



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 MONTFIRO, Assistente
na Faculdade de Medicina de Coimbra; LUDGERO PINTO BASTO, Interno dos
Hospitais Cívis de Lisboa. — ADMINISTRADOR e EDITOR: António Garrett.

SUMÁRIO

A. DA ROCHA BRITO — A propósito de um caso de púrpura hemorrágica trombopénica
lupo-eritematosa febril.

FAUSTO DIAS — Profilaxia da surdez.

MOVIMENTO NACIONAL — Revistas e boletins: *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas*
(Terapêutica ocular pela cortisona em aplicações locais. Terramicina em oftalmologia). *Cli-
nica, Higiene e Hidrologia* (Fisiopatologia da anemia de kala-azar. Estudo eritrocitométrico
da anemia do kala-azar). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (Kala-azar infantil).
Medicina (Novas aquisições sobre diabetes). *Jornal do Médico* (Tratamento das queimaduras).
Gazeta Médica Portuguesa (Nova técnica de administração da insulina. O coração na silicose.
Tratamento da sífilis recente. Ocitócicos). *Revista Portuguesa de Obstetria, Ginecologia e
Cirurgia* (Tratamento dos prostáticos). *Revista Luso-Espanhola de Endocrinologia e Nutrição*
(Doenças de adaptação ou de defesa). *Cadernos Científicos* (As conferências de divulga-
ção endocrinológica). *Arquivos Portugueses de Oftalmologia* (Tratamento do herpes zoster).
O Médico (Serologia da sífilis). **Livros e opúsculos:** (Estase visceral. Bioquímica do san-
gue nas doenças da tiróide. Contribuição para o estudo da fisiopatologia vesical. A via
arterial em terapêutica. Histoire et progrès de la psychiatrie — Résumé de la contribution
du Portugal. Ensaio de combate à mortalidade infantil em Castelo Branco. Actualidades
médicas. Relatório do serviço técnico de higiene da alimentação e bromatologia para o ano
de 1949. Inquérito alimentar. Dispensário de higiene social).

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — Sobre a prova do metabolismo basal. Radiologia da
coluna vertebral. Um novo princípio: a vitamina T. Tratamento do emplema torácico
só com aspiração e penicilina. Tratamento ambulatorio das hemorróidas por injeções
esclerosantes. Emprego do ácido glutâmico em psiquiatria. Estreptomycinoterapia des-
continua e moderada. A asma por factores diferentes da alergia. Bacitracina na gan-
grena bacteriana progressiva. Proteínas iodadas como medicação galactogénica. O risco
das infecções nos tratamentos pela cortisona e pela A C T H. Simpaticectomia lom-
bar na patologia vascular periférica dos membros inferiores. Antibióticos na febre
ondulante.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES — V Assembleia Geral da Associação Médica Mundial. Intercâmbio
científico. Jornadas Pediátricas. Prémio Sanitas de cardiologia. Congressos Internacionais
em Lisboa. Faculdade de Medicina de Coimbra. Cursos de aperfeiçoamento. Sociedades
científicas. Conferências. Necrologia.

Anexos — Registo de livros novos. Notas da Redacção e da Administração.

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

o tratamento arsenical

da **SIFILIS ADQUIRIDA**
(Tratamento de entretém)
da **HEREDO-SIFILIS**
das **SIFILIS ANTIGAS**
das **DERMATOSES**
associadas à sífilis

pelo

Acétylarsan

*rigorosamente indolor
discreto, facil
neurotonico e eutrofico*

●

Composto arsenical d'eliminação facil
prestando-se a todas as modalidades do tratamento mixto

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

Marques POULENC Freres et USINES DU RHONE

21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8^e)



PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXV — N.º 5

MAIO DE 1951

A propósito de

Um caso de Púrpura hemorrágica trombopénica lupo-eritematosa febril

(Lupo-eritémato-viscerite maligna)

por A. DA ROCHA BRITO

*Professor de Clínica Médica na Universidade
de Coimbra*

I. da Conceição M., de 35 anos de idade, casada, mãe de 3 filhos saudáveis, sem abortos, nem partos prematuros, nem rados-mortos. Em pequena teve o sarampo e depois, de vez em quando um ataque gripal. O colega Dr. FIRMO que me enviou a doente informa que antes de dar entrada na minha enfermaria, esta sofrera vários surtos de dores articulares, febris, que a obrigavam a guardar o leito. Esses surtos acabavam sempre por desaparecer, mas sem que tais remissões fossem devidas ao tratamento salicilado. De repente, no último destes longos períodos remissivos, adocece com o seguinte quadro sintomático:

Mal-estar geral, dores por todo o corpo e temperaturas altas, que a levam à cama. Surgem-lhe pouco depois gengivorragias abundantes e demoradas; a pele da face e das coxas cobre-se de petéquias, em grande profusão, do tamanho de cabeças de alfinete, algumas maiores.

Há diarreia muito escura, que cessa com uns comprimidos receitados pelo médico. Como o seu estado fosse grave e o rosto se tornasse duma cor vermelho-violácea alarmante, o facultativo aconselhou a hospitalização.

Pesa apenas 48 quilos; a temperatura, muito irregular, anda à volta dos 38º-39º, tendo alcançado várias vezes os 39º,5. As gengivas sangram com facilidade e abundância; petéquias e manchas purpúreas, algumas muito extensas, disseminam-se pelas coxas e pela cara, que se apresenta muito corada dum vermelho-arroxado, encobrendo até certo ponto a erupção purpúrica.

A auscultação pulmonar e cardíaca nada nos revela de anormal, o que é confirmado pela radiografia; tirando a taquicardia



concordante, aliás, com a febre, o coração não oferece qualquer sintoma; o electrocardiograma, por sua vez apenas traduz a presença duma taquicardia sinusal. Fígado e baço não estão aumentados de volume.

A análise de urinas não acusa qualquer anomalia.

O sinal do laço, o tempo de hemorragia e o de coagulação estão dentro dos limites normais. O índice da eritro-sedimentação

é alto: Índice de Katz = $\frac{S_1 + \frac{S_2}{2}}{2} = \frac{105 + \frac{142}{2}}{2} = 88$. A reacção de

Wassermann no sangue é negativa. A fórmula hemoleucocitária, com contagem de plaquetas é a seguinte:

Hb	35 0/0												
Eritrócitos	2.624.000												
Leucócitos	13.000												
Valor globular	0,67												
Plaquetas	1.312 m/m ³ (1 em 2.000 glóbulos vermelhos)												
Granulócitos	<table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">neutrófilos {</td> <td>com núcleo segm.</td> <td>75 0/0</td> </tr> <tr> <td>» » em bast.</td> <td>1,5 0/0</td> </tr> <tr> <td>basófilos</td> <td>0,0 0/0</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>eosinófilos</td> <td>0,0 0/0</td> </tr> </table>	}	neutrófilos {	com núcleo segm.	75 0/0	» » em bast.	1,5 0/0	basófilos	0,0 0/0			eosinófilos	0,0 0/0
}	neutrófilos {			com núcleo segm.	75 0/0								
				» » em bast.	1,5 0/0								
		basófilos	0,0 0/0										
		eosinófilos	0,0 0/0										
Linfócitos	19,5 0/0												
Monócitos	4,0 0/0												
Anisocitose e poiquilocitose; alguns macroblastos e policromatófilos;													

fórmula esta que se caracteriza pela presença duma anemia hipocrômica, bastante acentuada, que a cor vermelha da face não fazia prever; duma ligeira leucocitose e sobretudo *duma notabilíssima trombopenia, das mais marcadas que temos visto: 1.300 trombócitos por mm³*. Sangue do grupo O; Rh positivo.

Nesta altura resolvo mostrar a doente aos alunos. Seduz-nos o diagnóstico duma púrpura hemorrágica trombopénica devida a uma infecção, dada a presença daquela febre, que nunca abandonou a enferma desde o primeiro momento da doença.

Mas qual a infecção? Faz-se uma *Von Pirquet*, que é absolutamente negativa e resolve-se proceder-se às hemoculturas, cujo resultado se aguardava, mas podemos dizer nesta altura, antecipando-nos, que foram negativas, pois não revelaram a presença de nenhum microorganismo.

Fez-se a Reacção de Widal, tanto mais que havia na enfermaria de homens um doente com febre tifóide complicada de púrpura hemorrágica, mas foi negativa, como negativa foi a de Wright. Pediu-se ao Professor FRAGA DE AZEVEDO a de Martin e Petit para a leptoespirose íctero-hemorrágica, que também foi negativa.

Entretanto, ao mostrarmos o caso pela segunda vez, três dias depois, aos discípulos, o diagnóstico esclarecia-se por si. A cor

rubro-violácea da cara tinha-se esbatido consideravelmente, mantendo-se as petéquias, já muito atenuadas e sobressaía uma belíssima (!) imagem, com o desenho clássico do «morcego ou borboleta» tendo o corpo pousado sobre o dorso do nariz e as asas espalmados sobre os malaras, característica do *lúpus eritematoso*. E a situação tão obscura a princípio define-se. Estamos na presença dum caso, cujas dominantes são:

- a febre constante e irregular
- a púrpura hemorrágica trombopénica
- o *lúpus eritematoso agudo*.



O que significa este complexo clínico, se não são meras coincidências? Antes de respondermos completemos a história clínica da nossa doente, com mais as seguintes investigações:

Mielograma (medula esternal):

Granulócitos:	
neut. { de núcleo segm.	2,04 %
" " em bast.	7,2 %
cosin.	3,2 %
Mieloblastos	1,6 %
Promielócitos	0,4 %
Mielócitos neutrófilos	15,6 %
" cosinófilos	0,8 %
" histiocitoides	0,9 %
Metamielócitos neutrófilos	28,4 %
" cosinófilos	0,4 %
Reticulócitos	4,0 %
Linfócitos	16,4 %
Monócitos	0,4 %
Células inclassificáveis	0,3 %

Macro e normoblastos orto e policromatófilos. Abundantes restos nucleares de células gigantes da medula óssea. Raros megacariócitos.

Exame dos fundos oculares: «papilas ópticas um pouco descoradas, com tendência para a estase, sobretudo a direita; a esquerda limita-se à perda dos contornos sem saliência. Discretas hemorragias e alguns focos de retinite na área à volta das papilas. Visão do OD = 1. Visão do OE = $\frac{2}{3}$ ». (Prof. Cunha Vaz).

DISCUSSÃO E ACTUALIZAÇÃO DO ASSUNTO

Situações semelhantes a esta, disse propositadamente semelhantes e não iguais, porque, como é bem sabido, em clínica, os

casos não se repetem tais quais, e outras situações com ela aparentadas, porventura todas entrelaçadas por um mesmo laço etiopatogénico, pelo menos patogénico, devem ter existido de todo o sempre. Há pouco tempo, porém, é que são conhecidas. Por isso não é longa, mas é interessante e instrutiva a sua história.

LIBMAN e SACHS descreveram em 1924, pela primeira vez, uma modalidade especial de Endocardite valvular e parietal, caracterizada pela presença de vegetações verrugosas, mas onde não encontraram como agente causal qualquer microorganismo conhecido, que, aliás, também não aparecia nas hemoculturas. Este pormenor, antes de mais nada, a distinguia da Endocardite de JACCOUD-OSLER.

Como homenagem aos seus descobridores a afecção ficou sendo conhecida por Doença de Libman-Sachs. O quadro deste morbo, se pudesse encontrar-se completo na prática, seria constituído assim: — Um curso subagudo com febre, anemia progressiva, encocardite, pericardite, artrites, petéquias, erupções eritematosas e purpúricas, lesões ulcerativas das mucosas, sintomas pleuropulmonares, fenómenos embólicos, hepatomegália, esplenomegália, glomérulo-nefrite aguda, tendência para a leucopenia e hemoculturas sempre negativas.

Ao quadro já tão negro, ainda LIAN e colaboradores acrescentam a possibilidade da miosite, que nos seus casos chumbara os doentes ao leito e JIMÉNEZ DÍAZ, nalguns dos seus 41 casos que chamou de Endocardites abacterianas subagudas, encontra a acropaquia ou seja o espessamento das extremidades. Os próprios LIBMAN e SACHS em dois dos seus doentes observaram como dominante clínica a presença dum *Lúpus eritematoso disseminado*, associação esta que não parecia ser devida a uma mera coincidência, porquanto ela ia aparecer com uma certa frequência para ser casual, aos clínicos gerais, cardiologistas e dermatólogos.

É bem sabido que já antes (1872) KAPOSI tinha descrito o Lúpus eritematoso agudo associado a localizações viscerais, entre as quais eram frequentes as que escolhiam o coração, como foi acentuado por BESNIER e DOYON, os rins, os pulmões e as pleuras, o cérebro, a pele e as mucosas, e até a retina, etc.

Apesar dos aspectos tão díspares, por vezes, e inesperados, com que estas situações mórbidas se mascaram, GROSS em 1932 era de opinião de que se tratava sempre dum só e o mesmo morbo. CLUXTON, anos depois, sustentava o mesmo parecer e a nós afigura-se-nos, pelo que temos lido e pelo nosso caso, que estão na verdade, os que assim pensam.

Era, pois, necessário dar-se um nome a esta curiosa afecção. Poderíamos continuar a designá-la por Doença de Libman-Sachs, acrescentando-lhe, com justiça, os nomes de KAPOSI e BESNIER,

como propõem alguns (1). No entanto convém ter bem presente que há casos, e não poucos, que ostentam a imagem lúpica, sem a endocardite, como os há com localizações viscerais, como se disse. É para estes últimos casos muito bem descritos por vários autores que LIAN, entre outros, propõe a designação de *Lupo-eritemato-viscerites malignas*. Esta designação bastante sugestiva não se ajusta, porém, ao quadro da nossa doente, onde não há viscerites, pelo menos aparentemente, havendo em compensação graves distúrbios sanguíneos: fenómenos hemorragíparos, anemia, leucocitose em vez da leucopenia encontrada pela maioria dos autores e acima de tudo uma trombopenia acentuadíssima, trombopenia encontrada por KEIL em muitos dos seus casos, e mais vezes será observada se mais vezes for procurada. A esta modalidade chamamos-lhe Púrpura hemorrágica trombopênica lupo-eritematosa febril, à falta de melhor e que tem pelo menos a vantagem de reunir na mesma designação, um pouco longa decerto, as dominantes do morbo.

E, feita esta pequena resenha, descrevamos a curiosa situação, supondo que se encontrariam reunidos todos os sintomas e sinais, o que, evidentemente, nunca acontece em clínica.

ESTUDO CLÍNICO E LABORATORIAL

De início insidioso, em regra após um passado de surtos reumáticos ou tidos como tais e muito mais frequente nas mulheres (95 %), sobretudo jovens, do que nos homens, apresenta-se como uma doença infecciosa, com febre que pode ser muito alta, de tipo irregular e resistente aos variados antitérmicos. Há astenia, anorexia, emagrecimento, por vezes acentuado, e dores generalizadas, musculares e articulares, que podem simular a febre reumática e a artrite reumatóide, dores que quase sempre não cedem ou pouco, à medicação salicilada.

Tal sintomatologia e até apenas uma febre inexplicável pode durar muito tempo, anos mesmo, antes de aparecerem os sinais cutâneos, tornando o diagnóstico árduo ou até impossível. Contemporaneamente com tal estado mórbido ou depois surge então no rosto a imagem clássica do lúpus eritematoso — a conhecida figura da «borboleta» ou do «vespertílio», (morcego) — lúpus este

(1) Lemos no livro de SELYE: a doença parece que já era conhecida com o nome de Lúpus eritematoso agudo de Unna-Besnier-Kaposi, com o frequente acompanhamento de complicações pulmonares, pleurais, viscerais e uma evolução frequentemente mortal; as lesões cutâneas são histologicamente idênticas; o facto de LIBMAN e SACHS chamarem a atenção para a frequência das complicações cardíacas parece não justificar a criação duma nova doença, que não é senão uma modalidade e certamente não a mais frequente.

acompanhado ou não de lesões do mesmo tipo nas extremidades e não raramente de outras eflorações cutâneas como as petéquias e máculas purpúricas, quase sempre apresentando no centro uma pequena zona branca vesiculosa — *máculas purpúricas centradas de branco*.

Ainda quanto aos sintomas cutâneos, tem-se descrito a presença de nódulos pruriginosos, semelhando os de OSLER e, como no caso presente, placas purpúreas, mais ou menos extensas e edemas, tudo isto acompanhado frequentemente de prurido.

As mucosas também podem ser a sede de processos hemorrágicos, tais como manchas vermelho-violáceas, de ulcerações, de placas difteroides, de necroses. A nossa doente apresentava gengivorragias e focos necróticos. Também há casos descritos com petéquias conjuntivais, que não existiam na nossa doente. Não são raras as alopecias. A fórmula hemoleucocitária, além da baixa hemoglobínica e eritrocítica, revela uma leucopenia, ao contrário do que era de esperar dado o carácter infeccioso da doença, que no caso presente era substituída por ligeira leucocitose, e ainda uma trombopenia, por vezes muito pronunciada, como por exemplo, na doente nossa, trombopenia que levou KEIL a incluir a doença no grupo das púrpuras trombopénicas. Também as hemoculturas são sistematicamente negativas, por mais que se repitam. Num caso de LIAN e cooperadores foi positiva ao estreptococo, ao qual o ilustre professor não atribuiu nenhum papel etiológico. Iguamente negativas são as inoculações do sangue e do líquido céfalo-raquídeo nos animais de laboratório.

São negativas as Reacções de Widal, de Wright e de Martin e Petit. A WASSERMANN e KAHN costumam ser positivas, mas sem significado diagnóstico a favor da sífilis. Tem-se encontrado eosinofilias sanguíneas, que atingem a taxa altíssima de 50 %.

É frequente observar-se um tipo especial de endocardite que é a endocardite valvular e parietal, verrugosa, caracterizada pela ausência de microorganismos, ainda conhecida, como vimos, por endocardite verrugosa atípica de LIBMAN-SACHS, ou endocardite subaguda abacteriémica, assim chamada por JIMÉNEZ DÍAZ, que observou 41 casos, um dos quais se acompanhava da máscara lúpica.

É curioso e desconcertante, que sendo por vezes bem marcada esta endocardite, seja tão fruste a sua sintomatologia, quando mesmo não é nula: por exemplo, um ligeiro sopro sistólico da ponta, uma taquicardia sinusal, como no caso nosso, e eis tudo, clinicamente tudo quanto a sintomas cardíacos. O miocárdio parece indemne, quando muito na fase terminal tem-se encontrado um ruído de galope. E, em regra, mesmo nestes casos, não é pelo coração que os doentes costumam morrer.

Em 23 casos de Lúpo-eritemato-viscerites malignas GROSS (1940) encontrou 8 casos com a endocardite de LIBMAN-SACHS. Na estatística de RIFFENSTEIN a pericardite foi anatomicamente encontrada em 14 dos 18 casos estudados.

Outro órgão frequentemente atingido é o rim, sob a modalidade de glomérulo-nefrite difusa, aguda e subaguda, com albuminúria e hematúria microscópica, mas sem azotemia importante, o que não impede a morte de muitos doentes em coma urémico.

O aparelho respiratório pode participar no complexo sintomático e assim tem-se descrito a presença de pleuresias uni e bilaterais, apenas serosas, ou mesmo hemorrágicas e a pleuropneumonia, sem tuberculose, pelo menos evolutiva. Casos há que se acompanham de peritonite, mas fruste.

O fígado e o baço não costumam manifestar-se por sintomas marcantes, no entanto têm sido referidos casos com hepatomegalia e outros com esplenomegalias ou ambas a um tempo.

Não são raras as adenopatias, embora ligeiras e superficiais. Se, porventura, as endocardites subagudas abacterianas descritas no trabalho recente de JIMÉNEZ DÍAZ se podem incluir neste grupo, já tão extenso, de afecções, ainda temos de acrescentar como sintoma possível a acropaquia ou seja o espessamento das extremidades.

DIAGNOSE DIFERENCIAL

Quando a afecção se apresenta rica de sintomas, o diagnóstico não parece difícil. Basta tê-lo presente ao espírito. Mas, se são em pequeno número ou ténues ou ainda pouco característicos, pode ser extremamente árduo e levar-nos a pensar em outros estados mórbidos.

Assim, quando durante dias e dias, semanas e semanas ou mesmo meses e meses a afecção se traduz por febre e dores mio-articulares que levam o doente à cama, é natural que se pense na febre reumática, designação que tende actualmente a fazer esquecer o nome de BOUILLAUD, injustamente ou a de reumatismo articular agudo, mas a verdade é que o morbo não cede ou pouco melhora com a terapêutica salicilada, ao contrário da Doença de Bouillaud, não havendo tão-pouco fibrinémia elevada, própria desta. Se há concomitantemente um sopro cardíaco a confusão mais se justifica e apenas a necrópsia vem demonstrar não ter estado em causa o reumatismo, pois nunca se encontraram os característicos nódulos de ASCHOFF. Também não é difícil confundir-se com a doença de JACCOUD-OSLER, mas a localização das manifestações cutâneas na face, a negatividade constante das hemoculturas, a ausência frequente da esplenomegália, são factores negativos contra um tal diagnóstico, aos quais devemos ainda

acrescentar o insucesso terapêutico pela penicilina, mesmo dada em altíssimas doses, como no caso de LIAN, que a empregou na dose de milhão e meio de unidades diariamente durante 15 dias; JIMÉNEZ DÍAZ viu nos seus casos de Endocardites subagudas abacterianas que os doentes até pioraram com a penicilina.

Com outras doenças infecciosas conhecidas, se a confusão fosse possível, aí estão as hemoculturas negativas, para afastarmos a hipótese. As reacções de WIDAL, de WRIGHT, de MARTIN e PETIT são negativas, evitando a confusão com a febre tifóide, a febre de Malta, a doença de WEIL...

EVOLUÇÃO

Feito o diagnóstico, qual vai ser a evolução da doença? A pior possível. Os autores estão todos de acordo em que, apesar de nalguns casos se registarem remissões, mesmo espectaculares, a doença caminha inexoravelmente para o desenlace fatal em mais de 90 % dos casos, sendo a sua duração média duns 6 a 18 meses, entremeada de surtos agudos cada vez mais intensos e frequentes, por entre fases de melhorias ilusórias. A broncopneumonia, o coma urémico, um acidente cerebral, a caquexia, em regra, põe o ponto final ao sofrimento e não a insuficiência cardíaca, como seria de esperar, pois é bastante rara.

CONCEITO NOSOLÓGICO

À luz dos conhecimentos actuais, sujeitos todavia à sanção do tempo como tudo em medicina, parece que as diferentes situações mórbidas descritas com os nomes de endocardite verrugosa atípica ou doença de LIBMAN-SACHS ou de UNNA-KAPOSÍ-BESNIER-LIBMAN-SACHS, de Lúpus eritematoso agudo, disseminado ou generalizado, ou ainda na designação mais compreensiva, proposta por LIAN e colaboradores, de Lupo-eritemato-viscerites malignas e as Endocardite subagudas abacterianas malignas (de que recentemente JIMÉNEZ DÍAZ publicou 41 casos, um destes acompanhado da imagem lupo-eritematosa), se não são uma e a mesma doença com máscaras clínicas diferentes, parecem pelo menos entrelaçadas intimamente entre si, de modo a constituir uma mesma família mórbida, por sinal muito unida. Nesta grande família, pergunta RIVET se não caberiam ainda o Eritro-edema de MILLIAN, o Tri-síndrome de GOUGEROT e até a Doença de BESNIER-BOECK no grupo ainda maior das Dermoviscerites, que são, afinal, doenças gerais da economia, interessando ao mesmo tempo os especialistas do coração, da pele, do aparelho respiratório, dos rins... e o clínico geral.

Por sua vez HANS SELYE, no seu volumoso tratado recém-publicado — *Stress* — inclui a doença de que nos ocupamos, no vasto grupo das chamadas «Doenças da adaptação» e no subgrupo dos reumatismos, que engloba:

- a Doença de STILL-CHAUFFARD
- a de LIBMAN-SACHS
- o Síndrome de LÖFFLER
- a Doença de LETTERER SIWE
- o Sarcóide de BOECK
- a Dermatomiosite
- a Psoríasis
- a Esclerodermia
- a Doença de KUSSMAUL
- e ainda outros estados alérgicos.

Dentro do vasto grupo destas chamadas doenças da adaptação, conceito sobre o qual a clínica ainda se não pronunciou definitivamente, doenças que obedeceriam mais ou menos brilhantemente à terapêutica pela ACTH e pela Cortisona, seria mesmo o Lúpus eritematoso a mais favorecida pelas duas hormonas, a hipofisária e a cortical que exerceriam uma acção das mais aparatosas, sem no entanto esta razão de ordem terapêutica forçosamente significar que se trata duma doença da adaptação.

ETIOPATOGENIA

Sabe-se ou julga-se saber ao que não é devida esta desconcertante situação mórbida, mas ao certo não se sabe ao que é... devida. No entanto, não faltam as hipóteses. O espírito humano não prescinde delas, nem das teorias e doutrinas. A doença tem, aparentemente, todo o ar duma doença infecciosa, mas a verdade é que nenhum investigador deu ainda com o microorganismo responsável, quer no sangue, quer noutros líquidos, quer nos tecidos e não têm faltado as pesquisas. LIAN num dos seus casos encontrou o estreptococo nos caldos de cultura, mas ele próprio atribuiu-lhe um papel secundário. Alguns têm responsabilizado a tuberculose, invocando a sensibilidade de certos doentes à tuberculina, esquecendo-se de que em muito maior número, são os de reacção negativa à tuberculina, tida até como a favor do diagnóstico quando negativa. Outros responsabilizam a acção patogénica duma toxina elaborada pelas adenopatias tuberculosas. Mas, então como se explicariam os tantíssimos casos — a maioria — que se não acompanham de adenopatias tuberculosas, nem doutras?

Por outro lado, se alguns destes enfermos são tuberculosos, a sua tuberculose é apenas coincidente, argumenta-se e muito

bem. Pretendem alguns filiar o morbo no reumatismo agudo, dada a presença de dores mio-articulares, por vezes violentas. Que reumatismo é esse que não cede à medicação salicilada, nem mesmo ministrada nas mais altas doses? Também se tem pretendido atribuir a etiologia aos mais variados microorganismos patogénicos. Mas, bem procurados, eles não se revelam... nunca.

Como era de esperar, também se invoca o mecanismo alérgico, este talvez com algum fundamento. Estes doentes são muito sensíveis à acção da luz solar, sob a qual se intensificam o eritema lúpico e as outras eflorescências cutâneas ou mesmo se multiplicam, lucites que podem igualmente intensificar-se ou surgir sob a influência dos raios ultravioletas, fenómeno aproveitado como prova-diagnóstico.

Na realidade, estes e outros factos abonam a génese alérgica, mas quando se não pode invocar uma foto-sensibilização que outros alergenos têm sido incriminados? Todavia, HANS SELYE, cuja doutrina vai estando na moda, com o entusiasmo dum sol nascente, inclina-se para a patogenia alérgica, como sendo o agente agressor desta doença que ele inclui no quadro das doenças da adaptação, conceito a desenvolver mais adiante.

De facto, nada ou pouco sabemos, por enquanto, sobre a etiopatogenia do desconcertante morbo. Vejamos se teremos mais sorte com a sua

ANATOMIA PATOLÓGICA

Parece que o que ainda há de mais seguro e talvez o futuro o venha a confirmar, é o aparecimento, na medula óssea, de certas células características, porventura patognomónicas — as «L. E. Cell», recentemente estudadas e descritas por HARGREVE que lhes deu aquela designação: «célula do lúpus eritematoso» e que em homenagem ao descobridor são chamadas também células de HARGREVE.

Esta descoberta teve os seus precursores:

«Em 1932 GROSS descreveu umas massas intraprotoplásmicas basófilas em certos leucócitos que infiltram as túnicas cardíacas dum doente falecido de afecção indeterminada, mas identificada depois com a de LIBMAN-SACHS.

Em 1940 GINZLER e FOX encontram estes corpos de GROSS nos gânglios linfáticos necróticos e nos glomérulos renais de indivíduos vitimados pela doença de LIBMAN-SACHS, investigações confirmadas depois por KLEMPERER, POLLACK e BAEHR».

Em 1941, finalmente, HARGREVE faz a descoberta deveras sensacional, que traduzimos integralmente do resumo feito por TOURAINE:

«HARGREVE verificara nos esfregaços da medula óssea dos

doentes afectados de Lúpus eritematoso agudo a presença de inclusões no citoplasma de certos leucócitos polinucleares, sob a forma dum anel, duma fita ou dum crescente periférico, de forma regular ou não, denso, de aspecto nebuloso, constituído por substância basófila, provávelmente, portanto, de origem nuclear. Tais células são tanto mais numerosas, quanto mais grave for o estado do doente, faltando nas criaturas sãs ou que sofram outras afecções. Estes achados foram observados por HASERICK e SANDBERG em 1949, HASERICK e BORTZ, VILLANOVA e de DALENTO neste mesmo ano, por HAMBURGER em 1950, investigadores que igualmente descobriram as mesmas células no sangue da circulação, tendo verificado não ser esta a única anomalia da doença. De facto encontraram nos esfregaços da medula e do sangue uma tendência dos polinucleares para se aglutinarem em aglomerados ou rosetas de 2 a 10 elementos em volta de pequenas massas homogêneas de substância acidófila e uma cromatólise mais ou menos acentuada dos núcleos de alguns destes polinucleares. Estas duas últimas anomalias poderiam ser consideradas como os estádios iniciais dum processo que terminaria na fagocitose dos restos nucleares, isto é, na formação das células de HARGRAVE.

A técnica seguida pelos autores americanos é a seguinte: — O sangue obtido por punção esternal é tratado por um anticoagulante (heparina, oxalato ou citrato de sódio), centrifugado durante 5 minutos à velocidade de 1.800-2.000 voltas num pequeno tubo afilado em cerca de $\frac{1}{3}$ da sua altura para ser mais comprida a coluna leucocitária e facilitada a extracção pela pipeta, a qual é estendida em esfregaço na lâmina.

Quanto ao sangue da circulação, extrai-se duma veia, junta-se-lhe o coagulante e centrifuga-se num pequeno tubo durante 5 minutos à razão de 1.000 voltas pelo menos. Aspira-se com a pipeta um pouco da camada leucocitária e estende-se em esfregaço. O plasma pode ser conservado na geleira durante 3 semanas sem se modificarem as suas anomalias, que pelo contrário desaparecem com a ebulição.

Esta técnica é indispensável. As células de HARGRAVE vêm-se sempre *in vitro*, nunca *in vivo* em esfregaços directos, que não tenham sido tratados por um anticoagulante. A coloração deve ser feita pelo método de FEULGEN para o ácido timonucleico ou pelo método de WRIGHT. Para se ver bem as células de HARGRAVE deve ampliar-se até 700 vezes pelo menos. Em regra os esfregaços mostram os três tipos de anomalias, mas as mais frequentes são a aglutinação e a cromatólise dos leucócitos.

Estas anomalias, recentemente procuradas e encontradas por outros investigadores parecem ser específicas, não só do lúpus eritematoso agudo mas também das doenças do grupo, mesmo

sem sintomas cutâneos. Seriam, pois, dum real valor para o diagnóstico, visto não se terem revelado noutras doenças, nem em pessoas sãs, nem mesmo nos lúpus eritematosos não agudos.»

Muito valioso para o diagnóstico, talvez mais do que as células de HARGREVE, que se registam apenas em 50 % dos casos, é o teste de *Haserick* baseado aliás na presença daquelas células.

Este teste, também conhecido por «L. E. Factor» de HASE-RICK, consiste no seguinte:

Misturando o plasma do doente com um fragmento de medula óssea normal, por exemplo do cão, aquele faz aparecer dentro duma meia hora apenas, primeiro uma aglutinação leucocitária, depois as características células de HARGRAVE. Este factor estaria localizado nas globulinas e teria um valor definitivo nos casos duvidosos, como são todos os que não apresentam a mancha lupo-eritematosa ou só tardiamente a revelam. MERKLEN aconselha de futuro a sua investigação nos estados mórbidos afins. Em face destes curiosíssimos fenómenos pergunta TOURAINE se tais alterações citológicas dos leucócitos serão primitivas ou antes o efeito da presença, no plasma de tais doentes, duma substância especial actuando sobre os leucócitos e inclina-se para esta segunda hipótese, que se me afigura bastante verosímil. E termina: «há, pois, toda a razão para admitirmos no sangue destes doentes a existência duma substância especial, porventura específica, que actuará, talvez, por quimiotactismo sobre os leucócitos da medula óssea e do sangue, provocando a sua aglutinação em rosetas, depois a sua cromatólise e por fim a fagocitose, precioso factor para o diagnóstico e quem sabe se a chave do mecanismo patogénico».

Que substância é esta? E qual a causa do seu aparecimento? Esperemos por mais investigações, como também aconselham VILLANOVA e de DALENTO, para os quais, menos afirmativos, estas descobertas carecem de cuidadosas e repetidas pesquisas.

No entanto, lembra-me perguntar se tal substância ou factor não estará nas globulinas, cuja taxa se encontra aumentada e sobretudo nas γ -globulinas, cujo aumento excede o das outras?

Mas, há mais alterações anátomo-patológicas descritas. Com manifestações tão generalizadas, tocando órgãos por vezes tão afastados, tais a pele e o rim, e tão díspares, a primeira ideia que ocorre é se as lesões não serão de sistema ou de aparelho, reunindo diferentes regiões, que cada uma exprime a seu modo o seu sofrimento. Serão realmente uma doença de sistema? E de qual?

O sistema retículo-endotelial, o sangue, os vasos, os nervos, o aparelho endócrino? Confessemos que o problema não está esclarecido. Alguma coisa, porém, se tem feito como vamos dizer.

Um grande número de investigadores localizam as lesões preferentemente nos vasos, sobretudo nos de menor calibre, arteriolas e capilares: as manchas purpúricas seriam devidas antes de mais a trombozes, tais como as que se revelam no lúpus eritematoso. Angeítes, vascularites, capilarites têm sido descritas em todos ou quase todos os casos, com lesões predominando no conectivo vascular. SELYE, referindo-se particularmente ao Lúpus Eritematoso Disseminado, diz quanto à sua anatomia patológica: «É hoje geralmente aceite que o L. E. D. não é apenas uma doença que interessa a pele, mas os vasos sanguíneos da economia. A própria lesão cutânea é caracterizada pela dilatação dos vasos sanguíneos e linfáticos, distúrbios degenerativos na basal da pele e infiltração linfocitária perivascular. Ao mesmo tempo, os vasos sanguíneos de vários órgãos internos apresentam lesões degenerativas e inflamatórias, extraordinariamente semelhantes às que se observam na periarterite nodosa, parecendo que na sua patogenia desempenham papel da maior relevância as reacções próprias da alergia e da supersensibilidade». Por esta passagem do seu livro vemos que o autor se inclina para uma patogenia alérgica, responsável pelo aparecimento das citadas alterações. SELYE aproveita a ocasião para incluir a doença no grupo das de adaptação e aparentá-la com o reumatismo. Eis os seus argumentos: Uma vez que as manifestações sistemáticas do L. E. se parecem notavelmente com as provocadas nos animais pelas altas doses de minero-corticóides e desde que por outro lado a ACTH produz efeitos curativos espectaculares em alguns casos indiscutíveis, é lógico classificar esta situação como uma das principais no grupo das doenças de adaptação. É particularmente interessante que a tiosomicarbazona «Tb1», capaz de produzir efeitos curativos semelhantes aos da cortisona nas doenças reumáticas, também dê resultados terapêuticos em casos de lúpus eritematosos, com baixa do índice de eritro-sedimentação, parecendo confirmar assim que nesta doença há excessiva produção de minero-corticóides. Em abono da sua maneira de ver SELYE resume três casos com gravuras, de lúpus eritematosos graves curados pela ACTH, casos da clínica de três médicos americanos, um dos quais publicou *The Effect of ACTH in «Disseminated Lúpus Erythematosus»*, 1950.

Para grande número de investigadores, entre os quais avultam os nomes de KLEMPERER, BAEHR e POLLACK, é o tecido conjuntivo que sofre predominantemente e seria o seu sofrimento o laço, por assim dizer, que uniria entre si os membros desta grande família de doenças, clinicamente de tão díspares aspectos, às quais eles dão a designação comum de *doenças do colagénio*. A lupo-eritemato-viscerite maligna ou a doença de Unna-Kaposi-Besnier-

-Libman-Sachs seria, anátomo-patologicamente, uma das doenças do colagêneo. KLEMPERER e colaboradores, partindo dos seus doze casos, sustentam que «as alterações largas, extensas e frequentes do colagêneo, disseminadas especificamente em certas regiões: coração, glomérulos renais, vasos sanguíneos, pele, baço, tecido retroperitoneal, consistem essencialmente numa metamorfose local, fibrinóide das fibras colagêneas, constituindo o *substractum* anatómico, característico e específico da doença.

«Mas, H. MONTGOMERY e MC CREIGHT, no ano seguinte (1949), realizando 96 biópsias cutâneas não encontraram alterações do colagêneo, com transformação fibrinóide nas paredes dos vasos e no tecido conectivo da pele senão em 25 % dos seus casos de Lúpus eritematoso crônico, subagudo e agudo. Na maioria dos casos onde encontraram a degenerescência fibrinóide, foi esta sempre mínima e banal. Pelo contrário as células de HARGRAVE e a prova de HASERICK, sobretudo, foram encontradas com extrema frequência.

Lemos em SELYE que alguns autores discordam da designação de *Doença do Colagêneo* porque nem só este sofre mas também as fibras reticulares e elásticas, como também a membrana muscular dos vasos, podendo-se ainda acrescentar que os capilares dos glomérulos e as fibras musculares do miocárdio são também sedes de eleição para a hialinose, tanto no síndrome experimental como no síndrome clínico. Por isso, tem-se proposto outras designações, além da de *colagenose, hiperglobulinose, para-amiloidoses, degenerescência fibrinóide, doenças para-reumáticas e disurias*.

Têm sido particularmente estudadas as lesões renais, que seriam glomerulares para a maioria, com turgescência do epitélio capilar e hialinização, que poderia levar à fibrose retráctil. O rim, grande e liso, apresenta cicatrizes, lembrando o rim artériosclerosado e encontrando-se as lesões mais características nos glomérulos, as quais consistem num espessamento e degenerescência em placas da basal dos capilares. Também se observam nos glomérulos zonas de necrose e em alguns casos as lesões são bastante típicas pela sua distribuição e natureza para lhes conferir certa especificidade. Assim KLEMPERER BAEHR e SCHIFRIN, que encontraram o rim comprometido em 18 dos 23 casos estudados, além das lesões focais, trombóticas e necróticas, mais ou menos disseminadas das ansas glomerulares, verificaram que a alteração mais comum e característica é um espessamento especial e hialino das paredes capilares, que se mostra muito nítido até nos cortes corados pela hematoxilina-eosina. A parede espessada apresenta-se rígida como se fosse um *fio de arame grosso* «lesão de arame» no dizer dos autores. Encontraram em 13 casos, lesão

característica que não viram noutra doença humana, exceptuando a eclâmpsia.

Se tais lesões são apanágio duma modalidade de glomérulo-nefrite ou se são simplesmente localizações normais de alterações capilares generalizadas e diferentes das que ocorrem geralmente nas glomérulo-nefrites, não o sabem os autores dizer, aconselhando a que se espere por novas investigações.

DUPERRAT, que estudou histològicamente um dos casos de LIAN, aquele que se acompanhava de miosite, encontrou, quanto ao fígado, baço e rins, o seguinte:

Fígado — Aspecto chamado *infecioso*: hiperplasia das células de KUPFFER, dilatação dos capilares, infiltrações moderadas nos espaços-portas, leve esteatose. O mais interessante é a presença no centro dos lóbulos de *praias constituídas por um aglomerado de pequenos vacúolos, cheios duma substância fluida, arredondados, do tamanho duma célula hepática, parecendo resultar duma fusão protoplásmica*. Esta substância fluida é levemente basófila, não tomando o carmim, nem o açafião, nem o sudão. DUPERRAT ignora a sua natureza, mas LEROUX pensa tratar-se duma espécie de fusão mucinosa das células. Estas inclusões, observadas pela primeira vez no fígado e, como veremos, também no baço, que relações terão com as células de HARGRAVE? perguntam os autores do trabalho.

Baço. — Leve hipertrofia da cápsula. A bainha das artérias parece mais compacta que normalmente a hialina. Na polpa vermelha encontram-se alguns macrófagos volumosos. Também vemos aqui, nas células reticulares, as grossas gotículas dum cinzento-ardósia, que vimos no fígado. Tais vacúolos parecem passar por várias fases: primeiro são únicos e recalcam o núcleo para a periferia, depois engrossam e parecem tornar-se plurilobulares; por fim, tem-se a impressão de que fazem estourar a célula.

Rim. — Lesões de glomérulo-esclerose muito mais importantes do que as que os autores estão habituados a encontrar nas lupo-eritemato-viscerites malignas, talvez dependentes em parte da antiga nefrite, sofrida pela doente aos 4 anos, no decurso duma escarlatina.

TRATAMENTO

Apesar de tantos tratamentos tentados, mais de 90 % dos doentes morrem.

Sulfamidas, penicilina em altas doses (22 milhões de unidades em 15 dias, por LIAN) e outros antibióticos têm falhado. LOEWE e EILER trataram 11 casos, todos com êxito, de endocardite subaguda maligna abacteriana com doses fantásticas de peni-

cilina. Num caso chegaram a 10 milhões por dia; noutra caso à dose total de 215 milhões.

A terapêutica salicilada, quando muito, alivia as dores mio-articulares e baixa levemente a febre, que, aliás, se mantém durante todo o decurso da doença, quaisquer que sejam os anti-térmicos usados; as transfusões sanguíneas, como realizámos no nosso caso, prolongam um pouco a vida e podem melhorar a anemia e as hemorragias. A tuberculina agrava; ultravioletas e infravermelhos intensificam as eflorescências cutâneas. A radioterapia ovárica parece ter dado alguns resultados. Devem-se evitar os remédios enérgicos, que, dada a tendência para a leucopenia nestes enfermos, podem conduzir à agranulocitose.

Na nossa doente a penicilina, os anti-térmicos e anti-reumáticos foram tentados em vão; para as gengivorragias e erupções purpúricas deram-se coaguleno, zimema, vitaminas K e C, fizeram-se transfusões sanguíneas. Ao fim de 20 dias as melhoras eram algumas, a febre, embora mais atenuada, mantinha-se. Contra o nosso conselho a doente pediu alta e abandonou a enfermaria, para voltar duas semanas depois, trazida em maca num estado deplorável, com a mancha lúpica mais marcada ainda. hipertermia e sobretudo com dores mioarticulares insofríveis.

Tínhamos tudo preparado para se fazer o estudo biópsico da medula esternal com o intuito de se procurarem as células de HARGRAVE e o teste de HASERICK, bem como desejávamos tentar o tratamento pela cortisona, proposto por SELYE, cujo volumoso tratado acabávamos de adquirir, quando na nossa ausência e contra o prometido, o marido, talvez receando que fizéssemos a necrópsia, levou a doente para casa, onde veio a morrer no dia seguinte, em estado comatoso.

BIBLIOGRAFIA

- 1924 — LIBMAN e SACHS — Arch. Int. Med., 33, 701.
1942 — POLLACK e BAEHR — *Doenças difusas do colagêneo*. J. A. M. A., 119, 3, 31.
1942 — KLEMPERER, BAEHR e POLLACK — *Doenças difusas do colagêneo: Lúpus eritematoso disseminado e esclerodermia*. J. A. M. A., 119, 331.
1943 — FOX — O aspecto alérgico do Lúpus eritematoso. Arch. of Natl., 311.
1945 — Estudos patogénicos sobre o lúpus eritematoso e outras doenças correlacionadas. Acta Med. Scandin., 123.
1945 — DEGOS — Poiquilo-dermatotomiosite evoluindo durante um ano para a morte. Facto de passagem para o lúpus eritematoso agudo e o síndrome de Libman-Sachs. Ann. de Derm. et Syph., pág. 189.
1946 — KOCH e MAC QUIRE — Manifestações oculares do lúpus eritematoso disseminado. Ans. J. of Opt., 1242.
1947 — CELICE, GROSSIORD, CASTAIGNE e GUÉRIN — Bull. et Mem. S. Med. Hôp. Paris, 26 e 27.

7 vantagens da ELKOSINA

- ◆ Ação antibacteriana duradoura
- ◆ Concentração no sangue rapidamente obtida e longamente conservada
- ◆ Distribuição uniforme nos tecidos
- ◆ Ausência de náuseas e de vômitos
- ◆ Boa tolerância, mesmo por vias intramuscular e intravenosa
- ◆ Ausência de exantemas, de formação de corpúsculos e de cianose
- ◆ Ausência de complicações renais

VALE

para 1 amostra de

ELKOSINA comprimidos
ampolas

Remete :

Nome

Morada

Localidade

SÒMENTE PARA MÉDICOS

Nas infecções das vias urinárias: ELKOSINA

PREPARADO DE SULFAMIDAS OPTIMUM
INDUBITÁVELMENTE SUPERIOR À PENICILINA

«Com a Elkosina, pôde-se fazer desaparecer os colibacilos da bexiga ou dos bacinetes do rim, quando não existiam perturbações especiais da micção. Em 60 casos de infecção a «coli» conseguiu-se, em 53, liberlar de bactérias as vias urinárias, com um tratamento pela Elkosina, de 3 g diários, durante 7-10 dias. Os poucos resultados negativos foram devidos ou a subdosagem (2 vezes), ou a retenção urinária na bexiga (1 vez), ou a pionefrose (1 vez) ou a incontidência (3 vezes).»

(O. Gsell)

«A Elkosina pode ser administrada até na urémia, como acontece nos prosláticos, em consequência de uma lesão renal combinada por retenção e infecção. Apesar da sobrecarça excessiva, conseguimos várias vezes influenciar favoravelmente o curso da doença com a dose diária de 2 comprimidos 3 vezes ao dia.»

(W. Ott)

Seler

A
ELKOSINA
é justamente considerada
um preparado
sulfamidado optimum

PRODUTOS CIBA, LIMITADA
R. Gonçalves Crespo, 35

LISBOA

- 1947 — KLEMPERER — Doenças do colagénico. Bull. New-York Acad. Med., 23.
1947 — LIAN, SIGUIER, DUPERRAT e SARRAZIN — Bull. Mém. S. Méd. Hôp. Paris, 9 e 10.
1947 — LIAN, SIGUIER, DUPERRAT e SARRAZIN — Semaine Hôp. Paris, 31.
1947 — LIAN, SIGUIER, DUPERRAT e SARRAZIN — Ann. Derm. Syph., 6.
1947 — JULIEN MARIE, SÉE, DUPERRAT e TEISSIER — Segundo caso parisiense de Libman-Sachs. (Lupo-eritemato-viscerite maligna). Bull. mem. Soc. Méd. Hôp. Paris, 21 e 22.
1947 — SCHWOB, BONDUELLE e DUPERRAT — Idem, 28 e 29.
1947 — RAYNAUD, HADIDA e MORÈNE — Idem, 30 e 31.
1947 — BAEHR — J. A. M. A., 14.
1947 — BAEHR e POLLACK — J. A. M. A., 1169.
1948 — FRANCK, CIVATTE e SIDI — Soc. Fr. Dermatosyph., 15 de Jan.
1948 — SIGUIER e SARRAZIN — Nova observação de lupo-eritemato-viscerite maligna. Papel de desencadeamento provável por soroterapia.
1948 — HARGREVE, RICHMOND e MORTON — Proc. Staff. Meeting Mayo Clinic, Jan.
1948 — AYVAZIAN e BADGER — Lupus erit. disseminado. New England J. Med., 239, 565. (Patog. alérgica).
1948 — MOLLARET e MORIN — Bull. Mem. S. Méd. Hôp. Paris, 15 out.º. Um caso de Libman-Sachs.
1948 — DOMART — Doença de Libman-Sachs. Acquisitions Médicales récentes, pág. 133.
1948 — HUMPHREYS — As lesões cardíacas do lúpus eritematoso agudo, 28, 12.
1948 — KLEMPERER — Patogenia do lúpus eritematoso e outras afecções afins. Ann. Inst. Med., 28, 1.
1949 — BRODIN, POMAILLOUX, CHAPINS — Bull. Mém. S. Méd. Hôp. Paris, pág. 644. Maladie de Libman-Sachs.
1949 — STEWART — The collagen diseases. J. Michigan M. Soc., 48, 344.
1949 — DONZELOT, KAUFMANN e MENDE — Études des protides du serum sanguin dans un cas de maladie de Libman-Sachs avant et après ex-sanguino-transfusion.
1949 — GRACE — Remission of disseminated lupus erythematosus induced by adreno-cortico-trophyn. Proc. Exp. Biol. and Med., 72, 563.
1949 — ALBERT SARRAZIN — Thèse de Paris. Lupo-eritemato-viscerites malignes.
1949 — HASERICH — J. Invest. Revue. Agosto.
1949 — DELAFONTAINE, DAMIENS e PLEY — Um caso de lupo-eritemato-viscerite maligna. (Síndrome de Libman-Sachs). Semaine des Hôp., 24.
1949 — HARGRAVE — Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic, 234-237.
1949 — VILANOVA e DE DALENTO — Soc. fr. D. e Sy., 444-445.
1950 — HAMBURGER — The Yale J. of Biol., 407-410.
1950 — JOSÉ DE MENDONÇA DA CRUZ — Lúpus eritematoso generalizado. Gazeta Médica, vol. III, N.º 1.
1950 — HANS SELYE — The Physiology and Pathology of Exposure to Stress.
1950 — DANCHERRY e BAGGENSTROSS — Arch. of Int. Med. Junho.
1950 — HENCH, DENDALL, SLOCUMB e FOLLEY — Arch. of Int. Med. Abril.
1950 — LIAN, SIGUIER, LONJUMEAU, DUPERRAT e LEMENAGER — Lupo-eritemato-viscerite maligna com miosite. Bull. Mém. S. Méd. Hôp. Paris, 11 e 12.
1950 — MERKLEN e DESVIGNES — Derm. e Sifiligr. em 1950. Paris Méd., pág. 69.
1950 — CATTAN, CARASSO, CORNILLOT e DELVILLE — Lúpus eritematoso disseminado e tuberculose aguda. Bull. Mém. S. Méd. Hôp. Paris, pág. 233.
1950 — FRANÇOIS CASALIS — Lúpus eritematoso. Presse Méd., pág. 1275.
1950 — BICKEL — A hormona ACTH e as suas aplicações terapêuticas. Presse Méd., pág. 1007.
1950 — ANÍBAL DE CASTRO — Rev. de Clínica, Hidrologia e Higiene. Set. Out. Nov.

Profilaxia da surdez

por FAUSTO DIAS

Oto-rino-laringologista (Lisboa)

O presente trabalho não foge muito em doutrina e exposição àquele que em breve queremos publicar na América. Lá como cá, é a mesma voz de pioneiro que fecha os olhos ao triste passado e encara o futuro com a esperança do profeta.

PLATÃO tinha razão quando dizia que os doutores deviam ter o mal que desejavam curar. É uma verdade eterna que os homens no alvor da civilização vislumbraram e a cavalgada dos séculos mantém. Ter a experiência do mal, identificar-se com o próprio mal e com ele morrer, que folha tão estranha do breviário do que vive na dor!

Mas as sombras do passado clarearam. Das mãos de Madame CURIE brotou a arma milagrosa. A fisiologia e a experiência dos otologistas fizeram o resto.

Para onde vamos? — Começemos:

A ideia deste trabalho nasceu em nós antes de irmos para a América, após a guerra. Mas não tínhamos o rádio, nem a prática do seu arriscado manejo, não tínhamos o audiômetro e sobretudo faltava-nos o encorajamento e o dinamismo que os americanos tão bem sabem comunicar. E os dez anos que tínhamos vivido por tantos consultórios da especialidade colocaram-nos numa penosa realidade. Já então começávamos a compreender que a oto-rino-laringologia é ciência dos nossos dias, que as mutilações que se faziam sem conta nem medida não tinham razão de ser, que a profilaxia seria a grande arma da surdez.

Por via dela todos nós temos uma grande tarefa a cumprir. Nada se poderá fazer enquanto não se divulgar, enquanto não se ensinar e preparar o ambiente. E um artigo publicado sobre o assunto, ainda não há muito, num dos jornais da manhã de Lisboa, advertiu-nos do mal, da treva em que vivemos. Muitos colegas da clínica geral, admirados do seu conteúdo, lealmente confessavam o desconhecimento de tal matéria.

Causa principal em que se baseia a profilaxia da surdez

A todo o comprimento do tubo digestivo e também na via aérea, há como que uma toalha de tecido linfóide localizado à mucosa. E tão grande é a sua abundância em certas zonas que logo os primeiros investigadores foram espicaçados pelas causas da sua presença.

Na esteira deste pensamento rompeu FLEMMING. Com ele vinha a primeira teoria da sua função que ele adivinhou ser leucopoiética. Depois vieram outros. Veio HELMMAN que trazia a discórdia. Mas não era uma discórdia de base. Era uma discórdia de pormenor. Para FLEMMING os linfócitos eram produzidos ao nível da zona clara e central dos folículos, a que chamou centros germinativos. Para HELMMAN, essa zona central não era um berço, era antes o túmulo dos linfócitos para onde eles caminhavam levados por um tropismo especial. Para este, eles seriam produzidos em todo o tecido linfóide, menos no centro dos folículos. Parece-nos que o primeiro tinha razão. Vejamos:

1.º — Na vida intra-uterina, onde a linfogénese é bastante intensa, não lhe observam centros germinativos, vá lá a expressão de FLEMMING. Estes só aparecem no começo da vida extra-uterina, um mundo diferente de reacção. E então só se podia pensar que essas zonas claras dos folículos eram campo de acções irritativas endógenas ou exógenas.

2.º — Nas leucemias linfóides devíamos encontrar muitos desses centros no caso dos linfócitos aí serem produzidos. Mas a histologia não nos dá essa indicação.

3.º — Em 1937 GLINSTEDT isolou cobaias em meios assépticos, após o nascimento, e verificou que não apareciam folículos com centros brancos, os chamados «folículos secundários».

Anote-se que esses centros reaccionais são tanto mais numerosos e maiores quanto mais suave for a acção excitante. Para uma acção excitante forte, há como que neles uma sideração, podendo até surgir fenómenos de necrose.

E não se julgue que essa imensa toalha linfóide se limite a formar só linfócitos. A sua função é múltipla como barreira dum mundo para outro. Entre outras tem: 1.ª — Função imunizante; 2.ª — Função defensiva; 3.ª — Função endócrina.

A primeira é das mais importantes porque é filha dum contacto permanente dos gérmenes com a mucosa. Eles procuram os recessos desta e é aí que elaboram as toxinas que por reabsorção passam para o parênquima folicular e daí para os gânglios regionais, onde se geram as substâncias imunizantes. Estes gérmenes são, pois, uma vacina viva. Sem a sua presença não pode haver imunidade do organismo.

Diante dum mundo agressivo compreende-se que as formações linfóides do tubo digestivo e da via respiratória ganhem grande volume, principalmente na rino-faringe, na oto-faringe e no intestino antes de estabelecida a imunidade. Estabelecida essa, entra tudo na involução, a não ser que haja infecção ou perturbações metabólicas, aí pela puberdade. Volta então tudo ao período de quietude.

E o que ficou dessa luta com o exterior? O organismo no todo lucrou, pôs-se a salvo de penosas infecções, triunfou. Só um departamento sucumbiu nessa luta de vizinhança. É esse que nos suscita este trabalho.

★

Só muito depois de EUSTÁQUIO ter descoberto a famosa passagem da rino-faringe para o ouvido médio, se começou a compreender a fisiologia do ouvido. Então olhou-se com mais atenção para os movimentos da cadeia ossicular, para a posição da membrana timpânica, para o equilíbrio das pressões dum e doutro lado da referida membrana. E a experiência de duas guerras aéreas trouxe largo contributo para este estudo, por colocar no primeiro plano da otologia a ventilação do ouvido.

Como se sabe, a trompa é um órgão fechado. Mas, principalmente, na deglutição ela abre-se para dar passagem ao ar da rino-faringe para a caixa timpânica e aí manter uma pressão igual à atmosférica. E porque isto nem sempre se faz normalmente, milhões de indivíduos sofrem de surdez que podia ser evitada.

Como? — Atacando as formações linfóides que originam a obstrução parcial e prolongada das trompas, causa de alterações na função auditiva pelas lesões que desencadeiam no ouvido médio e até mesmo no interno.

A aviação trouxe para a clínica uma entidade patológica desconhecida no passado — as aero-otites. É a própria diferença de pressão entre a caixa e o exterior que na descida do avião fecha o pavilhão da trompa. Isto compreende-se porque na caixa a pressão é igual à das altas regiões donde o avião vem. Súbitamente instala-se a otalgia. A observação do tímpano mostra-o muito retraído e através o qual às vezes se nota líquido transudado, quando não até líquido hemorrágico.

Mas as lesões que interessam ao nosso trabalho não são estas e muito menos as que têm origens muito diferentes da que acabo de indicar. São as devidas a uma obstrução incompleta, aquela que ainda permite a passagem do ar para a caixa. São as que se instalam suavemente. Entre as múltiplas causas de surdez, estas são talvez das mais frequentes, mormente na infância onde a sua importância é manifestamente preponderante.

Causas desta obstrução

Já vimos que na criança o tecido linfóide da naso-faringe é muito desenvolvido. É a parte superior do chamado arco de Waldeyer. As vegetações adenóides, amígdala de Luschka, tomam

*Os
preparados originais*



DE NOVO À VENDA EM TODO O PAIS

Cardiazol «Knoll»

Analeptico da circulação e respiração
Tubo com 10 comprimidos. Caixa com 6 ampolas.
Frasco com 10 gr. de líquido.

Dicodid «Knoll»

O mais forte sedativo da tosse
Tubo com 10 comprimidos a 0,005 gr.

Octinum D «Knoll»

Para espasmos, dores espasmódicas,
hiperexcitação parasimpática
Frasco com 10 gr. de líquido. Caixas com 5 e 100 ampolas.

KNOLL A.-G.

**FÁBRICAS DE PRODUTOS QUÍMICOS · LUDWIGSHAFEN / RHENO
A L E M A N H A**

Representantes: **AUGUST VEITH**, Herdeiros
Rua da Palma, 146, 2, Telefone 25137, LISBOA

O ESPASMOLÍTICO COMPROVADO
DA MUSCULATURA LISA

EUPACO

Indicações: Todos os estados espasmódicos do tracto digestivo,
vias biliares e ureterais.

Em obstetria para abreviação do período de dilata-
ção e como analgésico em casos de cerviz rígida
ou espasmódicamente contraída (supositórios)

APRESENTAÇÃO:

Comprimidos, tubo de 10
Supositórios, caixa de 5
Ampolas, caixa de 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



parte nessa obstrução quando são muito volumosas ou quando se estendem até à fossa de Rosenmüller. E às vezes não precisam de ser muito volumosas para isso. Basta a conformação da rino-faringe.

Mas há mais tecido linfóide a complicar a obstrução, ainda mais perigoso que as adenóides. É o tecido linfóide que se encontra em toda a mucosa da trompa, quer na parte óssea, quer na cartilaginosa. À volta do orifício faríngeo da trompa chega a formar-se uma verdadeira amígdala, a amígdala de Gerlach. Em dezenas e dezenas de doentes temos observado que a obstrução é devida a esta formação e não às adenóides. Não convém esquecer que há outras causas que podem gerar obstrução tubar. Citemos como as principais a hipertrofia da cauda dos cornetos, os polipos coanais, as gomas, a sínfise do pavilhão consecutiva à cicatrização de úlceras.

Para distinguir umas das outras, temos, hoje à nossa disposição amplos meios de diagnóstico como sejam: — a) O rino-faringoscópio; b) O retractor do paladar mole. Propositadamente não incluímos aqui o toque digital e a rinoscopia posterior indirecta por os julgarmos obsoletos, o primeiro por poucos esclarecimentos trazer, o segundo por ser impraticável numa criança.

Rino-faringoscopia

Quanto a nós, pela experiência que temos dela, é a melhor aima de que dispomos para percorrermos toda a epifaringe. Nada ficará sem observação (Fig. 1).

Até nas crianças de baixa idade, 5 a 6 anos, isso é fácil de realizar. Tudo depende da persuasão que se possa exercer sobre elas. O rino-faringoscópio que possuímos é de calibre insignificante. Levámo-lo onde queremos, à zona etmóide-esfemóidal no meato superior, ao meato médio para ver as aberturas do seio maxilar. Vezes sem conta o introduzimos neste seio para avaliar da degenerescência do muco-periósteo. É um dos bons conselhos que temos na cura das sinusites.

O retractor que usamos é o de Haslinger. O primeiro contacto prático que tomámos com ele foi no Cook County Hospital de Chicago, um colosso de mais de 3.000 camas e onde a consulta leva o dia inteiro num labor extenuante. Como este retractor tem nas extremidades apoio para o paladar mole e para o lábio superior, num instante podemos contemplar toda a epifaringe. É processo que seguimos sistematicamente nos adultos e muitíssimas vezes nas crianças. O uso de fazer passar pelas fossas nasais um ou dois tubos de cauchu não tem possibilidade comparativa.



Fig. 1

(Com suavidade e promessas, a criança deixa-se examinar)

Exame da audição

Sempre que a observação revele exuberância de tecido linfóide na naso-faringe, impõe-se imediatamente o estudo da audição quer se afirme que a criança ouve ou não ouve bem. É que a criança pode ouvir bem e ter já o seu ouvido tocado. Pode a perda auditiva ir até 20 e 30 decibels sem ninguém o notar, podem até estar só tocados os altos tons, que como se sabe ficam para além dos tons da zona de conversação.

Em muitas dezenas de observações que temos feito, constituem excepção as vezes que em exuberâncias de tecido linfóide na naso-faringe haja um ouvido absolutamente normal. Geralmente encontramos *deficit* auditivo para todos os tons, curvas quase planas. As quebras só para os altos tons são coisa rara, o que não é para admirar, uma vez que se sabe que isso acontece no começo da obstrução.

Nós não conhecemos o mecanismo porque são só tocados os altos tons no começo da obstrução, nem a sua interpretação é legítima neste trabalho. Mas queremos acentuar que quanto mais cedo se fizer o exame audiométrico numa criança tanto melhor. Ele é mesmo indispensável quer pareça haver boa ou má audição, quer os tímpanos não estejam muito retraídos, quer mesmo

as amígdalas tenham aspecto normal e a criança tenha boa respiração nasal.

As amígdalas podem estar normais, o que não invalida a hipótese de a parte superior do arco de Waldeyer estar hipertrofiada. A criança pode respirar bem pelo nariz, o que pouco diz sobre os adenóides, pois que como já vimos o seu poder obstrutivo depende também da forma da naso-faringe e da sua extensão em toalha até à fossa de Rosenmüller.

Pode tudo ser normal e a trompa estar obstruída pelas suas formações linfóides, donde se conclui que é indispensável fazer o audiograma para se diagnosticar a surdez, porque disso depende a salvação do ouvido da criança e consequentemente do adulto.

O que fazer em presença duma obstrução parcial das trompas?

Se há tecido linfóide exuberante na abóbada da naso-faringe, o que há é removê-lo quanto antes, quer a adenoidectomia tenha sido feita uma ou mais vezes. O melhor é fazê-lo com ampla exposição daquela região, o que se pode muito bem fazer com o retractor de Haslinger.

Sabe-se que os «tori tubarii» têm de ser respeitados por causa das possíveis bandas cicatriciais que ligando a abóbada da epifaringe com o seu vértice ou mesmo com qualquer dos seus lábios, permitem a formação de nichos entre elas, onde se perpetua uma infecção com a inseparável retenção de pus. E muitas dessas dores rebeldes localizadas em redor do olho, com propagação para trás, até mesmo atingir a nuca, têm nesta patologia a sua explicação.

Como poderão, pois, a bioquímica dos humores, a radiografia dos seios perinasais, o estudo do fundo do olho, trazer-nos qualquer luz se é ali naquele cantinho que se aquartela a causa duma das mais incômodas torturas?

As adenóides não são aquela simples formação linfóide que com banal cureta de Beckmann e às cegas se removem. Não são como as amígdalas que na íntegra podemos remover porque aqui há uma nítida cápsula que constitui com os tecidos vizinhos um óptimo meio de clivagem. As adenóides não têm cápsula, fazem parte da própria mucosa. A regra é a reconstituição. Acresce que a cureta ou o La Force não podem remover a amígdala de Gerlach ou as hipertrofias para lá do orifício tubar que permitem a continuação da obstrução.

Temos, pois, que usar alguma coisa mais do que até aqui. Foi para isso que escrevemos este trabalho e observámos muitas dezenas de crianças. A coisa não é nova, leva já uns bons anos e os americanos sabem bem os óptimos frutos que continuamente

dela colhem. Mas para nós, que na realidade vamos atrasados, tudo se passa como seja novo.

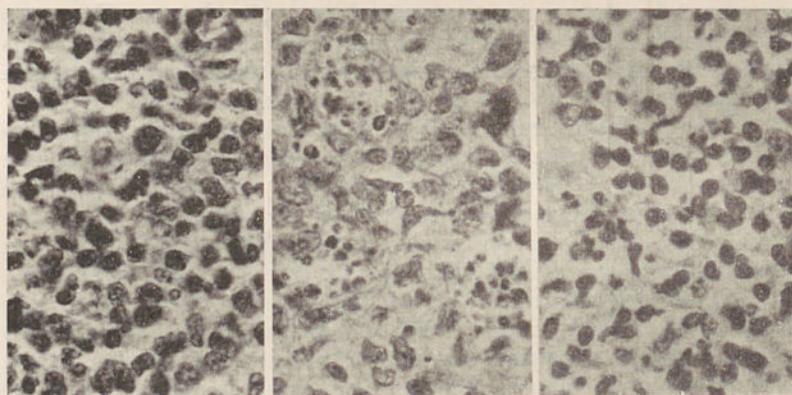
Há, pois, que divulgar ensinamentos a seu respeito, mostrar os resultados, cair na minúcia do método, já que ele, o elemento de acção, é cutelo de dois gumes.

Adivinha-se que nos referimos ao radium.

O que é e como actua o radium

Desde Madame CURIE que a química dispõe de mais um elemento que à semelhança dos tubos de Raio X emite radiações com idênticas características físicas e os mesmos efeitos patológicos.

Na prática usa-se o sulfato de radium contido em cápsulas metálicas. Das 3 radiações a que menos nos interessa é a Alfa porque, sendo incapaz de atravessar as paredes da cápsula, não tem efeito terapêutico. Compõem-a núcleos de hélio carregados positivamente. Das duas restantes, a Beta e a Gama, é a primeira a mais terapêutica porque todos os raios são absorvidos pelos tecidos num raio de 1 cm. de distância. Movem-se com a velocidade da luz os seus electrões negativos. Finalmente os raios Gama também dotados com a velocidade da luz são electrões neutros que têm um alto poder de penetração. Alguns chegam mesmo a atravessar placas de chumbo de 30 cm. de espessura. Poucos são



A

B

C

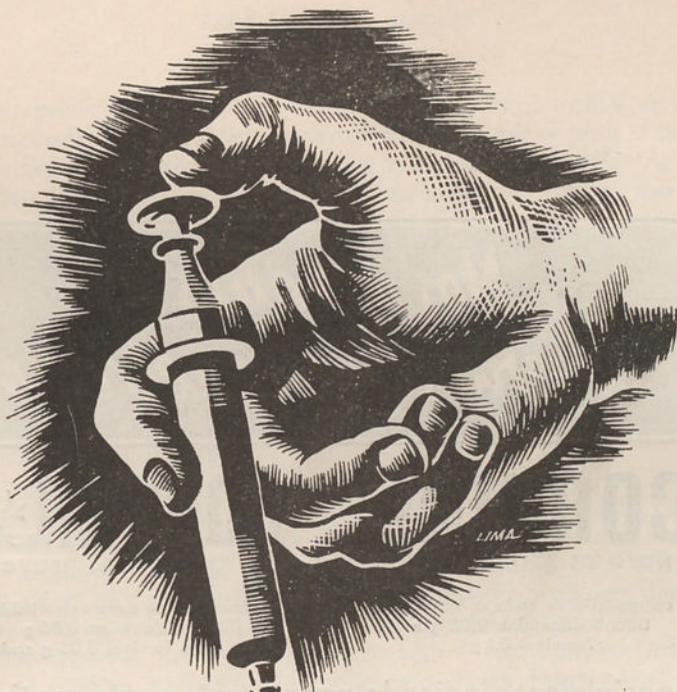
Fig. 2 — Tecido linfóide

A—Antes da radiumterapia (aspecto normal).

B—24 horas depois da acção do radium (grande destruição dos linfócitos).

C—10 dias depois do tratamento (aspecto normal).

INSTITUTO LUSO-FARMACO, L.^{DA}



PROCILINA

OLEOSA e AQUOSA

Um produto consagrado pela experiência

UMA NOVA PROCILINA

PROCILINA aquosa ESTÁVEL

SUSPENSÃO AQUOSA DE **PENICILINA G PROCAINA**

PRONTA A APLICAR

Ampolas de 400.000 U.O.

Únicos Depositários:

PAOLO COCCO, L.^{DA}

LISBOA: R. Andrade, 4, r/c - PORTO: R. Fernandes Tomás, 480 - COIMBRA: Av. Fernão Magalhães, 32

NOVO!

*Nos ataques
convulsivos cerebrais*

NOVO!

COMITAL

para as formas leves

composição de cada comprimido:
Difenil-hidantoina 0,05 g e
Prominal 0,1 g

COMITAL^{Lc}

para os casos graves

composição de cada comprimido:
Difenil-hidantoina 0,05 g
Prominal e Luminal 0,05 g cada

Especialmente indicado para o tratamento contínuo
de epiléticos com actividade profissional

Embalagens originais:
frascos com 50 comprimidos cada



» *Bayer* « **L e v e r k u s e n**, Alemanha

Representante para Portugal: » *Bayer* «, Limitada, L. do Barão de Quintela, 11, 2º Lisboa

retidos pelos tecidos, mas quando o são actuam como os Beta. Compreendemos que estes sejam os mais perigosos para o médico e seus colaboradores, apesar da sua radiação andar pela $\frac{1}{6}$ parte dos Beta. É à sua energia libertada ao nível das células que atribuímos a sua ionização. As células assim ionizadas morrem, mas umas são mais sensíveis que outras. Apontam-se as células sexuais como as mais sensíveis. Logo na escala descendente surgem as linfáticas. E são, sobretudo, as que se encontram em mitose as mais facilmente destruídas.

Compreendemos agora que aplicações de radium reduzam as massas de tecido linfóide e tragam a mucosa a um aspecto normal.

Técnica da radiumterapia

Nós usamos 50 miligramas de radium, contidos numa cápsula metálica soldada a um estilete de 15 centímetros de comprimento, que mantemos num cilindro de chumbo e numa sala afastada. Antes de o retirarmos do cilindro, já o doente está em decúbito dorsal com as fossas nasais ligeiramente anestesiadas.

Envergamos um avental de chumbo e rapidamente introduzimos o estilete ao longo do pavimento numa fossa nasal até à parede posterior da naso-faringe. O doente roda a cabeça para o lado oposto para que o peso do estilete faça com que a cápsula entre em bom contacto com o orifício da trompa, ficando assim em decúbito lateral. É como que um binário. Afastámo-nos para outra sala e não permitimos que qualquer empregada esteja junto do doente. Isso compete a um dos seus familiares.

Doze minutos decorridos passámo-lo para a outra fossa onde permanece igual tempo com a mesma técnica.

No final retirámo-lo e nuns segundos lavámo-la em água a correr com uma escova e mergulhámo-lo em álcool puro. Nunca se deve tocar na cápsula e o tempo que o prisioneiro está em liberdade será mínimo. Mesmo encerrado no cilindro, o melhor é levá-lo imediatamente para lugar afastado.

Nós usamos 3 sessões com 15 dias de intervalo e antes da sua aplicação verificamos a naso-faringe: No caso de naso-faringite aguda, adiamos a aplicação, mas no caso de suave ou crónica naso-faringite, a sessão leva menos tempo, 6 minutos para cada lado, repetindo-a ao fim de uma semana com igual tempo.

Se ao fim de 3 semanas a faringe está normal ou quase normal, fazemos a irradiação já de 12 minutos para cada lado. De contrário, procedemos como atrás.

Depois da última aplicação, obtemos novo audiograma para contrôlê do resultado. No caso de ser necessária outra série, esta nunca se deverá fazer antes de 6 meses.

Perigos do radium

Ao usá-lo nunca nos devemos esquecer que a distância é a melhor defesa para ele. Mas se este princípio é impossível ser respeitado, seja do mal o menos, estejamos junto dele o mínimo tempo, porque a sua acção global sobre nós é um somatório de acções diárias. Nada se perde.

Uma contagem de glóbulos, periódica, não deixa de ser aconselhável.

Observações pessoais

Há ano e meio que em Lisboa trabalhamos com o radium. A grande percentagem de doentes é recrutada no serviço de oto-rino-laringologia do Hospital de S. José com o pleno acordo e até incitamento do seu competente director, o Dr. Francisco Calheiros. Mas a dificuldade de se fazer um tratamento formal é enorme, apesar de ser absolutamente gratuito. É que se as crianças ouvem, as mães não compreendem para que servem as observações depois de operadas. Não compreendem que a operação ficou longe de ser uma solução total para a sua já tocada função auditiva e que o mal se agravará com a idade.

Muitos fazem só uma sessão de radium, outros ainda chegam à segunda, poucos atingem a terceira. Uma vez por outra recebem (as mães) um postal a lembrar-lhes a necessidade da continuação do tratamento. Muitos desses não encontram o destinatário! Nós então compreendemos que o mal da nossa gente tem fundas raízes, mergulha em temperamento rácico, despreza o bem da proflaxia para cair à gula da cura impossível.

Podemos afirmar que mais de 90 % das crianças com adenóides e obstrução parcial das trompas tinham *deficit* auditivo e que nos casos, que não foram poucos, em que se pôde fazer completo tratamento com o radium, a melhoria foi verdadeiramente notória e concludente como o provam algumas das observações seguintes:

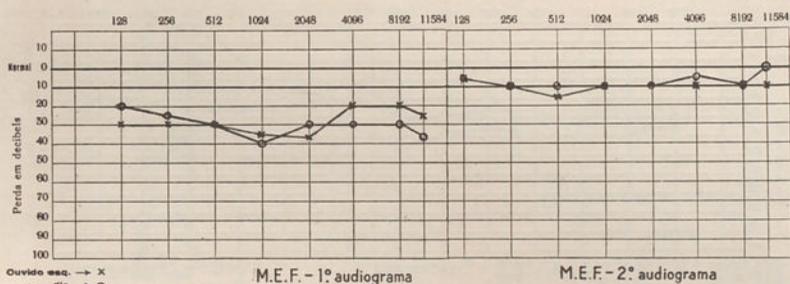
1.^a *Observação*: M. E. F. de 11 anos. — A mãe afirma que a criança respira mal pelo nariz desde os três ou quatro anos e tem muita tendência a constipar-se. Há dois anos o *deficit* auditivo agravou-se, possivelmente em consequência de alguma constipação, e tornou-se notório. Nunca teve otites, mas sim otalgias.

Exame objectivo. Amígdalas hipertrofiadas e pediculadas.

Rino-faringoscopia: Adenóides volumosas invadindo a fossa de Rosenmüller. Pavilhão das trompas vermelho e infiltrado. Lábio posterior do orifício tubar irregular à superfície.

Timpanoscopia: Tanto um como outro tímpano apresentavam-se com as características da falta de arejamento tubo-timpânico.

Um audiograma feito em 29-11-950 mostrou que os tons mais tocados eram os médios, os da linguagem, como se vê no 1.º audiograma (29-11-50). Foi imediatamente operado de adeno-amigdalectomia total pelo processo

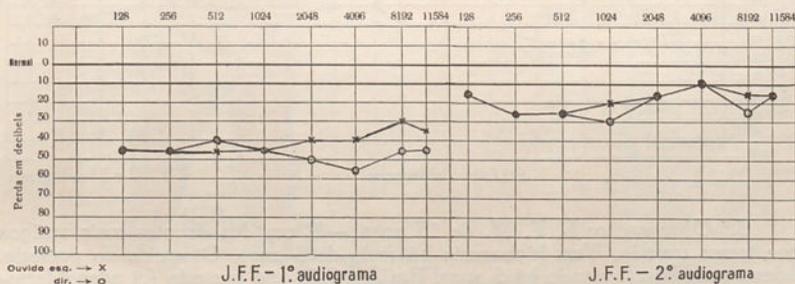


de Sluder-Beckmann e recebeu 3 sessões de radium em 1.ª - 13-12-950; 2.ª - 27-12-950; 3.ª - 11-1-951.

No dia 28 de Janeiro fizemos-lhe 2.º audiograma que comparado com o 1.º revela bem o que de útil se passou no ouvido porque os perfis são normais. A rino-faringe observada na sessão em que se fez este audiograma não mostrou tecido linfóide exuberante e as trompas estavam só ligeiramente infiltradas, o que possivelmente era consequência da última aplicação de radium.

2.ª Observação: J. F. F. de 14 anos. - Amigdalites frequentes. Má respiração nasal e hipoacusia desde criança. Constipa-se amiudadas vezes. Já tem tido otalgias e zumbidos. Tem mais quatro irmãos, dois dos quais têm hipoacusia. Figuram nas observações seguintes.

Exame objectivo: Amígdalas hipertrofiadas com muitas das suas criptas cheias de pus. Adenóides volumosas. Pavilhão das trompas muito vermelho

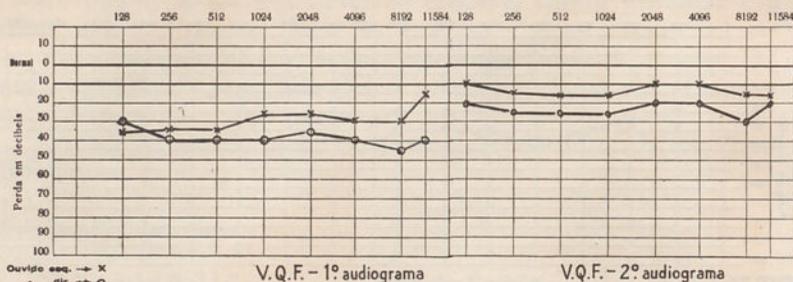


e infiltrado. Timpanos muito retraídos. Rinne positivo. Weber lateraliza para a direita. 1.º audiograma em 20-12-950.

Operado de adeno-amigdalectomia em 21-12-950. Sessões de radium em: 3-1-951; 17-1-951; 2-2-951.

2.º audiograma em 16-2-951. Como se viu no 1.º audiograma a surdez deste doente já não era só do domínio do audiômetro; para manter alguma conversação era necessário grande atenção, o que acabava por o cansar. Repare-se principalmente na diferença de perfis do ouvido direito. Na frequência 4.096 a recuperação de 40,5 decibels é para fixar porque deve ser a maior que se tem obtido com o radium. O rino-faringoscópio mostrou uma rino-faringe absolutamente normal.

3.^a *Observação:* Doente V. Q. F. de 5 anos. — Tem hipoacusia há dois anos. Dorme com a boca aberta e ressona muito. Constipações frequentes. Já teve otorreias.

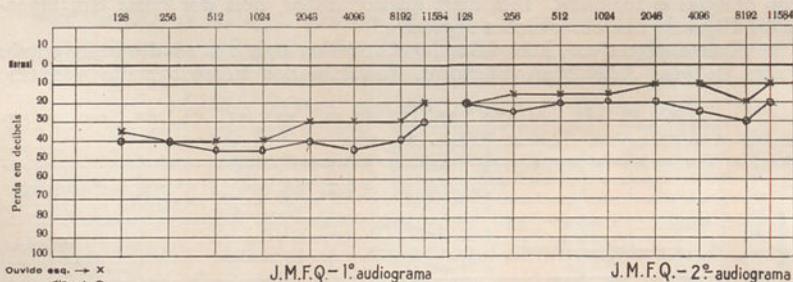


Exame objectivo: Amígdalas hipertrofiadas. Adenóides. Condutos limpos. Tímpanos reconstituídos e muito retraídos. Rinne positivo. Weber lateraliza para a direita.

1.^o audiograma em 20-12-950. Operado de adeno-amigdalectomia total em 25-12-950. Sessões de radium em: 3-1-951; 19-1-951; 2-2-951.

2.^o audiograma em 16-2-951. Revela que todos os perfis voltaram a limites de normalidade.

4.^a *Observação:* Doente J. M. F. Q. de 7 anos. — Os antecedentes e o exame objectivo não se afastaram muito dos anteriores (Audiogramas 1.^o e 2.^o).



5.^a *Observação:* L. F. M. de 15 anos. — É um dos doentes mais antigos que temos tratado. Tem hipoacusia há mais de 3 anos. Otorreias no passado. Adeno-amigdalectomizado há 5 anos. Em Abril do ano passado foi adenoidectomizado 2.^a vez pelo método de Beckmann. Sarampo em criança.

Exame objectivo: Condutos permeáveis. Tímpanos reconstituídos. A membrana timpânica direita está muito mais deprimida que a esquerda. Naquela está bem proeminente a apófise curta do martelo e são bem notórias as bandas maléolo-timpânicas. Não há cone de luz e a membrana de Shrapnell está retraidíssima. Rinne positivo. Weber lateraliza para a direita.

1.^o audiograma em 28-5-950. Sessões de radium em: 27-5-950; 12-6-950; 26-6-950.

2.^o audiograma em 3-7-950. Vê-se que a melhoria foi notória apesar de a audição estar fortemente deficitária no ouvido direito pelas infecções anteriores. A audição direita melhorou, mas não pôde em todos os perfis atingir os 30 decibels. A surdez deste lado continua a ser notória.

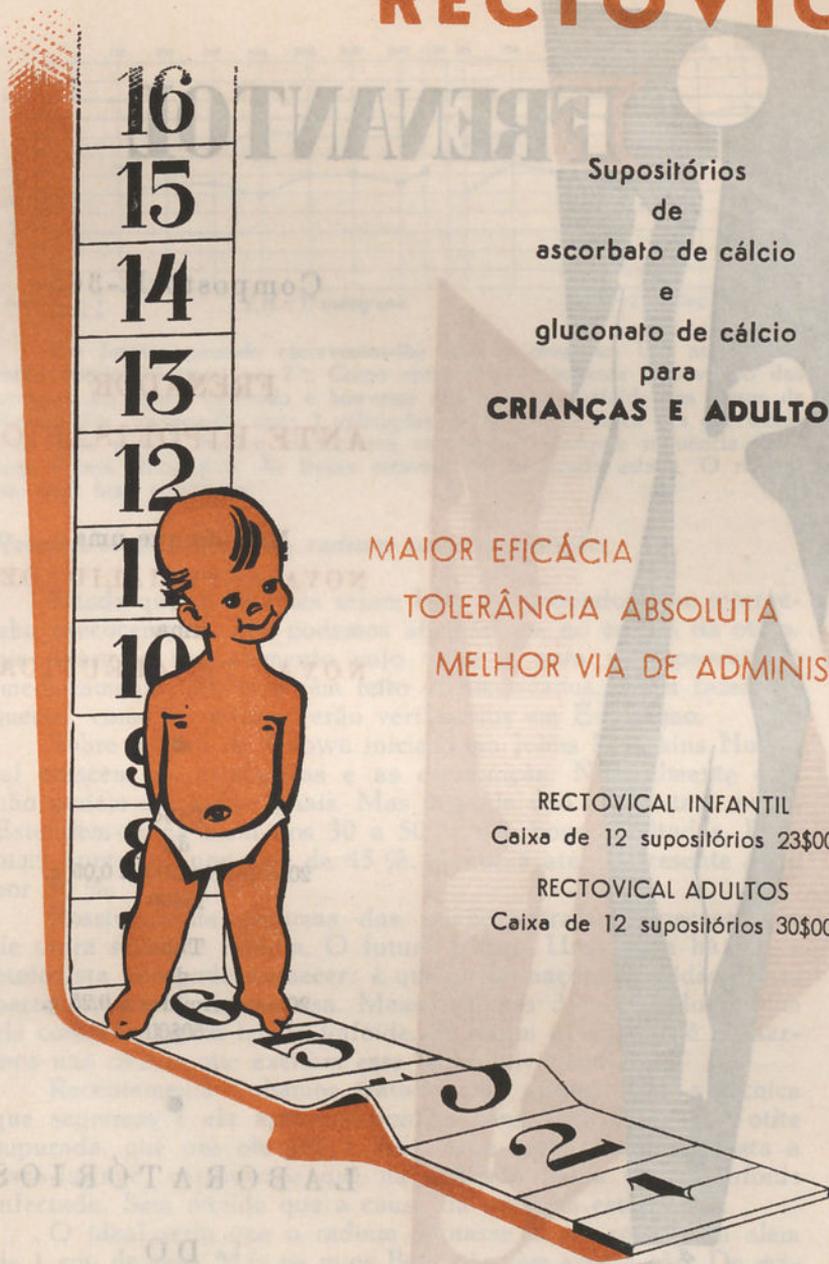
RECTOVICAL

Supositórios
de
ascorbato de cálcio
e
gluconato de cálcio
para
CRIANÇAS E ADULTOS

MAIOR EFICÁCIA
TOLERÂNCIA ABSOLUTA
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



FRENANTOL

Composto H-365

**FRENADOR
ANTE-HIPOFISÁRIO**

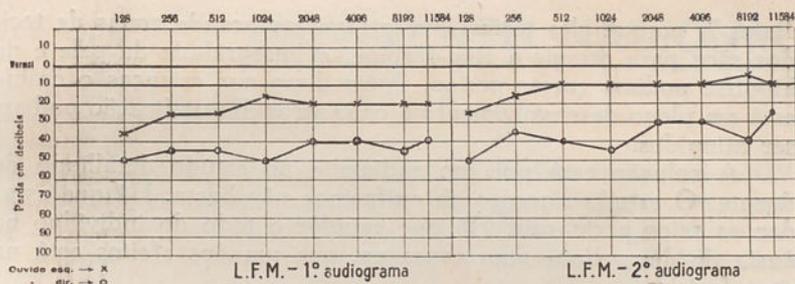
Mais do que uma
NOVA ESPECIALIDADE
uma
NOVA TERAPÊUTICA

●
Tubo
de
20 comprimidos a 0,05 g.
15\$00

Tubo
de
20 comprimidos a 0,25 g.
50\$00

●
**LABORATÓRIOS
DO**

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA



Em Janeiro passado escrevemos-lhe para o observar. Um audiograma então obtido foi igual ao 2.º. Como então lhe notássemos o pavilhão das trompas um pouco infiltrado e houvesse algum tecido linfóide nas fossas de Resenmüller, fizemos-lhe mais 3 aplicações de radium (a única vez que temos feito duas séries), mas o audiograma não sofreu qualquer influência. Este caso é bem elucidativo. As lesões estavam em avançado estado. O radium não pôde fazer o milagre.

Resultados da acção do radium sobre a audição

Desde que os doentes sejam bem seleccionados e se intervenha precocemente, nós podemos afirmar que no campo da otologia appareceu um elemento cujo valor é para ser aproveitado imediatamente. Assim o têm feito os americanos, assim fazem os suecos, como no último verão verificamos em Estocolmo.

Sobre a obra de CROWE iniciada no Johns Hôspkins Hospital crescem as estatísticas e as esperanças. Naturalmente elas não podem ser todas iguais. Mas também não se afastam muito. Estendem-se na zona dos 30 a 50 % dos bons resultados. BORDLEY apresenta-nos uma de 45 %. A nossa até ao presente anda por 50 %.

Possivelmente algumas das crianças tratadas necessitarão de outra série de radium. O futuro o dirá. Uma coisa há que o otologista não pode esquecer: é que as formações linfóides fazem parte integrante da mucosa. Mesmo depois da acção do radium ela continuará com tecido linfóide. Se assim é, legítimo é pensarmos nas causas que excitam esse desenvolvimento.

Recentemente tínhamos tratado uma criança com a técnica que seguimos e ela appareceu-nos no consultório com uma otite supurada, que nos obrigou a uma larga paracentese. Exposta a naso-faringe, verificamos que na abóbada havia tecido linfóide infectado. Sem dúvida que a causa da otite foi este tecido.

O ideal seria que o radium actuasse numa zona para além de 1 cm. de raio. Mas os raios Beta não têm essa acção. De maneira que a solução para irradiar a abóbada tem de ser procurada em applicadores com outro formato. Não podemos pensar nos

Raios X porque eles teriam que atravessar grande zonas de tecidos são para atingir a rino-faringe. A integridade da pele e da hipófise podiam correr perigo. Além disso nas crianças o crânio está em pleno desenvolvimento e os centros de ossificação podiam ser atingidos.

A solução está pois no radium e no estudo detalhado do doente. O estudo rigoroso da epifaringe não basta. Há que estudar os seios perinasais. Há que estudar o todo do indivíduo na ânsia de descortinar uma causa em que um dos efeitos está na naso-faringe.

Pode-se usar o radium. Mas se o indivíduo tiver uma sinusite, se tiver alterações metabólicas, se as suas glândulas de secreção interna e muito principalmente a tiroideia não tiverem um funcionamento perfeito, legítimo será pensar que o efeito do radium será nulo ou modesto, porque a acção excitante das formações linfóides continuará. Tudo depende da maneira como se souber actuar.

Conclusões

Frequentemente, a surdez inicia-se na infância, por obstrução parcial das trompas, com marcha insidiosa. Para a reconhecer precocemente, é indispensável o audiograma, sempre que a rino-faringoscopia mostre exuberância do tecido linfóide, e ate mesmo sem ela.

No tratamento da surdez provocada pela obstrução parcial das trompas, o radium tem-se revelado um elemento que não aceita paralelo com o que se fazia no passado. As melhores estatísticas dão uma percentagem favorável de 40 a 50 % de casos.

Não se tem podido ir mais além porque nem sempre se intervem no momento próprio. Acresce que as febres eruptivas, tão frequentes nas crianças, como por exemplo a escarlatina e o sarampo, lesam quase sempre o ouvido médio. Ora, embora muitas dessas lesões sejam de grau atenuado, a nosso ver, elas podem-se propagar ao ouvido interno pelas janelas. Será uma espécie de propagação por indução uma vez que é só legitimo admitir a passagem de toxinas.

Mas isso mesmo é o suficiente para tocar na integridade tão sensível das células de cabelo e causar estragos que, nem o radium, nem qualquer outra coisa, serão capazes de resolver talvez no próximo milénio.

Atacar a tempo e horas será pois a norma daqueles que de futuro se dedicarem à profilaxia da surdez. E não terão pouco que fazer num país onde não há nada feito e os surdos que poderão ser salvos são às dezenas de milhar.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

JORNAL DA SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS, CXIV, 1950 — N.ºs 8-10 (Out. a Dez.): *O lugar que compete à investigação científica na escala dos valores sociais*, por L. Simões Ferreira; *Tratamento da paralisia do grande dentado (escápula alada) por transferência do tendão do pequeno peitoral*, por J. Paiva Chaves. CXV, 1951 — N.ºs 1-2 (Jan.-Fev.): *A Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, por Costa Sacadura; *Resultados das investigações pessoais sobre o nível alimentar no Continente Português*, por F. C. Rocha Faria; *Terapêutica ocular pela cortisona em aplicações locais*, por Henrique Moutinho e L. Pinto Basto; *Alguns resultados obtidos com a cortisona em oftalmologia*, por Fernando Lacerda; *Extractos hipofisários (hormona melanófora) nalgumas afecções oculares*, por Henrique Moutinho e Monteiro Grilo; *Histioterapia de Filatov em oftalmologia*, por Henrique Moutinho e Serrão de Moura; *Histioterapia de Filatov num caso de hemorragia recidivante e bilateral do vítreo*, por A. Cerveira; *Um novo antibiótico (terramicina) em oftalmologia*, por O. Soares Teles.

TERAPÊUTICA OCULAR PELA CORTISONA EM APLICAÇÕES LOCAIS. — A aplicação da cortisona nas afecções inflamatórias dos olhos foi sugerida pela noção de que algumas de essas afecções cedem a choques terapêuticos que produzem acção estimulante sobre o córtex suprarrenal, pelo facto de ser o mesênquima o tipo de tecido mais atingido nas afecções oculares, e ainda ao conhecimento de serem frequentemente devidas a reacções alérgicas as afecções inflamatórias oculares, sobretudo as das estruturas internas.

Os autores apresentam o resumo de 30 observações, relativas a: conjuntivite — 8, esclerites e escleroqueratites — 5, irites — 2, uveítes — 15. Empregaram a droga quer por injeção diária subconjuntival de 0,1 cc. de suspensão de acetato de cortisona (a 25 miligramas por cc.), quer em instilações, 6 a 8 vezes por dia, de colírio obtido pela mistura de aquela suspensão em soro fisiológico, na proporção de 1 para 4.

Os resultados obtidos foram bons, algumas vezes com surpreendente rapidez, pois é notável a acção antiflogística da cortisona. Alguns doentes com afecções crónicas viram recidivar o processo quando se suspendeu a aplicação da droga. Só um doente mostrou intolerância para o colírio, mas curou com injeções subconjuntivais. Os casos de maior êxito são os de afecções de natureza alérgica, e muito principalmente nas que evoluem por surtos agudos separados por longa evolução, e nas que têm uma evolução auto-limitada. A cortisona parece constituir tratamento eficaz em certas situações de extrema gravidade, para as quais não há terapêutica segura,

como sejam a oftalmia simpática e o glaucoma secundário por uveíte hipertensiva.

TERRAMICINA EM OFTALMOLOGIA. — Foram tratados, com pomada oftálmica de terramicina 8 doentes com tracoma na 1.^a fase, casos que ainda não haviam recebido qualquer tratamento. Ao fim de 3 ou 4 dias toda a sintomatologia subjectiva tinha desaparecido; ao fim de 15 a 20 dias não havia sinais objectivos, excepto num dos doentes, ao qual foi preciso fazer tratamento mecânico. O colírio foi aplicado de 3 em 3 horas, fazendo-se ligeira massagem.

CLÍNICA, HIGIENE E HIDROLOGIA, XVI, 1950 — N.º 12 (Dez.): *Fisiopatologia da anemia de kala-azar*, por C. Salazar de Sousa; *Estudo eritrocitométrico da anemia de kala-azar*, por Mário Condeiro e Campos de Oliveira; *Alguns casos de kala-azar tratados pela Glucantime*, por Maria de Lourdes Levy.

FISIOPATOLOGIA DA ANEMIA DE KALA-AZAR. — Baseando-se nos resultados dos exames laboratoriais relativos à crase sanguínea, principalmente às modificações provocadas pela esplenectomia, emite a opinião de que a anemia deve-se à hiperesplenia consecutiva a enorme hiperplasia dos elementos retículo-endoteliais do baço, que estão em hiperfuncionamento e não bloqueados como se tem afirmado. Essa hiperesplenia traduz-se por aumento, quase sempre considerável, da hemocatérese e da destruição dos leucócitos, e por acção inibidora sobre a medula óssea; a importância relativa de estes dois factores pode variar. Isto explica a indicação da esplenectomia nos casos em que o tratamento médico falhar.

ESTUDO ERITROCITOMÉTRICO DA ANEMIA DO KALA-AZAR. — De este estudo conclui-se que a anemia do kala-azar é normocítica e ligeiramente hipocrómica; existe marcada anisocitose com tendência microcítica, mantendo-se no entanto o diâmetro globular médio sensivelmente normal.

Depois do tratamento pelos antimonialis observa-se, no consenso de todos os autores, agravamento da anemia. Este facto tem sido diversamente interpretado, invocando-se quer uma acentuação da hemólise, quer uma diminuição da resistência globular. Ora, admitindo-se que ao exagero da acção hemolítica do baço se junta uma certa inibição da função hematopoiética medular, o tratamento antimonial levará a não se exercer esta inibição, pelo que são lançados na circulação muitos glóbulos pouco maduros, o que favorece a hemólise; depõe a favor desta interpretação o aumento da bilirrubinemia e da excreção de urobilina, assim como o desvio da curva de Price-Jones para a esquerda, e o abaixamento do volume globular médio, denunciando o desaparecimento dos glóbulos maiores, menos resistentes, no fim do tratamento.

Os autores verificaram que o agravamento do síndrome anémico foi

DEXTRINA - MALTOSE NESTLÉ

MARCA **NIDEX** REGIST.

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

INDICAÇÕES

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

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

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



SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS
PORTO LISBOA AVANCA

O X I N A S M A

Cloridrato de β -(o-metoxifenil) isopropilmetilamina — 100 mgrs./compr.

(ORTOXINA)

Produto Broncodilatador mais activo dos que até hoje são usados como anti-asmáticos, gozando da extraordinária vantagem de não ter efeitos secundários, nomeadamente, não elevar a tensão arterial.

APRESENTAÇÃO

Tubos de 10 comprimidos

P R E S S I N O G E N

Tartarato de p-oxi-fenil-metilamino-etanol

Amina simpaticotropa, quimicamente idêntica à adrenalina de que difere por ser activa quando ministrada por via oral e por ter a par da sua acção periférica sobre a rede vascular que contrai, uma acção directa e paralela sobre o coração.

APRESENTAÇÃO

Pressinogem (empolas) — a 0,06 por c. c. Caixa de 6 empolas de 1 c. c.
Pressinogem (gotas) — soluto a 10 0/0. Frasco de 10 c. c.
Pressinogem D (gotas) — soluto a 10 0/0 associado a 0,5 0/0 de cloridrato de dihidrocodeinona. Frasco de 10 c. c.

L A B O R A T Ó R I O S A N I T A S



mais intenso com o Neo-estibosan do que com a Glucantime, que exige menos tempo (10 dias) de aplicação do que o Neo-estibosan (6 semanas), além de possível acção tóxica do próprio fármaco.

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, XIV, 1951 — N.º 1 (Jan.-Fev.): *As aplicações do meu método para a avaliação científica e clínica do crescimento humano*, por G. de Toni; *Kala-azar infantil*, por Ribeiro Ponte.

KALA-AZAR INFANTIL. — Revista geral, a propósito de 3 observações pessoais. Dela extraímos as noções que interessa recordar, principalmente para uso dos clínicos das regiões sazonáticas, que são as que quase exclusivamente fornecem os casos de esta doença.

Admite-se que o homem possa ser reservatório dos parasitas, mas o cão é tido como o principal depositário das Leishmanias; e mosquitos do género *Phlebotomus* passam por ser os transmissores da doença canina.

A idade em que o kala-azar é mais frequente é a dos 1 a 3 anos. O maior número de casos observa-se no inverno e começo da primavera, e nos meios rurais ou arrabaldes de cidades.

O diagnóstico precoce é geralmente difícil porque a doença não tem um começo característico. Raramente aparecendo de maneira aguda, e então semelhando o quadro duma doença infecciosa aguda, com anemia profunda e sintomas de discrasia sanguínea, o kala-azar tem, em regra, início insidioso com período prodrómico impreciso e arrastado. As mães referem, a maioria das vezes, que as crianças aparecem febris, rabugentas, sem vontade de brincar e, com grande constância, caem numa inapetência quase absoluta. Aparecem, neste primeiro período com frequência, transtornos gastro-intestinais que fazem pensar, quando se acompanham de fezes sanguinolentas, em disenteria; outras vezes, é para o lado do aparelho respiratório que a atenção se volta e os sinais catarrais bronco-pulmonares, tão frequentes nesta afecção, fazem pender para a hipótese de lesões específicas; a micropoliadenite das regiões de eleição, apontada por quase todos os autores no kala-azar, ainda mais a aproxima, neste ponto, da infecção tuberculosa.

A seguir a estes pródromos, instala-se, com maior ou menor rapidez e clareza, o chamado segundo período do esquema clássico. Então já o diagnóstico de leishmaniose visceral se impõe e, não só o clínico experiente da doença como aquele que apenas a conhece dos livros, têm obrigação de a despistar. A juntar à febre, sempre irregular, de tipo anárquico como lhe chamam os franceses, vêm a palidez da pele e a esplenomegália, que completam a tríade clássica do kala-azar.

A cor da pele e o aspecto dos pequenos doentes têm tonalidade particular: pele cor de cera velha ou de palha, para uns autores, cor de porcelana, cor de camelo para outros, ainda cor de morto para outros, o certo é que a sua «nuance» é tão típica que, nalgumas regiões endémicas, o

diagnóstico é feito por um ou outro profano com «olho clínico». A especial palidez junta-se o olhar mortíço e um leve edema palpebral.

A esplenomegália existe sempre e o seu grau vai desde um discreto aumento até ao tipo gigante. O aumento de volume do baço nem sempre é sincrónico com o tempo de evolução da doença, pois há casos de ligeira esplenomegália com evolução de meses, a contrapor a outros de grandes baços com poucos dias de evolução. O que sobretudo é característica, na esplenomegália do kala-azar, é a rapidez com que se desenvolve. A consistência do baço é, no início, branda para depois se tornar, nos casos arrastados, de tipo lenhoso, como de pedra, fazendo lembrar o baço do Hodgkin ou da leucémia; em regra, conserva a chanfradura e adquire, muitas vezes, a forma de lingueta. A hepatomegália é, também, a regra, embora muito mais discreta que a esplenomegália, se bem que em casos raros (Poinso) seja mais notável que esta. Baço e fígado grande produzem os grandes ventres, com finas veias desenhadas na pele.

Nalguns casos aparece uma dermatose, muito pruriginosa, que pode ser tardia, muito tempo depois da cura clínica.

O kala-azar, não tratado ou inconvenientemente medicado, leva fatalmente à fase terminal — terceiro período dos clássicos, ou seja à caquexia, em que se instalam os edemas com albuminúria, a ascite e as discrasias sanguíneas. A agranulocitose, ainda que rara, deve mencionar-se como complicação e o seu aparecimento é resultado umas vezes da doença, outras do tratamento. Senão sobrevém uma complicação (hemorragia por exemplo) ou uma doença intercorrente, como uma broncopneumonia, o pequenino doente morre em marasmo.

A presença de um baço grande, numa criança com febre e anemia aparente, impõe uma análise citológica de sangue. Esta já pode, por si só, dar-nos fortes elementos de presunção da doença, mas que nunca devem dispensar o exame directo do parasita. Oligocitémia com hipohemoglobinémia e leucopénia com inversão da fórmula leucocitária (linfocitose com neutropénia) são a norma, segundo a maioria dos autores. Quer dizer, uma fórmula do tipo da anemia aplástica mas em que, ao contrário desta, aparecem sinais de regeneração medular. Muitas vezes também há monocitose, achado frequente nas doenças parasitárias do sangue. As plaquetas estão geralmente diminuídas, sobretudo nos casos gerais. Os tempos de hemorragia e coagulação costumam ser altos, assim como a velocidade de sedimentação, o tempo de protrombina e as taxas de fibrinogénio.

O valor do exame do sangue é diversamente considerado pelos autores. Sem dúvida pode dar indicações úteis, mas o diagnóstico tem de ser confirmado pela pesquisa do parasita. Este pode encontrar-se no sangue periférico, mas isto poucas vezes se observa, mesmo enriquecendo o sangue periférico por meio da esplenomectomia provocada pela adrenalina, ou com outros procedimentos que têm sido ensaiados; embora o parasita exista no sangue, como o atesta o método das culturas.



Não há ainda noção segura sobre o valor do exame do raspado da derme, proposto por Benhamou, nem sobre o do produto da ligeira raspagem da mucosa nasal, aconselhado por Forkner e Zia.

A punção de medula óssea dá positividade à roda de 85 por cento dos casos, faz-se com agulha grossa, provida de mandril, na face ântero-interna da tíbia, união do terço superior com o médio, ou por baixo do tubérculo tibial, sendo preferível fazê-la no esterno quando se trate de lactentes.

Porém, é a punção esplénica o método de eleição, que dá quase totalidade de resultados positivos; as opiniões contrárias não têm fundamento aceitável, como escreveu o professor Jaime Salazar de Sousa: «O perigo da punção do baço é um velho pesadelo que é preciso, a bem destes doentes, desvanecer da cabeça dos clínicos: com uma seringa esterilizada e bem seca, com uma agulha fina de injeção hipodérmica, deitando o doente em decúbito dorsal e uma pessoa fixando os membros, nós colocados à esquerda, fixamos o baço empurrando-o contra a parede abdominal, apanhando-o entre o polegar colocado no flanco esquerdo e a palma da mão com os outros dedos unidos a fazer como que ramo de pinça sobre a parede abdominal que deprimem, introduzimos com brandura a agulha verticalmente, até penetrar no baço, do que em regra se tem noção nítida e não se imobiliza a seringa, antes se deixa que acompanhe os movimentos respiratórios, para evitar rasgar a cápsula, aspira-se ligeiramente e, assim que vemos aflorar o sangue, tira-se a seringa; muitas vezes, nem mesmo se vê aflorar o sangue mas a pequena quantidade de pulpa esplénica retirada da agulha e pipo da seringa é suficiente para estender uma boa lâmina».

A punção do fígado, é considerada mais perigosa que a do baço, para uns, mas outros, principalmente indianos, fazem-na sistematicamente, com resultados certos.

As reacções laboratoriais de presunção, usadas umas vezes como investigação, outras aconselhadas como recurso nos casos em que é negada a punção do baço, medula ou outro órgão. São várias, mas a sua incerteza coloca-as muito aquém da pesquisa directa do agente, não valendo a pena descrevê-las.

A destrinça com o paludismo é da maior importância, porquanto algumas vezes se observa a coexistência das duas doenças; esta chega a ser tão frequente, na Índia, que alguns autores pensam que «o paludismo pode fazer a cama ao kala-azar»; entre nós têm sido já registados alguns casos de esta associação. Além da tuberculose, na sua fase de disseminação, e das situações intestinais de tipo disentérico, já citadas, deve mencionar-se a sífilis que, no lactente, dá em regra um baço de 1-2 dedos de hipertrofia. Importa, também, algumas vezes estabelecer o diagnóstico com a febre de Malta. O errado diagnóstico de febre tifóide também não é raro. Mas a mais fácil confusão é com a anemia Von-Jacksch-Luzet, anemia dos lactentes com grande baço e por vezes febre, cujo diagnóstico

se impõe pela análise citológica de sangue; a presença duma leucocitose alta (30 a 40.000), com o achado de hemácias nucleadas e mielócitos em taxas elevadas, dá o diagnóstico deste tipo de anemia. É também de pôr, algumas vezes, o diagnóstico diferencial com as formas aleucémicas da leucémia.

Desde que o antimónio foi preconizado (1914), foram postas de parte todas as drogas até então empregadas sem grandes êxitos. Instaurou-se a era do tártaro emético, que durou até ao aparecimento dos preparados orgânicos de antimónio, e do antimónio pentavalente, que melhoraram os resultados, com baixa notável dos acidentes tóxicos. Neste tipo de compostos a eliminação é rápida e crescente ao princípio, e depois torna-se mais lenta; o que dificulta a acumulação e leva a dar as injeções com maior frequência, todos os dias ou em dias alternados. Sucessivamente foram aparecendo: o Stybenil, a Fuadina, a Ureia-stibamina, a Antiomalina, o Estibosan, o Neo-estibosan, o Solu-estibosan, o Pentastib, a Glucantime. Todos tiveram ou têm partidários, com todos se obtiveram ou obtêm resultados, mais ou menos constantes, segundo os autores. Ao que parece, pondo de lado as predilecções de cada um, a base dos êxitos registados está na maneira de os empregar: questão de doses, e modo de aplicação. Administram-se por via muscular; raras vezes pela venosa.

Em primeiro lugar o resultado depende da precocidade de tratamento, tal como, aliás sucede em todos os estados patológicos para os quais há terapêutica específica. Depois, a técnica do tratamento tem grande importância, pois não pode empregar-se norma fixa, igual para todos os casos. Barrios divide os doentes em 5 categorias: os susceptíveis aos antimoniais, os que têm estibiosusceptibilidade diminuída, os de susceptibilidade só para certo produto, os insusceptíveis para todo o produto, os secundariamente insusceptíveis por motivo de carências ou de infecções associadas. As doses devem ser logo de início altas, levando-as até ao limite da tolerância; as doses pequenas fazem perder tempo e conduzem à estibiorresistência. Quando um doente não melhora com elas, dá-se uma das circunstâncias relativas às categorias 3, 4 ou 5, formuladas por Barrios. Procure-se a existência de enfraquecimento orgânico, por carências alimentares ou infecções associadas, e tratem-se. Mude-se de produto, para a hipótese do caso pertencer a categoria 3. Nada se obtendo, o caso é insusceptível de tratamento antimonial, circunstância aliás rara; então dois recursos se oferecem: as transfusões de sangue, de preferência pequenas e repetidas e o método de Ascoli, que consiste em injeções endovenosas diárias de 1 cm.³ de soluto de adrenalina, primeiramente a 1 para cem mil, subindo-se progressivamente até 1 para dez mil, continuando-se nesta dose durante 20 dias.

Esgotados os recursos médicos resta a esplenectomia, que, como diz C. Salazar de Sousa, actua como uma verdadeira transfusão.

Em qualquer caso, se a administração de vitaminas tem fundamento, para aumentar a resistência do organismo, é um erro administrar medica-

NOS ESTADOS DISENTÉRICOS,
DE ORIGEM BACILAR OU PARASITÁRIA...

ENTEROLEÍNA

AZEVEDOS

Iodo-cloro-oxi-quinoleína 0,25 grs.
Sulfo-hidróxi-amina . . . 0,025 grs.
por comprimido

UMA FORMA APERFEIÇADA DE ADMINISTRAR
UM ANTISSEPTICO DE AVERIGUADA
EFICÁCIA E TOLERÂNCIA

ENTEROCOLITES. GASTRO-ENTERITES
DISPEPSIAS E DIARREIAS ESTIVAS
DISENTERIAS BACILARES E AMEBIANAS
TRICOMONADIOSES E OUTRAS
PARASITOSES INTESTINAIS

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA
LABORATÓRIOS AZEVEDOS

CALMOGEN

Cloridrato de Papaverina, Fenobarbital,
Extracto de Beladona e Beladona em pó

Anti-espasmódico da musculatura lisa e analgésico.
Frenador do vago e sedativo dos centros sub-corticais.

Tubo de 20 comprimidos

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

Representantes no Porto: Químico-Sanitária, L.^{da}

PORTUGAL MÉDICO — AOS LEITORES

NOTA DA REDACÇÃO — À pergunta que nos fizeram alguns leitores sobre a índole dos trabalhos que a revista aceita para publicar, informa-se que são os que tratem de assuntos de interesse clínico geral, embora sejam de temas de especialidade, visto o "Portugal Médico" ser essencialmente uma revista para policlínicos. Mas também publica, com prazer, trabalhos de investigação científica, por julgar de seu dever contribuir para o enriquecimento da literatura científica nacional. Não lhe interessam as opiniões expandidas, porque, repete-se, tudo o que vier nos artigos assinados é da exclusiva responsabilidade dos seus autores.

NOTA DA ADMINISTRAÇÃO — Vai para o correio a cobrança da assinatura: recibo na importância de 45\$00. Para evitar a dispendiosa segunda remessa, roga-se o favor do pagamento quando o correio apresentar o recibo, pois é escasso o tempo que este dá para se ir pagar à estação postal; favor que desde já se agradece.

MOBILIÁRIO E INSTRUMENTAL DE CONSULTÓRIO.—A família do falecido Dr. Eurico Ferreira Alves vende a instalação da sala de consulta, completa. Falar e ver na Rua Álvares Cabral, 22 — PORTO.

mentos anti-anémicos, nem ferro, nem arsénio, nem extractos hepáticos, ou Vitamina B₁₂ e ácido fólico; a anemia do kala-azar não é devida a falta de ferro nem a excitação da medula a faz desaparecer, enquanto durar a causa que inibe a função hematopoiética, que volta à normalidade quando cessa a sua determinante, que é a presença das Leishmanias.

MEDICINA — N.º 67 (Dez. de 1950): *Algumas notas sobre o tratamento da tuberculose pulmonar*, por Mário de Alemquer; *Novas aquisições sobre diabetes e gota*, por A. Baião Pinto; *Provas funcionais do fígado*, por F. Gentil Martins; *O exemplo de Pasteur*, por J. Vasconcelos Frazão.

NOVAS AQUISIÇÕES SOBRE DIABETES. — O exame sumário da urina, feito a todos os doentes, permite encontrar muitos diabéticos ignorados, cujo tratamento evitará futuros estados graves. Essa pesquisa tem sobretudo interesse nos obesos, porque cerca de 80 por cento das pessoas adquirem a doença enquanto são obesas; depois tem grande importância a história familiar, pois a doença tem o carácter de doença familiar, frequentemente; e ainda interessa a idade (os casos aparecem em maior número na idade média da vida), e as doenças agudas, principalmente as infecciosas (diabetes consecutiva).

O problema da etiopatogenia da diabetes tem obtido grandes progressos nos últimos tempos. A diabetes pode ser devida à acção da hipófise no sentido inibidor da função pancreática, manifestada exageradamente, acção que é prolongada por certos esteróides do córtex suprarrenal, que, quando produzidos em excesso, podem determinar a doença; são mecanismos que vão influenciar a produção da insulina, reduzindo-a. A diabetes experimental produzida pela aloxana pode evitar-se injectando glutatião ou outros compostos que contém o grupo sulfidril, como a cisteína, e também o BAL; ora a aloxana é um produto da oxidação do ácido úrico em meio ácido, o que levou a pensar que talvez seja possível, se se descobrir o factor hormonal ou químico que provoca a combustão do ácido acético; intermediário do desdobramento de glúcidos e lipídeos, imperfeitamente utilizados nos diabéticos, tratar mais perfeitamente a doença ou, pelo menos, controlar mais facilmente o coma diabético.

Uma das aquisições mais recentes foi o conhecimento das necessidades de insulina no homem sem pâncreas, as quais com a alimentação habitual, variam entre 27 a 40 unidades. Há diabéticos que exigem quantidades muito maiores; está por esclarecer se essa exigência depende da produção de uma hormona anti-insulina, que parece ser produzida pelas células alfa do pâncreas, segundo as investigações de Heard.

Novos tipos de insulina trouxeram importantes progressos à terapêutica. A insulina cristalizada evita as reacções alérgicas da insulina comum. Da protamina-zinco-insulina beneficiam mais de dois terços dos diabéticos, que assim só precisam de uma injeção diária; os restantes,

ameaçados de crises hipoglicémicas ou de coma diabético, precisam também da insulina comum. Há pouco apareceu na América um novo tipo de insulina-protamina, que permite controlar com uma só injeção diária 90 por cento dos casos, segundo os médicos da Clínica Mayo. As implantações subcutâneas de comprimidos de protamina-zinco-insulina estão a prometer tratamento duradouro, de cerca de três meses. No coma diabético o emprego de altas doses de insulina, de 100 unidades em geral, mas sempre mediante determinações do açúcar e da reserva alcalina do sangue, reduziu a mortalidade a cifras muito baixas; é de regra hidratar os doentes por meio de injeções de soro fisiológico intravenoso, com potássio se o doente apresentar sintomas de hipopotassemia (inquietação a que se segue hipotonia com diminuição dos reflexos tendinosos), mas tendo cuidado em controlar o teor do potássio no soro sanguíneo, para evitar a introdução da substância num doente que a tem em excesso.

JORNAL DO MÉDICO — N.º 428 (7-IV-1951): *Tratamento das queimaduras*, por A. Godinho Mónica; *Um caso de ileite aguda terminal de áreas salteadas com perfuração em peritoneu livre*, por Eduardo Gama; *A vacina da tartaruga pode curar a tuberculose?*, por Jean-Claude Brard. N.º 429 (14-IV): *Linfogranulomatose e excavação pulmonar*, por A. da Rocha Brito; *A propósito de um caso de cório-epitelioma*, por Álvaro Rosas, Babo de Magalhães e Manuel Moreira; *Um caso de urgência em patologia vascular*, por Adriano G. Serrano Júnior. N.º 430 (21-IV): *A mortalidade infantil*, por Américo Pires de Lima. N.º 431 (28-IV): *Estudo da personalidade humana (conclusão)*, por L. Lopes Parreira.

TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS. — Tem por finalidades: A) Tratamento geral: prevenir e tratar o choque, evitar a toxemia, impedir a infecção geral; B) Tratamento local: impedir a infecção da queimadura, evitar a perda de plasma.

A — Se o queimado aparece em estado de choque (choque primário ou nervoso): repouso absoluto, em decúbito com os pés da cama levantados, aquecimento muito moderado, sedativos e uso largo da morfina. Se o quadro se agrava ou se o choque reaparece depois de espaço livre (choque por perda de líquido): oxigenoterapia por meio de tenda ou máscara BLB, administração de 3 a 4 litros de fluidos por dia, por injeção (soros isotónicos, plasmas, sangue total), por via oral e por gota a gota rectal; administração de hormona do córtex. Nos grandes queimados este tratamento deve fazer-se sempre, como preventivo do choque secundário.

Para combater a toxemia: soro glucosado (por via oral e parentérica), bicarbonato de sódio se houver acidose, vitaminas com abundância da C.

Contra a infecção: mínimo de 400.000 U. por dia, de penicilina.

B — A oportunidade do tratamento local varia em função do estado geral do queimado, fazendo-se antes ou depois do tratamento geral, ou

mesmo durante este. Comporta duas atitudes: tratamento fechado ou coagulante, tratamento aberto ou de drenagem cirúrgica.

Se a queimadura for limpa, se houver quase a certeza de não estar infectada, está indicado o tratamento fechado, por aplicação do tricromo (violeta de genciana a 2 %, verde-brilhante a 1 % e acriflavina a 0,1 %). Se a queimadura estiver infectada, por baixo da crosta forma-se uma toalha de pus, que impede a cicatrização.

Dos tratamentos locais abertos (banhos salinos, parafinagem, etc.) emprega o método compressivo de Allen e Koch: depois da limpeza cirúrgica e desinfecção enérgica da queimadura, aplicação de mercurocromo em toda a área queimada, cobertura com gaze vaselinada (preferentemente com penicilina) e esterilizada, nova cobertura com gaze esterilizada seca, camada espessa de algodão hidrófilo esterilizado, circulares de ligadura de gaze bem apertada, que façam compressão uniforme, homogênea e elástica. Este método compressivo evita as dores e o edema, assegura adequada drenagem aos exsudados iniciais, favorece a regeneração epitelial; produzindo-se infecção, este penso abre-se e renova-se com facilidade e sem incómodo para o doente; se tudo corre bem, remoção passados 10 dias.

Tratamento complementar. — Regímen alimentar rico em proteínas; ácidos aminados. Pequenas e repetidas transfusões de sangue. Vitaminoterapia intensiva. Mobilização activa precoce, para evitar as anquiloses e as atrofia musculares.

Com o estado geral consolidado e a ferida limpa, reparação epitelial precoce das áreas granúlantes, desde que excedam o diâmetro de 5 centímetros.

GAZETA MÉDICA PORTUGUESA, IV, 1951 — N.º 1 (1.º trimestre): *Nova técnica no tratamento da diabetes pela insulina*, por Muñoz Braga; *A propósito da vitamina B₁₂*, por M. Tausk; *Colecistites agudas*, por Fortunato Levy e F. Horta e Costa; *Quisto aéreo pedicular de natureza indeterminada*, por Esteves Pinto; *Estase renal experimental, estudo anátomo-patológico*, por Abel Sampaio Tavares e Rogério Gonzaga; *Silicose e «cor pulmonale» crónico*, por João Porto; *Lição de abertura do curso de dermatologia e sifiligrafia*, por Juvenal Esteves; *Tratamento da sífilis recente*, por H. Gougerot e R. Degos; *62 casos de «moluscum contagiosum» em um internato, ensaios terapêuticos pelas sulfonamidas, podofilina e aureomicina*, por A. Tanissa; *Alterações electroencefalográficas e lesões anatómicas em vinte casos de tumores temporais*, por Orlando Carvalho; *Ocitócicos*, por Joaquim Fontes; *O colapso extrapleural, estudo de 94 casos*, por Fernando Leal; *Diagnóstico e tratamento precoces, factores decisivos na profilaxia da tuberculose*, por Manuel de Abreu; *Contribuição para a semiologia radiológica do coração, com referênciã especial às cardiopatias congénitas*, por Júlio Cunha de Abreu; *As modernas concepções sobre a hipófise e as vegetações adenóides*, por A. Meyrelles do

Souto; *Conceitos biofísicos e bioquímicos fundamentais na coagulação do sangue*, por Sérgio de Carvalho.

NOVA TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO DA INSULINA. — Trata-se de juntar colesterol à insulina-protamina-zinco, na proporção de 1 %. A análise diária da urina e a determinação da glicémia em dias alternados, na primeira semana, demonstraram que bastava injectar em dias alternados, não aparecendo reacções hipoglicémicas certamente por ser lenta a absorção do medicamento. Mantiveram-se aproximadamente os níveis que os doentes apresentavam com as injecções diárias, chegando a injectar-se 100 unidades em cada dois dias, dose superior ao dobro da indicada para injecção diária de insulina-protamina-zinco nos casos do ensaio.

O CORAÇÃO NA SILICOSE. — De estudo a que procedeu em mineiros atingidos por silicose pulmonar do 3.º grau, do tipo granulomatoso, nos pontos de vista clínico, radiológico, funcional, hemodinâmico, e até anatómico e histológico, concluiu que, embora o coração direito se torne hipertrofico num certo número de casos, as lesões miocárdicas não atingem nunca o estado de insuficiência congestiva. Os doentes sucumbem por tuberculose pulmonar secundária, ou por redução do campo alveolar causado pela própria silicose, e não por cardiopatia, sendo muito discreto o aspecto do «cor pulmonale», mesmo na última fase da doença.

TRATAMENTO DA SÍFILIS RECENTE. — A penicilina é o melhor medicamento contra a sífilis, mas é necessário esperar alguns anos para saber a verdadeira eficácia do tratamento, pois o período das localizações viscerais é do 8.º ao 12.º ano de doença. A penicilina, só, não basta para curar a sífilis; deve-se dar aos doentes uma dupla garantia de cura, primeiro pela penicilina, depois pelo bismuto. O nível óptimo de penicilinemia parece ser o de 0,03. Quanto a doses parciais e doses totais de penicilina, é assunto ainda em estudo, assim como no que respeita ao emprego de repetidas séries periódicas. A melhor penicilina é a G. A penicilina-procaína com 2 % de monoestearato de alumínio parece dar níveis mais duradouros, tornando suficiente injectar de 3 em 3 dias. Discute-se ainda a questão da necessidade de um nível constante de penicilina no sangue, havendo quem julgue conveniente haver intervalos de baixa da concentração. Parece que a penicilina tem acção frenadora da acção do bismuto, pelo que não devem dar-se as duas drogas simultaneamente mas sucessivamente. Sobre os tratamentos em que se emprega alternadamente penicilina, arsenicais e bismuto, há muitos critérios, cada autor seguindo uma norma de sua preferência. Os novos antibióticos, aureomicina, cloromicetina, têm sido ensaiados nos doentes penicilino-resistentes. Os doentes devem ser vigiados serologicamente, sobretudo durante o primeiro ano da doença. Não se observam acidentes graves com a penicilinoterapia.

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

PARASITÓLOGIA
PARASITÓLOGIA

Seu... Com...
... para...



ANTIBACILAR DE NOTÁVEL INOCUIDADE E GRANDE PODER INIBITIVO

INJECTÁVEL
PARA AMINO-SALICATO
DE SÓDIO

DRÁGÊAS
PARA AMINO-SALICATO
DE SÓDIO

OCITÓCICOS. — Não há ocitócico algum que satisfaça completamente, porque nenhum provoca contracção do útero perfeitamente regular, sem lesar a criança. A patergine, derivado sintético resultante do estudo da cravagem do centeio, é bom ocitócico, pois só produz contractura depois de certo lapso de tempo. A pituitrina é muito usada e pode sê-lo com precaução; dá melhores resultados empregada em doses pequenas por injecção endovenosa contínua. Não são aconselháveis a estrona e a adrenalina, a acetilcolina, a vitamina B, a quinina, as proteínas estranhas ao organismo materno, porque todas podem determinar a contractura do útero. São interessantes os resultados que diversos autores colheram com o emprego da mistura quinina-cálcio, ou pituitrina-novocaína.

REVISTA PORTUGUESA DE OBSTETRÍCIA, GINECOLOGIA E CIRURGIA, III, 1950 — N.º 4 (Julho-Agosto): *O ensino da medicina e o exercício da profissão*, por F. de Almeida Ribeiro; *Nota clínico-terapêutica acerca de dois casos de peritonite generalizada de origem mekeliana em portadores de doença crónica do divertículo de Mekel*, por J. M. Viegas Pimentel; *A vacinação anti-tuberculosa pelo B. C. G.*, por A. Almiro do Vale. N.º 5 (Set.-Out.): *Novos aspectos do tratamento cirúrgico da úlcera gastroduodenal*, por A. Nunes da Costa; *O decameténio (C 10), importante curarizante sintético*, por L. Silva Carvalho; *O critério actual do tratamento dos prostáticos*, por L. de Moraes Zamith.

TRATAMENTO DOS PROSTÁTICOS. — Com a devida vénia transcreve-se:

«Não há clínico geral algum que não tenha sido chamado para socorrer doentes, em regra de mais de 60 anos, que sofrem de perturbações disúricas, habitualmente já antigas e que os levam por fim a uma dificuldade mais ou menos completa e por vezes absoluta, de executar a micção. Nesses doentes, em que o toque rectal revela a existência de um tumor mais ou menos saliente, ocupando a região que normalmente corresponde à próstata, tumor arredondado, depressível, indolor, renitente, com a consistência comparável à de uma bola de borracha, o diagnóstico de «hipertrofia benigna da próstata» impõe-se.

Em regra, e sobretudo no nosso meio rural, o enfermo vai suportando o seu sofrimento e é apenas quando a retenção completa se instala e a micção é impossível, que procura os socorros médicos para o aliviar. Outras vezes, um ou outro mais cuidadoso consulta por perturbações disúricas e é tratado com paliativos, com dilatações da uretra, sondagens vesicais ou extractos hormonais masculinos que, a maior parte das vezes não evitam que a doença progrida, e a retenção de urina, quase sempre já infectada, acaba por se instalar igualmente.

É esta a situação habitual dos prostáticos que nos procuram ou que afluem às portas da nossa Clínica, pedindo hospitalização. Uns vêm assim por desleixo, indolência e ignorância, outros porque foram incorrectamente tratados ou aconselhados, com a falsa ideia de que o tratamento

cirúrgico do prostatismo — o único eficaz — tem apenas a sua indicação na retenção completa e que é só quando os doentes não podem urinar que o cirurgião deve intervir. É essa ideia falsa, mas radicada no espírito do nosso povo e da maioria dos nossos clínicos, que é necessário fazer desaparecer.

O prostatismo é uma doença que, uma vez iniciada, prossegue quase sempre a sua evolução, trazendo graves prejuízos aos mais importantes órgãos da economia. A crise de retenção é um sintoma ruidoso porque faz sofrer e constitui uma situação que exige uma terapêutica de urgência. Por isso todos se alarmam quando ela se instala.

Mas, da mesma maneira que devemos diagnosticar e tratar uma tuberculose pulmonar aos primeiros sintomas, antes duma hemoptise grave, do mesmo modo que necessitamos diagnosticar e tratar uma úlcera gástrica antes duma perfuração tantas vezes mortal, é necessário que os clínicos diagnostiquem e façam tratar os seus prostáticos antes que a retenção se estabeleça pois, muitas vezes nesse momento, é tarde já para se empregar um tratamento eficaz e para se obter um efeito radical que destrua toda a acção nefasta da doença.

No entanto, repetimos, a ideia que sempre tem prevalecido e se espalhou, é a de que, enquanto a retenção não for completa, ou, pelo menos, incompatível com o exercício normal da vida, se deve adiar e protelar qualquer operação. Nada há, como vamos demonstrar, mais perigoso e prejudicial.

Ao critério antigo, corrente e espalhado, de que toda a cirurgia do prostatismo se deve realizar quando a retenção completa ou incompleta se estabeleça, opomos hoje o critério da operação precoce que entendemos ser indispensável seguir pois quanto mais cedo intervirmos, menos grave é a operação e mais eficazes são os seus resultados. Ainda mais: a gravidade e o perigo de que, para o clínico geral e para o vulgo, se rodeiam as intervenções cirúrgicas nos prostáticos, não são devidos à intervenção em si nem à doença que a exige, mas simplesmente ao facto de ser feita tardiamente, muitas vezes por culpa do enfermo que ignora o perigo dessa demora, mas muitas outras também por culpa do médico que não soube dar a tempo os conselhos indispensáveis.

É a justificação deste critério — intervenção precoce aos primeiros sintomas do prostatismo — que vamos procurar fazer.

Todos sabem que a doença erradamente chamada prostatismo ou hipertrofia benigna da próstata, não é uma afecção desta glândula. A confusão resultou do facto de ser constituída pela hiperplasia das glândulas peri-uretrais, que, originando adeno-miomas, vão repelindo excêntricamente a próstata e ocupando o seu lugar, dando ao toque rectal desprevenido a ideia de que se trata duma afecção dessa glândula, quando afinal lhe é subjacente.

Na verdade, a próstata adelgaça-se e atrofia-se, repelida excêntricamente, repetimos, pelos tumores que entre ela e a uretra se desenvolvem.

Uma vez constituídos, esses tumores podem não produzir quaisquer sintomas ou perturbações, pois é frequente, em autópsias ou exames ocasionais, encontrarem-se, de volume apreciável, em indivíduos que nunca sofreram de modo a notarem a sua existência. Na maioria dos casos, porém, a presença dum tumor peri-uretral, ainda que de pequeno volume, determina um processo congestivo e por vezes degenerativo das fibras musculares que comandam a abertura do colo vesical, impedindo que esta se faça normalmente e obrigando por isso o músculo detrussor a um maior esforço para a evacuação da bexiga.

Sabemos hoje que a abertura do colo vesical no momento da micção não é um fenómeno passivo, determinado pelo relaxamento das suas fibras musculares comandadas pelo simpático, na ocasião em que se contrai toda a restante musculatura vesical sob a acção do para-simpático, mas sim um fenómeno activo, determinado pela contracção enérgica do músculo trigonal que, estendendo-se desde os meatos ureterais ao veru montanum faz baixar o pavimento do colo, abrindo-o e permitindo a saída fácil da urina expulsa pela contracção do detrussor. A proximidade e as relações dos tumores peri-uretrais com este músculo trigonal determinam a sua infiltração, congestão ou degenerescência e, com estas alterações anátomo-patológicas, a impossibilidade duma acção fisiológica perfeita.

É esta, na nossa opinião, aliás já defendida no trabalho que publicámos em 1942 sobre *A doença do colo vesical* e no I Congresso Português de Urologia de 1945, a razão porque a dificuldade à micção dos portadores de adenomiomas peri-uretrais — ou seja dos chamados prostáticos — não depende do volume do tumor, e porque vemos por vezes tumores enormes sem sintomas clínicos ao lado de pequenas hipertrofias com retenção completa, o que demonstra bem que, ao contrário do que se julgava, não é o volume do neoplasma que impede mecânicamente a saída da urina mas sim a maior ou menor dificuldade à abertura do colo — a sua diséctasia — para empregar o termo criado por Legueu.

Assim se explica também que tumores às vezes volumosos, possam permanecer sem sintomas e estes surjam de repente, após uma causa — viagem, excesso sexual ou de mesa — que determine uma congestão activa de toda a região do colo vesical. Logo que este se não pode abrir convenientemente, o músculo vesical — o detrussor — tem de exercer uma acção mais enérgica e, dada a sua poderosa constituição anatómica vence de início com facilidade o obstáculo. Se porém, este se mantém e acentua, começa-se a hipertrofiar, aumentando a espessura das suas fibras como todo o órgão que luta contra um obstáculo à sua evacuação. É então que a cistoscopia nos mostra o relevo das fibras musculares hipertrofiadas, sobretudo à custa da camada plexiforme, constituindo as colunas com as respectivas células.

Mas esta hipertrofia tem limites e, ao fim dum certo tempo muito variável duns casos para os outros, sucede-lhe a distensão muscular com

atonia das paredes vesicais que não podem expulsar o seu conteúdo. Então as fibras musculares que defendem a entrada dos ureteres relaxam-se também e as perturbações fisiológicas que até aqui se passavam apenas no globo vesical estendem-se ao aparelho urinário superior. A musculatura pielo-ureteral procura, durante algum tempo, pelo reforço da amplitude e da frequência das suas contrações, evitar a estase, mas não tem o poder da parede vesical, por isso depressa cansa e, após uma fase de luta que em regra não é muito demorada acaba por se tornar atona e deixar estabelecer a uretero-hidronefrose com todas as suas consequências prejudiciais sobre o parênquima renal — a infecção, a esclerose e a atrofia.

Eis, a largos traços, a acção prejudicial da existência da hipertrofia benigna da próstata sobre todo o aparelho urinário, desde a disúria ligeira de início até à atrofia ou esclerose do rim, irreversível e fatal que para complicar ainda mais a situação tem, como é sabido, um reflexo inevitável sobre o aparelho cardiovascular.

Desde Guyon que é uso dividir a evolução clínica da hipertrofia da próstata em três períodos, caracterizado o primeiro pelo simples fenómeno de disúria e de polaquiúria, nocturna sobretudo, o segundo pela retenção e o terceiro pela distensão.

Entendemos que modernamente não devemos aceitar essa classificação e que na evolução do prostatismo interessa apenas considerar duas fases ou períodos: 1.º — Aquela em que é respeitado o aparelho urinário superior — fase ou período vesical; 2.º — Aquela em que este foi atingido, sofre e se prejudica — fase ou período renal.

É preciso no entanto saber que o esquema anátomo-patológico a que há pouco nos referimos não corresponde exactamente à evolução clínica.

De início, o prostático apresenta apenas disúria inicial, aquilo a que chamamos habitualmente — micção retardada — e polaquiúria mais accentuada de noite, pela congestão que o decúbito e o calor do leito promovem na região do colo vesical. Este início, com sintomas discretos, pode já ser acompanhado de esforço da bexiga que vai conduzir à hipertrofia das paredes deste órgão. Desde que esta se inicia, inicia-se também a série de complicações que vão determinar na destruição do rim, embora não haja ainda a menor retenção vesical. Durante algum tempo, muitas vezes durante anos, mas em certos casos sobretudo quando a infecção se instala, apenas durante meses ou até semanas, musculatura vesical defende-se e defende igualmente o aparelho urinário superior.

Até aqui dura a primeira fase ou período da nossa classificação — haja ou não haja retenção, esvazie-se ou não por completo a bexiga. Logo que esta defesa flecte, logo que a musculatura vesical não pode proteger o sistema uretero-pielo-calicial, inicia-se a segunda fase, aquela que se não for detida vai terminar na morte.

É enquanto o prostatismo está no seu período vesical que há todas as probabilidades de conseguir um êxito com uma intervenção operatória,



ACABA DE APARECER

TÊBÊTRAT

(50 comprimidos a 50 miligrs. de semicarbazona
de para-aminobenzaldeido)

**Outros produtos
ULZURRUM:**

ACETAROL
ADETRAT
ASMOTRAT
BÊDÔZETRAT
DERMOTRAT
FERRO-FOLICOTRAT
FOLICOTRAT
HEPAFOLICOTRAT
HEPARNOVINA
HEPATRAT

**Outros produtos
ULZURRUM:**

HEPATRAT INJ.
HEPATRAT-BÊDÔZE
LUHICAL
NUCLEOTRAT
OMNIVAL
PILOTIMOL
RUTINOTRAT
TIAZOTRAT
TIMUTERO
VOMIPAX

LISBOA — TELEFONE, 22154

REGISTO DE LIVROS NOVOS

CHARLES PERRET — *Traité de chirurgie d'urgence et de technique opératoire*. 550 págs., com 134 figs. e 50 estampas a cores (G. Doin, Edit., Paris, 1950 — 4.500 fr.).

A cirurgia de urgência não é somente técnica operatória; é também, e particularmente, a resultante de problemas de indicação por parte do médico que vê o caso clínico, tanta vez cheio de incógnitas, dado que aspectos aparentemente médicos tem de ser submetidos a operações de urgência, sem as quais dentro em pouco a intervenção será inútil. Estas duas faces, a da indicação e a da técnica, são tratadas neste livro, muito documentado, escrito pelo professor de Lausana com a autoridade que lhe dá uma longa prática hospitalar. Figuras e estampas bem escolhidas completam o texto, tornando-o mais claramente instrutivo.

J. MAISONNET & R. COUDANE — *Anatomie clinique et opératoire*. 3 vols., somando 2.616 págs., com 2.657 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1950 — 14.500 fr.).

Obra importante, de anatomia cirúrgica. Reúne noções de anatomia descritiva, de anatomia topográfica, de fisiologia, de medicina operatória. Para cada região indica as noções de morfologia normal e patológica, com imagens radiológicas sempre que possível, e os processos de exploração, as vias de acesso, os tipos de intervenção que em cada uma de elas se praticam mais correntemente. Assim concebido, com carácter essencialmente de utilidade prática, sem bibliografia nem citações, e com clareza atraente, este novo livro terá certamente bem merecida aceitação, como guia de anatomia para a medicina operatória.

L. NÈGRE — *Les lipoides dans les bacilles tuberculeux et la tuberculose*. 144 págs., com 7 figs. (Masson, Edit., Paris, 1950 — 600 fr.).

O nome do autor, conhecida autoridade em bacteriologia da tuberculose, garante a seriedade de esta obra, que trata da constituição dos bacilos, da influência dos lipóides animais e vegetais sobre as culturas dos bacilos e sobre a evolução do processo tuberculoso, e das deduções que da matéria

versada se podem tirar para o valor dos meios de precaução e tratamento da doença. Leitura interessante, mesmo para quem se não dedicar especialmente aos problemas da tuberculose.

MAX & CLAUDE ARON — *Éléments d'endocrinologie physiologique*. 564 págs., com 52 figs. (Masson, Edit., Paris, 1950 — 2.000 fr.).

Considerando que o aparelho endócrino constitui um todo, cujas várias partes são interdependentes, os autores abandonaram o costume de descrever os quadros da patologia endócrina, glândula a glândula. Para compreender, porém, essa interdependência, é necessário ter noções gerais sobre hormonas, suas propriedades, seu papel fisiológico; é do que primeiramente tratam. Depois, vem, logicamente, a intervenção hormonal nos grandes processos biológicos: crescimento, metabolismo, actividade neuromuscular, trabalho glandular, formação do sangue, sexualidade. Os últimos capítulos ocupam-se de assuntos especiais: ciclos endócrinos, hormonas e cancro. Finalmente, extensa bibliografia.

W. DOCK & I. SNAPPER — *Advances in Internal Medicine*. 550 págs., illust. (The Year Book Publishers, Edit., Chicago, 1950 — \$10).

Quarto volume, relativo ao ano findo, continuando uma série de valiosos estudos sobre temas em que se tem feito progressos sensíveis nos últimos tempos. Este compõe-se de 9 trabalhos, todos escritos com provada competência. São como segue: *As mostardas nitrogenadas no tratamento das neoplasias*, por David A. Karnofsky; *Emprego dos isótopos radioactivos em medicina*, por Louis R. Wasserman & Robert Loevinger; *Bruceloses*, por Abraham I. Braude & Wesley W. Spink; *Novas noções sobre perturbações neuromusculares*, por Donald Mac Eachern & Reuben Rabinovitch; *O sódio em terapêutica deplectiva*, por William Dock; *Emprego clínico dos anticoagulantes*, por J. Earle Estes & Edgar V. Allen; *Hepatites e cirrose do fígado*, por Arthur J. Patek; *Testes hepáticos*, por Hans Popper & Fenton Schaffner; *Fisiologia vascular da hipertensão*, por G. W. Pickering.

que é então bem tolerada e duma benignidade igual à de qualquer operação noutro órgão.

Precisamente porque os prostáticos são operados habitualmente tarde, no seu período ou fase renal, é que a mortalidade é elevada e que as operações que o combatem ganharam um renome de extrema gravidade. O que as torna graves, na verdade, é o facto de serem realizadas em indivíduos cujo aparelho urinário superior está fortemente comprometido e que produziu já muitas vezes, como dissemos, um rebate irremediável sobre o aparelho cardiovascular.

De facto, se procurarmos, pelo exame das estatísticas as causas que determinam a mortalidade depois de qualquer das intervenções indicadas para a cura do prostatismo, veremos que à parte um ou outro caso de embolia, elas são: o choque, a hemorragia, a infecção, a insuficiência cardíaca, a uremia por insuficiência renal.

Os progressos da ciência dos últimos tempos eliminaram praticamente as três primeiras. Assim é hoje fácil evitar o choque — a escolha duma anestesia inofensiva, a suavidade do acto operatório, a transfusão de sangue gota a gota durante a operação — tornam-no uma raridade. A hemorragia domina-se e evita-se com uma boa técnica e com o emprego dos poderosos hemostáticos locais e gerais que temos agora ao nosso dispor. A infecção que tanto temíamos outrora, não nos assusta já — o uso sistemático de poderosos e variados antibióticos terminaram, a bem-dizer, com ela, permitindo-nos até empregar técnicas ousadas e suprimir drenagens há pouco ainda indispensáveis.

A insuficiência cardíaca é grave, mas não é exclusiva da cirurgia prostática, pode compensar-se e sobretudo evitar-se, seleccionando os casos e, aqui como em toda a cirurgia, não tocando naqueles em que o estudo pré-operatório revela que ela se poderá desencadear.

A uremia por insuficiência renal pode ser devida a uma acção reflexa inibitória sobre os rins, cujo ponto de partida é o traumatismo sobre o colo vesical e a região prostática e então é produzida por um espasmo vascular renal que cede bem à anestesia do simpático por via lombar ou endovenosa. Se porém, a uremia é devida a lesão grave e irreversível do rim, a situação é extremamente delicada. Então, se a anúria se declara, nada a fará ceder e a morte será a terminação fatal das intervenções realizadas em doentes com rins em esclerose, atrofia ou destruídos largamente por um processo infeccioso.

É esta a razão porque a cirurgia prostática se tem revelado sempre mais perigosa do que a doutros órgãos executada por vezes em indivíduos ainda mais idosos. Não é a idade que a torna grave, mas sim, repetimos, a grande percentagem de renais adiantados em que é realizada.

Para tornar benigna a cirurgia da hipertrofia da próstata é necessário não operar os doentes na sua segunda fase, a não ser que ela seja recente e um tratamento adequado faça deter a sua marcha implacável.

O critério que, na nossa opinião, nos deve orientar para aconselhar

as intervenções cirúrgicas aos nossos prostáticos, não é o do volume do tumor perceptível ao toque rectal, pois tumores grandes são por vezes inofensivos e tumores pequenos prejudiciais, — não é o do residuo ou retenção, pois por vezes pequenas retenções acompanham-se já de perturbações renais — mas sim o de procurar evitar que os doentes entrem no segundo período, na fase renal, tratando-os antes que este se comece a desenvolver.

Devemos fixar: 1.º — As intervenções devem ser realizadas logo que se inicie o esforço vesical — primeiro elo da cadeia que vai terminar na morte; 2.º — Não devem ser praticadas quando o aparelho urinário superior sofra de lesões extensas e irreversíveis, o que muitas vezes sucede já — e insistimos neste ponto — na época da primeira crise de retenção vesical.

É fácil diagnosticar o início do esforço vesical, como mais fácil ainda é conhecer o estado do aparelho urinário superior. A cistometria e a pielografia por eliminação, resolvem com simplicidade estes dois problemas, na aparência complexos. São duas determinações que consideramos indispenáveis em todos os doentes que aparecem com fenómenos de disúria, ainda que ligeiros e de polaquiúria nocturna e nos quais o toque rectal revela a presença dum adenomioma peri-uretral ou a cistoscopia a deformação da uretra posterior ou do colo, característica da presença destes neoplasmas.

O cistometrograma vai indicar-nos se o músculo vesical luta já, contraindo-se fortemente contra um obstáculo que o vai levar à hipertrofia. É absolutamente característico o seu resultado quando denota a hipertonia vesical, como característico é o que se obtém uma vez esgotada a reserva de força do detrussor e este começa a entrar em atonia, prenúncio da distensão. Numa bexiga cuja musculatura é normal, à medida que se introduz líquido na sua cavidade, a reacção das paredes vai aumentando lenta mas progressivamente até que, quando a capacidade vesical é atingida (normalmente 350 cc.) a vontade de urinar aparece. Convidando então o doente a contrair o seu globo vesical, o manómetro indica-nos a pressão voluntária ou dinâmica que é habitualmente entre 35 a 40 centímetros de água. Se existe hipertonia, a musculatura reage cedo à introdução do líquido de carga. A pressão sobe rapidamente quase em vertical, a vontade de urinar aparece precocemente e a pressão dinâmica é exageradamente elevada. O contrário se verifica na bexiga atónica. A reacção vesical é pequena, a vontade de urinar tardia e a pressão voluntária insignificante.

Somos de opinião de que, em todos os doentes em que existe hipertonia vesical, mesmo ligeira, está indicado intervir, de modo a suprimir a causa da diséctasia e da dificuldade à evacuação vesical.

O pielograma por eliminação vai dar-nos noções anatómicas e fisiológicas sobre o estado do aparelho urinário supra-vesical — ureteres — bacinetes — cálices — rins. Bem estudada e bem compreendida, uma

pielografia por eliminação dá-nos noções sobre: o estado anatómico e funcional do rim — aparelho secretor, o estado anatómico e funcional dos cálices, bacinete e uretere — aparelho excretor. Como prova funcional do rim é a mais perfeita de que dispomos, pois é uma prova de eliminação provocada que não sofre a influência de qualquer outro órgão e o seu resultado é patente, sem depender duma técnica laboratorial ou duma avaliação pessoal. Todo o rim que elimina nitidamente o contraste aos três minutos deve ser considerado com o seu funcionamento normal.

Ao mesmo tempo, se o funcionamento é suficiente, dá-nos uma ideia nítida do estado anatómico do rim o que só indirectamente faziam as antigas provas funcionais. Aqui vê-se claramente a anatomia patológica e a extensão das lesões destrutivas. Mostra-nos a seguir a anatomia do excretor, com o seu aspecto normal ou as suas dilatações patológicas e por fim, obtendo filmes antes e depois da compressão dos ureteres, vemos a maneira como se contrai todo o sistema, descobrindo assim as hipertónias e as hipotónias. Num prostático, a pielografia por eliminação revela ainda o estado da bexiga, a sua capacidade, a sua forma, as suas células e divertículos, o seu resíduo e o volume que a saliência tumoral faz no interior da sua cavidade.

Em resumo, a pielografia por eliminação feita sistematicamente em todos os prostáticos, mostra-nos se eles estão ainda na sua fase vesical, se a musculatura deste órgão defendeu o aparelho urinário superior ou se, pelo contrário, este está já tocado, quer dizer, permite-nos diagnosticar o período em que o doente se encontra e implicitamente a possibilidade de intervir sem perigo ou não.

O critério actual do tratamento cirúrgico dos prostáticos deve ser portanto:

Aconselhar sistematicamente a intervenção, ainda que com uma sintomatologia clínica fruste e insignificante, mas logo que o cistometrograma acuse o esforço da musculatura vesical em luta contra o obstáculo à abertura do colo e enquanto a pielografia intravenosa demonstrar a integridade anatómica e funcional do aparelho urinário superior.

Não esperar nunca pela crise de retenção que é, para a maioria dos doentes e infelizmente ainda para muitos médicos, o sinal indicador que comanda a actividade cirúrgica. Nesse momento é muitas vezes tarde já.

Estamos convencidos de que desde o momento em que médicos e enfermos se compenetrem destes princípios, a cirurgia prostática perderá a injustificada fama da sua gravidade.

REVISTA LUSO-ESPAÑHOLA DE ENDOCRINOLOGIA E NUTRIÇÃO, III, 1950 — N.º 1 (1.º trimestre): *Aspecto citológico do esfregaço uretral em casos de lesão testicular no homem*, por Jorge Braz; *Fórmula leucocitária na doença de Addison e sua modificação pelo esforço muscular*, por J. Fernandez Noguera, M. Redondo Bonito e A. Gutierrez Uribe; *Contribuição ao estudo da galactorreia persistente*, por

M. Alvarez Coca e P. Satisteban. N.º 2 (2.º trimestre): *Sobre o futuro da endocrinologia*, por G. Marañon; *As relações das terapêuticas endócrinas e vasomotoras em psiquiatria*, por Diogo Furtado. N.º 3 (3.º trimestre): *O síndrome geral de adaptação, indicações terapêuticas da cortisona e ACTH*, por Hans Selye; *Calcemia e uricemia no síndrome doloroso do climatério*, por J. M. Gochi Mendizabal. N.º 4 (4.º trimestre): *O tratamento hormonal da esterilidade*, por A. Malinowski; *Perigos e complicações do tratamento do hiperteroidismo pelo tiuracilo*, por J. M. Gochi Mendizabal.

DOENÇAS DE ADAPTAÇÃO OU DE DEFESA. — Na conferência «Sobre o futuro da endocrinologia», depois de um esboço histórico da evolução da endocrinologia em relação com a patologia em geral, que levou ao neo-humorismo actual e ao conceito psico-somático da medicina, o A. trata da intervenção das hormonas nas reacções orgânicas de defesa contra as agressões do ambiente e emite a opinião de que no síndrome geral de adaptação, descrito por Selye, devem entrar em jogo não somente a hipófise e as supra-renais, mas também outras glândulas como as gónadas e a tiróide. E, na justificação de este parecer, fala no interessante tema das doenças úteis.

Já Hipócrates tinha observado o papel protector do ovário em face da gota. A mulher só padece de gota quando o ovário deixa de segregar; é a gota das mulheres castradas e do climatério, que se cura com foliculina ou estrogénio sintético, que mobilizam o ácido úrico, tanto na mulher como no homem. O mesmo resultado se obtém com as hormonas hipófise-supra-renais.

Por outro lado, a insuficiência das gónadas cria um estado de lentidão das trocas, que não deixa de ser útil em determinadas circunstâncias. Isto explica a frequência das amenorreias em muitas doenças das jovens e nos estados de carência alimentar, amenorreias que representam manifestações de defesa, que é preciso respeitar e não tratar sistematicamente.

Talvez seja a tiróide a glândula que desempenha maior papel na protecção do organismo. As suas relações com a tuberculose são evidentes. Em muitos casos de tuberculose inicial aparece discreta reacção hipertiroideia, facto que leva a desconfiar da existência de um processo tuberculoso quando em jovens aparecem sinais de hipertiroidismo, sobretudo no sexo feminino em que, muitas vezes, se encontra anexite bacilar; reacção endócrina ao processo infeccioso. De outra parte, o hipotiroidismo indica resistência à tuberculose, como demonstram a benignidade da doença nos afectados por bócio, o agravamento da tuberculose latente das crianças hipotiroideias quando se trata a insuficiência glandular, o aumento da imunidade anti-infecciosa nos animais tiroidectominados, etc. Em ambas as circunstâncias, de hiper e de hipotiroidismo, a disfunção traduz defesa contra o agente infeccioso, o que não se compreendia quando se collocavam em opposição absoluta o exagero ou a deficiência de secreção;

TONOCÁLCIO-PÓ

UM NOVO PRODUTO EM PÓ
SOLÚVEL, CONTENDO CÁLCIO
FÓSFORO E VITAMINAS B¹ C E D

III

TONOCÁLCIO-RECTAL

Supositórios de 3 grs. para Adultos

III

TONOCÁLCIO-RECTAL INFANTIL

Supositórios de 2 grs. para Crianças

III

LABORATÓRIOS "LAB"

Direcção Técnica do PROF. COSTA SIMÕES
AVENIDA DO BRASIL, 99 — TEL. 74812

REGISTO DE LIVROS NOVOS

J. SARROSTE & R. CARILLON — **Exercices chirurgicaux.** 441 págs., com 350 figs. (Maloine, Edit., Paris, 1950 — 2.100 fr.).

2.^a edição, revista e aumentada de um livro destinado a colocar os que pretendem ser cirurgiões no conhecimento da anatomia cirúrgica e da técnica de cada tipo de intervenções, assim como das indicações. De grande formato e com numerosos esquemas, a obra compreende 7 capítulos: 1 — Laqueações de artérias, 2 — Descoberta de nervos, 3 — Intervenções em ossos e articulações, 4 — Operações sobre a cabeça, o pescoço e o ráquis, 5 — Cirurgia torácica corrente, 6 — Intervenções abdominais, 7 — Cirurgia urogenital. O carácter e extensão de esta obra situa-a entre o manual elementar e o tratado de técnica cirúrgica muito desenvolvido.

G. Mouriquand & J. SAVOYE — **Pneumonies et pneumopathies aiguës de l'enfance.** 208 págs., com 90 figs. (Vigot Frères, Edit., Paris, 1950 — 1.000 fr.).

Depois de noções gerais e de etiologia, vem o estudo clínico e radiológico da pneumonia nas crianças, com descrição das suas várias formas de localização; depois, um capítulo é consagrado à evolução do processo, nas suas diversas modalidades, às complicações pleurais e outras, e ao prognóstico. As pneumopatias agudas e suas relações com a pneumonia constituem outro tema. Finalmente, remetando a boa monografia, vêm os capítulos dedicados ao diagnóstico e ao tratamento.

R. LEDOUX-LEBARD & G. R. LEDOUX-LEBART — **Manuel de radiodiagnostic clinique.** 1.408 págs., com 2.000 figs. (Masson, Edit., Paris, 1949 — Enc. 5.500 fr.).

Trata-se da 2.^a edição de uma obra notável no seu género, devida a um especialista de nomeada, encarregado do curso de radiologia na Faculdade de Medicina de Paris e radiologista dos hospitais; nela se introduziram os sucessivos progressos que durante os últimos quinze anos enriqueceram a aplicação ao diagnóstico dos raios X. Embora dispondo de facilidades técni-

cas e sabendo aproveitá-las para obter chapas perfeitas, a interpretação de estas requer conhecimentos sólidos, e uma experiência para a qual a iconografia normal e patológica é elemento indispensável; ora a abundante ilustração do livro fornece-a largamente. A disposição tipográfica relega para letra mais pequena o que convém recordar, de anatomia, histologia e patologia, como subsídio para a compreensão das interpretações impressas em tipo maior. Para cada parte da obra, remetando-a, basta bibliografia onde o leitor pode ver a citação de trabalhos especializados.

CH. LAUBRY & J. LOUVEL — **Traité des maladies des veines.** 376 págs., com 53 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1950 — 1.700 fr.).

Fruto de uma colaboração de mais de vinte anos, quer hospitalar quer laboratorial, esta obra impõe-se pela segurança de conceitos e procedimentos, baseada em grande largueza de investigação e prática. Abre com a exposição da anatomia e fisiologia do sistema venoso, seguida pela descrição dos meios de diagnóstico, para passar ao estudo da patologia e anátomo-fisiologia patológica das lesões das veias e termina com os capítulos dedicados à clínica: flebo-trombo-embolismo, insuficiência venosa, afecções venosas distróficas e congénitas. Uma última parte trata da terapêutica, nas suas várias modalidades.

A. JOUVE, P. BUISSON, A. ALBOUY, P. VELASQUE & G. BERGIER — **La vectocardiographie en clinique.** 166 págs., com 78 figs. (Masson, Edit., Paris, 1950 — 750 fr.).

A vectocardiografia é um método novo, que ainda não obteve a generalização que merece. Com ele faz-se a síntese dos variados modos de derivação, que levaram à multiplicação dos traçados e à complexidade das interpretações. A presente monografia assenta em documentos pessoais, que confirmam o valor do método; expõe as suas bases teóricas, a técnica, a leitura dos traçados que fornece. Abundantes referências bibliográficas fecham o volume.

hoje, consideram-se como fases sucessivas da reacção da glândula. Esta reacção constitui uma manifestação de defesa, que é preciso tratar-se com muita precaução, pois com ela se evita um perigo maior.

Grave erro é o de aniquilar as doenças, sistematicamente, sem pensar em que há doenças úteis. Isto não é só exacto nos casos apontados de reacções da tiróide em face dos processos infecciosos; a patologia circulatória dá-lhe exemplos demonstrativos. Várias lesões circulatórias acompanham-se de insuficiência tiroideia, e agravam-se quando esta é tratada. Na literatura há muitas descrições de casos de esta natureza e o A. cita três, de observação pessoal. Num homem de 50 anos, com miocardite, hipertensão e insuficiência cardíaca desenvolveu-se um mixedema; quando se lhe administrava tiroxina, todos os sintomas circulatórios se agravavam, o que levou a deixar em paz o mixedema, e com ele o doente viveu mais de vinte anos, sem grandes transtornos. Num homem de 60 anos, com sintomas de opressão precordial de tipo anginoso, appareceu mixedema, o qual rapidamente desapareceu com o tratamento tiroideu; mas curado o mixedema reapareceram e com maior violência os sofrimentos anginosos, os quais cessaram quando o mixedema de novo surgiu. Num homem de 40 anos, com esclerose arterial e síndrome de claudicação intermitente rebelde às terapêuticas apropriadas, desenvolve-se um mixedema, e os padecimentos aliviam; trata-se o mixedema e reaparecem com brutal intensidade; volta o mixedema, respeita-se, e o síndrome atenua-se, tornando-se perfeitamente suportável.

O funcionamento do sistema linfático das crianças está relacionado com as hormonas e sobretudo com as supra-renais. A sua escassez determina hipertrofia dos gânglios; a abundância provoca a fusão, com libertação das globulinas dos linfócitos, cujo papel anti-infeccioso é bem conhecido. De aqui a indicação do tratamento pelos produtos do córtex supra-renal no linfatismo e para combater as infecções. Mais um exemplo da interferência das hormonas na defesa do organismo contra as agressões.

CADERNOS CIENTÍFICOS, II — N.º 5 (Out. de 1950): *Prefácio*, por Carlos Larroude; *Sobre o futuro da endocrinologia*, por Gregório Maraño; *Introdução à fisiopatologia da supra-renal*, por A. Celestino da Costa; *Formas graves de hipo- e hiperfunção do córtex supra-renal*, por Eduardo Coelho; *Terapêutica da insuficiência supra-renal*, por A. Baião Pinto; *Introdução à fisiopatologia da hipófise*, por M. J. Xavier Morato; *Clinica das afecções da hipófise*, por Miranda Rodrigues; *Terapêutica cirúrgica das afecções hipofisárias*, por A. Vasconcelos Marques; *Radio-terapia hipofisária*, por Manuel Côte-Real; *Aspectos neurológicos da patologia das glândulas paratiroideias*, por Vasco Chichorro; *Introdução à fisiopatologia da tiroideia*, por F. Gerales Barba; *Alguns problemas da clinica e terapêutica médica das afecções da tiroideia*, por V. A. Ribeiro Santos; *Cirurgia da tiroideia — tratamento da tirotoxicose*, por Adelinno Costa.

AS CONFERÊNCIAS DE DIVULGAÇÃO ENDOCRINOLÓGICA que a Sociedade Médica dos Hospitais Cíveis de Lisboa promoveram, com a colaboração da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, foram em parte reunidas neste volume, devendo o que se lhe segue inserir as restantes; muitas de elas foram desenvolvidas pelos seus autores, que lhes deram assim o carácter de monografias. O todo constitui um repositório valioso de dados actuais sobre a fisiopatologia, a clínica e a terapêutica das glândulas de secreção interna.

ARQUIVOS PORTUGUESES DE OFTALMOLOGIA, II, 1950 — N.º 2: *O XVI Congresso Internacional de Oftalmologia*, por Lopes de Andrade; *A gonioscopia no diagnóstico dos tumores do corpo ciliar*, por Lopes de Andrade; *Gliomas da retina com características hereditárias*, por Lopes de Andrade e Sant'Ana Leite; *Sobre a operação da catarata secundária*, por G. F. Cosmettatos; *Um tratamento do herpes zoster oftálmico*, por J. Rebordão; *Melanoma maligno coroidiano de evolução atípica*, por Elísio Neves; *Um caso de corio-neuro-retinite serosa tratado pela aureomicina*, por A. Dias Arede.

TRATAMENTO DO HERPES ZOSTER. — Ensaio de terapêutica pelo tartrato de ergotamina (ginergene), em 5 casos da herpes zoster oftálmico. A droga foi empregada por via oral ou parenteral, em doses variáveis com a tolerância manifestada pelos doentes, e foram geralmente de 0,5 a 1 cc. por dia; alguns doentes apresentaram náuseas e mesmo vômitos, que desapareceram com a diminuição da dose. Os resultados foram apreciáveis: rápida cicatrização das lesões da pele, suspensão do processo da córnea nos casos em que já existia e ao que parece profilaxia das eflorescências neste segmento, cura sem sequelas das complicações da córnea e da íris quando ainda em início.

O MÉDICO, N.º 16 (5-IV-1951): *A medicina nas províncias ultramarinas*, por Fernando Nogueira; *Aspectos gerais da clínica dos tumores intracranianos e intrarraquídeos*, por Almeida Lima; *Mosaicos nortenhos*, por Silva Leal; *O culto pela Rainha D. Leonor*, por Fernando Correia; *Artigos pouco fundamentados*, por Amílcar de Moura. N.º 17 (20-IV): *A última novidade medicamentosa*, por Andresen Leitão; *A distribuição do imposto profissional e a especialidade de Radiologia*, por Albano Ramos; *Novos aspectos na serologia da sífilis*, por Arnaldo Sampaio; *Discursos de Pio XII aos médicos* (conclusão do N.º 16), por J. Paiva Boléo; *Gerard de Nerval*, por J. Castelo Branco e Castro.

SEROLOGIA DA SÍFILIS. — Apontam-se as reacções empregadas, a técnica a usar para obter resultados fidedignos, com titulação das reaginas, indicam-se as falsas reacções, e expõe-se a maneira como se devem seguir os doentes por meio das reacções serológicas; revista geral do assunto,

que é impossível resumir, pelo que se limita a referência à parte relativa às falsas reacções. Estas, quando não são devidas a erros de técnica, podem ser falsamente positivas ou falsamente negativas.

Reacções positivas aparecem, embora com extrema raridade, em indivíduos normais, e são conhecidas em várias doenças, muito frequentemente nas espiroquetoses, lepra, malária aguda, pneumonia e infecções do aparelho respiratório superior, mononucleose infecciosa, hepatite infecciosa, vacina. O problema tem enorme importância clínica, porque há muitos casos de sífilis assintomática, e quando num indivíduo é positiva a reacção, sem qualquer sintoma de sífilis presente ou passada, nestes casos o médico não deve aceitar o dado laboratorial sem ter elementos clínicos suficientes para firmar o diagnóstico, salvo tratando-se de grávida para a qual, na dúvida, há que instituir tratamento pela penicilina, pois não pode perder-se tempo.

A negatividade das reacções observa-se na sífilis em percentagens variadas, que são muito pequenas na sífilis latente recente, na tardia benigna (muco-cutânea, óssea) e na paralisia geral, ainda pequenas, não excedendo 20 %, na sífilis cardiovascular e em vários tipos de neuro-sífilis, e maiores, até 50 %, na tabes e na sífilis latente tardia; a sífilis congénita tardia dá 5 a 15 por cento de reacções negativas. Estas proporções são maiores quando se não usam os testes muito sensíveis, modernamente utilizados.

LIVROS E OPÚSCULOS

ESTASE VISCERAL, por Abel Sampaio Tavares. (Tese de doutoramento, Porto, 1950).

Primeiramente trata da estase renal por laqueação da veia cava, e do valor dos enxertos epiplóicos e musculares no restabelecimento da circulação de retorno (v. *Portugal Médico* n.º 1 de 1951), e numa segunda parte da circulação de retorno do fígado após a laqueação isolada de algumas veias supra-hepáticas, estudo também baseado em experiências pessoais.

BIOQUÍMICA DO SANGUE NAS DOENÇAS DA TIRÓIDE, por Carlos Alberto Martins da Rocha. (Tese de doutoramento, Porto, 1950).

Nos 4 primeiros capítulos expõe-se os conhecimentos actuais sobre as relações do iodo com a glândula tiróide, o metabolismo do iodo, o iodo sanguíneo, as relações da tiróide com o metabolismo dos lipídeos e a lipemia e colesterolemia nas afecções tiroideias. O 5.º capítulo descreve as técnicas laboratoriais adoptadas pelo A. nas determinações a que procedeu, as quais constituem o capítulo seguinte, relativamente ao indivíduo normal. As referentes aos casos patológicos formam o 7.º capítulo. Finalmente vêm as conclusões a que chegou, pelas suas observações e pelas referências bibliográficas.

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA FISIOPATOLOGIA VESICAL, por João Costa. (Tese de doutoramento, Porto, 1950).

Abre com o estudo anatómico da inervação da bexiga no homem e no cão. Segue-se a parte relativa à fisiologia da bexiga e ao estudo experimental da sua inervação (em parte publicada no nosso n.º 3 de 1951). Numa terceira parte trata de estudos cistométricos, mostrando com observações pessoais a importância da cistometria no diagnóstico das perturbações funcionais da bexiga.

A VIA ARTERIAL EM TERAPÊUTICA, por José Garrett. (Tese de doutoramento, Porto, 1950).

Depois da história do método e da exposição da sua técnica, dá conta das experiências que efectuou para esclarecimento de alguns pontos ainda obscuros do seu mecanismo de acção (parcialmente aqui registadas — n.º 4 de 1951) e de observações clínicas de que podem colher-se também ensinamentos para o referido esclarecimento.

HISTOIRE ET PROGRÈS DE LA PSYCHIATRIE — RÉSUMÉ DE LA CONTRIBUTION DU PORTUGAL, por António Flores e Almeida Amaral. (Subsecretariado de Estado de Assistência Social, Lisboa, 1950).

Monografia para a representação portuguesa na Exposição do Congresso Internacional de Psiquiatria, efectuado em Paris. Insere a relação dos estadistas que publicaram as leis mais importantes sobre assistência psiquiátrica, um resumo da história da assistência psiquiátrica em Portugal, refere a legislação nacional, regista dados biográficos das personalidades mais representativas da psiquiatria portuguesa, e anexa a reprodução em gravura dos quadros murais que figuraram na exposição, alusivos à história e legislação da assistência psiquiátrica no país, à obra de Egas Moniz, e a S. João de Deus.

ENSAIO DE COMBATE À MORTALIDADE INFANTIL EM CASTELO BRANCO, por José Lopes Dias. (Liga Portuguesa de Profilaxia Social, Porto, 1951).

Publicação da conferência em que o A., a par de exposição dos problemas de puericultura social, mostra o admirável exemplo, que o Dispensário de Castelo Branco nos dá, de quanto se pode conseguir com a actividade bem orientada de uma obra de luta contra a mortalidade infantil.

ACTUALIDADES MÉDICAS, por Tomé de Lacerda, António de Lacerda, F. Madeira Pinto e Rosado Pinto. — 3.º Quadrimestre de 1950 (Lisboa, 1950).

Mais um volume do 17.º ano de esta publicação, que, como os anteriores, se compõe de resumos de artigos nacionais e estrangeiros, versando muitos temas de clínica e terapêutica, de interesse predominantemente prático.



VITAFOSFOL

"SCIENTIA"

MEDICAÇÃO TÓNICA
POR EXCELÊNCIA

VITAFOSFOL "SCIENTIA"

Uma colher de sopa de VITAFOSFOL contém :

*Vitaminas A, B, C e D, 90 unidades internacionais ;
Gluconato de cálcio, 0,15 grs. ; Glicerofosfatos de
sódio, potássio e magnésia, 0,40 grs. ; Lactofosfato
de cálcio, 0,20 grs. ; Licor arsenical de Fowler,
8 gotas ; Tintura de Fava de Santo Inácio, 10 gotas ;
Pepsina solúvel a 1:10.000, 0,015 grs. ; Maltina
absoluta, 0,015 grs. ; Excipiente xaroposo, q. b.*

O Médico tem, pois, no VITAFOSFOL um tipo perfeito de medicamento tónico-reconstituente geral inócuo, em que a análise da sua fórmula mostra:

- 1) Um equilíbrio cuidado na associação de substâncias quimicamente puras que se completam.
- 2) Uma percentagem de Vitaminas A, B, C, e D, que compensa a carência orgânica, aumentando ao mesmo tempo a utilização dos alimentos e a fixação dos sais.
- 3) Os elementos minerais constituintes do sangue e dos tecidos em ligações químicas absolutamente assimiláveis.
- 4) As substâncias digestivas e eupépticas que, regularizando a função gastro-intestinal, tornam o VITAFOSFOL um produto perfeitamente tolerável, mesmo nos organismos mais débeis.

Nota — O VITAFOSFOL é um medicamento de sabor muito agradável.

AMOSTRAS AO DISPOR DOS EX.MOS CLÍNICOS

LABORATÓRIO QUÍMICO - FARMACÊUTICO "SCIENTIA"
DE **ALFREDO CAVALHEIRO, LDA.**

AV. 5.º DE OUTUBRO, 164 - TELEF. 7 0578 - TELEG.: SCIENTIA - LISBOA

DIRECTOR TÉCNICO: A. QUEIROZ DA FONSECA (LICENCIADO EM FARMÁCIA)

RELATÓRIO DO SERVIÇO TÉCNICO DE HIGIENE DA ALIMENTAÇÃO E BROMATOLOGIA PARA O ANO DE 1949. (Direcção Geral de Saúde, Lisboa, 1950).

Neste volume coligem-se: o *Relatório do movimento do Serviço*, por Bernardino de Pinho; *Inquérito sobre a pelagra endémica*, por G. Jorge Janz; *Inquérito sobre o bócio endémico*, por Fausto Cruz de Campos; *Fiscalização das estações de cloragem*, por Eduardo Paquete; *Inspecção das águas minerais*, por Marques da Mata,

INQUÉRITO ALIMENTAR, por Fausto Cruz de Campos. (Direcção Geral de Saúde, Lisboa, 1949).

Técnica e resultados de um inquérito entre os operários da fábrica de louça de Sacavém, pelo Serviço Técnico de Higiene da Alimentação e Bromatologia com a colaboração do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, constituindo subsídio para o estudo objectivo da alimentação popular.

DISPENSÁRIO DE HIGIENE SOCIAL. Neste volume coligem-se: o *Relatório do movimento do Serviço*, por A. Tovar de Lemos. *O Serviço de Inspecção de Toleradas em 1949*, por A. Tovar de Lemos. *O Serviço anti-tracomatoso de Lisboa em 1949*, por João Saraiva. (Edição da Direcção Geral de Saúde, 1950).

Relatórios dos indicados serviços de profilaxia, com dados estatísticos do respectivo movimento.

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

Sobre a prova do metabolismo basal

GUY LAROCHE & CHARLES RICHET (*La Presse Médicale*, 11-Nov.-1950) apresentam considerações sobre o valor da prova do metabolismo basal, que merecem tornar-se conhecidas pelos clínicos. Depois de historiar o estabelecimento do método e os progressos na aparelhagem, recordam os dados indispensáveis para se obter um resultado verdadeiro. E são: 1.º O indivíduo deve estar em jejum há 12 horas; 2.º O funcionamento do aparelho deve ter sido verificado antes de cada exame; 3.º O indivíduo deve estar à temperatura óptima; 4.º A sua superfície corporal deve ser determinada com exactidão; 5.º O doente deve estar em perfeita calma, física e psíquica. Deixando de lado as duas primeiras condições, fáceis de cumprir, fazem sobre as outras as seguintes anotações:

Relativamente à temperatura, está estabelecido que o óptimo térmico é de 25 a 26 graus para o homem nu, e de 18 a 19 graus quando coberto ou vestido ligeiramente; esta condição pode diferir de observador para observador, por muitos fazerem a prova à temperatura do ambiente, cobrindo mais ou menos o doente, conforme o termómetro está distanciado daquela temperatura; quando se quer determinar com exactidão o metabolismo basal, é necessário conseguir que a sala onde se trabalha esteja à temperatura de 18 a 20 graus e que os doentes sejam sempre agasalhados de igual maneira e muito levemente.

A medição da superfície corporal é tarefa fastidiosa, mas é preciso fazê-la quando se trata de indivíduos com tipo morfológico muito fora do habitual (gigantismo, obesidade, grandes deformidades), pois as diferenças nos resultados podem ir até 20 %. Na maioria dos indivíduos, porém, essas diferenças não vão além de 1,5 %, e podem portanto desprezar-se.

Mais importante, correntemente, é obter o equilíbrio fisiológico. O físico, salvo em crianças ou agitados, é fácil de conseguir; mas o psíquico não, muita vez, tal como sucede com os ansiosos, os taquicárdicos, os hipertiroideus e os para-basedownianos. A influência do factor emotivo na medida das trocas nutritivas é noção antiga, confirmada por trabalhos recentes. Um endocrinologista de renome, J. M. Means, na reedição do seu livro sobre a glândula tiróide (1948), conta a seguinte experiência pessoal: — Mediu o seu metabolismo basal muitos dias consecutivos, e ficou admirado ao ver que um dia tinha subido bruscamente para + 40; acabava de se incomodar com uma conversa desagradável, e a descarga de adrenalina provocada por essa emoção foi bastante para dar aquele estranho valor.

Assim, uma única determinação não tem valor diagnóstico para definir os estados basedownianos e para-basedownianos, ao contrário do que, com simplicidade enganadora, concluem muitos clínicos. Torna-se necessário repetir a prova, e sempre em boas condições, para se poder confiar nela. Mais vale fazer determinações sucessivas na mesma sessão, do que obter valores tomados em dias diferentes; aproveitem-se então os últimos valores da série, aqueles que mostram fixidez tradutora da tranquilidade do doente. Para obter esta convém que o doente esteja deitado, na sala de metabolismo, durante cerca de uma hora antes da prova, e que o seu espírito seja sossegado pelas palavras animadoras do médico e da enfermeira; e que as demais condições técnicas, de aparelhagem e de termalidade se verifiquem.

Quando, por uma só prova, se obtém um número igual ou inferior ao número teórico, ele deve corresponder à verdade. Quando é superior, o mesmo repetindo-se as provas, representa um elemento importante para o diagnóstico, o qual, porém, só poderá fazer-se confrontando aquele valor com os resultados de outras provas, e sobretudo do exame clínico.

Radiologia da coluna vertebral

As habituais radiografias, de face e de perfil, da coluna vertebral, não fornecem muitas vezes informações concludentes das lesões que nela existem, porque a espessura dos tecidos duros, que ficam para diante ou para trás dos pontos afectados, impede a visão das respectivas imagens. As radiografias devem fazer-se também em posição de dupla obliquidade. A tomografia presta ainda valiosos serviços, em toda a altura da coluna, mas sobretudo para as duas primeiras vértebras cervicais, em que as radiografias simples não dão correntemente as imagens das lesões. Sem esses recursos de técnica não é possível, em muitos casos, afirmar que a coluna está íntegra.

Nas afecções dolorosas da coluna, a radioterapia pode exercer benéfica acção sobre a dor; embora persistam as deformidades ósseas, o efeito analgésico pode prolongar-se durante anos.

(R. SARASIN & J. GARCIA-CADERÓN, in *Praxis*, 31-VIII-50).

Um novo princípio: a vitamina T

Em exposição de conjunto, L. TORRES MARTY começa (*Acta Pediátrica Española*, Nov. de 1950) por recordar que os primeiros trabalhos sobre esta nova substância foram os de W. Goetsch, publicados em Julho de 1949. Este zoólogo tinha observado que formigas e térmitas apresentavam formas e tamanhos diversos, com mutações independentes das hereditárias, e que neste fenó-

meno intervinha, além do factor alimentar e da fase evolutiva larvar, uma substância que tem um forte poder catalizador, actuando como fermento intensificador do metabolismo celular intermediário, imbricando-se nele, favorecendo a melhor utilização das substâncias nutritivas, especialmente de proteicos e gorduras, em inter-corregulação com outras vitaminas, tendo sido estudada a relativa à vitamina D. Não se conhece ainda a sua composição química.

Por experiências em animais vertebrados, reconheceu-se determinar aceleração do crescimento e do aumento do peso, e uma maior resistência contra as infecções. A sua acção fisiológica é essencialmente de incremento do metabolismo, melhorando por isso o estado físico e psíquico dos doentes em estado de decadência orgânica, convalescença de doenças graves, etc.; é lógica a sua aplicação como fortalecedor do organismo ameaçado por agentes infecciosos.

É sobretudo em pediatria que a vitamina T deve ter mais largo emprego. Foi ensaiada a sua administração por Heyn e por Nussbaumer em casos de distrofia grave: a anorexia foi vencida, o estado geral melhorou, com subida rápida do peso, aumento das hemácias e da hemoglobina. No raquitismo e na descalcificação com tetania, obteve-se cura mais rápida associando a vitamina T à vitamina D, do que quando se empregava só esta. Mostrou-se muito útil no mixedema e no edema de fome. O eczema dos diatésicos e exsudativos desaparece com o emprego da vitamina T, melhorando o estado geral.

O A. de este artigo insiste sobre a acção anti-anoréxica, que verificou ser notável; e viu que a sua aplicação durante os estados infecciosos é inútil, assim como a contra-indicação relativa a infestação por parasitas intestinais, só devendo usar-se a nova substância quando se desembaraçar o organismo da presença dos vermes.

As doses aconselhadas são de 500 unidades por dia, repartidas em 3 tomadas (X gotas da preparação) para lactentes até aos seis meses, elevando-se as doses, progressivamente, por forma a dar, às crianças com mais de 3 anos de idade, 3 vezes XX gotas, o que corresponde a 1.000 unidades por dia.

Tratamento do empiema torácico só com aspiração e penicilina

Diversos autores tem tratado de este assunto, o que nos leva a resumir um dos artigos mais recentes, o de R. ASHER & D. DAVIES, publicado em *The Lancet* (28-iv-1951).

Em 12 casos empregaram a seguinte técnica: aspiração de pus, com seringa de 20 cc., seguida por injeção de 500.000 U. de penicilina; repetição com intervalo de 1 a 3 dias, segundo a evolução do caso, e com introdução de 200 a 500.000 U. do antibiótico, que também foi administrado por via muscular, na dose diária de 200.000 U. cada 8 horas. Adequados exercícios respiratórios durante o tratamento.

Com a primeira injeção, geralmente acentuava-se a febre e a sintomatologia torácica; mas subsequentemente, ao fim de duas semanas, a febre desaparece. O pus torna-se estéril dentro de prazos variáveis, a partir de sete dias; deixa de poder extrair-se também depois de um tempo variável contado a partir do início do tratamento, que foi de 7 dias a 73 dias, nos referidos 12 casos. Foi notável o resultado obtido quanto à normalização das dimensões, forma e expansão do hemotórax afectado.

A duração de internamento no hospital variou entre 4½ e 11 semanas, com uma média de 7½ semanas; a recuperação para o trabalho deu-se entre 9 e 17 semanas, com média de 12 semanas, contadas desde o começo do tratamento.

Por certo, nem todos os casos podem ser assim tratados com sucesso, porque quando o derrame for muito grande, ou sejam casos inveterados, é natural exigirem drenagem por tubos ou tratamento cirúrgico. O facto de numa

dúzia de doentes, a oito, terem os AA. obtido bom resultado, com menos tempo de hospitalização do que o que requer a drenagem e a ressecção costal, mostra que o método merece ser utilizado frequentemente, pois dá menos incômodo aos doentes e ao pessoal de enfermagem, e os resultados estéticos e funcionais são superiores aos do tratamento cirúrgico.

Tratamento ambulatório das hemorróidas por injeções esclerosantes

O velho método das injeções esclerosantes, de soluto oleoso de ácido fénico a 5%, merece conservar-se na prática clínica, dizem CH. DEBRAY & R. FLEURY (*Paris Médical*, 25-III-1950), não lhe preferindo procedimentos mais modernos mas inferiores. As injeções de ácido fénico suprimem a hemorragia, reduzem os prolapso hemorroidários pequenos e médios, são indolores. Tem sobre as de quinina-ureia a vantagem de promover mais rapidamente a esclerose. É um método simples, ambulatório e económico, que todo o médico pode executar.

Emprego do ácido glutâmico em psiquiatria

O papel do ácido glutâmico no metabolismo do tecido nervoso levou ao seu emprego em psiquiatria. As investigações de SCHWÖBEL em 43 doentes com perturbações psíquicas, mostraram-lhe que dá resultados bons nas crianças e adolescentes com esgotamento nervoso ou com mau aproveitamento escolar por motivo de alterações psíquicas; semelhantemente nos adultos com sintomas de esgotamento; mas nos períodos agudos de psicastenia o quadro agrava-se com a administração do medicamento, que, pelo contrário, promove a aceleração para a cura quando se emprega na fase de melhoras do síndrome psicótico. (*Der Nervenartz*, 20-IX-1950).

Estreptomycinoterapia descontínua e moderada

A. LEVY-VALENSI e colaboradores (*La Presse Médicale*, 7-III-1951) preconizam séries de 40 a 45 dias a 1 gr. diário de estreptomina, separadas por 30-45 dias de intervalo entre cada série, nos casos de tuberculose, de que assim trataram 100 doentes, de formas diversas, pulmonares ou pleurais, exceptuadas as miliares. O balanço das observações mostrou que os efeitos são iguais aos que se obtêm com maiores doses do antibiótico e dadas por maiores períodos de tempo.

Sobre os resultados obtidos dizem ser bons nas formas com pouco tempo de evolução, mas que também são apreciáveis em casos de evolução já avançada que não se prestam à colapsoterapia; o tratamento mostrou utilidade em 13 casos (entre 17) de pneumotórax perfurado, combinando-o com a injeção intrapleural de estreptomina, observando-se neles o regresso do pulmão à parede e a secagem da pleura.

Dizem que não se observa, com o referido procedimento, intoxicação pelo antibiótico, e que com ele se evita a estreptomina-resistência; mas esta afirmação não está firmada em exames bacteriológicos, mas apenas em impressões clínicas.

Da leitura do trabalho fica-se com a opinião de que não modifica o consenso geral sobre as indicações da estreptomina, mas tem a vantagem de confirmar o parecer de vários fisiologistas, de que as altas doses de estreptomina não são precisas para se obterem os efeitos clínicos que dá, e que nos casos em questão se verificaram: distribuição da febre, aumento do peso, melhoria radiológica e da baciloscopia.

A asma por factores diferentes da alergia

A asma que aparece depois dos 30 anos nem sempre é um fenómeno de natureza alérgica; a sua origem está no próprio doente, num estado geral anterior ao primeiro acesso. Esse estado é principalmente devido a infecções do aparelho respiratório, entrando também em jogo as deficiências físicas, as infecções focais, a debilidade e desnutrição de qualquer causa. Depois, o mau estado geral do doente agrava-se em consequência do sofrimento da asma, criando-se um círculo vicioso, que enraiza a doença e a torna progressivamente séria. Mas os factores emocionais são preponderantes, no aparecimento da asma e no seu progredimento; constitui-se um estado psíquico de ansiedade, de terror pelos acessos, e a situação piora.

Emitindo este parecer, F. M. RACKEMANN aduz os seguintes argumentos em seu apoio: os bons resultados obtidos com o tratamento geral do doente e com a assistência moral, dando confiança na cura - serenando o espirito do doente, e o facto, várias vezes observado, de a morte sobrevir num asmático por exclusivo factor emocional. (*J. American Med. Ass.*, 25-II-1950).

Bacitracina na gangrena bacteriana progressiva

F. L. MELENEY e colaboradores (*Annals of Surgery*, 2-II-1950) relatam cinco observações de gangrena bacteriana progressiva, em quatro das quais a penicilina falhou, tendo a bacitracina curado os doentes, sem necessidade de excisão cirúrgica. Esta afecção, imprópriamente chamada post-operatória (porque pode aparecer sem ser complicação de ferida), é causada pela associação de um estreptococo não hemolítico com um estafilococo dourado hemolítico. O novo antibiótico constitui um eficaz meio de tratamento, que deve ser utilizado sempre que se fizer o diagnóstico correcto da afecção.

Proteínas iodadas como medicação galactogénica

A caseína iodada, dizem MARCEL LELONG e colaboradores, não actua sobre a hipogalactia primária, a que aparece desde o começo da lactação, mas tem nítida acção sobre a secundária, mais tardia, fazendo aumentar, não só a quantidade de leite, mas também a sua riqueza em gordura; esta acção é particularmente notável no período de regressão fisiológica da lactação activa. As doses óptimas são de 100 a 200 miligramas por dia, não dando melhores resultados doses mais altas, e sendo ineficazes doses mais baixas. Os lactentes não apresentaram qualquer sinal de perturbação com o facto das mães tomarem a caseína iodada, e a sua curva ponderal não sofreu qualquer modificação, antes foi por vezes melhorada. (*Arch. Française de Pédiatrie*, N.º 6 de 1950).

O risco das infecções nos tratamentos pela cortisona e pela ACTH

Os tratamentos prolongados por estas novas substâncias trazem perigos que hoje são já bem conhecidos, e que devem limitar o seu emprego: edemas e perturbações cardíacas (por retenção de sódio e exagerada excreção de potássio), agravamento de diabetes (por diminuição da tolerância para os hidratos de carbono), excitação psíquica que pode chegar até ao delírio e a reacções esquizóides, síndrome de Cushing e várias perturbações endócrinas: amenorria, acne, hirsutismo, pigmentação melânica. Se estas alterações regressam geralmente quando se suspende o tratamento, algumas podem deixar sequelas. Está apurada a acção desfavorável sobre a evolução das afecções tuberculosas. Um ponto, porém, que não tem sido suficientemente destacado, é o relativo ao des-

falecimento geral, do organismo em face de todos os agentes infecciosos, e é para ele que H. DUBOIS-FERRIÈRE chama a atenção, em *La Presse Médicale* (4-IV-1951).

Esse desfalecimento provém ao mesmo tempo da ausência de reacção às infecções cujos sintomas são mascarados pela hormonoterapia, e do estado de insuficiência do córtex supra-renal consecutivo ao tratamento. Assim é que se observa a formação de colecções purulentas nos locais das injecções; só demonstráveis pela tumefacção, sem dor, nem calor, nem febre. O A. relata um caso em que sobreveio uma septicemia por estafilococo dourado, num doente de linfogranuloma de Hodgkin tratado durante 5 meses; a doença remittira clinicamente, diminuiu-se a dose da cortisona, mas no doente apareceu grande mal-estar geral, arrepios e febre alta; retomou-se o tratamento anterior, o doente sentiu-se novamente bem, mas uma hemocultura revelou septicemia por estafilococo dourado, de que o doente veio a morrer, apesar de tratamento intensivo por antibióticos, não podendo interromper-se a terapêutica pela cortisona, porque sem ela o Hodgkin reaparecia.

Os abscessos e fleimões que se produzem ao nível das injecções não mais terão razão de ser com a administração por via oral, recentemente preconizada. Nem por isso deixará de acontecer a eventualidade de uma infecção que escapa ao diagnóstico, porque a terapêutica hormonal não deixa evidenciar os seus sinais; e uma infecção benigna, de esse modo ganhará extensão e gravidade. Importa, pois, reservar tal terapêutica para as afecções alérgicas, para combater as reacções hiperérgicas devidas a agente patogénico facilmente eliminável, e só recorrer a ela nas doenças crónicas quando não existe outro meio de conseguir uma sedação, que, aliás, será na maioria das vezes transitória com a nova hormonoterapia.

Simpaticectomia lombar na patologia vascular periférica dos membros inferiores

DE BACKEY e colaboradores (*J. American Med. Ass.*, 9-XII-1950) apresentaram um estudo de 146 casos tratados pela simpaticectomia lombar; em 55 foi bilateral, nos restantes unilateral. Para apreciação dos resultados fizeram 3 grupos de doentes: sem gangrena, com gangrena iminente, com gangrena estabelecida. No primeiro grupo os bons resultados observaram-se em mais de 85 por cento dos casos; no segundo grupo, melhoras em 75 por cento dos casos; no terceiro, salvou-se o membro afectado em 35 por cento dos casos. Não houve mortalidade. Opinam, em face de estes resultados, que a simpaticectomia é o método de escolha no tratamento das doenças vasculares periféricas do tipo arterioscleroso, o qual tem no entanto contra-indicações, que são: grave afecção cardíaca, ou renal, ou cerebral, ou pulmonar, e também quando o processo local se apresenta muito avançado e com tendência para rápido progresso, com alterações tróficas notáveis. Notam que o bloqueio simpático prévio, para avaliar da probabilidade de êxito da simpaticectomia, nem sempre merece confiança.

Antibióticos na febre ondulante

W. HERRELL & T. BARBER trataram 25 casos de brucelose pela aureomicina associada à dihidroestreptomicina; a primeira dada de seis em seis horas, na dose de 75 centigramas, por via oral; a segunda na dose de 1 gr. de doze em doze horas. Isto durante 12 a 14 dias para as formas agudas. Para as formas crónicas localizadas, reduzem a metade a dose da dihidroestreptomicina e aumentam para quatro semanas a duração do tratamento. Para evitar a intolerância gástrica para a aureomicina, administram-na com leite. Todos os casos tratados (21 agudos e 4 crónicos) curaram sem recaídas, excepto um, que requereu nova série terapêutica. (*J. American Med. Ass.*, 1950, II, N.º 7).

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

V ASSEMBLEIA GERAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. — Reúne em Estocolmo, de 16 a 20 de Setembro, para ventilar os seguintes problemas: ensino universitário e post-universitário, os médicos e a segurança social, a colaboração com as organizações intergovernamentais. Haverá também uma conferência internacional de redactores de jornais médicos, e está projectada uma reunião científica para apresentação de comunicações sobre temas médicos de actualidade. Pormenores de estas reuniões podem obter-se na Ordem dos Médicos, Av. da Liberdade, 65-1.º, Lisboa.

INTERCÂMBIO CIENTÍFICO. — Deram conferências: — no Instituto Maternal de Coimbra, o Prof. Van Creveld sobre Diáteses hemorrágicas; na Faculdade de Medicina do Porto e no Instituto de Medicina Tropical, o Dr. G. Mac Robert sobre Rickettsioses e Malária; na Sociedade de Estomatologia, o Prof. A. H. Hurlong sobre Técnica para tirar moldes de dentaduras; na Faculdade de Medicina de Coimbra, o Dr. Nunez Perez sobre Vertigem auricular; no Instituto de Oncologia, o Prof. J. Maisin sobre Mutações somáticas e cancro experimental, e o Dr. Lopez Bello sobre Lobectomia e pneumectomia; no Instituto de Medicina Tropical, o Dr. F. Hawking sobre Filarioses; na Sociedade de Neurologia e Psiquiatria, o Prof. A. Franceschetti sobre O problema médico-legal dos gémeos, o Dr. Van Bogaert sobre Encefalite esclerosante subaguda, o Prof. Lopez Ibor sobre Ideias delirantes primárias, e o Prof. Sargant sobre Leucotomia prefrontal em estados psico-somáticos; na Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos, o Dr. Fernandez Noguera sobre Exploração funcional do córtex supra-renal, e o Prof. J. Braislford sobre Distrofias e displasias ósseas e articulares; nas 3 Faculdades de Medicina o Prof. Mallet-Guy falou sobre Patologia cirúrgica das vias biliares e do pâncreas; o Dr. Castillo de Lucas falou, no Porto e em Coimbra sobre Crenoterapia; uma missão de cirurgiões argentinos, chefiada pelo Dr. J. Ressano fez conferências e demonstrações técnicas nos Hospitais Cívicos e na Faculdade de Medicina de Lisboa.

JORNADAS PEDIÁTRICAS. — Registamos os trabalhos apresentados nesta reunião de pediatras, noticiada no passado número, depois dos discursos inaugurais proferidos pelos Profs. Castro Freire e Edmond Lesné: Reacções meningéas no decurso da primo-confecção tuberculosa da criança, por R. A. Marquézy; Toxoplasmose, por A. Ballabriga; Psicopatias, por Victor Fontes; Estudo dos enzimas duodenais nos lactentes, por C. Salazar de Sousa, Maria Levy e A. Ferreira Gomes; Profilaxia da endocardite nas doenças reumáticas, por C. Cocchi; Exicose e toxicose nos recém-nascidos, por P. Rohmer; Icterícia obstrutiva por quisto hidático da cabeça do pâncreas, por Fernando Sabido e João Tapadinhas; Síndromas de hipertensão portal a seguir ao kala-azar; Progressos em diáteses hemorrágicas, por S. van Creveld; Salmoneloses no lactente, por Robert Clément; O prognóstico da glomérulo-nefrite aguda na criança, por Lopes de Andrade, Fraça de Azevedo, Silva Nunes e Madeira Pinto; Terapêutica ocupacional e reparação em pediatria, por M. Farmhouse; A tuberculose congénita; por Ed. Lesné; Sobre a embriopatia da rubéola, por F. Bamatter; Dois casos atípicos de doença heredo-degenerativa do sistema nervoso, por Maria de Lourdes Levy; Diagnóstico e tratamento do kala-azar, por Cordeiro Ferreira, Fraça de Azevedo, Silva Nunes e Sabido da Silva.

PRÊMIO SANITAS DE CARDIOLOGIA. — Foi outorgado aos Drs. Araújo Moreira e Aguilar Manso pelo trabalho original: O bloqueio experimental pelo álcool.

CONGRESSOS INTERNACIONAIS EM LISBOA. — Acaba de realizar-se o I Congresso de Gerontologia, no qual foram apresentados trabalhos sobre higiene e clínica da velhice, em duas sessões na Sociedade das Ciências Médicas.

De 23 a 29 de Julho reúne o C. de Transfusão de Sangue. Programa e informações devem pedir-se à Secretaria Geral (Dr. Almerindo Lessa), Serviço de Transfusão, Hospital de S. José, Lisboa.

De 9 a 15 de Setembro efectua-se o C. de Medicina do Trabalho, de que é secretário geral o Dr. Luís Figueira. Sede: Serviço de Relações Internacionais do I. N. T. P., Ministério das Corporações, Lisboa.

FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA. — Doutoraram-se os assistentes Srs. Albertino da Costa Barros, José Monteiro Lopes do Espírito Santo e Manuel Montezuma Diniz de Carvalho, cujas dissertações versaram respectivamente sobre: Hemorragias obstrécticas, Doença de Addison e Mal disfágico cárdio-esofágico.

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO. — No Hospital dos Capuchos fez-se o curso de Neurologia de Urgência, sob a direcção do Prof. Diogo Furtado. Na Faculdade de Medicina de Lisboa, dirigido pelo Prof. Barahona Fernandes, fizeram-se as lições do curso de Psicologia Médica, no qual participaram mestres estrangeiros: Lopez Ibor, F. Kraft e W. Sargant. No Hospital Militar Principal, curso sobre tuberculose pulmonar e cardiologia. Está a decorrer o 7.º Curso de Aperfeiçoamento médico-sanitário, para subdelegados de saúde.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS. — Trabalhos apresentados: — *Sociedade das Ciências Médicas*: Encavilhamento com «os purum» nas fracturas expostas, por Vieira Jorge. Na *Soc. Méd. dos Hospitais Cíveis*: Semi-esterilidade hereditária, por Mário Rosa; Carcinoma primitivo da vagina, por Armando Ferreira; Alguns aspectos das estenoses duodenais supra-vaterianas, por J. Celestino da Costa. *Soc. P. de Neurologia e Psiquiatria*: Tratamento da miastenia pela enervação sino-carotídea, por Diogo Furtado e Filipe da Costa; Glossodínia timopática, por Barahona Fernandes; Encefalite pelo tálho, por Diogo Furtado. *Sociedade P. de Cardiologia*: Anjiografia e quimiografia seriadas simultâneas, por Aires de Sousa; Dissolução de êmbolo da artéria axilar pela terapêutica anticoagulante, por J. Cid dos Santos; Bloqueio intraventricular com extra-sístoles de condução intraventricular normal, por Jacinto de Bettencourt; Calcificação das válvulas mitral e aórtica, por Leonel Cabral; Vectografia e potenciais de superfície, por Rocha da Silva. *Soc. P. de Ortopedia*: Vantagens e inconvenientes da especialização, por Carlos Santos; Resumo histórico da ortopedia, por José Botelho; Sobre um caso de artrite reumatóide com anquilose bilateral das ancas, por Jaques Resina e Horácio Menano. *Soc. P. de Hidrologia Médica*: Sobre o clima do Gerez, por Celestino Maia; A água na lenda e no folclore, por Lima Carneiro; Análise espectrográfica das águas minerais, por Alberto Brito.

CONFERÊNCIAS. — Nos Hospitais da Universidade de Coimbra, falaram sobre a tuberculose na literatura espanhola e portuguesa Castillo de Lucas e Marques da Mata. No Instituto de Oncologia: Sobre tumores ósseos, por Álvaro Rodrigues; Quistos e tumores sólidos do peritoneu, por Rogério Monteiro; O serviço de fisioterapia, por Mário Jacouet. Na Liga Universitária Católica do Porto: Problemas morais da leucotomia, por F. Pimentel das Neves. Na Liga P. de Profilaxia Social: Consumo alimentar em Portugal, por Rocha Faria.

NECROLOGIA. — Em Alverca do Ribatejo, Dr. Estanislau Raimundo Nogueira. Em Reguengos de Monsaraz, Dr. António A. Garcia da Costa. Dr. Agostinho Antunes, médico municipal em Lagares da Beira.





MARTINHO & C.ª Lda

TUDO O QUE INTERESSA À MEDICINA E CIRURGIA

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

Quinarrhenina Vitaminada

Elixir e granulado

Alcalóides Integrals da quina, metilarsinato de sódio e — vitamina C em veículo estabilizador

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

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

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO
NAS BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO

TRICALCOSE

SAIS CÁLCICOS ASSIMILÁVEIS
COM GLUCONATO DE CÁLCIO

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



SEPTICARBONE

ANTISSÉPTICO E ADSORVENTE
INTESTINAL

GASTREENTERITE AGUDA. ENTERITES AGUDAS E
CRÓNICAS. COLITES. DIARREIAS. INTOXICAÇÕES
ALIMENTARES. FERMENTAÇÕES INTESTINAIS, ETC.

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS 12\$00
CAIXA COM 100 G. DE GRANULADO 20\$00

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Sala
Est.
Tab
N.º