

# PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

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

## SUMÁRIO

J. GOUVEIA MONTEIRO — Tratamento da úlcera gastro-duodenal.

J. COSTA MAIA — O método gráfico em Epidemiologia (um exemplo).

**MOVIMENTO NACIONAL — Revistas e boletins:** *A Medicina Contemporânea* (Hemodinâmica. Pneumectomia de urgência). *Clinica, Higiene e Hidrologia* (Diagnose diferencial e tratamento das icterícias. Relações com o fígado do metabolismo das proteínas. Problemas hemo-dinâmicos das valvulites mitraes). *Boletim Clínico dos Hospitais Cívis de Lisboa* (Diagnóstico dos tumores cerebrais pelos isótopos radio-activos. A electroencefalografia em pediatria. Situações cardíacas de urgência: na insuficiência coronária. Hospitais Cívis de Lisboa). *Jornal do Médico* (Pneumonias atípicas. Poliomielite. Acetato de hidro-cortisona no tratamento local dos reumatismos). *O Médico* (Febre recorrente mediterrânica).

**DEONTOLOGIA MÉDICA** — ALMEIDA GARRETT — Verdade e mentira no exercício da medicina.

**SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS** — Emoção e coagulação do sangue. O procedimento a adoptar em face de lesões tuberculosas mínimas do pulmão. Isoniazida no lúpus vulgar. Litíase recidivante do colédoco. Tratamento do eczema e do prurido por aplicações locais do acetato de hidro-cortisona. Queda dos cabelos pelo emprego de anticoagulantes. Valor das sulfonamidas. Dezoito anos num pulmão de aço. Cortisona e ACTH na doença reumatismal da criança.

**NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES** — Sociedades científicas. Intercâmbio. V Congresso Internacional de Neurologia. Curso Superior de Neurologia. 1.ªs Jornadas Médicas Hidrológicas. Curso de aperfeiçoamento na Escola Médico-Cirúrgica de Goa. Sociedade das Ciências Médicas. Instituto de Gerontologia. Necrologia.

Aos Srs. Assinantes (em face da pág. 463).

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

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



# PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS AGUDAS

Lactentes — Crianças — Adultos

## AROBON

a nova dieta à base de farinha de alfarroba devidamente tratada. Notável eficácia. Acção extremamente rápida e segura, mesmo para os mais pequeninos. Gosto agradável, sem relutância. Preparação simples.



### INDICAÇÕES:

LACTENTES E CRIANÇAS: — Dispepsias agudas e crónicas. Enterites. Enterocolites. Colites. Disenteria bacilar. Dieta de fruta, notável na doença celíaca.

ADULTOS: — Gastro-enterites. Enterites. Perturbações diarreicas de origem infecciosa ou crónica. Sprue.



PEDIDOS DE AMOSTRAS E LITERATURA A

**Sociedade de Produtos Lácteos**

LISBOA





# PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXVII — N.º 8

AGOSTO DE 1953

## Tratamento da úlcera gastro-duodenal <sup>(1)</sup>

### Aspectos práticos

por J. GOUVEIA MONTEIRO

*1.º Assistente na Faculdade de Medicina de Coimbra*

Seria impossível explicar, numa lição, o tratamento da úlcera gastro-duodenal. Por isso, como o subtítulo sugere, limitar-me-ei a focar alguns aspectos práticos do problema, cujo interesse clínico é desnecessário encarecer, bastando recordar que, de acordo com cálculos modernos, 5 a 10 % das populações civilizadas sofrem de úlcera gastro-duodenal.

À descrição de pormenor preferirei o enunciado de normas gerais de conduta, baseando-me na experiência clínica, na leitura e no que pude ver recentemente durante a minha estadia em Londres.

\*

### I — O problema da benignidade ou malignidade da úlcera

Duma maneira geral, é legítimo encarar simultaneamente, sem diferenciações, o tratamento da úlcera gástrica e da úlcera duodenal, uma vez que se considere estabelecido o diagnóstico. Não posso, entretanto, deixar de pôr em relevo a grave responsabilidade que se assume ao diagnosticar uma úlcera gástrica. Com efeito, se no caso do duodeno o problema do cancro praticamente não existe, outro tanto não sucede quando o mal se localiza no estômago.

É hoje ponto assente que o cancro do estômago pode simular perfeitamente uma úlcera e sabendo-se quanto é essencial a ressecção precoce da neoplasia gástrica, compreende-se que seja

(1) Lição proferida no XVI Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra, em 3-VII-53.





imperativo esgotar todos os meios de diagnose diferencial antes de pronunciar um conselho terapêutico. Alguns cirurgiões têm procurado resolver o caso com simplicidade, propondo pura e simplesmente a ressecção de todos os processos ulcerativos do estômago, sem procurar saber se são benignos ou malignos. Semelhante atitude afigura-se, contudo, excessiva. Se o objectivo é remover um possível cancro, a ressecção tem que ser extensa e não me parece legítimo recorrer a uma intervenção tão grave — por si mesma e pelos possíveis sofrimentos pós-operatórios — para tratar um processo que tem pelo menos 90 % de probabilidades de ser benigno.

Reputo mais acertada a norma de individualização dos casos, estudando cada doente como um problema novo, submetendo-o a uma observação cuidadosa e só o rotulando de ulcerado simples quando nenhum dos critérios de malignidade se revelar positivo.

Os meios de que podemos servir-nos para esclarecer o problema da benignidade ou malignidade de uma ulceração gástrica constam do exame clínico, ensaios laboratoriais e principalmente da radiologia e da gastroscopia.

O interrogatório não vale muito, pois o cancro do estômago pode originar um síndrome ulceroso típico e não são raras as úlceras simples com sintomatologia atípica. No entanto a idade do enfermo e a presença ou ausência de periodicidade das queixas podem fornecer uma orientação, que entretanto deve subordinar-se aos dados objectivos quando em contradição com eles. O exame físico só vale quando revela a presença da massa tumoral ou das suas metástases, isto é, em casos geralmente evidentes ou desesperados.

Quanto aos exames laboratoriais, devem citar-se o estudo do quimismo gástrico, o exame cito-histológico do conteúdo do estômago e a pesquisa de sangue oculto nas fezes. A verificação de uma anacloridria histamino-resistente num ulcerado gástrico impõe a necessidade de uma ressecção sem delongas, pois quase sempre se trata de cancro. Não se esqueça que a presença de ácido clorídrico não sanciona a conduta oposta, pois se verifica em muitas neoplasias. O estudo citológico ou mesmo histológico do conteúdo gástrico colhido em jejum ou de um líquido de lavagem gástrica pode ocasionalmente revelar a presença de células neoplásicas. A ausência sistemática de sangue nas fezes favorece a hipótese de úlcera simples, enquanto a sua presença em determinações sucessivas, durante mais de duas ou três semanas, em doente submetido a tratamento, depõe fortemente a favor de cancro.

O exame radiológico é fundamental, desde que seja feito cuidadosamente por um técnico competente. Na verdade, a presença de um nicho não significa que se trate de um processo



benigno, podendo corresponder a um carcinoma ulcerado ou a uma úlcera carcinomatosa. Portanto, além de assinalar a presença da úlcera cumpre ao radiologista pronunciar-se sobre a sua provável benignidade ou malignidade, para o que se apoiará em dados vários como a sede da lesão, o seu tamanho, a sua configuração, o estado das pregas da mucosa e os fenómenos associados (dor provocada, espasmos, etc.).

Finalmente, o exame gastrocópico pode ser muitíssimo valioso. Nas mãos de um bom endoscopista permite um julgamento acertado em percentagem elevada de casos, sendo mesmo superior à observação macroscópica da peça operatória ou necrópsica. Infelizmente é menos acessível, mas não deverá deixar de ser utilizado pelo menos nos casos suspeitos.

Se algum dos critérios citados favorecer a hipótese de ulceração maligna o doente deve ser considerado como sofrendo de cancro. No caso contrário, assenta-se no diagnóstico provisório de úlcera simples, mas nem mesmo então deverá o médico dar por finda a sua inquietação, pois se é certo que há sinais patognomônicos de malignidade, não os há porém de benignidade. Só a resposta à terapêutica médica, controlada através de observações repetidas, decidirá em última instância. Mais que os sintomas clínicos, que podem desaparecer mesmo em caso de cancro, interessa a verificação objectiva — radiológica e, se possível, gastrocópica — da cura rápida da lesão, em poucas semanas. Se tal não se verificar, o doente deve ser considerado como provável canceroso e submetido à ressecção.

## II — *Tratamento médico ou cirúrgico?*

Tendo o clínico verificado que o seu cliente sofre de uma simples úlcera gastro-duodenal, deverá recomendar-lhe um tratamento médico ou, pelo contrário, sugerir-lhe que se faça operar? Há quem siga sistematicamente uma ou outra conduta, declarando-se por dogma conservador ou intervencionista. Também aqui me parece recomendável individualizar, derivando a sugestão terapêutica do criterioso estudo de cada enfermo. Tenho verificado, na prática hospitalar, uma curiosa mutação na preferência dos doentes. Ainda há 4 ou 5 anos a generalidade desejava o tratamento médico e muitos recusavam a intervenção mesmo quando lhes era aconselhada. Hoje noto que um grande número de ulcerados recolhe ao hospital com a ideia fixa da operação, impacientando-se quando se lhes fala na vantagem de uma tentativa de tratamento médico. Creio que devemos reagir contra esta tendência, pois se os resultados da intervenção são geralmente bons, não



pode esquecer-se que tem a sua mortalidade e que alguns enfermos, embora libertos da doença ficam a sofrer da cura («dum-ping», síndrome hipoglicémico, gastro-jejunitis, úlceras jejunais, dificuldades da evacuação gástrica, perturbações nutritivas e metabólicas, alterações hematológicas, etc.).

Na úlcera não complicada, deve ser instituído o tratamento médico, de resultados satisfatórios em 85 % dos casos. Os restantes 15 % mostram-se rebeldes à terapêutica conservadora, requerendo geralmente a intervenção cirúrgica. Três anotações devem contudo ser feitas a este facto. Em primeiro lugar, em muitos casos o tratamento médico falhou porque não foi bem instituído ou porque o doente não quis ou não pôde cumpri-lo. Em segundo lugar, alguns casos que falham, embora bem tratados de momento devem o seu fracasso ao facto de uma terapêutica anterior nula ou mal orientada ter deixado adiantar demasiado o mal. Finalmente, frise-se que os nevróticos francos reagem mal tanto ao tratamento médico como ao cirúrgico, pelo que não devem ser operados mas sim submetidos aos cuidados de um psiquiatra.

O campo principal da cirurgia é-lhe fornecido pelas complicações da úlcera, que são essencialmente a perfuração, as hemorragias e a obstrução.

Em caso de perfuração o recurso à cirurgia deve ser imediato, limitando-se em geral o operador a suturar a úlcera. O problema basilar mantém-se, pois, e vem a exigir em regra uma solução cirúrgica posterior, já que o tratamento médico costuma revelar-se inútil nesses doentes.

As hematemeses e melenas nascidas de uma úlcera gastro-duodenal cedem, na grande maioria dos casos, às medidas de ordem médica. Porém, quando se revele impossível sustar a hemorragia, deve fazer-se operar o doente enquanto tem reservas suficientes para suportar a intervenção. Esta é grave, mas constitui então a única esperança de salvar o enfermo. A eclosão, mesmo com intervalos grandes, de mais que um episódio hemorrágico grave constitui também indicação cirúrgica.

Quanto à obstrução pilórica, sugere em princípio a necessidade de uma intervenção, mas a resolução final só deve ser tomada quando se provar que se trata de um obstáculo orgânico irremovível e depois de adequada preparação do doente. Com efeito, durante o período de actividade de uma úlcera gastro-duodenal não é raro que factores transitórios de edema e espasmo ofereçam obstáculo ao esvaziamento gástrico. Operar nesses casos seria injustificado sem ter feito uma tentativa para debelar a situação por meios médicos. Por outro lado, um doente com estenose



pilórica sofre de perturbações nutritivas e alterações electrolíticas que o tornam um mau risco cirúrgico se não for convenientemente preparado. Vários métodos têm sido propostos para esclarecer o dilema e simultaneamente preparar o enfermo, nutrido-o, hidratando-o, regularizando-lhe os electrólitos e pondo-lhe o estômago em repouso para que se possa aproximar ao máximo das suas condições normais.

O que me parece mais recomendável, pela acessibilidade técnica e pela rapidez de actuação, é o método usado na Clínica Lahey de Boston, pois resolve em três dias, sem aparelhagem complicada, um problema que costumava exigir duas a quatro semanas. Além do repouso, anti-espasmódicos e sedativos e da administração de soros a fim de hidratar o doente e de lhe restabelecer o equilíbrio electrolítico, o método combina a alimentação fraccionada, de hora a hora, com a sifonagem gástrica. Introduce-se uma sonda no estômago, retira-se o conteúdo gástrico e começam-se a administrar ao enfermo, de hora a hora, dia e noite, 90 c.c. de uma mistura não coagulável, por exemplo leite maltado com água, podendo juntar-se alcalinos se necessário for. Após a ingestão pinça-se o tubo durante meia hora e depois introduz-se-lhe a extremidade na água de um frasco situado em plano inferior, mantendo-se a sifonagem durante a meia hora seguinte. Ao fim das 24 horas, mede-se o conteúdo gástrico que drenou para o frasco. Se a quantidade drenada nas 24 horas descer, dentro de três dias, abaixo de 500 c.c., pode-se retirar o tubo e instituir a terapêutica médica usual da úlcera. Caso contrário, deve concluir-se que a obstrução é orgânica e que exige intervenção cirúrgica, para a qual o doente se encontra em regra devidamente preparado.

### III — *Esquema do tratamento médico*

Apesar de todos os esforços feitos e das muitas teorias propostas, é forçoso confessar que ainda hoje não conhecemos a causa ou causas da úlcera. Em compensação, parece bem averiguado que a acidez gástrica é essencial para a sua manutenção e representa o factor impeditivo fundamental da cura. Por isso a terapêutica anti-ácida constitui o fulcro do tratamento, mostrando-se muitas autoridades profundamente cépticas sobre a eficácia das outras medidas propostas. A tendência actual nos meios anglo-saxões desenha-se no sentido de atribuir à generalidade das pretenções drogas anti-ulcerosas um mero efeito psicoterapêutico.

A essência do tratamento médico da úlcera gastro-duodenal é, pois, representada pela terapêutica anti-ácida. Além de se administrar ao enfermo uma dieta suficientemente nutritiva, suplemen-



tada com vitaminas e desprovida de irritantes mecânicos, químicos ou térmicos, é preciso neutralizar o ácido clorídrico já formado, reduzir ao máximo a sua produção e estimular a elaboração de secreções antagonistas.

Para inactivar o ácido clorídrico que se vai formando devemos utilizar refeições frequentes e constituídas por alimentos capazes de o tornar inofensivo por verdadeira neutralização ou por outro processo químico ou físico. O leite e a nata ocupam a cabeça da lista, seguindo-se certas proteínas como as do queijo e da clara de ovo. Na fase inicial do tratamento, em especial nas formas severas, a alimentação ideal consiste na administração horária de 120 c.c. de uma mistura de leite e nata. Numa segunda fase podem já incluir-se três pequenas refeições, continuando nos intervalos com o leite e nata, agora na dose de 90 c.c., e numa terceira fase o doente pode ingerir três refeições mais substanciais, tomando leite e nata apenas três vezes por dia, a meio da manhã, a meio da tarde e ao deitar.

A acção inactivadora dos alimentos deve ser reforçada com a administração de drogas anti-ácidas nos intervalos das refeições. Hoje condena-se o uso de alcalinos solúveis, cuja acção é rápida e intensa mas fugaz, podendo originar uma contra-onda de acidez, e que além disso tendem a ser absorvidos e a produzir uma alcalose perigosa. Dá-se preferência aos produtos insolúveis e inabsorvíveis, particularmente aos geles de alumínio.

Além do esforço feito para inactivar o ácido clorídrico que se vai formando é necessário tentar, como já disse, reduzir-lhe a produção. Para o fazer com acerto convém ter presente o mecanismo que preside à formação da secreção gástrica. Três fases devem ser distinguidas na produção do suco gástrico: uma fase cefálica, uma fase gástrica e uma fase intestinal.

A fase cefálica é essencialmente desencadeada por excitações de origem psíquica e efectiva-se por intermédio do vago. Constitui de resto a fase capital, já porque dá origem a um suco abundante, muito ácido e de alto poder péptico, já porque parece ser a fase mais perturbada no ulcerado gastro-duodenal. Reduzir ao máximo a sua eficácia é dar um grande passo na cura da úlcera.

Para o conseguir, deve começar-se por promover o repouso do doente. Não é apenas de repouso físico que se trata, embora ele seja importantíssimo. Urge assegurar também a tranquilidade emocional, libertando o doente de todas as fontes de tensão. À psicoterapia cabe, sem dúvida, um lugar de relevo no tratamento da úlcera. Já as entrevistas com o médico, quando bem conduzidas, permitindo ao doente expor os seus problemas emocionais, são susceptíveis de aliviar a tensão por eles causada. Depois de uma boa



compreensão da personalidade do enfermo e dos traumatismos que a afectam, conselhos avisados, numa tentativa de reeducação emocional, podem ser altamente benéficos. Em certos casos, uma troca de impressões entre o médico e a família ou os companheiros de trabalho do doente, no sentido de obter uma melhor adaptação deste ao meio em que vive e trabalha, pode também estar indicada. A hospitalização ou umas férias, afastando o paciente do meio hostil, são outras medidas a considerar. Se o problema se afigura mais sério e escapa aos limitados meios de um clínico geral, deve pedir-se o auxílio de um psiquiatra.

A fase cefálica da secreção gástrica pode também ser refreada por certos medicamentos. Os sedativos de acção central, em especial os barbitúricos, recomendam-se sobretudo no início do tratamento. Quanto aos vagolíticos, mantém-se a reputação da beladona e afirma-se o valor da bantina.

Em resumo, repouso, psicoterapia, sedativos e vagolíticos permitem obter uma frenagem satisfatória da estimulação cefálica,

A segunda fase da secreção clorídrica é a fase gástrica. Certos estímulos, actuando a nível do estômago e agindo provavelmente por intermédio de uma hormona, a gastrina, excitam a produção de suco gástrico. Esses estímulos são de dois tipos: o estímulo mecânico da distensão gástrica e o estímulo químico de certos secretagogos, representados principalmente pelos extractos de carne. O primeiro evita-se dando ao enfermo refeições frequentes e pouco volumosas. O segundo suprime-se eliminando da dieta os referidos secretagogos.

A terceira e última fase da secreção gástrica é a fase intestinal, de todas a mais obscura. Certos secretagogos, produtos da digestão de proteínas, agindo por via humoral após terem sido absorvidos no intestino, vão estimular a secreção clorídrica. O seu efeito não parece muito importante, mas constitui mais uma razão para suprimirmos da dieta certas proteínas, particularmente as da carne e do peixe, sobretudo no período inicial do tratamento.

Já vimos como se inactiva o ácido formado e como se inibe a sua produção. Resta-nos fazer referência aos factores antagonistas da secreção gástrica, que é nosso dever auxiliar. A chegada de gorduras ao intestino provoca a libertação de enterogastrona, hormona que frena a secreção e a motilidade gástricas. As gorduras estão, pois, indicadas, sendo esta uma das razões que justificam o êxito da dieta de leite e nata. Tem-se tentado obter preparações de enterogastrona para administração oral ou parenteral, mas os resultados obtidos não são, por ora, satisfatórios.

Também a secreção das glândulas de Brunner e de Lieberkühn, o suco pancreático e a bÍlis, pela sua alcalinidade e poder



de diluição, podem contribuir para abater a acidez do suco gástrico. Alguns estimulantes destas secreções não são, porém, utilizáveis, visto terem outras acções de efeito nocivo para a cura da úlcera. É o caso do ácido clorídrico e das peptonas. Restam-nos apenas as gorduras, que encontram na estimulação das secreções biliar e pancreática e da excreção da bilis mais um fundamento para o seu emprego no tratamento da úlcera gastro-duodenal.

#### IV — Recursos médicos especiais

A orientação terapêutica que ficou esboçada permite curar a maioria das úlceras. Alguns casos, porém, mostram-se rebeldes, justificando a consideração de uma solução operatória. Antes de desistir do tratamento médico e de entregar o doente ao cirurgião, podemos contudo tentar ainda dois outros recursos: a roentgenterapia e o gota-a-gota intragástrico.

A roentgenterapia tem sido usada sobretudo por RICKETTS e PALMER, em Chicago. Irradiando o fundo e o corpo do estômago, provoca-se uma gastrite com hipocloridria ou mesmo anacloridria que permite a cura da úlcera. O processo não tem tido grande acolhimento, pois não só são incertos os seus resultados, que muito variam de uns para outros casos, como há lugar para temer efeitos nocivos da irradiação sobre a pele, sobre o estômago ou sobre os órgãos vizinhos.

Pelo contrário, o gota-a-gota intragástrico, proposto por WINKELSTEIN em 1931 e depois esquecido, acha-se de novo em grande voga. Nos serviços londrinos que tive ocasião de visitar fazia-se dele uso correntíssimo, com muita satisfação de médicos e doentes. O raciocínio que deu origem ao método é sem dúvida lógico. Se a preocupação essencial do clínico consiste em combater a acidez gástrica, não se compreende que o faça durante o dia com as refeições fraccionadas e as restantes drogas para abandonar a luta durante a noite, numa altura em que, pela vacuidade do estômago, o ácido segregado pode ser mais nocivo. O único meio de assegurar uma neutralização permanente e completa da acidez é a instituição de um gota-a-gota intra-gástrico a funcionar dia e noite, utilizando um líquido de alto poder inactivante. O leite tem a preferência, dado o seu valor nutritivo e a facilidade de administração. Pode juntar-se-lhe um pouco de bicarbonato de sódio, na proporção de uma colher das de chá por cada litro. Administram-se 3 litros nas vinte e quatro horas, a um ritmo de 30 a 40 gotas por minuto. Nos doentes que não tolem o leite, aliás muito raros, recomenda-se um gele de fosfato de alumínio diluído com água na proporção de  $\frac{1}{4}$  e administrado



ao ritmo de 15 a 20 gotas por minuto. Como a preparação é viscosa, exige contudo uma aparelhagem especial.

Instituído o gota-a-gota permanente, observa-se em regra uma melhoria rápida, podendo-se então passar ao regime de três pequenas refeições diárias com o gota-a-gota intermitente, aplicado apenas durante a noite e nos intervalos das refeições, começando uma hora depois de cada uma e suspendendo uma hora antes da refeição seguinte. Obtida ao fim de alguns dias nova melhoria, pode-se passar a instituir o gota-a-gota apenas durante a noite, para mais tarde o suprimir completamente.

Os resultados do método de WINKELSTEIN são geralmente bons. Sendo um processo simples e relativamente pouco incómodo, presta grandes serviços nos casos que se mostram rebeldes à terapêutica clássica, principalmente nos que se acompanham de hipersecreção gástrica nocturna e dores intensas durante a noite. Merece, pois, ser tentado como último recurso médico antes de se encaminhar o doente para a cirurgia, em particular quando o enfermo se afigura um mau risco operatório.

#### V — *Prevenção das recorrências*

Quando o ulcerado gastro-duodenal é submetido a um tratamento médico bem orientado, os benefícios não tardam a fazer-se sentir. Na maioria dos enfermos a cura obtém-se em 6 a 8 semanas. Refiro-me à cura verificada por meios objectivos, isto é, pelo exame radiológico e pela gastroscopia, pois a cura clínica alcança-se geralmente muito mais cedo. Porém, como já disse e agora repito, só os critérios objectivos devem merecer a nossa confiança.

Claro que a cifra indicada não passa de uma média. Alguns doentes, mais felizes, vêem a sua úlcera cicatrizar em 2 ou 3 semanas. Outros, pelo contrário, só dela se libertam ao cabo de 3 meses ou mais. Não se esqueça que, no caso de a lesão estar no estômago, o atraso da cicatrização deve fazer ponderar a hipótese de ulceração maligna. No entanto, certas circunstâncias podem atrasar a cura de uma úlcera simples. Uma delas é a desobediência do tratamento às normas que ficaram indicadas, ou porque o doente não quis ou não pôde segui-lo, ou porque se encontra em ambiente emocional desfavorável. A par desta hipótese, que não marca afinal a inanidade do tratamento médico mas sim a impossibilidade da sua aplicação integral, o factor que mais importa considerar no atraso da cura é o grau de adiantamento da lesão. Mesmo na ausência de complicações francas, a penetração da úlcera agrava sempre o prognóstico e atrasa habitualmente a cura, sendo responsável pela generalidade dos casos de verdadeira resis-



tência ao tratamento médico. Daqui o concluir-se que a precocidade do tratamento é factor essencial para a cura da úlcera sem necessidade de recurso a métodos cirúrgicos.

Bem ponderados os factos, deve reconhecer-se que o tratamento médico da úlcera, quando judiciosamente aplicado em período útil, dá resultados imediatos muito satisfatórios. O ponto fraco da terapêutica médica não está aqui, mas no campo dos resultados a distância. Com efeito, muitos doentes tendem a fazer recorrências do seu processo ulcerativo. Quando o período de observação é longo, o número de enfermos que sofrem recorrências atinge 80 %, não parecendo que o decorrer do tempo diminua as probabilidades de recaída. Em média, o ulcerado sofre uma recorrência de dois em dois anos.

Estes resultados não são bons, mas não inferiorizam tanto o tratamento médico como à primeira vista poderia parecer. Em primeiro lugar, as recorrências são muitas vezes ligeiras e em regra rapidamente debeláveis com medidas de ordem médica, de forma que os doentes passam a grande maioria da sua vida sem incómodos atribuíveis à úlcera. Em segundo lugar, os resultados podem ser muito melhorados se as lições fornecidas pelo estudo dos factores que facilitam as recorrências forem devidamente assimiladas por médicos e doentes.

Assim, torna-se evidente que as recaídas são muito mais vulgares nos casos severos, que resistem longamente à terapêutica antes de se obter a cura. Ao mesmo tempo verifica-se que esses casos rebeldes são geralmente úlceras antigas, tratadas em fase tardia. Portanto a prontidão da terapêutica, só por si, é susceptível de melhorar muito os resultados tardios do tratamento médico.

Por outro lado, não deve esquecer-se que o período de actividade da úlcera é apenas, com toda a probabilidade, mera crise de uma doença persistente e que a sua supressão não representa uma verdadeira cura da enfermidade, mas apenas a sua redução a uma fase de latência. Por isso, uma vez debelada a crise, é necessário tomar precauções que impeçam ou pelo menos dificultem a eclosão de novo período de actividade.

Infelizmente, a análise dos factores responsáveis pela recorrência da úlcera gastro-duodenal não permitiu chegar a conclusões sólidas. No entanto, algumas circunstâncias parecem ligadas às recaídas num elevado número de casos, mormente a fadiga física, a tensão emocional, as transgressões dietéticas e as infecções das vias respiratórias superiores.

O papel capital cabe porventura à fadiga e à tensão, agindo por via de regra simultaneamente. Por isso o ulcerado deve evitar o excesso de trabalho, precisando de dormir suficientemente, de repousar no fim de semana e de fazer férias com regularidade.



As fontes de tensão devem ser combatidas e evitadas, para o que se impõe um estudo cuidadoso da personalidade do doente, de molde a permitir conselhos judiciosos. Embora semelhantes medidas sejam muitas vezes mais fáceis de enunciar que de pôr em prática, tudo deve tentar-se nesse sentido. Quando o doente tenha inevitavelmente que estar submetido, durante algum tempo, a excesso de trabalho ou de tensão, deve durante esse período voltar ao regime dietético e medicamentoso estrito da úlcera, insistindo particularmente no uso dos sedativos.

As transgressões dietéticas são difíceis de evitar, já porque o doente se sente bem e tende portanto a abusar, já porque satura manter durante muito tempo um regime restritivo. Não se deve ser, pois, demasiado severo, até porque não está provado que isso tenha decidida vantagem. O doente pode fazer uma alimentação abundante e variada, devendo considerar como regra principal comer bastas vezes e pouco de cada vez. O essencial é não passar muito tempo sem ingerir alimentos. Sempre que possível, a dieta deve ser branda e desprovida de irritantes mecânicos, químicos ou térmicos. É prudente passar ao regime estrito durante os períodos de fadiga e tensão e no decurso de infecções agudas que porventura surjam. O álcool, o café e o tabaco deverão em princípio ser abolidos. Mas se a sua suspensão causar muita ansiedade e mal-estar ao doente, mais vale temporizar, preconizando apenas a sua redução e o seu uso de preferência quando o estômago contiver alimentos.

As infecções agudas, em particular as infecções das vias respiratórias superiores, devem ser cuidadosamente evitadas e, quando se desencadeiem, serão tratadas rápida e enérgicamente, mas evitando drogas que possam irritar o estômago, como a aspirina e similares.

\*

Em resumo e conclusão, se o ulcerado gastro-duodenal for bem tratado da sua crise e se mostrar cuidadoso subsequentemente, tem muitas probabilidades de levar uma vida útil em condições satisfatórias, sem necessidade de recorrer à cirurgia. Portanto, é legítimo concluir que o tratamento médico da úlcera gastro-duodenal, apesar da ignorância em que vivemos sobre as verdadeiras causas da úlcera, dá a médicos e doentes, na prática clínica, resultados compensadores.

---



## O método gráfico em Epidemiologia (um exemplo) <sup>(1)</sup>

por J. COSTA MAIA

*Assistente na Fac. de Med. do Porto*

A representação gráfica é de grande utilidade na apresentação de dados numéricos. Ela põe em evidência, à simples inspecção, um grande número de características desses dados que o exame das tabelas de valores não permite, em geral, avaliar facilmente.

É evidente que a apresentação de gráficos não dispensa a de tabelas. Só a análise matemática dos valores reais permite conhecer exactamente as suas características; mas essa análise é muitas vezes precedida pelo desenho de gráficos e orientada pelas indicações que deles se tiram.

Outra vantagem da representação gráfica reside na sua grande facilidade de leitura. Assim, na apresentação de um trabalho em que entrem valores numéricos em quantidade, as tabelas não são lidas pelo leitor médio ou casual e só os gráficos transmitem a esse leitor conhecimento directo dos dados. Mas as tabelas terão interesse para o leitor habituado a analisar dados numéricos, o qual pode entender dever manipulá-los de novo, quer para verificar a análise apresentada, quer para deles extrair novos conhecimentos.

Também para fins didácticos são os gráficos muito úteis. A leitura de longas tabelas de números nas aulas não é conveniente por demorada e tediosa. Mas gráficos apresentam-se rapidamente e são mais interessantes e fáceis de fixar para os alunos.

No ensino da epidemiologia, é necessário apresentar continuamente dados experimentais ou de observação que servem de base aos conhecimentos expostos e nem sempre os gráficos habituais são satisfatórios.

Um capítulo em que o uso de gráficos é constante é o da distribuição etática da incidência das diversas doenças. Esta distribuição constitui uma importante feição epidemiológica e pode ser rica em informações. Ele reflecte variados factores, como as variações durante a vida do risco de exposição, da susceptibilidade, da imunidade adquirida, etc.

---

(1) Uma apresentação de exemplos de este método fez-se nas Reuniões Científicas da Faculdade (28-II-1952).



Em casos complexos em que muitos factores estão em acção, a observação prolongada das curvas de distribuição etática mostra, por vezes, que elas mudam de forma. Um fenómeno desses, ainda inexplicado, está a ser aparente na poliomielite anterior aguda que, nos últimos tempos, tem preferido indivíduos alguns anos mais velhos do que os que preferia anteriormente.

Outro caso de modificação da distribuição etática, há muito conhecido, é o da tuberculose. Um exemplo típico dessa modificação é ilustrado no gráfico A (Fig. 1) que representa as taxas de mortalidade devida a tuberculose, por idades, nos indivíduos do sexo masculino do estado de Massachussets, Estados Unidos da América, de 1880 a 1940. Os dados apresentados são de mortalidade e não de morbilidade porque esta é muito difícil de medir e impossível de avaliar retrospectivamente e a mortalidade é o melhor índice que podemos obter da incidência da doença.

Vê-se que, em todos os anos, a mortalidade infantil é grande (é na realidade máxima dos 0 aos 5 anos e mínima dos 5 aos 10, mas, por conveniência de tratamento dos dados e por que isso não influi no facto que queremos pôr em evidência, preferimos uma classificação etática em intervalos iguais de 10 anos). A mortalidade é baixa dos 10 aos 20 anos e sobe na idade adulta. (Dados para indivíduos de mais de 70 anos não foram incluídos por se basearem em pequenas populações com pequenos números de mortos e serem, assim, sujeitos a variações devidas ao acaso demasiado grandes).

À medida que avançamos no tempo, as taxas de todas as idades baixam progressivamente. Mas, além desta baixa geral do nível das curvas, observa-se que a parte delas que diz respeito à idade adulta sofre outra modificação progressiva: em 1880 a mortalidade máxima para o adulto aparece no grupo de 20 a 30 anos, baixando depois; em 1940 as taxas para a idade adulta crescem sempre desde os 20 a 30 anos até aos 60 a 70. Nos anos intermédios vê-se que esta parte da curva de descendente em 1880 se torna primeiro horizontal e depois ascendente.

A interpretação dada a este fenómeno foi: à medida que a doença se tem tornado menos abundante a oportunidade de contágio vai sendo menor e maior número de indivíduos adquirem a doença em idade avançada. Vários argumentos se podem apresentar contra esta interpretação, mas o tratamento dos dados por W. H. FROST <sup>(1)</sup> que apresentamos a seguir torna qualquer discussão inútil.

---

(1) FROST, W. H. — *The age selection of mortality from tuberculosis in successive decades. Am. J. Hyg.*, 30, pág. 91, 1939.



FROST apontou que os indivíduos que tinham 0 a 10 anos em 1880 eram os mesmos que tinham 10 a 20 em 1890, 20 a 30 em 1900, etc., e 60 a 70 em 1940. Este grupo de pessoas forma uma coorte: a coorte de indivíduos do sexo masculino nascidas entre 1870 e 1880 no estado de Massachussets. Chamar-lhe-emos a coorte de 1880. A linha tracejada no gráfico A (Fig. 1) une as taxas de mortalidade sofridas por essa coorte nas sucessivas décadas. FROST sugeriu que se estudasse a mortalidade por tuberculose por idades não em cada ano do calendário, como até aí, mas por coortes, reagrupando os dados de modo que as linhas

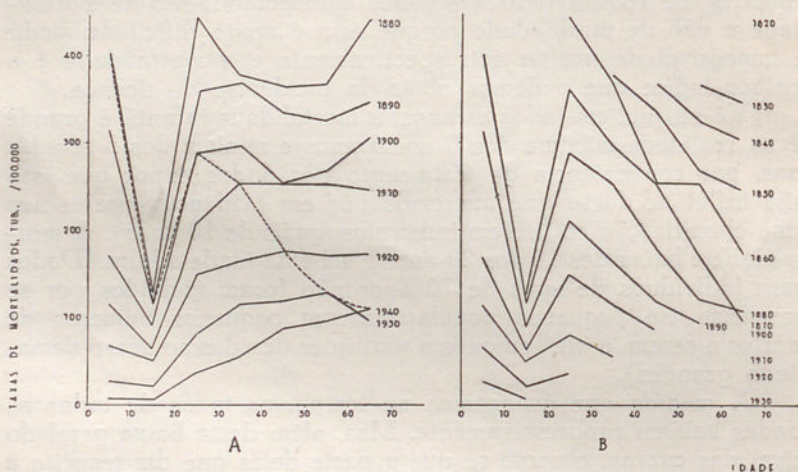


Fig. 1

do gráfico unissem as taxas observadas no decorrer da vida de cada coorte.

O gráfico B (Fig. 1) mostra este novo arranjo dos dados. Vemos agora que nas sucessivas coortes (embora na maior parte incompletas) as taxas de mortalidade baixam progressivamente. Cada coorte segue um desenho semelhante: Máximo de mortalidade na primeira década da vida, baixa marcada durante a segunda década, nova subida na terceira e declínio progressivo de aí em diante. Este mesmo tipo de curva pode ser demonstrado em material de outras origens. O fenómeno é geral e não uma particularidade do material utilizado; este foi escolhido aqui apenas por ser o que FROST usou originalmente. O fenómeno sugere que os indivíduos que atravessaram períodos de alta mortalidade por tuberculose ficam sujeitos a um elevado risco de morte por



essa doença, talvez devido a efeitos retardados de infecção adquirida cedo.

A demonstração deste facto epidemiológico — de que a modificação da distribuição etática da mortalidade por tuberculose nos adultos é apenas aparente e de que a experiência de sucessivas coortes segue o mesmo padrão — é muito difícil de expor claramente só com o auxílio de gráficos planos como os gráficos da Fig. 1.

O fim deste artigo é descrever um gráfico móvel a três dimensões que permite fazer essa exposição com clareza e rapidez.

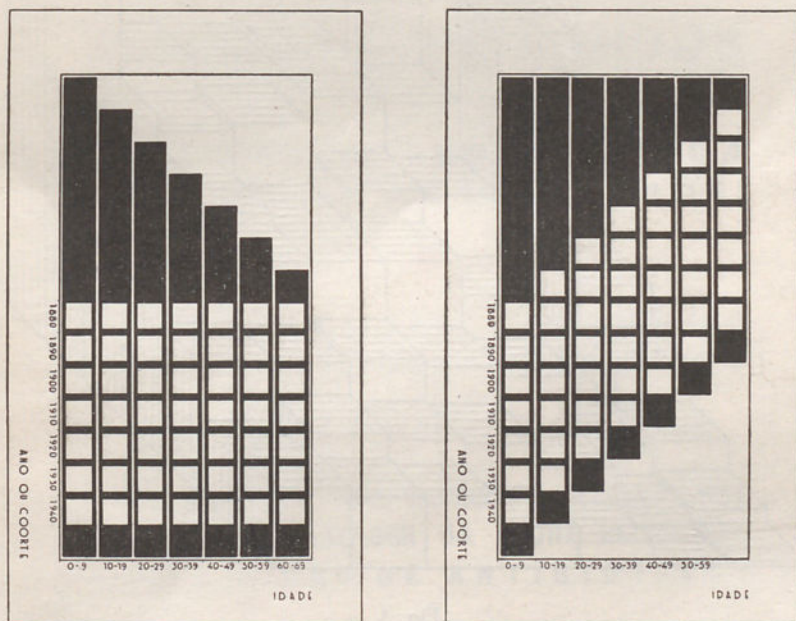


Fig. 2

O gráfico só pode ser utilizado em demonstrações directas, por exemplo, em aulas.

O princípio em que se baseia o gráfico é o seguinte: as taxas de mortalidade estão marcadas na escala vertical, cada uma sendo indicada pela altura de uma coluna prismática quadrangular. As colunas que correspondem às taxas observadas em indivíduos do



mesmo grupo etático, nas diferentes décadas, estão fixadas a uma base comum. Estas bases podem deslizar ao longo umas das outras permitindo, assim, alinhar as taxas quer por anos do calendário quer por coortes.

A Fig. 2 mostra planos do gráfico numa e noutra posição. O rectângulo exterior representa os limites da base geral do gráfico e o rectângulo interior os limites da parte que é escavada, para formar a caixa em que se movem os grupos de colunas. Ao

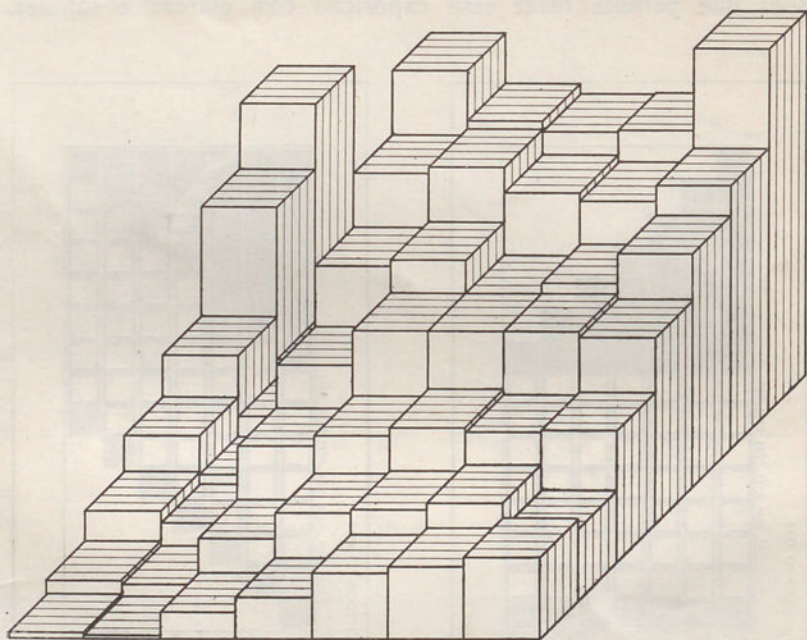


Fig. 3

longo dos bordos desta escavação, estão marcadas as escaias da idade e dos anos ou das coortes. Os rectângulos negros representam as bases a que estão fixadas as colunas. Os quadrados brancos representam as colunas. Os espaços entre estas são virtuais no gráfico construído, mas desenharam-se aqui como se fossem reais, para a figura ser inteligível.

O plano da esquerda mostra a posição em que as taxas de mortalidade ficam alinhadas de acordo com o ano em que foram



APÓS O USO DE ANTIBIÓTICOS...

# LACTOSAN

## VITAMINADO

CALDO · COMPRIMIDOS

**UMA VELHA TERAPÊUTICA  
COM NOVA ACTUALIDADE!**

### F Ó R M U L A

CULTURA PURA DE BACILO BULGARO  
ASSOCIADA ÀS VITAMINAS DO COMPLEXO B

### I N D I C A Ç Õ E S

INFECÇÕES INTESTINAIS, ENTERITES, ENTEROCOLITES  
E COMO NORMALIZADOR DA FLORA INTESTINAL  
APÓS O USO DE ANTIBIÓTICOS

### A P R E S E N T A Ç ã O

Frascos com 150 cm <sup>3</sup> de caldo . . . . .	16\$00
Tubos de 16 comprimidos . . . . .	5\$00
Caixas de 3 tubos de 16 comprimidos . . . . .	12\$50
Frascos de 100 comprimidos . . . . .	20\$00

**LABORATÓRIOS AZEVEDOS**

MEDICAMENTOS DESDE 1775



O ANTI-SÉPTICO DE ELEIÇÃO DAS VIAS URINÁRIAS



# PYRIDACIL

(cloridrato 3-fenilazo-2,6-diaminopiridina)

- CONTRA A INFLAMAÇÃO
- BACTERICIDA E BACTERIOSTÁTICO
- ANESTÉSICO

— Não provoca complicações renais, sendo particularmente indicado em afecções crónicas

— Em casos graves, a sua acção pode ser reforçada pela associação de

**BILAMIDE-CILAG** — em infecções rebeldes devidas a colibacilos

**DIAZIL** — em casos de resistência ao tratamento



## CILAG, S. A.

SCHAFFHOUSE — SUÍÇA

Representante exclusivo para Portugal:

**SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA, S. A. R. L. — LISBOA**



observadas; o da direita, a posição em que elas ficam alinhadas por coortes. O tamanho das bases é tal que estas posições são extremas. Pode-se, pois, passar duma a outra facilmente, sem serem necessários ajustamentos.

A Fig. 3 mostra o aspecto das colunas, quando alinhadas por anos do calendário. A Fig. 4 o aspecto das mesmas alinhadas por coortes.

O gráfico que descrevemos foi por nós ideado quando procurávamos uma solução para as dificuldades que o Prof. P. E.

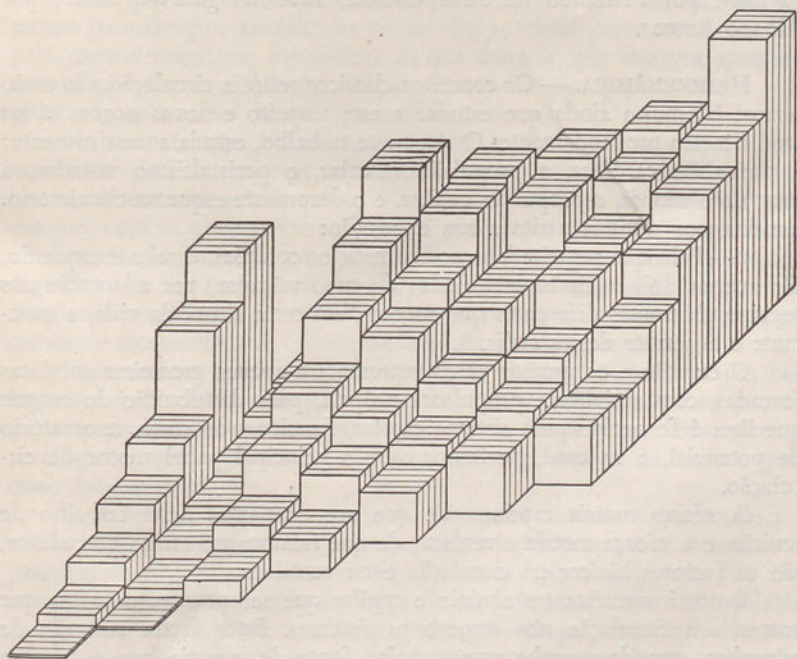


Fig. 4

SARTWELL, da Universidade de Johns Hopkins, nos dizia existir na demonstração do fenómeno descoberto por FROST com os gráficos habituais.

O Prof. SARTWELL adoptou este nosso processo-gráfico para as suas aulas.

Creemos que o mesmo tipo de gráfico pode ser aplicado à demonstração de quaisquer dados que seja necessário agrupar de mais do que uma maneira.



## MOVIMENTO NACIONAL

### REVISTAS E BOLETINS

A MEDICINA CONTEMPORÂNEA, LXX, 1953—N.º 6 (Junho): *Papel dos diferentes elementos do sistema circulatório na hemodinâmica*, por C. Horta e Vale; *Um caso anátomo-clínico de atrofia olivo-ponto-cerebelosa*, por Miller Guerra e Lobo Antunes. N.º 7 (Julho): *Pneumecromia de urgência*, por Bello de Moraes e C. Vidal; *Dr. Carlos de Arruda Furtado*, por Fernando da Silva Correia; *Inversão gastro-hepática*, por Albano Ramos.

HEMODYNÂMICA. — Os conceitos clássicos sobre a circulação não estão certos; há muito ainda que estudar a este respeito e novas noções já os modificaram profundamente. O A., neste trabalho, estuda sucessivamente: a propulsão cardíaca, a propulsão vascular, o peristaltismo vascular, a propulsão venosa, a propulsão capilar, e o decorrente esquema circulatório. termina por resumir assim a sua exposição:

«— Pelo que respeita à hemodinâmica, os corações, direito e esquerdo, são apenas dois anéis hipertrofiados do tubo vascular, por adaptação aos regimes tensionais diferentes que surgem, em certa altura da vida, a montante e a jusante desses anéis.

O coração e os grossos vasos representam apenas grosseiras condutas forçadas, com actividade propulsora própria, para distribuição do sangue que lhes é fornecido pelo sistema capilar, funcionando como reservatório de potencial, e ao qual, portanto, cabe o principal papel motor da circulação.

A «força motriz capilar», de que nos ocupamos neste trabalho de revisão, e a «força motriz alveolar», de que falámos no artigo precedente, são os factores básicos na circulação e na ventilação.

É nos insignificantes alvéolo e capilar que se encontra o motor que comanda a circulação nos respectivos sistemas. Estes factos não são de estranhar, quando se sabe que a maior fonte de energia que o homem pode manejar se encontra no ínfimo átomo.

Na organização circulatória, o coração, com toda a sua majestade, sujeita-se, não impõe. É súbdito, servo, e trabalha de par e subordinado ao humilde capilar, numa sociedade modelo, de obediência ao preceito de «quem se humilha será exaltado». Por isso o comunismo do agremiado orgânico é perfeito...

Dissemos também que é à parede endotelial indiferenciada do capilar, morfológicamente idêntica à de todas as outras formações endoteliais do sistema mesenquimatoso, que competem as delicadas funções metabólicas orgânicas, o que constitui outro factor de grande relevo a justificar a soberania do capilar no sistema circulatório.



Verificamos que, quando no tubo circulatório ocupamos a nossa principal atenção com o coração e os grossos vasos, se constitui um ciclo fechado, vicioso, onde não é possível destrinçar a quem pertence o comando, de tal maneira os diferentes sectores são interdependentes e herméticos. Quando nós introduzimos nesse circuito, com a categoria que lhes compete, os reservatórios capilares, a feição do problema modifica-se totalmente.

O capilar surge como elemento autónomo, a comandar o caudal sanguíneo por ele lançado no tubo vascular.

À primeira vista, o mesmo raciocínio que usamos para combater as teorias que têm sido apresentadas para explicar a hemodinâmica serviriam para destruir também as nossas ideias, visto que a sístole capilar, pelo mesmo princípio, dependeria da sua diástole, por sua vez aparentemente subordinada à sístole arterial. Esse princípio, porém, não é aplicável ao capilar que interrompe o ciclo vicioso.

No caso de uma hemorragia vascular copiosa, é o capilar que, por actividade própria, refaz a massa de sangue perdido à custa do meio interno intersticial e, sobretudo, à custa das energias cósmicas do meio externo, com as quais refaz o potencial energético que se vai consumindo na alimentação da vida. As barragens capilares principais — pulmonar e digestiva —, autónomas dentro do tubo circulatório, são, no entanto, simples dependências do mundo cósmico, como perene fonte da vida em constante escoamento. A cadeia ininterrupta da unidade universal!

Depreende-se a enorme transcendência do capilar nas reacções biológicas e é da maior conveniência analisar o seu comportamento perante os estímulos irritativos que desencadeiam os fenómenos fisiológicos e patológicos, que representam afinal simples gradações do mesmo processo fundamental. —»

O papel dos capilares, que o A. sobretudo destaca, é salientado por vários argumentos, de entre os seguintes, baseados em engenhosas comparações do que se passa nas escalas dos seres vivos: as plantas não têm coração e nelas a circulação da seiva fez-se pela actividade dos capilares, tão grande que a eleva a alturas a que não chega a potência de uma bomba propulsora, nutrindo por tal forma as raízes que estas, crescendo, são capazes de derrubar muros; nos animais inferiores há seres que têm um sistema circulatório fechado, sem órgão central; no embrião humano a primeira circulação faz-se sem coração e inicialmente o coração foi um capilar; no homem a importantíssima circulação linfática faz-se sem um coração linfático.

De acordo com as noções expostas sobre o trabalho do coração e das artérias, passagem relativa à determinação clínica dos valores da tensão arterial, é assim explanada:

«— Vimos que o ventrículo esquerdo, para se esvaziar, não necessita de uma energia de contracção muito superior à mínima que vai encontrar na aorta e notamos que a circulação vascular pode prosseguir simplesmente



a essa tensão. O que representam então os valores da máxima e da mínima que medimos no Pachon?

Julgamos que a medida da tensão arterial por meio de braçadeira não nos permite avaliar com precisão o que normalmente se passa dentro do vaso e que é função de três variáveis (energia sistólica dos segmentos vasculares que precedem a braçadeira, calibre vascular e tono da sua parede), e muito menos deduzir com segurança a energia sistólica do coração.

Se, por exemplo, a energia sistólica aumentou, mas se se elevou proporcionalmente o tono da parede, o real aumento da tensão hidráulica no interior do vaso não se registará no Pachon, e pode mesmo acontecer que a parede vascular responda ao esforço que lhe é exigido com uma reacção espasmódica, e, nesse caso, para além de certos limites, registaremos, como é óbvio, uma queda da tensão local. Na verdade, nos casos de acidentes vasculares espasmódicos de um membro, encontraremos, para a mesma energia contráctil do coração, dois valores diferentes da tensão arterial num e noutro membro, e medimos uma tensão baixa do lado onde há uma evidente hipertonia da parede vascular. Qual das tensões registadas num e noutro membro nos mede a tensão da sístole cardíaca comum? Quem nos garante que do lado considerado normal não há também um certo grau de espasmo, a modificar o valor da sístole cardíaca?

Da mesma maneira, podemos considerar como alta uma tensão máxima que só se transmite melhor à braçadeira por hipotonia diastólica da parede vascular, por perda de tono do seu elemento elástico.

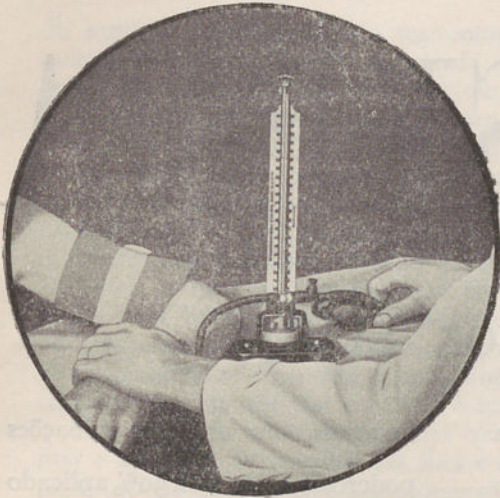
Quer dizer: para a mesma energia da sístole cardíaca, os valores transmitidos à braçadeira dependem do tono vascular, da maneira como a parede canalicular cede, ou se impõe, ao impulso que recebe no seu interior.

A parede vascular representa, portanto, uma outra braçadeira, além da do Pachon, e a maneira como o impulso da mesma onda sanguínea se transmite ao oscilómetro depende mais da maneira como se comporta a parede vascular do que da sístole cardíaca. Compreende-se que os segmentos vasculares, com baixo tono de relaxamento diastólico, absorvam e quebrem, ao serem facilmente distendidos, o impulso sistólico dos segmentos precedentes.

De resto, bem sabemos que o coração não tem qualquer responsabilidade na génese da hipertensão arterial. O coração central apenas se adapta às condições dinâmicas impostas pelo coração periférico. Os hipertensos não costumam morrer de insuficiência miocárdica, mas sim vascular, principalmente por acidentes dos capilares cerebrais, pulmonares, coronários, renais, etc.

Na medida da tensão arterial pelos métodos oscilométricos, parece-nos que, com o estrangulamento da braçadeira, vamos criar condições circulatórias anormais, dificultando enormemente a circulação ao nível





# Iodo-Calcio-Diuretina «Knoll» na Hypertensão

Asthma cardiaca • asthma bronchica • angina de peito •  
dyspnea cardiaca chronica • esclerose dos vasos cere-  
braes • aortite syphilitica • prophylactico contra os  
achques do homem de idade superior a 40 annos.

Doses: 1—2 comprimidos, 3 vezes ao dia, depois das refeições.  
Empacotamentos originaes: Tubos de 20 comprimidos.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN SOBRE O RHENO  
FABRICAS DE PRODUCTOS CHIMICOS  
(ALLEMANHA)





# ANTISEPSIA

## O Factor Tempo

No calculo da verdadeira natureza dum antiséptico o Tempo é uma das medidas. Um anti-séptico pode ser inteiramente eficiente se destruir todos os organismos patógenicos, de uma dada região, mas o risco de nova contaminação é ainda de considerar.

A protecção dada pelo Dettol é prolongada. Se se evitarem as

lavagens ou as contaminações poderosas, o Dettol a 30% aplicado sobre a pele não ferida e deixado secar continuará bactericida contra streptococcus pyogenes durante duas horas.

*Esta experiencia (J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. Vol. 40, No. 6) foi confirmada na prática da obstetricia durante mais de quinze anos.*

# 'DETTOL'

## O ANTISEPTICO MODERNO

Representantes em Portugal: ROBINSON, BARDSLEY & CA LDA, CAIS DO SODRÉ, 8-1º, LISBOA

M.L.(P)

RECKITT & COLMAN LIMITED • FORNECEDORES DE S.M. O REI DE • INGLATERRA



do segmento estrangulado; os segmentos situados a montante da braçadeira, com a sua grande capacidade de adaptação às circunstâncias, esforçar-se-ão por vencer a resistência súbita com que deparam. A tensão máxima dada pelo Pachon mede o potencial sistólico de reserva de que a rede vascular dispõe a montante de um obstáculo que surja a opor-se à circulação; e o seu valor mínimo corresponde ao esforço sistólico normal dos mesmos segmentos vasculares. A máxima representa o reforço momentâneo da energia sistólica desses mesmos segmentos, para vencer o acréscimo de resistência que lhes contrapõe a braçadeira apertada.

É de resto o que acontece quando esse obstáculo, em vez de ser criado pelo Pachon, surge espontaneamente por vasoespasticidade: de uma maneira compensadora aumenta logo a tensão, mas só a montante do sector em contractura. Há, apenas, uma hipertensão local, e não geral, em que, portanto, não está em causa o impulso sistólico cardíaco.

Os vasos são músculos tubulares com um potencial energético próprio e adaptável ao trabalho que lhes é exigido, para manterem a corrente circulatória dos departamentos orgânicos a que pertencem.

Entre os valores da máxima e da mínima não deve existir tão grande diferença como se depreende dos valores dados pelo Pachon. Se, na realidade, entre a máxima e a mínima houvesse a vulgar tensão diferencial de 7 cm. de mercúrio, a altura do jacto sanguíneo por secção de uma artéria deveria variar entre a sístole e a diástole de cerca de um metro, o que não está de acordo com a realidade nem com a experiência de Hales, que, para a artéria crural de uma égua, encontrou uma escassa oscilação de 3 ou 4 polegadas, ou seja cerca de 10 cm. apenas.

O sistema circulatório deve trabalhar, em condições normais, a uma tensão mais ou menos constante e vizinha da mínima.

O ventrículo e o segmento aórtico que o continua funcionam como um sistema insuflador constituído por uma pera injectora e respectiva câmara elástica de compressão, de maneira a transformar em jacto contínuo e de débito mais ou menos constante os impulsos intermitentes da sístole ventricular. Mas enquanto que a pressão na câmara de borracha aumenta progressivamente com a distensão, a parede do segmento aórtico (como a do próprio ventrículo e a de outros órgãos ocos) relaxa-se a uma tensão constante, armazenando, durante a sua diástole, e sem acréscimo de pressão no seu interior, a quantidade de sangue em excesso injectado pelo ventrículo.

É à custa desse excesso de sangue acumulado no tempo diastólico vascular que o segmento aórtico vai manter (por sístole vascular possivelmente reforçada pela contracção da túnica muscular) o débito sanguíneo durante a diástole ventricular. —»

PNEUMECTOMIA DE URGÊNCIA. — Há situações de emergência em que a pneumectomia se justifica; entre elas a de acidentes hemóptóicos de insólita gravidade resistentes aos métodos hemostáticos e a de cavernas



hipertensivas em iminência de perfuração pleuro-pulmonar. É da segunda categoria de estas indicações a observação que o A. apresenta, relativa a doente em que o exame pleuroscópico confirmou a noção dada pela radiografia, de focos caseificados sub-pleurais.

CLÍNICA, HIGIENE E HIDROLOGIA, XIX, 1953—N.º 1 (Jan.): *Diagnóstico diferencial e tratamento das icterícias*, por J. Gouveia Monteiro; *Aspectos fundamentais do metabolismo das proteínas, e suas relações com o fígado*, por F. A. Gonçalves Ferreira. N.º 2 (Fev.): *Problemas hemodinâmicos das valvulites mitraes*, por J. Moniz de Bettencourt; *Fistulização artério-venose no tratamento da grande hipertensão arterial permanente, e a laqueação da veia cava inferior no tratamento da insuficiência cardíaca* (em francês), por Camille Lian; *Abortamentos provocados e anomalias electrocardiográficas, papel provável da embolia gasosa das coronárias* (em francês), por J. Facquet, P. Alhomme e P. Corone. N.º 3 (Março): *A crossa aórtica dupla incompleta* (em francês), por J. Facquet, J. Matey, P. Alhomme e J. Combar; *Cateterismo cardíaco*, por J. Barreto Fagoso; *Comunicações artério-venosas*, por Nogueira da Costa.

DIAGNOSE DIFERENCIAL E TRATAMENTO DAS ICTERICIAS. — Na última década os progressos neste capítulo têm sido enormes, e modificaram em muito as noções até há pouco aceites. E porque importa fazer um diagnóstico o mais precocemente possível, para formular uma terapêutica útil, evitando erros de graves consequências, com a devida vénia vamos transcrever quase toda a revisão de conjunto aqui apresentada.

Como ponto de partida, o A. adopta a seguinte classificação das icterícias: *a)* hemolíticas, *b)* parenquimatosas ou hepatocelulares, *c)* obstrutivas ou de retenção. Não é perfeito o esquema, porque os casos são por vezes mistos, a icterícia hemolítica dando lugar a hepatose anóxica ou obstrução por espessamento da biliar ou calculose pigmentar, a icterícia obstrutiva provocando lesões do fígado, ou vice-versa.

Os quadros clínicos de cada uma das variedades de icterícia são assim descritos:

A icterícia *hemolítica* vem de destruição exagerada de glóbulos vermelhos. Libertando-se hemoglobina em excesso, forma-se uma quantidade exagerada de bilirrubina, que o fígado não consegue eliminar. A causa do síndrome não é sempre a mesma, variando concomitantemente o aspecto clínico do caso. Mas como o mecanismo fisiopatológico é sempre idêntico, as várias modalidades de icterícia hemolítica apresentam alguns caracteres gerais que permitem suspeitar do síndrome. Assim, é costume encontrar, como sintomas cardinaes, a icterícia, a anemia e a esplenomegália. A icterícia não costuma atingir grande intensidade e exhibe um tom flavínico, amarelo-limão. Como a icterícia é puramente pigmentar, não há sinais de intoxicação biliar (bradicardia, prurido). As urinas são carregadas e as fezes mostram também uma coloração exagerada, devida ao



excesso de estercobilinogénio que contém. A anemia manifesta-se pelos sintomas habituais: palidez, cansaço fácil taquipneia, taquicardia, por vezes sopros anorgânicos, etc. A esplenomegália quase nunca falta, não se acompanhando geralmente de hepatomegália.

Posta a suspeita de processo hemolítico, deve fazer-se imediatamente um inquérito etiológico. A causa da hiperhemólise é variável. Nalguns casos trata-se de uma exacerbação dos fenómenos hemolíticos normais, por fragilidade dos eritrócitos (é provávelmente o caso da icterícia hemolítica congénita) ou por superactividade dos órgãos eritrolíticos (explicação possível da anemia hemolítica das reticulopatias e do hiperesplenismo). Noutros casos a hiperhemólise resulta da entrada em jogo de mecanismos hemolíticos anormais, que podem ser de quatro tipos: imunológico, alérgico, físico e tóxico. Ao primeiro tipo pertencem as aglutininas  $\alpha$  e  $\beta$ , as aglutininas anti-Rh e a hemolisina de Donath-Landsteiner, que actua na hemoglobinúria paroxística a frigore. Como factores alérgicos podem citar-se o favismo e as sulfamidas. A intervenção de um mecanismo de ordem física explica a anemia hemolítica das queimaduras extensas: na região queimada dá-se uma descaracterização dos glóbulos pelo calor, tornando-se mais frágeis e facilmente hemolisáveis. O grupo dos factores tóxicos é muito rico. Nele se incluem: 1) substâncias químicas, muitas delas medicamentos ou riscos industriais: fenil-hidrazina, benzol, naftol, chumbo, acetanilida, arsenamina (gás que pode libertar-se de impurezas de arsénio em várias operações de metalurgia, fábricas de adubos químicos, etc.), trinitrotolueno e dinitrobenzeno (fábricas de munições e de tintas), cloreto de metilo (usado em frigoríficos), etc.; 2) tóxicos animais ou vegetais: veneno das serpentes, cogumelos, feto macho, etc.; 3) toxinas bacterianas, particularmente do b. Welchii, estreptococo hemolítico, estreptococo viridans e pneumococo; 4) parasitoses, sobretudo o paludismo e a bartonelose.

Além da pista que a investigação etiológica pode fornecer, devem servir ainda os sintomas peculiares que permitem individualizar, dentro do grupo genérico das icterícias hemolíticas, várias formas clínicas. A averiguação do carácter congénito ou adquirido do processo autoriza logo uma divisão em dois grandes grupos:

- |            |                                 |  |   |                    |   |                      |
|------------|---------------------------------|--|---|--------------------|---|----------------------|
| Congénitas | }                               | 1) Icterícia hemolítica congénita e familiar   |   |                    |   |                      |
|            |                                 | 2) Drepanocitose   |   |                    |   |                      |
|            |                                 | 3) Eritroblastose de Cooley  |   |                    |   |                      |
|            |                                 | 4) Eritroblastoses fetais perinatais   |   |                    |   |                      |
| Adquiridas | }                               | 1) Idiopáticas   |   |                    |   |                      |
|            |                                 | 2) Secundárias   |   |                    |   |                      |
|            |                                 | 3) Sintomáticas  |   |                    |   |                      |
|            |                                 | <table border="0"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td>1) Hemoglobinúrias</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td>2) Anemia de Lederer</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td>3) Anemias hemolíticas crónicas</td> </tr> </table> | } | 1) Hemoglobinúrias | } | 2) Anemia de Lederer |
| }          | 1) Hemoglobinúrias              |  |   |                    |   |                      |
| }          | 2) Anemia de Lederer            |  |   |                    |   |                      |
| }          | 3) Anemias hemolíticas crónicas |  |   |                    |   |                      |

Do primeiro grupo apenas interessa a icterícia hemolítica congénita e familiar. A drepanocitose e a eritroblastose de Cooley são afecções



raríssimas entre nós e em cujo quadro a icterícia tem um interesse secundário, podendo mesmo faltar por completo. Quanto às eritroblastoses fetais ou perinatais são igualmente raras e constituem uma situação puramente pediátrica. A doença de Minkowski-Chauffard, não sendo banal, vê-se uma vez por outra na prática clínica. Além dos sintomas cardinais das icterícias hemolíticas — icterícia, anemia e esplenomegália — distingue-se pelo carácter congénito e familiar, transmitindo-se como factor mendeliano dominante, sem ligação com o sexo. Nota-se também a coexistência frequente de estigmas constitucionais — crânio em torre, sindactilia, polidactilia, naevi pigmentares, epicantus, etc. — e de ulcerações dos membros inferiores, extremamente tópidas e rebeldes a todos os tratamentos, excepto à esplenectomia. De vez em quando, enxertando-se sobre um estado de saúde que é apesar de tudo razoável — mais que enfermos são ictéricos, dizia Chauffard — sobrevêm crises de desglobulização que se manifestam por febre, arrepios, dores lombares e abdominais, vômitos e acentuação de todos os sintomas da doença. Se o enfermo não for esplenectomizado, tem 60 a 70 % de probabilidades de começar a sofrer cólicas hepáticas devidas à formação de cálculos pigmentares. Nas formas antigas, a sintomatologia de litíase é, pois, frequente.

As icterícias hemolíticas adquiridas são raras. As hemoglobinúrias resultam de uma destruição muito intensa e rápida de glóbulos vermelhos, de tal forma que é ultrapassado o limiar renal de eliminação da hemoglobina (100 mgr. %). Trata-se, pois, de um síndrome hiperagudo, de começo súbito, caracterizado por arrepios, febre, mal-estar, dores abdominais e lombares e tendência para as lipotímias, seguindo-se a emissão de urinas escuras ou de cor vermelho viva e, em regra no dia seguinte, o aparecimento de icterícia. A forma menos rara é a hemoglobinúria paroxística a frigore, cujos acessos são provocados pelo frio e que se considera hoje como uma manifestação tardia da sífilis, inata ou adquirida.

A anemia de Lederer pode apresentar um quadro semelhante, mas em regra não é tão aparatosa. Trata-se geralmente de uma forma aguda, com síndrome febril, perturbações gastro-intestinais e sinais de anemia; a icterícia é pouco importante.

Quanto às anemias hemolíticas crónicas adquiridas idiopáticas, é sabido que depois de ter sido individualizada a icterícia hemolítica congénita e familiar graças sobretudo aos trabalhos de Minkowski e Chauffard, se descreveu uma forma adquirida, conhecida por icterícia hemolítica tipo Hayem-Widal. A realidade desta forma foi vivamente discutida, sabendo-se hoje que o conceito era heterogénio, nele se englobando afecções muito diversas, nessa altura ainda não individualizadas. Tinha, contudo, um fundo de verdade, pois actualmente a maior parte dos autores admite a existência de anemias hemolíticas idiopáticas crónicas adquiridas. É necessário, porém, limitar devidamente esse grupo de anemias, expurgando-o de quanto lhe não pertença. Assim, é preciso não confundir as formas idiopáticas com as anemias hemolíticas crónicas



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



**PROCILINA  
PROMICINA**



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



# PIPERAZINA BARRAL

GRANULADA E EFERVESCENTE

DISSOLVENTE DO ÁCIDO ÚRICO / ESTIMULANTE  
DA ACTIVIDADE HEPÁTICA / DIURÉTICO

REUMATISMO, GOTA AGUDA E CRÓNICA,  
LITÍASE RENAL E BILIAR E EM TODAS AS  
MANIFESTAÇÕES DO ARTRITISMO

AUXILIAR DAS CURAS TERMAIS E NO SEU  
TRATAMENTO COMPLEMENTAR

**LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL**

Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, L.<sup>DA</sup>

Syphilis:

*Bismogenol*

Fama Mundial

Laboratório E. Tosse & Co., Hamburgo

Dep. geral S. Lencart — Farmácia Central — Porto.

## AOS SRS. ASSINANTES

Tendo sido devolvidos alguns recibos enviados à cobrança postal, roga-se aos srs. assinantes o favor da remessa, por vale ou em selos, da importância da assinatura, evitando assim a nova despesa que causaria enviar-se novo título de cobrança, despesa desproporcionada ao custo da assinatura.



secundárias ou sintomáticas, de que falaremos em seguida. Por outro lado, é necessário proceder a um cuidadoso estudo dos familiares para afastar a hipótese de uma icterícia hemolítica congénita. Não basta que tal estudo seja clínico, devendo examinar-se também o sangue — e minuciosamente — por causa das formas latentes da icterícia hemolítica congénita. O quadro clínico das icterícias hemolíticas idiopáticas crônicas adquiridas é semelhante ao da modalidade congénita.

As icterícias hemolíticas adquiridas secundárias são consecutivas a causas bem explícitas, em regra fáceis de descobrir, actuando por um mecanismo imunológico (acidentes transfusionais), alérgico (favismo, sulfamidas), físico (queimaduras extensas) ou tóxico (várias hipóteses já citadas). Realizam habitualmente um quadro hiperagudo, do tipo das hemoglobinúrias, ou um quadro agudo, do tipo de Lederer. Chama-se particularmente a atenção dos clínicos para o favismo; dado o largo consumo de fava que entre nós se faz, é natural que o processo ocorra com certa frequência, ficando todavia por reconhecer a sua verdadeira natureza.

As icterícias hemolíticas adquiridas sintomáticas acompanham certas doenças, geralmente malignas, em especial as leucoses, a doença de Hodgkin e a carcinomatose generalizada, mas podem também aparecer em enfermidades menos graves, como as hepatopátias e os quistos dermóides do ovário. O quadro clínico é um misto dos sintomas de anemia hemolítica crónica e dos sinais correspondentes à afecção causal. O grande interesse destas anemias hemolíticas adquiridas sintomáticas reside na possibilidade de confusão com a icterícia hemolítica congénita, quando o prognóstico e a terapêutica são radicalmente diferentes.

Nas icterícias parenquimatosas, a eclosão de lesões hepáticas, dissociando as trabéculas de Remak, permite que se estabeleçam comunicações entre as vias biliares e os espaços de Disse, através delas se escapando para o sangue o elementos da bÍlis. Note-se, todavia, que pode originar-se uma icterícia por lesão do fígado sem ser através do mecanismo invocado, não merecendo então, em rigor, o título de icterícia parenquimatosa. É o caso das lesões hepáticas focais (tumores, quistos, abscessos, gomas, etc.) que, pela sua localização, exercem uma acção compressiva sobre as grossas vias biliares, hipótese a incluir dentro das icterícias obstrutivas.

Mais difícil que o anterior é o caso das obstruções intra-hepáticas. Vários autores têm visto ictericos que pela sua sintomatologia clínica e laboratorial parecem sofrer de uma obstrução, mas que nada mostram nas vias biliares extra-hepáticas quando operados ou autopsiados. Às vezes trata-se de formas mistas, em que a lesão parenquimatosa atingiu grande intensidade, a ponto de provocar uma compressão das vias biliares intra-hepáticas nos espaços de Kiernan, primeiro pelo edema inflamatório, mais tarde pelo tecido de fibrose. Noutros casos, porém, são processos biliares, com lesões de colangiólite e pericolangite não supurativa e formação de trombos biliares, sem alteração do parênquima. Noutros ainda



poderia tratar-se de simples perturbações funcionais, de um aumento de permeabilidade dos colangíolos, sem verdadeira obstrução.

Claro que existem várias formas de icterícia parenquimatosa, como em: hepatites crónicas, como hepático, febre amarela, leptospiroses, doenças infecciosas e parasitárias, intoxicações, hepatite infecciosa, hepatite hemática.

Mas quando se encara o problema pelo prisma do diagnóstico diferencial, nem todas têm interesse. Com efeito, as hepatites crónicas não se prestam geralmente a confusões, por coexistirem outros sintomas que facilitam a identificação do morbo. As formas graves, de coma hepático, também se reconhecem facilmente pela associação de icterícia com sintomas neuro-psíquicos e fenómenos hemorrágicos. A febre amarela não conta entre nós e a leptospirose tem em regra um aspecto típico, de quadro infeccioso grave com hepatonefrite e hemorragias. Frise-se no entanto que se encontram descritas hoje formas benignas da doença de Weil, com um aspecto clínico semelhante ao da clássica icterícia catarral. O A. teve ocasião de observar um caso, cuja história resume.

As icterícias que podem surgir no decurso das doenças infecciosas ou parasitárias, por hepatite devida ao agente etiológico, são em regra facilmente reconhecidas, pois o enfermo estava já diagnosticado. A mais importante é ainda a icterícia sífilítica, que pode aparecer no período secundário ou até logo no primário e às vezes sem que a sífilis tivesse sido identificada. O aspecto clínico é em regra o de uma icterícia catarral, mas a anamnese e a presença habitual de manifestações cutâneo-mucosas orientam desde logo o clínico.

Mais interesse têm as icterícias tóxicas, porque são numerosas as substâncias capazes de lesar o fígado: medicamentos (arsénico, bismuto, mercúrio, atofan, sulmamidas, clorofórmio, éter, iodofórmio, avertina, ouro, tetracloreto de carbono, tetraiodofenoltaleína, dinitrofenol, guanidinas, tripaflavina, tanino, ácido pícrico, fenil-hidrazina, apiol, yatren, atebrina, diaminodifenilsulfona, ácido paraminossalicílico, etc.), contactos accidentais por engano, crime ou suicídio (cogumelos venenosos, alimentos deteriorados, sobretudo mariscos, fósforo, veneno das serpentes, etc.), ou riscos industriais (arsenamina, trinitrotolueno, dinitrobenzeno, cloreto de metilo, tetracloreto — solvente da celulose usado na aviação, indústria do caucho e das pérolas artificiais—etc.). A icterícia tóxica mais notável, pela sua frequência, é a que se deve ao arsénio. Dá-se-lhe correntemente o nome de hepatite salvarsânica, mas trata-se de uma designação errónea porque duma maneira geral todos os arsenicais podem originá-la, embora uns sejam mais nocivos que outros (os arsenóxidos mais que o salvarsan e este mais que os arsenicais pentavalentes). Hoje pensa-se que a hepatite salvarsânica pode revestir dois aspectos. Em primeiro lugar, pode tratar-se de uma verdadeira hepatite tóxica, sobrevivendo em fase adiantada do tratamento, quando a dose de arsénio injectada é já grande. Reveste habitualmente o aspecto de uma icterícia



catarral, curando em regra com a suspensão do tratamento. A par desta forma provavelmente tóxica, pode observar-se uma outra de possível mecanismo alérgico, surgindo horas após a 2.<sup>a</sup> ou 3.<sup>a</sup> injeção e apresentando um quadro de obstrução intra-hepática a que por vezes se associam erupções cutâneas, artralguas ou eosinofilia.

Sob o ponto de vista da diagnose diferencial, as icterícias parenquimatosas mais importantes são todavia a hepatite infecciosa e a hepatite hemática. São ambas provocadas por um vírus filtrante, não estando ainda completamente elucidado se são da responsabilidade do mesmo vírus ou se se trata de dois agentes muito próximos. A diferença fundamental entre os dois processos reside em certos dados epidemiológicos. O vírus da hepatite infecciosa, além de existir no sangue do enfermo durante o período activo e mesmo já antes de aparecer a icterícia, é eliminado com as fezes e possivelmente com as urinas. O contágio faz-se por via oral, a partir do excreta, e o período de incubação dura cerca de um mês. O vírus da hepatite hemática, pelo contrário, apenas existe no sangue dos doentes, não se eliminando pelos emunctórios. A doença só pode adquirir-se, portanto, por contacto com sangue infectado e o período de incubação costuma durar 2 a 4 meses. A importância da hepatite hemática aumentou muito nos últimos tempos por se ter verificado que não é provocada apenas por transfusões de sangue ou plasma, vacinas contendo soro humano e injeções de soro de convalescente. Punções venosas ou injeções endovenosas e até intramusculares com seringas infectadas pelo vírus podem também provocar a doença, para não falar em hipóteses mais raras. A forma de incubação mais frequente e temível continua a ser, contudo, a hemoterapia.

A hepatite infecciosa e a hepatite hemática são perfeitamente sobreponíveis pelo que diz respeito ao quadro clínico. Depois do período de incubação há em regra uma fase pré-ictérica que costuma durar cerca de uma semana. Nessa altura o doente pode exhibir uma sintomatologia digestiva em que predominam a anorexia e as náuseas, associadas a uma astenia intensa, ou mostrar um quadro febril pseudo-gripal. Segue-se a fase ictérica, com pigmentação tegumentar de intensidade variável de uns para outros casos, de tom rubínico, acentuando-se durante 8 a 15 dias, para depois regressar em tempo semelhante. Além das perturbações iniciais, que em regra se atenuam e desaparecem com a eclosão da icterícia, o enfermo pode queixar-se de prurido e apresentar urinas escuras e fezes normais ou um pouco descoradas (no auge da doença podem mesmo ser totalmente acólicas durante alguns dias). O fígado está por vezes um pouco aumentado e doloroso à pressão e é frequente encontrar esplenomegália discreta; os próprios gânglios linfáticos podem estar hipertrofiados. Registe-se finalmente que a hepatite infecciosa e a hepatite hemática conferem em regra imunidade directa, faltando porém a imunidade cruzada. Isto é, o enfermo que sofreu uma das doenças fica em geral imunizado para ela, mas pode vir a contrair a outra.



Nas *icterícias obstrutivas*, a presença de um obstáculo que impede o fluxo biliar provoca uma hipertensão a montante, com ruptura secundária das vias biliares mais finas e regurgitação da bÍlis para o sangue. É variável o motivo da obstrução biliar, podendo distinguir-se causas intracaniculares, parietais e extrínsecas, consoante a localização do obstáculo. Assim:

Intracaniculares (litíase, parasitoses, etc.). Parietais (tumores, colangite, estenoses, espasmos). Extrínsecas (tumores, abcessos, gomas, adenopatias, aderências, etc.).

Dentro de cada tipo topográfico há várias hipóteses a considerar. Muitas delas, porém, são de escasso interesse clínico, pela sua raridade, fraco poder icterígeno ou facilidade com que se diagnosticam. Na prática há que jogar essencialmente com três causas de icterícia obstrutiva: litíase, tumores das vias biliares e tumores da cabeça do pâncreas. É sobretudo nestas hipóteses que se deve pensar, embora tendo sempre presente que podem surgir outras eventualidades, como num caso que o A. cita, de compressão do colédoco por lesões decorrentes de úlcera duodenal perfurada.

A litíase biliar é muito mais frequente na mulher que no homem, mostrando predilecção pelas obesas e pelas múltiparas. O sintoma dominante é a cólica hepática, que pode repetir-se com intervalos mais ou menos breves, nem sempre ocasionando icterícia. É por isso banal, ao fazer a anamnese remota, ouvir referência a cólicas passadas, e muitas vezes também a transtornos dispépticos. A icterícia inicia-se em regra a seguir a uma cólica particularmente violenta. As urinas tornam-se escuras, as fezes total ou parcialmente descoradas, os tegumentos de cor amarela mais ou menos intensa, exibindo em regra flutuações de uns para outros dias, porque os deslocamentos do cálculo fazem variar o grau de oclusão. O fígado e o baço são normais, mas a vesícula, que não se palpa, é dolorosa à pressão. Este é o quadro habitual, mas nem sempre a icterícia por litíase se enquadra nos moldes clássicos. Em particular, o A. chama a atenção para o facto de a cólica hepática não ser necessária nem suficiente para estabelecer o diagnóstico. Não é necessária porque há casos de icterícia obstrutiva de origem litiásica absolutamente indolor. Já teve ocasião de observar um doente, que embora referisse cólicas num passado remoto — sem nunca aliás ter ficado icterico — sofreu na altura em que o viu, uma icterícia obstrutiva sem cólicas, como consta da observação, que nesta altura insere.

As cólicas hepáticas também não são suficientes para afirmar o diagnóstico, pois podem ocorrer em casos de hepatite infecciosa. A possibilidade está descrita e o A. teve ocasião de comprová-la numa enferma, seguramente diagnosticada de hepatite infecciosa.

Os tumores das vias biliares são mais frequentes no homem e localizam-se sobretudo na junção dos três canais, no colédoco, e na ampola de Vater, manifestando-se em regra por uma icterícia de começo insidioso



# Lactil-Lab

Um medicamento de eleição na terapêutica das infecções intestinais que alargou o seu campo de acção com o aparecimento dos antibióticos.

PARA EVITAR E COMBATER AS PERTURBAÇÕES INTESTINAIS PROVOCADAS PELA ACÇÃO DOS ANTIBIÓTICOS sobre a flora intestinal necessária a uma boa digestão.

Sempre que usem antibióticos por largo tempo; durante e após o tratamento:

# Lactil-Lab

CALDO — COMPRIMIDOS

---

LABORATÓRIOS LAB

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

Avenida do Brasil, 99 — Lisboa — Norte



# BISMUCILINA

## Bial

### INJECTÁVEL

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO  
EM SUSPENSÃO OLEOSA COM MONOESTEARATO DE ALUMÍNIO

EQUIVALENTE A

PENICILINA . . . . . 300.000 U. I.  
BISMUTO . . . . . 0,09 gr.

Por ampola de 3 c. c.

SÍFILIS (em todas as formas e períodos)  
AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

### SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA . . . . . 300.000 U. I.  
BISMUTO . . . . . 0,09 gr.

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

## BISMUCILINA INFANTIL

### SUPOSITÓRIOS

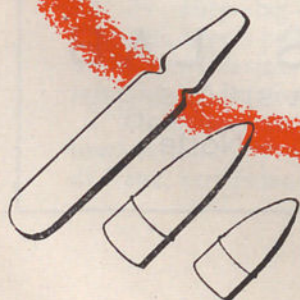
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA . . . . . 300.000 U. I.  
BISMUTO . . . . . 0,045 gr.

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS





e marcha progressiva. Note-se, porém, que nas primeiras fases a icterícia pode sofrer remissões parciais ou mesmo totais, sobretudo quando o tumor se localiza na ampola de Vater. É que a obstrução é muitas vezes provocada por edema ou espasmo e não pela própria massa tumoral, como se comprova ao verificar, na autópsia, que em muitos casos é fácil fazer passar uma sonda até ao duodeno. Já foi citada uma remissão completa, com a duração de 19 meses, numa icterícia por cancro vateriano. O conhecimento do facto levou o A. a pôr o diagnóstico numa doente que apresentava uma remissão de três meses, e que realmente sofria do referido mal; cuja história descreve.

Portanto a icterícia por tumor das vias biliares tem um início insidioso, por vezes com flutuações iniciais, para depois entrar em marcha progressiva. O doente queixa-se às vezes de prurido e são frequentes os arrepios e a febrícula, provavelmente relacionados com fenómenos de colangite. Também são vulgares as náuseas e os vômitos, talvez ligados à distensão das vias biliares. Os tegumentos têm uma cor amarela que pouco a pouco se vai intensificando e que adquire muitas vezes um tom verdínico ou melânico. As urinas são carregadas e as fezes brancas. O fígado, a princípio normal, vai depois aumentando de volume devido à estase biliar, endurecendo um pouco, mas mantendo-se liso. O baço é normal. Excepto quando se trata de tumores altos, do hepático ou do cístico — que são raros — a vesícula distende-se, apresentando-se volumosa, lisa, tensa e indolor (sinal de Courvoisier-Terrier). O tumor em si não costuma ser palpável. O processo não dói ou provoca quando muito uma vaga impressão dolorosa no epigastro ou no hipocôndrio direito. No cancro da ampola de Vater não é raro encontrar sangue nas fezes, abundante ou oculto. O rebate geral é em regra tardio, traduzindo-se pelas habituais manifestações de origem neoplásica.

O cancro da cabeça do pâncreas tem uma feição clínica muito parecida com a dos tumores das vias biliares. Há contudo algumas diferenças que podem ser úteis para a diagnose diferencial. Assim, no cancro do pâncreas a marcha é geralmente progressiva desde o início, não se observando remissões. São mais raros os arrepios e a febre. Em contrapartida, o processo faz-se acompanhar muitas vezes de dores persistentes, surdas, intensificando-se cada vez mais, localizadas ao epigastro, irradiando para as costas e agravando-se com o decúbito dorsal. Estas dores obrigam muitas vezes o doente a dobrar-se sobre si mesmo em flexão, quer na cama, quer mesmo quando marcha. O curso do processo é também mais rápido, com rebate geral precoce. Não é raro observar diarreia com tendência esteatorreica. Muitos autores citam hoje a frequente aparição de perturbações psíquicas nos primeiros períodos da doença, antes de surgir a icterícia. São manifestações depressivas, com insónias e um estado ansioso, tendo o enfermo a impressão de que se passa qualquer coisa de grave, embora não saiba dizer o que é nem veja mesmo fundamento para os seus alarmes.



Seguidamente, passa o A. a rememorar sintomas, indicando os elementos que mais importa pesquisar e o seu comportamento nos vários casos.

*Sexo* — Enquanto as icterícias hemolíticas e parenquimatosas não mostram, de maneira geral, predilecção por qualquer dos sexos, no grupo das icterícias obstrutivas nota-se a frequência muito maior da litíase na mulher e dos tumores biliares e pancreáticos no homem.

*Idade* — A hepatite infecciosa é mais frequente em crianças e adolescentes, vendo-se ainda bastantes vezes em adultos jovens e raramente em pessoas idosas. Pelo contrário, a litíase aumenta de frequência com o correr da idade e os processos neoplásicos vêem-se por via de regra em doentes velhos.

*Profissão* — Estão particularmente sujeitos a contrair a leptospirose os indivíduos que trabalham em lugares infestados pelos ratos (mineiros, escavadores de túneis ou de trincheiras, trabalhadores de arrozais, de cemitérios, de esgotos, etc.). Certos riscos industriais podem ocasionar fenómenos hemolíticos ou lesões parenquimatosas do fígado: arsenamina (metalurgia, adubos químicos), trinitrotolueno e dinitrobenzeno (fábricas de munições e de tintas), tetracloretano (aviação, indústria do caucho e das pérolas artificiais), cloreto de metilo (figoríficos), etc.

*Epidemicidade* — A maior parte das icterícias apresenta-se com carácter esporádico, mas algumas podem constituir epidemias, particularmente a leptospirose e a hepatite infecciosa. Trata-se em regra de pequenos focos, raras vezes de epidemias extensas. Em instituições onde se fazem colheitas de sangue ou tratamentos em série (clínicas sifiligráficas, de diabetes, sanatórios, etc.), dá-se por vezes a eclosão de epidemias de hepatite hemática, devido ao emprego de material insuficientemente esterilizado. Processos alérgicos ou tóxicos de origem alimentar ou profissional (favismo, intoxicações profissionais) podem também atingir vários indivíduos ao mesmo tempo.

*História familiar* — A verificação do carácter familiar da icterícia constitui elemento importante para afirmar o diagnóstico de doença de Minkowski-Chauffard. Claro que é preciso não confundir a história familiar com a simples epidemicidade.

*Carácter congénito ou adquirido* — O carácter congénito da icterícia é também preciso para estabelecer o diagnóstico da referida doença. Deve-se ter presente, todavia, que muitas vezes a enfermidade só é reconhecida bastante mais tarde, embora o doente ou a família, devidamente interrogados, reconheçam a existência precoce de certas anormalidades, em especial do tom icterico.

*Icterícia prévia* — Importa averiguar se o doente já teve icterícia e, em caso afirmativo, procurar reconstituir-lhe a história. Se o enfermo sofreu um ataque de hepatite infecciosa, não é nada provável que a doença actual seja do mesmo tipo, já que o processo costuma conferir imunidade. Se teve uma ou várias crises de icterícia com cólicas hepáticas,



é natural que sofra de coleditiase. Mesmo sem icterícia no passado, uma história de cólicas hepáticas com interregnos de dispepsia — ou até estes só por si — sugerem a hipótese de litíase.

— *Possíveis factores etiológicos* — É recomendável fazer sempre um inquérito sobre possíveis causas da icterícia. Assim, convém averiguar se o doente não teve ou tem porventura alguma infecção ou parasitose icterígena, como a sífilis, a brucelose e o paludismo. Importa saber se não estará sendo vítima de uma intoxicação alimentar, medicamentosa, profissional ou de outra natureza. Interessa averiguar se recebeu nos últimos 4 meses alguma transfusão de sangue, qualquer outra forma de hemoterapia, soros, vacinas ou simplesmente punções ou injeções em circunstâncias suspeitas. Há que averiguar também se o enfermo foi submetido recentemente a alguma intervenção cirúrgica. Além do possível efeito icterígeno da hemoterapia de que hoje se faz tão largo uso em Medicina Operatória, pode servir de guia o tipo da intervenção. Assim, se o tratamento incidiu sobre as vias biliares ou suas vizinhanças, é muito provável que esteja em causa um processo obstrutivo, por recidiva do mal que se procurou tratar ou por lesão cirúrgica das vias biliares. Se o cirurgião interveio sobre uma neoplasia, é possível que estejamos em presença de uma obstrução biliar por metástase do tumor tardiamente extirpado.

— *Modo de início* — A icterícia hemolítica congénita e familiar tem um início insidioso, enquanto os processos hemolíticos de origem imunológica (reações transfusionais), alérgica (favismo) ou tóxica (medicamentos, riscos industriais, etc.), exibem, pelo contrário, um começo brusco e apertado. A hepatite infecciosa tem em regra um período prodrómico de instalação rápida, com sintomatologia digestiva ou pseudo-gripal, surgindo a icterícia dentro de uma semana. A icterícia litíásica típica instala-se de maneira súbita, logo após uma cólica hepática. As obstruções tumorais costumam iniciar-se de forma insidiosa.

— *Evolução* — A icterícia hemolítica congénita tende a persistir indefinidamente, caso não seja tratada, embora alterne períodos de maior e de menor intensidade. Os outros processos hemolíticos antes citados liquidam-se, pelo contrário, dentro de pouco tempo, quer o doente morra, quer sobreviva. A hepatite infecciosa começa por incrementar-se durante algum tempo (em regra uma a duas semanas), para depois se atenuar progressivamente, em lapso de tempo similar. A icterícia litíásica caracteriza-se pelas suas oscilações, podendo o resultado final ser a resolução espontânea ou uma persistência que exige o recurso à cirurgia. As obstruções neoplásticas mostram tendência geral para se acentuarem progressivamente, mas nos tumores das vias biliares e sobretudo nos da ampola de Vater podem observar-se remissões temporárias no período inicial.

— *Intensidade* — As icterícias que atingem maior intensidade são as que resultam de uma obstrução completa das vias biliares, em regra de origem neoplásica. Na icterícia litíásica a oclusão é geralmente incom-



pleta e a pigmentação dos tegumentos varia muito, dependendo do estorvo que o cálculo opõe ao fluxo biliar. A hepatite infecciosa também apresenta flutuações marcadas de uns indivíduos para outros, mas dá em regra uma icterícia de mediana intensidade. A icterícia hemolítica costuma ser mais ligeira, pelo menos quando se mantém pura, sem complicação parenquimatosa ou biliar.

*Tonalidade* — Embora sabendo que há numerosas excepções, podemos aceitar que a tonalidade é flavínica (amarelo-limão) na icterícia hemolítica, rubínica na icterícia parenquimatosa e verdínica, ou melânica na icterícia obstrutiva, sobretudo quando se prolonga.

*Dores* — Na icterícia hemolítica congénita não costuma haver dores, a não ser quando se complica de litíase pigmentar. Nos processos hemolíticos intensos e rápidos, mormente nas hemoglobínurias, o enfermo pode queixar-se de dores lombares e abdominais difusas. Os processos parenquimatosos são geralmente indolores ou dão quando muito uma vaga impressão de peso ou dor surda no hipocôndrio direito. Pelo contrário, a litíase tem como sintoma mais característico a cólica hepática. Quanto aos processos neoplásicos, há que distinguir os tumores biliares do cancro pancreático. Enquanto os primeiros são indolores ou ocasionam dores discretas no epigastro ou hipocôndrio direito, o cancro do pâncreas provoca frequentemente dores persistentes no epigastro, irradiando para as costas, acentuando-se com o curso do tempo e agravando-se durante a noite.

*Prurido* — Apenas serve para distinguir os processos hemolíticos, que o não apresentam, das icterícias parenquimatosas e obstrutivas, que podem ser pruriginosas. O prurido é aliás um sintoma pouco frequente, parecendo menos raro nas obstruções neoplásicas.

*Rebate geral* — É particularmente nítido nas obstruções neoplásicas, que tendem a provocar caquexia, com rapidez aliás variável (o cancro do pâncreas muito mais depressa que os tumores biliares). Na litíase que se prolonga é usual observar um emagrecimento muito acentuado, mas a disposição geral do doente costuma ser boa — a depauperação não é paralela à perda de peso. O doente de hepatite infecciosa, embora se queixe de astenia marcada e possa abater um pouco, não se afigura gravemente enfermo, por via de regra. Nos processos hemolíticos agudos ou hiperagudos a situação é dramática, mas na icterícia hemolítica congénita o doente conserva-se em estado satisfatório, quase sem queixas.

*Fígado* — Nas icterícias hemolíticas conserva-se geralmente normal à palpação e percussão. Nas icterícias parenquimatosas, pelo contrário, é frequente vê-lo alterado, em especial um pouco aumentado de volume algo endurecido, de bordo mais fino e um tanto doloroso à pressão. Nas icterícias obstrutivas mantém-se normal de início, mas se a oclusão se prolongar começa a aumentar de volume, primeiro por simples estase, depois por cirrose biliar. O aumento costuma ser uniforme, mostrando-se o órgão um pouco duro, liso e indolor; mas em caso de litíase o bordo



do fígado pode estar evertido para cima e doloroso, sobretudo na vizinhança da vesícula.

*Baço* — Claramente hipertrofiado nas icterícias hemolíticas, mostra muitas vezes um discreto aumento nas hepatites e mantém-se normal nas obstruções (a não ser quando se atinge a fase de cirrose biliar).

*Vesícula* — Mantém-se habitualmente normal nos processos hemolíticos, mas na icterícia hemolítica congênita muito antiga formam-se com frequência cálculos pigmentares, podendo a vesícula tornar-se dolorosa à pressão. Nas hepatites a vesícula conserva-se normal. As indicações mais preciosas são, porém, as que se colhem nas icterícias obstrutivas. Se a causa da oclusão for a litíase, a vesícula não se palpa, mas é dolorosa à pressão. Se o obstáculo resultar de um tumor que comprima as vias biliares abaixo do cístico, a vesícula palpa-se aumentada de volume, tensa, lisa e indolor (sinal de Courvoisier-Terrier).

*Fezes* — Nas icterícias hemolíticas as fezes são excessivamente coradas. Nas formas parenquimatosas são de cor normal ou um pouco atenuada, podendo no entanto mostrar-se totalmente acólicas no auge da doença, em regra por um período que não excede quatro dias. Nas icterícias obstrutivas as fezes são descoradas em maior ou menor escala, consoante o grau da oclusão. A descoloração é em regra total nas obstruções neoplásicas e parcial, com flutuações, na litíase.

*Urinas* — São de maneira geral escuras em todas as icterícias, lembrando o café ou a cerveja preta. Nas formas hemolíticas, todavia, a coloração não costuma ser tão profunda como nas outras modalidades e se a destruição sanguínea for muito intensa e rápida, como acontece sobretudo nas hemoglobinúrias, as urinas podem apresentar-se vermelhas, como sangue lacado. Quanto ao débito urinário, costuma ser baixo nas icterícias parenquimatosas e normal nas obstruções biliares. Nos processos hemolíticos crônicos é também normal, mas nas formas agudas ou hiperagudas é muitas vezes baixo.

*Dados radiológicos* — De pouco préstimo nas icterícias hemolíticas e parenquimatosas, a radiologia pode em contrapartida fornecer indicações muito úteis nos processos obstrutivos. Na litíase biliar, já a radiografia sem preparação pode mostrar a existência de cálculos, mas não é essa a regra, porque as concreções não têm impregnação cálcica suficiente para se objectivarem. A dificuldade pode ser torneada pelo recurso à colecistografia, que contudo pode não revelar a presença de cálculos, por várias razões: exclusão da vesícula por oclusão calculosa, perda do poder de concentração da substância opaca, hepatite que impede a passagem da substância do sangue para a bília (pelo que alguns autores contraindicam a colecistografia quando a icterícia é acentuada). No cancro da ampola de Vater e nos tumores da cabeça do pâncreas, o estudo radiológico do duodeno presta bons serviços.

*Dados laboratoriais* — São inúmeras as achegas laboratoriais que podem ter valor para a diagnose diferencial das icterícias. Esquemática-



mente, pode-se dizer que há três ordens de elementos a pesquisar: sinais de hiperhemólise, sinais de insuficiência hepática e sinais de obstrução biliar. Em cada tipo de icterícia são positivos os sinais de um dos grupos e negativos os sinais dos outros dois, pertencendo a positividade ao primeiro grupo nas icterícias hemolíticas, ao segundo nas icterícias parenquimatosas e ao terceiro nas icterícias obstrutivas, salvo nas formas mistas.

Os sinais de hiperhemólise aparecem nas icterícias hemolíticas e faltam nas outras modalidades. Pertencem a este grupo o aumento do urobilinogénio nas fezes e urinas, a descida a zero do índice de haptoglobina de Polonovsky, a hiperbilirrubinémia de reacção indirecta, sem bilirrubinúria nem colalúria, e a anemia regenerativa.

Os sinais de insuficiência hepática observam-se nas icterícias parenquimatosas, faltando nas formas hemolíticas e obstrutivas. Podem ser colhidos por meio de provas muito variadas. Hoje em dia, as mais reputadas são a prova da galactose, a descida do colesterol, em especial da fracção esterificada, as modernas provas de turvação e floculação (Hanger, Maclagan, etc.), a prova do ácido hipúrico por via intravenosa e a hiperurobilinogenúria. Actualmente, as próprias provas de eliminação de corantes são utilizáveis nas icterícias, desde que se faça a correcção proposta por Zieve e col. Quanto à hiperbilirrubinémia de reacção directa, com bilirrubinúria e colalúria, não pode ser considerada como sintoma de insuficiência hepática, pois só traduz regurgitação biliar, observando-se portanto igualmente nas icterícias obstrutivas. Contudo, alguns autores tentam hoje tirar partido das bilirrubinémias diferenciais. Atendendo a que as funções hepáticas são assinérgicas e que qualquer das provas tem as suas causas de erro, é conveniente fazer mais que um ensaio em cada enfermo, sem nunca omitir a Hanger, que é a fundamental.

Quanto à obstrução biliar pode-se comprovar a oclusão do trato pela tubagem duodenal, que se pratica com relativa facilidade e segurança; mas como é algo incómoda para o doente e deixa por vezes as suas dúvidas, em especial quando tem que ser feita sem verificação radioscópica, prefere-se em regra lançar mão de certas provas laboratoriais. Recomendam-se em particular a diminuição do urobilinogénio fecal e urinário, o aumento do colesterol total e a hiperfosfatasmia. Como as causas de erro são aqui mais raras e evidentes, pode aceitar-se como significativo o desvio de uma só prova. A melhor é a variação do urobilinogénio. A respeito das duas outras é preciso fazer uma reserva. Nas alterações parenquimatosas do fígado também se observa por vezes um aumento do colesterol total e da fosfatase, talvez como consequência da regurgitação da bÍlis, mas esse aumento é ligeiro, e noutros casos os valores estão normais ou baixos. Quando existe um obstáculo ao fluxo biliar, porém, a subida costuma ser nítida.

Deixando de lado outras pesquisas de menor interesse (que o A. aponta), refere-se a biópsia do fígado, de utilização excepcional, e sujeita a condições de indicação e técnica bem delimitadas.



Normas gerais de tratamento das principais modalidades:

Nos *processos hemolíticos agudos* ou hiperagudos, do tipo da anemia de Lederer, das hemoglobínúrias e das anemias hemolíticas secundárias, a terapêutica decorre logicamente dos dois grandes perigos a que o enfermo está sujeito. Estes doentes ou morrem rapidamente de anemia aguda com tendência para o colapso cárdio-vascular, ou vêm a falecer um pouco mais tarde de insuficiência renal, cuja patogenia não está ainda bem esclarecida. Portanto, há que acudir rapidamente ao primeiro risco pelos meios usuais, mormente pelas transfusões de sangue, e começar desde logo a prevenir o segundo administrando soros e alcalinizando a urina. A par destas precauções genéricas recomendam-se, em certos casos, medidas especiais, como a suspensão da droga responsável nas hemólises tóxicas, a dessensibilização no favismo, o tratamento antilúético na hemoglobínúria paroxística a frigore, etc.

Como icterícia, a hipótese mais interessante deste grupo é no entanto a doença de Minkowski-Chauffard. Pode ver-se, uma vez por outra, em fase aguda, durante uma crise de desglobulização que merecerá o tratamento acabado de indicar. Mas em regra aparece em fase crónica e então o que se impõe não é a correcção de um episódio transitório, mas o tratamento de fundo da afecção. Segundo o consenso geral deve ser feito cirurgicamente, pela esplenectomia. A intervenção costuma ser fácil e muito eficaz, pelo que deve recomendar-se sempre que se diagnostique a enfermidade. Esperar é manter o doente em invalidez mais ou menos pronunciada e sujeitá-lo aos perigos de morte por crise hemolítica e de aquisição de uma litíase pigmentar.

Nas *ictericias hemolíticas idiopáticas crónicas adquiridas* o único tratamento viável é também a esplenectomia, embora o seu êxito não seja tão certo como na modalidade congénita. Quanto às ictericias hemolíticas sintomáticas, receberão a terapêutica adequada à afecção causal.

Além de medidas peculiares a certos tipos — como a terapêutica pelos antibióticos na leptospirose — em todas as *ictericias parenquimatosas* há que fazer um tratamento geral hepatoprotector, que assenta em quatro pilares fundamentais: repouso, dieta, lipotrópicos e anti-necróticos.

O repouso é essencial. Durante a fase aguda da doença o enfermo deve permanecer no leito. Quando entrar em franca convalescença pode levantar-se, mas evitando fatigar-se e só retomará o trabalho activo depois de se encontrar clínica e laboratorialmente curado.

A dieta é de uma importância enorme. Admite-se actualmente que o hepático deve receber uma dieta rica em calorias, bem fornecida de hidratos de carbono e proteínas e pobre em gorduras. Morrisson preconiza 2.500 a 4.000 calorias, facultadas por 300 a 500 gr. de H. C., 200 a 300 gr. de P. e 50 a 100 gr. de G. A ração deve incluir também uma boa dose de vitaminas. As proteínas devem ser principalmente de origem animal, recorrendo-se à carne (fresca e magra), ao peixe (idem), aos ovos e ao leite (desnatado) e aos lacticínios, com excepção de queijos gordos



e fermentados. A escolha das gorduras é importante, porque os hepáticos reagem mal à maior parte. Há duas, contudo, que toleram geralmente muito bem: a manteiga e o azeite, desde que sejam de boa qualidade e frescos. As gorduras requentadas são muito nocivas. Quanto aos hidratos de carbono, são fáceis de administrar sob a forma de cereais, legumes e frutos, na sua maior parte bem tolerados. No entanto, alguns vegetais são pouco recomendáveis (couves, couve-flor, ervilhas), o mesmo sucedendo com certos frutos, uns pela acidez (groselhas, framboesas), outros por ricos em gorduras (azeitonas, castanhas, nozes, avelãs e amêndoas).

A preparação culinária dos alimentos seleccionados deve merecer todo o cuidado. Evitar os pratos complexos, de digestão difícil, as especiarias, os molhos, os guizados. Recorrer aos cozidos, assados e grelhados. Os fritos devem ser banidos, pois seja qual for a gordura utilizada para fritar, a alta temperatura atingida torna-a muito nociva. É preferível juntar o azeite e a manteiga aos alimentos já cozinhados, à moda inglesa. Como condimento, o sal e o sumo de limão. No capítulo de bebidas, abstenção das alcoólicas e das fermentadas, bem como do café, do cacau e do chocolate. O doente beberá água, infusões açucaradas e sumo de frutos.

Finalmente é recomendável substituir os repastos raros e copiosos por refeições mais numerosas e menos abundantes.

Quando um indivíduo ingere uma dieta do tipo da que ficou descrita, não tem necessidade que lhe administrem factores lipotrópicos, porque eles se encontram presentes na ração alimentar em quantidade suficiente. Caso contrário, ou por falta de apetite, ou por perturbações digestivas que impedem o seu aproveitamento, recorre-se a transfusões de sangue ou plasma, a injecções de soro, de hidrolisados de caseína e sobretudo dos produtos lipotrópicos (metionina, colina e inositol) e anti-necróticos (metionina, cistina, vitamina E e aureomicina). De todas estas substâncias, a metionina é a mais importante, e deve administrar-se «per os» na dose de 3 a 5 gr. diários, nos casos médios; em casos graves, podem dar-se doses muito altas de metionina ou administrá-la por via endovenosa recomendando-se também o emprego da aureomicina. Alguns hepáticos, porém, não podem utilizar a metionina e então a insistência em administrá-la pode ocasionar perturbações: anorexia, mal-estar, hálito que lembra o fétido hepático, e até confusão mental progressiva.

As *eterícias obstrutivas* são essencialmente do domínio cirúrgico, estando fora do alcance do médico remover o obstáculo que se opõe ao livre curso da bília. O papel do clínico consistirá em estabelecer o diagnóstico rapidamente, enviando o enfermo ao cirurgião o mais cedo possível. Enquanto tiver o doente sob a sua orientação, deve instituir um tratamento hepatoprotector que contribuirá para evitar as complicações parenquimatosas e constituirá uma excelente preparação para o acto operatório, na qual não deve esquecer a administração de vitaminas, em especial do factor K por via parenteral, para evitar baixa da protrombinémia.



O tratamento sintomático, duma maneira geral pouco importante e óbvio, interessa principalmente em relação ao prurido, que pode ser atroz; contra o qual os melhores medicamentos são a ergotamina (ingestão de 1 miligr. quatro vezes por dia) e a novocaína endovenosa (20 c. c. de soluto a 0,1 por cento) lentamente.

RELAÇÕES COM O FÍGADO DO METABOLISMO DAS PROTEÍNAS. — São muito estreitas e estão em grande parte na dependência de enzimas mal conhecidos. Admite-se que o fígado é o formador da quase totalidade das proteínas do plasma sanguíneo ou de radicais peptídicos necessários para a elaboração destas proteínas, que por sua vez fornecem os materiais essenciais para a formação das proteínas dos tecidos; e que desempenha muitas outras funções conexas, relacionadas com todas as fases do metabolismo dos ácidos aminados.

Para dar uma ideia geral do metabolismo das proteínas, o A. encara-o sob quatro pontos de vista: o da formação, duração e desintegração das principais proteínas do organismo, particularmente das do plasma sanguíneo, que são as mais bem estudadas; o das reacções sofridas pelos ácidos aminados para se integrarem na molécula das proteínas ou se libertarem de elas; o das reacções que condicionam o metabolismo de cada ácido aminado até à sua desintegração completa e eliminação dos produtos finais; o das reacções passadas com certos ácidos aminados que originam substâncias fundamentais para o organismo. O A. expõe os conhecimentos actuais sobre cada um de estes aspectos, em que, a par de aquisições seguras, há muitas incógnitas a desvendar. Os grandes agentes que regulam o metabolismo das proteínas parecem ser mais de natureza enzimática do que hormonal, mas a precisão com que o organismo normal mantém o equilíbrio de azoto e os factos relacionados com o desencadeamento do período catabólico das consequências de qualquer agressão sugerem que pode haver um mecanismo mais geral de regulação.

Pelo que respeita ao metabolismo das proteínas nos estados mórbidos, o balanço do azoto torna-se negativo quando se trata de grandes agressões de origem infecciosa, tóxica ou traumática, por se darem perdas grandes, que ordinariamente andam por 50 a 100 gr., mas que nos casos graves podem subir a 200 g., ou seja a cerca de 10 por cento das proteínas totais do organismo, provocando o aparecimento de edemas, diminuição da resistência às infecções, etc. As perdas prolongam-se por dias ou semanas, sem que o ingresso de proteínas consiga vencer este período anabólico. Depois segue-se geralmente um período de relativo equilíbrio, curto, passando-se à fase de predomínio do anabolismo, com intensa retenção do azoto pelo organismo, que restabelece a situação normal.

O motivo da duração do período catabólico está na incapacidade de aproveitamento do azoto alimentar em proporção suficiente para compensar as perdas resultantes da desintegração proteica. Pelo que é errada a administração de proteínas em quantidade superior à óptima aprovei-



tável, que é de 7 a 8 gr. de azoto, ou sejam 40 a 50 gr. de proteínas; um excesso acarretará sobrecarga perigosa de trabalho para o fígado e para o rim, pois tem de ser eliminado. Quando, porém, chega o período anabólico, então a utilização é boa, retendo o organismo azoto, aproveitado até uma quantidade que parece ser da ordem de 150 gr. de proteínas, como máximo.

PROBLEMAS HEMO-DINÂMICOS DAS VALVULITES MITRAIS. — Assunto muito antigo, está em rejuvenescimento, principalmente por motivo dos recentes progressos da cirurgia cardíaca; o seu estudo pode vir a dar elementos importantes para a escolha dos doentes a submeter a intervenção operatória. O A., sobre estudos pessoais e alheios, trata, neste artigo, da repercussão dos vícios funcionais da válvula mitral sobre a aurícula esquerda e a circulação pulmonar. Esses estudos lançam alguma luz sobre os mecanismos das perturbações dos doentes portadores de lesões mitraes, permitindo compreender melhor as situações clínicas de cada um de eles.

BOLETIM CLÍNICO DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA, XVII, 1953, N.º 1: *Diagnóstico dos tumores cerebrais pelos isótopos radio-activos*, por Diogo Furtado, Santos Pereira e Maria Helena Santos; *Sobre as amputações amiotômicas na raiz dos membros*, por F. Pais de Vasconcelos; *A electroencefalografia em pediatria*, por Orlando de Carvalho; *Algumas considerações sobre toxicose*, por N. Cordeiro Ferreira; *Situações cardíacas de urgência*, por J. L. Pulido Valente; *Fibromatose da parede abdominal*, por Fernando Frazão; *Histopatologia da tiroidea*, por J. de Oliveira Campos; *Os Hospitais Civis de Lisboa*, por Ilídio de Oliveira Barbosa; *Dr. Alberto Mac-Bride Fernandes*, por Vergílio Morais.

DIAGNÓSTICO DOS TUMORES CEREBRAIS PELOS ISÓTOPOS RADIO-ACTIVOS. — Os métodos auxiliares da clínica para o diagnóstico dos tumores cerebrais nem sempre são inócuos, podendo dar lugar a sérias complicações, como sucede com a ventriculografia e a angiografia; só a electroencefalografia as não provoca, mas a percentagem de diagnósticos de tumores dada por este método não é elevada e nenhum cirurgião se atreve a operar só com a indicação por ele fornecida. Por isso surgiu grande esperança com a introdução dos isótopos radio-activos na medicina.

O emprego dos isótopos foi precedido pelo dos corantes vitais (Wassermann, 1911) e pelo de substâncias fluorescentes (Copeman, 1929-31), método este que continua a ser estudado com interesse. Foi a partir de ele que Moore chegou à aplicação de substâncias radio-activas marcadas, das quais as usualmente empregadas hoje são os isótopos de fósforo e de iodo,  $P^{32}$  e  $I^{131}$ .

O fundamento do método está na localização electiva da substância radio-activa no tumor, parecendo que isso se deve a que, estando alteradas



as paredes dos capilares, a substância passa para o tecido nervoso tumoral, operando-se assim uma rotura local da barreira hematoencefálica, impedidora da disseminação por todo o cérebro.

Os resultados observados não são uniformemente considerados pelos investigadores que mais se tem dedicado ao seu estudo; de um modo geral são louvados pelos americanos, mas os ingleses não os louvam.

O método é inócuo, mas, apesar dos grandes progressos técnicos de que tem sido objecto, é de difícil manejo, pela instabilidade dos dados das medições resultante da intervenção de vários factores, e consequente dificuldade da sua interpretação.

O A. apresenta 9 observações, sendo 4 de tumores cuja existência foi verificada e 5 de provável existência. No primeiro grupo, os resultados foram três vezes concordantes e discordantes num caso de tumor temporo-parietal. No segundo grupo, houve um resultado concordante e quatro não concordantes. Não tira conclusões de tão limitado número de casos, mas a sua impressão sobre o método é favorável, embora faça grandes reservas quanto ao respectivo rigor científico.

Onde, talvez, os isótopos tenham maior utilidade, será na terapêutica. Os neurologistas estão cada vez mais reticentes na operabilidade dos tumores cerebrais, sobretudo dos glioblastomas multiformes, tumores essencialmente malignos, que funcionam como lesões infiltrantes. Está-se a ensaiar, para essa terapêutica, o boro radio-activo, B<sup>10</sup>; também se ensaia a introdução no tecido tumoral de grânulos de ouro radio-activo. Por enquanto não há dados para conclusões sobre resultados, mas está aberto um caminho promissor.

A ELECTROENCEFALOGRAFIA EM PEDIATRIA. — A electroencefalografia, ou seja o registo da actividade eléctrica do encéfalo obtido a partir de electrodos colocados na superfície do crânio, tem utilização clínica principalmente na pediatria. As ondas eléctricas, cuja amplitude ou voltagem e cuja frequência ou número de ondas por segundo, ficam inscritas numa tira de papel, formando gráfico, tem modalidades várias, segundo a normalidade ou anormalidade da fisiologia cerebral; o traçado normal tem características diversas segundo a idade da criança, até se fixar no tipo do adulto, por volta dos 14 ou 15 anos.

A indicação mais frequente é a da epilepsia. Em qualquer das suas formas, o EEG mostra anomalias significativas, permitindo firmar diagnóstico nos casos clinicamente duvidosos.

Para o diagnóstico de tumor intracraniano, a EEG apenas pode dizer que existe uma lesão que afecta o tecido cerebral em determinada zona, mas não pode, claramente, dizer que se trata de um tumor e de qual.

Nas encefalites e encefalopatias em geral, pode dar uma imagem objectiva da gravidade das lesões, pela qual se avalie a evolução do processo.

Na meningite tuberculosa, o EEG permite a apreciação do grau das



lesões meningo-encefálicas, e do aparecimento da estrangulação por tecido fibroso do istmo do encéfalo; também pode indicar o início de uma recidiva.

Nos traumatismos cranianos, permite seguir, por sucessivos exames, a marcha do sofrimento cerebral; serve para localizar as lesões, o que tem grande importância prática, mormente tratando-se de hematomas, a remover cirurgicamente.

Se o desenvolvimento da electroencefalografia tem sido enorme, prevendo-se para ela grandes possibilidades futuras, é preciso não esquecer que está dando os primeiros passos, e que desacreditam o método os entusiasmos excessivos e os resultados colhidos com técnica mal aplicada, que conduzem a erradas conclusões.

#### SITUAÇÕES CARDÍACAS DE URGÊNCIA: NA INSUFICIÊNCIA CORONÁRIA.

— O A. classifica assim as situações que requerem intervenção urgente: insuficiência cardíaca aguda, arritmias, acidentes por insuficiência coronária, tamponamento cardíaco no decurso de uma pericardite aguda. Ocupa-se, porém, somente, da insuficiência coronária, nos dois aspectos: angor e infarto do miocárdio. Pelo interesse prático do assunto, tomamos a liberdade de reproduzir o que escreveu.

«— É frequente doentes de ambas as modalidades acorrerem a um Serviço de Urgência, sendo de prever que em regra se trate de casos de mal anginoso ou de infarto. Quanto à diferenciação destas duas situações, a duração da crise dolorosa e o modo como tem decorrido, só por si, já nos orientará, pois é sabido que no estado de mal anginoso a dor se pode manter horas ou inclusivamente dias, mas em que alternam fases de agudização dolorosa com outras de acalmia. Quando tudo isto for clinicamente muito pouco evidente há que pensar insistentemente na possível existência de infarto.

Se há a oportunidade para presenciar uma crise de angor, o diagnóstico na maioria dos casos impõe-se. Todavia, mais frequente talvez será ter que fazer o diagnóstico retrospectivo por a crise anginosa já ter passado, e o paciente unicamente temer a sua repetição.

O diagnóstico de angor não é, em regra, difícil de se suspeitar clinicamente, mas é de elementar prudência nunca deixar de confirmar a existência de uma insuficiência coronária, fazendo um estudo electrocardiográfico e obtendo sempre dois traçados: um em repouso, outro após prova de esforço.

Descreve-se uma longa lista de entidades clínicas que se exteriorizam por dor em algo semelhante a uma genuína dor coronária. Porém, esta lista sempre nos pareceu pouco convincente. Com efeito, se tivermos em conta os seus vários caracteres, de dor não muito circunscrita, na sua localização habitual (embora por vezes em sítio atípico), a sua irradiação, intensidade, duração, sensações subjectivas de que se acompanha, a sua frequente relação imediata com o esforço, etc., tendo em conta simultâ-



neamente estes vários caracteres, fica-se na maioria dos casos suficientemente orientado, só pelo exame clínico, sobre a existência ou ausência duma dor coronária.

Já, pelo contrário, o diagnóstico diferencial do infarto do miocárdio está sujeito por vezes a grandes incertezas. Diz-se que causa frequente de confusão é o próprio angor, mas nós achamos que quando se ponha esta dúvida é já muito mais provável que se trate dum infarto. Para o despiste não só desta como das demais situações que se enumeram no diagnóstico diferencial de infarto do miocárdio, deve-se ter em conta não só o sintoma dor que domina o quadro clínico, como os diferentes dados imediatos colhidos na observação clínica (tensão arterial, leucocitose, etc.) e dados mais tardios como a febre, atritos pericárdicos, aumento da velocidade de sedimentação, etc., e sobretudo o achado electrocardiográfico — traçado em 12 derivações feito de urgência — o qual para confusão do clínico por vezes dá traçados típicos em situações que não são infartos e vice-versa, traçados normais ou quase, em situações de oclusão coronária.

Só aparentemente nos estivemos a afastar do tema central do assunto que estamos tratando, «terapêutica de urgência dos acidentes coronários». O nosso único desejo foi acentuar a necessidade de fazer o diagnóstico com exactidão antes de instituir a terapêutica dum caso de angor ou de infarto.

Não vamos traçar o vasto quadro dos recursos terapêuticos (médicos e cirúrgicos) a que se está recorrendo no tratamento da insuficiência coronária. Únicamente vamos encarar a terapêutica da insuficiência coronária na sua fase inicial.

Fundamentalmente no tratamento de um caso de angor o que se pretende é aumentar a oferta de oxigénio ao miocárdio pois, como é sabido, a dor anginosa deve-se em última análise a uma anoxemia relativa do miocárdio, ao romper-se o equilíbrio entre a oferta e a necessidade do oxigénio por parte do miocárdio, num dado instante, por diminuição daquela ou aumento desta. Com o intuito de aumentar a oferta de oxigénio, em regra procura-se aumentar o afluxo coronário, recorrendo a vaso-dilatadores, sendo de largo emprego os nitritos. Embora o nitrito de amilo seja o que age mais rapidamente, prefere-se actualmente mais a nitroglicerina.

O volátil nitrito de amilo é o nitrito mais potente e rápido, sendo eficaz já aos dez segundos ou pouco mais, actuando durante uns bons dez minutos.

A nitroglicerina ou trinitrina é depois do nitrito de amilo a droga de acção mais potente e rápida. Administrada por via bucal absorve-se rapidamente e em 1 ou 2 minutos determina a cessação da dor anginosa, acompanhando-se de vaso-dilatação periférica, do mesmo modo que o nitrito de amilo. A melhor forma de administrar a nitroglicerina é em comprimidos que devem ser mastigados para favorecer a absorção. Há



que ter presente que os preparados velhos perdem muito a sua eficácia. A nitroglicerina na dose de três décimos de miligrama costuma ser eficaz, caso contrário, aumentar para seis décimos de miligrama, dose esta que costuma provocar um cortejo de sintomas desagradáveis, mas que são todavia de somenos importância em face da gravidade da situação do doente.

Os outros nitritos (nitrito de sódio, tetranitrato de eritrol, hexanitrato de manitol) não actuam tão rapidamente e têm acção hipotensora mais marcada que a nitroglicerina e o nitrito de amilo, e, embora actuem durante mais tempo, não estão indicados no tratamento de urgência dum caso de angor. Do nitrito de octilo, de rapidez e duração de acção intermédia ao nitrito de amilo e à nitroglicerina, há ainda pouca experiência.

Desde há muito que se usa o álcool no tratamento do angor, tendo sido inclusivamente o primeiro medicamento a ser usado para mitigar as dores coronárias, sob a forma de bebidas alcoólicas. Parece não ter uma acção eficaz constante, mas em regra produz-se alívio sintomático após ingestão de álcool. Não se sabe como actua o álcool, não se aceitando actualmente que faça diminuir a dor por aumentar a circulação coronária. Comparou-se a influência do álcool e dum tetranitrato, no que respeita à capacidade de evitar o aparecimento de dor anginosa e de acidentes electrocardiográficos que traduzam isquemia do miocárdio, tendo-se constatado que tanto o álcool como o tetranitrato foram eficazes na prevenção do aparecimento da dor anginosa provocada pelo esforço, mas que o álcool não conseguiu evitar o aparecimento de alterações electrocardiográficas típicas da insuficiência coronária. Daqui pode-se concluir que o álcool não é vaso-dilatador coronário e que a sua acção é unicamente a de aumentar o limiar para a dor, ao mesmo tempo que determina uma sensação de bem-estar, falsa e perigosa sensação de segurança, não exercendo qualquer efeito significativo sobre a anóxia miocárdica existente, pelo que o álcool é um mau substituto dos genuínos vaso-dilatadores coronários, os nitritos.

Os demais vaso-dilatadores (derivados xânticos, particularmente a aminofilina, a papaverina, a própria Khellina) utilizam-se muito mais no tratamento de fundo, de manutenção do doente, do que na terapêutica de urgência, em pleno acesso anginoso.

Aliás, a dor caracterizada pela sua violência e fugacidade, cede sem medicação alguma ao procurar o doente a imobilidade absoluta. Não queremos deixar de fazer referência a que não é recomendável o doente adoptar o decúbito horizontal, pois, como é sabido, nesta posição aumenta o volume circulatório e por isso o trabalho cardíaco.

Em resumo: perante uma crise de angor, a atitude terapêutica será a seguinte: impor imobilidade completa ao doente e empregar um vaso-dilatador coronário, preferentemente a nitroglicerina, pois que, embora o nitrito de amilo seja absolutamente eficaz, o seu modo de administração é menos prático e discreto, sendo uma droga mais cara e causando um conjunto de acções secundárias mais incómodas que a nitroglicerina.



O tratamento do infarto miocárdio não é questão fácil de encarar, não se podendo falar duma atitude terapêutica uniforme para todos os casos. Não é uma situação que se resolva em curtos instantes, mas sim em várias semanas. Unicamente discutiremos a terapêutica do infarto no seu período inicial. Propõem-se os seguintes meios terapêuticos:

*Repouso:* físico e psíquico, o mais absoluto. O leito o mais cómodo e as coisas arranjadas de tal maneira que não se exija nenhum esforço do doente. Evitar, na medida do possível, o incómodo e o esforço ocasionado pela defecação, micção e alimentação (dieta o mais leve possível, constituída por sumo de frutas, leite, caldos). Sendo necessário, pela agitação do doente, recorrer a doses suficientes dum barbitúrico injectável. As dúvidas que se levantam acerca da utilidade desde tão rigoroso repouso são talvez lícitas da 3.<sup>a</sup> ou 4.<sup>a</sup> semana em diante, mas de modo nenhum para aquela fase inicial que decorre aqui no Banco.

*Tratamento da dor.* — Recorrer preferentemente à morfina em dose de dois centigramas, que se poderá repetir uma ou mais vezes, com intervalos de meia hora. Pode-se utilizar perfeitamente a via subcutânea, caso não haja uma situação de colapso evidente, neste último caso optar pela via endovenosa, não abandonando então o doente, pois estando ele, como é de uso, a fazer já nesta altura oxigenoterapia, é sempre de temer uma depressão grave do centro respiratório, a qual se poderá remover, além de outros meios, pela administração de um pouco de  $CO_2$ .

Descreve-se para a morfina uma acção vaso-constritora coronária, produção de náuseas e vômitos, além de ser uma droga depressora do centro respiratório e circulatório, com todos os seus inconvenientes. Todavia, a acção vaso-constritora coronária não está provada, falando alguns inclusivamente duma acção vaso-dilatadora para pequenas doses de morfina. O inconveniente das náuseas e vômitos pode-se evitar juntando à primeira injectão de morfina 1/4 de miligrama de atropina e ou ainda injectando simultaneamente um barbitúrico. Por fim, quanto à depressão cardio-respiratória, pode esta ser prevenida administrando analépticos, nomeadamente a coramina.

De qualquer modo é imperioso que o doente deixe de referir dor, para o que há que recorrer à acção dos opiáceos, preferentemente da morfina. Grande parte dos seus inconvenientes não ocorre não administrando doses excessivas. Aliás, a dor pode ser abrandada não só através duma terapêutica anti-dolorosa directa, como também melhorando a oxigenação do miocárdio.

*Oxigeno-terapia.* — É escusado falar do fundamento fisiopatológico deste meio terapêutico. Sempre possível, é de aconselhar o emprego do oxigeno-terapia, pelo menos nas primeiras horas, e indubitavelmente sempre, naqueles casos de infarto que se acompanham de cianose, ritmo Cheyne-Stokes, edema agudo do pulmão.

O modo de administração poderá ser qualquer (catéter, tenda ou máscara), sendo as diferenças unicamente de ordem psicogénica. Quanto



ao débito óptimo de oxigénio variam as opiniões. Inicialmente empregam-se concentrações de oxigénio de 50 %, mas, posteriormente, muitos aconselham concentrações de 100 %. Porém, com concentrações de 60 % obtêm-se bons resultados, o que equivale a um débito de cerca de 5 litros por minuto. Parece mesmo que concentrações de oxigénio mais elevadas não só não são necessárias como podem inclusivamente ser prejudiciais, já que um sangue hiper-oxigenado poderá interferir, impedindo o desenvolvimento da benéfica hiperemia reactiva que a anóxia do miocárdio vai determinar.

*Anti-coagulantes.* — A finalidade do seu emprego é evitar a progressão da trombose e evitar a ocorrência de complicações embólicas, tendo-se provado estatisticamente que a terapêutica anti-coagulante reduz a mortalidade e a incidência de complicações embólicas.

Para quase todos é regra instituir uma terapêutica anti-coagulante num caso de infarto de miocárdio ainda que alguns não achem esta atitude razoável como rotina e fundamentando-se em conceitos etio-patogénicos aconselham fazer uma selecção dos casos. De qualquer modo mantêm-se o entusiasmo pelo emprego dos anti-coagulantes. As contra-indicações e cuidados a ter são os da terapêutica anti-coagulante no geral, estando a maior dificuldade na obtenção dum perfeito auxílio laboratorial, para a determinação correcta dos tempos de protrombina ou de coagulação, consoante a droga que se está a usar.

Até ao aparecimento do Tromexan, instituía-se uma terapêutica mista, ou seja, supria-se o lapso de tempo que o dicumarol leva a absorver-se e a actuar (cerca de 48 horas) pela acção imediata da heparina, a qual depois se deixava de administrar, mantendo-se o dicumarol durante tempo variável (cerca de um mês) e em dose de 100 a 200 mgr. consoante o valor do tempo de protrombina. Actualmente julgamos haver um grande e justificado entusiasmo com o emprego do Tromexan, de absorção rápida e actuação uniforme iniciando-se ou não o tratamento com heparina.

*Tratamento de shock e de insuficiência cardíaca.* — Em metade dos casos de infarto do miocárdio ocorrem sinais de colapso, não havendo acordo sobre se esta situação representa um colapso vascular periférico, ou se, pelo contrário, é devida a uma súbita insuficiência cardíaca.

O tratamento de shock ou da insuficiência cardíaca aguda obedece à conduta terapêutica habitual destas situações. Quando assumam expressão clínica evidente devem ser resolvidas do modo habitual e fundamentalmente no primeiro caso com sangue, plasma ou seus similares, no segundo caso recorrendo a uma digitalização rápida.

É tradicional temer-se o emprego de digitálicos no decurso dum infarto do miocárdio por se temer a taquicardia ventricular, uma ruptura cardíaca e a hipotética acção vasoconstritora coronária dos digitálicos. Sabe-se, todavia, que estes receios são em grande parte infundados, ou só ocorrendo muito raramente. De qualquer modo, porém, o seu emprego



ANACEPHALEOSIS  
**MEDICO-**  
THEOLOGICA,  
MAGICA,  
JURIDICA, MORAL,  
E POLITICA

NA QUAL

Em reempiladas Dissertações; e Divisões, se mostra a infalivel certeza de haver qualidades maleficas, se aponta os sinais por onde possaõ conhecerse; e se descreve a cura assim em geral, como em particular, de que se devem valer nos achaques procedidos das ditas qualidades maleficas, e Demoniacas, chamadas vulgarmente

**FEITICOS,**

*Obra necessaria para os Medicos, e muito preciza para os Exorcistas, pelas advertencias, que incluye para evitar os innumeraveis absurdos, que se comettem tanto na applicação dos remedios magicos, e naturais, como na dos Divinos, e Ecclesiasticos, especialmente nos*

**EXORCISMOS,**

Que se mostra não devem, nem podem prohibirse absolutamente pellos Ordinarios, antes tem estes obrigação de mandar Exorcizar.

AJUNTAMSE

Varias Digressões Medico Theologicas Politicas, e Practicas: fillase sobre o uzo do leyte nas febres potres, da Kina Kina, dos banhos, dos fores, e sobre o uzo das sangrias dos braços: e escrevemse outros documentos utilissimos para o bom acerto de curar principalmente febres, em cujo Methodo ha muitos abusos com os tais remedios, de que ou se não valem os Medicos por timidiss, ou de que não cessão por temerarios, Escreve-se hũa Digressão Medico Botanica das virtudes da herva Veronica.

Por

**BERNARDO PEREYRA**

Medico do Partido da Villa do Sardoal,



**COIMBRA.**

Na Officina de FRANCISCO DE OLIVEYRA Impressor da Universidade

Anno de M.DCCXXXIV.

Com todas as Licenças necessarias.



## NUMERO V.

§. 13. **E** Supposto, que à todos os humores se accomode para causar os males, ou por si sò, ou com os feitiços ensinados aos feitriceiros; comtudo mais à medo opprime aos melancholicos, que por isso chamão à melancholia banho do Demonio, e por muitas razões. 1. pella rebeldia, renitencia, e difficil eradicação do tal humor, que por frio, eleco, he in-obediente aos remedios, e constitue doenças chronicas, e diuturnas, 2. por mais capaz para gerar diversas, e incuraveis enfermidades segundo a maior, ou menor adustão, de que se compoem; pois se he demasiadamente adusto, e se pegar nas membranas, e substancia do cerebro, cauza doudices; se nos ventriculos, apoplexia; se na origem dos nervos, convulsões &c; e como estes, e outros e ffeytos semelhantes costumão produzir-se naturalmente deste humor, se encobre aqui melhor a astucia, e maldade do Demonio, e seus sequazes, e se occultão as qualidades maleficas com os finais, e symptomas. que se equivocão com os originados de causa natural, e nestes termos o doente, Medico, e assistentes ficão duvidosos, se a doença he Demoniaca ou natural; e neste engano, e confuzão não procurão os remedios adequados, e fica o Demonio continuando os seus enganos, athe que delles resulte o effeito, que pretende, o qual se não conhece menos que não passe largo tempo. 20.

# MIOCILINA

frascos de 300.000, 500.000 e de  
1.500.000 U.



procaína-penicilina G  
suspensão aquosa

**ESTÁVEL**

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA  
LISBOA PORTO COIMBRA



será prudente, e se o infarto do miocárdio não contra-indica o uso dos digitálicos, estes por outro lado, só serão utilizados quando houver sinais evidentes de insuficiência cardíaca. —»

HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA. — Esboço histórico. Alguns tópicos:

Em 1481, havia em Lisboa umas quatro dezenas de capelas, hospitais e albergarias, que recolhiam enfermos. D. João II, o «Príncipe Perfeito» quis concentrar essa dispersa assistência num grande hospital, construído à semelhança dos, então reputados, de Florença e Siena. Em 15 de Maio de 1492 foi lançada a primeira pedra do grande edifício que ficou concluído em 1501, no reinado de D. Manuel I, a que se deu o nome de Hospital de Todos-os-Santos, com regulamento em 19 de Janeiro de 1504. Em 27 de Outubro de 1601, um grande incêndio quase o destruiu. D. João V mandou-o reparar e ampliar. Em 10 de Agosto de 1750, novo incêndio devastador. E finalmente, o terramoto de 1755, acabou com todo ele. Depois, o Convento de Santo Antão-o-Novo, reparado dos danos causados pelo terremoto, constituiu o Hospital de S. José, em homenagem ao monarca reinante. Inaugurou-se em 1775. A administração passou por várias modalidades. A Misericórdia de Lisboa, a instituição que durante maior período de tempo exerceu a administração, para ela destacava, trimestralmente, um irmão, com o título de «enfermeiro-mor», título adoptado na moderna fase da história dos Hospitais Civis, que até 1913 se chamavam «Hospital de S. José e Anexos».

Presentemente, a organização compreende os seguintes hospitais: de S. José, de Santo António dos Capuchos, Estefânia, de Arroios, de Curry Cabral, e a Maternidade Magalhães Coutinho. Com a passagem da Faculdade de Medicina para o novo Hospital Escolar, acaba de nela se integrar o Hospital de Santa Marta.

JORNAL DO MÉDICO — N.º 545 (4-VII-1953): *Da necessidade de proteger alguém mais do que nós próprios*, por Raúl Ribeiro; *Pneumonias atípicas*, por C. Salazar de Sousa. N.º 546 (11-VII): *O drama da medicina moderna*, por Cidraís Rodrigues; *Sobre a dinâmica da circulação venosa da planta do pé*, por Ayres de Sousa, Fernando Caldeira e Mendes da Silva; *Factores psíquicos na etiologia da doença de Basedow*, por Maria Luiza Herreros; *Novos métodos de exploração clínica do baço e da circulação portal*, por J. Loeper. N.º 547 (18-VII): *O Estado e os Serviços Médico-Sociais*, por J. Pacheco Neves; *Um caso de tetralogia de Fallot operado com êxito*, por J. Décio Ferreira, J. Martins da Fonseca e J. Bénard Guedes; *Poliomielite*, por Gomes de Oliveira. N.º 548 (25-VII): *O lixo e o luxo*, por Fernando Namora; *O acetato de hidrocortisona no tratamento local dos reumatismos*, por L. de Pap e M. Assunção Teixeira; *Visualização da tireóide*, por Victor Hugo Franco e M. Gentil Quina; *Um caso feliz de ortodênciã cruenta*, por L. Cabral Adão.



**PNEUMONIAS ATÍPICAS.** — Neste artigo faz-se uma revisão de este capítulo da patologia, explanando as seguintes noções principais. Etiologicamente são devidas a vírus e reckettsias. Clinicamente diferem da pneumonia típica pelo começo menos nítido, sinais gerais e funcionais ordinariamente menos acentuados, evolução irregular e não cíclica, alternativas de melhoras e agravamento, escassez de sinais físicos ao exame do tórax. Dados laboratoriais não decisivos. Imagem radiológica de engorgitamento dos hilos e imagens em pincel irradiando do hilo. Ineficácia terapêutica da penicilina e das sulfamidas tem sido considerada como própria da P. A.; isto é certo quando se trata de casos sem agente etiológico reconhecível, mas compreendendo na designação todos os casos de pneumonia intersticial, então já aqueles agentes podem actuar benêficamente, e é a aureomicina ou a terramicina os que podem dar melhores resultados. Outros procedimentos estão indicados em casos especiais, que vêm citados neste extenso e completo trabalho.

**POLIOMIELITE.** — Revista geral sobre a etiologia (vírus filtrável, um dos mais pequenos que se conhecem), a imunologia (na qual se destaca o emprego profiláctico da gama-globulina e os ensaios sobre um vírus atenuado e o papel de certas vitaminas e enzimas), e a epidemiologia (da qual se concluiu que a poliomielite é doença comum que geralmente segue um curso leve sem sinais de invasão do sistema nervoso, a qual só se verifica ocasionalmente).

**ACETATO DE HIDRO-CORTISONA NO TRATAMENTO LOCAL DOS REUMATISMOS.** — Conclusões: Os autores ensaiaram o *acetato de hidrocortisona* (HC), administrando-o localmente na cavidade articular ou no seio da região doente, em 185 casos de artropatias inflamatórias e degenerativas, de artrites gotosas, de fibrosites diversas, nev. ciáticas, metástases neoplásicas, etc. Utilizaram doses de 10 a 65 miligramas, consoante as dimensões da articulação ou regiões a tratar; introduziram a prática das injeções múltiplas intra-articulares, a fim de facilitar a difusão da HC nas articulações de fenda labiríntica ou em cavidade obstruída, e modificaram, com a mesma finalidade, a técnica de infiltração da anca, proposta por Calot.

A tolerância local, quer da sinovial quer dos outros tecidos onde praticaram as injeções, foi perfeita. Em nenhum dos casos verificaram reacções locais desagradáveis nem agravamento do processo tratado. Também nunca observaram acções gerais apreciáveis, particularmente retenção de água cloretos, edemas, «tests» de Thorn positivo, alteração da relação urinária ácido úrico/creatinina, síndromes de Cushing, etc., nem efeitos terapêuticos fora do local tratado.

Os efeitos terapêuticos locais constatados pareciam advir, principal ou exclusivamente, da acção anti-inflamatória da HC. Não eram específicos de qualquer das doenças tratadas; e só tinham carácter definitivo



(curativo local) quando a natureza do processo tratado era já de si transitório. Em todos os outros casos, o efeito terapêutico foi transitório; contudo, mais duradouro que o da cortisona. Os resultados mais impressionantes, imediatos e pronunciados, obtiveram-se nas artrites agudas da gota (cerca de 50 % de regressões rápidas e totais da manifestação gotosa aguda articular). Foram também prontos e bons os resultados obtidos nas artrites da febre reumatismal, nalgumas tenoperiostites, e ainda nas osteoartrites incipientes e inflamadas. Nas artrites da poliartrite reumatóide, artrites psoriásicas, tenossinovites, nev. ciáticas e periartrites, os benefícios foram menos acentuados e duradouros.

O efeito obtido sobre a dor nalgumas osteoartrites clinicamente *frias*, em certas nev. ciáticas, e sobretudo numa metástase neoplásica, permite suspeitar que a HC tenha possibilidade de actuar também sobre processos mórbidos não inflamatórios.

O MÉDICO — N.º 96 (2-VII-1953): *Embolia gasosa*, por Mário de Alemquer; *Agênese renal esquerda e hidronefrose por vaso anômalo à direita*, por Moisés Ruah; *Crónicas*, por Constantino Carneiro e L. Duarte Santos. N.º 97 (9-VII): *O trabalhador cidadão*, por Luís Guerreiro; *Febre recorrente mediterrânica*, por J. Ferreira Rés; *Crónicas*, por Amílcar Moura e José dos Santos Bessa. N.º 98 (16-VII): *Sobre dois pontos de técnica da exploração radiológica do apêndice*, por Albano Ramos; *Crónicas*, por J. Pacheco Neves, Mário Cardia e Velho Galano. N.º 99 (23-VII): *O B.C.G. e a microradiografia na luta contra a tuberculose em Portugal*, por José dos Santos Bessa; *Orientação diagnóstica nas leucemias crónicas*, por Ramiro da Fonseca; *Crónicas*, por Albano Ramos e M. da Silva Leal. N.º 100 (30-VII): *Educação sanitária*, por Augusto da Silva Travassos; *A enfermagem e a saúde pública*, por Carlos Arruda Furtado; *Crónicas*, por Mendonça e Moura e Fernando da Silva Correia.

**FEBRE RECORRENTE MEDITERRÂNICA.** — Foi identificada pela primeira vez no Continente em 1942, num indivíduo residente nos arredores de Lisboa; um segundo caso verificou-se em 1944; em 1949 um foco, com 6 casos, foi descoberto numa herdade do concelho de Serpa; hoje o número de casos observados sobe já a 55, sendo na maioria ocorridos no Alentejo, e os outros nos distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal.

Neste artigo faz-se uma revisão geral do assunto, que tem interesse para os médicos das regiões onde a doença existe, certamente menos raro do que se pensa, dado que a carraça vector da *Borrelia* (entre nós o *Ornithodoros erraticus*) é vulgar no Alentejo, onde tem o nome popular de «cocos», vivendo e multiplicando-se nos interstícios dos muros e no travejamento das cabanas, e infestando principalmente o porco. Apesar de se tratar de doença benigna, que cura espontâneamente, pela sua longa evolução de mês e meio a dois meses, tem manifesta importância epidemiológica.



## DEONTOLOGIA MÉDICA

### Verdade e mentira no exercício da medicina <sup>(1)</sup>

Antes de mais nada, quero felicitar os rapazes da J. U. C., organizadores do actual ciclo de palestras de deontologia médica, pela bela iniciativa, digna de todos os elogios; e devo agradecer a gentileza do insistente convite para nele participar, que muito me penhorou. A todos os meus parabéns e muito obrigado.

\*

Nós, os médicos, pela feição intelectual da nossa cultura, temos obrigação de amar as ideias claras e as frases justas. Uma e outra coisa estão intimamente ligadas. Pensar com rectidão arrasta à propriedade da linguagem, na ânsia da tradução fiel do pensamento. Por isso, quando tenho de tratar qualquer assunto, o primeiro movimento é para tentar defini-lo, o mais concretamente possível; por isso coloco em primeiro lugar, à guisa de exórdio à exposição a fazer, o significado das palavras «verdade» e «mentira».

Percorri os dicionários, desde o do P.<sup>o</sup> RAFAEL BLUTEAU até ao de CÂNDIDO DE FIGUEIREDO, passando pelos de CONSTÂNCIO, EDMUNDO FARIA, FREI DOMINGOS VIEIRA e de MORAIS E SILVA. E vi que, com pequenas variantes na maneira de escrever, todos dizem sensivelmente o mesmo: — Verdade é a conformidade da ideia com o seu objecto e da palavra com o pensamento; mentira é o contrário de verdade, é dizer o contrário do que temos por verdadeiro.

Analisando esta definição, facilmente verificamos que há duas espécies de verdade: a objectiva, que afirma a existência de factos que consideramos reais, tradutores da existência de objectos ou de fenómenos que se manifestam de determinada maneira, e a verdade subjectiva, a dos juízos que fazemos, tanto dos factos do mundo exterior como do que se passa no interior do nosso espírito.

A verdade objectiva pode oferecer quase rigorosa exactidão quando referida ao universo inanimado. A física, a química e a astronomia são ciências exactas, porque podem exprimir os seus conceitos em linguagem matemática. Já com a biologia não acon-

---

(<sup>1</sup>) Reprodução, tanto quanto possível exacta, da palestra feita sobre apontamentos na noite de 7 de Março de 1952.



tece o mesmo; os fenómenos vitais apresentam-se de diversas maneiras segundo a diversidade dos factores que os determinam, e quando se pretende exprimi-los em fórmulas matemáticas estas têm de subordinar-se a estreito condicionalismo, pois basta que um dos factores falhe para mudar o aspecto do fenómeno. Nas ciências biológicas, e portanto na medicina, a verdade é sempre condicional; é uma verdade relativa.

Depois, como os conhecimentos entram pelos sentidos, da maior ou menor acuidade de estes e da maior ou menor capacidade do cérebro receptor, depende a percepção dos factos, estáticos ou dinâmicos, e das respectivas imagens. Dois exemplos chegam para mostrar que assim é. Dois indivíduos, tidos por normais, ouvem atentamente um ruído ténue e distante. Ao passo que um de eles distingue perfeitamente o som, é capaz de bem o caracterizar, o outro, apesar de ter igual poder auditivo, não pode exprimir com precisão o que ouviu. Dois indivíduos, dotados da mesma capacidade visual, assistem a certo acontecimento, na mesma ocasião, ao lado um do outro; ambos o viram, mas cada um de eies vai contar o que viu de maneira diferente, por vezes ambos inexactamente. É que, até em relação a factos, no campo objectivo, pode sinceramente ter-se por verdade o que na realidade o não é.

E que dizer do pensamento, dos nossos juízos críticos? Aí a relatividade é muito maior. Cada um tem a sua verdade, aquilo que julga ser verdade. A nossa maneira de ser psíquica, constitucional e adquirida, em fusão da actividade intellectual com o senso estético e o moral, comanda os raciocínios e as conclusões que de eles tiramos. A sabedoria popular exprimiu isto cabalmente, ao dizer que o mal de uns é a alegria dos outros, e que o que a uns faz rir faz os outros chorar.

Certamente, para todo o homem normal a verdade é um sentimento (passe a expressão) altamente respeitável, imposto pela consciência. Mas isto não impede o reconhecimento da sua relatividade, e por consequência da faculdade de a iludir, a esquecer e até de a negar, quando há interesse moral em o fazer. Dizer a verdade, o que julgamos ser a verdade, só neste caso passa a ser de obrigação. A verdade é, no fundo, uma atitude da consciência; transmiti-la aos outros é um acto circumstancial, que deve ser ditado pelo interesse comum.

Chega-se assim, lógicamente, sem hipócritas subterfúgios, à conclusão de que a mentira tem, legitimamente, tanto lugar como a verdade, nos actos da nossa vida; porque, segundo a definição do termo, quando se não diz a inteira verdade, mente-se, e a cada passo, na vida corrente, somos forçados a mentir. Estou a fazer, neste momento, aquilo a que é de uso chamar uma conferência. Pois bem: no final, para os seus amigos é de boa educação cum-



primentar o conferente, felicitá-lo pela bela oração, o excelente trabalho que produziu; quando a verdade é que foi uma estopada, que acabou com satisfação por o orador se ter calado... É, semelhantemente, em mil ocasiões a mentira é moeda corrente, que tem de girar por assim o exigirem as susceptibilidades humanas e o equilíbrio da vida social. É bem certo o conceito de HANOTAUX: — Se todos soubessem o que todos dizem de todos, ninguém falaria ninguém.

Embora enquadrado neste aspecto geral, o caso do exercício da medicina é um caso especial. Vou ver se consigo expô-lo nos seus principais aspectos, com brevidade e clareza.

Trata-se das atitudes psicológicas de médico e doente, e sua interdependência, pois que o acto clínico (e só a este me refiro) é principalmente um diálogo entre os dois, cada um na sua posição.

O médico que entranhadamente encarna o espírito da sua profissão ouve o doente com toda a atenção e paciência. Ouve-o atentamente para a colheita de elementos de diagnóstico; ouve-o pacientemente, nas expansões das suas queixas, que assim apreende a feição psicológica do doente, e desde logo contribui para sua consolação, deixando-o desabafar seus sofrimentos.

Com a fase contemporânea de excessiva tecnização da arte médica, esbateu-se a fundamental noção de que todo o jogo dos nossos órgãos é dominado pelo sistema nervoso, soberanamente influenciado pelo psiquismo, sobretudo no seu aspecto emocional. De tal esquecimento veio a proclamação da medicina psico-somática, que aos olhos dos desconhecedores da história pode surgir como novidade, quando é coisa tão velha como a própria medicina. Que corpo e espírito formam um todo indivisível tem sido dito e redito. Trago aqui uma das melhores definições do conceito; é de MONTAIGNE e reza assim: «— O homem é um todo, físico e moral influenciam-se reciprocamente. A costura é tão íntima que não podemos tocar num sem que o outro se ressinta».

Não vale a pena ocupar alguns minutos a falar de quanto os males do corpo afectam o espírito, pois só quem nunca esteve doente poderá duvidar da profundidade de essa intervenção; uma simples dor de dentes basta para a provar...

Mas vale a pena dedicar algumas palavras à formidável acção que o psiquismo exerce sobre as funções orgânicas e consequentemente sobre os estados patológicos; e porque quase todos os que me ouvem são estudantes, não quero deixar fugir esta oportunidade de a acentuar, como faço sempre, com exemplos, aos meus alunos de higiene. É que a tenho por importantíssima. Se a vida actua de fora para dentro, mais actua de dentro para fora. Já o diziam os clássicos da antiguidade: «Mens agitat molem».



É uma influência tão grande que pode modificar completamente, para bem ou para mal, o andamento das doenças. O estado emocional pauta as reacções aos factores patogénicos. O doente animoso, que não pensa em morrer mas em viver, custe o que custar, tem cem vezes mais probabilidade de curar do que o tímido, descrente da eficácia da terapêutica, que julga poder morrer do mal de que padece. E é que pode morrer mesmo, só por motivo de emoção ansiosa. Porque se passou comigo, não deixo de lhes contar um exemplo típico.

Quando em 1912 fui nomeado subdelegado de saúde, chamaram-me a serviço no Hospital do Bonfim (hoje Hospital Joaquim Urbano) para cuidar de uma enfermaria de pestosas. Uma manhã entrou para lá uma mulher jovem e de aspecto saudável, afectada de peste bubónica, da forma vulgar, sem nenhum indício de especial gravidade. Enquanto a observava muitas vezes repetiu a mesma frase triste: «eu morro, senhor doutor, eu vou morrer; isto é doença que mata». Animei-a quanto pude, mas a despedida foi ainda com o mesmo lúgubre presságio. E morreu, súbitamente, na noite de esse dia, e na autópsia nada encontrei que pudesse explicar a morte. Este caso, que então, na inexperiência de novato, me pareceu estranho, compreendi-o depois, achei-o natural, porque o que li e o que vi mostraram-me claramente quão poderosamente o espírito influi sobre a matéria.

Veio isto a propósito da necessidade de o médico incutir nos doentes a fé na cura, a certeza de que o organismo, ajudado pela terapêutica, dará conta do mal. E com tanto maior veemência quanto o padecente for mais «cismático», como se diz em linguagem extra-médica.

O prognóstico, para este efeito, não importa. Nos casos tidos por incuráveis será o único meio de desfazer um diagnóstico errado, salvando o doente e (o que não deixa de ter sua utilidade) lavando o surro da nossa vaidade científica...

Há pois que mentir e mentir por sistema, como processo terapêutico, e não apenas por caridade, para consolo do doente. Esta psicoterapia de uso geral e corrente, pode o médico fazê-la melhor ou pior, segundo as suas faculdades de intercomunicação; mas é seu dever fazê-la sempre, porque nela está, muitas vezes, o principal agente útil de tratamento, e é sempre benéfica em seu papel adjuvante.

Esta é a atitude psicológica do bom médico. Que guarde a verdade para si, quando muito para os familiares do enfermo, quando nisso houver manifesta vantagem para eles ou for preciso para defesa da reputação profissional.

E o doente, como recebe ele as palavras do médico? Terão elas sempre as benéficas acções que lhe assinalai?



Naturalmente, o efeito dependerá da intensidade do sofrimento e, sobretudo, da feição psíquica do doente, da sua maior ou menor sugestibilidade.

A modalidade psíquica tem enorme importância. Há doentes optimistas como os há pessimistas, e aqueles são os bons e estes são os maus, como há pouco notei. Os primeiros facilmente serão animados, facilmente acreditarão que tudo seguirá pela melhor maneira. Os segundos são os difíceis, aqueles a quem é preciso afirmar categoricamente a certeza da cura, para desanuviar as suas apreensões; mas creio que o procedimento sempre dará resultado, porque no fundo o que todo o doente deseja é voltar ao estado de saúde, e é regra geral da natureza humana que só se aceita bem aquilo que se deseja.

Parece-me que a maioria, nem de optimistas sistemáticos, nem de pessimistas contumazes, oscila entre as duas posições, conforme a evolução dos seus padecimentos. O facto é bem visível quando estes provocam violentas sensações penosas. O doente crivado de dores ou rugindo por prurido feroz, desesperado diz querer morrer, para acabar de vez com o seu insuportável sofrimento. Mas atenuado este, a coisa muda, a esperança já sorri, já quer viver e conta com o progresso das melhoras e enfim a cura.

A clínica mostra, a cada passo, estes exemplos flagrantes do reflexo que os fenómenos patológicos tem sobre o psiquismo dos doentes, fazendo variar no decurso de uma enfermidade o estado de espirito do padecente. Por isso, se a mentira médica tem de adoptar modalidades apropriadas ao carácter de cada doente, também tem de as adaptar às circunstâncias que cada caso reveste num mesmo doente.

O médico tem de ser psicólogo, para poder exercer a indispensável psicoterapia. A clínica que olha só para a matéria não faz parte da medicina para homens; quando muito, é veterinária...

E vamos ao aspecto mais delicado: o das atitudes perante a morte. É nele que surgem situações em que pode ser discutível a acção do médico, sobretudo quando este fez um prognóstico de incurabilidade e fatal desfecho a breve trecho, baseado em sólidos fundamentos científicos.

Nestas situações, mais que em quaisquer outras, temos de contar com o factor religioso, com as crenças de uns e outros, médicos e enfermos. E porque há de tudo neste mundo, vou encarar o problema num ponto de vista geral, partindo do principio de que todo o médico, inclusive o que em tal matéria é agnóstico, tem de respeitar as crenças do seu semelhante e considerá-las como elemento que pode utilizar para beneficio da sua acção terapêutica; e que o médico religioso, seguro das virtudes da sua fé



e da sua prática dos mandamentos, têm de ser piedosamente tolerante para com os que não comungam nas mesmas crenças, aproveitando o que eles julgam ser a verdade para influir no seu espírito, e raro é que nos recônditos de este não exista, embora bruxuleante, a noção de um Deus Todo-Poderoso, que rege os destinos do mundo.

A situação simplifica-se quando médico e doente são igualmente crentes. A concordância na descrença, se não põe problemas morais ao médico, torna menos operante a sua acção, por falta do forte apoio psíquico da Fé.

É humano temer a morte e, em regra, todos a temem. Os que arrogantemente exclamam não ter receio de morrer, fazem-me lembrar aquela personagem da novela que dizia não ter medo de atravessar sozinho e de noite, uma estrada solitária e de mal afamada vizinhança, mas ao caminhar assobiava alto, para espantar o medo que consigo levava. A afirmação não passa de bravata, que no momento próprio será desmascarada.

O doente que sente, com razão ou sem ela, a probabilidade de em breve sucumbir, mais fortemente a teme, como é natural.

Aos pusilânimes para quem qualquer pequeno padecimento é mal de morte, o médico, ao combater o seu pessimismo, só dirá a verdade, pois falará de acordo com o diagnóstico e o prognóstico que fez. Mas, quando a doença é grave, do mais sombrio futuro, deverá esconder a verdade, enganar o doente?

Já há pouco falei do papel terapêutico da mentira, actuando como psicoterapia, e aludi aos possíveis erros de prognóstico. Agora, porém, trata-se da morte próxima, tida por inevitável. Aqui o problema toma um aspecto mais agudo, muito mais delicado. A psicoterapia, como arma clínica, perdeu o seu valor, e encontramos-nos em face de uma situação em que temos de jogar com uma série de factores morais, variáveis de caso para caso, e não apenas com o psiquismo do doente e as suas crenças.

Apetecia-me dizer que, agora como sempre, acima de tudo está a caridade, a caridade que, como proclamou S. Paulo, é a maior de todas as virtudes. E a caridade, em tais circunstâncias, é ocultar a verdade. Mas não posso e tenho pena. É que há por vezes, e não devem ser raras, fortes motivos para levar ao espírito do doente a possibilidade da morte ou até mesmo para a denunciar abertamente.

Todo o médico tem o dever cristão de praticar o bem, sempre que para tal se lhe ofereça ensejo; não pode abstrair dos interesses dos que cá ficam, cuja protecção depender de disposições a tomar pelo moribundo.

Compreende-se bem que ao doente convicto de que a morte chega, sem esperança alguma de que se afaste, a mentira é inútil,



sobretudo quando se trata de um verdadeiro crente, que aguarda a morte como libertação do pobre invólucro carnal. Está aqui, diante de mim, o Professor MAGANO, que cuidou na sua terrível doença uma minha irmã, religiosa professa, e viu como morreu, após dias e dias de atroz sofrimento, de olhos postos no Céu que a esperava. Exemplo, entre muitos, de quanto pode a Fé, profundamente enraizada, nos transes de despedida de este mundo.

Mas quando o condenado a morrer está no pólo oposto? Como proceder? Ele sente que vai morrer e confessa-o. Mas não haverá, no fundo do seu íntimo, uma réstia de esperança, que aguarde uma palavra do médico para se expandir e acalentar o último suspiro?

E que difícil problema de consciência se põe ao médico crente na vida eterna, diante de uma criatura de inseguras crenças, ainda agarrada à vida que lhe foge?

A todas estas ansiosas perguntas, e a outras que podem formular-se, não encontro resposta certa, pois me parece que cada caso terá a sua solução particular, 'tão variadas podem ser as circunstâncias de ordem individual, familiar e social. E talvez, nas ocorrências menos caracterizadas, seja aplicável uma posição intermédia, aquela que indicando a probabilidade da derrota da medicina perante a fatalidade iminente, deixe entrever a possibilidade de uma vitória, porque «o futuro a Deus pertence».

Dariam os temas que tenho abordado para largas lucubrações, com citação das várias opiniões que sobre eles se tem emitido. Umás e outras omito, para não alongar esta palestra singela; não quero exceder o tempo regulamentar. Pelo que passo ao particular aspecto da atitude do médico perante a sua própria doença e a sua morte.

Diz-se por aí que ninguém se engana tão facilmente como o médico, sobre a gravidade de uma doença que o ataque. O conceito está errado, quase sempre. O que em regra sucede é que, insensivelmente, posto um diagnóstico severo, o médico se agarre à dúvida sobre a sua legitimidade, pois ele bem sabe que errar é próprio dos homens, e que os homens de ciência também por vezes se enganam. Agarra-se a essa dúvida como o naufrago à tábua de salvação.

Acontece às vezes que os colegas, por caridade, inventam um diagnóstico de favorável prognóstico, a que corresponde um tratamento semelhante ao da doença em questão. E então, o poder de auto-observação anula-se, até quando os sintomas são tão evidentes que não enganariam qualquer clínico. Estou a lembrar-me, neste momento, do Professor LOURENÇO GOMES, que foi



mestre muito distinto nesta casa, o qual, com nítidos sinais de cancerose, morreu por cancro da região pilórica e deitou-se na mesa de operações convencido de que a estenose de que padecia resultava de uma úlcera.

Afinal, o médico é nisto, como em tantas outras coisas, o comum dos mortais.

E perante a morte tida como certa, inevitável? Será também como os leigos da medicina?

Creio que, quando essa certeza se estabelece, alguma diferença existe, embora se não afaste da regra geral, de diversa atitude segundo a estrutura moral de cada um. É que o médico tem, pelos seus conhecimentos de biologia, a noção de que a morte é fenómeno normal dos seres vivos, em cujo organismo a toda a hora estão morrendo e nascendo elementos. Essa noção e o carácter que à mentalidade imprime a cultura científica conferem uma serenidade perante o inevitável, que pode chegar ao mais completo estoicismo. E se o médico é um crente, à consciência da fatalidade biológica alia-se a esperança numa paz eterna, e é com redobrada serenidade que para sempre fechará os olhos do corpo.

Há, na literatura sobre este assunto interessantes notas, entre as quais me apraz citar, como exemplo, a do médico filósofo HALLE, que, agonizante, tomava o seu próprio pulso e cujas últimas palavras, para o colega que o assistia, foram: «Meu amigo a artéria deixa de bater».

O médico tem, pois, mais razão que o leigo, de ser estoico na morte. Mas o leigo também o pode ser. Conta ANDRÉ MAUROIS, entre outros episódios do género, que Carlos II, de Inglaterra, para ser gentil-homem até morrer, se despediu dos circunstantes com esta frase: «Levei um tempo incrível a morrer, mas espero me desculpem».

Recordo sempre, com profunda emoção, o último encontro com o meu chorado mestre e amigo, o Professor MAXIMIANO LEMOS, o eminente historiador da medicina portuguesa. Condenado a não poder falar, por motivo de um cancro na língua, vinha à Faculdade a matar saudades e ver os colegas. Respondia escrevendo. A uma frase minha, de difícil consolação, traçou no papel, com a maior naturalidade, estas palavras trágicas: «Meu caro GARRETT, isto está por dias». E faleceu na semana seguinte.

De certo, há excepções ao estoicismo médico; mas não as creio frequentes nos que são cientistas, nos que exercem a arte devidamente e não por infundada rotina.

Esse estoicismo não contende por forma alguma com a ansiosa emoção de interesse pelos entes queridos que vai deixar, e bem pungente se vivem pelo seu amparo. De qualquer maneira,



é justo sentir a dor da saudade, que não é apenas «gosto amargo de infelizes», mas o é também dos moribundos, para quem o descanso eterno pode ser uma felicidade que na vida não lograram.

E basta de falar da morte a quem nela dificilmente pensará, porque quase todos os que estão aqui são jovens, estão na idade em que se entra afoitamente na vida, na esperança de largo futuro.

\*

Ao escolher o assunto que acabei de versar, pensei que era apropriado para incluir numa série de palestras de deontologia médica. Com efeito, o problema geral que subentende pode enunciar-se assim: — Quando deve o médico dizer a verdade ao doente sobre a enfermidade de que padece, e quando e como lhe deve mentir?

Se a deontologia prescreve as normas dos procedimentos do médico, o tema escolhido é de deontologia. Sobre isto creio estar na razão. Do que duvido é da interpretação que dêem aos meus arrazoados.

Estou de aqui a ouvir (sem alusão à assistência, bem entendido) os moralistas dogmáticos a comentar que fiz o elogio da mentira, e que a verdade deve ser amada acima de tudo. Eu respondo-lhes: — Verdade absoluta há só uma, que é Deus; tudo o mais, neste mundo, é relativo, adaptável às necessidades da felicidade individual e da regularidade do viver colectivo. Que meditem na definição da verdade que de entrada lhes dei, e verão como é inconsistente o seu comentário.

Encarado o assunto, como o encarei, no campo da prática clínica, o meu elogio da mentira está perfeitamente justificado. Não me arrependo de o fazer, pois fico de bem com a minha consciência. Detesto a hipocrisia.

Há que falsear a verdade, quase sempre, e isso só tem um nome, que é mentir. Meias mentiras somente, muitas vezes; de toda a maneira deixam de ser verdades.

Mentir ao doente é quase sempre uma obrigação, porque é um acto de caridade. Fácilmente a cumprireis vós, que sois cristãos e católicos, e sabeis que assim o exige a vossa Fé; e decerto também sabeis que o alto espírito de Sua Santidade Pio XII, ao receber médicos, sempre os exorta a serem apóstolos da caridade.

Assim o devem compreender e praticar todos, sejam quais forem as suas crenças. Que, no fim de contas, não é mais que seguir o imorredoiro preceito do Evangelho, do qual deriva a verdadeira essência da nossa civilização: — Ama a Deus sobre todas as coisas e ao próximo como a ti mesmo.

ALMEIDA GARRETT.



## SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

### Emoção e coagulação do sangue

M. I. MACHT estudou a influência da emoção sobre a coagulação do sangue, utilizando dadores, que foram classificados em 3 grupos: a) os que se mostravam calmos e que se prestavam facilmente a novas colheitas de sangue; b) os que se mostravam nervosos, inquietos, antes de dar o sangue; c) os que logo ao entrar na sala destinada às sangrias davam sinais de medo, com agitação. O tempo de coagulação era: para os do 1.º grupo de 8 a 12 minutos, para os do 2.º grupo de 4 a 5 minutos e para os do 3.º de 1 a 3 minutos. A crise sanguínea e a hemóstase são pois nitidamente modificadas pelas emoções. Mais um exemplo da influência de estas sobre a vida vegetativa. (*J. American Med. Ass.*, 26-1-52).

### O procedimento a adoptar em face de lesões tuberculosas mínimas do pulmão

Este assunto está na ordem do dia e foi um dos temas oficiais da Conferência da União Internacional contra a tuberculose, reunida há um ano no Rio de Janeiro. ET. BERNARD, E. HAUTEFFEUILLE & D. BERNARD, que a tem estudado detidamente, entendem, segundo a sua experiência, que as lesões tórpidas, mínimas, só evoluem em proporção inferior a 20 por cento dos casos. A discriminação entre os indivíduos em que as lesões evoluirão e os que nada de novo apresentarão é difícil. No entanto, há mais probabilidades de evolução quando: as lesões são infiltrativas e não nodulares, tem a sede infraclavicular, os indivíduos são jovens, a velocidade de sedimentação está aumentada. A evolução manifesta-se geralmente dentro de um ano, quando muito de dois. Há pois que vigiar cuidadosamente os portadores de lesões mínimas, pelo menos durante um ano, tratando-os ao mais pequeno sinal de evolução, já que o enorme número de indivíduos nessas condições impede o tratamento de todos; aliás a evolução atinge a minoria, como foi dito. (*La Presse Médicale*, N.º 48, 11-VII-1953).

### Isoniazida no lúpus vulgar

Dois casos com lesões muito antigas foram tratados com a hidrazida do ácido isonicotínico por L. GOLDBERG & C. SIMON, obtendo-se a cura em ambos. Ambos estavam a ser tratados pelo método de Charpy (vitamina D<sub>2</sub> em fortes doses) com escasso resultado; mas desde que começaram a tomar a isoniazida, na dose de 20 centigramas por dia, as melhoras progrediram rapidamente. (*J. American Med. Ass.*, 21-II-1953).

### Litíase recidivante do colédoco

Para M. BUFALIN os fracassos da coledocotomia resultam de se haver esquecido a existência de um cálculo no colédoco. Depois de um período de bem-estar, o operado apresenta febre e às vezes icterícia, e a colangiografia mostra o cálculo, quase sempre na parte terminal do colédoco. Assim é que teve ocasião de fazer 6 reintervenções em 46 casos de litíase do colédoco, motivadas por aquela razão. São casos em que, por vezes, se pensa em estenoses inflamatórias, pancreatites, odites, disquinesias, sem se ter em conta que na primeira intervenção se efectuou essencialmente uma operação de drenagem. (*Minerva Chirurgica*, 15-II-1952).



### Tratamento do eczema e do prurido por aplicações locais de acetato de hidrocortisona

EDWIN SIDI, J. BOURGEOIS-CAVARDIN & G. PLAS dão conta (*La Presse Médicale*, 8-vii-1953) do ensaio de este método em 48 doentes, portadores de variadas lesões: eczema diatéxico, prurido ano-vulvar, dermite de contacto, eczema seborreico, dermite crónica das pálpebras, eczematides, desidrose, eczema numular, eczema purpúrico, neurodermite. No conjunto houve por cento 30 casos de cura, 59 de melhoras e 11 de resultado nulo. Os efeitos benéficos mais rápidos e constantes observaram-se em: pruridos localizados, e eczemas numulares, seborreicos ou por contacto. Empregaram uma pomada preparada pela fábrica Merck, que contém 25 miligramas da substância por grama; aplicações por fricção, diárias ou dia sim dia não, com muito pequena quantidade. A pomada é bem suportada pelos doentes e não dá lugar nem a fenómenos de irritação nem de sensibilização.

### Queda dos cabelos pelo emprego de anticoagulantes

Vários autores já haviam notado o facto, mas R. FISCHER, J. BIRCHER & TH. REICH estudaram-no apreciando-o em 87 doentes que haviam sido tratados anteriormente, depois de decorrido um tempo entre seis meses e dois anos. Em 11 observaram leve queda do cabelo, em 36 acentuada e em 4 alopecia total. A queda do cabelo manifesta-se umas oito semanas depois do tratamento e dura umas seis semanas: é uma alopecia difusa, como a que se observa na intoxicação pelo tálio. Geralmente repara-se espontaneamente, mas algumas vezes é resistente. A explicação de estes factos ainda não foi dada. (*Schweiz med. Wochsch.*, 30-v-1953).

### Valor das sulfonamidas

Com o aparecimento dos antibióticos parecia que as sulfamidas já quase não tinham lugar na terapêutica. Mas tal não deve ser, pois elas podem e devem empregar-se ainda, com largo campo de acção perante os micróbios resistentes aos antibióticos e em casos em que o seu emprego dará resultados iguais com economia para o doente ou para a instituição que o assiste.

F. BOYER, J. COTHET & M. SAVIARD, em artigo de *La Presse Médicale* (25-vii-53) dão conta dos estudos alheios e próprios, efectuados para apreciação da acção anti-microbiana de diversas sulfamidas isoladamente e combinadas, chegando às seguintes conclusões:

São muito activos 3 derivados diazínicos (sulfadiazina, sulfamerazina e sulfametazina); de actividade inferior a estes, vem: eltrosin, gantrisin, sulfatiazol (mas este com actividade igual à das diazinas sobre o estafilococo) e o 1162 F. A associação das três referidas diazinas mostrou-se mais activa do que cada uma de elas separadamente. As experiências foram feitas no rato, para infecções pelo estreptococo, estafilococo dourado, diplococo da pneumonia e *Klebsiella pneumoniae*.

### Dezoito anos num pulmão de aço

Muito interessante a observação que S. SMITH relatou no *J. American Med. Ass.* (4-vi-52), de certo única na literatura mundial. Um rapazito de 13 anos de idade, por motivo de paralisia infantil, foi metido num pulmão de aço, modelo Drinker, e lá viveu durante 18 anos, até morrer. Isso constituiu uma experiência das consequências do absoluto sedentarismo, e de uma respiração que tinha de ser auxiliada pela participação voluntária dos músculos acessórios, e que levava a não dormir. Perturbações psíquicas graves apare-



ceram nos últimos tempos. Sofreu de calculose renal e de albuminúria. A autópsia mostrou degenerescência amilóide dos rins, do baço e das cápsulas suprarrenais.

### **Cortisona e ACTH na doença reumatisal da criança**

Começando por lembrar que a doença de Bouillaud tem grande variabilidade clínica e evolutiva, com períodos de latência e recaídas, o que torna difícil a apreciação dos efeitos de qualquer terapêutica, A. BARDIER, H. BOISSOU & M. METHOT expõe, com conclusões sujeitas a reservas, os resultados obtidos em 8 doentes, tratados nos três anos de 1950 a 1952, sendo 13 pelos salicilados e 15 pelas hormonas. (*La Presse Médicale*, 25-vi-53). Estas foram administradas em doses regressivas, de 60 e 30 mgr. para a ACTH, e de 100 mgr. e 75 mgr. para a cortisona, respectivamente nos primeiros dias e nos seguintes. A duração do tratamento oscilou entre 3 e 5 semanas, conforme a intensidade dos sintomas e sua evolução.

Sobre a sintomatologia o tratamento hormonal actua evidentemente, em quase todos os casos: descida da temperatura em poucos dias, queda rápida da eosinofilia, baixa lenta da velocidade de sedimentação, desapareição dos sopros cardíacos recentemente instalados. Quanto à evolução da doença, porém, nada se pode afirmar; os A.A. observaram algumas vezes, depois do tratamento hormonal, uma renovação da sintomatologia clínica e uma reaceleração da velocidade de sedimentação, o que os levou a instituir um tratamento salicilado, prolongado.

Segundo as suas observações e as de outros autores, dão as seguintes indicações quanto à utilização terapêutica da hormonoterapia:

1 — Parece indiscutível o seu emprego: nos casos de reumatismo cardíaco maligno e de pancardite, quando o tratamento salicilado não actuar sobre a temperatura e a velocidade de sedimentação, e ao primeiro rebate de um ataque ao coração, mesmo se o doente estiver submetido a tratamento salicilado.

2 — Parece discutível o emprego logo às primeiras manifestações de um acesso reumatisal, pois neste caso a indicação seria ditada pela intenção de evitar o ataque ao coração; mas as opiniões a este respeito não são uniformes, apesar de alguns autores afirmarem haver vantagem nessa maneira de proceder, mas com estatísticas de pequeno número de casos.

3 — A hormonoterapia está contra-indicada: nas lesões antigas em que a redutibilidade é impossível, e nos intervalos dos acessos, nos quais a associação dos salicilados à penicilina constitui uma boa terapêutica de manutenção, e em que o prolongamento da acção das hormonas pode produzir graves transtornos endocrínicos.

---

## **NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES**

---

SOCIEDADES CIENTÍFICAS. — Trabalhos últimamente apresentados: — Na *Sociedade das Ciências Médicas*: Para a história de uma rara espécie bibliográfica médica, o Zodíaco Lusitano, por Costa Sacadura. Na *Soc. P. de Medicina Interna*: Factores lipotrópicos na aterosclerose, por Alfredo Franco e Amílcar Gonçalves; Resultados imediatos do pneumotórax associado à estreptomycinina, por Mário de Alenquer. Na *Soc. Médica dos Hospitais Cívics*: Prognóstico da meningite tuberculosa, por C. Salazar de Sousa; O glicogénio leucocitário



na diabetes mellitus, por Francisco Parreira e Emanuel Salvidio. Na *Soc. P. de Neurologia e Psiquiatria*: Terapêutica pelo aneuxol ou piramido, por João dos Santos e Fragoso Mendes. Na *Soc. P. de Dermatologia e Venereologia*: Aspecto epidemiológico da tinha do couro cabeludo no Norte de Portugal, por Aureliano da Fonseca; Panorama etiológico das tinhas do couro cabeludo em Portugal, por Juvenal Esteves; Tinha do couro cabeludo de etiologia mista, por Maria M. Antunes; Eritrodermia congénita inctiosiforme e seu tratamento pela vitamina A, por Wilhelm Oswald; Tratamento da tuberculose da pele, por Artur Leitão. Na *Soc. P. de Radiologia Médica*: Dispositivo para localizar a irradiação do cérebro, por Carlos Santos; Miosite ossificante progressiva, por Ayres de Sousa; Melaneostose de Lery, por A. Corte Real; Diagnóstico radiológico da pneumonia estafilocócica, por Aleu Saldanha. Nas *Reuniões do Hospital do Ultramar*: Lucite solar crónica, por Bastos da Luz e Henrique Moutinho.

INTERCÂMBIO. — No Instituto de Oncologia, conferência de A. Guzman, sobre terapêutica do cancro, e de L. Bohler sobre organização da cirurgia dos acidentes. No Hospital Miguel Bombarda, de H. Janz sobre nihilismo e nevrose, e de D. Llaverro sobre tromboangeite obliterante.

V CONGRESSO INTERNACIONAL DE NEUROLOGIA. — Como já aqui registamos, realiza-se em Lisboa, nos dias 7 a 12 de Setembro. Os temas oficiais e respectivos relatores são: Fisiopatologia das afecções vasculares do cérebro, Semiologia angiográfica e terapêutica cirúrgica das afecções vasculares do cérebro, Estudo do lobo parietal do cérebro, Doenças metabólicas do cérebro. São relatores principais, respectivamente, Alajouanine, Egas Monis, Walshe, Van Bogaert, tendo como co-relatores figuras proeminentes da neurologia de todo o mundo. A seguir ao Congresso, em Madrid, efectua-se as comemorações do centenário do nascimento de Ramón y Cajal.

CURSO SUPERIOR DE NEUROLOGIA. — Nos dias 8 a 11 de Setembro, em conjugação com o Congresso, haverá um curso de 6 lições, a cargo dos seguintes neurologistas: G. Jefferson, J. F. Fulton, Deolindo Couto, R. Garcin, Van Bogaert e Obrador Alcaide. Será prestada homenagem à memória de Van Monakow, celebrando o centenário do seu nascimento.

1.<sup>as</sup> JORNADAS MÉDICAS HIDROLÓGICAS. — Efectuaram-se no passado mês de Julho, tendo sido visitadas as estâncias de Luso e Felgueira. Fizeram conferências os Profs. Vaz Serra, Adelino Padesca e Costa Sacadura, e os Drs. Cid de Oliveira e Aurélio Gonçalves, directores clínicos daquelas estâncias.

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO NA ESCOLA MÉDICO-CIRÚRGICA DE GOA. — Vai realizar-se, de 15 de Setembro a 30 de Outubro, reído pelos Profs. Cândido de Oliveira (Bacteriologia e Virulogia), A. Vaz Serra (Medicina Interna), Álvaro Rodrigues (Cirurgia) e Fraga de Azevedo (Parasitologia).

SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS. — Foram eleitos os novos corpos gerentes, ficando na presidência o Prof. Xavier Morato.

INSTITUTO DE GERONTOLOGIA. — Realizou uma sessão de homenagem à memória do Prof. Moreira Júnior, na qual falaram os Profs. Costa Sacadura, Freitas Simões e Pedro da Cunha e o Dr. Brás Nogueira.

NECROLOGIA. — Em Lisboa, o Dr. António Craveiro Lopes, que foi um dos primeiros cirurgiões e clínicos da capital nos fins do passado século e começos do actual.







MARTINHO & C.ª Lda

TUDO O QUE INTERESSA À MEDICINA E CIRURGIA

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

# Quinarrhenina Vitaminada

## Elixir e granulado

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



