em duas modalidades: a timectomia e a enervação ou deservação sino-carotídea. A primeira de estas intervenções baseia-se na observação, já antiga, de que nos casos de miastenia há frequentemente a persistência do timo ou tumores tímicos; sucessivos apuramentos do valor de este procedimento vieram mostrar que a timectomia tem reduzida utilidade. Com a enervação sino-carotídea procurou-se, com fundamento teórico, provocar uma hiperfunção supra-renal, na convicção de que ela combate a miastenia, conceito este que parece dever especificar-se no sentido da enervação provocar, por via da circulação hipofisária, uma descarga de ACTH, visto esta hormona, segundo recentes trabalhos americanos, melhorar consideravelmente os miasténicos; os resultados da intervenção tem sido diversos, no conjunto animadores, e os AIA. apresentam 3 casos, em dois dos quais obtiveram resultados favoráveis, que foram nulos no outro.

FRACTURA DE MARCHA. — A propósito de um caso em que o diagnóstico era difícil, por as lesões ósseas estarem em actividade há um ano, fugindo do aspecto que assumem geralmente (passado tanto tempo (o que levou à suspeita de tumor de Ewing), descreve-se esta afecção traumática, que os clínicos gerais devem conhecer, para a diagnosticar quando o quadro mórbido aparece, o que, aliás, é fácil, e de que os cirurgiões não podem ignorar a vária sintomatologia que a evolução do mal pode apresentar, para não praticarem intervenções que excedem a necessidade da situação.

A designação «fractura de marcha do pé» applica-se à solução de continuidade de um metatarsico, em geral o segundo, que surge em certos indivíduos que submetem os pés a um esforço intenso e repetido. O facto essencial das fracturas de marcha é a ausência de um traumatismo em relação directa com a doença. A explicação mais plausível tem

por base a concomitância de alterações anatómicas e funcionais do pé. O «pé de Morton», caracteriza-se por: primeiro metatársico curto, desvio no sentido proximal dos seus sesamóides, alargamento do espaço que separa o primeiro e o segundo cuneiforme e espessamento da diáfise do segundo metatársico. Nestas condições, o primeiro metatársico não suporta eficazmente o peso do corpo, o qual é então transferido para o segundo. No entanto, Krause e Thompson, baseados em perto de trezentas observações, afirmam que um primeiro metatársico curto, anatómico e funcionalmente, não é condição suficiente para que ocorra a afecção. Sayle Creer afirma ser a situação anormalmente alta do primeiro metatársico, em relação ao segundo, a causa de um esforço excessivo para este último, e tanto este facto como a diminuição de comprimento, simultânea ou isoladamente, determinam que desapareça o ponto de apoio anterior e interno; daqui resulta que o pé, ou melhor a sua parte anterior, rola e fica em pronção. Então dois casos podem ter lugar: o segundo metatársico é móvel e altamente situado, e, nada sofre; mas quando está firmemente fixado, ou reage, hipertrofiando-se, ou é sede de uma fractura de esforço. A explicação para as fracturas de marcha afectando mais do que o segundo metatársico, é justamente a falta de apoio oferecida pelos metatársicos adjacentes. Por vezes tem-se observado que a fractura vai tendo lugar em cada um dos metatársicos, sucessivamente a partir do segundo.

A causa determinante — reunidas as condições locais para que aquela seja operante — parece ser a sobrecarga do osso, por um traumatismo rítmicamente repetido, actuando por somação, o qual é de intensidade fora dos limites da resistência do tecido ósseo em questão. Se se recordar o que se passa em idênticas circunstâncias com os metais, notar-se-á que estes quebram como consequência de certos esforços que lhe são exigidos, devido a alterações da sua estrutura cristalina. Ora o estudo da arquitectura óssea feito pelo método espectrorradiográfico, permite verificar que pela acção do traumatismo ocorre uma alteração no agrupamento dos sistemas cristalinos e que, se o traumatismo não cessa de actuar, têm lugar soluções de continuidade, isto é, fracturas por fadiga.

É possível dividir em quatro fases a evolução radiológica destes casos: — 1.^a fase: nos primeiros sete ou dez dias, ou não se encontram sinais de fractura ou estes se limitam a um traço fino e incompleto; deste modo, só excelentes radiografias podem mostrar a lesão. 2.^a fase: do 10.^o ao 21.^o dia, surge a formação de um calo ósseo, pouco denso, e fusiforme; isto é, tanto mais volumoso, quanto mais tempo o doente continuou a usar o pé. 3.^a fase: calo mais denso, de limites mais nítidos e de volume menor, com traço de fractura ainda visível; esta fase vai da 3.^a à 6.^a semana, 4.^a fase: traduzida por um espessamento difuso da cortical no local onde teve lugar a fractura.

Na grande maioria dos casos, o primeiro sintoma é uma sensação de queimadura do dorso do pé; esta dor muitas vezes só surge quando o peso do corpo se apoia no solo e desaparece pelo repouso, mas outras,

é constante. Simultaneamente ou pouco depois, instala-se tumefacção local, plantar e dorsal, a qual em alguns casos pode atingir todo o pé até ao tornozelo; esta tumefacção não se acompanha de equimose.

O diagnóstico é fácil, quando o doente é observado nos primeiros dias. Os doentes contam quase sempre que exigiram dos pés um esforço excessivo e prolongado. Este facto, associado a malformações do pé, já referidas, permite interpretar os achados radiológicos, como de uma fractura de marcha.

Pode suceder que o caso abandonado a si mesmo se conduza para a cicatrização da fractura, mas em tais casos o pé mantém-se doloroso durante algumas semanas.

As dificuldades surgem quando os aspectos radiológicos não são claros, com tumefacção óssea que leva à confusão com tumores; tal o caso apresentado, que possibilitou à doente a marcha sem dores, mediante a desarticulação da base do 2.º metatársico e secção de este pela metáfise distal, e ablação do segmento. A doente ficou apenas com ligeiro recuo do 2.º dedo, que ocupa um plano levemente superior ao dos outros dedos; a radiografia mostrou a conservação da epífise do 2.º metatársico e hipertrofia compensadora do 3.º metatársico.

A CRIANÇA PORTUGUESA, IX, 1950 — *Lição inaugural de clínica psiquiátrica infantil*, por G. Heuyer; *Novos rumos da psicologia para a orientação de crianças difíceis*, por B. Katzenstein; *Confronto do teste de Goodnough com o de Rohrschach*, por S. Cotte; *Estado actual da terapêutica psiquiátrica infantil*, por V. Fontes; *Estudo clínico-psicológico de um pequeno tirano doméstico*, por M. Schachter; *Da orientação profissional e da orientação educacional*, por R. Carrington da Costa; *Relatório de uma viagem de estudo*, por Ana Gonzalez; *Estudos de investigação psico-pedagógica*, por Alfredo Reis; *Jornais para crianças*, por J. Correia da Silva; *A actividade de Associação Internacional de Psicotécnica*, por F. Baumgarten; *Orientação profissional no Brasil*, por K. Katzenstein; *As instituições do ar livre e a formação do seu pessoal*, por E. Moritz; *O traumatismo do parto na etiologia das anomalias mentais infantis*, por A. de Melo Tavares; *O teste do desenho de Prudhommeau*, por M. I. Leite da Costa; *Incompatibilidade sanguínea nas neuro-psicopatias infantis*, por Silva Nunes; *Os testes vienenses aplicados a algumas crianças de Lisboa*, por A. Manuel Tiago; *Sobre a morfologia do córtex do lobo orbitário*, por V. Fontes; *Teste de Szondi e hereditariedade*, por A. Klijnhout; *A evolução intelectual das crianças pretas de Moçambique*, por António Augusto.

TERAPÊUTICA PSIQUIÁTRICA INFANTIL. — «Para apreciarmos o aspecto terapêutico do estado mental nas crianças dividi-lo-emos em dois grandes grupos. Acentuamos porém que esta divisão nada tem de nosológico ou etiológico, mas fazemo-la por comodidade de exposição do que vamos

dizer: 1) Psicoses, estados paranóides e epilepsia; 2) Estados de *deficit* mental e de alteração afectiva.

Quanto ao primeiro grupo, sabemos que as psicoses são raras na infância. E no referente à terapêutica, os psiquiatras desta quadra da vida aceitam para o tratamento das psicoses de tipo esquizofrénico (demência precocíssima de Heller), das ciclóides e das paranóias, o que é usado em idênticos estados no adulto. Isto tanto no que respeita ao electrochoque como ao tratamento medicamentoso. A leucotomia também tem interessado aos doentes jovens e, segundo o nosso ponto de vista pessoal, achamo-la indicada nos estados de idiotia eréctica, onde a operação, reduzindo a actividade exaltada da criança, facilita a sua assistência asilar ou mesmo familiar.

Quanto às situações ditas psicopáticas, pode afinar-se que existem hoje valiosas técnicas de observação e tratamento exclusivas da infância que permitem consideráveis êxitos nos pequenos doentes. Estamos certos que, se for possível aos psiquiatras da infância organizar extensamente estes métodos de observação e de tratamento, nos milhares de crianças que em todos os países sofrem de anomalias de conduta como reacção a influências as mais diversas, a higiene mental infantil terá dado um seguro passo em frente na profilaxia mental das populações.

O fundamento destes métodos é exclusivamente psicológico e exerce-se sobre as camadas mais profundas da psiqué infantil. Da observação passa-se à psicoterapia dentro do mesmo critério de análise psicológica em profundidade.

Justo é relembrar a contribuição enorme que os estudos de Freud trouxeram aos actuais conhecimentos psicoterapêuticos da infância, pois sem dúvida que o que hoje se faz nesse campo deriva dos princípios da psicanálise daquele autor. No entanto temos que esclarecer que não é fixado nos moldes já clássicos da psicanálise de Freud que hoje se faz a psicoterapia dos estados anómalos do comportamento infantil. Reconheceu-se a necessidade de modificar o sistema de tratamento.

Deixando portanto os raros casos de psicose infantil e voltando às alterações psíquicas já citadas de *deficit* de inteligência e de alteração do comportamento, podemos dizer que a conveniente profilaxia destes males assim como o estabelecimento em bases seguras de uma boa terapêutica, dependem primeiramente de uma perfeita e rigorosa observação da criança: idade mental e estudo das faculdades afectivas e volitivas sem esquecer as influências mesológicas (família, escola, oficina, etc.). Todo um vasto arsenal de técnica de observação que vai desde os testes mais variados à observação directa do comportamento da criança na sua vida livre, com processos os mais diversos, serve para essa observação. Daqui se deduz logo a necessidade de se criarem numerosos centros de observação, suficientemente apetrechados e um pessoal técnico especializado para este género de exames.

Quanto às situações de *deficit* intelectual, temos ainda que distinguir

AFECÇÕES ALÉRGICAS:

ANTISTINA PIRIBENZAMINA

**2 efficientísimos
preparados anti-histamínicos da Ciba**

Indicações gerais:

**Urticária, alergias alimentares
Dermatoses de origem alérgica
Corisa e asma dos fenos
Rinite vasomotora
Prurido eczematoso, exantema sérico
Hipersensibilidade aos medicamentos
Doença do soro, Choque anafiláctico**

ANTISTINA:

Frascos de 20 e de 50 comprimidos a 0,1 gr.
Caixa de 5 ampolas de 2 cc. a 0,1 gr.
Tubo de 20 gr. de pomada a 2^o/_o
Frasco com 10 cc. de soluto a 5^o/_{oo}, para aplicação local
< Antistinettes >: Tubo de 25 drageias a 25 mgr.

PIRIBENZAMINA:

Frasco de 20 comprimidos a 50 mgr.
Frasco de 100 cc. de Elixir (5 mgr. por cc.)
Tubo de 20 gr. de pomada a 2^o/_o

PRODUTOS CIBA, LIMITADA — Lisboa

CONTRA A DIARREIA INFANTIL



PECTINATO

“PASTEUR”

INDICAÇÕES

O Pectinato “Pasteur” está indicado no tratamento das diarreias agudas, tanto de origem dispéptica como infecciosa (disenterias, colites disenteriformes, febres tifóides e paratifóides). Pode, no entanto, ser empregado também nas diarreias crónicas (dispépsia crónica, diarreia da diabetes, da doença de Basedow, dos tuberculosos, etc.).

Tubo de 20 comprimidos

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

as oligofrenias dos estados demenciais. Para estes últimos, poucos são os recursos terapêuticos e dependem da etiologia respectiva (nesta altura é de lembrar a epilepsia, doença de limitados meios de cura). No caso da oligofrenia em que a situação mental é, digamos, estacionária, é possível ensinar ao oligofrênico determinados actos profissionais que, se não podem ser considerados como meios de cura, possuem o considerável valor da recuperação social, tornando-os, assim, de certa utilidade para o meio em que vivem. Os casos de mais baixo nível intelectual, os imbecis e os idiotas, espera-os o asilo como solução definitiva.

Quanto às situações de anomalias afectivas, alterações caracterológicas de comportamento, o processo de observação e a terapêutica possuem um rico material psicológico que, convenientemente manejado, leva não só ao conhecimento da situação mental da criança, como ainda permite o tratamento dos sintomas de desajustamento ao meio. Este êxito terapêutico afigura-se-nos valiosíssimo sob o aspecto social. Se, como acima dissemos, as psicoses infantis são raras, as situações de psicopatia, de anomalias de comportamento, de alteração affecto-volitiva, são frequentísimas na criança. Mais ou menos demoradas, pode afirmar-se que todo o adulto passou nas primeiras idades por situações afectivas complicadas, que uns venceram por um auto-domínio curativo, mas que noutros se fixaram em atitudes de desajustamento ao meio, com prejuízo muitas vezes irremediável e definitivo. Estas circunstâncias valorizam extraordinariamente a psicoterapia curativa destes estados na criança, circunstância a que não se tem dado o merecido relevo em matéria de Higiene e Profilaxia mentais.

Para a boa compreensão desta observação e tratamento psicológicos há que levar em conta, como bem se compreende, o valor dos sintomas. Na verdade, observando o comportamento do psicopata, da criança em fase de reacção affectiva desajustada, não encontramos aquilo a que poderemos chamar *um grande sintoma*. O desajustamento ou a psicopatia realizam-se por um conjunto de «pequenas coisas», de pequenas reacções, de pequenos actos e atitudes que examinadas isoladamente, uma a uma, pouco se afastam do comportamento da criança normal. O psicopata nas suas brincadeiras com os companheiros tem um comportamento muito semelhante ao normal em diversos passos do seu jogo; mas lá vem, intempestivamente, uma atitude ilógica, estranha, uma agressão fora de propósito, uma inibição que vai além da vulgar timidez infantil, um medo ou uma cólera que chegam ao paroxismo, etc. São, na verdade, pequenos sintomas a que os psicólogos chamam os *micro-sintomas*. Estes traduzem-se, não só na anomalia de conduta, como nos sintomas corporais os mais diversos; enurese, encoprese, vícios infantis, etc., e atingem, por vezes, o comportamento social mais extensamente: furtos, agressões, fugas, etc.

É contra todo este conjunto de actos de desajustamento que a psicoterapia infantil possui, hoje, valiosos recursos. A base dessa terapêutica está em dar ao jovem a possibilidade de exercer livremente, de «descarregar» os conflitos recalçados que o levam ao comportamento anómalo,

«proveitando o significado realista (e animista) que dá aos seus jogos e brincadeiras.

Todos sabem que as crianças «brincam a sério». Quando elas brincam aos «polícias e ladrões», sentem-se, realmente, investidas no papel que desempenham e vivem com intensidade afectiva o drama psicológico que representam. Quando a criança brinca com os bonecos e lhes atribui o significado de determinados personagens, fala com eles e procede como se de facto se tratasse das próprias pessoas que representam. Ora, é aproveitando esta verdade psicológica que os técnicos foram levados aos modernos processos de observação e tratamento.

Uma criança brinca com vários bonecos: este representa o pai, aquele a mãe, o outro o irmão, ela própria aqueloutro, etc.; o jogo passa-se dentro das suas situações afectivas em relação aos personagens verdadeiros. E, durante o jogo, durante a brincadeira, o pai bate no irmão ou bate nela própria, conforme o problema psicológico afectivo que domina a sua afectividade íntima.

É dentro deste critério psicológico que é possível conhecer o que uma criança sente e pensa dos pais, dos irmãos, dos professores, dos companheiros de escola, dos criados, etc.; para isso dêem-se-lhe muitos bonecos para a mão, deixemo-la realizar e interpretar livremente a pantomina (isto evidentemente dentro de umas certas normas protocolares da experiência) e em breve ela mostrará, no seu jogo, a pessoa de quem gosta, a que detesta, a que lhe é indiferente, etc.

O chamado «guignol» ou «fantoques», constitui um dos meios mais úteis para conhecer a vida afectiva da criança com os seus numerosos conflitos. Trata-se de bonecos de trapo, representando homens, mulheres, crianças, velhos, diabos, etc., com que a criança brinca livremente. E se esta prática vale para a observação, é também preciosa para a terapêutica.

É sabido que o indivíduo cria nas primeiras idades complexos de amor e de zanga para com quem o cerca, mais vulgarmente, os pais. Dentro e fora das teorias psicanalíticas, todos os técnicos sabem que assim é. E se à criança é permitida a livre manifestação de ternura, de amor pelo pai ou pela mãe, não o é igualmente consentida no referente à zanga (às vezes mesmo ódio), por algum deles. Daqui resulta uma cólera contida, um sentimento de agressividade pronto a exercer-se, altamente prejudicial para o comportamento infantil que, mesmo ocultando a exteriorização desse sentimento, não poderá deixar de se conduzir por ele.

Ora, se nós deixarmos a criança brincar com os seus bonecos e exercer livremente o seu amor e o seu ódio nesses mesmos bonecos que representam, este o pai, aquele a mãe, etc., nós vemos que ao passo que acarícia e trata com a maior ternura aquele que ela ama, maltrata, agride, escangalha e rasga o que odeia. É preciso, na verdade, ter feito sessões destas com as crianças com perturbações afectivas e ver o rancor que põem na agressão, na violência dessa agressão para o boneco que representa o personagem odiado! As situações de perigo em que o põem, o

ridículo como o tratam e como se riem com o mal que lhe fazem... É uma verdadeira satisfação de um desejo interiorizado, é a libertação de uma força oculta e profunda que vivia dentro do seu espírito em formação. É uma verdadeira catarse afectiva...

E, como acima dissemos, como a criança brinca a sério, a criança que detesta o pai, bate-lhe (no boneco que o representa), atira-o fora, destrói-o, liberta-se dele! E as frases de «bater no pai», «matar o pai», que se devem deixar dizer livremente, aparecem com frequência nas bocas dos pequeninos nevrosados.

O que se passa com o chamado «guignol» infantil, passa-se, de uma maneira idêntica, com o desenho livre, com a pintura livre, modelação, em que a criança desenha, pinta e modela os intérpretes dos seus dramas psicológicos, representando as cenas tal como as sente perante os personagens reais.

Se a criança fizer estes jogos, estas brincadeiras um número considerável de vezes, acaba por se libertar desses mesmos complexos que «realizou» com os personagens fictícios dos seus bonecos. E desde que esta terapêutica seja acompanhada por uma educação e devido esclarecimento da atitude dos pais para com os filhos, o sucesso de cura é seguro!

Outra técnica usada na psicoterapia infantil é o «psicodrama», adaptado às crianças, diferente portanto do que foi imaginado pelo seu criador, o psiquiatra Moreno. É, em regra, uma psicoterapia colectiva em que entram algumas crianças (sumariamente em número pequeno, 3 ou 4) e o psicoterapeuta. Dando toda a iniciativa às crianças a observar e a tratar, elas decidem «ir brincar» a qualquer coisa: aos policiais e ladrões, aos comboios, aos jantarinhos, etc. O psicoterapeuta participa, de uma maneira activa, na brincadeira, aceitando o papel que lhe é destinado. O papel do psicoterapeuta está, apenas, em observar o que se vai passando, sem tolher qualquer iniciativa das crianças. O decorrer do psicodrama faz-se com mais ou menos pormenores e o psicoterapeuta participa nele, cumprindo bem o papel que lhe coube e no fim, não é raro as crianças (quando não o psicoterapeuta!) aparecerem sujos, rotos, pintadas as caras e os fatos, e com os seus arranhões ou nódoas negras, pelas agressões sofridas. É, digamos, a brincadeira feita com os fantoches, mas com personagens vivos, o que lhes dá maior realismo e intensidade afectiva.

Esta norma, bastante usada nos centros de reeducação psíquica, tem-se mostrado também de grande valor terapêutico, pois age como uma catarse, uma libertação de situações simbolizadas em personagens diferentes, mas... «mais ao vivo».

Finalmente, vimos recentemente no Instituto de Psicologia, dirigido pela Dr.^a Lowenfeld, em Londres, outra prática psicoterapêutica que era o que a A. chama «The little world». Dá-se à criança um tabuleiro com areia e uma grande variedade de pequenos bonecos representando homens, mulheres, crianças, casas, moinhos, pontes, árvores, carroças, automóveis, comboios, bichos diversos: animais domésticos e selvagens, etc., etc.,

e deixa-se que ela realize dentro do tabuleiro com aqueles bonecos, o seu «pequeno mundo». E a criança cria um conjunto de cenas, onde, por vezes, aparecem as situações mais estranhas que são a representação dos seus complexos íntimos: batalhas com mortos e feridos, atropelamentos, feras matando homens, mulheres e crianças, ao lado de outras cenas com homens, mulheres e crianças, que gozam, por exemplo, as delícias de uma quinta cheia de jardins, de arvoredo, de automóveis e animais em atitudes pacíficas, verdadeiros paraísos. E este boneco representa o pai, aquele a mãe e estoutro uma avó que o neto não tolera, outra de que ele gosta por lhe fazer todas as vontades... quer dizer, é o seu pequeno mundo de fantasia, em relação com a verdade que ela vive no seu foro mais íntimo.

E da mesma que no «guignol» e no «psicodrama», a criança «mata» quem detesta, libertando-se dos seus «julgados inimigos», em effigie, põe em grande deleite aquele que ama, simbolizando assim, de forma bastante concreta, seus desejos mais íntimos. — »

O TRAUMATISMO DO PARTO NA ETIOLOGIA DAS ANOMALIAS INFANTIS. — Os partos distócicos, pelos traumatismos, mais ou menos intensos, a que dão lugar, produzem no recém-nascido uma série de lesões entre as quais se destacam as hemorragias intracranianas, com todas as suas consequências sobre o cérebro.

O presente estudo repousa no inquérito sobre as condições em que se deram os partos de 1.000 crianças anormais frequentadoras da consulta do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira; apurou que em 248 (24,8 %) houve traumatismo obstétrico, com nascimento em estado de morte aparente em 213 casos.

As situações em que se encontravam as 248 crianças estudadas eram as seguintes: insuficiências de inteligência — 185 (74,6 %), sendo 131 débeis mentais, 87 imbecis, e 17 idiotas; de essas 248 havia 142 (57,3 %) que apresentavam lesões neurológicas, e 45 (18,15 %) tinham alterações da afectividade (perturbações da personalidade, instabilidade psico-motora, complexo de irresolução, enurese). Nessas 248 crianças apuraram-se várias disfunções endócrinas: 21 casos de atraso do desenvolvimento sexual (8,47 %), 4 de síndromas tiro-hipofisários (1,61 %) e 2 de mongoloidismo (0,81 %); ou seja um total de 26 casos (14,9 %).

Para termo de comparação, o A. procurou a existência de traumatismos obstétricos em 1.000 fichas de crianças consideradas normais, e encontrou-a apenas em 30 casos, ou seja em 3 %; o que mostra bem a grande importância de este factor de anormalidade psíquica.

JORNAL DO MÉDICO — N.º 437 (9-VI-1951): *Profilaxia da tuberculose*, por Jaime Ferreira de Carvalho e João Guimarães de Carvalho. N.º 438 (16-VI): *Medicina legal, seus problemas e sua técnica*, por Santana Rodrigues; *Linfoepitelioma primitivo da naso-faringe*, por Gil da

Costa Filho; *O enxerto da córnea pode restituir a vista a milhares de cegos*, por Jean Claude Brard. N.º 439 (23-VI): *Um caso de dor reflexa*, por Oliveira Santos; *Estudo da personalidade humana*, por Lopes Parreira. N.º 440 (30-VI): *Difteria, diagnóstico e tratamento*, por A. César Anjo; *Manifestações cardíacas beribéricas*, por Dutra de Oliveira.

PROFILAXIA DA TUBERCULOSE. — Trabalho de medicina escolar, do qual resumimos, por ser de mais largo interesse na clínica geral, a parte relativa à variabilidade da alergia, e em especial depois da vacinação.

Ao contrário do que sucede na cobaia, em que a infecção experimental provoca forte estado alérgico que progressivamente se atenua à medida que a doença caminha para a cura, extinguindo-se com esta, na infecção do homem a alergia mantém-se durante muitos anos, até mesmo à velhice; a explicação está em que, vivendo em meios infectados, o indivíduo está a receber frequentemente bacilos, pois quando passa a viver em condições de não ser por eles atingido perde-se a alergia.

Fazendo reacção à tuberculina com diluições fracas (1/100 a 1/1.000), médias (1/10.000) e fortes (1/100.000 a 1/1.000.000), nos alunos do Liceu e da Escola Técnica, ficaram com a impressão de que alguma relação existe entre a tuberculose-doença e a sensibilidade a fortes diluições. Também, através de um ano, nos que com as provas cutâneas reagiram levemente, se deu a perda total da sensibilidade alérgica, ao passo que esta se manteve quase sempre nos que apresentaram fortes reacções; a perda da sensibilidade efectua-se gradualmente no decurso de 3 a 4 anos. Pelos 13 anos de idade há um predomínio de reacções fortes, denunciando enfraquecimento da resistência à infecção. Foi elevado, de perto de metade, o número dos que reagiram a fracas diluições da tuberculina, e neles encontraram-se alguns casos de doença em fase evolutiva.

O estudo da evolução da alergia post-vacinal ao fim de 18 meses mostrou que em 27 alunos observados se deu perda total da sensibilidade à tuberculina em 18, isto é em 66 %, e o referente a 51 alunos vacinados há 12 meses mostrou essa perda em 12, ou seja em 21 %; parece, pois, que a alergia post-vacinal desaparece em rápida progressão, o que conduz à necessidade de fazer provas tuberculínicas a intervalos pequenos, e consequentemente as revacinações. Houve 4 alunos, vacinados em um ano, que apresentaram sensibilidade à tuberculina muito diluída; o seu exame radiológico mostrou sinais de ter havido infecção que evoluiu benignamente.

CADERNOS CIENTÍFICOS — II, N.º 6 (Março de 1951): *Fisiopatologia e clínica do folículo ovárico*, por Joaquim Fontes; *Fisiopatologia e clínica do corpo amarelo*, por Castro Caldas; *Tumores do ovário*, por Freitas Simões; *Radiodiagnóstico das afecções endócrinas*, por Abreu Saldanha; *Psiquiatria e endocrinologia*, por Diogo Furtado.

PSIQUIATRIA E ENDOCRINOLOGIA. — Nesta lição do curso de endocrinologia (cujas lições já em parte foram publicadas no Número anterior), o A. expõe os estados de *deficit* mental e as psicoses relacionadas com as disendocrinias, e de passo versa um assunto de actualidade, qual seja o da produção de psicose devido à excessiva administração de hormonas.

«Este tipo de psicose tem sobretudo um interesse teórico, digamos heurístico, visto que nos é possível produzir, por intermédio de substâncias hormonais, psicose a cuja evolução e cura nós podemos assistir. Não só como finalidade de estudo, mas como documento patogénico, estes factos têm uma importância teórica fundamental. Já de há muito se sabia que a administração exagerada de determinadas hormonas era susceptível de levar até a perturbações de tipo neurótico ou mesmo psicótico. A administração exagerada de hormonas gonadotrópicas leva, como é fácil observar na prática diária, a estados de irritabilidade, de excitação psicomotora, com insónia, mal-estar geral, sensação de tensão interna, etc. As grandes doses de foliculina, dadas com fins abortivos, produzem frequentemente quadros deste tipo. Também a tiroidina provoca, em grandes doses, fenómenos nervosos. Já Falta acentuara este facto, que muitos autores têm confirmado. A administração exagerada de tiroxina conduz não só a estados de nervosismo, com acentuação dos tremores, angústia, mal-estar geral e insónia, como a verdadeiros estados psicóticos, constituídos por quadros de excitação maníaca, com logorrea exagerada, fuga ideativa, insónia absoluta, tendência para a acção e movimento, e mesmo ao aparecimento de alucinações.

«Outra substância hormonal que ultimamente entrou no campo da prática clínica, e que se provou capaz também de produzir perturbações psíquicas, foi a nova hormona adreno-córtico-trópica hipofisária. Como se sabe, nos últimos anos as investigações levadas a efeito por autores americanos mostraram a extraordinária eficácia de certas hormonas córtico-supra-renais, conhecidas com o nome de cortisone ou *compound E*, sobre determinadas formas de poliartrite crónica. Veio mais tarde a demonstrar-se que a hormona adreno-córtico-trópica hipofisária tinha idêntica acção sedativa das poliartrites crónicas. Ora a administração desta hormona adreno-córtico-trópica hipofisária, conhecida com a abreviatura de ACTH, é capaz, ao fim de prolongado tempo de administração, de produzir fenómenos psicóticos. Com efeito, submetidos durante mais de 20 dias consecutivos os doentes a largas doses de ACTH, foi possível observar a existência de sintomas psicóticos de tipo catatónico, com rigidez plástica muscular e fixação das atitudes acompanhadas de erros psico-sensoriais e até de períodos delirantes. A origem hormonal deste quadro psicótico não admite dúvidas: provém da dose excessiva de uma hormona hipofisária, que actua provavelmente não só apenas sobre o córtex supra-renal, como também estimulando os centros hipotalâmicos.

«Estas psicoses provocadas por doses excessivas de ACTH curam pela suspensão da droga ao fim de certo tempo, e curam também, facto curioso,

com a aplicação de alguns electrochoques. Salomon, numa lição recente, punha em relevo a importância teórica destes meios de produzir psicoses. Pela primeira vez, nós dispomos realmente de uma substância que, actuando sobre as glândulas endocrínicas, vai produzir mais ou menos directamente sintomas mentais com características idênticas aos que se observam nas psicoses espontâneas do homem. A importância deste facto, para o estudo das psicoses, dos seus mecanismos de provocação e da sua sintomatologia, é desnecessário encarecê-la.»

O MÉDICO. — N.º 20 (5-VI-1925): *A necessidade do «humanismo» em medicina*, por Amílcar Moura; *Sobre o diagnóstico e terapêutica da angina pectoris*, por J. Moniz de Bettencourt; *Psicologia e casamento*, por M. Azevedo Fernandes; *O valor do diagnóstico polidimensional da escola Ernst Kretschmer para a psiquiatria*, por Gerhard Koch; *Um pouco de doutrina*, por Silva Leal; *Alcateias de lobos descem ao povoado*, por José Crespo; *Algumas considerações ao § 2.º do artigo 21.º do Decreto-lei n.º 32.191*, por Nicolau J. Ferreira Gonçalves. N.º 21 (25-VI): *Função social da profissão médica*, por Américo Pires de Lima; *Hipertensão craneana*, por Diogo Furtado; *Algumas considerações sobre o exercício da radiologia em Portugal*, por Fernandes Ramalho; *Por terras de Castelo de Vide*, por Silva Leal.

HIPERTENSÃO CRANIANA. — As suas causas podem ser de natureza tumoral, infecciosa, vascular, traumática, ou de variadas causas gerais. Os tumores que tem a sua sede na proximidade do sistema ventricular e das vias de drenagem do líquido dão hipertensão mais precoce e grave do que a dos situados noutro qualquer local. Os processos inflamatórios, desde a meningite serosa ligada às afecções do ouvido até às tromboflebitides dos seios venosos do crânio e às encefalites e meningites, provocam hipertensão, que em diversas circunstâncias é a causa da principal sintomatologia que os doentes apresentam. Há quadros de hipertensão consecutivos aos insultos apoplécticos, como os há nas hemorragias meníngeas e na doença de Bürger. Mais importantes, porém, são as causas traumáticas, mormente quando o traumatismo ocasiona compressão, devida à aracnoidite, à terrível complicação que é o edema cerebral, a hemorragias e hematomas, a hérnias cerebrais. Finalmente, a encefalopatia que com frequência aparece no decurso da hipertensão arterial, os edemas cerebrais agudos das doenças infecciosas e das intoxicações, são, além de outras de menor vulto, causas de hipertensão craniana.

O mecanismo produtor da hipertensão varia com a sua causa. Assim: os tumores bloqueando as comunicações dos espaços que contém o líquido; a compressão das veias e as lesões dos troncos venosos, juntando aos seus efeitos os do edema passivo, e o edema activo provocado por uma hipertensão intensa e brusca. A hipertensão arrasta consequências várias: bloqueio funcional de tecido nervoso, aumento da secreção do líquido, hérnias

mecânicas intracranianas, desequilíbrio das tensões ventricular e cisternal, colapso.

Os sintomas da hipertensão podem dividir-se em 3 ordens, consoante a sua importância. Vem em primeiro lugar: cefaleias, estase papilar, alterações electroencefalográficas. Em segundo lugar: vômitos, bradicardia, diplopia, alterações psíquicas e do próprio crânio. Em terceiro lugar: vertigens, bocejos, soluços, crises epilépticas, hipertensão arterial e sintomas vegetativos pré-terminais. As cefaleias são o sintoma mais constante e devem-se, não às alterações da massa cerebral, insensível, mas à deslocação e conseqüente traumatismo das artérias e das veias; a estase é muito frequente na hipertensão, principalmente na de causa tumoral. Os vômitos são sintoma vulgar nas hipertensões por lesões situadas na fossa posterior que também dão bradicardia, sintoma muito importante para revelar a hipertensão num traumatizado do crânio; a diplegia aparece sobretudo nas hipertensões tumorais de evolução lenta; as alterações psíquicas da hipertensão incidem sobre a inteligência e sobre a afectividade, com quadros variados; as alterações da caixa craniana, que a radiografia mostra, são clinicamente perceptíveis na criança, quer pela abertura das fontanelas, quer pelo ruído de vaso rachado que dá a percussão de um crânio hidrocefálico. Vertigens, bocejos, soluços são fenómenos muita vez observados, assim como as crises de epilepsia; e na fase que precede a morte vêm os sintomas de descompensação circulatória, respiratória e vegetativa geral de aspectos variados segundo os casos. Da gradação dos sintomas e da sua intensidade, relacionando cada um de eles com a mais provável etiologia, da natureza dos factores e sua localização, tirará o clínico os elementos em que baseará o seu diagnóstico de hipertensão craniana e da causa que a produziu.

LIVROS E OPÚSCULOS

FRANCISCO SANCHES, MÉDICO, por Luís de Pina. (Separata da Revista Portuguesa de Filosofia, VII, 2, 1951).

Apreciação da obra de um médico, que nascido em Braga em 1550 foi professor em Tolosa, e ali honrou Portugal e a ciência médica, e do qual se não encontra menção nos tratados de história da medicina, nem como português nem como espanhol, «nem sequer como precursor de uma corrente filosófica notável, de altíssimo valor na condução das investigações biológicas, e da dúvida metódica e de experimentalismo, em que havia de notabilizar-se mais tarde a figura de Renato Descartes e de outros, que na mesma escola agitavam seu cepticismo e sua sede de verdade, antagónica da ditadura dos textos». Comentando esta faceta notável do filósofo, o A. destaca o quanto nesta senda caminhou Garcia de Orta, antes de Sanches; e critica a obra médica de este, inferior ao seu aberto espírito, pois, apesar de interessantes considerações de ordem pedagógica e filo-

7 Laboratório Ulzurrun, L.^{da}



FÓRMULA:

Sulfato de Efedrina	0,15 grs.
Fenobarbital	0,04 >
Aminofilina	0,20 >
(por comprimido)	



FÓRMULA:

Difenil-Hidantoinato Sódico	0,30 grs.
Ácido Feniletilbarbitúrico	0,05 >
Gluconato de Cálcio	0,20 >
(por comprimido)	

Outros produtos do LABORATORIO ULZURRUN, L.^{DA}

ACETAROL
 ADETRAT
 BÊDÔZETRAT
 DERMOTRAT
 FERRO-FOLICOTRAT
 FOLICOTRAT
 HEPAFOLICOTRAT
 HEPARNOVINA
 HEPATRAT
 HEPATRAT FORTE
 HEPATRAT C/ ARSÉNICO
 HEPATRAT C/ VITAMINAS
 HEPATRAT BÊDÔZE
 NUCLEOTRAT
 OMNIVAL
 PILOTIMOL
 RUTINOTRAT
 TEBETRAT
 TIAZOTRAT
 TIMÚTERO
 VOMIPAX

REGISTO DE LIVROS NOVOS

ERIC WITTKOWER — **A psychiatrist looks at tuberculosis.** 152 págs. (The National Association for the Prevention of Tuberculosis, London, 1949 — Enc. 7 s.).

As influências mútuas da tuberculose e do estado psíquico dos indivíduos afectados são estudadas nesta monografia, excelentemente. A sua leitura é deveras interessante, porque o assunto está exposto com minúcia assente em exemplos, considerando as situações sociais, económicas e familiares, tanto como as modalidades evolutivas da doença e o ambiente em que se efectua o tratamento.

EDMOND DOUMER — **Les principes de l'électrocardiographie.** 130 págs. com 68 figs. (Masson, Edit., Paris, 1950 — 500 fr.).

Quem quiser inteirar-se de que é a electrocardiografia, e de como se servir de este procedimento de diagnóstico, encontra neste livrinho, escrito com competência e clareza por um professor de clínica, um seguro guia. Cuidada bibliografia chama a atenção do leitor para o estudo de particularidades no texto referidas.

JACQUES BARBIZET — **Les céphalées vasculaires.** 124 págs. (G. Doin, Edit., Paris, 1950 — 500 fr.).

Na génese das cefaleias é muita vez dominante o papel dos vasos cerebrais. Esta monografia estuda-o pormenorizadamente. Recordando os dados clássicos sobre os vasos cerebrais e sua inervação, dedica capítulos à cefaleia histamínica, à enxaqueca, às cefaleias com perturbações vaso-motoras da face e às com lesões vasculares, e finalmente à parte vascular de outras algias crânio-faciais.

F. VIALA & J. A. HUET — **Traitement de la stérilité involontaire.** 64 págs., com 13 gravs. (G. Doin, Edit., Paris, 1950 — 220 fr.).

Colaboração frutuosa de um cirurgião com um endocrinologista. Pequena monografia, sem exposições de molde clássico, nem bibliografia, dirigida directamente ao clínico, para lhe indicar, concisa e metódicamente, as causas

tratáveis da esterilidade e os meios, médicos ou cirúrgicos, a empregar para a sua remoção.

L. GRANDMAISON & PIERRE MARTIN — **Les cellulites.** 148 págs., ilustr. (G. Doin, Edit., Paris, 1949 — 280 fr.).

O subtítulo desta monografia é expressivo: Suas causas, suas manifestações clínicas, seu tratamento. O assunto é delicado, por ser campo no qual há imprecisões frequentes e contender com problemas de patologia geral ainda em estudo. Os autores procuraram, e conseguiram, apresentar uma revisão do tema que abrange todos os aspectos teóricos e práticos, com concisão e clareza, sem sobrecarga bibliográfica.

R. FONTAINE, P. FRANK & G. STOLL — **La chirurgie des surrénales.** 190 págs., com 25 figs. (Masson, Edit., Paris, 1950 — 850 fr.).

Baseados na literatura sobre o assunto e na experiência pessoal de 83 intervenções sobre a glândula suprarrenal, os autores de esta monografia, depois da recordação da anatomia e fisiologia respectivas, descrevem as intervenções nos seus diversos tipos, e expõe as indicações operatórias e os resultados da cirurgia. Bibliografia atualizada.

JACQUES LECOEUR — **Les maladies des bronches.** 608 págs., com 240 figs., encad. (Vigot Frères, Edit., Paris, 1950 — 3.300 fr.).

Exposição de anatomia, fisiopatologia, clínica e terapêutica. Depois de recordar a anatomia, trata das obstruções brônquicas e das perturbações de secreção, fio condutor da compreensão dos diversos estados patológicos, que, a seguir aos métodos de exame, são descritos sucessivamente: bronquites, tumores, compressões extrínsecas, tuberculose, dilatações, quistos bronco-génicos, etc. Todo o livro foi escrito, não com o carácter de exposição didáctica assente em bibliografia, mas com base na experiência pessoal do autor, servindo-se das suas observações clínicas, que documenta com numerosas figuras, que as valorizam. Leitura interessante e elucidativa.

sófica de penmeio com as suas observações clínicas, foi mais comentador dos antigos textos, à moda do tempo, do que renovador de doutrinas.

TRABALHOS DO LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E PATOLOGIA GERAL DA FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO. (Tomo VII — 1949-50).

Mais um volume formado pelas separatas de 25 trabalhos publicados em revistas médicas, já referidas ou a referir na nossa secção «Movimento Nacional»; como os anteriores tomos mostra bem a notável actividade de este centro de estudos.

PALAVRAS... LEVA-AS O VENTO, por M. da Silva Leal. (Porto, 1951).

Neste volume enfeixam-se 10 crónicas que em revistas médicas o A. publicou sobre a momentosa questão da medicina colectiva e da modalidade que oferece em Portugal; contribuição de crítica construtiva para a solução de um problema do mais alto interesse para a medicina e para os que a exercem.

A VERDADE BASTA..., por M. da Silva Leal. (Porto, 1951).

Colectânea de uma polémica jornalística, sobre atitudes em referência à socialização da medicina.

CENTRO DE CARDIOLOGIA MÉDICO-SOCIAL DE COIMBRA. (Op., Coimbra, 1951).

Relatório das actividades do Centro em 1950, escrito pelo Prof. João Porto, seu director, no qual insiste pela criação do Instituto de Assistência Nacional aos Cardíacos; anexo, o relatório das actividades sociais da instituição subscrito pela assistente social, Maria da Luz Sanches Pinto.

RELATÓRIO DA GERÊNCIA DE 1949, DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA, por Emílio Faro. (Lisboa, 1950).

Compendia muitos elementos estatísticos de grande valia para quem se interesse pelos assuntos de administração hospitalar.

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

Coramina na reanimação do recém-nascido

ALONSO SANTAMARIA, baseado na prática de 225 casos de asfixia do recém-nascido, diz que a amida do ácido nicotínico conhecida pelo nome comercial de coramina, injectada na veia umbilical na quantidade de 1 cc., é procedimento altamente eficaz como adjuvante no tratamento da apneia, pois actua como enérgico estimulante das funções circulatória e respiratória. Deve usar-se sistematicamente para a reanimação do recém-nascido, e tem-na empregado quando há ameaça de apneia, como meio profiláctico, com sucesso. (*Medicina Clínica*, Abril de 1950).

A papaverina nas afecções cardio-vasculares

Em *Revista Clínica Española* (17-XII-1950), CENTENERA FONDON passa em revista a farmacodinamia da papaverina e consequentes aplicações na clínica. Por menos vulgarizadas, indicam-se aqui as relativas às afecções do aparelho circulatório.

A sua acção vaso-dilatadora estende-se até às coronárias e dela aproveitam todos os estados em que há contracção espasmódica; tem uma acção depressora sobre o sistema de condução intracardiaca, provada pelo bloqueio auriculo-ventricular e interventricular, quando empregada em altas doses. As doses fortes, de meio grama (como se provou em ensaios feitos em alienados) provocam embotamento e sonolência; por via venosa a papaverina produz passagem baixa da tensão arterial, evitável administrando-a em gota-a-gota. A via oral é a mais usada, mas a droga pode dar-se por via muscular ou rectal.

Na angina de peito, Elek e Katz adoptam a dose de 10 centigr. quatro vezes por dia, às refeições e ao deitar, ou a mesma dose por via venosa, de 3 em 3 dias; não observaram sinais de habituação, em tratamentos prolongados durante meses. Dopfel e Kutschera chegam a dar 30 centigr. por dia, de uma só vez, sem acidentes.

No enfarte do miocárdio, a dilatação das coronárias permite o mais fácil estabelecimento da circulação suplementar por novas vias, facilitando assim a irrigação do órgão. A dose deve ser suficiente, tal como para outras situações em que a droga está indicada; os insucessos devem-se à deficiência da dose aplicada. Neste caso, por ser medicação de urgência, há que empregar a via endovenosa, com 10 centigr. em soro fisiológico, injectando-se lentamente, de preferência gota-a-gota; e repetindo-se a dose passadas horas.

Nas perturbações do ritmo, extra-sístoles, fibrilação auricular, flutter crónico, taquicardia paroxística supraventricular, emprega-se por via oral, podendo a dose diária chegar a 1 gr. e mais, segundo os casos, repartida por 4 doses parciais, como ficou indicado para a angina de peito. Tem vantagens sobre a quinidina, porque não dá fenómenos de intolerância, não deprime o miocárdio quando as doses não são excessivas, e tem maior margem de segurança quando é preciso administrá-la por via venosa. Tem indicação preponderante na arritmia extra-sistólica da insuficiência coronária, porque a supressão do ritmo anormal elimina um dos factores predisponentes para a angina de peito e para a taquicardia paroxística.

As crises de espasmo vascular encefálico, da encefalopatia vascular hipertensiva ou arteriosclerótica, da encefalopatia saturnina, da uremia, da eclampsia, beneficiam com a papaverina nas doses já mencionadas, que andam à roda de 30 centigr. por dia, podendo aumentar-se como já foi dito.

A utilidade na embolia pulmonar, cerebral, retiniana ou periférica, tem-se mostrado com evidência. Quando as embolias são acompanhadas por alterações do ritmo, a via venosa, em gota-a-gota, deve ser a preferida. Na embolia pulmonar, Collins obteve bons resultados, dando 3 centigr. de hora a hora; Takats associa-lhe a atropina (1 miligr.), para com ela inibir os reflexos de origem vagal, entre os quais figura a constrição coronária. Como se trata de uma situação de urgência quase sempre, procura-se obter efeito rápido, que será tanto mais útil quanto mais precocemente for administrada a droga; mas é preciso continuar até que a cirurgia possa intervir, ou, nos casos em que esta é irrealizável até que o exame clínico, pelos dados do pulso, do oscilómetro e da temperatura da pele, mostrem ser já inútil a persistência. A urgência levou Leiner a aplicá-la por via arterial, nas doses usadas para a via venosa. Para que da medicação, aliás como nas outras indicações, se colha o benefício desejado, é preciso renovar a aplicação cada 3 a 4 horas, que é o período de duração do efeito vaso-dilatador.

Os riscos da gastroscopia

AVERY JONES, R. DOLLE, C. FLETCHER & H. W. RODGERS procederam a um inquérito sobre os perigos mortais da gastroscopia, tendo respondido 40 gastroscopistas, e reunido assim os depoimentos respeitantes a 49.000 exames. Coleccionaram 75 acidentes graves, com 32 mortes. (*The Lancet*, n.º 6.656, 24-III-1951).

Em dois terços dos acidentes, 54 casos, tratou-se de perfurações do esófago, na maioria na parte superior; quase todas se deram usando-se o gastroscópio de Herman Taylor e foram mais frequentes em mulheres com mais de 50 anos; para estas o risco é 9 a 10 vezes maior do que nos homens da mesma idade, e esta diferença de comportamento observa-se também nas mulheres jovens, nas quais os riscos são umas 30 vezes maiores do que nos homens jovens. Nos indivíduos em que é de temer uma perfuração e sobretudo nos indivíduos idosos, é mais recomendável usar o gastroscópio de Wolf-Schindler.

Com a introdução na terapêutica da penicilina grande número de perfurações curam sem intervenção operatória; mas nos casos de grande perfuração do esófago inferior, é preciso operar com urgência. A perfuração do estômago raramente foi observada.

Contaram-se seis acidentes devidos à anestesia, com 5 óbitos, dos quais 4 foram atribuídos a excesso da anestesia local.

Sobre o acetato de cortisona por via oral

O emprego da via oral para a administração da cortisona tem evidentes vantagens, pois subtrai o doente à repetição de injeções, necessária no tratamento de doenças crônicas, em que o medicamento só transitóriamente melhora. Entre os trabalhos recentemente publicados sobre este assunto, resume-se aqui o de E. W. BOLAN & N. E. HEADLEY (*J. American Med. Ass.*, 6-1-1951), relativo a 23 doentes de artrite reumatóide.

Os resultados foram evidentes em todos os casos, menos num; a actividade da moléstia e suas manifestações reumáticas sofreram redução notável. Com altas doses iniciais, as melhoras foram semelhantes às que se obtêm com a administração por via intramuscular, com efeitos ainda mais rápidos, mas mais fugazes. Não foi possível determinar a relação a adoptar entre as doses por uma ou outra via; em dois doentes a dose eficaz foi sensivelmente igual para as duas vias, mas em onze doentes foi preciso empregar, por via oral, doses superiores, de um quinto a um terço, às usadas por injeção. A ingestão do acetato de cortisona não provocou incómodos gastro-intestinais; num doente houve acidentes hormonais desagradáveis.

A actividade da medicação por via oral torna perigosa a vulgarização de este processo terapêutico, por conduzir ao seu emprego discriminado, abusivo, com possibilidade do aparecimento das graves consequências do uso da cortisona sem regra e sem fiscalização. Por isso devem os médicos ter o cuidado de, ao receitá-la, ditarem as normas da sua utilização e vigiarem atentamente o doente, mostrando-lhes os riscos que pode trazer a falta de essa vigilância.

A quinidina na fibrilação auricular

Depois de tentativas experimentais, M. J. GOLDMAN chegou ao seguinte método de administração da quinidina: Após uma prova de sensibilidade com 0,2 gr., principia-se com a dosagem de 0,2 gr. cada 2 horas, até completar 5 doses. No segundo dia, cada dose é elevada a 0,4 gr., e no terceiro dia a 0,6 gr. A seguir mantém-se esta última dose durante três dias. Se a fibrilação ou taquissístolia ainda persistem, aumenta-se a dose para 0,8 gr. Eventualmente, dá-se uma dose à meia-noite, para manter alta concentração sanguínea.

É essencial que o médico verifique as condições do paciente antes de cada

elevação da dose de quinidina, pesquisando sintomas de toxicidade e registrando cuidadosamente o número de revoluções cardíacas, seu ritmo, e a pressão sanguínea. Presentemente os teores de quinidina do sangue estão sendo determinados ao tempo do aparecimento da taquissístolia auricular e da conversão ao ritmo sinusal regular; tais determinações foram feitas, até a data, em número demasiado pequeno para justificar a sua inclusão neste estudo.

Após conversão ao ritmo normal, varia consideravelmente a dose de manutenção necessária. Na média dos pacientes, 0,4 gr., quatro vezes por dia, mantém um ritmo sinusal regular. Como resumo da sua experiência (*American Heart J.*, Julho de 1950) o A. diz:

1.º A taquissístolia auricular é um resultado comum da administração de quinidina para converter a fibrilação auricular em ritmo sinusal normal.

2.º O aparecimento de taquissístolia auricular não contra-indica, por si só, a continuação do tratamento com quinidina. Na maioria dos casos, se se mantém ou se aumentam as doses de quinidina, ocorre a conversão ao ritmo sinusal regular.

3.º A dilatação cardíaca e a insuficiência cardíaca congestiva não são, por si sós, contra-indicação ao tratamento pela quinidina. Ainda persiste a possibilidade de fenómenos embólicos, mas como estes ocorrem até com mais frequência se permanece a fibrilação auricular, não se podem considerar contra-indicações absolutas.

Tratamento pelo sono da úlcera duodenal

Com este título saiu em *The Irish J. of Medical Science* (N.º 301, Jan. de 1951) um artigo de M. DILLON, que foi resumido por Robert Clement na «*Presse Médicale*», da seguinte maneira:

Perguntou-se se não se obteriam melhores condições para a cura de uma úlcera desde que se suprimisse toda a excitação do córtex cerebral sobre a mucosa gástrica, isto é, reduzindo a actividade psíquica e as emoções. Em primeiro lugar mediu-se a actividade secretória do estômago durante o sono profundo. Em 13 indivíduos profundamente adormecidos por meio de dois comprimidos de sonéryl, submetidos a intubação gástrica contínua, comparou-se a acidez do suco gástrico antes e depois da prova: em 9 de esses indivíduos encontra-se acentuada redução do ácido clorídrico livre, que em 6 de eles caiu a zero entre a uma e as cinco horas da manhã; num dos 13 indivíduos, que passou uma má noite, a acidez gástrica aumentou.

Um engenheiro, de 55 anos, com dupla úlcera gástrica e duodenal, em muito mau estado para ser operado, prestou-se a um ensaio de tratamento pelo sono provocado. A acidez gástrica, que era alta, caiu para o zero, pela influência do sono obtido com o sonéryl. Durante 15 dias dormiu 20 horas em cada 24, com regime alimentar quase normal. Numa semana o peso subiu notavelmente, aumentou o apetite, e dores e sensibilidades adormeceram-se nitidamente. O exame radiológico confirmou as melhoras clínicas. Depois de nova semana de sono provocado, pôde sair, sem sentir padecimento. Passados dois meses as radiografias mostraram a cura da úlcera do duodeno; a úlcera gástrica era ainda visível, mas com volume diminuído.

Um trabalhador agrícola, de 34 anos, no qual o regimen alcalino falhara, foi submetido ao mesmo tratamento. Com o sono provocado pelo sonéryl a acidez gástrica desapareceu. Depois de 3 semanas de tratamento o exame radiológico não mostrou sinais da úlcera, mas apenas leve espasmo do piloro. O estado geral melhorou muito, persistindo somente dor generalizada, sem sensibilidade à palpação.

Dois exemplos são insuficientes para constituir prova, mas associados aos resultados do estudo da secreção gástrica nocturna, podem servir de base a ulteriores pesquisas sobre um método de tratamento que poderá reduzir o tempo de evolução das úlceras duodenais.

LACTIL-LAB

Caldo

Cultura pura do bacilo
búlgaro reactivada com o
complexo "B"

Comprimidos

Bacilo búlgaro
Bacilo acidófilo
Estreptococos láctico
Complexo "B"

LABORATÓRIOS "LAB"

Direcção Técnica do PROF. COSTA SIMÕES
AVENIDA DO BRASIL, 99 — LISBOA (Norte)

REGISTO DE LIVROS NOVOS

H. GRENET — **La maladie de Bouillaud.** 176 págs., com 26 figs. (Vigot Frères, Edit., Paris, 1949 — 1.000 fr.).

O nome do autor, bem conhecido principalmente pela valiosa série das suas conferências de clínica infantil, garante o espírito prático deste livro, sem excluir erudita exposição. Trata do reumatismo articular agudo e das formas extra-articulares da doença. Discutindo os conceitos etio-patogénicos do síndrome reumatismal agudo, o autor fica partidário do prescrito por Bouillaud, por o considerar o mais útil para a clínica.

M. TOULANT — **Manifestations oculaires des trypanosomiasés humaines.** 104 págs. (Masson, Edit., Paris, 1949 — 400 fr.).

O autor, chefe do Laboratório da Clínica Oftalmológica de Alger, reuniu neste pequeno volume o que se encontra disperso por monografias e revistas sobre a oftalmologia respeitante às seguintes doenças: Doença do sono, Febre da Rodésia, Doença de Chagas. Interessa sobremaneira os médicos coloniais.

E. RIST — **Séméiologie élémentaire de l'appareil respiratoire.** 176 págs., com 4 figs. (Masson, Edit., Paris, 1950 — 500 fr.).

Quando um consagrado, como o A., escreve um livro elementar, este vale, porque é o resultado de uma competência segura, posta ao serviço dos que começam, em tarefa meritória. É o caso presente de este livrinho, que expõe sinais e sintomas, modo de os colher, sua utilização para o diagnóstico dos síndromas e para o diagnóstico neurológico; tudo conciso e claramente escrito.

A. THOORIS — **La vie par l'étade.** 266 págs., com 170 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1950 — 850 fr.).

Nos aspectos anatómico, fisiológico, e desportivo, estudou-se cientificamente um grupo de atletas, dos que marcaram pelos triunfos obtidos em competições, na maioria campeões olímpicos. Monografia que se publica em 2.^a edição, tendo-se esgotado rapidamente a 1.^a, certamente procurada pelos que se interessam pelos problemas da cultura física.

BROMOCALCIUM BARRAL

**Associação sinérgica
de bromo e de cálcio,
isenta de fenómenos
de bromismo**

NEVROSES / PSICOSES COM EXCITAÇÃO E INSÔNIA / EPILEPSIA / HIPERTENSÃO / ALERGIA E ESTADOS ANAFILÁCTICOS / COQUELUCHE, ETC.

Granulado e Injectável

(Ampolas de 5 e 10 c.c.)

PASI PASI GLAND. F. PASI GLAND. M.

3 Produtos Hiper-activantes

**Fósforo, arsénio e iodo
associados aos extractos
ovário e orquítico**

ESTADOS DE ESGOTAMENTO / DIMINUIÇÃO DA ENERGIA FÍSICA E INTELLECTUAL / INSUFICIÊNCIA OVÁRICA / PERTURBAÇÕES NERVOSAS E MENSURUAIS / INSUFICIÊNCIA TESTICULAR, ETC.

(Ampolas de 1,5 c.c.)

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL
REPRESENTANTES NO PORTO: Químico-Sanitária, L.^{da}

Uma terapêutica intracerebral não mutilante

Os sucessos obtidos com a psicocirurgia num certo número de estados mentais aparentemente irreduzíveis e, por outro lado, os inconvenientes que arrastam destruições anatómicas importantes, levaram P. ABELY & P. GUYOT a idear um método de actuar sobre o lobo frontal sem o agredir, injectando-lhe substâncias activas farmacologicamente, mas não destrutivas: soro glucosado isotónico, cálcio, vitaminas B e C, metionina, oxigénio, etc. Com essas injeções intracerebrais, feitas por processo rápido e simples, por abertura óssea com trépano fino, verificaram os seguintes efeitos benéficos: melhoras muito nítidas em diversos estados depressivos (ansiedade, obsessivos cenestopatas, melancólicos recidivantes ou crónicos) rebeldes a várias terapêuticas, incluindo o electrochoque. Estas melhoras não foram precedidas do «tempo morto» que se segue à lobectomia, e parece que não diminuem as funções éticas. Nos esquizofrénicos observam-se desbloqueios importantes, modificações electivas no domínio do negativismo, da apatia, do comportamento e da impulsividade; com casos de insucesso completo. Os 50 casos até agora estudados, dado que o ensaio começou apenas há meses, não consentem opinar sobre a eficiência e a duração dos resultados verificados, mas o que se observou é suficiente para prever que com este método se colherão benefícios semelhantes aos da psicocirurgia. (*Le Presse Médicale*, 14-vii-1951).

INTERESSES PROFISSIONAIS

Das Sociedades Científicas

(Conversar, por conversar... — Apontamento)

A Ordem dos Médicos tem actualmente 5.835 filiados, dos quais 3.100 na secção de Lisboa, 1.580 na do Porto, e 1.075 na de Coimbra. A cidade de Lisboa conta 1.900. Não sei ao certo quantas associações médicas científicas existem em Lisboa, — mas são muitas. Se começarmos a fazer as contas pela mais antiga, a respeitável Sociedade das Ciências Médicas, e acabarmos na última recém-nascida, constatamos ser o número elevado, alto o expoente do seu valor científico e finalidade dignificante da classe, da profissão, e da Ciência. Além do engrandecimento que daqui resulta para a Ciência médica portuguesa nos seus vários sectores, ainda o interconhecimento dos seus agremiados, — sob o ponto de vista profissional e pessoal, — vem valorizar o surto associativo que actualmente grassa com reconhecimento dos profissionais. Pois desta sorte tenderão a desaparecer aqueles, ainda que raros, «núcleos encarapaçados», — grupos de isolados profissionais que a si mesmos se justificam, e por vezes com razão aparente, — e constituem ilhotas que desorganizam o «todo homogéneo» da classe. Porque da reunião e mútuo conhecimento de qualidades e virtudes, dos profissionais de Medicina, somente prevalece, a aglutinar os elementos constituintes, a hierarquia do saber, a técnica que a longa prática preparou, e a personalidade própria de cada um. E contemos com

a solidariedade pessoal e profissional que deste convívio resultará «por se conhecerem melhor», e portanto, «por o juízo feito sobre qualidades e méritos, ser absolutamente justo e equitativo!»

...Mas todas estas associações científicas andam dispersas, cada associação pelo seu lado a reunir-se por aqui e por ali, à corrente do favor alheio ou à tolerância obsequiosa de terceiros; — sem lar próprio! E se uma outra tem casa sua, não consegue, ainda assim, aquela intenção de unidade que de todas as associações deveria resultar. Falta-lhes a «domus quieta» onde se vão juntar todas as correntes, todas as especialidades, e sobretudo *todos os profissionais, — os que trabalham.*

...Deixo de parte a organização sob o ponto de vista legal, social e financeiro, e limito-me à organização geral e aos fins do grande aglomerado associativo, que poderia chamar-se, — à falta de melhor, «*A Casa do Médico*». Ela deverá ser o lar onde todas se albergassem, desde a Sociedade das Ciências Médicas até à última que se criar, e cada qual, tão independente no seu funcionamento quanto o agrupamento delas o consentisse, sem contudo se separarem (nas reuniões lugares para os associados da respectiva associação, e lugares para os médicos não associados dela) com um número de salas compatível com o funcionamento das associações, sem necessidade de para cada um haver sala privativa, — apenas uma privativa, de luxo e gala para a Sociedade das Ciências Médicas, ponto de reunião em sessões de vulto e solenes, ou em congressos e em conferências magistras ou de conferencistas de nome, vindos da Estranja. Uma única secretaria, e também uma única tesouraria, em que, em arranjo estudado e eficiente, e com pessoal instruído, se pudessem completar os trabalhos a elas inerentes, até onde possível unificados, para o serem, depois, separados quando se imponha a separação, — em aproveitamento de interesses e de funções. Uma única biblioteca em que todas coubessem, com seu grupo directivo a sair de eleições de todas as associações, e pessoal permanente, — por certo reduzido, passados os trabalhos de catalogação e arrumo. Quão valiosa fonte de consulta e estudo! E não caberia mal uma sala de conversa, com jornais e revistas, centro de encontro entre colegas e entre amigos; além das da Directoria, ou outras julgadas indispensáveis.

...Quanto à parte material? Fundos para adquirir casa, mobilá-la... e sustentá-la? Se todas as sociedades científicas se reunissem, e juntassem esforços e rendimentos, e de início, pensando apenas na «casa» suficiente, e no que já há, e fizessem contas os que a sabem fazer, ajudados de boa vontade e do necessário entusiasmo (indispensável para «remover mundos») de todos? Todos!

...Este apontamento feito sobre o joelho, — do que peço perdão! — leva unicamente o que me parece indispensável para o esqueleto da Ideia; que isto de cobri-lo com músculos, nervos, e irrigá-lo, e pôr-lhe um cérebro, fica para todos os entendidos, para todos os técnicos e para todos os especializados *de boa vontade.*

Isto é como que uma comunicação prévia; mas não se propõe à articulista o encargo de a completar e burilar; porque, a Ideia, ou serve ou não serve, e se serve, é preciso que «ela» seja de todos, — *tem que ser de todos*, — e por isso terão de ser todos a compô-la, vesti-la e fazê-la «gente»!

Em tempo. — Não tenho vergonha nenhuma de confessar que nasci no reinado do Senhor Dom Luís, — no tempo da bota-de-elástico, e dos «românticos», — aqueles detestáveis românticos!

Lisboa, Dezembro de 1950.

CONCEIÇÃO E SILVA JÚNIOR.

Junho de 1951. — Escrito este apontamento, e lido e relido, baixou à gaveta — limbo dos inocentes; mas ontem li, em *Clínica, Higiene e Hidrologia* (N.º 3, Março de 1951, Ano XVII), na *Alocução presidencial* feita pelo Sr. Prof. Dr. Toscano Rico ao inaugurar a *Sociedade Portuguesa de Hidrologia*, — que julgo ser o benjamin destas associações científicas a que acima me referia, — palavras de alto valor pelo intrínseco e pela voz que as pronunciou, e me levam a pensar vaidosamente que, afinal, o «Apontamento» não é tão descabido como ao escrevê-lo pensei. Mais ainda, quando a Secção de Oftalmologia retomou a sua actividade na Sociedade das Ciências Médicas, o Sr. Prof. Dr. Costa Sacadura em discurso que ouvi e a imprensa espalhou, também o assunto foi focado: e permito-me pensar que algumas palavras foram pronunciadas que me animam a não julgar o meu «Apontamento» assim tão falho de senso... E decidi vir pedir um lugar neste «Portugal Médico», defensor dos superiores interesses da classe.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

MOVIMENTO FISIOLÓGICO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA. — Pelo Anuário Demográfico de 1950, recentemente distribuído, vê-se que a natalidade teve o índice de 24,16, não se atastando da média dos últimos dez anos. A taxa de mortalidade, quer global quer infantil (0-1 ano) continuou a descer, tendo mostrado os mais baixos valores até agora registados: respectivamente de 12,11 e de 9,41. A progressiva diminuição destas quotas demonstra a benéfica influência dos progressos da higiene pública e da assistência profiláctica e terapêutica, desenvolvidos nos dois últimos decénios.

INTERCÂMBIO. — No Instituto Central de Higiene, os Drs. Rein e Kitchen falaram, respectivamente, sobre serologia e tratamento da sífilis e acção terapêutica das diversas penicilinas. No Instituto de Medicina Tropical, o Prof. E. Pampama dissertou sobre malariologia. No Instituto de Oncologia, conferência do Prof. A. Lacassagne sobre cancro primitivo experimental do fígado, e do Prof. J. Lemoine sobre adenomas brônquicos. Na Sociedade P. de Oto-neuro-oftalmologia, o Dr. A. Castañedo falou sobre o sinoptoforo no diagnóstico e tratamento das alterações sensoriais do estrabismo. O Prof. Celestino da Costa

fez nas Faculdades de Medicina de S. Paulo e Rio de Janeiro cursos de endocrinologia. Nas Reuniões Internacionais de Turim, o Prof. Cid dos Santos foi relator oficial do tema: Cirurgia dos aneurismas arteriais; o Prof. Diogo Furtado apresentou trabalhos sobre o tratamento da miastenia e encefalite pelo tálho e seu tratamento pelo BAL. No Serviço do Prof. Marañón, em Madrid, o Dr. Eurico Pais falou sobre o alcance social da endocrinologia.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS. — Trabalhos apresentados: — Na *Sociedade das Ciências Médicas*: Artrite reumatóide juvenil e exostoses múltiplas, por Neiva Vieira; Possibilidades actuais da cirurgia nas doenças congénitas do coração, por Filipe da Costa; Sobre a acção local da cortisona no aparelho ocular, por Lopes de Andrade; Esboço histórico da medicina dos velhos, por Costa Sacadura; Diagnóstico e tratamento dos vómitos dos velhos, por Álvaro de Caires; Sobre um caso de toxi-infecção alimentar colectiva, por Jorge Janz. Na *Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos*: Tratamento das fracturas da diáfise tibial por osteossíntese com placas de pernes divergentes, por Américo Durão; Cirurgia dos bócios tóxicos, por Bentes Pimenta e J. A. Brandão; Cura espontânea de fistula esófago-jejunal após gastrectomia total por cancro do estômago, por Mendes Ferreira, Sousa Lé e Carlos Mendes.

CURSO DE FÉRIAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA. — Terminou o 15.º Curso, no qual, além de sessões clínicas e operatórias, se fizeram muitas lições, a cargo de professores, assistentes e chefes de serviço da Faculdade. A alocação de abertura foi dita pelo bastonário da Ordem dos Médicos, Prof. Cerqueira Gomes, que a seguir deu uma conferência sobre tratamento do hipertireoidismo. A série foi encerrada pelo Prof. Almeida Ribeiro, que tratou de: leis, regulamentos e relatórios médico-legais.

REUNIÕES INTERNACIONAIS EM LISBOA. — No dia 23 inaugurou-se o IV Congresso Internacional de Transfusão de Sangue, com a 1.ª Exposição Mundial de Sangue; aproveitando a reunião em Lisboa de cientistas de várias procedências, dedicados a este ramo da medicina, efectua-se o 1.º Colóquio de Hematologia Africana. De estas reuniões e do 3.º Curso Internacional de Medicina e Cirurgia de Urgência, que no mesmo dia se iniciou, daremos a competente notícia.

CONFERÊNCIAS. — No Instituto Português de Oncologia: Tratamento do carcinoma da pele da face pelo método de Chaoul, por Bénard Guedes; Teratomas do testículo, por Neves da Silva. No Hospital de Santo António do Porto: Tratamento das tinnhas pela lusomicina, por Manuel Ferreira; Tratamento cirúrgico do aperto pulmonar congénito, por Filipe da Costa. Na Secção do Porto da Ordem dos Médicos: Profilaxia estomatológica na saúde escolar, por Ludgero Parreira. No Ateneu Comercial do Porto: Função social da profissão médica, por Américo Pires de Lima. Na Casa do Alentejo em Lisboa: A linguagem médica desde Gil Vicente.

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA. — Foi nomeado professor catedrático de Anatomia, o Dr. Victor Fontes. Foram aprovados nos concursos para professores extraordinários de Fisiologia e Farmacologia os Drs. João Carlos Mira-beau Cruz e Miguel Augusto Mendes Alves.

NECROLOGIA — Em Marco de Canaveses o nosso leitor amigo Dr. Manuel Soares Monteiro. Em Setúbal o Dr. Júlio Ferreira Torres. Em Lisboa os Drs.: Virgílio Lopes de Paula, nosso antigo e estimado leitor; Luís Frederico Torres Pereira, interno de cirurgia nos Hospitais Cívicos; Augusto do Nascimento, professor do Liceu Camões; e António Pinto da Fonseca.





MARTINHO & C.ª L.ª

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
em veículo estabilizador

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

T.RICALCOSE

SAIS CÁLCICOS ASSIMILÁVEIS
COM GLUCONATO DE CÁLCIO

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

16

15

14

13

12

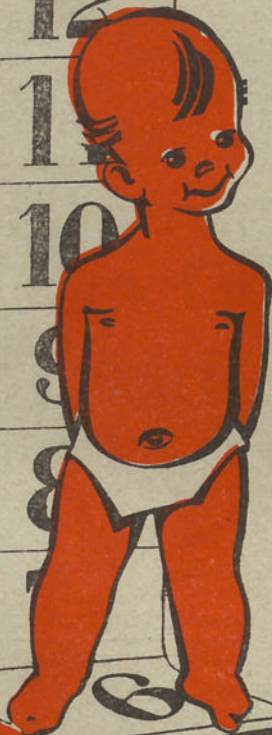
11

10

9

8

7



RECTOVICAL

INFANTIL—ADULTOS

Ascorbato de cálcio
e Gluconato de cálcio

Tolerância absoluta
Maior eficácia
Melhor via de administração

RECTOVICAL INFANTIL

Caixa de 12 supositórios 23\$00

RECTOVICAL ADULTOS

Caixa de 12 supositórios 30\$00

LABORATÓRIOS

DO

Instituto Pasteur de Lisboa

Sala

Est.

Tab.

N.º