



PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

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

SUMÁRIO

MÁRIO TRINCÃO — *Reacções orgânicas não específicas em dermatologia.*
FONSECA E CASTRO — *Sobre sífilis congénita.*

MOVIMENTO NACIONAL — *Revistas e boletins: A Medicina Contemporânea (Leucotomia em síndromes dolorosas. Nefrectomias parciais. Rim pélvico, motivo de distócia. Patogenia do síndrome asmático. O PAS em perfusão endovenosa. Pneumoperitонеu. Estenoses cáusticas do esófago). Revista Portuguesa de Pediatria e de Puericultura (Polidistrofia de Hurler. Tratamento da sífilis congénita. Asma infantil. Protrombina e acelerina no sangue dos recém-nascidos. Fibrinogenemia do recém-nascido. Terapêutica das neoplasias malignas da infância. Clínica das cardiopatias congénitas) Jornal do Médico (Alergia tuberculínica). O Médico (Epidemia de salmonelose typhimurium).*

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — *Tratamentos modernos da tuberculose osteo-articular. Tratamento da meningite tuberculosa com a hidrazida do ácido isonicotínico. Intervenções naso-faríngeas e poliomielite. Sobre posologia da insulina.*

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES — *Sociedades Médicas. Intercâmbio. Conferências. Faculdade de Medicina de Lisboa. Curso de Radiologia. I Congresso luso-espanhol de cardiologia. Necrologia.*

Registo de livros novos (em face das págs. 33 e 37).

Carta aos leitores do «Portugal Médico» (em face da pág. 36).

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

açúcar nutritivo

Nidex

DEXTRINA - MALTOSE
NESTLÉ

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
LISBOA PORTO COIMBRA

NESTLÉ



PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXVII — N.º 1

JANEIRO DE 1963

Reacções orgânicas não específicas em dermatologia ⁽¹⁾

por MÁRIO TRINCÃO

Professor da Faculdade de Medicina de Coimbra

Como diz PAUTRIER a Dermatologia é de todas as especialidades médicas aquela que se mostra mais capaz de rasgar novos e mais amplos horizontes, permitindo abordar o estudo de numerosos e importantes problemas de patologia geral.

A razão de ser e veracidade de afirmação de PAUTRIER são confirmadas pela publicação de um grosso volume, organizado pelo Prof. CHARPY de Marselha, em que se dá conta das comunicações apresentadas nessa cidade no Outono do ano passado no Colóquio tendo por tema «Les réactions organiques non spécifiques en Dermatologie» — presidido pelo Prof. LERICHE em que apresentaram trabalhos de notável valor alguns dos mais categorizados clínicos, histo-patologistas e dermatologistas franceses, entre eles o nosso colega MOSINGER que apresentou um bem documentado estudo, recheado de ideias pessoais, sobre o «Conceito patogénico do conjunto da Medicina» e alguns estrangeiros entre os quais é justo destacar SELYE autor da teoria, aliás tão discutida, das doenças de adaptação e autor do livro «The Stress».

Para delimitarmos o âmbito do que vou expor-lhes, torna-se necessário «ab initio» definir com precisão o que deve entender-se sob a designação de reacções cutâneas não específicas — conjunto de respostas orgânicas, tecidulares ou hormonais, revestindo características idênticas, seja qual for o agente agressor que as tenha determinado.

O conhecimento deste facto vem já desde o fim do século passado e como é sabido foi estabelecido por BROcq.

(1) Conferência realizada no Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra, de 1951.



Como corolário deste conceito deduz-se que uma causa mórbida, qualquer que ela seja, caracteriza apenas parcialmente a doença que provoca. Esta causa «induz» a reacção orgânica, não a determina completamente.

A resposta a esta indução é criada pelo organismo utilizando os seus próprios meios. As respostas apresentarão modalidades limitadas e independentes da causa indutora.

Devemos nos diversos casos apreciar as respostas específicas directamente relacionadas com a causa e as reacções orgânicas independentes da causa provocadora, isto é, a resposta não específica que em condições análogas podia ser provocada por agentes patogénicos muito diversos.

Não vou ocupar-me, o que me levaria muito longe, do caminho percorrido do específico ao *não específico* desde os princípios Pasteurianos, base da medicina etiológica e das deduções terapêuticas de aí resultantes, nem do conflito micróbio-terreno.

Torna-se necessário, no entanto, estabelecer um curto intróito ao estudo da patologia reaccional.

O termo alergia foi criado em 1906 por VON PIQUERT para designar o conjunto de modificações reaccionais apresentadas pelo organismo em seguida ao contacto com uma substância estranha, viva ou inanimada. Para se falar em fenómeno alérgico era necessário que ele satisfizesse a um conjunto de condições: 1) ter havido contacto prévio do organismo com uma substância estranha — alergeno; 2) modificação da reacção orgânica em face desta substância, diversa da observada quando do primeiro contacto com o alergeno; 3) esta modificação reaccional tem de entender-se no sentido específico — o indivíduo alérgico a determinada substância comporta-se normalmente em relação a qualquer outro alergeno com o qual nunca tenha estado em contacto; 4) o alergeno é uma substância viva ou inanimada; 5) a modificação reaccional resulta do contacto com o alergeno específico do organismo capaz de se alergizar sem intervenção de qualquer outra causa; 6) o mecanismo fisiopatológico da alergia não tem necessariamente por substrato a formação de anticorpos específicos; 7) a modificação reaccional pode operar-se no sentido do aumento ou diminuição de intensidade da observada quando do primeiro contacto com o alergeno.

RÖESSLE, em 1932, estabeleceu o conceito de patergia, englobando sob esta designação a totalidade das modificações de comportamento reaccional do organismo em face de uma agressão externa.

Este conceito difere do de alergia: 1) Porque não se faz intervir a necessidade de um primeiro ataque pelo agente em causa; 2) Por a reacção patérgica poder consequentemente não

resultar apenas da acção prévia de um patergeno específico: uma causa terceira endógena (perturbações endócrinas, nervosas e do metabolismo geral) ou exógena (traumatismo, agressão microbiana ou química não específica efémera ou permanente e capaz de favorecer a alteração do comportamento reaccional do indivíduo a um patergeno determinado); 3) Contrariamente aos alergenos os patergenos não são necessariamente substâncias estranhas, vivas ou inanimadas, os agentes físicos — luz, calor, frio, pressão, esforço — podem actuar como patergenos.

O estudo anátomo-patológico das lesões alérgicas mostra que elas se traduzem por fenómenos exsudativos — inicialmente há lesões vasculares, espasmos das arteríolas com transudação do plasma, proteínas e cristalóides. Quase simultaneamente a substância fundamental do tecido conjuntivo transforma-se por necrose ou degenerescência fibrinóide em consequência da variação do *pH* local no sentido da acidose. Na terceira fase observa-se infiltração celular de tipo diverso. A reacção tecidular pode evolucionar rapidamente para a cura ou operar-se reacção conjuntiva sob a forma granulomatosa.

Inflamações do tipo hiperérgico podem realizar-se independentemente das condições de alergia específica, como demonstrou REILLY irritando o sistema nervoso vegetativo, utilizando para isso vários agentes. Consoante a intensidade da irritação obteve hemorragias, enfartes, ou apenas escleroses viscerais ou vasculares.

MOSINGER obteve experimentalmente processos epiteliais degenerativos das vísceras e inflamações hiperérgicas edematosas ou hemorrágicas provocando lesões nervosas centrais, corticais, hipotalâmicas ou periféricas.

A enumeração destes factos comprova que não existe diferença fundamental da natureza das reacções de causa específica e não específica. «As modalidades reaccionais do organismo não são indefinidas, realizando-se consoante as possibilidades tecidulares pelo esforço mais ou menos bem adaptado dos sistemas de regulação conforme as ideias de CLAUDE BERNARD».

A actividade reaccional de cada indivíduo é o factor patogénico aparentemente mais importante.

NOVO CONCEITO DE ACÇÃO DINÂMICA DO TECIDO CONJUNTIVO

Desde 1924, época em que foi criada a designação de doenças do colagénio, o tecido conjuntivo passou a ser considerado como meio interior vivo do organismo.

Os trabalhos de THOMAS e CHEVREMONT vieram confirmar o que admitira PAUTRIER — que não havia separação embriológica absoluta entre o histiócito e o fibroblasto — ; são estados funcionais da mesma célula submetida a variações das condições de meio.

Esta plasticidade do tecido conjuntivo submetido constantemente a regulação funcional faz-se sentir também sobre a substância fundamental que não é inerte. Esta substância é constituída pela união de mucopolisacarídeos com proteínas sob a influência provável de produtos (organisinas) segregados pelos fibroblastos: o estado de polimerização ou despolimerização deste composto modifica as características de consistência, solubilidade e de permeabilidade — podendo transformar-se em nova substância fibrinóide, amilóide ou hialina.

A actividade fibroblástica encontra-se na dependência de factores endócrinos: testosterona, tireoestimulina, DOCA, hormona coriônica, etc.. ACTH, cortisona e foliculina inibem os fibroblastos e activam alguns fermentos despolimerizantês tais como a hialurodinase.

Em virtude destes intermediários a plasticidade da substância fundamental é modelada pela idade, sexo e contróle diencéfalo-hipofisário.

Outros factores além destes podem intervir tais como: trofenas, ácido ascórbico e heparina segregada pelos mastócitos, vitamina B₆, tocoferol, etc.

CHEVREMONT demonstrou que a diferenciação dos fibrócitos em histiócitos e em macrófagos é provocada pela colina, ou por substâncias possuindo um NH₃ quaternário na sua molécula. O mesênquima pode aumentar a sua actividade sob a influência de certas excitações tecidulares tais como as estimulinas biógenas de Filatow ou do soro anti-retículo-citotóxico de Bogomoletz.

A noção clássica de que o tecido mesenquimatoso era inactivo foi substituída pelo conceito de que se trata de um mesênquima único, difundido através de todo o organismo, cujos elementos são solidários e que reage mais ou menos difusamente às incitações fisiológicas ou patológicas.

Os elementos do mesênquima são dotados de grande plasticidade permitindo-lhe reagir às variações do meio e adaptar-se às diversas funções da vida de relação — em certos casos o mesênquima especializa-se e transforma-se em tecido conjuntivo, muscular, ósseo, hematopoiético, etc.

Graças às modificações da substância fundamental o mesênquima constitui uma barreira hemo-parenquimatosa activa que protege a relativa fixidez do meio humoral e condiciona a boa nutrição e o trofismo dos parênquimas e epitélios vizinhos.

O mesênquima constitui o verdadeiro meio interior vivo. É o verdadeiro terreno reactivo em que se reflectem e difundem todas as irritações provenientes do exterior ou originadas em qualquer ponto do organismo.

É sabido que existem ligações íntimas entre o sistema nervoso vegetativo e as células reticulares e endoteliais, como provou REILLY; é conhecida também a secreção pelas células mesenquimatosas de diástases mediadores químicos do sistema autónomo. Por estas ligações o conjuntivo sofre todos os impulsos emotivos, psíquicos e nervosos.

As doenças do colagénio constituem capítulo de particular interesse a que adiante mais detidamente me referirei.

INFLUÊNCIA DO EQUILÍBRIO HORMONAL SOBRE A REACTIVIDADE ORGÂNICA

Entre as várias glândulas endócrinas que podem exercer papel importante sobre a reactividade orgânica três têm particular importância: tireóide, hormonas sexuais e a córtico suprarrenal.

A tireóide, tanto no homem como nos animais, é indispensável para a produção de reacções de tipo hiperérgico.

As glândulas sexuais desempenham papel de certa importância nas dermatoses por intolerância, como veremos mais detalhadamente se para isso o tempo nos chegar.

As hormonas andrógenas e estrógenas e os seus derivados constituem em ligação com os outros esteróides um elemento de capital importância do mesênquima intervindo na permeabilidade vascular, actividade das células conjuntivas, e qualidade físico-química da substância fundamental.

O papel de grande importância da suprarrenal é bem evidenciado, e parece-me sobre-estimado por SELYE quando expõe a sua doutrina do síndrome geral de adaptação e das chamadas «doenças de adaptação».

PAPEL DO S.N.V. E DOS EFECTORES QUÍMICOS NA INFLAMAÇÃO E REACÇÕES HIPERÉRGICAS

Depois dos trabalhos de LERICHE e REILLY admite-se que a excitação das fibras sensitivas endoteliais produz vaso-dilatação. Este influxo vaso-dilatador segundo TINEL dá lugar à libertação de histamina a nível das terminações nervosas, o que é contestado por outros AA.

As modificações inflamatórias da permeabilidade vascular parecem muitas vezes independentes do sistema nervoso, excepto

nas condições muito particulares realizadas pelo síndrome de irritação. O afluxo leucocitário é de origem tecidular e microbiana embora em certas circunstâncias, como aconteceu nas experiências de METCHNIKOFF, se possa produzir no cobaio exocitose peritoneal de polinucleares por reflexos condicionados.

A acção do S.N.V. sobre as células fixas do mesênquima é íntima, constante e de grande importância como o comprovou REILLY por excitação dos esplâncnicos e doutros elementos do S.N. autónomo, provocando tumefacção das células endoteliais com aumento da faculdade de incorporação, hiperplasia e transformação em macrófagos das células reticulares dos gânglios e baço, podendo ir nalguns casos, quando a irritação é intensa, até à necrose destes elementos. Os estudos de REILLY forneceram-lhe duas noções fundamentais: 1) A noção do síndrome de irritação vegetativa, no qual agressões não específicas do sistema autónomo determinam reacções hiperérgicas que no grau máximo realizam o quadro de vaso-dilatação aguda com colapso; 2) A noção de que o S.N.V. participa obrigatoriamente nas reacções alérgicas específicas de origem infecciosa.

A noção de irritabilidade neuro-mesenquimatosa estabeleceu a ligação entre todos os factores etiológicos que observamos na clínica e que sem a sua intervenção não poderíamos correlacionar.

Como diz CHARPY o elo comum das manifestações de intolerâncias em dermatologia, e sem dúvida em toda a patologia reaccional, é esta irritabilidade do S.N.V. difundida às células mesenquimatosas com as quais se articula.

Este estado de irritabilidade exprime-se na clínica de diversas maneiras traduzindo condições variáveis do ataque do S.N. que pode ser parcelar ou difuso, central ou periférico. Quando toca directa e primitivamente o diencéfalo origina um síndrome cutâneo simétrico e difuso com tendência mais ou menos generalizada, ao qual se juntam sinais diencefálicos tais como: febre asséptica, perturbações do sono, do ritmo cardíaco e reacções viscerais diversas.

Periféricamente o ataque pode ter lugar por via circulatória interessando de uma maneira preponderante as formações vasculares e endoteliais, originando erupções difusas ou generalizadas eritematosas, urticarianas ou eczematosas.

A irritação predominante dos elementos neuro-mesenquimatosos arteriolares ocasiona a disposição dos elementos com o tipo roséola ou de pitiriasis rósea.

Quando a irritabilidade neuro-mesenquimatosa se cria através da pele, como na dermite de contacto, atinge primitivamente as formações neuro-vegetativas intersticiais da derme na zona de contacto determinando modificações da substância fundamen-

tal segregada e do colóide intramalpighiana, e de aí a frequência das respostas de tipo eczema. Se a irritação vegetativa interessa as formações endoteliais a resposta será de tipo eritematoso puro ou urticariano. Certos acidentes quimioterápicos encontram aqui também a sua explicação. É bem conhecido o chamado eritema do 9.º dia aparecido no decurso do tratamento da sífilis pelos arsenicais orgânicos. Tendo sido explicado por mecanismos diversos, entre eles o do biotropismo de Millian admitindo-se que por influência da medicação se reactivava a virulência de germes que seriam os responsáveis desses eritemas. Hoje a sua interpretação é a seguinte: trata-se de reacções hiperérgicas não específicas devidas a irritações difusas, por um agente químico ou biológico, do S.N.V. recentemente fragilizado, pelo contacto com a mesma substância ou com outra. Consequentemente produz-se vaso-dilatação aguda.

A eritrodermia vesiculo-edematosa é explicada por maneira diferente, é interpretada como manifestação de sensibilidade específica a determinado medicamento e de aparição tardia no decurso da medicação. A irritação do S.N. produzir-se-ia aqui por modo difuso ao nível das suas terminações periféricas no momento em que as células mesenquimatosas em contacto com ele se encontram saturadas e de aí o carácter exsudativo de tipo eczematoso, e longa duração, porque a irritação nervosa específica só termina quando o medicamento for completamente eliminado.

Os fenómenos infecciosos podem surgir secundariamente, intervindo como factores complementares de irritação do S.N., actuando como heteroalergenos.

CHARPY fez a afirmação, que como ele próprio diz pode ser considerada revolucionária, que todos os accidentes reaccionais conhecidos, até as próprias afecções diatésicas, resultam de um processo agressivo do S.N. específico ou não específico, difuso ou localizado, que parece relacionado com uma irritabilidade vegetativa congénita ou adquirida nos primeiros anos de vida de maneira específica ou sem especificidade.

A demonstração do que afirma torna-se particularmente difícil se atendermos a que os exames necrópsicos são bastante raros e que a patologia dermatológica reaccional parece apanágio da espécie humana. Como demonstrativo do que afirma dá grande valor ao facto de que as medicações adequadas cuja acção incide exclusivamente sobre o S.N. produzem regularmente a cura ou melhoria dos fenómenos, como tem tido oportunidade de verificar repetidas vezes numa série de dermatoses reaccionais. Seja-me permitido referir o que este Prof. cita a propósito do eczema retro-auricular crónico, afecção que tantas vezes se nos depara na prática clínica geral e especial. Esta afecção evoluciona mui-

tas vezes por surtos com períodos de forte exsudação e prurido durante os quais se observa tumefacção ganglionar. Esta localização do eczema observa-se com maior frequência no sexo feminino, particularmente em mulheres novas com perturbações menstruais, instáveis mas sem sinais aparentes de disendocrinia. A causa primitiva destes eczemas é umas vezes de origem microbiana, outras resulta de sensibilização a produtos cosméticos capilares ou perfumes. Por vezes uma aplicação local de um produto que não estaria indicado, ou a plurisensibilização resultante de contacto com novos antigénios é a causa da manutenção ou do reaparecimento dos surtos agudos. Mas, diz CHARPY, se houver o cuidado de afastar todas as causas locais ou gerais de irritação verificamos que os surtos aparecem sobretudo em consequência de causas emotivas, verificadas muitas vezes nos períodos menstruais. Ora, diz o A., estas dermatoses praticamente incuráveis com os métodos clássicos, mesmo quando se se irradiam todas as causas de sensibilização, podem curar-se rapidamente por uma técnica de choque diencefálico, como o electro-choque, ou por inalação de ácido carbónico, método por ele utilizado na sua clínica de Marselha. Termina dizendo que nestas dermatites a irritabilidade cutânea resulta da fixação do reactógeno sobre o sistema neuro-mesenquimatoso e que cada surto é devido a reacção hiperérgica desencadeada por ser posto em actividade o sistema neuro-vegetativo por causas muito diversas, emotivas, psíquicas, endócrinas, ou pela aplicação de tópicos habitualmente mal suportados ou ainda pela exaltação dos micróbios vivendo à superfície da pele.

Algumas terapêuticas preconizadas para tratamento de dermatoses, tais como as injeções sub-lesionais de solutos anestésicos e as injeções de cardiazol em doses convenientes, abaixo do limiar convulsionante, baseiam-se na acção sobre o sistema nervoso e actuam quer por distensão das terminações nervosas, quer sobre o diencefalo fazendo aí a dissociação entre os neurónios centrais e periféricos.

Na Rússia são usados com objectivos semelhantes as curas do sono prolongado para tratamento de certas dermatoses de causa alérgica.

Os trabalhos de MOSINGER mostram de maneira insofismável o papel do sistema neuro-ergonal em patologia. Como é sabido este sistema é constituído: 1) Pelo sistema nervoso vegetativo e autónomo; 2) Pelas substâncias funcionais ou ergonas; a) endógenos — factores genéticos, hormonas, diástases, produtos do metabolismo; b) exógenos — substâncias minerais, vitaminas, radiações físicas. As perturbações deste sistema regulador constituem a patologia correlativa.

Por este intróito verifica-se a enorme extensão das reacções orgânicas não específicas e o seu importante papel em patologia dermatológica. Seria pois inteiramente impossível focá-las no seu conjunto e por isso vou apenas apresentar um ou outro dos seus aspectos mais curiosos que só recentemente foram desvendados.

*

Ocupar-me-ei das doenças do tecido conjuntivo em dermatologia, ou mais abreviadamente dos colagenoses.

O estudo desta patologia é relativamente novo pois que os trabalhos de KLEMPERER datam de há 10 anos (1942) — designando este A. por doenças do sistema colagénio um grupo de afecções agudas ou crónicas caracterizadas por alteração difusa do tecido conjuntivo, particularmente da sua substância fundamental. Antes de KLEMPERER outros investigadores se tinham ocupado da patologia do tecido conjuntivo, sendo justo citar PAUTRIER que em 1929 sobre o assunto apresentou um bem documentado estudo na reunião dermatológica de Estrasburgo.

Em 1930 KLINGE e colaboradores comprovaram que no reumatismo articular agudo as lesões qualquer que seja a sua localização — cardíaca, articular, cutânea — tem sede no tecido conjuntivo e resultam da alteração da substância fundamental a que deram o nome de turgescência fibrinóide.

Foi nos estudos feitos nos E. U., onde a afecção é muito mais frequente do que na Europa, dos casos de lúpus eritematoso agudo disseminado (L.E.A.D.) no qual tomaram papel importante LIBMAN e SACKS, que KLEMPERER mostrou a importância das lesões do colagénio, especialmente vascular e perivascular, caracterizada por necrose fibrinóide, facto que vem comprovar que esta afecção não deve ser encarada como uma doença da pele mas sim como uma doença geral atingindo o tecido conjuntivo em numerosos territórios orgânicos.

Em França os trabalhos de LIAN e colaboradores confirmaram os estudos da escola americana e deram ao L.E.A.D. a designação de *lupo-eritemato-viscerite maligna*.

O grupo dos colagenoses viu as suas fronteiras alargadas passando a ser englobados nos seus domínios: o lúpus eritematoso disseminado, periarterite nodosa, reumatismo articular agudo, esclerodermia, a doença do soro, dermatomiosites, doença de Buerger, hipertensão maligna, poliartrite deformante progressiva, a doença de Chauffard-Still.

O tecido conjuntivo é um verdadeiro sistema no sentido biológico do termo, conjunto de estruturas orgânicas composta de elementos semelhantes e combinados com o objectivo de assegurarem uma função comum.

Embora a estrutura do tecido conjuntivo varie segundo os órgãos em que o estudamos, é essencialmente constituído por células, fibras e uma substância fundamental amorfa.

Entre as células do tecido conjuntivo há que distinguir elementos fixos — fibrócitos e fibroblastos — e elementos móveis — os histiócitos. Nas fibras há que considerar as colagénicas, as elásticas, e fibras de reticulina ou pré-colagénicas. A substância fundamental intercelular e interfibrilar é um gel amorfo homogéneo, insolúvel na água e no álcool, de consistência viscosa que nos tecidos adultos no estado normal existe em quantidade mínima repartida à periferia das fibras, mais abundante nos epitélios a nível da basal. É composta essencialmente por glicoproteídos, isto é, de muco-polisacaridos unidos a proteínas; destes muco-polisacaridos conhece-se o ácido condroitínico, mucotino-sulfúrico e hialurónico.

O tecido conjuntivo está universalmente distribuído pelo organismo havendo territórios em que se encontra bastante diferenciado, que aliás não me interessam sob o ponto de vista em que estou focando a sua patologia, a par doutras zonas de pouca diferenciação, e é constituído essencialmente por fibras colagénias.

O facto do colagénio existir na parede dos vasos, particularmente nas artérias e no coração sob o endocárdio, explica-nos a difusão das lesões nas doenças do colagénio.

O tecido conjuntivo, sabe-se hoje, não tem apenas um papel passivo de suporte, participa nas funções dos órgãos em que se encontra, razão porque não se lhe pode atribuir uma acção unívoca comum a todos os territórios.

A designação de doenças do conjuntivo utilizada por KLEMPERER, ou de colagenoses adoptada por GRUPPER, resultam do facto das lesões primitivas e características se verificarem na substância fundamental. Nas zonas em que ela é mais abundante apresenta-se túrgida e fortemente alterada na sua composição química. Possivelmente por acções enzimáticas os glicoproteídos que a constituem despolimerizam-se do que resulta a produção de modificações de afinidades tinturiais do colagénio — a substância fundamental pode apresentar aspectos de necrose fibrinóide ou transformar-se em substância amilóide, hialina ou em tecido de esclerose — podendo secundariamente impregnar-se de uratos, colesterol, ou de sais de cálcio.

Mas a substância fundamental não é a única porção do tecido conjuntivo atingida nestes processos mórbidos — as fibras podem apresentar-se tumefeitas e dissociadas, a elastina desaparecer e verificarem-se alterações das células e do próprio precolagénio, razão porque alguns preferem o termo de conjuntivose ao de colagenose.

As condições fundamentais para uma doença ser englobada no grupo das colagenoses são as seguintes: 1) a existência da degenerescência do tecido conjuntivo como fenómeno essencial e primitivo, não englobando neste quadro os casos em que os fenómenos degenerativos são secundários a inflamações específicas: tuberculosas, sifiliticas, micósicas, processos tumorais, etc.; 2) que as lesões conjuntivas sejam difusas.

A esta segunda condição requerida por KLEMPERER alguns AA. opõem restrições; assim acontece com PAUTRIER e com CAZAL. Diz este último que a designação de lesões difusas lhe parece imprópria quando aplicada indistintamente a todas as colagenoses porque na generalidade dos casos não estamos em presença de um ataque homogêneo e generalizado à totalidade do tecido; até acontece que nas regiões em que o tecido conjuntivo se encontra tocado pelos processos mórbidos ao lado de zonas lesadas existem outras intactas. Segundo ele a designação só é apropriada quando aplicada à esclerodermia, pois que em todos os outros casos se trata de lesões multifocais ou disseminadas.

A condição fundamental da pluralidade das lesões não permite integrar nas colagenoses aqueles estados mórbidos em que só o conjuntivo da pele está atingido como acontece com o granuloma anular, as alérgides nodulares de Gougerot, a doença de Pick-Herxheimer, os quelóides espontâneos, etc.

Considerando a natureza da lesão anátomo-patológica inicial do colagénio distinguem-se quatro tipos: a) necrose fibrinóide; b) amilóidose; c) hialinose; d) esclerose.

A necrose fibrinóide destrói globalmente todos os elementos do tecido conjuntivo e é seguida de reacção granulomatosa.

A amiloidose e a hialinose são alterações electivas da substância fundamental peri-arterial; não se acompanham de qualquer reacção inflamatória.

Na esclerose são atingidas electivamente as fibras conjuntivas, as reacções celulares são de somenos importância e o processo tem marcha crónica.

Atendendo à importância relativa nas diversas afecções do colagénio das lesões destrutivas e dos fenómenos proliferativos cicatriciais não nos devemos esquecer que estes dois processos são fases evolutivas destes estados mórbidos predominando ora uns ora outros.

Entre os estados mórbidos em que as lesões destrutivas predominam sobre os fenómenos de reparação englobam-se: a amiloidose, o L.E.A.D., as formas agudas gangrenosas dos peri-arterites nodosas e das dermatomiosites e a degenerescência colóide da pele.

No grupo em que as afecções fibroblásticas dominam sobre

as alterações próprias do colagénio estão englobadas: a poliarterite deformante progressiva, as formas crónicas da peri-arterite nodosa, as dermatomiosites crónicas, a gota, a esclerodermia. O R.A.A. segundo a forma que reveste é englobado num ou noutro destes grupos.

*

Outro assunto desejo focar se bem que fazendo-lhe uma referência ligeira — o das manifestações cutâneas alérgicas e da sua relação com distúrbios das glândulas sexuais.

Tem sido admitida uma certa relação entre a actividade funcional do tegumento e as hormonas sexuais e que dos distúrbios observados em algumas glândulas endócrinas podem advir prejuízos para a pele.

Com o fim de procurar contribuir para o estudo das relações entre manifestações alérgicas cutâneas e hormonas sexuais, PIERRE TÉMIME apresentou ao já referido Colóquio de Marselha um bem documentado estudo do qual respiguei o que vou referir.

A pele é um receptor hormonal particularmente sensível, sobretudo na mulher, às variações da secreção dos esteróides sexuais e particularmente aos corpos estrogénicos.

Estas variações parecem devidas a um desequilíbrio relativo entre estrógenos — progesterona e estrógenos-andrógenos, em que intervêm os sistemas hipotálamo-hipofisário, a córtico-suprarrenal, o fígado e o ovário. A foliculina parece capaz de provocar a nível das camadas superficiais e profundas da pele lesões exsudativas e congestivas de tipo alérgico.

O mecanismo de provocação destes fenómenos é complexo e variável consoante a constituição neuro-hormonal do individuo.

Entre as acções provocadas pelos esteróides sexuais umas são neuro-vasculo-tróficas, por intervenção de iões mediadores químicos como a histamina e a acetilcolina, outras são colageno-tróficas, por intermédio de vitaminas e enzimas exercendo acções sobre a substância fundamental. A conjugação destas acções cria lesões de carácter alérgico. Termina o A. as suas considerações dizendo que lhe parece que os estrogénios e produtos derivados do seu catabolismo podem ser consideradas como factores alergizantes e como tais responsáveis de dermatoses.

Torna-se necessário fazer referência às relações entre as afecções cutâneas alérgicas e a córtico-suprarrenal.

Se bem que os dermatologistas de há bastantes anos a esta parte soubessem que as perturbações de várias glândulas endócrinas — gonadas, tireóide, pâncreas, etc., davam rebato sobre a pele, a interferência da suprarrenal era desconhecida; não lhe

fazendo mesmo os melhores tratados qualquer referência especial. O melhor conhecimento da fisiologia do córtex suprarrenal, a difusão dos trabalhos de SELYE, a utilização terapêutica do ACTH e da cortisona, vieram evidenciar de maneira marcante a influência da disfunção desta glândula nas afecções cutâneas de carácter alérgico.

Discutiu-se desde o conhecimento destes factos qual o mecanismo pelo qual a córtico-suprarrenal exerceria a sua acção. Enquanto que uns faziam intervir a hiperfunção, outros invocavam o papel da hipofunção, outros, ainda, o de uma disfunção de carácter particular.

Não posso entrar, nem de resto isso interessa, numa crítica minuciosa a cada um dos mecanismos invocados e vou dizer apenas quais as conclusões admitidas como mais verosímeis.

A hipótese do hipercorticismo global foi posta de parte, pois contra ela depõem argumentos clínicos de peso, resultantes do facto de os indivíduos com síndrome de Cushing ou de Appert-Gallais, ou melhor S. de Cooke-Appert-Galais (S. genito-suprarrenal, pseudo hermafroditismo suprarrenal com virilismo e pituitismo) não apresentarem acidentes alérgicos. Igualmente em indivíduos sujeitos a tratamentos prolongados pelas hormonas córtico-suprarrenais se observa por esse facto o aparecimento de manifestações alérgicas.

A experimentação e a clínica também comprovam que o hipocorticismo não predispõe a fenómenos alérgicos. É necessário, portanto, para explicar a acção desta glândula endócrina invocar a sua disfunção.

A posição assumida pelos partidários da disfunção não é unívoca porque enquanto uns adoptam a maneira de ver de SELYE e o seu conceito de doenças de adaptação, outros consideram que nas dermatoses alérgicas a intervenção da suprarrenal se traduz por hiper-glucocorticismo.

Vejamos rapidamente quais as ideias de SELYE e dos seus partidários e quais os argumentos de peso que lhe tem sido opostos.

Não é meu intuito passar em revista, e ainda menos fazer uma crítica na generalidade do síndrome geral de adaptação e dos conceitos de doenças de adaptação, apenas desejo invocar factos essenciais que podem estar esquecidos e que são necessários para boa compreensão do que se segue. Como é sabido, o síndrome geral de adaptação evoluciona em 3 fases: a) Fase de reacção ou de alarme — constituída pelo conjunto dos fenómenos gerais provocados pela acção do agente agressor, que consiste essencialmente em sinais de choque e da reacção oposta pelo organismo, isto é, do contra-choque; b) Fase de resistên-

cia — surge quando a exposição ao agente agressor se prolonga e o organismo se adapta à agressão; c) Fase de esgotamento — aparece quando a acção do agente agressor se prolonga demasiadamente e o organismo vê esgotado o seu poder de adaptação.

Na fase de alarme, durante o choque, observa-se sintomatologia idêntica à da insuficiência suprarrenal, reagindo o organismo na fase de resistência por maior secreção de ACTH que actuando sobre o córtex suprarrenal provoca maior secreção de DOCA e de hormonas glico-proteicas.

A resposta a agressões alérgicas pode estar comprometida por factores individuais terminando na fase de esgotamento por resposta desarmónica da córtico-suprarrenal com excesso de produção da hormona mineralógena sobre os glico-proteicos, realizando-se então uma doença de adaptação.

A favor desta tese apresentam como argumentos os seus defensores o facto de se poder provocar experimentalmente no rato, injectando em certas circunstâncias doses elevadas de DOCA, artrites inflamatórias de tipo reumatismal, e a acção favorável da cortisona sobre diversos fenómenos alérgicos cutâneos.

Esta interpretação de SELYE vai dia a dia sendo alvo de maiores críticas, podendo entre outras citar as apresentadas por FIGUET; é conhecido o facto de algumas afecções alérgicas — asma, doença sérica, dermatites tóxicas — serem influenciadas favoravelmente pela aplicação da DOCA. O próprio SELYE o afirma, o que contraria a hipótese do excesso relativo dos mineralo-corticóides. A mesma acção favorável da DOCA se tem verificado em casos de alergia experimental. Administrando-a a cobaios sensibilizados pelo soro de cavalo ou ovalbumina os fenómenos anafilácticos observados quando da reinjecção do anafilotogénio são muito atenuados. Tem acção inibitória sobre o fenómeno de Arthus — o aumento da DOCA não tem sido observado de uma maneira constante nas doenças alérgicas.

Também a segunda hipótese, a de que as doenças de adaptação de tipo alérgico resultem de hiper-glicocorticismo, parece difícil de sustentar e afigura-se mais fácil admitir a de se tratar de uma insuficiência glico-proteica ou das substâncias «cortisone-like», sem que se trate de deficiência pròpriamente dita do composto E, ou de uma perturbação da utilização das hormonas glico-proteicas. Diversos são os argumentos em favor desta tese.

Existem modificações sanguíneas directamente relacionadas com a insuficiência dos glico-corticóides e que se encontram presentes em muitas dermatoses alérgicas.

A eosinofilia sanguínea é considerada como sintoma clássico, quase constante, nas doenças alérgicas. Casos há em que

a eosinofilia sanguínea não se observa na fase aguda de certos estados, tais como urticária, eczema, dermatites reaccionais diversas, em que a eosinofilia é local a nível do foco reaccional, pelo menos transitòriamente.

THORN e FORSHMAN demonstraram que quando se injecta no individuo normal ACTH se verifica queda dos eosinófilos do sangue numa taxa superior a 50 %, enquanto que naqueles em que o córtex suprarrenal está insuficiente é menor ou nula. Este facto é atribuído à acção dos 11-oxicorticóides pois que no homem, bem como no animal sensibilizado ou em via de sensibilização, pode obter-se praticando injecções de cortisona, anàlogamente ao observado com o ACTH de uma maneira particularmente intensa servindo-nos do cobaio como animal de experiência. Em face do conhecimento destes factos a eosinofilia observada nas dermatoses alérgicas deve interpretar-se como consequência de deficiência em 11-oxicorticoesteróides ou de defeito da sua utilização.

Também a linfocitose transitória na urticária e edema de Quincke, permanente em certas variedades de eczema e no eritema polimorfo, etc. — é considerado pelos AA. americanos como sinal de insuficiência dos glico-corticóides.

DOUGHERTY e WHITE mostraram que a extirpação do córtex suprarrenal provocava linfocitose que desaparecia desde que fizessem administração de extractos córtico-suprarrenais. A utilização do ACTH e da cortisona em medicina experimental e em clínica humana permitiu ligar a acção anti-linfocitária da córtico-suprarrenal aos glico-corticóides.

A linfocitose nas dermatoses alérgicas deve, pois, estar relacionada com a deficiência de produção ou de utilização dos 11-oxicorticóides.

Algumas alterações metabólicas — glicemia, uricemia, etc., consideradas como podendo dar indicações a respeito do estado funcional da suprarrenal não têm sido convenientemente estudadas nas dermatoses alérgicas.

«É sabido que os 11-oxiesteróides e a ACTH provocam neo-glucogénese por catabolismo de certas proteínas, entervando a utilização tecidular da glucose e favorecendo a conversão da glucose em glicogénio nos músculos e no figado, com elevação por vezes acentuada da glicemia e aparecimento de glicosúria.»

Também o metabolismo do ácido úrico se encontra por eles influenciado diminuindo a uricemia e verificando-se uratúria.

Consequentemente, as perturbações funcionais verificadas nas provas funcionais do metabolismo glucídeo, bem como a hiperuricemia verificada em certas dermatoses alérgicas, são argumentos a favor da deficiência dos 11-oxiesteróides.

O valor da dosagem urinária dos 11-oxiesteróides tem de ser condicionado porquanto a sua muito pequena quantidade dá, como diz PIGUET, margem a grandes erros, e representam apenas a porção não utilizada das hormonas glico-corticóides. O outro elemento, deduzido da dosagem dos 17-cetosteróides feita conjuntamente com a dos 11-oxiesteróides, não é decisivo, sabido que pelo menos no homem a sua taxa depende parcialmente dos andrógenos testiculares.

A juntar a estes testes temos um facto da maior valia deduzido da terapêutica — os resultados colhidos pela aplicação de ACTH ou da cortisona, em doenças dermatológicas de natureza alérgica.

Os argumentos importantes para a demonstração da insuficiência dos 11-oxicorticóides nas dermatoses alérgicas resultam da observação dos resultados colhidos pelo emprego de ACTH e cortisona nos fenómenos dermatológicos provocados experimentalmente. A cortisona inibe o fenómeno de Arthus activo provocado no coelho, mas não inibe o fenómeno produzido passivamente nem a transferência passiva da sensibilização criada pelo método de Praussnitz-Kustner. Este facto leva a admitir a possibilidade de os 11-oxicorticóides inibirem o mecanismo da sensibilização mas não suprimirem o fenómeno alérgico consequência da reacção antigénio-anticorpo.

O fenómeno de Koch é inibido nos cobaios tuberculosos tratados pelo ACTH. Também o ACTH e a cortisona diminuem a intensidade da reacção de Mantoux segundo alguns AA., pois outros negam esta acção. É necessário assinalar o facto de que esta acção dos 11-oxicorticóides é meramente transitória reaparecendo a reactividade alérgica passado pouco tempo depois de os deixarmos de aplicar.

PIGUET, aproveitando a circunstância de no Serviço do Prof. COSTE, onde trabalha, serem tratados pela cortisona e pelo ACTH numerosos reumáticos estudou a acção destas hormonas sobre a dermite de sensibilização provocada pela aplicação epicutânea de Trinitroanisol, concluindo que ela surgiu nos doentes tratados com uma frequência 50 % inferior ao observado nos individuos não submetidos a esta terapêutica. Acentua, no entanto, que a sensibilização se observa mesmo sob a influência hormonal e é posta em evidência quando termina o tratamento. Conclui o A. que os 11-oxicorticóides não actuam sobre a constituição da alergia mas apenas sobre a sua expressão, mais por acção local do que geral, como pôde revelar pela injeccção intradérmica local de cortisona.

A afirmação de DOUGHERTY de que a acção anti-alérgica dos 11-oxicorticóides não se exerce sobre o estado de sensibili-

TRANSBRONQUINA-LAB

TRANSBRONQUINA - Gotas

Calmante Seguro da Tosse

Timolsulfonato de Trietanolamina, 25 0/0
Dietilbarbiturato de Codeína, 1,5 0/0
Excipiente apropriado q. b.

TRANSBRONQUINA - Rectal

Adultos: Sulfato de quinina 0,08 gr. Cânfora 0,08 gr. Timolsulfonato de Trietanolamina 0,25 gr. Dietilbarbiturato de Codeína 0,015 gr. Vitamina A 7.000 U. I. Vitamina D 150 U. I. Vitamina K 0,0015 gr. Essências anti-sépticas 0,20 gr. Excipiente apropriado q. b. p. 3 gr.

Infantil: Equivalente a metade da dose para adultos.

TRANSBRONQUINA - P

Caixas de uma unidade

Caixas de três unidades

Cada unidade: Um frasco com: Penicilina G cristalizada. . . . 100.000 U. I.
Penicilina-Procaína G 300.000 U. I.

Uma ampola de Transbronquina para emulsão extemporânea.

N. B. Usar sempre a seringa bem seca (isenta de água ou álcool).

TRANSBRONQUINA - Forte

Quinina anidra 0,09 gr. Cânfora 0,12 gr. Essências anti-sépticas (limão e eucaliptol) 0,15 gr. Vitamina A 7.500 U. I. Excipiente q. b. p. 3 cc.

Caixas de 6 ampolas de 3 cc.

TRANSBRONQUINA - Infantil

Caixas de 6 ampolas de 1 cc. (equivalente a 1/3 da dose de adultos).

LABORATÓRIOS LAB — Avenida do Brasil, 99 — Lisboa-N

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

UMA CONCEPÇÃO ORIGINAL
EM TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA

OS LABORATÓRIOS AZEVEDOS
APRESENTAM

OMNACILINA

A Z E V E D O S

ASSOCIANDO PELA PRIMEIRA VEZ

3 ACÇÕES CONJUGADAS:

- ANTIBIÓTICA ESPECÍFICA, DA PENICILINA.
- IMUNIZANTE INESPECÍFICA, DUM LISADO BACTERIANO, DE ESTIRPES SELECIONADAS.
- BIOCATALISADORA, MODIFICADORA DO TERRENO, DUM COMPLEXO DE ESSÊNCIAS ANTI-SÉPTICAS E BALSÂMICOS VEGETAIS.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

TODAS AS DA PENICILINA E DA IMUNOTERAPIA INESPECÍFICA ● AFECÇÕES FEBRIS EM GERAL
● ESTADOS INFLAMATÓRIOS DIVERSOS.

APRESENTAÇÃO E PREÇOS:

OMNACILINA INFANTIL — 150.000 U.I.

Caixa de 1 dose 12\$00

Caixa de 3 doses 30\$00

OMNACILINA NORMAL — 400.000 U.I.

Caixa de 1 dose 20\$00

Caixa de 3 doses 55\$00

Caixa de 5 doses 85\$00

OMNACILINA FORTE — 600.000 U.I.

Caixa de 1 dose 25\$00

Embalagens para ensaio clínico e literatura detalhada
à disposição dos Ex.^{mos} Clínicos

LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

ção, nem sobre a acção antigénio-anticorpos, mas sim sobre os fenómenos inflamatórios locais, parece-lhe verdadeira.

A acção brilhante do ACTH e da cortisona sobre as dermatoses alérgicas: dermates de contacto, eczemas por sensibilização, urticárias diversas, etc. depõe a favor da deficiência dos 11-oxicorticoesteróides.

É necessário, porém, salientar que o seu papel é meramente suspensivo da expressão alérgica, verificando-se o seu reaparecimento se o alérgeno não for afastado logo que cessemos a aplicação destas hormonas.

Não são apenas as dermatoses alérgicas as que têm beneficiado do uso das hormonas corticóides, também se tem aplicado com sucesso variável nas dermatoses bolhosas — prurigos, doença de Duhring-Brocq, eritema polimorfo bolhoso, nas hematodermias, leucemides e localizações cutâneas da doença de Hogdkin, micose fungóide, etc.; nas colagenoses — quelóides, esclerodermia, lúpus eritematoso agudo disseminado, em certas dermatoses eritemato-escamosas, psoríase, etc.

HURIEZ numa centena de afecções dermatológicas que tratou em 1951-52, na sua Clínica de Lille, utilizou a seguinte técnica: no adulto foi necessário administrar 150 mg. de cortisona por dia para ter efeitos comparáveis aos obtidos com 100 mg. de ACTH. As injecções foram feitas por 4 vezes. Administrando o produto de 3 em 3 horas mesmo de noite a dose pode reduzir-se a 80 mg.

Na criança é necessário administrar diariamente 2 mg. de ACTH ou 3 mg. de cortisona por quilo de peso.

Acentua HURIER que as curas verdadeiras obtidas exclusivamente pelas hormonas corticotrópicas são excepcionais: apenas 33 % dos doentes tratados apresentaram melhoria duradoira; em 51 % os resultados brilhantes conseguidos rapidamente foram efêmeros e nos restantes casos o insucesso foi absoluto.

A administração destas hormonas em dermatologia deve obedecer a uma certa técnica para ter eficácia, ainda que apenas relativa. Só se devem empregar depois de eliminadas as infecções associadas, recorrendo para isso aos antibióticos e à administração de anti-histamínicos e outros factores tendentes a modificar o terreno segundo a dermatose em causa. A sua acção deve ser reforçada pela administração de substâncias denominadas pelos americanos «cortisone like» tais como: o acetato de pregnenolona, salicilato e gentisato de sódio, vitamina C em doses elevadas, e sobretudo a vitamina D₂.

TZANC e SIDI resumem da seguinte maneira os resultados por eles colhidos em doentes com eczemas e eritrodermias em que aplicaram como tratamento a cortisona ou o ACTH: 1) Não verificaram qualquer modificação dos testes epicutâneos positi-

vos; 2) a injeção intradérmica do ACTH provocou agravamento das lesões; 3) Acção notável da cortisona e do ACTH quando aplicadas em doses elevadas, mas recidiva após a cessação do tratamento. Como técnica de tratamento preconizou as seguintes doses progressivas de 25, 50, 75 mg. por dia, não ultrapassando por injeção a de 25 mg. Manter durante 5 dias a dose de 100 mg.; utilizar em seguida as doses regressivas.

O exame dos problemas que me propus tratar quando encarados no seu conjunto levar-me-ia muito longe, ultrapassando em muito a duração desta conferência o tempo habitual e legitimamente utilizado para trabalhos deste género e por isso há aspectos aos quais não fiz qualquer referência e outros que simplesmente aflorei.

Não tive outra intenção que não fosse dar um aspecto genérico do problema e mostrar como o que aparentemente parecia simples se tem complicado com os progressos da patologia, vindo, é certo, o conhecimento da fisiopatologia dos fenómenos cutâneos dar-nos a explicação da complexidade de muitas das afecções do foro dermatológico e do insucesso de vários dos métodos terapêuticos utilizados empiricamente.

A pele não pode ser examinada como um todo independente dos restantes departamentos orgânicos; contrariamente está com eles intimamente relacionada, funcionando como um enorme espelho onde se reflectem as imagens dos fenómenos passados por vezes a grande distância.

A Dermatologia tem, pois, de ser estudada na mais íntima relação com a Patologia Geral e a Patologia Interna não podendo ser bom profissional da especialidade quem não domine os conhecimentos destes dois ramos da Medicina.

Manifestamente que o que disse não é dirigido a especialistas mas a policlínicos que mercê da prática da clínica geral, tantas vezes exercida em meios onde é impossível recorrer à consulta de um dermatologista, têm que frequentemente tratar doentes da pele e por isso devem possuir uma soma de conhecimentos que lhe permita tomar uma atitude terapêutica que em qualquer circunstância não possa ser prejudicial para o cliente.

A orientação terapêutica é como se conclui pelo que disse complexa e aleatória, pois mesmo naqueles casos clínicos em que a fisiopatogenia parece esclarecida, aplicados os processos terapêuticos em harmonia com esses conhecimentos, os benefícios que teóricamente eram de admitir não se verificam ou são efémeros, desaparecendo logo que se pára com a medicação como acontece com as hormonas do córtex suprarenal e a corticotrofina.

Sobre sífilis congénita ⁽¹⁾

por FONSECA E CASTRO

Prof. Extr. de Pediatria na Fac. de Medicina do Porto

A sífilis da criança, como é notório, é uma sífilis contraída durante a vida intra-uterina. A sífilis adquirida durante a travessia do canal cérvico-vaginal, ou mais tardiamente, durante a vida extra-uterina, são raridades que praticamente não contam para a apreciação desta afecção. De facto, a sífilis adquirida da infância não só é uma afecção rara, como não tem, geralmente, qualquer particularidade que a individualize.

No nosso serviço de Pediatria do Hospital de Santo António, em 273 casos de sífilis sòmente 2 estão registados como de sífilis adquirida.

É pois da sífilis congénita que nos ocuparemos, denominação hoje quase universalmente adoptada, por melhor corresponder à sua actual interpretação patogénica. A designação de sífilis hereditária — antigamente usada — não se justifica, a não ser que investigações futuras venham a confirmar as possibilidades, por enquanto hipotéticas, da transmissão da doença por uma forma invisível de treponema, como admitem MANDOU e KASSOWITZ, entre outros.

Realmente só por intermédio de formas deste género é que seria concebível a transmissão germinativa da sífilis, porquanto só excepcionalmente o treponema típico tem sido encontrado no sêmen e nos órgãos reprodutores de um e doutro sexo, e não parece admissível, à luz dos nossos conhecimentos actuais, aceitar-se a sua inclusão nas células germinais. Não sòmente até hoje o treponema nunca foi encontrado no interior de qualquer célula, como é difícil conceber o prosseguimento da proliferação celular com tão inoportuno e desmedido intromissor.

Devemos pois aceitar como o mais plausível a transmissão placentária pelas vilosidades coriais, na altura do começo de sua involução, isto é, pelo 5.º mês da gestação, data em que habitualmente começam a aparecer os treponemas no feto.

Mas até muito antes desta data, como accentuaram GOUGEROT e PAUTRIER nos *Colóquios Internacionais* sobre a sífilis em Helsínquia e Paris, em 1950, é admissível a infestação do feto em certas condições especiais, como no caso de uma estrutura anormal das vilosidades.

(1) Relatório apresentado ao 1.º Congresso Nacional de Protecção à Infância (Lisboa, 26-29 de Nov. de 1952).

A teoria pois da transmissibilidade por um ultravírus não passa por enquanto de conjecturas sem bases clínicas ou experimentais de garantia, e por outro lado as teorias antigas da infestação directa do feto, a partir de agentes vindos do sêmen sem infectar a mãe, nunca lograram impor-se e foram totalmente abandonadas.

De acordo pois com as resoluções tomadas na *Jornada da Sífilis Congénita*, realizada em Zurique, em 1950, onde todos estes assuntos foram devidamente ponderados e largamente discutidos pelas pessoas mais altamente categorizadas, consideremos a sífilis congénita de transmissão materna, transplacentária, e manteremos a designação de sífilis congénita como a mais adequada e a mais consentânea com os nossos conhecimentos actuais.

Se se confirmasse a hipótese da transmissão germinal, ter-se-ia de rever em novas bases todo o capítulo de transmissibilidade, a patogenia de muitos estados e até certos aspectos da profilaxia. Ver-se-iam reviver credos antigos considerados hoje obsoletos, e por outro lado assistiríamos ao ostracismo de conceitos até agora quase intangíveis.

Pondo pois de parte o que não passa de um conceito hipotético, podemos assentar que a infestação do feto se dá por via sanguínea, transplacentária, tal qual na sífilis transfusional, com a diferença que, neste caso, a dissimulação se faz num organismo indefeso e numa fase activa de crescimento.

Desta sorte como se compreende a sífilis congénita há-de ser naturalmente mais grave do que a sífilis adquirida e tanto mais grave quanto mais precocemente se der a infestação. Tão grave que, segundo DENNIE e PAKULA, 50 % a 60 % das crianças morrem no primeiro ano da vida.

DEBRÉ e LAMY, referem uma mortalidade de 43 % no 1.º semestre, de 8 % no 2.º, 7 % no decurso do 2.º ano e 3 % dos 2 ou 11 anos. Por nossa parte verificámos que no *Anuário Demográfico*, de 1950, num total de 224 óbitos devidos à sífilis se registam: Em crianças com menos de 1 ano: 195 (87 %); com 1 ano: 18 (8 %); com 2 anos: 6 (2,6 %); com 3 anos: 2 (0,9 %); com 5 anos: 1 (0,4 %).

Ambas as estatísticas pois são concordantes e todos os pediatras reconhecem esta gravidade apesar dos progressos das novas terapêuticas específicas. A sífilis activa e precoce é pois evidentemente uma doença muito grave. Porém essa gravidade vai diminuindo com a idade e pode curar ou ficar latente longos anos, 10, 15, 20, 30 ou mais, para então reaparecer, como é sabido, com manifestações, que precoces ou longínquas, hoje se tende a englobar na designação única de manifestações tardias,



*Na dose
forte!*

Cardiazol-Dicodid

em gotas

Frascos de 10 c. c.

Doses: Para adultos, 10-15-20 gotas 2-3
vezes ao dia; para crianças maiores, 5-10
gotas; crianças pequenas, 2-5 gotas.



Representante: AUGUST VEITH, Herdeiros
Rua da Palma, 146, LISBOA

Um progresso importante
na quimioterapia da
tuberculose

Neoteben

(hidrazida de ácido isonicotínico)

com as vantagens seguintes:

1. **eficácia tuberculostática
consideravelmente potenciada**
2. **excelente tolerância**
3. **absorção, distribuição no organismo
e eliminação em condições óptimas**

»Bayer«
Leverkusen, Alemanha



Representação para Portugal:

Bayer, Limitada
Largo do Barão de Quintela 11
LISBOA

abolindo-se a de sífilis da 2.^a infância, uma vez que, como está provado, as manifestações desta, podem aparecer em qualquer altura.

Assunto igualmente debatido tem sido o problema da sífilis de 2.^a geração.

A maioria dos pediatras, como DEBRÉ e COMBE, não a aceita. LELONG, GOUGEROT, e outros, admitem-na em certas condições. Por nossa parte nunca vimos um caso concludente, muito embora sejam numerosas as pessoas que se julgam sifilíticas por seus avós possivelmente o terem sido.

Evidentemente que nos referimos à transmissão do agente, o que não repugna aceitar em casos excepcionais. Porém, a possível transmissibilidade de condições distróficas, de acordo com GOUGEROT, julgámo-la mais aceitável. Não pròpriamente pelo que se refere às malformações congénitas que hoje se sabe se originam nos primeiros meses da vida embrionária, anteriormente portanto à infestação pelo treponema; mas às possíveis distrofias somáticas ou até mesmo psíquicas, possivelmente relacionadas com disfunções endócrinas ou outros factores, às quais hoje se tende a negar qualquer relação com a sífilis, sem se atender à possível influência distrófica directa da infestação treponémica ou à sifiltoxemia desta resultante.

De facto, quanto às dismorfias, pròpriamente, o conceito actual parece ter todo o seu valor. Além da razão importante da discordância cronológica apontada, também os dados da observação clínica, que tem sido invocados, nem sempre são convincentes. LAMY, entre outros, não julga aceitável a influência da sífilis na produção das malformações congénitas. Por nossa parte também não estamos convencidos. Em 50 casos de lábios leporinos, apenas num se verificou a positividade das reacções serológicas da sífilis, e quanto às outras malformações não nos parece haver uma diferença apreciável. No entanto, MAYER, SCHMIDT e STIGLER dizem ter observado 10 vezes mais malformações congénitas em filhos de sifilíticos, e por outro lado o Dr. TOURAINE é de opinião, segundo declarou nas *Jornadas de Zurique*, que o treponema deve ser na espécie humana uma das causas mais frequentes das malformações.

Outro assunto que está também a sofrer severas contestações é o que respeita aos abortamentos e às características da placenta.

Quanto aos abortamentos, contrariamente ao estabelecido umas dezenas de anos atrás, quando eram argumento da maior valia para o diagnóstico da sífilis, este é contestado hoje pela

maior parte dos pediatras e parteiros. Invocam-se razões endocrínicas e metabólicas, hemáticas e locais ou afecções de qualquer outra ordem, relegando-se para um plano secundário a possível intervenção da sífilis. Há muito de verdade nessas vozes discordantes, sem dúvida, mas impõe-se um eclectismo mais ponderado para não cair no campo oposto dos exageros de outrora, particularmente pelo que respeita aos abortamentos da 2.^a metade da gestação, pois, pelo que se refere aos da 1.^a metade, parece não oferecer dúvida a exclusão da participação sífilítica.

Paralelamente à evolução destes conceitos sobre os abortamentos, sorte idêntica sofreu a do valor das clássicas hiperplasias placentárias. Grande número de parteiros as põem em dúvida e não rareiam os casos observados de mulheres com serologia positiva e com placenta pequena. Recentemente MAYER cita 6 casos nestas condições, dos quais em 4 a placenta pesava menos de 1/7 do peso do feto.

E para finalizar esta sumária exposição das mutações que se têm verificado no critério da apreciação dos fenómenos mais frequentemente relacionáveis com a sífilis, referiremo-nos de passagem à gemelidade, à prematuridade e à mortinatalidade.

A primeira, tanto na sua modalidade univitelina, como na bivitelina, tem os seus créditos inteiramente desvalorizados. As duas últimas também já não desfrutam positivamente do enorme prestígio de eras passadas, mas todavia são ainda elementos consideráveis a ter em conta, como se nos afigura acertado. Nos cálculos mais recentes, 10 % dos nado-mortos e dos débeis prematuros são sífilíticos, e INGRAHAM, em 302 grávidas com sífilis recente, não tratadas, observou uma mortinatalidade 32 vezes maior e uma mortalidade neonatal 26 vezes superior à percentagem por ele verificada em 10.323 grávidas não sífilíticas.

Passando agora a um relance sobre o aspecto clínico da sífilis congénita verifica-se uma tendência para rejeitar todos aqueles sinais e estigmas que não fizeram prova rigorosa da sua especificidade e com os quais outrora se sobrecarregava o quadro clínico, na preocupação obcecante de encontrar o rasto da doença.

Desta forma se atribuíram outrora à sífilis: a anorexia precoce, a doença dos vômitos habituais, a melena do recém-nascido, o raquitismo por vezes, quantas doenças cutâneas, nervosas e mentais e quantos outros estados que hoje se sabe terem uma etiologia bem diferente.

Mas à parte estas e outras entidades de natureza tão diversa, muitos dos sinais que em outros tempos serviram para firmar

diagnósticos de sífilis congénita e hoje se reconhece não merecerem o valor que em outras épocas se lhe atribuiu, continuam ainda em certos sectores a desfrutar, sem justificação, os seus antigos créditos. São essas crianças cabeçadas e de fronte olímpica e só por isso consideradas sifiliticas, essas crianças atrasadas fisicamente e mentalmente, essas outras com distrofias dentárias da primeira dentição, que nada valem para o caso; ou ainda essas crianças com alterações dos dentes definitivos indiscriminadamente considerados como sinais de sífilis, e essas outras com banais micropoliadenias, particularmente as supracondilianas e as da nuca, tanto do agrado do clínico geral de há umas dezenas de anos atrás, e quantas e quantas mais, para não falar senão das situações mais frequentes.

Mas não ficou nada, então? A sífilis congénita é pois assintomática? É natural a pergunta. De facto a sífilis é muitas vezes latente, assintomática, quantas vezes apenas revelável somente pelas reacções serológicas e pela radiologia. Mas daí a concluir-se que já não há sinais clínicos de valor seria um absurdo. Sem dúvida muitos deles mantêm todo o valor que sempre se lhes atribuiu, mas esses são em número limitado. A maior parte têm um valor relativo e necessitam da confirmação por outros meios; só por si não bastam para impor um diagnóstico de sífilis congénita. Porém a sífilis congénita, precoce e activa, hoje como ontem, é em regra bem patente, revela-se até à simples inspecção para quem estiver habituado a ler-lhe a fisionomia. É bem patente porque é sobretudo uma sífilis de manifestações cutâneas, como tivemos ocasião de verificar num trabalho apresentado às *Jornada Galaico-Lusitanas de Orense*, em 1935. É patente ainda, particularmente, pelas manifestações ósseas, quando em plena actividade.

Estas são talvez as mais frequentes das manifestações da sífilis como se veio a revelar pela radiologia. É por esse motivo que cada vez toma maior incremento a importância do Rx na pesquisa, no diagnóstico e na profilaxia da sífilis congénita.

Ele pode descobrir ou confirmar a sífilis, mesmo no ventre materno, antes da criança ter nascido. Revelando uma sífilis latente na ausência da mais leve suspeita clínica, pode dar todo o apoio a um diagnóstico hesitante.

De entre os sinais que a radiologia nos pode revelar, não é preciso encarecer o valor da osteocondrite, seja qual for a patogenia, tóxica ou treponémica, que lhe queiramos atribuir.

O que se impõe é um diagnóstico radiológico preciso, não a confundir, quando esboçada ou incipiente, com o que pode ser atribuível ao tratamento da mãe durante a gestação com produtos

à base dos metais pesados, ou então mais tarde, já depois do 1.º semestre, com outros estados que nada tenham a ver com a sífilis.

A seguir ou existindo simultâneamente com ela, vêm em segundo lugar, os sinais das várias periostites específicas, que do mesmo modo, quando convenientemente ponderadas e analisadas, constituem igualmente, por si ou pelos seus réliquats, um elemento de grande valia, o que já não se verifica, à exclusão das gomas, com todos os outros sinais radiológicos de sífilis óssea que se têm descrito e aos quais se atribui hoje muito pouco ou nenhum valor.

Passando agora aos sinais cutâneo-mucosos, estes não têm desmerecido do alto conceito que sempre desfrutaram, embora se observem com muito menos frequência que outrora, particularmente o pênfigo palmo-plantar, um dos expoentes de maior gravidade da sífilis, como é sabido. Em mais de 30 anos de prática clínica não nos foi dado observar uma meia dúzia de casos, índice bem evidente de quanto tem diminuído a intensidade desta afecção. Dos outros é ocioso falar; conservam a mesma relativa frequência.

Quanto às manifestações viscerais da sífilis recente, apenas queremos salientar o descrédito em que caiu a reputada importância atribuída à esplenomegalia da criança de tenra idade. Estas esplenomegalias precoces, sem dúvida por vezes relacionadas com a sífilis, reconhecem todavia os significados mais diversos. Estão longe de constituir um sinal de certeza, como lhes chamava MARFAN.

As demais localizações viscerais não têm também características clínicas que em especial as evidencie. A sua filiação específica só é possível à custa dos restantes meios de diagnose, de uma observação clínica cuidada.

Isto muito sumàriamente pelo que se refere à sífilis precoce. Quanto à sífilis congénita tardia muito haveria a dizer também. Porém o espaço que dispomos não permite que nos alonguemos. Apenas nos referiremos de passagem aos elementos da triade sintomática de HUTCHINSON. A triade integral é hoje uma raridade. Vêm-se os seus elementos dispersos, isoladamente ou associados a outras manifestações, e mesmo assim não muito frequentemente. Todavia todos eles conservam todo o real valor que se lhes tem atribuído, como os dentes de HUTCHINSON que, simultâneamente com o chamado primeiro grande molar em bolsa, são justamente considerados as únicas distrofias dentárias de importância para o diagnóstico da sífilis. Na surdez impõe-se um diagnóstico diferencial rigoroso com todas as causas de surdez tão frequentes na infância.

No caso de infecções da cavidade bucal
e da garganta

(gengivites, estomatites, anginas tonsilares, etc.)

e, profilaticamente, antes e depois de intervenções
nos dentes e nos maxilares

Penifen

(PASTILHAS DE PENICILINA E SURFEN)

Eficazes sob o ponto de vista antibiótico e quimioterápico

1 pastilha contém 2.000 U.I. de Penicilina e 3 mgr. de Surfen.

Frenação segura do reflexo tussígeno
por meio da

TICARDA

Eficácia perdurável / Destituído de opiáceos

Bem tolerada até por crianças

Gotas / Comprimidos

FARBWERKE HOECHST



vormals Meister Lucius & Brüning

Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal «*Mecius*», L^{da}, R. do Telhal, 8-1.º-E.-Lisboa

AFECÇÕES AGUDAS E CRÓNICAS
DAS VIAS RESPIRATÓRIAS
BRONQUITE GRIPAL
TOSSE CONVULSA
AFECÇÕES PULMONARES PÓS-OPERATÓRIAS

RESIL*

Éter glícero-gaiacólico

- Acalma a tosse, facilita a expectoração e fluidifica a mucosidade aderente
 - Não irrita o estômago nem o intestino e actua como estimulante do apetite
 - Possui, nas formas de «Gotas» e de «Xarope» um gosto agradável
-

APRESENTAÇÃO:

Novamente: Comprimidos a 0,1 g.: frasco de 20 comprimidos
GOTAS a 10 ‰: frasco conta-gotas com 20 g.
Xarope a 2 ‰: frasco de 200 g.
Ampolas de 2 cc.: Caixa de 10 ampolas

* MARCA REGISTRADA

Produtos CIBA, Limitada—Lisboa

A conhecida queratite intersticial é sem dúvida dos três elementos da tríade o mais específico e também, hoje como ontem, é das manifestações que mais cuidados tem dado a pediatras, sifilígrafos e oftalmologistas.

É tal qual como sucedeu com os componentes da tríade de HUTCKINSON, assim com todas as manifestações viscerais é evidente a tendência para um mais rigoroso eclectismo etiopatogénico, sem a preocupação absorvente da sífilis, como há uns anos atrás.

Mas talvez que sobre este aspecto se esteja hoje a pender perigosamente para o campo oposto, relegando a sífilis para um papel muito secundário, parecendo por vezes esquecer-se a sua enganadora feição proteiforme e a sua não menos traiçoeira e desmedida latência. E quanto a este último aspecto, segundo algumas estatísticas, o número de casos de sífilis latente tende a aumentar. É possível. Todavia, sem que tenhamos elementos concretos para o afirmar, não temos a impressão que seja hoje mais frequente do que há uns vinte ou trinta anos atrás. Menos ostensiva é certo, não só porque vai envelhecendo, mas sobretudo porque não podia deixar de se ressentir dos golpes certos da terapêutica intensiva destas últimas décadas.

Por estas razões hoje mais do que nunca se impõe a investigação pelas reacções serológicas. Sobre este aspecto é unânime a opinião de todos os autores em afirmar a imperiosa necessidade de se aperfeiçoar e estandardizar a técnica das reacções serológicas, apesar dos progressos realizados nestes últimos anos quanto à preparação das aptenas sifilíticas e à investigação dos seus componentes. Com o emprego dos antigéneos à base da cardiolipina, isolada do coração do boi, conseguiu-se um manifesto aumento da sensibilidade das reacções e um acréscimo da sua especificidade, com a consequente redução do número das reacções falsamente positivas; com as reacções quantitativas iniciadas na América, tanto com as de floculação como com as de fixação do complemento, é possível apreciar hoje o valor dos anticorpos no soro ou no líquido céfalo-raquídeo e desta forma acompanhar com outra segurança não só a marcha do tratamento, como prever as possibilidades de recaída que passariam despercebidas facilmente com as simples reacções qualitativas; com a recente descoberta da reacção de NELSON, a reacção da imobilização do treponema, a TIT, não só passará, certamente, a ser possível a resolução de muitos casos de dúvida, como com ela se espera resolver muitas das incógnitas não só da sífilis, como das treponemoses de uma maneira geral.

Apesar porém de todos estes progressos a resolução ideal

da serologia da sífilis está ainda por alcançar, e por esse motivo, tanto organismos oficiais, como a *Organização Mundial de Saúde*, como individualmente, ou em votos de congressos, autores vários têm pugnado por que se faça uma unificação dos métodos e se assente em bases definidas a preparação dos antigêneos e a generalização de uma técnica de reacção standart que ofereça as condições ideais de «um máximo de especificidade e de sensibilidade, com um máximo de uniformidade de resultados, ao mesmo tempo que ofereça as vantagens de uma fácil e rápida execução, com um mínimo de dispêndio». Esta reacção ideal que todos anseiam não passa por enquanto de uma utopia. Até lá teremos de nos contentar e dar-nos por satisfeitos com as actuais e tão úteis reacções de fixação ou de floculação, isoladamente ou associadas.

No entanto, pelo que à sífilis congénita diz respeito, afigura-se-nos da maior utilidade, particularmente para a sua investigação, o uso das microrreacções de floculação, tão práticas pela simplicidade das colheitas e quase tão sensíveis e específicas como as macrorreacções congêneres. Desta sorte, há longos anos que nos nossos serviços do Hospital e da Faculdade usámos a microrreacção de CHEDIAK com os melhores resultados, tendo-a confrontado inúmeras vezes com a WASSERMANN com a mais satisfatória concordância, contanto que executada com os reagentes convenientes. Nestas condições as divergências entre a WASSERMANN e a clínica são excepcionais e quase sempre consequência de faltas de técnica ou de deficiência de antigêneos. Correctamente executada tem-se revelado pelo menos tão sensível como a WASSERMANN. Quando negativa constitui um forte elemento contra a hipótese de sífilis; quando positiva é mais prudente confrontá-la por sistema com as macrorreacções habituais. O estudo desta reacção foi objecto de trabalhos do Dr. MAURÍCIO MOREIRA, do Laboratório Nobre da nossa Faculdade, e do Dr. CARLOS AREIAS, no nosso serviço de pediatria. Na Suíça, segundo declarou STORCK nos *Colóquios de Helsínquia*, é largamente usada, e por toda a parte, tanto esta como as suas similares, começam a ter em pediatria uma larga difusão. No caso especial até de reacções no recém-nascido, mais do que as outras, estas provas de floculação estão perfeitamente indicadas, pois como é sabido, nesta quadra da vida especialmente há a contar sempre com a possibilidade da transmissão passiva de anticorpos monovalentes, susceptíveis de provocar positividade nas reacções de fixação. Em 292 recém-nascidos normais, filhos de mães sífilíticas, MOORE encontrou 113 com reacções de fixação positiva, e em 158, nas mesmas condições, apenas 8 com uma positividade para as reacções de floculação.

No sangue do cordão, devido à licitina, ao colesterol e a outras substâncias esta possibilidade de erro é ainda mais acentuada. Por esta razão é que, praticamente, se pode dizer, foi abandonada a pesquisa das reacções serológicas neste meio, como em tempos chegara a ser aconselhado.

Nestes últimos anos, o problema da terapêutica da sífilis, nomeadamente o da sífilis congênita, tem suscitado inúmeras comunicações e provocado numerosas e animadas discussões. Nenhum outro assunto acerca desta doença tem interessado tão vivamente pediatras e sifilígrafos.

De facto a penicilina veio abalar e quase destronar o antigo e bem merecido prestígio dos arsenicais e dos metais pesados. Em contraposição ao louvor entusiástico à nova terapêutica que se apresenta com premissas de maior eficácia e menores inconvenientes, injustamente, a nosso ver, se tem denegrido a reputação destes, quando na prática, de facto, eles constituem por si só ou em combinação com a penicilina, uma arma poderosa no combate da sífilis congênita, particularmente da sífilis tardia.

A terapêutica pela penicilina foi sem dúvida uma revelação do maior alcance. Permite resultados com uma eficácia e uma rapidez que ainda há bem pouco estávamos longe de julgar possível.

Ela é hoje sem dúvida a medicação de escolha para a terapêutica da sífilis congênita, nomeadamente da sífilis do lactente, e a mais indicada também para a grávida, particularmente pelo que respeita à preservação do feto ou ao seu tratamento, se já tiver sido contaminado. Sob este aspecto profilático a melhor oportunidade para o início do tratamento da grávida seria, segundo autores americanos, do 5.º para o 7.º mês da gestação, o que se nos afigura, posto que defensável sob o ponto de vista teórico, um tanto ousado para se pôr em prática. Quanto a nós não vemos inconveniente em que o tratamento se inicie o mais cedo possível, contanto que nos púnhamos em guarda contra as possibilidades de recaída, sempre a recear com os tratamentos pela penicilina. A título curativo o seu efeito é rápido e espectacular. De uma maneira geral as crianças submetidas a tratamento vêm a breve trecho atenuarem-se as suas manifestações cutâneo-mucosas; em 2 a 3 meses desaparecem as manifestações ósseas; seguidamente normalizam-se as funções viscerais; e finalmente negativam-se as reacções serológicas, mais precocemente em crianças do primeiro quadrimestre, em média à roda dos seis meses, um pouco mais tardiamente em crianças de mais idade.

Todavia esta cura clínica e serológica é sempre um tanto contingente e necessita ser vigiada com reacções repetidas e

espaçadas, muito embora sejam satisfatórios os resultados de um grande número de estatísticas referentes ao tratamento com uma única série de penicilina, resultados, é certo, tanto mais constantes e rápidos, quanto mais nova for a criança. Não obstante, apesar de tudo isto, a mortalidade nos lactentes submetidos a tratamento é ainda muito elevada. Em crianças do 1.º quadrimestre, INGRAHAM refere 17,5 % e LAMY 23,5 %.

O número de crianças por nós tratadas por este meio é muito pequeno para podermos formular uma opinião pessoal. A impressão que nos deixou, no entanto, foi a de que, de facto, a penicilina é extraordinariamente activa, e por isso mesmo não deixa de ser perigosa pela frequência e intensidade das acções de HERXHEIMER, muito embora alguns autores afirmem que a elevada taxa de mortalidade se deve antes às más condições do terreno do que propriamente a estas reacções. De qualquer forma é precaução que nunca se deve esquecer ao iniciar o tratamento pela penicilina, começar por doses mínimas, progressivamente crescentes, ou como de preferência temos feito, anteceder o tratamento por umas injeções de bismuto, regularmente espaçadas.

Quanto a todos estes conceitos, que rapidamente vimos desfiando, quase todos os autores estão de acordo; porém onde a divergência especialmente se acentua é no que respeita aos pormenores da técnica a pôr em prática. Naturalmente que sendo muito difícil na sífilis precisar com rigor um estado de cura, e não havendo, por outro lado, dados experimentais de segurança, forçosamente que os critérios hão-de divergir, enquanto uma larga experiência não assentar em bases firmes a conduta a seguir.

Desta forma todas as modalidades de penicilina têm sido usadas e as doses mais díspares têm sido empregadas, durante períodos muito variáveis. Todavia cotejando as opiniões, é evidente a preferência pelas modalidades de penicilina de absorção retardada, e doses altas de 10.000 a 20.000 unidades por quilo de peso e por dia, durante uns 15 dias de tratamento, um pouco segundo a idade e a forma das manifestações, mais elevada nas crianças mais crescidas, e mais alta também nas crianças com manifestações tardias, certos porém de que os resultados não parecem estar dependentes da intensidade das doses, antes parecem filiarem-se de preferência na duração do tempo de tratamento. O que não oferece dúvida é que os resultados das diferentes estatísticas sensivelmente se equiparam; que é prematuro por enquanto tudo quanto respeita à fixação de normas da aplicação da penicilina; e que é fora de dúvida também que por enquanto, esta se tem revelado mais activa do que qualquer dos outros antibióticos de reconhecida acção antissifilítica.



O Laboratório ULZURRUN, LDA. apresenta à Ex.^{ma} Classe Médica o seu novo preparado anti-tuberculoso

PASIDRAZIDA

associação de hidrazida do ácido isonicotínico
com o paramino salicilato de cálcio

Composição:

COMPRIMIDOS	GRANULADO
Hidrazida 15 mgs.	Hidrazida 0,3 gr.
PAS cálcio 500 »	PAS cálcio 10 »
(por comprimido)	Excipiente aprapr. q.b. 100 »

Indicações:

Em todas as formas de tuberculose, especialmente na pulmonar

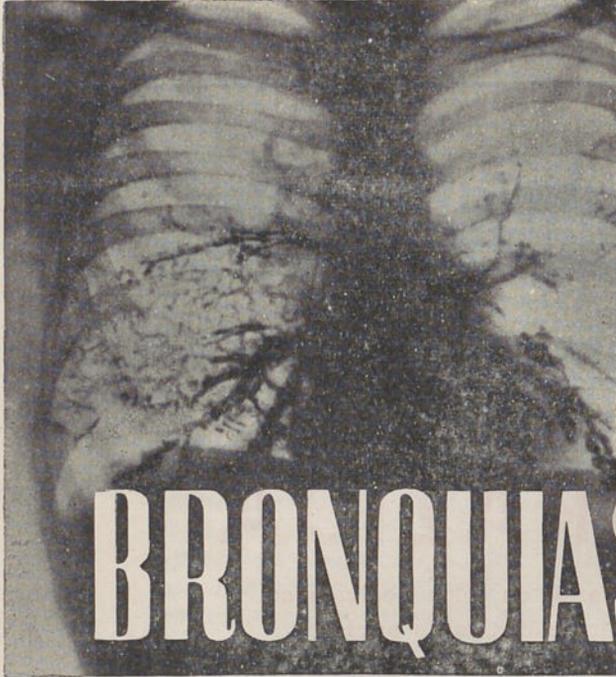
Apresentação:

Frasco de 100 comprimidos	70\$00
Frasco de 200 grs. de granulado	50\$00

Amostras e literaturas à disposição da Ex.^{ma} Classe Médica



ZONA INDUSTRIAL DOS OLIVAIS TELEFONE, 39.315 e 39.9051



**TERAPÊUTICA
DAS VIAS
RESPIRATÓRIAS.**

BRONQUIASMOL

"SCIENTIA"

XAROPE: Nesta forma farmacêutica, a acção excitante simpática da EFEDRINA (Cloridrato) está associada à do BENZOATO de SÓDIO, como expectorante, do CLORIDRATO DE ETILMORFINA como calmante, da PIRAMIDONA, como antipirético suave, e, finalmente, do FENOBARBITAL sódico, como sedativo. Não provoca a acção obstipante e sistente que os xaropes em geral produzem.

INJECTÁVEL: Nesta solução quinoterebentinada, a associação da VITAMINA A em altas doses, como elemento anti-infeccioso geral, a da CANFORA DO JAPÃO, como estimulante cárdio-respiratório e a das ESSÊNCIAS VOLÁTEIS, dá ao "BRONQUIASMOL" um lugar de relevo no tratamento profiláctico e curativo das afecções agudas e crónicas bronco-pulmonares.

EMBALAGENS: Xarope — Frs. de 190 grs.
Injectável — Caixa de 6 ampolas de 2 c. c.

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO "SCIENTIA"

DE

ALFREDO CAVALHEIRO, LDA. — LISBOA

AV. 5 DE OUTUBRO, 164 - TEL. P. P. C. (2 LINHAS) 7 3057

Dir. Tec. A. Queiroz da Fonseca e H. Moreira Bordado (Lic. em Farm.)



Como tal, a penicilina é presentemente uma das armas de maior eficácia para o combate da sífilis, particularmente pelo que se refere à sífilis congênita precoce. Pena é que a continuar-se com o seu uso imoderado, a propósito de tudo e de nada, como presentemente se verifica, em breve nos arrisquemos a vê-la perder a sua eficácia com o desenvolvimento de estirpes de treponemas penicilino-resistentes. O alarme já foi lançado pela *Assembleia da União Internacional contra o perigo venéreo*, tendo sido pedido às autoridades competentes que se proíba a venda ao público da penicilina sem receita médica. Julgamos perfeitamente justificado esse voto e a nosso ver petição idêntica deveria ser formulada ao nosso Governo, para salvaguardar de um recurso do maior interesse social, já que tratar os sífilíticos não é só procurar curar a doença, mas evitar a sua propagação a outros indivíduos e a preservação da sua descendência. Tratar pois a sífilis é já fazer profilaxia, tanto da sífilis adquirida como da sífilis congênita, pois a profilaxia desta não é mais do que um corolário daquela.

Se a campanha da luta antivenérea, que ultimamente parece estar a merecer um grande interesse às nossas autoridades sanitárias, vier ser uma realidade; se as obras de orgânica idêntica à ultimamente realizada no Dispensário de Higiene Social do Porto se multiplicarem e não vierem a tornar-se estéreis à míngua de recursos financeiros indispensáveis, o problema da profilaxia da sífilis enveredará por um caminho auspicioso e com ele, evidentemente, o da sífilis congênita. Este último é hoje felizmente de muito menor acuidade do que há uns anos atrás. As piores estatísticas actuais nem de longe se comparam às do tempo de HUTINEL e de MARFAN. Todavia ainda hoje na nossa consulta do Hospital de Santo António a sífilis congênita, autêntica, se observa com uma frequência pouco lisonjeira.

Nos estabelecimentos de saúde do Porto e Braga, segundo o Anuário Estatístico de 1950, foram registados 452 e 424 casos de sífilis.

Nos estabelecimentos de puericultura de Lisboa, Porto e Coimbra, em 1950, esse mesmo Anuário refere terem aí sido tratadas, 644, 390 e 70 crianças, o que dá em relação ao número total de crianças assistidas por esses estabelecimentos, 4,5, 3,2 e 0,95 % respectivamente.

Todavia a leitura destes números não traduz de forma alguma o significado real da frequência da sífilis, nomeadamente o da sífilis congênita. Há nestas formas latentes que facilmente passam despercebidas a quem não tiver a preocupação de as investigar, e por outro lado são muito variáveis, segundo as regiões, os critérios da valorização semiológica da sífilis.

Desta forma, positivamente que umas vezes se há-de pecar por excesso, e outras por defeito. A este propósito é bem significativa a disparidade dos números. Em 1950, o Anuário Estatístico refere os seguintes dados sobre a sífilis: Porto e Braga 542 e 424 casos. Lisboa e Setúbal, 85 e 55. Vila Real e Viseu, 155 e 146. Beja e Évora, 77 e 49 casos.

Se passarmos agora para os números referentes à mortalidade, pelos quais se pode deduzir mais directamente o que respeita à sífilis congénita, verifica-se a mesma divergência. Em Lisboa, num total de 1.423 óbitos de crianças até os 5 anos há 10 atribuídos à sífilis. No Porto, num número quase igual, 1.423, registam-se 51. É difícil pois uma avaliação exacta. A nosso ver não se deve andar muito longe da verdade, tomando o meio termo como a expressão mais de acordo com a realidade.

Mas não é só pela sua frequência, como é evidente, que a sífilis congénita deve merecer toda a atenção; mais do que a frequência nos preocupa a gravidade das lesões que determina, as suas traçoceiras recidivas, as suas complicações e sequelas longínquas.

Desta forma, embora enquadrada dentro do esquema geral da luta contra a sífilis, à profilaxia da sífilis congénita compete particularmente, além do tratamento da criança, o tratamento da grávida e as medidas atinentes à sua preservação. O tratamento da criança, como é lógico, é do atributo especial das consultas de pediatria e das instituições de puericultura. O tratamento da grávida, pertence particularmente, na organização vigente, aos dispensários do Instituto Maternal.

Mas tanto uns como outros, para realizarem cabalmente a sua função profiláctica, necessitam de ser dotados, além do mais, com os medicamentos específicos necessários para os tratamentos profilácticos gratuitos e trabalharem, sob este aspecto, em íntima relação com um serviço social central de luta antivenérea, que poderia ser o fornecedor dos meios de tratamento e a entidade vigilante, pelas suas assistentes sociais, da continuidade e eficácia da terapêutica instituída. Impõe-se no que respeita a assuntos de profilaxia de interesse social, acabar com os pagamentos simbólicos, hoje em voga em certas consultas de assistência, porque apesar de insignificantes afastam particularmente aqueles que além do amparo moral e material mais necessitam dos conselhos e ensinamentos que nesses postos se devem ministrar.

A par destas medidas de terapêutica preventiva, cujas linhas gerais de todos são bem conhecidas, pelo que me dispense de mais referências, há ainda, como factor da maior importância para a

profilaxia da sífilis congênita, o problema do certificado ante-nupcial, em uso em alguns países, como é sabido. A este propósito, embora reconhecendo toda a sua utilidade, como é óbvio, sou também o primeiro a reconhecer quanto é por enquanto prematura a sua promulgação. Não só as razões morais e sociais, particularmente de ordem afectiva, profundamente arreigadas na nossa índole, aí se oporiam obstinadamente, como por outro lado não dispomos ainda de métodos simples e suficientemente seguros que nos dêem uma garantia irrefutável das análises a realizar. Julgamos sim, que não se deve exigir, mas aconselhar o mais possível e por todos os meios de divulgação promover e propagar a educação sexual da mocidade e do público em geral. Desta forma é possível que mais tarde se venha a criar o ambiente para a sua promulgação. Fundamental, portanto, é educar. Para isso indispensável é que nos dois últimos anos do liceu, nas escolas de ensino técnico e em todas as outras, nas classes frequentadas por adolescentes, o ensino da higiene seja obrigatório, e nessa disciplina se ministrem noções proveitosas de profilaxia, não se esquecendo o melindroso tema da educação sexual, assunto sem dúvida difícil e embaraçoso, mas que se impõe não descurar.

Todos estes aspectos do problema estão perfeitamente estudados e são bem conhecidos no nosso meio, onde o assunto por diversas vezes tem sido tratado por vários autores.

Ver pois no nosso país transmutado para a prática o que em teoria se afigura tão simples e intuitivo, e noutros já se conseguiu, eis o anseio de todos nós.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

A MEDICINA CONTEMPORÂNEA, LXX, 1952. — N.º 10 (Out.): *Leucotomia em síndromes dolorosas*, por Barahona Fernandes e Almeida Lima; *Nefrectomias parciais*, por A. Carneiro de Moura; *Rim pélvico, motivo de distócia*, por J. Lino Rodrigues e Francisco de Almeida. N.º 11 (Nov.): *Patogenia do síndrome asmático*, por Celso Horta e Vale; *O PAS em perfusão endovenosa*, por Galvão Lucas; *O pneumoperitônio*, por Júlio de Vasconcelos; *Algumas considerações sobre as estenoses cáusticas do esôfago*, por Ferreira dos Santos.

LEUCOTOMIA EM SÍNDROMES DOLOROSAS. — Baseados na experiência de 6 casos (3 nevralgias atípicas da face, 1 de síndrome talâmico e 2 de tumores malignos), os AA. relatam os resultados obtidos, e des-

crevem uma das observações, em doente neoplásico e morfímano, no qual a intervenção levou à abstinência do estupefaciente. O tipo de operação foi uma leucotomia parcial, de secção das fibras oferentes e eferentes da área 24. Crêem que com esta técnica se lesa o menos possível o doente, livrando-o dos estados de sofrimento intenso, com excitação e ansiedade, que levam a prejudicar toda a actividade; nestas circunstâncias a vida espiritual está manietada pelo penar físico, que absorve toda a atenção.

Depois da operação, embora haja uma certa regressão da personalidade em relação ao nível anterior à doença, a calma obtida permite o exercício da vida mental num plano de convívio agradável, com leves preocupações e entreteres. Em casos de este teor é difícil uma apreciação rigorosa da deterioração produzida. As sensibilidades objectivas ficam intactas. Em certos casos há aumento de reacção (fuga, resistência, queixas) às injecções, pensos e a todos os estímulos dolorosos externos. As dores desaparecem por completo. Se o doente diz ter a mesma dor, ele não se queixa de ela, não dando manifestações de sofrimento; a sensação dolorosa perde a feição emocional, conservando o seu carácter cognitivo, mas deixando o doente tranquilo, despreocupado da sua queixa. Há, pois, uma profunda modificação no tipo das reacções, um contraste entre o aumento da reactividade externa e a diminuição da reactividade interna, que os AA. procuram explicar fisiologicamente, pelas lesões produzidas pela leucotomia.

NEFRECTOMIAS PARCIAIS. — A extirpação de uma parte maior ou menor do parênquima renal, com todo ou parte do cálice correspondente, ficando conservada a vascularização e o aparelho pielo-ureteral da zona renal não suprimida, é uma operação conservadora, que tem múltiplas indicações, e que certamente será praticada cada vez mais frequentemente, pois o ideal é extrair apenas a parte lesada, e não obrigar o organismo a ficar com um só rim, forçado a trabalho excessivo. Observadas as necessárias condições de irrigação e integridade do sistema pielo-ureteral da parte restante, as indicações serão, por ordem de importância: calculose, lesões polares de rins duplos, hidronefrose localizada, abscessos, quistos, contusões e enfarto. A tuberculose e os tumores constituíram durante muito tempo as maiores contra-indicações da nefrectomia parcial; mas talvez venham a enfileirar, com algumas reservas, nas indicações de esta intervenção, pois, quanto a tumores, nem todos são malignos, e quanto à tuberculose algumas vezes, se bem que raras, a intervenção é lógica e o sucesso permitido pela utilização dos antibióticos.

O assunto é largamente exposto neste trabalho.

RIM PÉLVICO, MOTIVO DE DISTÓCIA. — Os rins de localização pélvica não são causa frequente de distócia, e a literatura conta vários casos em que as mulheres em questão haviam tido partos eutócicos. O caso que

*Os antibióticos do J.L.F.
são rigorosamente doseados
em câmaras asépticas
especiais e submetidos
a constante controle.*



**PROCILINA
PROMICINA**



*...dois antibióticos
de grande eficácia e
reconhecida confiança*

REGISTO DE LIVROS NOVOS

A. VACHON — *Précis des maladies de l'appareil digestif* — 1 vol. de 652 págs. com 169 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1952 — Encad. 4.200 fr.).

Pertence este volume à reputada Colecção Testut, de livros didácticos, destinados principalmente aos estudantes. Neste sentido, excluiu aquilo que não tem evidente interesse prático, como sejam a bibliografia, a história, e as noções de patogenia das quais não decorre indicação terapêutica. Divide-se o texto em três partes: descrição dos sintomas e síndromas, meios de investigação (clínica, radiológica, endoscópica e laboratorial), quadros mórbidos do esófago, do estômago e do duodeno, dos intestinos e do fígado, das vias biliares e do pâncreas. A descrição de cada doença é precedida pelas noções de anatomia patológica necessárias para a compreensão dos sintomas e sua evolução. Procurando definir as razões do diagnóstico, cita os estados em que na prática se põe a diagnose diferencial. Na parte da terapêutica, o que à cirurgia deve caber é bem marcado. Um índice remissivo muito completo remata este útil manual.

WILLIAM DOCK & I. SNAPPER — *Advances in Medicine*, V, 1952 — 1 vol. de 464 págs., profusamente ilustrado. (The Year Book Publishers, Chicago, 1952 — \$10, 50).

Todos os anos, um volume compendia os progressos efectuados, expondo a revisão dos capítulos da patologia médica que oferecem modificações a considerar. Neste ano, os assuntos, tratados por especialistas em cada campo, foram os seguintes: Doença das grávidas, Cateterismo do coração, Hipertensão portal e seu tratamento, A anemia e a infecção, A gota como alteração do metabolismo das purinas, Aspectos clínicos dos agentes bloqueadores ganglionares e adrenérgicos, Aspectos do problema da influenza, Experiências com a cortisona e a ACTH, Proteínas anormais no mieloma. A utilidade de estas actualizações não precisa de encarecida.

J. J. McDONALD & J. G. CHUSID — *Correlative Neuroanatomy and Functional Neurology* — 1 vol. de 264 págs. com 177 figs. (University Medical Publishers, Los Altos, California, 1952 — Enc. \$4).

Livro destinado à introdução no estudo da neurologia, expondo o assunto com a clareza necessária para a iniciação em matéria tão complexa. Que preenche plenamente este objectivo prova-o tratar-se já da sexta edição, a qual foi revista e acrescentada com novos dados, principalmente referentes à afasia, às cefaleias, à síncope e aos testes musculares. Divide-se o texto em 3 partes. Nas primeiras, descreve-se a anatomia e respectiva fisiologia dos sistemas central e periférico.

A terceira trata da diagnose, exposta pela sintomatologia que se colhe pelos precedimentos clínicos, eléctricos e radiológicos pelos quadros clínicos das diversas afecções do sistema nervoso. Leva pois a semiótica até à caracterização nosológica, constituindo assim um livro completo de propedêutica neurológica.

H. FISCHGOLD, M. DAVID & P. BRÉGEAT — *La tomographie de la base du crane en neuro-chirurgie et neuro-ophthalmologie* — 1 vol. de 140 págs. com 107 figs. (Masson, Edit., Paris, 1952 — 1.600 fr.).

Monografia devida ao trabalho conjunto de um neuro-radiologista, um neuro-cirurgião e um neuro-oftalmologista, apoiado em observações de tumores e outras lesões de evolução lenta, provocadora de modificações da base do crânio. Divide-se o texto em 7 capítulos, dedicados a: órbita, região olfactiva, região eseno-orbitária, sela túrcica, fossas tèmpero-esfenoidais, apófise basilar, charneira occipito-cervical. Cada capítulo compõe-se de considerações anátomo-radiológicas, para comparação entre o normal e o patológico e de indicação das aplicações clínicas; observações demonstrativas acompanham o texto. A obra interessa a todos os que tenham de utilizar a leitura de tomografias cranianas.

PORTUGAL MÉDICO

Assinatura anual 40\$00
Por cobrança postal 45\$00

os AA. descrevem é de aqueles, muito escassos, em que o diagnóstico da ptose se fez antes da primeira gestação da sua portadora; a distócia resultou de o rim haver sido anteriormente fixado cirurgicamente, de modo a coífar o promontório, o que obrigou a parto cesáreo.

Sobre o assunto, fazem as seguintes considerações, de utilidade prática:

«— Nas histórias de rim pélvico e gestação coleccionadas na literatura foi, em muitas delas, o órgão identificado durante a gravidez, mas confundido primitivamente com prenhez extra-uterina ou quisto do ovário concomitante, o que deu lugar a laparotomias exploradoras, nem sempre inócuas. O erro de diagnóstico é perfeitamente justificável, mas deverá o cirurgião abster-se de fazer a exérese de qualquer massa retroperitoneal pélvica ou a sua biopsia, porque corre o risco de eliminar ou lesar um rim único, ou ainda, no caso de existirem dois rins, o funcionalmente mais perfeito.

Sendo o rim ectópico muitas vezes silencioso e outras vezes dando lugar a sintomatologia imprecisa — como algias lombares, epigástricas ou da região umbilical — e fazendo-se acompanhar ou não de obstipação crônica e perturbações gastrintestinais, que em si nada traduzem, por frequentes durante a gravidez, é de boa regra que se submetam as gestantes portadoras de tumefacções pélvicas extra-uterinas e presumivelmente retroperitoneais a um exame urológico conveniente antes de recorrer à laparotomia exploradora.

O diagnóstico e o tratamento no decurso da gestação depende da descoberta da tumefacção pélvica extra-uterina. O exame urológico identifica e localiza o rim, a radiopelvimetria interna dá uma ideia da permeabilidade da fíeira pélvica, tendo em consideração o feto e a presença do órgão em localização anómala e em vista a fragilidade deste último aos traumatismos violentos e demorados. Restam finalmente os exames vaginais repetidos e a vigilância clínica e laboratorial do rim durante a gravidez e o trabalho de parto, pois não é raro que este órgão, quando possui certo grau de mobilidade, se eleve para a grande bacia, permitindo uma eutócia.

Muitas mulheres com ectopismo renal podem ser partejadas vaginalmente. A indicação de operação cesariana ficará para aquelas em que o rim ocupa parcialmente a área do estreito superior e não se afasta durante o que poderemos chamar, por analogia, «prova de trabalho», ou ainda para aquelas em que o rim, único ou não, ocupa a concavidade sagnada e em que, clinicamente, o parto não poderá ter lugar sem grave traumatismo do órgão. Acrescentaremos que a vigilância laboratorial da função renal durante o trabalho de parto, quer por dosagens frequentes da ureia no sangue, quer, e muito principalmente, por ser de técnica fácil, rápida e corrente, por pesquisas repetidas de albumina na urina, pode fornecer ao parteiro valiosas indicações sobre a atitude mais conveniente a tomar. —»

PATOGENIA DO SÍNDROME ASMÁTICO. — Artigo já resumido no N.º 10 de 1952 (pág. 566).

O PAS EM PERFUSÃO ENDOVENOSA. — Para fugir aos conhecidos inconvenientes do emprego do medicamento por via oral, que não poucas vezes obrigam a suspender o seu uso, Paraf e colaboradores preconizaram a administração por via endovenosa, louvando a iniciativa. O A. ensaiou o processo (cuja técnica expõe) em 11 casos, sendo 4 de formas unilaterais cavitadas, 1 de localização unilateral não cavitada e 6 de formas bilaterais cavitadas; quase todos, 8, com doença de evolução superior a um ano. Em dois dos seus doentes o PAS foi associado à estreptomomicina, e noutro empregou-se também a TBA, alternadamente.

As conclusões do que observou resume-se assim: os efeitos sobre o estado toxi-infeccioso foram evidentes e nalguns casos espectaculares; a acção sobre os dados sanguíneos e o teor dos bacilos na expectoração foi inconstante, pequena ou nula; só nalguns casos a radiografia mostrou ter havido regressão das lesões.

PNEUMOPERITONEU. — Exposição de 3 casos em que foi usado, com resultados satisfatórios este procedimento de colapsoterapia, cujos fundamentos fisiológicos descreve.

ESTENOSSES CÁUSTICAS DO ESÓFAGO. — Apresentação de 1 caso de obstrução total do esófago, tratado por métodos conservadores, de dilatações com sondas de borracha, com descrição da técnica empregada.

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E DE PUERICULTURA, XV, 1952 — N.º 7 (Set.): *Polidistrofia de Hurler*, por S. Barata da Rocha e Miranda Rodrigues; *Tratamento da sífilis congénita*, por Mário Cordeiro; *Hemangiomas superficiais tratados pelo rádio*, por Marciano Beirão e H. Areias. — N.º 8 (Out.): *Protrombina e acelerina no sangue dos recém-nascidos*, por C. Salazar de Sousa, M. J. Crespo Ferreira, A. Ferreira Gomes e A. Estrela; *Tumores de Wilms*, por A. Dias Viegas. — N.º 9 (Nov.): *Conceitos terapêuticos das neoplasias malignas na infância*, por Francisco Gentil; *A fibrinogenemia do recém-nascido*, por C. Salazar de Sousa, M. J. Crespo Ferreira, A. Ferreira Gomes e A. Estrela. — N.º 10 (Dez.): *Clínica das cardiopatias congénitas*, por F. Madeira Pinto; *Asma infantil* (conclusão dos N.ºs 7 a 9), por J. Piedade Guerreiro.

POLIDISTROFIA DE HURLER. — Primeiro caso na literatura médica portuguesa de esta interessante distrofia caracterizada por deformações múltiplas e simétricas do esqueleto, que dão à criança o aspecto de anão cifótico, com cabeça desproporcionadamente grande e fâcies grosseira que lembra as carrancas esculpidas nas velhas catedrais. O relato pormenorizado de este caso, mostrando todos os caracteres, clínicos e radiológicos,

da distrofia, vem seguido por menção dos estados que podem confundir-se com ela, e da explicação que lhe é dada por Ernould, o qual pensa tratar-se de uma associação do síndrome acromegálico com o hipotiroideu, por excesso secretório da hipófise e diminuição da secreção tiróide.

TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA. — Depois do aparecimento dos salvarsânicos, a terapêutica, passada a fase de exclusivo entusiasmo pelos novos produtos, estabeleceu-se na combinação com o bismuto ou o mercúrio. Porém, desde o aparecimento da penicilina, as coisas mudaram, muitos autores preferindo o antibiótico às medicações já tornadas clássicas. Não decorreu ainda tempo suficiente para concluir dos resultados do seu emprego na sífilis congênita; tratando-se de doença com marcha lenta, sujeita a recidivas, com longos períodos de latência, há que esperar para avaliação da sua eficiência a distância, embora os efeitos próximos sejam brilhantes. Sobre esta terapêutica o A. escreve:

«— Todos os autores são unânimes em que as doses inicialmente empregadas de 40 a 60 mil U. são escassas e que é necessário actuar com doses de 100 a 200 mil U. por quilo de peso e por série. No recente Congresso Internacional de Pediatria de Zurique as opiniões foram unânimes sobre o uso da dose de mais de 100.000 U. por quilo de peso. A dosagem intensa tem ainda por fim debelar mais prontamente as infecções associadas por piogenos e por pneumococos, tão frequentes no lactente sífilítico, obscurecendo pela sua gravidade o prognóstico. A dose total deve ser distribuída por 8 a 15 dias.

A penicilina-procaína dá iguais resultados. Por exemplo Ilitch de Zagrebe, em 117 crianças obteve cura clínica e serológica em 101 casos, com injecções de 3 em 3 dias, de 150.000 U. 70 destes casos controlados 6 meses depois mantinham-se com reacção de Wassermann e Kahn negativas; apenas em 6 casos a serologia continuava positiva pelo que foi necessária nova série de penicilina-procaína combinada com o bismuto e salvarsan.

No nosso serviço há longo tempo que se emprega, para facilidade de tratamento ambulatorio e mesmo nos casos internados, a penicilina-procaína com êxito. Já o ano passado o Prof. Castro Freire, no Congresso Internacional de Zurique apresentou os resultados da sua experiência: houve um único caso de recidiva que regressou rapidamente com uma segunda série, clínica e serologicamente. Sugestivo foi um caso apresentado de um lactente falecido 4 semanas depois do tratamento de uma sífilis grave, de doença intercorrente, e em que a autópsia mostrou já, a tão curta distância, ausência de lesões viscerais e em adiantada cicatrização as lesões de osteocondrite.

Análogos resultados obtiveram autores como Thomas com o emprego de penicilina G procaína com monoesterato de alumínio. Este produto, como dissemos, reduz o tratamento apenas a 3 ou 4 injecções de depósito, o que se torna cómodo e prático.

Não são frequentes no nosso entender, as reacções do tipo de Herxheimer embora alguns outros autores franceses como Lamy e Debré as registem e as temam. São de 3 tipos: 1 — Febre moderada de curta duração associada por vezes a edema e albuminúria; 2 — Erupções cutâneas do tipo máculo-papular, fugazes, entre as 6 e as 60 horas; 3 — Reacções ósseas por involução acelerada e exacerbação das lesões destrutivas.

Estas reacções não são de molde a obrigar à suspensão do tratamento nem estão em relação, segundo Giorgy e Lee, com a dose inicial utilizada; não se justifica portanto o emprego inicial de pequenas doses preconizadas por Debré, pois estas não as evitam. Em casos flóridos será preferível, segundo Lamy, fazer preceder a série de penicilina por algumas injeções de benzoato de mercúrio.

Também Debré, Lamy, Jammet Aussanaire, Labesse e Satgé opinam pela insuficiência do tratamento exclusivo pela penicilina como se faz em larga escala na América e entre nós e assim associam-na ao mercúrio, bismuto e arsénio. O tratamento pela penicilina seria precedido, por algumas fricções mercuriais e seguido per séries de bismuto e sulfarsenol segundo os moldes clássicos. Comparando porém os resultados da penicilina exclusiva com os dos esquemas combinados, não há razão para preferir estes, que para mais prejudicam a facilidade e a comodidade do esquema exclusivo, só se justificando o seu emprego em casos de falência por recidiva ou na sífilis tardia gomosa da criança crescida. No seu trabalho citado, o Prof. Castro Freire apresenta numa criança de 11 anos de idade um caso de osteoperiostite, de aspecto tumoral, da tíbia, que regressou por completo e mantém-se curada ao fim de 3 anos, apenas com a penicilina.

Como envolvem as lesões sífilíticas tratadas com penicilina?

O treponema desaparece das lesões cutâneo-mucosas no fim de 20 a 62 horas. Estas curam em poucos dias (15 a 20) notando-se atenuações dos exantemas a partir do 2.º dia de tratamento.

A rinite persiste entre 2 a 6 semanas, melhorando nitidamente a dificuldade respiratória no fim da 1.ª semana.

As lesões viscerais — hepatomegalias, esplenomegalias e enfartos ganglionares — regressam a partir dos 3 meses.

As lesões ósseas são mais lentas na involução, podendo de entrada tornar-se mais evidentes, como dissemos, pela destruição rápida e maciça dos treponemas, eliminação dos restos necróticos e reacção inflamatória consequente. Mas a reparação óssea não se faz esperar e entre os 2 a 6 meses o osso adquire a sua textura normal.

É variável o tempo que leva a serologia a tornar-se negativa. Nunca porém antes dos 2 meses e quase sempre por volta dos 6 meses. A resistência serológica é mais frequente na lues tardia do que na recente e nesta, quanto mais tardiamente se inicia o tratamento. Para um controle seguro tornam-se necessárias reacções frequentes pelos métodos quanti-

ANTI-GRIPAS BARRAL

BALSOPEX - BÁLSAMO REVULSIVO

ÓLEOS ESSENCIAIS DE EUCALIPTO, CEDRO, TEREBINTINA, ETC.
RESFRIAMENTOS / CATARROS NASAIS / GRIPES

DIOMEL - XAROPE

SULFOGUAIACOLATO DE POTÁSSIO, CANFOSSULFONATO
DE EFEDRINA, ACÓNITO, BELADONA, ETC.

**ANTI-SÉPTICO, EXPECTORANTE, SEDATIVO
E ANTI-ESPASMÓDICO**

EUPTOLINA

SOLUÇÃO OLEOSA NEUTRA DE CINEOL, OXIBENZOL-1-2-METOXIFENOL E CÂNFORA

ESTADOS AFÓNICOS, LARINGO-TRAQUEÍTES, BRONQUITES

AMPOLAS DE 2 c. c. PARA INJECCÕES INTRAMUSCULARES

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, L.^{DA}

CARTA AOS LEITORES DO «PORTUGAL MÉDICO»:

Entra em novo ano, 37.º, a vida de esta revista. Tão dilatada existência, num meio com as características do nosso, prova que o caminho traçado desde o início foi, pelo menos, conveniente para a ilustração da classe médica e para o prestígio da medicina portuguesa. Por isso de ele nos não temos desviado, mantendo a publicação, sem visíveis alterações, as orientações primitivamente adoptadas: preferir nos artigos originais os de interesse para a clínica geral, sem deixar de inserir de quando em quando trabalhos de investigação mais especializada, como contribuição para a literatura científica nacional; registar todos os trabalhos editados em Portugal, dando excertos ou resumos de muitos de eles, pois será deplorável a ignorância do que entre nós se produz; dar conta de novos procedimentos terapêuticos e de notas clínicas por qualquer título interessantes; inserir pareceres sobre as questões profissionais de maior vulto, abstraindo de polémicas; uma vez por outra, artigos de medicina literária, propensas ao carácter humanístico do espírito médico; limitação do noticiário, que só pode ter interesse ocasional, a simples menções.

Creemos que estas orientações continuarão a ser bem aceites. No entanto, dentro das apontadas características da revista, pedimos aos leitores a indicação de modificações ou aditamentos que julguem desejáveis, para devidamente os considerarmos. Será esta a maneira de corresponder ao favor que tem dispensado a este mensário, e que reconhecidamente agradece o seu director

Almeida Garrett.

REGISTO DE LIVROS NOVOS

I. S. WRIGHT — **Vascular Diseases in General Practice** — 1 vol. de 562 págs. com 116 figs. (The Year Book Publishers, Chicago, 1952 — Encad. \$8).

Segunda edição, atualizada com os novos conhecimentos adquiridos nos últimos anos sobre fisiopatologia da circulação, importância do metabolismo de lipídeos e colesterol, etc. Obra escrita com espírito didático, dando descrições e notas apresentadas com o mínimo de frases necessário para perfeita compreensão dos assuntos. Começa por um capítulo sobre a classificação das perturbações dos vasos sanguíneos e linfáticos das extremidades, que põe ordem na futura exposição; segue-se a parte que versa a maneira de estudar o doente. Depois, vem os capítulos sobre cada entidade mórbida, ou grupo sindrômico, desde a arteriosclerose, as arterites e os aneurismas, até às afecções que mudam a cor da pele, às lesões venosas e às de sistema linfático, terminando com capítulos sobre as relações da patologia vascular com a medicina dos acidentes de trabalho, e sobre os cuidados a prestar aos amputados. Em apêndice, o procedimento laboratorial de determinação da protrombina no plasma. O livro constitui um guia prático para a clínica.

L. M. MOENCH — **Office Psychiatry** — 1 vol. de 310 págs. com 81 figs. (The Year Book Publishers, Chicago, 1952 — Encad. \$6).

O livro tem por subtítulo: Tratamento dos doentes de perturbações emocionais e mentais. Este dístico indica o teor da obra, que se destina a ensinar a maneira de proceder nessa espécie de enfermos, baseada nos indispensáveis prévios conhecimentos sobre psicologia, que de entrada fornece. Tudo vem exposto com concisão e clareza, seguindo-se os capítulos por forma a lógico encadeamento. São eles, e basta a sua menção para dar ideia do âmbito do texto: — 1) Desenvolvimento da personalidade 2) A adolescência. 3) A medicina psico-somática. 4) As neuroses. 5) Psicopatologia, as neuroses do carácter. 6) As grandes psicoses. 7) Psicoses orgânicas e tóxicas, delírios, adições. 8) O suicídio. 9) O exame psiquiátrico. 10) O interrogatório. 11) A psicoterapia na prática geral. 12) A psicoanálise. 13) Insulina, choque eléctrico e psicocirurgia.

G. DUBOUCHER — **Éléments d'électrocardiographie théorique** — 1 vol. de 130 págs. com 50 figs. (Masson, Edit., Paris, 1952 — 900 fr.).

Nesta monografia pretende-se dar ordenação aos conceitos fundamentais da morfogênese, estabelecendo os laços que os unem entre si, para deduzir uma perspectiva geral dos problemas teóricos relativos à interpretação dos traçados. Não se trata portanto de um livro de iniciação na electrocardiografia, mas de ensaio com carácter pessoal, cuja leitura será interessante para os cardiologistas, especialmente. Numa primeira parte trata das bases fisiológicas do electrocardiograma; depois, trata das bases físicas; uma terceira parte é dedicada às bases anatómicas. Fecha com a aplicação dos conceitos emitidos à leitura de alguns traçados patológicos. Cada capítulo termina com a bibliografia sobre o assunto nele contido.

MARION SULZBERGER & JACK WOLF — **Dermatology: Essentials of Diagnosis and Treatment** — 1 vol. de 592 págs. com 65 gravuras e 8 páginas de figuras a cores. (The Year Book Publishers, Chicago, 1952 — Encad. \$10).

Quarta edição de uma obra que granjeou plena aceitação, demonstrada por as edições se venderem no curto período de doze anos.

A indicação das partes e capítulos em que o texto está dividido mostra o critério prático que presidiu à exposição, que abrange tudo o que na clínica interessa conhecer no domínio da dermatologia e da sifilografia. São assim: 1.^a parte — Procedimentos gerais em dermatologia: I — Princípios de diagnóstico, II — Princípios da medicação tóptica, III — Princípios de outros meios terapêuticos. 2.^a parte: I — Dermatoses eczematosas, II — Dermatoses urticarianas, III — Dermatites atópicas, IV — Dermatoses devidas a fungos, V — Acne e dermatoses acneiformes, VI — Piodermítes, VII — Sulfonamidas, Calciferol, Cortisona e ACTH em dermatologia, VIII — Psoríase e dermatites seborreicas, IX — Dermatoses bolhosas e vesiculosas, X — Zoonoses, XI — Tumores vulgares da pele, XII — Lupus, líquen, pitíriase e pruridos, XIII — Erupções medicamentosas, XIV — Alterações várias da pele, XV — Sífilis primária, XVI — Outras formas de sífilis.

tativos, e não se pode falar em insucesso quando o título decresce paulatinamente embora mantendo-se a reacção positiva, ou enquanto não tiver decorrido pelo menos um ano, submetendo neste caso o doente a um segundo tratamento. As verdadeiras recidivas observam-se alguns meses após a aparente cura, ou pela renovação da positividade de um Wassermann ou pelo reaparecimento de certos sintomas. Impõe-se, nesse caso, uma segunda série, sempre eficaz.

A seis anos de distância da introdução da penicilina como antilúético, verifica-se que as esperanças depositadas na sua eficácia largamente se confirmam. Acresce a facilidade da sua aplicação, tornando-a acessível em larga escala e portanto dando melhores garantias de que a cura é seguida a rigor por boa percentagem de doentes. — »

Refere-se, em seguida, aos ensaios de tratamento pela aureomicina, pela terramicina e pela estreptomina, nos seguintes termos:

«— Não há ainda estudos largos e conclusivos sobre o uso da aureomicina na sífilis congénita. A sua acção treponemocida está provada e os seus efeitos na sífilis adquirida do adulto parecem ser brilhantes. De absorção rápida consegue-se atingir um nível terapêutico óptimo no sangue durante algumas horas até às 24 horas, com uma dose única de 1 grama. Com essa dose administrada de 8 em 8 horas a concentração mantém-se constante durante o tratamento. A sua difusão pelos fluidos e tecidos, incluindo o liquor, favorece a sua acção terapêutica. O esquema terapêutico consiste na administração de 20 a 30 miligramas por quilo de peso durante 8 dias. Há porém a registar certos fenómenos de intolerância gástrica (náuseas e vômitos) e intestinais (diarreias). A introdução da forma injectável já ensaiada, embora com certas reacções locais, elimina estes inconvenientes. Porém a desvantagem do seu preço e a duração do tratamento mesmo em igualdade de circunstâncias quanto aos resultados não a tornam acessível e o seu uso deve-se reservar aos doentes alérgicos à penicilina.

A terramicina também experimentada possui, segundo Hendrichs e colaboradores, acção sobre as lesões sífilíticas, tanto primárias como secundárias, em doses de 60 miligramas por quilo de peso e por dia, durante um período de 8 dias. O treponema desaparece das lesões no fim de 24 a 48 horas e as reacções positivas em dois doentes tornaram-se negativas ao fim de um mês. É necessário aguardar os resultados em maior escala, e tem os mesmos inconvenientes apontados à aureomicina.

A estreptomina tem acção anti-sifilítica quando dada em doses altas, próximas das doses tóxicas. No entanto Debré utiliza-a em associação com a penicilina para actuar sobretudo nas infecções associadas. — »

Nota que, apesar dos progressos da terapêutica existe ainda uma percentagem de cerca de 20 % de mortalidade nas sífilis graves, resultante sobretudo da debilidade, da distrofia, da anemia e das infecções que a acompanham. É por isso necessário não esquecer esta questão a par do tratamento específico.

Os transtornos de nutrição evitam-se ou tratam-se com uma dietética apropriada, na qual tem papel importante o leite de mulher. O lactente sífilítico, como já há 30 anos notava Finkelstein, e no seu estudo cuidado sobre o assunto Stranski confirma, carece de um valor energético mais elevado que a criança normal, cerca de 150 a 200 calorias por quilo de peso. Por outro lado, como em todas as doenças crónicas, a dieta deve ser qualitativamente adequada, não esquecendo as vitaminas, sobretudo a vitamina C e a vitamina D de que exigem maiores necessidades, como se calcula.

Uma medicação anti-anémica com extractos de fígado, ferro, ácido fólico e B₁₂ ou até uma transfusão, com os cuidados necessários, impõe-se em todos os casos em que haja compromisso do quadro hemático. E não esquecer a possibilidade de infecções intercorrentes, e a necessidade de as combater.

Finalmente sobre a profilaxia ante-natal que compete ao pediatra promover ou mesmo orientar:

«— A sua eficácia no combate à sífilis é evidente. Basta dizer que a incidência da sífilis nos recém-nascidos quando as mães não são tratadas é de mais de 80 %, sendo de 30 % a mortalidade fetal. Se o tratamento ante-natal da sífilis se fizer antes do quinto mês da gravidez, nas piores estatísticas, apenas 5 % dos recém-nascidos se apresentam doentes. O tratamento depois do quinto mês não evita a incidência de 20 %.

Como tratar das mães? Comparando os resultados dos métodos de rotina com os da penicilina, exclusiva ou associada com o bismuto ou arsénio, mais uma vez se verifica a excelência da acção da penicilina. J. Johnson, em 211 casos tratados segundo os três esquemas chegou às seguintes conclusões: no grupo tratado classicamente houve 5 % de casos de sífilis congénita. Nos grupos tratados com penicilina, associada ou não, nenhum caso. Não há vantagem em associar. O tratamento deve ser feito nos primeiros meses e a dose total de 2.400.000 em sessenta injeções de 40.000 de três em três horas. Poderá repetir-se a série nos últimos meses da gravidez.

Com a introdução da penicilina, cuja inocuidade está mais que provada, está quase posta de parte a dúvida de se tratar ou não um recém-nascido em que se tema uma sífilis transmitida pela mãe. Dod aconselha a actuar na dúvida e Kundratitz é de opinião que toda a criança cuja mãe contraiu sífilis, mesmo que esta esteja curada e a criança não apresente sinais clínicos nem serológicos, deve ser submetida ao tratamento pela penicilina.

Estes exageros vêm provar a importância que se deve dar à profilaxia da sífilis congénita, e ao tratamento precoce da mesma se quisermos minorar ou afastar de vez tão grave doença social. —»

ASMA INFANTIL. — Longo artigo, onde se encaram os variados aspectos do tema, começando por considerações gerais sobre as afecções

alérgicas. Nota que o número de casos tem aumentado, para o que influi a hereditariedade e as condições modernas de vida agitada.

Apresenta uma estatística pessoal de 2.630 casos de alergia, dos quais 392 (14,9 %) eram em crianças com menos de 12 anos de idade; em 37 de estas as manifestações apareceram desde a nascença, e em 284 nos três primeiros anos. O tipo da afecção está em relação com o aparelho ou órgão mais exposto. Assim, no lactente e até aos 2 anos predominam os sintomas gastro-intestinais, quase sempre ligados à alergia alimentar. Vem depois, pelos 3 ou 4 anos, e na grande maioria da sua casuística os chamados catarros descendentes recidivantes que são afinal a constipação vulgar, ou seja a coriza catarral comum, com o seu cortejo sintomático sobejamente conhecido, a que se segue a curto prazo tosse e ruídos brônquicos, traduzindo a fase inicial da bronquite. E estes episódios, geralmente de natureza bacteriana, que nuns se repetem com mais frequência e noutros com menos, abrem quase sempre a porta ao estado de sensibilidade brônquica predisponente para a asma que não se fará esperar.

Poucos são os casos que evoluem durante muito tempo com igual tipo alérgico, sendo frequente encontrar no mesmo doente manifestações diferentes que se sucedem ou que se alternam no decurso da vida. É por exemplo o caso do eczema ou da urticária que evoluciona durante meses ou anos e que numa dada altura abandona a cena para dar lugar à asma, ou à coriza paroxística aperiódica que aparece como mensageira inoportuna da opressão respiratória.

Levando considerável vantagem sobre os outros tipos de alergia, é sem dúvida a asma brônquica a mais frequente, tendo-a constatado em 355 dos seus doentes, ou seja em 90,6 %. Seguem-se por ordem decrescente a coriza paroxística aperiódica (40,3 %), o eczema (35,2 %), a urticária (27,8 %), a tosse espasmódica (19,4 %), as perturbações gastro-intestinais (10,7 %), a enxaqueca (6,13 %), e depois, já com raridade, o falso «croup» (2,05 %), a púrpura de Henoch (0,51 %), e o edema da glote (0,26 %). Em 326 (83,2 %) houve manifestações múltiplas enquanto que a existência isolada de asma se verificou apenas em 66, ou seja em 16,8 %.

No que se refere à incidência sob o aspecto etiológico nas crianças, é opinião dos autores americanos e particularmente de Rowe, que a prioridade cabe às alergias alimentares. Se bem que reconheça a importância que desempenham os alimentos como factor etiológico nas alergias verificadas nos primeiros dois anos de vida, afirma (em completa concordância com os dados apresentados a tal respeito por Sanchez-Cuenca e Calvo Fernández no país vizinho) que uma maioria esmagadora dos casos pode ser incluída no grupo das asmas bacterianas.

Embora a sintomatologia das doenças alérgicas se revele quase sempre cedo em grande número de doentes predispostos, há no entanto outros em que o seu início se dá mais ou menos tardiamente no decurso

da vida, chegando mesmo a suceder que as manifestações surjam primeiro nos filhos do que nos pais. Tal variabilidade de comportamento está na dependência de uma série de factores, dos quais uns existem já no próprio doente enquanto que os outros exercem sobre ele o seu efeito através de influências externas de natureza diversa, quer com acção predisponente quer sensibilizante ou desencadeante. Baseado neste critério o A. considera os dois grandes grupos de factores etiológicos: os predisponentes e os desencadeantes.

Se a hereditariedade é sem dúvida um dos mais importantes elementos que interferem na predisposição para as doenças alérgicas, não é todavia indispensável a sua existência para que o indivíduo possa apresentar quaisquer sintomas que lhe digam respeito. Sintetizando as opiniões diversas que tem sido emitidas sobre este factor, pode dizer-se, de acordo com a maioria dos autores, que em cerca de 75 % dos casos há história familiar positiva, e de estes em 35 % a história é bilateral.

Quanto mais carregada for a herança, mais cedo surgirá a doença e maior será também o número e a variedade de manifestações em cada descendente. Segundo Vaughan, em todas as crianças que têm hereditariedade bilateral, os sintomas aparecem antes dos dez anos, sucedendo o mesmo em um terço das que a têm só de um ramo da ascendência e num quinto daquelas em que não se comprovou herança aparente. Schick e Peshkin afirmam que, praticamente, todas as crianças que têm hereditariedade bilateral começam os seus sintomas antes dos cinco anos, sendo as probabilidades de transmissão maiores quando partem do ramo materno. Na estatística do A. verifica-se que em 40,8 % dos doentes, havia hereditariedade bilateral; em 27,56 %, herança materna; em 22,45 %, herança paterna e apenas em 9,2 %, não conseguimos apurar história familiar.

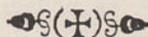
Por outro lado, e em concordância com os autores citados, verificou também que, fosse qual fosse o tipo de hereditariedade, a época de começo dos sintomas foi sempre predominantemente a dos três primeiros anos da vida, sobressaindo notoriamente o grupo das de herança bilateral.

Se a opinião geralmente aceite é a que admite não se herdarem as manifestações alérgicas mas sim a predisposição para tais doenças, no entanto, em certo número de casos, e particularmente quando se trata de asma brônquica, parece que a criança poderá receber por hereditariedade um órgão de choque, manifestando sintomatologia idêntica à dos progenitores ou à de um deles.

Os conceitos actuais sobre as possibilidades de transmissão das doenças alérgicas por hereditariedade admitem que ela esteja ligada à presença de um «gene» alérgico. E então, se dois destes «genes» se reúnem no cromosoma, a herança é segura e de manifestação precoce as suas consequências. Quando existe apenas um só, os sintomas podem vir mais tarde, passada a puberdade, nunca se manifestarem, ou fazê-lo em menor escala; mas, no entanto, estes indivíduos ficarão com a capacidade de transmitir à sua descendência as características que herdaram. Se não

RECOPILACAM
D E
REMEDIOS
ESCOLHIDOS DE
MADAME FOUQUET,
FACEIS, DOMESTICOS,
experimentados, e approvados para toda a sorte de males internos, e externos, inveterados, e difficeis de curar, para alivio dos pobres.

SEXTA IMPRESSAM,
*AUGMENTADA DE QUANTIDADE
de segredos, emendada, e posta em melhor ordem que as impressoens precedentes, muito util para toda a sorte de familias, que podem fazer estes remedios com pouco custo.*



LISBOA:
Na Officina de DOMINGOS GONSALVES.

Anno de MDCCXLIX.

Com todas as licenças necessarias.

Segunda parte dos remedios domesticos de Madame FOUQUET,

*Que são para Febres, Pestes, Gottas, Ciaticas, Queimaduras,
Tumores, Feridas, Chagas, Ulceras, Gangrenas e outros
males, que podem sobrevir a todas as partes do corpo humano.*

CAPITULO XIV

Para os males venereos

He verdade que considerando a natureza destes vís males, segundo a sua primitiva origem, convem tomallos como justos effeitos, e castigos temporaes deste desgraçado peccado, que costuma precipitar no inferno mais almas, do que todos os outros juntos, e mais necessario parecia acrescentar-lhe as pennas, e os seus males, que dar-lhe alivio a elles para o castigo dos seus delictos. Com tudo, porque a experiencia nos mostra que se participam algumas vezes aos inocêntes, como a algumas mulheres pela depravaçãõ dos maridos; aos meninos pelos pays, ou por huma ama criminal, ou por beber por algum vazo, ou comer, ou deitar com pessoas inficionadas deste mal, e por meynos desculpaveis padecerem os miseraveis, e pobres, que ás vezes com a sua impossibilidade, por naõ poderem sofrer os gastos dos remedios ordinarios, se podem deixar de curar, e inficionar toda huma povoaçãõ; por todas estas razoens a caridade Christaã, que he toda compadecida, toda chea de doçuras, e benignidades, me obriga a pôr aqui alguns remedios assaz faceis, e seguros para socorrer a huns, e a outros. Seja tudo para gloria de Deus.

Embalagem de 1 frasco
de 6 cc. com
1.800.000 U.

MIOCILINA

Embalagem de 3 frascos
de 6 cc. com o total de
5.400.000 U.

Procaina-penicilina G em suspensão oleosa com 2 % de monostearaio de alumínio

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA
LISBOA PORTO COIMBRA

existir nenhum «gene» anormal no cromosoma, a alergia nunca se manifestará.

Não se herdam as substâncias para as quais o organismo se tornará sensível, mas em casos muito especiais pode haver alergia passiva.

A passagem de proteínas estranhas da mãe para o feto através da placenta, particularmente durante os últimos meses de gravidez, é um facto bem averiguado. Deste modo, o feto pode receber da mãe quer uma alergenização passiva e neste caso condicionada à passagem de anticorpos específicos, quer uma alergenização activa, determinada por uma verdadeira sensibilização a alergenos maternos, quase sempre de natureza alimentar. Podem assim explicar-se as reacções alérgicas dos lactentes ao primeiro contacto com um certo alimento.

Depois, vem a sensibilização activa da criança, a qual pode produzir-se facilmente, por ela ter maior capacidade do que os adultos para absorver pelo tubo digestivo proteínas não desintegradas. Para isto contribui a presença não rara de aquilia ou hipoquilia que, favorecendo o rápido esvaziamento gástrico, promove a passagem de alimentos mal digeridos para o intestino. E, ainda como consequência do mesmo processo, poderá dar-se mais cedo ou mais tarde uma transformação na flora microbiana intestinal que, por seu turno, virá a ter grande influência na predisposição ou até mesmo na génese dos fenómenos alérgicos, com produção de diarreia; a obstipação exerce semelhante papel.

O fígado, pela sua função proteopéxica, pode transformar em produtos fisiológicos as proteínas que atravessam a parede intestinal em estado de incompleta desintegração; mas se a quantidade for grande ou se o órgão estiver lesado, pode esta função não se exercer devidamente e assim entrarem na corrente circulatória proteínas estranhas e dotadas de capacidade antigénica.

A importância do tipo de personalidade na génese das afecções alérgicas é aspecto nem sempre devidamente considerado. Ora a influência que os factores emocionais e psíquicos podem exercer sobre os doentes alérgicos, tem sido verificada por todos aqueles que de perto lidam com estes doentes, não faltando larga casuística para demonstrar a sua interferência no desenvolvimento de fenómenos deste género e com os mais variados aspectos. Já de si, a criança alérgica costuma apresentar um certo número de características que lhe conferem um tipo especial de personalidade. Em regra, são dotadas de uma inteligência acima da média, (raras vezes se vê a asma numa criança de mentalidade defeituosa), irritáveis, agressivas, ansiosas, sem confiança em si próprias e, como resultado desta insegurança, têm aspecto de tensão reprimida.

Talvez que nos adultos, o factor psico-emocional desempenhe um papel de maior relevo na génese de muitas situações alérgicas; mas, no entanto, não devemos supor que as crianças estejam livres de influências desta ordem. Muitas vezes elas partem dos próprios pais, quer sobre a forma de conflitos domésticos a que a criança assiste, provocando-lhe

forte emoção que se traduzirá mais tarde em sintomas físicos, quer pelo estado de ansiedade que eles mostrem na sua presença e que poderá constituir por si só o factor psicológico dominante. As crianças mais crescidas, assustam-se quando têm asma e o medo que se apodera delas, juntamente com aquele que os pais revelam e que elas compreendem, contribui para aumentar o seu grau de nervosismo, de intranquilidade e de desconfiança nas possibilidades de cura. Nestas circunstâncias, é mais a atmosfera psicológica do que propriamente a alérgica que convém ser afastada, bastando por vezes o internamento num meio hospitalar, longe da família, para se obter melhoria notória. Mas depois, quase como um teste confirmativo, a crise volta durante a primeira visita dos pais.

Nalguns doentes, nem a história clínica nem o estudo com testes, nos revelam qualquer pista que nos oriente sobre a possível existência de alérgenos específicos a que se possa atribuir a sintomatologia que referem. Estas são as formas puramente psíquicas que, embora menos frequentes nas crianças do que nos adultos, podem existir e até permanecer pela vida fora. São os casos em que o factor psíquico é dominante e por vezes exclusivo. Mas, na grande maioria deles, existem processos de verdadeira sensibilização a um ou mais alérgenos, actuando o elemento psico-emotivo apenas como contribuinte e exercendo o seu efeito quer sob a forma desencadeante quer inibidora.

Não é fácil explicar por que espécie de mecanismo actuam os factores de ordem psíquica, tendo-se invocado influências sobre o sistema nervoso neuro-vegetativo e as glândulas de secreção interna, sobre a enervação dos vasos e provocando aumento da sua permeabilidade; o que se sabe, por experiências recentes, é que a reactividade pode ser aumentada pelos estímulos em causa, e diminuída quando se consegue reduzir a excitabilidade dos centros nervosos emocionais.

A influência psico-emotiva nos doentes alérgicos parece estar na dependência directa da conservação das faculdades mentais, pois tem sido apontada por vários autores a baixa frequência da asma nos alienados, e tem-se verificado uma relação inversa entre o estado mental e o estado asmático, sendo frequente acontecer que, ao instalar-se um, desapareça o outro e vice-versa.

Se o factor psíquico e emocional tem importante papel, determinante ou adjuvante, o estado de disfunção do sistema neuro-vegetativo é de muito considerado de fundamental interesse, sendo a asma mencionada como um dos exemplos mais característicos de neurose visceral. Segundo este conceito, a estenose brônquica seria provocada pelo estímulo transmitido através das ramificações do vago pulmonar que, a par disso, ocasionaria também a tumefacção da mucosa e a secreção de muco viscoso, no qual se poderiam encontrar células eosinófilas.

Esta doutrina tomou particular incremento desde que, em 1910, Eppinger e Hess, descrevendo e sistematizando as atribuições viscerais do neuro-vegetativo, apresentaram a sua teoria do antagonismo entre os

dois constituintes deste sistema, estabelecendo o conceito de vagotonia e simpaticotonia para designar as situações de predomínio de um deles sobre o outro. Anos depois von Bergmann, não compartilhando as ideias dos autores anteriormente citados estabeleceu, por seu turno, o conceito de disfunção neuro-vegetativa admitindo, no entanto, que os seus dois componentes são antagonistas mas que não existem na clínica situações de neurose isolada de um só deles.

Cada indivíduo tem a sua maneira peculiar de reagir e, nalguns, estas reacções fazem-se de forma anómala, criando um estado de desequilíbrio neuro-vegetativo, que é notório em todos os alérgicos e muito particularmente nos asmáticos. Nas crianças, e particularmente nos lactentes, parece haver uma vagotonia, aliás transitória, que as predispõe para a eclosão de fenómenos alérgicos se existirem ao mesmo tempo outros factores herdados ou adquiridos.

A farmacologia de muitas drogas usadas nas doenças alérgicas mostra bem a influência do sistema neuro-vegetativo, largamente estudada, principalmente a partir dos trabalhos sobre os efeitos fisiológicos da adrenalina. Os fenómenos, de natureza química, que presidem ao funcionamento neuro-vegetativo, adaptam-se, no estado normal, às necessidades vitais. Mas desde que haja um desequilíbrio dos seus constituintes, quer num sentido quer noutro e, no caso das doenças alérgicas, se esse desequilíbrio se traduzir por um aumento funcional do vago, haverá manifestações da sua actividade num órgão ou nos tecidos por ele enervados, no território que Doerr classificou de «órgão de choque».

Em íntima relação com as funções do sistema nervoso neuro-vegetativo está também o efeito exercido pelas glândulas de secreção interna sobre o estado alérgico. Embora não esteja ainda suficientemente esclarecido este problema, sabe-se e tem-se verificado que a disendocrinia exerce um efeito manifesto sobre estes indivíduos, possivelmente por intermédio daquele sistema, alterando um equilíbrio já de si tão instável em tais doentes. São factores que constituem elemento de relevo a considerar, particularmente em crianças, nas quais não é rara a existência de hipotiroidismo fruste e, neste caso, a menos que se corrija decididamente, todas as terapêuticas anti-alérgicas cairão pela base. De igual modo, a hipofunção paratiroideia, com as suas alterações metabólicas no sentido alcalótico e hipocalcémico, predispõe ao desencadeamento dos fenómenos alérgicos. Mas as alterações bioquímicas não têm o interesse que lhes dispensaram; se na realidade existe alguma mudança química no organismo dos alérgicos, resume-se a uma labilidade do equilíbrio ácido-básico que deve ser considerada mais como uma situação acessória do que como factor etiológico.

A parte que cabe às infecções no desequilíbrio orgânico sob o ponto de vista alérgico, não é clara mas existe indubitavelmente. Uns autores admitem que esteja relacionada com uma sensibilização bacteriana ou que seja devida à alteração do estado físico que a infecção provoca. Por outro

lado e, em consequência do estado infeccioso, poderia haver um aumento temporário de permeabilidade brônquica que facilitaria a passagem de certos alérgenos para o sangue. Outros consideram que a interferência das doenças infecciosas seja devida a uma alteração do equilíbrio hormonal ou à diminuição de tolerância para o antigénio, provocada pelas bactérias ou suas toxinas. Seja como for, tem-se verificado intolerância para certos medicamentos durante infecções agudas, por exemplo para quinino, piramidona, brometos, etc., sendo estas drogas bem suportadas em períodos normais. As infecções de foco como, por exemplo, das amígdalas, seios perinasais, apêndice, vesícula biliar, ouvidos, ossos, dentes, etc., exercendo acção continuada e duradoura, podem predispor e até manter certas situações alérgicas.

Tendo assim tratado dos factores etiológicos (que dizem respeito ao próprio indivíduo, ocupa-se o A. seguidamente dos que exercem o seu efeito através de influências externas, quer actuem como predisponentes quer como sensibilizantes ou desencadeantes. No primeiro grupo, estão incluídos os factores estacionais, climáticos, geográficos e de exposição e, no segundo, os alérgenos.

As interferências estacionais, que se fazem sentir particularmente na Primavera e no Outono, sobretudo nos períodos de transição, constituem para quase todos os alérgicos verdadeiras épocas críticas, traduzindo-se nuns pela exacerbação dos sintomas existentes anteriormente e noutros pela recidiva depois de acalmia mais ou menos demorada. Além deste efeito geral sobre todos os alérgicos, as interferências estacionais podem manifestar-se sob aspecto mais directo em determinados tipos de doenças alérgicas, como as provocadas pelos pólenes ou pó de cereais e, mais raramente, por alimentos ou insectos (percevejos, moscas, traças, etc.).

O deslocamento de grandes massas de ar, não é favorável aos asmáticos. Sobretudo, quando o vento sopra com violência, a sua acção sobre o peito ou sobre a face, pode dar origem a reflexos nervosos idênticos aos que se observam nos doentes de coronarite, provocando reacções neuro-vegetativas desencadeantes. Dada a grande sensibilidade da mucosa nasal e brônquica dos asmáticos, estas reacções são particularmente rápidas e intensas quando o vento é frio, acrescentando ainda que ele poderá actuar como verdadeiro factor específico naqueles que forem portadores de alergias físicas com sensibilidade às temperaturas baixas. Quando os doentes se sentem mal só quando o vento sopra de uma determinada direcção, teremos que pensar que o seu efeito esteja ligado principalmente a alérgenos que transporte como, por exemplo, pólenes ou pó de cereais.

O grau eléctrico do ar tem também o seu efeito, não sendo nada raro que haja agravamento da sintomatologia em ocasião de trovoadas.

As regiões baixas e com abundante vegetação, localidades junto do mar, de rios ou de zonas pantanosas e os solos argilosos com águas

de difícil drenagem, favorecem a aparição da asma, provavelmente devido à grande quantidade de fungos e bactérias que existem no ar ambiente.

Ao contrário, parece haver um efeito benéfico ligado ao clima de altitude o que de certo não estará apenas na dependência do doente sair do meio habitual e, por conseguinte, afastar-se dos possíveis alergenos da casa onde vive. Estes benefícios poderão atribuir-se à maior pureza do ar, a um mais baixo grau higrométrico, à existência de vegetação menos densa e ainda às influências endócrinas e metabólicas. O certo é que muitos doentes melhoram em altitude à volta dos 1.500 metros, verificando-se que o limiar de sensibilidade é mais elevado nas montanhas.

Dependendo a sintomatologia alérgica, na maior parte dos casos, de uma sensibilização prévia do organismo, é lógico supor que a vida ambiente do indivíduo, isto é, o factor exposição, tenha a maior importância na gênese e posterior desenvolvimento destas doenças.

Nos primeiros dias ou meses de vida, poucos são os contactos que a criança terá com o mundo exterior e portanto, mais restrito será também o número de alergenos que deverão ser considerados como possíveis causadores do quadro clínico que ela apresente. Mas, à medida que for crescendo, as possibilidades irão aumentando, cabendo maior responsabilidade àquelas substâncias com as quais tenha que contactar mais directamente e durante mais tempo.

O meio em que vive, o clima, o ambiente da casa ou a vizinhança desta, são naturalmente factores a ponderar, pois cada um deles pode trazer predomínio deste ou daquele alérgico. Assim, por exemplo, se uma criança viver numa região baixa e húmida, terá propensão para adquirir catarros brônquicos recidivantes e sensibilização a fungos. Se viver junto ou nas dependências de uma fábrica de moagem ou de um celeiro, com muita facilidade se poderá sensibilizar ao pó de cereais ou farinha. Se residir perto de estábulos de animais e frequentar assiduamente as proximidades destes, a alergenização ao pêlo e caspa dos mesmos deve ser admitida. E assim por diante, as possibilidades multiplicam-se e crescem à medida também que a vida da criança se vai dilatando.

E passe-se aos alergenos, factores desencadeantes e sensibilizantes, provocadores de manifestações que não dependem das suas propriedades físicas, químicas ou farmacológicas habituais. De uma maneira geral, as substâncias antigénicas são de natureza proteica e actuam especificamente, quer dizer, dão origem a formação de anticorpos específicos; mas no entanto, esta especificidade pode alterar-se, diminuir ou até mesmo desaparecer, sob determinadas condições como, por exemplo, pela acção do calor, de produtos químicos ou de fermentos digestivos. Mas, há também substâncias que, só por si, não podem formar anticorpos, o que equivale a dizer que são incapazes de provocar sensibilizações; contudo, podem desempenhar funções alérgicas, desde que se combinem com uma proteína que lhes sirva de introdutor. Neste caso, uma vez formado este grupo «antigénico-conjugado» que Landsteiner chamou «apteno», e

uma vez sensibilizado o organismo por ele, já a fracção apténica pode desencadear isoladamente a sintomatologia alérgica. É o caso da sensibilização a medicamentos de natureza química como, por exemplo, à aspirina ou à piramidona.

São numerosos os alimentos que podem desempenhar o papel de alérgenos. No recém-nascido ou lactente de poucos meses, o leite é o primeiro em que há a pensar. Ovos, carnes, peixes e mariscos entram na série com frequência. As farinhas são talvez o alimento que, nas crianças, mais vezes produz sensibilização. Pelos frutos, não é rara quando são administrados cedo à criança, como sucede com a laranja e a banana. As sementes oleaginosas e o cacau, quer só, quer sob a forma de chocolate, não raramente actua. E outros géneros podem ter acção de esta ordem, o que leva tanta vez a dificuldades enormes na designação do alérgeno em questão.

O papel que cabe às bactérias como alérgenos é problema muito mais complexo e de mais difícil interpretação do que o das alergias provocadas por outros elementos quer sejam ou não de natureza proteica. Apesar de opiniões divergentes, a existência de uma verdadeira alergia bacteriana é hoje aceite por quase todos os autores, o que em grande parte corresponde ao que se observa na prática corrente.

A seguir, por ordem de frequência, vêm as poeiras e de estas, como mais importante, mesmo na infância, o pó da habitação humana, no qual podem existir muitas e variadas substâncias, tais como pêlos e caspa humana ou de animais, elementos do recheio de colchões, de almofadas ou de estofos vários, fragmentos de tapetes e de tecidos, partículas de alimentos e de calçado, de insectos, de madeira, de flores, de arbustos, etc., etc. Há casos em que pode responsabilizar-se um ou outro dos seus componentes, mas também acontece que todas as investigações feitas nesse sentido não apurem qual é a sua fracção alérgica. Figuram ainda, embora com menor importância, o pó do material de enchimento dos colchões e almofadas, nomeadamente a palha de milho, a sumaúma e a lã e mais raramente, por menos usadas, a crina, as penas e a lã de cortiça.

Todas as outras poeiras que nos adultos representam factor etiológico importante na génese de certos tipos de asma, na infância ficam situadas em plano secundário, sendo os casos muito pouco frequentes; assim sucede com os pólenes, e em parte com os fungos.

Finalmente, há que considerar os agentes físicos, que, segundo Duke, provocam dois tipos de manifestações: um, a que chamou «alergias físicas do tipo reflexo», nas quais os sintomas apresentados pelo doente são de ordem geral traduzindo-se, por exemplo, por taquicárdia, palidez, náuseas e às vezes até colapso circulatório que pode levar à morte; outro, a que chamou apenas «alergias físicas», é caracterizado pela resposta anómala de certos doentes à acção do frio, calor, luz, pressão e até mesmo ao esforço físico ou mental, sendo a sintomatologia constituída por apa-

recimento de urticária localizada ao ponto atingido ou generalizada, edema de Quincke, asma, coriza, enxaqueca e às vezes fenómenos articulares.

Este tipo de alergias, pouco frequente nas crianças, em regra não reveste um carácter grave, a não ser que tenha como consequência o desencadeamento de um colapso circulatório ou de intenso edema da glote, ocorrências estas que não podem considerar-se como raridades. Algumas crianças tidas como boas nadadoras têm sido vítimas de um banho de mar, atribuindo-se a morte ao afogamento. No entanto, tem-se verificado pela autópsia a ausência de água nos pulmões e a presença de um edema oclusivo da glote que levou à asfixia.

A ingestão de alimentos muito quentes ou muito frios, pode ser o bastante para desencadear a crise em doentes predispostos.

A sensibilidade à luz manifesta-se apenas a certos raios do espectro solar e, pelo menos nalguns casos, parece ser devida à presença de substâncias foto-sensibilizantes na pele.

Se bem que haja alergias puramente devidas a agentes físicos constituindo uma verdadeira entidade clínica, que tem sido comprovada pela transferência passiva, em grande número de casos encontra-se na história destes doentes sensibilizações a certos alergenos, particularmente alimentares ou medicamentosos. Nestas circunstâncias, os agentes físicos actuariam como elementos provocadores ou desencadeantes.

A acção agressora dos alergenos provoca uma reacção de defesa, passando certas células a fabricar aquilo a que teóricamente se chamou «reaginas», espécie de anticorpos específicos. Cria-se a sensibilização celular a nova agressão, e quando o alergeno não é neutralizado pelos anticorpos circulantes, a reacção antigénio-anticorpo dá-se dentro das células, donde decorre a sintomatologia de características relacionadas com o órgão mais afectado. Mas os fenómenos não deixam de passar-se em todo o organismo. Assim se compreende a alternância das localizações do choque embora razões locais, de irritação, ou predisposição hereditária, possam dar certa constância no tipo das manifestações, como se observa principalmente a respeito da asma brônquica.

O A. passa a descrever esta afecção, expondo a sintomatologia, quer nas formas agudas, quer na forma insidiosa, a mais habitual. Trata da fisisiopatologia, da anatomia patológica, das lesões que aparecem como complicações da asma, e da influência exercida pela interferência de outras doenças que, como a tosse convulsa, a pneumonia, as febres eruptivas, e as inflamações das vias respiratórias, são factores de agravamento. E passa ao diagnóstico diferencial, sobre o qual, embora o quadro clínico da asma brônquica seja bem conhecido e em regra facilmente diagnosticável pode haver confusão, por vezes, com outras situações; e o diagnóstico de asma não deve ser posto com ligeireza, baseado apenas na impressão que deixa à primeira vista o aspecto do doente. As dúvidas, nas crianças abaixo dos 2 anos pode dizer-se que não existem, mas mais tarde não é raro surgirem.

Muitas crianças, sem história familiar de alergia, podem apresentar durante uma infecção respiratória aguda, um certo grau de espasmo brônquico, acompanhado de dificuldade respiratória, de pieira e de fevres. Nalguns casos é tão marcado este tipo de reacção que pode sugerir uma forma de reactividade constitucional que de resto costuma ser transitória e atenuar-se com o decorrer dos anos. Como elementos negativos de diagnóstico diferencial, servirão a ausência de hereditariedade alérgica e de outras manifestações do mesmo tipo, a falta de eosinofilia e a ineficácia da adrenalina.

A asma cardíaca é muito rara nas crianças, mas estão citados casos deste género que deram origem a dispneia nocturna com carácter periódico; aqui também a história anterior, e particularmente a auscultação cárdio-pulmonar, servem o diagnóstico.

Nas crianças, a tosse convulsa pode simular a asma, em especial nos casos que se acompanham de tosse espasmódica. O diagnóstico será feito pela cultura das gotículas da tosse, pela análise de sangue em que predominam os linfócitos nos primeiros estádios, pela presença do guincho característico e pela falta de história familiar ou individual.

Na difteria laríngea, a afonia quase nunca falta e o progresso da estenose desenvolve-se pouco a pouco, mas nunca com a rapidez com que se instala um edema da glote de natureza alérgica. A dispneia é nitidamente inspiratória e a presença de falsas membranas ou de secreção nasal sero-sanguinolenta, aliada ao exame bacteriológico, contribui muito para o esclarecimento do caso.

A hipertrofia do timo, em crianças de pouca idade, pode motivar dificuldade respiratória por compressão da traqueia, sendo o seu diagnóstico feito pelos raios X.

Os gânglios linfáticos traqueobrônquicos podem adquirir um volume suficiente para originar sintomas de dispneia que, às vezes, reveste um tipo expiratório. A ausência de resposta à adrenalina, o exame radiológico e o resultado da prova à tuberculina, são elementos de valor incontestável para a confirmação do diagnóstico.

Os sintomas motivados pela presença de um corpo estranho nos brônquios, confundem-se às vezes com a asma; mas a orientação do diagnóstico é permitida pela anamnese, pelos sinais de auscultação predominando de um só lado e, particularmente, pela broncoscopia ou pelos raios X, quando se trate de uma substância impermeável a estes raios. Um corpo estranho localizado no esófago, pode comprimir também a traqueia, pelo seu volume ou pelo edema secundário a que dê origem.

Além de estas situações clínicas devem ainda ser considerados no diagnóstico diferencial: o bócio mergulhante, que algumas vezes é congénito; a estenose cicatricial da traqueia que pode ter ficado como consequência de uma supuração dos gânglios do mediastino ou da permanência demorada de um corpo estranho; a laringite subglótica com edema; os pólipos da traqueia ou da laringe; o abscesso pulmonar; a

pneumonia ou bronco-pneumonia; as atelectasias maciças ou o pneumotórax espontâneo.

Dos dados laboratoriais, a eosinofilia é talvez o mais característico fenómeno hematológico verificado nos estados alérgicos mas, no entanto, em casos duvidosos, não se pode fundamentar o diagnóstico apenas na sua existência, visto que, tanto pode faltar algumas vezes, como pode apresentar-se em várias situações clínicas. Só quando a sua presença se associa a uma história familiar ou pessoal e a um quadro clínico característico, servirá para fundamentar o diagnóstico.

Outras modificações no sangue, e as que se oferecem na urina, interessantes no ponto de vista fisiopatológico, não tem valor diagnóstico.

Na asma não complicada, o escarro apresenta-se de cor cinzento-azulado, espesso e perlado; mas quando há bronquite crónica e bronquiectasias associadas sobretudo nos períodos de agudização, é purulento e às vezes hemoptóico, se a tosse é violenta. No acme do acesso, encontram-se eosinófilos em grande percentagem, chegando a atingir 80 %. Nas crianças maiores com asma crónica, as espirais de Curshmann e os cristais de Charcot-Leyden, raramente se encontram.

A hipoquília ou até mesmo a aquília, constitui achado frequente nos primeiros anos de vida, em especial, quando predominam as sensibilizações alimentares, sendo de admitir que estas sejam justamente uma consequência da deficiência secretória e não a sua causa.

As alterações radiológicas dependem das perturbações fisiológicas inerentes aos acessos: distensão do tórax, hiper-transparência dos campos pulmonares, diminuição das excursões respiratórias com descida do diafragma, etc.

Duas palavras sobre prognóstico e profilaxia. Quanto ao prognóstico, pode dizer-se que, nestes últimos decénios, melhorou consideravelmente, graças a uma noção da doença mais exacta, por um lado, e ao aperfeiçoamento dos processos terapêuticos, por outro. «Quod vitam» é favorável, pois constitui raridade que uma criança morra em consequência da doença; mas sob o ponto de vista da capacidade vital, depende dos numerosos factores que podem intervir na etiologia, sendo tanto melhor quanto mais eficazmente se puder fazer tratamento causal e se evitem sensibilizações secundárias. Quanto à profilaxia, dois pontos fundamentais: evitar os contactos com substâncias sensibilizantes e adaptar a criança por um modo de viver natural a todos os factores do ambiente.

Quanto ao tratamento, grandes progressos se realizaram nos últimos tempos, permitindo, muita vez, fazer uma terapêutica específica. Mas é preciso partir do princípio de que o síndrome alérgico se prende com toda a patologia médica, e não pode ser tratado pela simples dessensibilização ao alérgeno incriminado.

Deixando de lado métodos muito especializados, o A. refere aqueles que podem ser utilizados por qualquer médico.

Quando a crise de asma aparece pela primeira vez em crianças cuja

idade lhes permite dar conta do seu estado, cria-se uma situação que muito as preocupa e amedronta, pondo-as num estado de ansiedade que desde logo se revela e que geralmente se comunica à família. A primeira coisa a fazer em tais circunstâncias é tranquilizar o doente, inculcando-lhe esperança e optimismo, ao mesmo tempo que se procurará suprimir toda e qualquer manifestação que o possa emocionar, chamando também a atenção dos pais para o que representa para a criança a sua atitude de pânico. Depois disso, colher os dados anamnésicos e de observação para o diagnóstico e, se de asma se tratar, o que urge fazer é eliminar a crise; e para isso, dispomos de vários recursos que a seguir se mencionam.

A adrenalina é um dos medicamentos que se usam há mais tempo para cortar rapidamente a crise de asma, sendo a solução a 1/1.000 a melhor, visto que pode trazer alívios em poucos minutos, na grande maioria dos casos. Quanto mais cedo for ministrada, menores serão as quantidades requeridas, devendo estas ser sempre pequenas e feitas por via hipodérmica. Não se têm verificado efeitos prejudiciais deste medicamento mesmo quando são necessárias repetidas injeções por dia que, neste caso, deverão ser feitas com intervalos de meia a uma hora, conforme a evolução do acesso, desde que as doses não sejam excessivas. Nas crianças abaixo dos cinco anos, as doses iniciais serão de 0,1 a 0,3 cc., podendo subir até 0,4 se não houver reacções desagradáveis; dos cinco aos doze anos, poderá começar-se por 0,2 a 0,3 cc. chegando, se necessário, até 0,5 de cc. Sempre é bom empregar doses pequenas por que são tão eficientes como as grandes e provocam muito menos reacções secundárias: nervosismo, excitabilidade, taquicárdia, cefaleias, extra-sístoles e vômitos. Quando existe simultaneamente uma infecção das vias respiratórias, o efeito do fármaco é menos pronunciado, requerendo aplicações mais frequentes. Consegue-se uma acção mais demorada, que pode ir até doze e mais horas, usando a suspensão oleosa de adrenalina, na percentagem de 1/500, que se injectará por via subcutânea e na dose de 0,4 a 0,5 cc. Nos casos de asma contínua e grave, pode às vezes haver ineficácia terapêutica, motivada quer pela presença de rolhões de muco adherentes à parede dos brônquios provocando a sua oclusão parcial, quer por uma habituação à droga que não é raro observar nos doentes submetidos ao seu efeito frequente e prolongado.

A efedrina tem as mesmas indicações que a adrenalina e emprega-se por via oral nas seguintes doses: para lactantes, 0,008; de 1 a 7 anos, 0,015 e acima desta idade, 0,025. Serve apenas para casos ligeiros, não tem qualquer acção preventiva e a sua administração prolongada pode dar habituação e originar sintomas secundários molestos, tais como ansiedade, quebramento, náuseas, vômitos, insónia, tremor, sensação de frio, anorexia e por vezes tenesmo vesical. Os preparados sintéticos afins à efedrina, possuem em menor escala a capacidade de provocarem fenómenos secundários, usam-se nas mesmas doses, têm as mesmas indicações e, dentre eles, o que se emprega mais correntemente é a efetonina.

Um preparado sintético semelhante à adrenalina, conhecido por Isuprel, aleudrina ou isopropilarteronol, tem um poder broncolítico maior do que o da adrenalina e, ao contrário desta, não tem efeito hipertensivo; mas em compensação, provoca fenómenos secundários muito mais intensos e até perigosos que se traduzem por acentuada taquicárdia, mal-estar geral e lipotímias. Pode empregar-se por via oral, parentérica ou em nebulizações (solução a 1/200). O A., pela experiência pessoal já adquirida com este medicamento, não o aconselha nem o usa actualmente sob qualquer forma.

A ortoxina (cloridrato de metoxifenil-isopropilmetil-amina) é um novo medicamento de efeitos terapêuticos idênticos aos da efedrina e que actua bem nalguns casos de asma não muito intensa. Emprega-se com vantagem nos doentes que respondem mal à efedrina pois os seus efeitos secundários são muito menos pronunciados, traduzindo-se apenas por ligeiras palpitações. As doses correntes para as crianças maiores são de 25 e 50 miligramas, que podem repetir-se três a quatro vezes por dia e com intervalos de três a quatro horas.

A aminofilina é um medicamento de grande eficácia para cortar uma crise de asma, desde que seja administrada por via intravenosa; mas há que ter cuidado especial em que não saia da veia pois as soluções, que são alcalinas, têm um forte poder irritativo. A injeção intramuscular é extremamente dolorosa, irritante para os tecidos e muito menos eficiente. Em supositórios, proporciona alguns alívios, embora não sejam tão acentuados como os obtidos pela injeção intravenosa; no entanto, nem sempre é bem suportada, pelo seu efeito de irritação local. Com frequência é usada pela boca, quer isoladamente quer associada aos barbitúricos e à efedrina; mas com facilidade provoca anorexia, náuseas ou vômitos, também pela acção irritante que exerce sobre a mucosa do aparelho digestivo. Como efeitos secundários, pode haver náuseas, vômitos, hipotensão, colapso vasomotor e síncope, sintomas estes que serão rápida e eficazmente debelados pela injeção de epinefrina; e ainda insónia, derivada da sua acção excitante sobre o córtex cerebral.

A cafeína, pelas suas propriedades analépticas e, dentro de certo modo, broncodilatadoras, poderá beneficiar o doente, sobretudo quando se trata de casos resistentes à adrenalina. As doses serão as habituais, podendo repetir-se com intervalos de cinco a seis horas.

O luminal usa-se em pequenas doses, 0,01 a 0,015, associado à efedrina ou à efetonina, para contrabalançar as reacções vasomotoras provocadas por estas, fazendo parte de quase todas as numerosas fórmulas antiasmáticas que inundam hoje o comércio farmacêutico. Por outro lado, emprega-se também nos casos de asma que se acompanham de um estado psiconeurótico ansioso. Nestes casos, o melhor sedativo é o hidrato de cloral, visto ser o único que não exerce qualquer efeito respiratório depressivo.

A khellin ou visammin, um dos princípios da Ammi Visnaga, há

relativamente pouco tempo introduzida entre nós, foi, de princípio, usada para o tratamento sintomático da angina de peito. Pouco a pouco, reconhecendo-se as suas propriedades anti-espasmódicas sobre a fibra lisa, passou a ser empregada em muitas outras situações clínicas, entre elas a asma. É uma droga cuja absorção e difusão por todo o organismo é rápida, podendo mostrar os seus efeitos dentro de cinco a sete minutos, mas que se acumula, não sendo portanto raros os fenómenos acessórios que provoca: náuseas, cefaleias ligeiras, obstipação ou diarreia, tonturas, sonolência ou insónia e urticária ou dermatite, aumentando a sua frequência na razão directa das doses empregadas. Usa-se, em geral, por via intramuscular, mas é também activa por via gástrica, quer isoladamente quer associada a outros fármacos com propriedades idênticas.

Em certos casos da asma intratável, o éter pode trazer benefícios usado em inalação até provocar a narcose. Nestas circunstâncias, nunca se deve empregar a morfina ou a atropina como preparação pré-anestésica, visto que, além dos perigos inerentes a estas drogas, os doentes voltam à situação em que estavam, após o despertar.

A morfina, cujo emprego é ainda citado nalguns tratados de medicina, para usar se os outros recursos falham, é o medicamento mais perigoso que se pode usar nos alérgicos. Exercendo um poderoso efeito depressivo sobre o centro respiratório, já de si exausto nestes doentes, e suprimindo o reflexo da tosse, impede a desagregação do muco ao nível dos pequenos brônquios; e, então, quando não mata por síncope respiratória, mata por asfixia. E os efeitos perigosos da morfina não se limitam a isto. Além do choque por sensibilização à droga, que se observa muitas vezes, tem a propriedade de libertar histamina a partir das células epiteliais, aumentando assim o espasmo brônquico. Em suma, devem sistematicamente banir-se da terapêutica anti-alérgica não só a morfina como todos os derivados do ópio, nomeadamente a codeína, tebaína, apomorfina e papaverina que, tanto como a primeira, são bons produtores de histamina. Também a atropina está contra-indicada, por diminuir as secreções brônquicas, aumentando as dificuldades que o doente já tinha para se libertar delas.

Como terapêutica auxiliar, prestarão bons serviços os medicamentos expectorantes, tais como o iodeto de potássio, terpina, cloreto de amónio, benzoato de sódio, etc., havendo hoje numerosas fórmulas especializadas, mais ou menos complexas, mas cuja base assenta nas drogas acima referidas. Nas crianças em situação grave de asma e nas quais a aspiração brônquica é difícil, consegue-se muitas vezes que expulsem quantidade apreciável de muco, que estava obstruindo os brônquios, mediante a administração de um vomitivo, por exemplo o xarope de ipeca na dose de duas colheres de chá.

Os anti-histamínicos, de efeito sintomático apreciável em muitas formas de alergia, têm pouca utilidade na maioria dos casos de asma, a não ser naqueles em que o factor etiológico principal esteja a cargo dos

alimentos. No entanto, pelo efeito hipnótico secundário que muitos deles desenvolvem, podem beneficiar o doente quando administrados à noite.

Conforme já foi dito, na maioria dos casos de asma bacteriana, a crise vem precedida de coriza catarral comum, de bronquite aguda e, numa ou noutra ocasião, de broncopneumonia ou de pneumonia. Em tais circunstâncias, a pronta intervenção dos antibióticos ou das sulfamidas, pode ter um efeito preventivo ou até mesmo curativo, visto que não é raro assistir-se à cessação da asma no decurso do tratamento. Quanto mais precocemente forem administrados, melhores e mais rápidos serão os resultados obtidos; mas, no entanto, é bom frisar que, só por si, são ineficazes como antiasmáticos, não dispensando por isso o concurso dos broncolíticos. Por outro lado, e como é lógico deduzir, não pode também esperar-se deles qualquer interferência benéfica nas formas de asma dependentes de outros alérgenos, porquanto a sua actividade se exerce apenas sobre o componente infeccioso.

A inalação do fumo de certos pós antiasmáticos, quase todos à base de nitrato de potássio e folhas de estramónio, já é tempo de ser banida do arsenal terapêutico. Além do cheiro desagradável que deixam nas habitações onde são queimados, o seu efeito broncodilatador é pequeno, possuindo além disso uma acção fortemente irritante sobre as mucosas.

As situações clínicas de asma brônquica que sugerem uma terapêutica pelo oxigénio estão longe de ser tão numerosas como à primeira vista se poderia supor. Na realidade, há apenas uma: a cianose. Poucos medicamentos têm sido e continuam sendo manejados com tão grande despreocupação e confiança na sua inocuidade, como o oxigénio. No entanto, e particularmente nos casos de asma grave que se acompanham de enfisema, a sua aplicação pode ser perigosa ou até mesmo fatal. Quando se administra o oxigénio em altas concentrações, o sangue satura-se rápida e completamente, resultando disso uma forte diminuição ou até mesmo abolição do estímulo do centro respiratório que, como é sabido, se faz normalmente à custa da anoxemia. Como sintomas de intoxicação, referem os doentes dor retro-esternal ou nas extremidades e cefaleias. Mesmo que a cianose desapareça, tornam-se sonolentos, prostrados, confusos ou delirantes chegando a cair em coma ou até a morrer se a terapêutica se mantém. Além destes efeitos tóxicos de ordem geral, o oxigénio em altas concentrações pode motivar ainda irritação da mucosa nasal, da traqueia ou dos brônquios, que se observam já quando a percentagem deste gás é de 75 ou 60 %. Por tudo isto, quando indicada, o que é raro, a administração do oxigénio requer cuidadosa e constante vigilância do doente, devendo ser interrompida logo que se manifeste qualquer sintoma tóxico.

O helium, em combinação com o oxigénio, tem-se empregado nos Estados-Unidos; mas exige grande vigilância, tenda especial e é de elevado custo, pelo que não é praticável entre nós.

Da cortisona, como para todas as doenças para as quais se tem indicado, não se pode esperar efeitos curativos, mas única e simplesmente

efeitos sintomáticos de maior ou menor duração. Até há pouco tempo usou-se entre nós apenas por via parentérica, podendo agora empregar-se também por via gástrica ou em aplicação local. Por via intramuscular o seu efeito é tardio sendo geralmente necessárias 24 a 48 horas para que se manifeste; mas em compensação mantém-se por mais tempo. Por via gástrica é de acção mais rápida embora fugaz. Quando, no decurso de um tratamento, se tenha de transitar da forma injectável para a forma oral, teremos que contar com o efeito da última injeção que tenha sido aplicada. Neste sentido, a fim de evitar excesso de dosagem, devem administrar-se pequenas quantidades de início, aumentando-as progressivamente nas 24 ou 48 horas seguintes. A aplicação local, directamente sobre os brônquios, é inovação recente, pouco prática. Como a cortisona não actua desde logo, não está contra-indicado o emprego dos broncolíticos enquanto for necessário; por outro lado, podem e devem usar-se simultaneamente outras medidas terapêuticas, em especial os antibióticos, quando exista ao mesmo tempo uma infecção associada. Trata-se de uma droga que requer certos cuidados e que tem as suas contra-indicações, não podendo ser manejada com a mesma segurança que nos dá a epinefrina. Nas crianças, a posologia não está ainda estabelecida com exactidão, parecendo todavia que não fica muito distante da que se emprega nos adultos. E o que fica dito sobre a cortisona pode ser aplicado ao ACTH.

O tratamento por nebulizações está em voga; caiu bem no conceito de muitos médicos e foi aceite com simpatia por grande número de doentes. Mas, como todas as novidades terapêuticas, depois dos primeiros êxitos e de considerar os factos à luz trazida pela experiência, verificou-se que não se pode depositar no método a confiança que primeiramente lhe foi dispensada. Vários autores dixaram de o utilizar, mesmo com antibióticos, as drogas mais indicadas para com o método se obterem resultados favoráveis. Os vários fármacos que também se tem empregado em nebulização não lograram aceitação geral; e podem dar, como sucede com a adrenalina, efeitos desagradáveis, por irritação da mucosa das vias respiratórias. O A. pouco emprega o método, porque, além de ser bastante dispendioso, não viu que os resultados obtidos fossem superiores aos que consegue com as técnicas correntes.

Como tratamento complementar da asma, têm sido usados com efeito mais ou menos favorável, a diatermia por ondas curtas, os ultrasons e os raios X. Formigal Luzes entre nós e Sholtz na Alemanha, referem bons resultados com a ultrassonoterapia em certos casos de asma, tendo verificado uma sensação de bem-estar, diminuição dos sinais de auscultação e maior facilidade em expectorar depois de seis a dez aplicações. A diatermia é útil quando há uma bronquite associada e os raios X podem ter influência favorável, desde que sejam aplicados com a técnica apropriada a estas situações patológicas.

O tratamento hidromineral, um dos mais antigos, a princípio usado empiricamente e assente hoje em bases científicas, embora os casos em

que está indicado tenham diminuído proporcionalmente ao avanço da patologia médica, conserva ainda hoje um lugar que não deve ser desprezado. A acção inespecífica útil, provada pelos estudos de Moraes Sarmiento e Bruno da Costa, da injeção das águas de Vidago, pode ser aproveitada. As águas de Entre-os-Rios, fortemente sulfurosas, radioactivas e de elevada alcalinidade, em regra bem suportadas por via gástrica, uma vez ingeridas, eliminam pelas vias respiratórias as substâncias sulfuradas, conseguindo-se, deste modo, uma mais fácil fluidificação e desagregação do muco aderente às paredes dos brônquios, e uma certa acção generalizada que se traduz por uma baixa da eosinofilia sanguínea acompanhando a melhoria do doente; também são empregadas na origem sob a forma de nebulização. A crenoterápia pode pois dar benefícios; contudo, não é aconselhável aos doentes que se encontrem numa situação de asma grave, ou com um estado orgânico débil.

Em muitos casos de asma que por vezes se apresentam rebeldes aos tratamentos modernos habituais, uma mudança de ambiente para um meio hospitalar pode trazer uma melhoria inesperada. Mas infelizmente, quando a criança voltar para casa, a asma voltará também, quer no próprio dia, quer pouco tempo depois, podendo este facto relacionar-se não só com o tipo de asma (alergenos da casa, factores psico-emotivos com reflexos condicionados, etc.), mas também com o tempo de internamento.

A indicação de clima como factor terapêutico na asma, não é fácil por não existir nenhum tipo que se adapte perfeitamente a qualquer forma desta doença. De um modo geral o que convém é mudar para clima diverso daquele a que o doente está habituado; tal como para a variação do ambiente psíquico.

Sendo frequente que os surtos de bronquite aguda, de bronco-pneumonia ou até mesmo de pneumonia precedam ou acompanhem a asma, os revulsivos estão muitas vezes indicados na sua terapêutica acessória, mas é preciso não esquecer que as velhas cataplasmas de linhaça que, em boa verdade, não perderam ainda o lugar conquistado, continuando a prestar bom auxílio nos casos que requerem a sua intervenção, nunca devem empregar-se nos asmáticos, que facilmente adquirem sensibilidade não só à linhaça mas também aos seus derivados, particularmente ao óleo, cujo emprego industrial é variado, entrando, por exemplo, na composição das tintas vulgares ou de imprensa, nalguns materiais com que se preparam as madeiras, nos que se usam para encerar pavimentos, etc. Devem substituir-se pelo calor húmido obtido com o saco de água quente sobre um pano molhado, areia quente humedecida ou uma massa de caulino feita com óleo. A mucosa das vias respiratórias dos asmáticos é de grande sensibilidade, podendo agir facilmente a pequenos estímulos não específicos e assim provocar a asma por via reflexa. Por esta razão, não devem empregar-se os revulsivos dotados de cheiros fortes, sobretudo aqueles que contenham amónia, essência de terebintina e muito menos mostarda.

No que se refere à proteínoterápia não específica, sublinha o perigo das injecções de leite; se o doente não tiver ainda sensibilização, pode vir a adquiri-la, e se já a tiver pode morrer de choque anafiláctico. O auto-sangue, tão usado a cada passo, também nos alérgicos tem os seus inconvenientes; uma vez fora dos vasos e injectado nos tecidos, o sangue actua como proteína estranha e, nestas condições, pode dar origem a reacções de vários tipos, de que estão citados na literatura numerosos exemplos.

As situações de asma infantil que necessitam tonificação cardíaca propriamente dita, são bastante raras, observando-se, em geral, só nas crianças que sejam portadoras de lesões valvulares congénitas ou adquiridas. De uma forma geral, os alérgicos são hipotensos e neles teremos muito mais oportunidade de usar os analépticos de acção central ou periférica, do que os medicamentos que actuam directamente sobre o coração, salvo nos adultos, asmáticos e enfisematosos, que acabam quase invariavelmente por fazer uma falência ventricular direita e nos quais a dedaleira proporcionará toda a sua benéfica interferência.

Considerar apto para uma intervenção cirúrgica um doente que sofre de bronquite e asma, constitui um problema importante, que tem de ser muito ponderado nos seus vários aspectos, antes e depois da operação.

Mais concretamente se põe os problemas das reacções a medicamentos. As reacções anormais que por vezes se observam nos alérgicos em consequência da administração de certas drogas podem assumir um carácter grave e são devidas a uma verdadeira alergia, a intolerância, a superdosagem ou a efeitos secundários.

Observam-se verdadeiras reacções alérgicas com a aspirina, certos arsenicais, a piramidona e o quinino; e ainda com a vitamina C, e sobretudo com a B₁. As provocadas pelas sulfamidas são conhecidas desde há quase tanto tempo como o que decorreu desde a sua entrada na terapêutica. Depois, os antibióticos, a principiar pela penicilina, mostraram ter a mesma propriedade. E os anti-histamínicos, quando empregados durante muito tempo, podem dar acidentes graves.

Embora não se trate de verdadeiras reacções alérgicas, mas de acções dependentes do próprio medicamento, é preciso não esquecer a hipersensibilidade de alguns doentes as doses das drogas inferiores às habitualmente usadas, e os resultados das superdosagens.

Rematando a revisão da terapêutica que temos sumariado, o A. escreveu as seguintes conclusões.

«— Com os tratamentos sintomáticos que acabamos há pouco de descrever, em regra, obtém-se efeito favorável e rápido. Mas no tratamento de fundo, ou seja na dessensibilização, é impossível chegar em curto prazo a resultado satisfatório necessitando para isso meses se não mesmo anos, o que requer muita paciência, cooperação e persistência da parte do doente ou da família. E, de entre eles, há muitos que não a têm e descreem.

TÍSIO 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

GRANULADO

PARA-AMINO-SALICILATO
DE CÁLCIO 3,4 gr.

Por medida = 4 gr.

ANTIBACILAR DE NOTÁVEL INOCUIDADE E GRANDE PODER INIBITIVO

Trata-se toda a vida com insulina um diabético grave que a isso deve a sua existência; trata-se uma anemia de Biermer com extractos hepáticos ou vitamina B₁₂, nas mesmas condições; imobiliza-se uma tuberculose óssea em aparelho gessado durante meses ou anos; mas o doente asmático, não se submete de boa vontade a um tratamento interpolado de alguns meses por ano (que de resto não lhe impede a sua vida habitual) se aquele não se revelar de todo eficiente desde o início da sua aplicação. E, se no seu decurso surge alguma crise, muitas vezes provocada por deslizes do próprio interessado, considera-se esta como reveladora da falência total do método.

Quanto mais cedo se inicie o tratamento, maiores serão as possibilidades de êxito, dependendo este, além do caso em si, também ainda dos conhecimentos do médico e do estudo que sobre ele fizer.

A resolução do problema não consiste apenas em fazer a dessensibilização para este ou aquele alergeno, mas sim em estudar e tratar o doente alérgico, com a sua constituição orgânica e psico-somática especial, portador muitas vezes de outros estados patológicos que necessitarão de tantos ou de maiores cuidados do que a alergia que motivou a consulta.

Por esta razão nos reportamos mais uma vez às palavras de Vaughan, quando afirma muito judiciosamente que não existe lugar dentro da medicina para o chamado «especialista em alergia» posto que todo aquele que pretenda praticá-la terá que possuir, acima de tudo, sólidos conhecimentos de toda a patologia médica.

Poderemos afirmar com a segura convicção que nos é dada pela experiência adquirida nestes últimos dez anos que os métodos existentes actualmente para o estudo e tratamento dos doentes alérgicos, permitem encarar com maior optimismo as possibilidades de conseguir, para a grande maioria deles, o regresso a uma vida praticamente normal.

Evidentemente, tratando-se de um estado orgânico constitucional que a maior parte das vezes já nasce com o indivíduo, não poderemos pretender mudá-lo como não poderemos mudar também a cor dos seus olhos ou a configuração do seu rosto. Por isso, não consideramos a asma uma doença curável na verdadeira acepção da palavra; mas, se encararmos o problema sob este aspecto, teremos lamentavelmente que constatar também que a maior parte dos processos patológicos que afligem a humanidade, não podem ter melhor augúrio.

Que esperança de cura total e definitiva poderemos ter quando se nos depara um doente com uma endocardite mitral ou aórtica já estabelecida após reumatismo que decorreu há anos? E que esperança poderemos ter igualmente na cura de uma diabetes juvenil ou na de uma doença de Addison? — No entanto, ninguém se atreverá a dizer que não vale a pena tratar por ser impossível obter êxito definitivo.

É para lastimar que a terapêutica dos doentes alérgicos e as suas possibilidades de recuperação que, mais uma vez afirmamos, já hoje são grandes, tenha sido menos prezada por alguns que nela não crêem e por

isso a colocam em plano afastado. Mas, de um modo geral, começa felizmente entre nós a dedicar-se a este interessante e prometedor capítulo da medicina a atenção e carinho a que tem direito e para cujo fim perseverantemente vimos lutando desde há anos, honestamente convencidos dos benefícios que com isso poderemos trazer a milhares de doentes atormentados por tão molestos sofrimentos.

Provado está que é cada vez maior o seu número, mas por isso mesmo não nos devemos deixar conduzir sugestiva e tendenciosamente para o diagnóstico das doenças alérgicas a fim de que o conceito sobre elas não venha a adquirir aquele que teve a «colite» na época em que Axel Munthe a descreveu no seu «Livro de San Michel». —»

PROTROMBINA E ACELERINA NO SANGUE DOS RECÉM-NASCIDOS. —

Estudando o problema da coagulação sanguínea, para interpretação da patogenia da doença hemorrágica dos recém-nascidos, os AA. dedicam este artigo à exposição das suas investigações sobre o teor da protrombina, e sobre a acelerina, nome que recentemente foi proposto para evitar a desorientação provocada pelas designações variadas que se deram ao factor plasmático activador da protrombina, diferente da tromboplastina.

Quanto à protrombinemia nos recém-nascidos, os resultados foram semelhantes aos registados por outros autores, de baixa nas primeiras horas de vida, na maioria dos casos, seguida por variável evolução.

Quanto à influência da acelerina sobre o tempo de protrombina, notaram que acção activadora da coagulação é menos nítida nos recém-nascidos, embora no seu sangue não haja, na maior parte das vezes, uma taxa de acelerina inferior à normal; e relacionando os tempos da acelerina e da protrombina, viram que os valores baixos da protrombina dependem apenas levemente das variações da acelerina.

FIBRINOGENEMIA DO RECÉM-NASCIDO. —

Prosseguindo no mesmo tema, os AA. concluem das suas investigações que, embora não haja, globalmente, no recém-nascido, uma diminuição na taxa de fibrinogénio de suficiente valor estatístico, aparecem contudo casos isolados em que as cifras são bastante baixas. Estes valores podem corrigir-se rapidamente. No entanto nem sempre a taxa do nascimento sobe nos primeiros dias de vida. Às vezes sucede o contrário e registaram ao 6.º dia cifras bastante baixas em alguns casos que as não apresentavam ao nascer. Este facto permite aceitar que, por vezes, associando-se com alterações de outros factores da coagulação actuando sinèrgicamente, a diminuição do fibrinogénio possa ter importância patogénica na tendência hemorrágica do R. N. Merece ser destacado que, com certa frequência, no primeiro dia de vida não se forma uma rede compacta de fibrina, como sucede habitualmente; pode-se possivelmente considerar este facto como uma manifestação de deficiência funcional do fibrinogénio, a fibrinoastenia a que outros autores já têm feito referência.

TERAPÊUTICA DAS NEOPLASIAS MALIGNAS DA INFÂNCIA. — Recordando que a disseminação do processo é tanto mais fácil quanto o indivíduo é mais novo, e aduzindo a citação de variadas neoplasias, conclui que todo o tumor benigno em criança deve ser explorado e de preferência extirpado, e que os tumores malignos quando anatomicamente são operáveis devem ser extirpados; contra as regras usuais da oncologia no adulto, quando a extirpação não for completa, a roentgenterapia completará o acto cirúrgico.

CLÍNICA DAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS. — Trata-se da exposição dos sinais que permitem um diagnóstico exacto, colhidos pela anamnese e pela observação do doente, indicando as técnicas, as indicações e os resultados dos métodos de exame mais especializados; revisão que não é susceptível de resumo, tendo de levar o leitor que pelo aumento se interesse a consulta directa do trabalho,

JORNAL DO MÉDICO. — N.º 515 (6-XII-1952): *Paramiloidose de forma nevritica*, por Diogo Furtado, Amílcar Gonçalves e Orlando Carvalho; *Diagnóstico biológico à gravidez*, por Alvito Fernandes. N.º 516 (13-XII): *Origens e evolução da medicina lusitana*, por Arnaldo de Moraes; *Ecos das Jornadas Médicas Luso-Brasileiras*, por Barahona Fernandes; *Três discursos proferidos nas Jornadas*, por Diogo Furtado; *Saudação aos médicos portugueses*, por Carlos de Barros. N.º 517 (20-XII): *A terapêutica do cancro*, por Francisco Gentil; *Primeiros resultados de um pequeno ensaio ergoterápico*, por J. Seabra Dinis; *A localização dos aneurismas cerebrais pela sintomatologia ocular*, por A. Franceschetti, G. Maeder e C. Balavoine. N.º 518 (27-XII): *Alergia tuberculínica*, por J. Ferreira de Carvalho; *A alergia e a evolução da terapêutica*, por J. Correia Guimarães; *Manifestações oculares das cervicartroses*, por R. Pigassou e A. Calmettes.

ALERGIA TUBERCULÍNICA. — De trabalho efectuado em escolares, o A. concluiu:

1.º — Elevadas sensibilidades justificam observação completa dos infectados, tão completa que forneça conhecimento perfeito dos seus estados; elas traduzem com frequência estados lesionais em actividade, especialmente tratando-se de gente de tenra idade.

2.º — É leve a sensibilidade pós-vacinal; as atipias permitem pensar que se vacinou em período pré-alérgico ou eclodiu infecção natural em seguida à vacinação, se não existe reactividade anormal de origem constitucional ou accidental.

3.º — A tuberculinização em massa informa a incidência epidemiológica da tuberculose.

4.º — A gravidade do primo-infecção varia conforme os grupos etários a que se reporta; ela é especialmente grave nos primeiros anos de vida, na puberdade e na juvenilidade.

5.º — Tuberculinizações seriadas permitem tomar-se conhecimento, não poucas vezes, de estados de reinfeccção.

O MÉDICO. — N.º 67 (5-XII-52): *No signo de Hipócrates: a questão da leucotomia*, por Barahona Fernandes; *Volemia e protidemia nos operados*, por Ernesto Morais e Eurico Alegria; *Medicina do trabalho*, por Rocha Páris, N.º 68 (15-XII): *Temas médicos para toda a gente*, por J. Andresen Leitão; *Problemas circulatórios*, por Celso Horta e Vale; *Divagação a propósito da Misericórdia do Porto*, por M. da Silva Leal, N.º 69 (25-XII): *Prefácio do livro de lições clínicas do IV Curso de aperfeiçoamento*, por M. Cerqueira Gomes; *Infeccções piogénicas da pele*, por Juvenal Esteves; *Serviços médicos-sociais para emigrantes*, por F. Fernandes Coito; *Epidemia de salmonelose typhimurium* (conclusão do Número anterior), por Lopes Dias.

EPIDEMIA DE SALMONELOSE TYPHIMURIUM. — Em Lentiscais, pequena localidade da região de Castelo Branco, de escassos 600 habitantes, o A. observou e estudou uma doença epidémica que atacou mais de uma centena de pessoas; que adoeceram bruscamente, com sintomatologia predominante de gastro-enterite aguda, horas depois de um jantar de festa de casamento; contam-se também os doentes nos pobres que ingeriram o que sobrou do repasto. A doença evolucionou para a cura, observada dentro de três ou quatro dias, em todos os casos, excepto num, em que a incubação foi mais demorada e a doença de forma grave, com restabelecimento só passadas semanas.

Puseram-se as várias hipóteses que o surto epidémico sugeria, mas as investigações laboratoriais, pela coprocultura e reacções serológicas, mostraram tratar-se de infecção pela salmonela typhimurium. Afastada a possibilidade de transmissão pela água, o estudo da ementa do referido jantar levou a incriminar os ovos, e depois de várias averiguações bacteriológicas em ratos, ovos e fezes das galinhas da povoação, sem resultado, obteve-se a identificação da salmonela na capoeira do pátio da casa onde se dera o festim. Por inquérito adequado apurou-se que meses antes havia grassado na localidade uma mortífera epizootia murina e uma epizootia galinácea de diarreia branca. O encadeamento dos dados permite afirmar que a epidemia teve origem nos ovos das galinhas da mencionada casa, acumulados durante largo tempo, junto de outros vindos de fora.

A propósito, o A. passa em revista o capítulo das toxi-infeccções alimentares, sugerindo que devem incluir-se na lista das doenças de declaração obrigatória, para averiguação da etiologia, que pode ser diversa, e para as consequentes medidas profilácticas.

Finalmente, descreve um caso de tifo murino, o qual começou por quadro de toxi-infecção alimentar, seguindo-se a breve trecho a sintomatologia de tifo abdominal.

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

Tratamentos modernos da tuberculose osteo-articular

Foi este o tema de um dos relatórios apresentados para discussão no VIII Congresso Espanhol de Pediatria, realizado em Outubro de 1952, da autoria de E. ROVIRALTA, cujas conclusões vem publicadas em *Acta Pediátrica Española* (Nov. de 1952).

O emprego de novos medicamentos bacteriostáticos trouxe importantíssimo progresso à terapêutica pelos métodos estabelecidos antes do seu aparecimento. Se a mortalidade neste ramo da tuberculose infantil era já muito baixa, a evolução da doença torna-se mais curta (com vantagens manifestas de ordem social e económica) e diminuem as probabilidades de surgirem outras localizações. Também o futuro dos casos graves (quase sempre devidos a falta de tratamento ou a tratamento mal conduzido) melhorou notavelmente.

Isto, porém, não implica com o reconhecimento de que, conjuntamente com as novas drogas, devem observar-se, com a maior disciplina, os postulados incruentos clássicos, cuja eficácia é notória: repouso absoluto, vitaminoterapia, alimentação adequada, climatoterapia, punção asséptica dos abscessos, etc. Relativamente a actuações cirúrgicas, associadas às novas drogas, sem negar a existência de algumas indicações insubstituíveis, a abstenção deve ser a norma a adoptar. Contra as operações anquilosantes nos processos articulares dos membros, deve ter-se em conta a actual probabilidade de conseguir cura funcional perfeita, ou pelo menos satisfatória, em elevada percentagem de casos.

Há inconstância nos resultados que se colhem em doentes clinicamente semelhantes, o que impossibilita assentar prognósticos, e portanto, ao começar um tratamento, dizer o que vai dar, e especialmente quanto tempo terá de durar. Assim acontece que, por exemplo, no mal de Pott, enquanto uns doentes curam definitivamente, outros tem recaída, depois de meses em que a cura parecia ter-se efectuado. E é difícil evitar tais recaídas, pois não é lícito prolongar sistematicamente a imobilização com prejuízo dos que estão de facto curados; talvez seja aconselhável o emprego de outra droga consecutivo à obtenção da cura clínica.

O interesse em começar o tratamento o mais precocemente possível é notório; é universalmente admitido que há maiores possibilidades de ataque ao bacilo nas lesões jovens. Mas é indubitável que a margem de erro de diagnóstico está em razão inversa do tempo de evolução do foco tuberculoso ou da importâncias das suas lesões; e, portanto, os casos descritos como de muito precoce estadio, que curaram em prazo muito curto, carecem de verificação suficiente da sua etiologia bacilar. Mas, embora isto seja um procedimento pouco científico, dada a inocuidade da terapêutica a instituir, é preferível tratar doentes com errado diagnóstico, a deixar progredir a doença até que as lesões sejam características.

Problema delicado é o da comparação da eficácia dos procedimentos terapêuticos. Para todos os doentes em que a via sanguínea tem de ser a única a adoptar para introdução da droga (a menos que tenha de se executar intervenção de envergadura), a preferência vai para a estreptomomicina. O PAS e o TB₁ parece serem superiores a ela para aplicação tópica, introduzindo-se solutos na articulação lesada ou directamente no foco ósseo; são pelo menos estas as opiniões ultimamente expandidas sobre este ponto. Da utilidade do emprego da hidrazida do ácido nicotínico não é possível dar parecer; ao lado de doentes que evidentemente lucraram, noutros o fracasso foi nítido, apreciável pelo exame radiológico.

Apesar de terem desmerecido em face da aparição dos antibióticos, a aplicação de troços da liga de magnésio-manganés, tem indicações, se bem

que limitadas aos casos em que é preciso destruir barreiras perifocais que impedem alcançar nas lesões o nível mínimo de impregnação do bacteriostático, para que este seja eficaz.

A questão da associação dos antibióticos é presentemente de difícil solução. Parece haver vantagem clínica em associar o PAS à estreptomina, que será reforçada se se provar que aquele atrasa a aparição da resistência bacilar a esta; a mesma impressão deixa a associação à hidrazida, com a qual a resistência se produz mais rapidamente.

A administração sucessiva de diversos antibióticos ou de várias associações de estes é lógica, e deve fazer-se logo que a terapêutica se mostra ineficaz, denunciando resistência; sobre este ponto ainda não há normas seguras.

O emprego dos antibióticos permitiu actuações cirúrgicas que antes eram inoportunas quando não eram perigosas. Na clínica de crianças, porém, é preciso não esquecer que os processos da tuberculose ósteo-articular são susceptíveis de curar por métodos incruentos, e tanto mais facilmente quanto o doente tem menos idade; é que certas operações devem ser interditas na infância, havendo, contudo, possibilidade de vantagem nas operações osteoplásticas, de tipo puramente mecânico ou estático, quando o foco tuberculoso curou rapidamente.

Há, por parte de vários autores, tendência para a abertura sistemática dos focos, estejam ou não com abscesso, procedimento condenável, pois o foco tuberculoso deve ser intangível enquanto não se tiver mostrado ineficaz uma terapêutica bem conduzida; com esta conseguem-se tantos êxitos como os que apresentam os que defendem a abertura dos focos, e quando falhar talvez seja preferível recorrer à aplicação dos troços de magnésio-manganés.

Deve pois evitar-se a abertura e fistulização dos abscessos. O tratamento local do foco supurado deve fazer-se por meio de punções evacuadoras seguidas da injeção de antibióticos; procedimento este que, muita vez, provoca muito rápida cura local, o que não impede que seja indispensável continuar com o tratamento geral. Há uma excepção a esse preceito de não-intervenção: é a dos abscessos intra-raquideos que determinam fenómenos de compressão, casos em que, de antes, a abertura acarretava a morte, e que agora deve ser tida como conduta a preferir, mercê dos antibióticos.

Convém lembrar que por vezes os abscessos são independentes do foco tuberculoso ósseo, porque tenha ganho independência ou porque sejam de origem ganglionar. É isto que pode dar-se depois do foco estar curado.

Relativamente às fistulas ossífugas, a actuação deve ser a oposta. Em regra, o tratamento geral não basta, sendo preciso proceder cirúrgicamente, colocando a droga o mais perto possível do foco.

Atendendo aos progressos que sucessivamente se vão fazendo no domínio da terapêutica medicamentosa contra a tuberculose, é natural que as opiniões sobre o tratamento da tuberculose osteo-articular vão evoluindo, modificando-se. Na fase actual, não há unanimidade de critérios; mas as normas que vem de indicar-se são aquelas que, na experiência do autor, e na da maioria dos que tem publicado sobre o assunto, se afiguram de melhor conselho.

Tratamento da meningite tuberculosa com a hidrazida do ácido isonicotínico

Vão aparecendo, de vários lados, os escritos sobre este assunto. Um dos que referem melhores resultados é o que M. SORIANO e colaboradores publicou em *Anales de Med. y Cir.* (Março de 1952), relatando 9 casos em que obtiveram a cura clínica com dois a três meses de tratamento, tendo falecido uma das crianças com uma bronquiolite capilar aguda, intercorrência não tuberculosa.

Contrariamente à opinião de Domagk, das doses inicialmente pequenas,

para evitar a acção tóxica derivada da rápida desagregação dos bacilos, são de parecer que deve começar-se com doses altas, que exerçam enérgica acção. A norma de tratamento que empregam é a seguinte:

a) Dose inicial de ataque: 15 miligramas por quilo, durante os primeiros 5 a 8 dias.

b) Dose de base: 10 miligr. por quilo, durante 6 a 8 semanas (vigiando em cada semana a bilirrubinemia); dose que se mantém até que o conteúdo celular do líquido esteja normalizado.

c) Dose de manutenção: 5 miligr. por quilo, até que o número de células do liquor não apresente qualquer elevação durante quinze dias seguidos.

d) Dose de segurança: 5 miligr. por quilo, semana sim semana não, até à cura clínica, não esquecendo que a meningite é apenas uma localização secundária de um foco cascoso existente noutro lugar.

São contrários à associação com a estreptomicina, reservando este anti-biótico para o caso (não comprovado até à data a respeito da meningite) em que se tenha formado resistência à hidrazida.

Quanto aos efeitos tóxicos, há uns banais, que não levam a suspender o tratamento (euforia acentuada, congestão da face, exaltação de reflexos, discreta albuminúria, etc.); há outros mais sérios, que obrigam à suspensão (subicterícia ou bilirrubinemia elevada, micro-hematúria), por acções tóxicas sobre a crase sanguínea. A gravidade dos efeitos tóxicos evita-se pela vigilância clínica e laboratorial, que requer se faça o tratamento em regime hospitalar.

Anteriormente, em Julho, SWEETNAM & MURPHY haviam publicado o relato de quatro casos, dos quais só um fora tratado exclusivamente com a hidrazida, e nele obtiveram resultados extraordinários, pois que ao cabo de uma semana desapareceu o quadro meníngeo e se normalizou o liquor. (*The Lancet*, 26-vii-52).

Vários outros autores tem empregado a hidrazida, mas em quase todos os casos em conjunção com a estreptomicina, e quando usada sem esta não puderam formular mais do que impressões, em regra favoráveis à nova droga. Estamos, pois, ainda em fase de ensaios.

No entanto, os resultados já obtidos, principalmente documentados pelo trabalho dos autores espanhóis que resumimos, leva à convicção da superioridade da hidrazida sobre a estreptomicina; a confirmarem-se, esta deixará de empregar-se na generalidade dos casos, o que representa manifesto avanço, não só por serem menos frequentes e graves as acções tóxicas, como por ficar o tratamento muito mais económico.

Intervenções naso-faríngeas e poliomielite

A. MILLER, F. TOP & J. WILSON, em estudo sobre a pretensa acção das intervenções cirúrgicas no nariz e na garganta na aparição da poliomielite, mostram que a doença não é mais frequente nos assim operados do que nas crianças e jovens não operados, mas que existe naqueles um predomínio de formas bulbares. Isto é, as intervenções não tornam a doença mais frequente, mas tornam mais frequentes as localizações altas. (*The J. of the American Med. Ass.*, 11-x-1952).

Sobre posologia da insulina

Em *La Presse Médicale* (17-1-53), P. DELORE acentua a noção do perigo das altas doses de insulina, mostrando que podem reduzir-se muito sem prejuízo da eficácia. O perigo é principalmente grande, por motivo dos desnivelamentos bruscos, nos casos de insulino-sensibilidade, de glicemia instável, de coma, e nos velhos. Preconiza as doses fraccionadas, mesmo com insulinas de acção retardada; obtém-se assim a dose mínima óptima com quantidades inferiores às correntemente usadas.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

SOCIEDADES MÉDICAS. — Trabalhos apresentados: na *Sociedade das Ciências Médicas*: Ainda a terminologia médica, por Costa Sacadura; Prostatactomia trans-peritoneal, por J. Cid dos Santos. Na *Sociedade Médica dos Hospitais Civis*: Sobre uma forma particular de meningite linfocitária, por Diogo Furtado e Miranda Rodrigues; Sobre o problema da lepra na Guiné, por A. Salazar Leite; Estudos de hematologia indiana, por Almerindo Lessa. Na *Sociedade P. de Pediatria*: Anomalia das vias biliares, por Silva Nunes, Rosado Pinto e Amílcar Gonçalves; Artrite reumatóide e cortisona, por Mário Cordeiro; Epi-dermolise bolhosa, por Moreira Braga; Osteogénese imperfeita, por Armando Henrique Tavares; A propósito de um caso de lipocondrodistrofia, por Ayres Pereira e M. Leitão Teixeira. Na *Sociedade P. de Endocrinologia*: Acerca de um caso de tensão pre-menstrual, por Nuno de Medeiros; Mecanismo da reacção eosinopénica à adrenalina, por Rosário Dias.

INTERCÂMBIO. — Conferência do Prof. Hawking, no Instituto de Medicina Tropical, sobre profilaxia e tratamento da filariose. Conferências e demonstrações de aplicações de radio-isótopos, pela missão britânica presidida pelo Prof. Seligman, nas 3 Faculdades de Medicina.

CONFERÊNCIAS. — No Instituto de Medicina Tropical: Relatório da missão de combate à lepra na Guiné, por A. Salazar Leite, e A reunião do Comité Internacional de Investigação sobre a Tripanosomiase, por Cruz Ferreira. No Instituto de Oncologia: Colecistites, por F. Gentil. Na Liga P. de Profilaxia Social: O estudo actual da luta contra o cancro em Portugal, por Álvaro Rodrigues. Na Academia das Ciências: Leonardo de Vinci e o pensamento científico do século XVI, por Eduardo Coelho. Na Sociedade de Geografia: O pensamento e a máquina, por Diogo Furtado. Na Associação dos jornalistas do Porto: O homem contemporâneo e a Arte, por Reynaldo dos Santos. No Hospital Militar do Porto: Tuberculose ocular, por Altino Baptista.

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA. — No concurso para professor extraordinário do grupo de Medicina Interna foram aprovados os dois candidatos Drs. Morais David e Oliveira Machado, sendo votado o primeiro em mérito relativo.

CURSO DE RADIOLOGIA. — Um curso de aperfeiçoamento, no qual colaboram radiologistas estrangeiros, é promovido pela Sociedade P. de Radiologia Médica, para se realizar em Lisboa, de 6 a 10 de Abril.

I CONGRESSO LUSO-ESPAÑHOL DE CARDIOLOGIA. — Deve realizar-se em Sevilha, de 7 a 10 de Maio. Secretário Geral: Prof. Arsénio Cordeiro, Av. Ressano Garcia, 22-1.º E., Lisboa.

NECROLOGIA. — Em Lisboa: Dr. João de França Cosme, antigo médico municipal na Ilha da Madeira; Dr. Américo José da Assunção, médico do Hospital Miguel Bombarda; Dr. Álvaro Roxanes de Carvalho; Dr. Carlos de Arruda Furtado, reputado sanitarista, inspector-chefe na Direcção Geral de Saúde; Dr. Fernando da Costa Cabral, director do Instituto de Orientação Profissional. No Porto, o nosso leitor e amigo, distinto tubercologista, Dr. Artur Nery de Oliveira e Sousa. Os nossos prezados assinantes e considerados clínicos Drs. João Ferreira de Almeida e Joaquim Francisco Alves, respectivamente de S. Pedro do Sul e de Vila Nova de Ourém. Em Coimbra o Dr. Eduardo Rodrigues Mano, 2.º tenente-médico da Armada. Em Évora, o Dr. Manuel S. Moniz. Em Vila Viçosa o Dr. Evaristo Duarte Geraldo. Em Alenquer o Dr. Duarte Rosa Ramos. Em Sanfins do Douro, a Sr.ª Dr.ª Rosina Soares da Costa Anjos.





MARTINHO & C.ª L.ª

TUDO O QUE INTERESSA À MEDICINA E CIRURGIA

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

Quinarrhenina Vitaminada

Elixir e granulado

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

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

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

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO
NAS BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO

TRICALCOSE

SAIS CÁLCICOS ASSIMILÁVEIS
COM GLUCONATO DE CÁLCIO

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

RECTOVICAL

Supositórios
de
Ascorbato de cálcio
Gluconato de cálcio
e
Vitamina D
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



Sala
Est.
Tab.
N.º

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA