



PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

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

SUMÁRIO

LADISLAU PATRÍCIO — O papel dos Sanatórios na luta anti-tuberculosa.

J. GOUVEIA MONTEIRO — Um aspecto do diagnóstico etiológico nas ascites.

M. CASTRO HENRIQUES — Terapêutica das trombozes venosas dos membros inferiores.

MOVIMENTO NACIONAL — Revistas e boletins: *Arquivo de Patologia* (Os esteróides endógenos na tumorigénese experimental). *Acção Médica* (Adolescência e sexualidade. Limitação da natalidade). *Imprensa Médica* (Estado da medicina em 1858). *Jornal do Médico* (20 casos de aperto mitral operados de comissurotomia). *Clinica Contemporânea* (Linfangioma quístico do pescoço. Patologia dos sinovialomas. Melanomas). *Revista Portuguesa de Obstetrícia, Ginecologia e Cirurgia* (Tratamento das vaginites por tricomonas. Tratamento com estrogénios da hiperplasia glândulo-quística). *Hospitais Portugueses* (A vida financeira dos hospitais portugueses). *O Médico* (Função suprarrenal na diabetes mellitus). *Cadernos Científicos* (Forma especial de meningite linfocitária. Tratamento cirúrgico do angor pectoris. A aterosclerose e o metabolismo dos lípidos). *Acta Gynecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana* (Tratamento da sífilis nas grávidas. Índice colpocitológico).

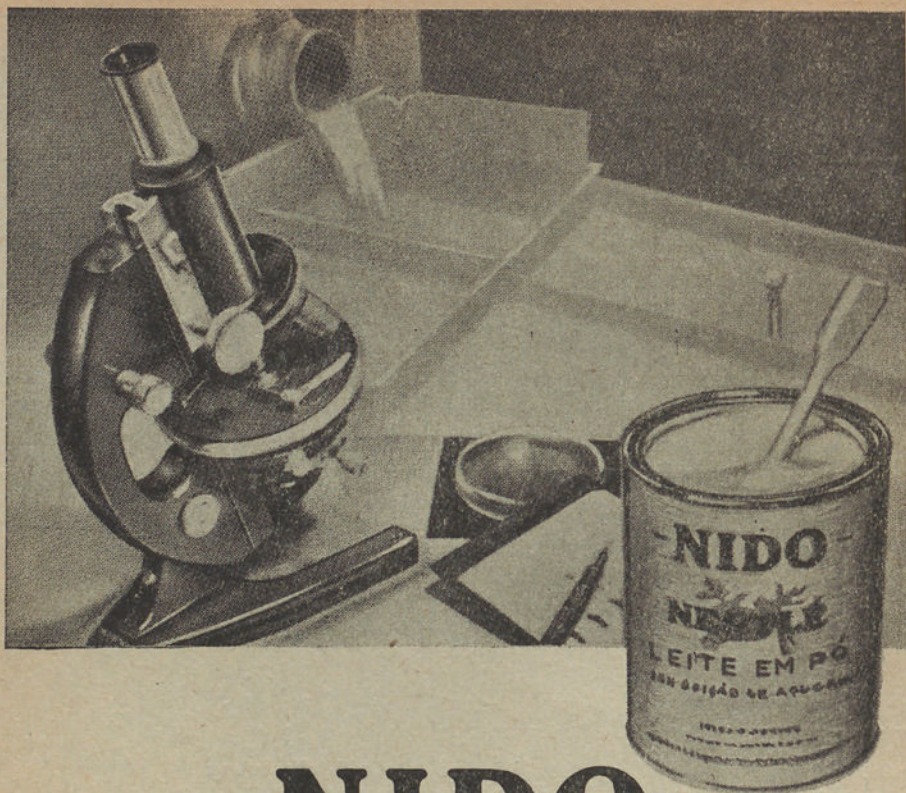
SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS — Novas aquisições em vitaminoterapia. A coriza aguda. Tratamento da meningite tuberculosa com estreptomicina, tuberculina e hidrazida. O síndrome «Dumping» consecutivo à gastrectomia. Contra o regime lacto-vegetariano hospitalar. Sinal clínico precoce da coqueluche. Exame microscópico da epiderme. Gravidez e úlcera gástrica.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES — Números especiais de revistas médicas espanholas. Intercâmbio. Congressos Internacionais. Liga Portuguesa de Educação Sanitária. Curso de aperfeiçoamento. História na vacinação anti-variólica. Congresso Beirão. Necrologia.

Aos Srs. Assinantes (em face da pág. 587).

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

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



NIDO



Leite em pó completo não açucarado

Segurança do "leite controlado" — Valor biológico do leite fresco — Composição constante — Conservação excelente.

SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS



PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXVII — N.º 10

OUTUBRO DE 1953

O papel dos Sanatórios na luta anti-tuberculosa ⁽¹⁾

por LADISLAU PATRÍCIO

Director do Sanatório «Sousa Martins» (Guarda)

O papel dos Sanatórios na luta anti-tuberculosa tem sido em todos os tempos — desde que há Sanatórios... — uma questão largamente debatida; e essa questão complica-se, agita-se sempre mais, quando surge qualquer droga nova ou tratamento especial para combater o tremendo flagelo alcunhado de «peste branca».

Veja-se, por exemplo, o que aconteceu em 1933 com a sensacional aventura dos *sais de ouro*. Os entusiastas desse famigerado medicamento, entre os quais alguns eminentes tisiologistas, chegaram nessa altura a considerar os Sanatórios como uma arma inútil, «econômicamente ruínoza e individualmente desagradável»!

Foi então que SERGENT levantou na Academia de Medicina de Paris o momentoso problema; e a douta Academia, — após consciencioso estudo levado a efeito por uma Comissão de que faziam parte, além do próprio SERGENT, outras sumidades como LÉON BERNARD, BEZANÇON, MARFAN, LE GENDRE, HAYEM e RIST, — votou por unanimidade as seguintes conclusões:

1.^a — A Academia de Medicina não considera fundamentada a oposição que se pretende estabelecer entre os tratamentos modernos da tuberculose pulmonar e a cura sanatorial;

2.^a — A cura sanatorial conserva o valor que a experiência lhe reconhece e continua a ser o adjuvante mais precioso dos outros métodos de tratamento cuja eficácia realça.

A instituição dos Sanatórios remonta à época ultra-distançada, quase pré-histórica, dos primitivos gregos, e perde-se por isso na noite dos tempos. Mais tarde — só muito mais tarde! — já nos exórdios do século XIX, um médico inglês, BODINGTON, voltou a salientar as excelências do tratamento da Tuberculose em

(¹) Lição proferida no XVI Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra, em 8-7-1953.



estabelecimentos especializados, num clima apropriado e sob auxílio médico permanente.

BODINGTON foi acimado de louco ou de energúmeno pelos seus contemporâneos! O sistema terapêutico por ele aconselhado obteve, no entanto, pouco a pouco, a plena aprovação da classe médica da maior parte dos países cultos, a começar pela Alemanha, onde BREMER e o seu discípulo DETTWEILER deram às ávidas ideias exumadas dum injusto esquecimento pelo desfeitoado BODINGTON o apoio incondicional que elas mereciam. Na América do Norte, TRUDEAU fundou logo a seguir o primeiro Sanatório de Montanha. E esse clássico método de tratamento alcançou por fim reputação mundial.

Mas, os anos passam... O homem tem uma tendência inata para variar de sistemas, condição aliás de todo o progresso; e assim, com a conquista de novos meios terapêuticos contra a tuberculose pulmonar, — desde o pneumotórax de FORLANINI às arrojadas façanhas da cirurgia torácica e à descoberta recente dos antibióticos e dos diversos produtos químicos de síntese — a importância dos Sanatórios na cura dessa doença tornou-se outra vez motivo de dúvidas e de controvérsias. Segundo os mais acerados iconoclastas, os doentes poderiam ser tratados perfeitamente nos seus domicílios, em regime de liberdade! Os Sanatórios não passavam, pois, de «um luxo supérfluo»!

Pergunta-se, porém: a chamada «cura livre» facultará aos doentes as indispensáveis cláusulas para um repouso eficaz? Conseguirão os doentes na vida familiar abstrair-se dos seus negócios, das suas relações sociais e dos seus velhos hábitos, que teriam sido porventura causa determinante da enfermidade e lhe dificultam portanto a cura? Será lícito também desprezar certos factores higiénicos e sanitários, como a ameaça iminente de contágio, «na luta que é sempre longa contra um bacilo que raramente desarma»? Será lícito então sacrificar a saúde das pessoas íntimas com quem se convive e sobretudo das crianças cujas carícias se não podem evitar? Mais: será possível iniciar e manter um pneumotórax, «obedecendo ao código de uma técnica perfeita», em regime domiciliário? Já houve quem classificasse esse procedimento como «uma heresia perigosa»! Finalmente: será possível formular com precisão as indicações de uma intervenção cirúrgica sem pôr o doente em meticolosa observação num centro clínico devidamente habilitado para tal fim?...

Os celebrados antibióticos (nomeadamente a estreptomomicina e os produtos químicos de síntese, a que já me referi), cujos efeitos maravilhosos têm sido aclamados por tanta gente — frades e leigos — começam a deixar entrever o ocaso fatídico do seu mágico esplendor! Os acidentes secundários ao emprego dessas drogas

(perturbações digestivas, por exemplo, resultantes da pululação intestinal de certos fungos, por atenuação da flora microbiana normal e por avitaminoses; desordens auditivas, etc. e ainda, principalmente, a resistência adquirida pelos bacilos à acção desses portentosos medicamentos, e o estado de anergia ou de falta de estímulo antigénico provocado no organismo dos doentes por influência benéfica desses mesmos medicamentos, tornando-o paradoxalmente mais sensível às reinfecções ulteriores com estirpes resistentes (o que já levou a recomendar nessa emergência a vacinação pelo B. C. G.); os acidentes secundários ao emprego dessas drogas, como ia dizendo, obrigam o médico a ser prudente, cada vez mais prudente, na sua aplicação imoderada, abusiva ou discricionária!

Lembro-me de um caso, que já citei de outra vez, acontecido no «Sanatório Sousa Martins», que dirijo:

Senhora de 37 anos de idade, casada, mãe de dois filhos. Tuberculose pulmonar nos colaterais. A radiografia acusava lesões de infiltração, de tipo misto, no lobo superior do pulmão esquerdo, com grande caverna apical. Tentativa de pneumotórax infrutífera. Começou a fazer tratamento com estreptomina, e melhorou. Após a administração de 40 gramas do referido produto, fez-se nova radiografia. De facto, havia melhoras; mas a lesão principal, a grande caverna apical do pulmão esquerdo, mantinha-se indiferente. A doente foi então avisada de que precisava, para se poder curar, de submeter-se a uma intervenção cirúrgica. Protestou, chorando, e pediu encarecidamente que insistissemos no tratamento com a estreptomina, porque tinha fé, «tinha a certeza» de que assim havia de se pôr boa! Prevenida da inanidade dessa terapêutica para resolver totalmente o caso, e prevenida ainda das possibilidades de um agravamento das suas lesões pulmonares, de forma a ficar um dia privada do recurso que lhe propúnhamos, a doente não se conformou e pediu de mãos postas que lhe dêssemos mais estreptomina, *porque esse «milagroso» remédio havia de salvá-la!*

Assim se fez.

Pouco tempo depois, teve uma violenta crise hemoptóica, que se prolongou por vários dias, com temperaturas febris elevadas. Passada a crise, tornou a ser radiografada. O processo patológico tinha-se reactivado consideravelmente e, no pulmão oposto, até aí indemne, havia sinais gravíssimos de disseminação bacilar.

Nunca mais conseguiu restabelecer-se. Entrou em fase de dispneia; e morreu a suplicar que a operassem, confessando-se arrependida do seu facciosismo pela estreptomina!

A dura lição dos factos!...

Num livro intitulado «O Tratamento Racional da Tuber-

culose», o seu autor, BAILLET, que foi Director do Sanatório de Mont-Duplan, escreveu o seguinte: «a terapêutica da tuberculose pulmonar é velha como o mundo e por consequência infinitamente rica; todavia, essa riqueza não é senão aparente».

Quando Pasteur revelou a existência dos micróbios, deu-nos ao mesmo tempo a promessa de podermos vir a combater as diversas doenças infecciosas por meio de soros e de vacinas! Assim, em 1908, o professor LANNELONGUE preparou um soro imunizante contra o bacilo de Koch, e fez correr o boato de que a Tuberculose estaria dentro em pouco vencida! O famoso Dr. COMBY chegou então a anunciar êxitos miraculosos em vários casos da sua larga clínica. KUSS, LE NOIR e LEGRY navegaram nas mesmas águas... Os bacilos, diziam eles, nos doentes tratados com o soro de Lannelongue, começavam por diminuir de virulência e acabavam por desaparecer definitivamente! Além disso, as injeções do soro eram absolutamente inofensivas! Que mais se poderia exigir, portanto?! Pois bem: veio a provar-se mais tarde que as injeções do soro de Lannelongue eram de facto absolutamente inofensivas para os doentes — mas também para os bacilos...

Longe de mim a ideia de pretender contestar ou reduzir o autêntico valor de certas novidades terapêuticas que têm sido empregadas no tratamento dessa doença; e acredito que em matéria de Tuberculose os sábios do laboratório hão-de lograr atingir um dia (e oxalá que seja breve!) a meta desejada. O bacilo de Koch, porém, não é um ser domável, e possui uma anatomia e uma fisiologia inconstantes. As suas propriedades virulentas pode em dado momento perdê-las, mas volta a recuperá-las com incrível facilidade! Consegue mesmo por vezes dissimular a sua presença, assumindo formas invisíveis, misteriosas; e vai arrançando sempre maneira de descobrir extraordinárias defesas contra as melhores armas que o homem tem inventado para o aniquilar!

Não deveremos, no entanto, ser cépticos; mas também não deveremos ser tão ingênuos na apreciação e no uso de determinadas drogas, e mormente no uso de alguns medicamentos da moda (cuja fama se poderá atribuir apenas, como observa TOUSSAINT, «às indiscrições espectaculares de determinada imprensa, à ignorância das massas, à indisciplina e ao espírito de lucro»), que os administremos de ânimo leve, favorecendo com eles mais os droguistas do que os doentes...

Os remédios são como os homens: elogios imerecidos não lhes conferem o valor que não tiverem... E é preciso também procurar sempre indagar até que ponto um remédio influi na cura da enfermidade e até que ponto a evolução natural ou espontânea da mesma enfermidade influi também na cura...

Com os métodos mecânicos de tratamento, — com a cirurgia

da tuberculose pulmonar, — as nossas reservas terão de ser igualmente judiciosas. A Tuberculose é uma doença que não pode ser resolvida exclusivamente pelo bisturi. Se bem que a pneumo-cirurgia consiga não só dominar a lesão mas beneficiar ainda de certo modo o estado geral dos doentes pelos seus efeitos favoráveis sobre o complexo imunalérgico, não constitui todavia, só por si, um acto curativo, à semelhança de uma apendicectomia «que tira o órgão doente e com ele a doença de que o órgão é portador» (DAVY). O cirurgião, na tuberculose pulmonar, remedeia — e não faz pouco! — situações locais melindrosas que se opõem à cura; com possibilidades de êxito notáveis, consegue remover, por vezes, sérios obstáculos, perante os quais o tratamento médico se revelou impotente. Não obstante, nalguns casos se verifica (mesmo após os mais delicados e minuciosos processos de exérese segmentar) o reaparecimento de imagens cavitárias ou de expectoração bacilífera, a despeito da intervenção cirúrgica que nos parecera eficaz! A propósito da estreptomomicina e doutros produtos similares, o grande cirurgião LERICHE (pessoa insuspeita), no seu notável trabalho «A Filosofia da Cirurgia», prevê o crepúsculo próximo da cirurgia torácica! *Sic transit gloria mundi...*

Que concluir de tudo isto?

Que o tratamento da tuberculose pulmonar consiste na realização dum programa muito complexo e que nenhum dos números desse programa deve considerar-se, só por si, como suficiente. Não se dispensa nenhum desses números nem se substituem uns pelos outros. Combinam-se todos. Completam-se. A «cura sanatorial» é o primeiro desses números...

O que deve ser um Sanatório?

Segundo uma correcta definição de Kuss, um Sanatório deve ser «um estabelecimento fechado, convenientemente equipado e convenientemente situado, com vigilância e cuidados médicos assíduos».

Um «estabelecimento fechado» não quer dizer que seja um presidio. No entanto, o doente dentro dum Sanatório não poderá dispor inteiramente da sua liberdade. «A liberdade do doente, diz SCHLEINGER, põe em risco a finalidade do tratamento». O tuberculoso tem de habituar-se a viver num mundo novo, num mundo à parte, com aspectos totalmente diferentes do mundo onde adoeceu! A mudança de ambiente constitui um «factor curativo essencial». A disciplina severa a que tem de sujeitar-se e que a principio lhe poderá parecer insuportável, é o melhor dos remédios! É logo que reconheça em muitos dos seus futuros companheiros, pelo respeito geral de todos às normas estabelecidas, os bons efeitos de uma cura regulamentada, submeter-se-á sem grande esforço às mesmas normas, — o que decerto não faria em casa...

Um «estabelecimento convenientemente equipado» quer dizer que um Sanatório precisa de estar provido de todos os recursos necessários para os fins que se têm em vista: instalações completas de Raios X e de fisioterapia; laboratório de análises clínicas; sala de operações devidamente apetrechada; galerias de cura bem expostas, para o repouso ao ar livre (condição esta que certos renovadores modernistas já reputam dispensável!); quartos espaçosos e bem arejados, com mobiliário sóbrio, acessível à desinfecção; biblioteca escolhida, radiotelefonía e outras distrações, inclusive o cinema, para defender o doente do tédio provocado pelo marasmo duma vida de eremita; etc.

Um «estabelecimento convenientemente situado» quer dizer que um Sanatório deve estar colocado num meio calmo, isolado, onde não cheguem facilmente os ecos aliciantes da vida agitada do exterior, fora portanto dos grandes centros urbanos, isto é, perto da Natureza e longe da Sociedade, o mais possível; e num clima propício. Mas haverá porventura algum clima propício «à feliz orientação dos processos espontâneos da tuberculose pulmonar», como alguns especialistas admitem? Ou ainda: haverá porventura algum clima que exerça sobre a doença, como admitem outros, «uma verdadeira pressão terapêutica activa»?...

A cura da tuberculose pulmonar pelo clima de altitude foi o ponto de partida da climatoterapia metódica. A suposta imunidade contra a Tuberculose, dos habitantes de determinadas regiões do globo, muitos metros acima do nível do mar, e os excelentes resultados obtidos por tantos doentes que se trataram nessas regiões, deram origem ao chamado «dogma da altitude» que vigorou durante largos anos. Alguns autênticos malogros, porém, que se sucederam aos milagrosos êxitos da véspera, fizeram afrouxar esse desbordante entusiasmo pelas virtudes excelsas do clima alpino. E apareceram então os adversários da panaceia ecumênica... Houve mesmo quem, pescando nas águas turvas do movimento rebelde, fizesse tábua rasa de tudo o que até aí se propagara, pretendendo generalizar a revolta, por motivos inconfessáveis, numa franca opposição aos privilégios de toda a cura climática!

A história de sempre, afinal...

Não existe evidentemente (está dito e redito) um clima verdadeiramente específico para o tratamento da tuberculose pulmonar. Seria absurdo supor que o bacilo de Koch, pelo facto de ter o seu *habitat* predilecto em lugares húmidos, sombrios e mal ventilados, fosse imediatamente expulso dos pulmões dos tuberculosos por uma simples lufada de ar puro e fresco das altas montanhas cheias de neve e inundadas de sol! Não obstante, como afirma HUTINGTON, sábio climatologista americano, no seu precioso livro «Civilização e Clima», «o homem depende mais da Natureza do

que se imagina, — o homem e todos os seres vivos, incluindo as plantas». «A melhor árvore, acrescenta, sem água e sem clima apropriado, vale menos do que a pior árvore com temperatura e chuva fecundantes». Sabe-se com efeito que enorme influência as estações do ano exercem no aparecimento de certas enfermidades. As mudanças bruscas do tempo intervêm frequentemente nas manifestações das crises de asma, das sínopes cardíacas, das mortes súbitas, das embolias cerebrais, das hemoptises, etc. Mas a surpreendente variedade desses fenómenos não se revela apenas na esfera da anatomia e da fisiologia humanas, revela-se também nos domínios da psicologia. O vento norte, por exemplo, produz no homem uma sensação de vigor, de euforia, de bem-estar; ao passo que o vento sul dá-lhe uma sensação de cansaço, de tristeza, de invencível desânimo! Verifica-se até que os suicídios são mais vulgares nalgumas zonas geográficas, sem que semelhante facto se encontre relacionado com as condições económicas ou sociais das referidas zonas. Fala-se até em «climas homicidas», e parece que os próprios vícios e a moralidade dos costumes dependem de algum modo das características meteóricas e geológicas das diversas regiões do orbe, mais que do respectivo grau de civilização!

Qual será, nesse caso, o factor preponderante da qualidade dum clima?... Presume-se que o factor preponderante resida no grau e na directriz da *ionização* atmosférica, que é de proveniência celeste e de proveniência telúrica, num sentido negativo, de cima para baixo, e num sentido positivo, de baixo para cima. E conforme predomina uma ou outra dessas duas correntes, com maior ou menor intensidade, o clima actua sobre o homem por intermédio do seu sistema nervoso vegetativo, estimulando-o ou deprimindo-o.

Será assim?... Se for assim, o clima, embora não actue directamente sobre a doença, actua sobre o doente, conferindo-lhe ou tirando-lhe os elementos necessários para resistir ao mal.

Finalmente:

Um Sanatório deve ser também um estabelecimento «com vigilância e cuidados médicos assíduos». Sem dúvida! Os doentes pulmonares precisam de ser constantemente vigiados. A maior parte deles não dá conta dos progressos surdos da doença que traiçoeiramente os corrói. Há doentes pulmonares sem tosse, sem expectoração, sem febre, sem o mais ligeiro sinal aparente da enfermidade! Esquecem-se, por isso, de que são doentes... E quando entregues a si próprios, solicitados por inclinações instintivas, cometem com frequência erros funestos. Já alguém comparou os doentes de peito aos aviadores aventureiros que atravessam vertiginosas distâncias à mercê das avarias dum motor

sempre falível, sem pensarem no abismo imenso aberto debaixo dos seus pés...

O médico dum Sanatório tem portanto um papel educativo, pedagógico, muito importante a desempenhar. Não basta receitar remédios. É preciso mais! O doente tuberculoso possui uma mentalidade *sui generis*, que implica minucioso estudo. Deparam-se-nos pelo menos, três tipos distintos, bem conhecidos: a) os que desejam curar-se; b) os que só pensam em se divertir; c) os que se revoltam contra o fatalismo da sua sorte adversa. Os primeiros são cumpridores meticolosos, quase místicos, das boas normas do tratamento; os segundos são gozadores impenitentes, desdenhosos de todos os bons conselhos, não acreditando em nada, e muito menos no próprio médico que os trata; os terceiros odeiam quem tem saúde!

Pobres tísicos!

Temos de compreender, como já tenho referido repetidas vezes, o suplício da sua tragédia íntima, ao vê-los dias e dias a cismar, de olhos tristes, na sua solidão de proscritos, — afastados da família, dos amigos, das relações sociais, longe das alegrias ou dos prazeres fictícios que uma existência mundana lhes poderia dar; com saudades de tudo; estendidos horas sem fim na cadeira de cura, «cobertos de chales e alimentados de remédios»; contemplando vagamente o voo livre das aves que deslizam no espaço por cima das suas cabeças...

Pobres tísicos!...

É natural que um diagnóstico de tuberculose cause em toda a gente um indescritível horror, produzindo nos doentes aquele complexo de inferioridade que os desmoraliza e nas pessoas sãs uma fobia quase desumana que «desune os *ménages*, transforma os irmãos em inimigos e faz do doente um pária» (DUMAREST). E daí o medo absurdo dos Sanatórios, como se o internamento num Sanatório fosse, por assim dizer, «a consagração pública duma vergonha»; ou ainda pior: como se o internamento num Sanatório fosse, por assim dizer, «a confissão prática dum crime»! Sentimento irraciocinado, decerto, que resulta, como diz STÉPHANI, «de prejuízos múltiplos, de ideias falsas, tanto mais enraizadas quanto menor é o seu fundamento».

Aos médicos compete a obrigação moral de desfazer tais prejuízos ou tais ideias falsas!

A outro ponto, também muito importante, não quero deixar de aludir nesta resenha a respeito de Sanatórios: o da alimentação do doente. Se as restrições alimentares privam o organismo das suas defesas eutróficas, os exageros de comida, os festins à Rabelais, são apodados hoje de «suicídios alimentares». Estamos já bastante afastados da época em que DUJARDIN-BAUMETZ reco-

mendava aos tuberculosos, além de outras vitualhas, o consumo diário de 10 ovos e 20 gramas de carne crua, como suplemento! As consequências nefastas desse regime planturoso estão mais que demonstradas. E assim, DUMAREST aconselha «cuidados piedosos» com o aparelho digestivo dos doentes de peito. CARDIS e GIRAUD pronunciam-se a favor de alimentos «fáceis de digerir e de pequeno volume». BURNAND, outro tisiologista de renome, classifica o regime de super-alimentação, outrora usado, como um regime «estúpido, anti-fisiológico, produzindo desastrosas e irreversíveis dispepsias». Não há mesmo fórmulas de dietética especial para tuberculosos. «O tuberculoso é um omnívoro como o homem são». Devemos dar-lhe, pois: «boa comida, variada e simples, que estimule o apetite pela sua preparação agradável e que comporte aquela proporção de alimentos animais e vegetais da comida burguesa ou popular corrente». De facto, o tuberculoso não se pode curar quando o estômago lhe recusa o seu concurso. Não fiquemos, pois, inútilmente o estômago do tuberculoso, tanto mais que a própria doença abaixa em geral o nível digestivo, como todas as infecções crónicas com intoxicação lenta, por alteração profunda da função hepática. Por isso, a uremia, sem lesões renais, é tão frequente no doente de pulmões. CARTON proclamava este elementar conceito: «o importante não é o que o doente ingere, mas o que digere»!

Agora vejamos:

Quando é que deve recomendar-se ao tuberculoso o internamento num Sanatório?

A terapêutica anti-tuberculosa compreende três fases:

1.^a — *Fase de predisposição*, com caracteres anómalos do terreno orgânico, a diátese, o temperamento mórbido de tipo familiar, que escapa muitas vezes às investigações biológicas.

É a fase da *terapêutica preventiva* (vacinação pelo B. C. G., medidas de ordem higiênica, económica e social);

2.^a — *Fase de infecção*, assintomática, silenciosa, revelando-se apenas pela prova da cuti-reação alérgica à tuberculina.

É a fase da *terapêutica abortiva* (repouso profiláctico em colónias de férias, preventórios, etc., e medicação tónica adequada);

3.^a — *Fase anátomo-clínica*, com sinais clínicos, radiológicos e laboratoriais de doença declarada, afirmando a existência de lesões em actividade.

É a fase da *terapêutica curativa* (internamento num Sanatório, sem formalidades nem delongas). ÉTIENNE BERNARD declara que «o doente nestas condições, com tuberculose evolutiva diagnosticada de manhã, deve iniciar o tratamento, num Sanatório, à tarde». E TOUSSAINT opina que nessa altura «devem desaparecer todos os escalões administrativos e médico-sociais que sepa-

ram o diagnóstico do tratamento». Portanto, o sistema contemporizador do «vamos a ver», «por enquanto, não», usado ainda por muitos médicos, é absolutamente condenável! Muitas vezes os doentes entram nos Sanatórios já na fase irremediável da enfermidade, caquéticos ou quase agónicos! Factos de tal natureza servem só para aliviar os responsáveis — e desacreditar as estâncias de cura...

Na Dinamarca, no raiar do século actual, a mortalidade por tuberculose atingia a cifra colossal de 200 pessoas por cada 100.000 habitantes! No ano de 1949, essa cifra baixava de 200 para 19! No ano seguinte, para 15, ou seja uma taxa de 2 % sobre o índice da mortalidade geral, — o que equivale a dizer que, praticamente, hoje, a tuberculose pulmonar na Dinamarca não existe!

Qual foi o segredo desse formidável triunfo?

O segredo foi a escrupulosa execução de todas as pragmatias dum largo plano de luta, desde o diagnóstico precoce da doença por meio do exame sistemático das colectividades (micro-radiografia) abrangendo todas as classes sociais, sem excepção de ninguém, seguido da notificação oficial obrigatória, no caso de diagnóstico positivo, com internamento forçado e urgente num Sanatório.

Dirão que tal procedimento, além de representar uma flagrante infracção às regras austeras do segredo profissional, ofende a liberdade individual, coarctando ao doente o direito de se poder tratar como e aonde quiser. De acordo. Mas há uma objecção segura para semelhante argumento: se o Estado tem o dever de proteger a Sociedade contra os crimes e atentados de toda a espécie que ameaçam a vida dos cidadãos, não existe razão para que não proteja igualmente a mesma Sociedade dos perigos que ameaçam a saúde dos seus membros indefesos!

Por essa forma, os doentes são internados, na sua grande maioria, a tempo de poderem recuperar a saúde perdida, com menor duração de internamento, antes de iniciada portanto a destruição irreparável do seu tecido pulmonar. BAILLET chama a esse pormenor «o nó da questão». «Quando um incêndio se declara numa casa, diz ele, se nos demoramos a pedir socorro, os bombeiros limitam-se a limpar as cinzas, a apagar algumas brasas e a impedir que o fogo se propague aos prédios vizinhos. Mas tudo o mais serão ruínas!».

Uma vez internado num Sanatório, o doente, minuciosamente observado, terá de sujeitar-se, enquanto as suas lesões pulmonares estiverem em franca actividade, a um regime de repouso total, metido na cama, proibindo-se-lhe até as simples leituras e as conversações. Calma absoluta. Vida vegetativa. Interdição de pensar, se for possível!... À medida, porém, que as melhoras se mani-

festam, esse regime irá sendo pouco a pouco mitigado. Há uma posologia da actividade como há uma posologia dos medicamentos... Não convém habituar também o doente a uma vida de preguiça, nem dar-lhe a impressão de que está condenado a uma implacável invalidez. A utilização social do tuberculoso deverá pois ser calculada no Sanatório, de maneira gradual, quase matemática, «com parafuso micrométrico», como aconselha ROUX, de molde a poder fazer-se no momento da alta um diagnóstico *profissional*, ou de resistência ao esforço, de harmonia com uma lei fisiológica do trabalho, segundo a qual só se considera nociva a energia despendida quando seja superior à capacidade física do indivíduo.

Vantagens do método, segundo PARODI:

- a) Favorecer o regresso a uma actividade laboriosa depois da cura;
- b) Evitar a perda, por falta de exercício, da capacidade produtiva e das aptidões profissionais;
- c) Combater a desmoralização do doente durante a cura.

A cura da tuberculose pulmonar não é, salvo raras excepções, um *restitutio ad integrum*. O que chamamos *cura* não passa em geral de uma compensação, de uma tolerância, que DUMAREST e MOLLARD, num curioso estudo médico-social da Tuberculose, submetem a estas três condições:

- 1.^a — Restabelecimento de um estado geral e funcional normal;
- 2.^a — Desaparecimento dos bacilos nos escarros e no conteúdo gastro-intestinal;
- 3.^a — Estabilização radiológica e estetacústica prolongada.

Mas a cura só se considera definitiva quando essas três condições se mantêm sem desfalecimento durante um lapso de tempo proporcional à importância anatómica das lesões e ao seu potencial evolutivo: um ano para as lesões benignas e até cinco anos para as lesões graves.

Durante esse longo período, a que chamaremos de *prova*, é que o tratamento *ambulatorio* tem sua formal indicação. O *tratamento ambulatorio* é pois um tratamento suplementar da *cura sanatorial*.

Numa estatística francesa que consultei, verifica-se que 80 % dos doentes que tiveram alta com a nota de curados, trabalhavam ao cabo de um ano sem nenhuma alteração do seu estado. Os restantes 20 % tinham recaído. Parece pois razoável que a qualquer doente com alta nessas condições se lhe atribua sempre, de preferência, até confirmação futura do resultado obtido, a nota de *melhorado* ou *em vias de cura*, porquanto, o resultado *mediato* do tratamento não é sinónimo de resultado permanente.

O seguro morreu de velho...

CADEIRA DE PROPEDEÚTICA MÉDICA DA FACULDADE
DE MEDICINA DE COIMBRA

(Director: Prof. EGYDIO AYRESJ)

Um aspecto do diagnóstico etiológico nas ascites

por J. GOUVEIA MONTEIRO

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

Quando o estudante de Medicina ataca o problema das ascites, fá-lo habitualmente com gosto e, esgotado o assunto, deixa o tema convicto de lhe ter penetrado os segredos. A sistematização da matéria afigura-se tão perfeita que chega a parecer deslocada em livros de ciência médica. Quando, porém, o mesmo estudante abandona o estudo livresco para se debruçar sobre os doentes com ascite, não tarda a reconhecer que distância medeia entre a elaboração didáctica dos tratados e a realidade sempre complexa da clínica.

Com efeito, se muitos casos são claros e de fácil identificação, não escasseiam os exemplares difíceis, a desafiar o senso e a sagacidade do médico. Não me refiro aos aspectos patogénicos, obscuros mesmo para os iniciados, mas apenas ao problema concreto e prático da averiguação causal. Sendo a questão difícil, é natural que o clínico procure lançar mão de todos os meios ao seu dispor, impondo-se por isso que saiba valorizar na sua justa grandeza os dados de que pode servir-se.

Ora sendo a cirrose hepática e a peritonite tuberculosa as duas causas mais frequentes de ascite e estando em voga as provas de turvação e floculação para o reconhecimento da insuficiência hepática, é lógico que delas se pretenda fazer largo uso na emergência em foco. O nosso objectivo consiste exactamente em chamar a atenção para as limitações dessas provas na diagnose etiológica das ascites.

As reacções que utilizámos foram as da floculação com cefalina-colesterol (HANGER), turvação com timol (MACLAGAN), floculação com timol (NEEFE), turvação com sulfato de cádmio (WUNDERLY-WUHRMANN), turvação e floculação com sulfato de

cádmio modificada, turvação e floculação com sulfato de zinco (KUNKEL), turvação e floculação com água destilada (HEJDA-DREYFUSS) e turvação e floculação com álcool (MAWSON). As técnicas, mecanismo e significado das reacções acham-se descritos na nossa tese (1).

No mesmo trabalho podem ver-se os resultados das provas em 44 cirróticos com ascite. Foram todos submetidos à prova de MACLAGAN, 43 à prova de HANGER e 26 à totalidade das reacções que citei. Foi a seguinte a percentagem de resultados anormais nesses doentes:

Hanger	100 %
Maclagan	70,5 %
Neefe	96,2 %
Wunderly-Wuhrmann clássica.	100 %
Wunderly-Wuhrmann modificada	100 %
Kunkel	92,3 %
Hejda-Dreyfuss	84,6 %
Mawson	88,5 %

Para comparação, estudámos 12 casos de peritonite tuberculosa com ascite, submetendo-os à totalidade das provas referidas, cujos resultados se expõem em detalhe no quadro anexo. Em resumo, a percentagem de cifras anormais foi a seguinte:

Hanger	41,7 %
Maclagan	75 %
Neefe	83,3 %
Wunderly-Wuhrmann clássica.	75 %
Wunderly-Wuhrmann modificada	91,7 %
Kunkel	100 %
Hejda-Dreyfuss	75 %
Mawson	83,3 %

Como se vê, as provas de turvação e floculação mostram-se positivas com muita frequência na peritonite tuberculosa, pelo que não pode considerar-se grande o seu valor no diagnóstico etiológico das ascites. A menos má é ainda a reacção de Hanger, positiva em 100 % das cirroses e apenas em 41,7 % das peritonites.

(1) Provas de turvação e floculação em semiologia hepática — Edição do autor — Coimbra, 1951.

Nome	Hanger				Mac-Lagan unidades	Neefe				Wunderly- Wuhrmann classica	Tur- vação (uni- dades)	Wunderly-Wuhrmann modif.			
	h ₀	h ₁₂	h ₂₀	h ₄₈		h ₀	h ₁₂	h ₂₀	h ₂₄			Floculação			
												h ₀	h ₁₂	h ₂₀	h ₂₄
J. M.	-	-	-	-	4,6	-	-	±	+	-	9,9	++	++	++	++
M. F. S.	-	-	±	++	4	-	-	±	+	++	12,4	++	++	++	++
A. G. V.	-	-	-	-	6,2	-	-	-	-	++	11,5	++	++	++	++
A. P.	-	-	+	++	8	+	++	++	++	++	22,6	++	++	++	++
E. T. D. C.	±	++	++	++	8,75	+	++	++	++	+	24,6	++	++	++	++
J. A. P.	-	-	+	++	7,65	±	+	+	++	++	15,5	++	++	++	++
I. J.	-	-	-	+	10,65	-	±	±	+	++	16	++	++	++	++
A. S. L.	-	-	-	±	5,2	-	±	±	+	++	15	++	+	++	++
M. G. P.	-	-	-	±	5,9	-	-	-	±	++	11,5	++	++	++	++
A. E. F.	-	-	-	±	6,6	±	±	±	+	++	10,65	++	++	++	++
I. M.	±	+	++	++	5,6	±	+	++	+	++	13,7	++	++	++	++
M. C. S. C.	-	-	±	+	3,6	±	+	+	+	++	14,1	++	++	++	++

Nome	Kunkel					Hejda-Dreyfuss				Mawson					
	Turvação (unidades)	Floculação				Turvação (unidades)	Floculação				Turvação (unidades)	Floculação			
		h 6	h 12	h 20	h 24		h 6	h 12	h 20	h 24		h 6	h 12	h 20	h 24
J. M.	15	+++	++	++	++	2,7	-	±	++	++	9,7	++	++	++	++
M. F. S.	12,4	+++	++	++	++	1,85	-	-	-	-	3,2	-	±	++	++
A. G. V.	11,1	+++	++	++	++	3	-	-	+	+	6,4	++	++	++	++
A. P.	26,8	+++	++	++	++	5,2	±	+	++	++	19,8	++	++	++	++
E. T. D. C.	29,1	+++	++	++	++	4,95	±	+	++	++	19,9	++	++	++	++
J. A. P.	17,55	++	++	++	++	2,4	-	-	-	-	9,3	++	++	++	++
I. J.	17,55	++	+	++	++	4	-	±	+	+	8	+	++	++	++
A. S. L.	18	++	++	++	++	4	-	±	±	±	8,7	++	++	++	++
M. G. P.	14,6	++	++	++	++	1,85	-	±	±	±	3,85	-	-	-	-
A. E. F.	16,45	+++	++	++	++	2,7	++	++	++	++	5,8	+	+	++	++
I. M.	16	+++	++	++	++	2,7	-	-	±	±	6,2	±	+	++	++
M. C. S. C.	16,45	++	++	++	++	1,3	-	-	±	±	8,7	++	++	++	++

SERVIÇO DE PROPEDEUTICA CIRÚRGICA DA FACULDADE
DE MEDICINA DO PORTO

(Prof. JOAQUIM BASTOS)

Terapêutica das trombozes venosas dos membros inferiores

Alguns aspectos e um novo método

por M. CASTRO HENRIQUES

(*Ex-Assistente*)

Esponâneamente, após traumatismos, no decorrer de infecções, no post-partum ou no pós-operatório, é sempre de temer o aparecimento de trombozes venosas dos membros inferiores.

Como é do conhecimento geral, segundo a classificação que se deve a OCHSNER e DE BAKEY, existem duas espécies de trombozes venosas essencialmente diferentes na sua natureza: as tromboflebitas e as flebotrombozes.

Sob o ponto de vista anátomo-patológico, caracterizam-se as primeiras por fenómenos inflamatórios da parede da veia (raramente com supuração) e pela existência de um trombo bem aderente, sendo as segundas caracterizadas pela ausência de fenómenos inflamatórios e pelo facto de o trombo estar sempre mal aderente. Um carácter lhes é comum: a oclusão parcial ou total da luz venosa.

Sob o ponto de vista clínico são sobretudo os reflexos vegetativos e as perturbações da hemodinâmica atributo das tromboflebitas, enquanto as flebotrombozes apresentam como característica dominante a sua grande tendência para o embolismo.

A diversidade de evolução anátomo-clínica acarreta situações diferentes quanto à atitude terapêutica, que é o problema que por agora nos interessa.

O melhor e mais seguro meio de as combater é sem dúvida alguma evitar o seu aparecimento, isto é, fazer a sua profilaxia, evitando e combatendo, se possível, aqueles factores que é costume denominar de predisponentes e de desencadeantes. A idade superior a 40 anos, o sexo feminino, as doenças cárdiovasculares, a obesidade e o hipotiroidismo, a época do ano, os estados vagotónicos e a anemia, o uso de tabaco, as varizes, as tendências familiares, os focos infecciosos e as neoplasias, são os factores que,

**O DESCONGESTIONANTE NASAL
SULFAMIDADO QUE BENEFICIA DA
MAIS LARGA EXPERIÊNCIA CLÍNICA**

NAZAMIDA

A Z E V E D O S

SOLUÇÃO AQUOSA ISOTÓNICA E ISOIÓNICA
DE SULFONAMIDA + EFEDRINA + CLORETONA

PARA O TRATAMENTO DE

GORIZAS • RINITES • SINUSITES
e todas as afecções da Rino-Faringe
Sem os inconvenientes das soluções oleosas

Frasco de 25 cm³ com pipeta-conta gotas: **16\$00**



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

M E D I C A M E N T O S D E S D E 1 7 7 5

VITAMINAS



HIDROSSOLÚVEIS

1 cc. (35 gotas) = Vitamina A . . . 50.000 U. I.
 Vitamina D . . . 5.000 U. I.

Frasco de 10 cc. com conta-gotas

1 ampola bebível (série forte)

Vitamina A . . . 400.000 U. I.
 Vitamina D . . . 600.000 U. I.

Perfeitamente miscíveis com o leite, sumos de frutas e, dum modo geral, com todos os meios aquosos. Não adere às paredes dos recipientes.



LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

de uma maneira ou de outra, nós tentaremos evitar ou corrigir, visto que, averiguadamente, são factores predisponentes.

Se, sobre o individuo portador de qualquer uma destas condições, actua qualquer das causas a que é costume denominar como desencadeantes — traumatismos tecidulares com as consequentes alterações sanguíneas, diminuição da velocidade da corrente circulatória devido à imobilidade ou a uma posição viciosa — estão estabelecidas as condições favoráveis à gênese de tais afecções.

Estes são os factos que tanto as estatísticas como a experimentação comprovam.

Ainda há poucos meses GÖSTA IÖNSSON na Suécia, provou, com o auxílio do sódio radioactivo, que, em operados predispostos a estes accidentes, os valores tempo da velocidade de circulação pé-coração direito aumentavam nitidamente, principalmente à custa do segmento pé-virilha, entre o 4.º e o 8.º dias do pós-operatório, se por qualquer razão estes doentes eram impedidos de se levantarem, ou não realizavam convenientemente e frequentemente exercicios com os seus membros inferiores.

Evitando ou combatendo as causas predisponentes e as desencadeantes, realizamos a profilaxia; segue-se a fase não menos importante do diagnóstico precoce porquanto sabemos que quanto mais cedo é instituída a terapêutica, maiores são as probabilidades de êxito.

A atenção que se prende aos 10.º-14.º dias do pós-operatório ou do post-partum em busca de um pequenino gancho no gráfico da temperatura, duma taquicardia ligeira que desperta, ao interrogatório do doente que tantas vezes só então nota sentir uma perna mais pesada que a outra, a um discreto edema maleolar, à dor despertada pela palpação da planta do pé, interstícios dos gêmeos, cavado poplíteo e trajecto da femoral, a um sinal de Homans positivo e que tão precoce é no aparecimento, tem o fim de imediatamente lançar mão dos recursos terapêuticos que vale a pena utilizar. Isto pelo que diz respeito às tromboflebitis.

Quanto às flebotrombroses, diagnosticá-las é principalmente pensar nelas, adivinhá-las, interpretar correctamente e a tempo um pequenino accidente embólico, tanta vez prelúdio de um maior.

Há pouco mais de uma dezena de anos foram as estatísticas impressionantemente alteradas quanto à frequência e gravidade destes accidentes venosos, pela possibilidade de intervir no equilibrio coagulação-anticoagulação.

O aparecimento da heparina, do dicumarol e seus semelhantes como o tromexan, a pesquisa sistemática de determinados valores como o tempo de coagulação e a taxa de protrombina,

pareciam resolver de tal modo e tão bem o problema, que em 1945 se afirmava:

«O tratamento das complicações venosas pós-operatórias pertence desde agora à secção da medicina que controla o mecanismo da coagulação, tal como prepara pela insulina os diabéticos cirúrgicos» (1).

Deste exagero de pretender, utilizando apenas os anticoagulantes, resolver tal patologia, nasceram numerosas e desiludidas observações de insucessos. A avaliação do tempo de QUICK ou melhor ainda da taxa de protrombina, do tempo de coagulação, do tempo de degradação da protrombina, da plaquetose quantitativa e qualitativa, dão-nos apenas uma ideia para o domínio das doses de anticoagulante a utilizar e nunca uma certeza do que se passa, visto que outros factores que entram no equilíbrio do mecanismo coagulação-anticoagulação não são apreciados. Esta noção, no entanto, só veio com os trabalhos do dinamarquês OWREN que o levaram à descoberta do chamado Factor V ou Ac-globulina por ser uma globulina aceleradora da transformação da protrombina em trombina. Experiências recentes demonstraram que embora nos primeiros dias de terapêutica pelo dicumarol a taxa deste Factor V baixe 20 a 50 %, ela volta ao normal por assim dizer com uma acção intensificada a despeito de se manterem as doses do anticoagulante; assim o método de QUICK revela-se sem valor para avaliar a protrombina actual, por não entrar em linha de conta com a existência deste factor. Mas, só depois de muitos insucessos se compreendeu que por si só os anticoagulantes não eram profilácticos perfeitos nem resolviam o problema, embora sejam valiosíssimos elementos. Há, no entanto, que saber manejá-los.

A não admitir a teoria da escola americana das formas mistas tromboflebite-flebotrombose, concluimos das afirmações de FONTAINE e das estatísticas de BAUER que a heparina — cuja acção se define melhor, dizendo que em vez de neutralizar, esgota a trombina —, pode ser acusada de transformar em emboligénios as tromboflebitas, se não for utilizada só no início e por pouco tempo.

Os riscos de acidentes hemorrágicos são mais graves se se emprega em casos de intervenções cirúrgicas sobre os centros nervosos ou sobre o globo ocular, em operados em iminência de nova intervenção, naqueles em cujas feridas operatórias ficaram drenos ou há hematomas, nas grávidas, nos endocárdicos, ou nos discrásicos sanguíneos.

(1) Year Book of General Surgery, 178 — Chicago, 1945.

Se o acidente se produz, é geralmente fácil de remediar pelo sulfato de protamina ou pelo azul de toluidina como amplamente ficou demonstrado nos irradiados de Hiroshima e Nagasaki.

De uma maior facilidade de utilização, é, sem dúvida, o «Tromexan» que possui as vantagens de acção e eliminação rápidas, e que permite obter, com doses pequenas, sem demora, taxas de protrombina da ordem dos 20-30 %. Além disso, as suas contra-indicações não vão, de uma maneira geral, além das graves insuficiências renais ou hepáticas.

Como adjuvante indirecto da terapêutica pelos anticoagulantes, preconizam recentemente alguns investigadores o uso de antibióticos e quimioterápicos que pela acção electiva ao nível do trato intestinal destroem a flora bacteriana sob cuja dependência está a produção de vitamina K; verificaram que, quando os utilizavam, as doses de anticoagulantes necessárias para obter as taxas de protrombina desejadas, eram muito menores. Apenas por curiosidade registamos estas observações, tanto mais que não passaram da fase experimental.

Quanto à vitamina E, melhor dizendo ao σ -tocoferol, o seu efeito parece real sobre o nível antitrombínico do sangue (¹), quando administrada em doses altas da ordem dos 300-500 mgrs. diários. O seu uso é inteiramente desaconselhado simultaneamente com a heparina pois se lhe reconhece um notável efeito anti-heparínico como recentemente MATTEIS e MARENZANA demonstraram.

Estão hoje estabelecidos, experimental e clinicamente, os limites de valor da terapêutica anticoagulante na profilaxia e cura da doença tromboembólica, reconhecendo-se que por si só ela não é suficiente.

O componente espasmódico artério-arteriolar e venoso, que tão nitidamente se observa nas formas de tromboflebite, originando a dor, o edema e a febre, assume sempre importância primordial.

Variados foram os métodos utilizados para o combater, desde a piretoterapia à iontoforese até 1934, época em que LERICHE e KUNLIN fizeram impor a sua técnica de infiltração anestésica do simpático lombar, pelos brilhantes resultados obtidos e que todos nós temos confirmado.

Com o fim de combater o factor espasmódico, baseados nas observações feitas durante o tratamento de arteríticos e de portadores de úlceras de perna por insuficiência venosa, começamos

(¹) Admite-se que a antitrombina resulte da acopulação do α -tocoferol à trombina.

a realizar perfusões intra-arteriais de vasodilatadores em doentes com tromboflebitis dos membros inferiores.

Apenas faremos referência aos dois primeiros casos tratados por este método, pois os restantes são sobreponíveis quanto aos resultados, não havendo ainda insucessos a referir.

O primeiro diz respeito a uma doente de 46 anos, a quem tinha sido feita uma extensa limpeza ganglionar das regiões inguino-abdominal e inguino-cural direitas, devido a um carcinoma da vulva. Diagnosticou-se no 13.º dia após a operação uma tromboflebite do membro inferior esquerdo: perna notavelmente edemaciada, semi-flectida sobre a coxa e que não era capaz de mobilizar sem enorme custo; dor muito viva à pressão dos interstícios dos gêmeos e da planta do pé; sinal de Homans positivo, temperatura axilar 37,5° C, pulso a 90 p. m.

Institui-se o «Tromexan» em doses pequenas e com cautela, porquanto existia um hematoma da ferida operatória e fez-se a primeira perfusão intra-arterial (injecção feita na femoral E. em 20 minutos), de uma mistura de 0,2 grs. de acetilcolina e 0,5 mgrs. de metilsulfato de prostigmina (1), em 20 c.c. de um soluto de procaina a 1 %.

Picada a artéria ao nível da virilha, e utilizando, para maior comodidade de posição, um tubo de borracha com visor de vidro intercalado entre a agulha e a seringa, realizamos a perfusão a um débito de cerca de 1 c.c. por minuto. Começa a doente por referir uma fugaz sensação de ardência ao longo da coxa que logo desaparece para dar lugar a uma sensação de onda de calor que invade todo o membro, acompanhada de notável subida da temperatura cutânea, acentuada coloração vermelha da pele, sudação intensa e horripilação.

Logo no fim da perfusão tinha readquirido a mobilidade activa sem custo, ficando apenas com uma ligeiríssima dor despertada pela pressão dos interstícios dos gêmeos e com o sinal de Homans levemente positivo. A sensação de calor, subjectiva e objectiva, mantinha-se ainda ao fim de um espaço de tempo variável entre quatro e oito horas.

Depois de cinco perfusões, feitas com o intervalo de um a dois dias, a doente foi considerada curada. Restava, no entanto, um ligeiro edema com tempo de hidrofilia de uns escassos três minutos. Foram então feitas duas injecções intra-arteriais, em dias consecutivos, de 20 U. I. de hialuronidase (2), com o que o edema desapareceu ficando o «test» de ALDRICH e MC CLURE

(1) «Acetylcoline» e «Prostigmine» (Roche).

(2) «Kinaden».

Os preparados originais



KNOLL A.G. · Ludwigshafen/Rheno · **ALÉMANHA**

Antihistamínico

especialmente

contra pruridos

em todas as manifestações alérgicas e
reacções de hipersensibilidade devidas a histamina ou substancias afins.

Novo!

Soventol



Caixa com 5 ampolas de 1,1 c. c.

Tubos com 10 e 20 comprimidos de 0,05 gr.

AUGUST VEITH · Herdeiros · Rua da Palma, 146 · Tel. 25 137 · LISBOA

Rutionina

SCIENTIA



*É o conjunto dos
3 lipotrópicos*

Colina, Metionina e Inositol

potenciado pela acção protectora capilar da Rutina, pelo papel mantenedor da integridade vascular do Ácido l-ascórbico (Vitamina C) e pela acção descarboxilante de aminoácidos do co-fermento Cloridrato de piridoxina (Vitamina B₆).

A RUTIONINA "SCIENTIA"

constitue a associação de fármacos que melhor têm provado como

PROFILÁTICO E CURATIVO

dos processos degenerativos vasculares do tipo

ARTERIOSCLEROSE

Frasco contendo 40 cápsulas com a composição seguinte:
por cada 6 cápsulas (dose diária):

Colina 1 gr. Inositol 1 gr. dl-Metionina 0,5 grs. Piridoxina
(cloridrato) 0,004 grs. Rutina 0,150 grs. Vitamina C 0,075 grs.

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÉUTICO "SCIENTIA"
DE

ALFREDO CAVALHEIRO, LDA. - LISBOA

AV. 5 DE OUTUBRO, 164 - TEL. P. P. C. (2 LINHAS) 7 3057
Dir. Téc.: A. Queiroz da Fonseca e H. Moreira Bordado (Lic. em Farm.)

em dez minutos. Durante o tempo que durou o tratamento levantaram-se os pés do leito cerca de 30 cm., pedindo-se à doente que fizesse com frequência durante o dia exercícios de flexão e extensão do membro doente.

Curada há meses, tem-se mantido perfeitamente bem, não tendo ficado nenhuma sequela. Dias depois desta doente ter tido alta, uma outra, criatura obesa, internada no Serviço de Prope-dêutica Cirúrgica por ter sido operada de uma hérnia umbilical, apresentou no 10.º dia do pós-operatório toda a sintomatologia devida a uma tromboflebite do membro inferior direito. Administrou-se-lhe também o «Tromexan» mas em doses suficientes para trazer os valores das taxas de protrombina para os desejados 20-30 % e, horas depois de feito o diagnóstico, fez-se a primeira perfusão.

Obtivemos um resultado melhor ainda que na primeira doente citada, porquanto só tivemos necessidade de fazer quatro perfusões, sendo de notar que depois das duas primeiras já não havia qualquer sintomatologia. Foi para casa passados oito dias e, por precaução pusemos-lhe uma banda elástica adesiva que, semanas depois, e contra o nosso conselho, retirou, porque segundo dizia se sentia perfeitamente bem.

Apresentamos estes dois casos por estarmos convencidos de que o método quando exequível, — e é-o praticamente sempre —, é preferível às infiltrações anestésicas do simpático lombar, pelas razões que passamos a enumerar: ausência de risco para o doente mesmo quando concomitantemente se usam os anticoagulantes, vasodilatação muito mais acentuada e muito mais duradoura com imediata e definitiva desapareção da dor e da febre; notável diminuição do edema, menor duração do tratamento e pequeno número de perfusões; menor relutância do doente em aceitar a terapêutica visto que o sacrifício físico exigido é menor, e o êxito é imediato.

*

Tal como a medicação anticoagulante, a cirurgia tem o seu papel na terapêutica das trombozes venosas, quer com fins profiláticos, quer com fins curativos.

Nas tromboflebitides, se os fenómenos inflamatórios assumem o carácter de supuração — o que é assinalado pelo aparecimento de arrepior e pela modificação da curva térmica —, o embolismo é de recear; queremos-nos referir não só ao êmbolo séptico puro mas também àquele que provém da desagregação do coágulo formado, liquefeito pelos fermentos tríficos libertados pela destruição leucocitária. A tromboflebite supurada é sem dúvida situação em que a indicação para a terapêutica cirúrgica é indiscutível;

terapêutica a instituir de urgência, tendo em vista a ressecção do segmento de veia doente ou se tal não é possível por razões várias, a laqueação feita com o fim de impedir a progressão de um êmbolo.

São-no também as flebotromboses, a que os autores franceses da escola de FONTAINE chamam de flebites emboligênicas com o fim de realçar a situação de cirurgia de urgência que determi-

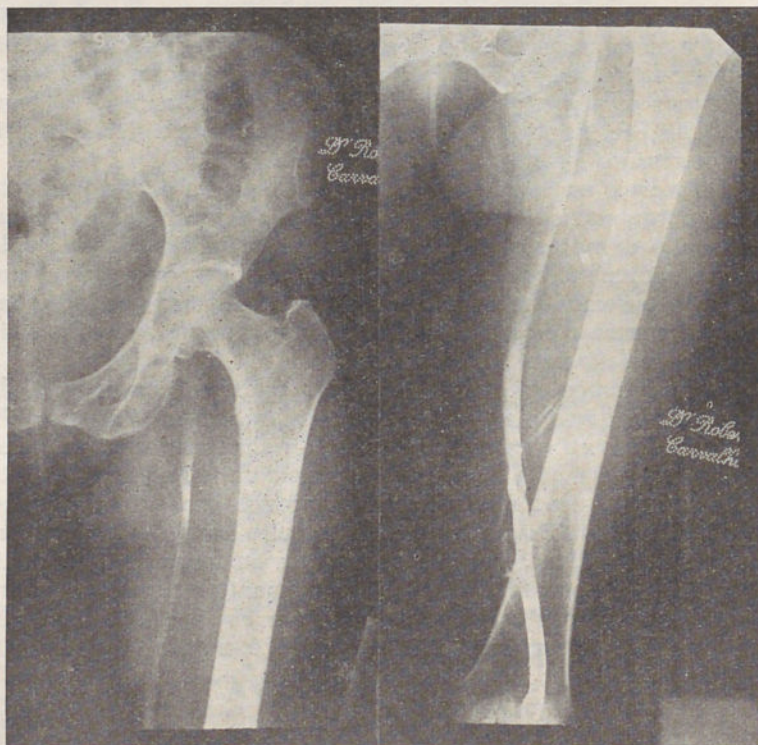


Fig. 1

Fig. 2

nam logo que diagnosticadas, quer por um pequeno acidente emboligénio, prelúdio de um mais grave, quer o que é mais raro, pelos discretos sinais clínicos e pelas incertas provas laboratoriais, indicadoras de hipercoagulabilidade.

De uma maneira geral, a trombectomia revela-se de execução fácil, sendo sempre tempo no decurso da intervenção, se há impossibilidade de tirar o êmbolo por completo, de optar pela flebectomia de preferência à laqueação da cava inferior, a qual acarreta

sempre o aparecimento de sequelas graves, duradouras, geralmente insolúveis. Deve-se reservar a sua realização, apenas para aqueles casos graves de trombose emboligénia em que um mau estado geral do doente exige uma operação de execução fácil e rápida.

Nas tromboflebitides não supuradas, sempre que a terapêutica conservadora falha, o que na maioria das vezes acontece por ter

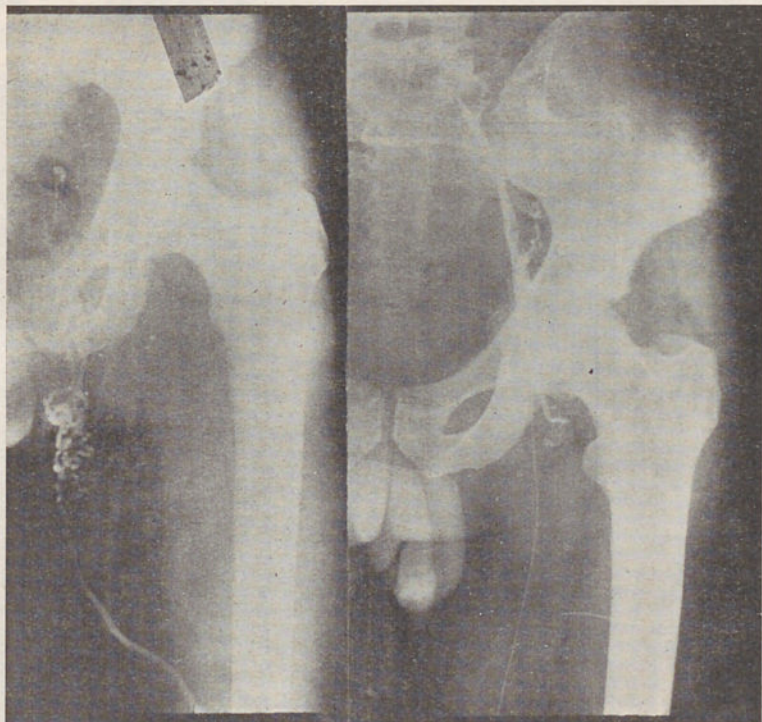


Fig. 3

Fig. 4

sido instituída tarde e mal, impõe-se a solução que a cirurgia é capaz de nos dar.

Estabelecidas as lesões irreversíveis da parede e luz do vaso, é de toda a conveniência intervir sem perda de tempo com o fim de reduzir ao mínimo as graves sequelas post-flebíticas.

Na pesquisa do segmento venoso doente tem a radiologia papel importante a desempenhar, por vezes não isento de dificuldades.

Da colecção de flebografias, existente no Arquivo de Propedêutica Cirúrgica escolhemos as referentes aos dois últimos casos de tromboflebitis antigas em que a flebectomia se impunha como solução única. A primeira (Figs. 1 e 2) foi de realização fácil: injectado o produto opaco numa veia do dorso do pé — estando um garrote colocado no $\frac{1}{3}$ inferior da perna, obtivemos a imagem do tronco da femoral superficial que era necessário extirpar.



Fig. 5

O segundo caso é apresentado como exemplo de imagem radiológica mais difícil de colher. Tratava-se de uma tromboflebite que surgira cerca de um ano antes, após um traumatismo violento sobre a bacia e que evoluíra sem que qualquer tentativa de tratamento fosse feita. A dor e o edema eram de tal ordem que toda a capacidade funcional do membro estava perdida. Era surpreendente constatar a existência de uma rica rede venosa superficial ao nível da região inguino-abdominal, e de tal modo este sistema colateral era eficiente, que era impossível obter a imagem da íliaca externa utilizando a técnica habitual, qualquer

*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*

**Um progresso importante
na quimioterapia da
tuberculose**

Neoteben

(hidrazida de ácido isonicotínico)

com as vantagens seguintes:

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

**»Bayer«
Leverkusen, Alemanha**



Representação para Portugal:
Bayer, Limitada
Largo do Barão de Quintela 11
LISBOA

que fosse a altura a que se colocava o garrote ou garrotes (Fig. 3).

Usou-se então um artifício: descobriu-se a safena interna e canulou-se com um tubo de «Polystan» até a sua desembocadura. Assim se conseguiu obrigar o produto opaco a caminhar até à iliaca externa, obtendo-se então uma característica imagem de extensa tromboflebite (Fig. 4).

A extirpação do segmento de veia doente (Fig. 5) seguida de simpaticectomia lombar E (LII e LIII) — Op. N.º 1.009, Prof. JOAQUIM BASTOS — restituiu ao doente após um breve período pós-operatório toda a capacidade funcional do seu membro inferior, ficando apenas como sequela um pequeno edema que surge após caminhadas mais longas.

*

Propusemo-nos apresentar alguns aspectos de tão extenso assunto com a finalidade de contribuir um pouco para a actualização de um problema que dia a dia se torna mais frequente na clínica e que grande número de vezes fica mal resolvido. A nossa contribuição vai principalmente na apresentação de um método pessoal — perfusões intra-arteriais, — cuja execução nos tem dado plena satisfação pelos êxitos já obtidos.

BIBLIOGRAFIA

- ALLEN, W. — Thrombosis and Embolism — XIIIº Congrès de la Société Internationale de Chirurgie — New-Orléans, 1949.
- AUDIER, M. — Le Diagnostic des Phlébites des Membres — G. Doin & Cie, 1935.
- BAUER, G. — Early Diagnosis and Heparin Treatment — XIIIº Congrès de la Société Internationale de Chirurgie — New-Orléans, 1949.
- CID DOS SANTOS, J. — Patologia Geral das Isquémias dos Membros — Luso-Espanhola, L.da, Lisboa, 1944.
- CID DOS SANTOS, J. — XIIIº Congrès de la Société Internationale de Chirurgie — New-Orléans, 1948.
- FONTAINE, R. — Quelques Reflexions au Sujet de Thromboses Pos-operatoires Récentes — XIIIº Congrès de la Société Internationale de Chirurgie — New-Orléans, 1949.
- FONTAINE, R., MANDEL, P., APRIL, G. — Contribution à l'Étude Biochimique des Phlébites et à leur Traitement Chirurgical — *Journal International de Chirurgie*, 1948, VIII, 778.
- IÖNSON, G. — Venous Circulation in the Lower Half of the Body — *Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. 102, fasc. 2, 162.
- MAYER, L. — Thrombo-Phlébites — XIIIº Congrès de la Société Internationale de Chirurgie — New-Orléans, 1949.
- MARTORELL, F. — Accidentes vasculares de los Membros — Salvat, 1945.
- OCHSNER, A., DE BAKEY — Venous Thrombosis — XIIIº Congrès de la Société Internationale de Chirurgie — New-Orléans, 1949.
- ROGERS, L. — Treatment of Postoperative Thrombosis and its sequelae — XIIIº Congrès de la Société Internationale de Chirurgie — New-Orléans, 1949.
- ROSKAN, J., FONTAINE, R. — Thrombose Veineuse — Masson, 1950.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

ARQUIVO DE PATOLOGIA, XXIV, 1952 — N.º 3 (Dez.):
A acção dos extractos de sementes sobre os cromosomas, por Miguel Mota;
Os esteróides endógenos na tumorigénese experimental, por Alexandre Lipschutz;
Tumores testiculares espontâneos em murganbos (em espanhol), por M. Tereza Furtado Dias;
Amputações amiotómicas na raiz dos membros (em inglês), por F. Pais de Vasconcelos;
Sobre o valor histopatológico da eosinofilia local, por J. Nunes Petisca.

OS ESTERÓIDES ENDÓGENOS NA TUMORIGÉNESE EXPERIMENTAL. — O termo tumorigénese foi lançado pelo A. para representar aquele estado de proliferação celular que não é ainda cancro sendo um degrau do processo evolutivo que a este conduz. Os conceitos clássicos, da diferenciação da célula cancerosa desde o início com todos os aspectos de malignidade do processo, ruiu em face dos modernos conhecimentos, dados tanto pelo laboratório como pela clínica. A transformação da célula normal em célula cancerosa faz-se por degraus: de iniciação neoplásica, de promoção proliferativa e de autonomização. Cada um dos atributos da célula cancerosa pode apresentar-se separadamente dissociado dos outros. Há tumores, como o fibroma abdominal induzido na cobaia por um estrogéneo, cujo crescimento não é autónomo, mas que pode ser invasor e destrutivo. Há tumores, como o adenocarcinoma mamário, espontâneo em algumas estirpes de ratos, que passam por uma fase na qual não tem crescimento autónomo. Em experiência da produção de tumores da tiróide no rato alimentado com regime bocigénico, podem observar-se metástases antes de se verificar qualquer modificação de estrutura na tiróide. Há tumores de crescimento invasor e metastático, como o cancro da próstata no homem, que passam por uma fase em que o crescimento não é irreversível, como demonstra o seu comportamento ante a carência de androgénico. O adenocarcinoma da próstata induzido no rato pela aplicação de metilcolantreno, regressa ao ser transplantado em animal castrado, e pode às vezes recuperar o seu crescimento administrando-se testosterona. Em certa estirpe de ratos há um verdadeiro vaivém de adenocarcinoma mamário: nódulos neoplásicos que crescem durante a gravidez, diminuem ou desaparecem, abruptamente, depois de se dar o parto.

O A. estudou sucessivamente, neste trabalho: os tumores produzidos pela administração de estrogéneos e mecanismo da acção de estes, a acção tumorigénica dos estrogéneos endógenos e as experiências sobre enxertos ováricos no baço, os tumores do córtex supra-renal, os esteróides de acção antitumorigénica, a homeostase esteroideal e a autodefesa antitumoral, o

comportamento dos esteróides no cancro humano e seu emprego na terapêutica dos cancros.

Remata notando que se o esteróide procede como tumorigénico deve actuar sobre um terreno com certas qualidades inerentes, ou hereditárias; na ausência de esta condição, deixa de ser tumorigénico; e o mesmo acontece com a acção dos hidrocarbonetos. É provável que não se trate só de certas qualidades do território onde o tumor se desenvolve, mas também de transtornos hormonais hereditários que favorecem a evolução cancerosa; é o que se deduz do estudo do cancro mamário experimental. A questão é mais complexa do que a relativa ao simples estrogénico; trata-se de uma constelação hormonal de esteróides, como o prova o facto de que em machos castrados das respectivas estirpes a transplantação do ovário produz maior percentagem de cancro mamário do que a administração de estrogénico.

À sensibilidade específica do território e à constelação hormonal de esteróides associa-se como factor determinante do adenocarcinoma mamário o vírus existente no leite que foi descoberto por Bittner e hoje é visível ao microscópio electrónico.

E nova complexidade se apresenta ao reparar-se no papel da antehipófise com suas hormonas organotrópicas, actividade que depende de estímulos do ambiente; o que leva a pensar que influências do ambiente poderão adquirir capacidade tumorigénica, por meio de transtorno da homeostase esteroidal.

ACÇÃO MÉDICA, XVII, N.º 67 (Jan.-Março de 1953): *Sua Santidade Pio XII e a Medicina*, por José de Paiva Boléo; *Adolescência e sexualidade*, por Almerico Cortez Pinto; *Limitação da natalidade*, por Joaquim Bastos

ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE. — Comentando a literatura de educação sexual, estudando as características psico-fisiológicas da infância e da adolescência, conclui que as intenções, embora sinceras, dos que pretendem justificar as virtudes de uma instrução dos fenómenos sexuais, para crianças e adolescentes, dão na prática resultados opostos aos desejados. Pelo contrário, a maneira de efectuar uma educação verdadeiramente profiláctica dos desmandos da sexualidade está na valorização do sentimento do pudor, na noção de intimidade que deve envolver a vida sexual; isto é o que se infere da situação do problema dentro de um critério estritamente psicológico e médico, sem fantasias de ciência que é falsa quando aplicada a espíritos com caracteres diferentes dos próprios do adulto. E é o que a prática tem mostrado. Um inquérito sistematizado sobre os resultados da apregoada educação sexual, feito por Neumann, concluiu por verificar que ela tinha exercido uma influência nociva nos indivíduos precocemente esclarecidos por um ensino pretensamente moralizador. O que deve fazer-se é a educação do espírito e particularmente da von-

tade, e desenvolver as actividades corporais pelos desportos, exercícios rurais etc.; e regular a vida pelos preceitos da higiene.

LIMITAÇÃO DA NATALIDADE. — Depois de historiar as fases pelas quais, desde Malthus, tem passado a teoria e a prática anti-concepcional até se chegar ao Birth Control, tal como hoje é proclamado por muitos, passa a analisar os argumentos com que este é defendido, divididos em 4 rubricas:

1 — Argumento de ordem médica, que afirma ser a limitação da natalidade necessária à saúde da mulher e à diminuição da mortalidade infantil no seio das famílias numerosas.

2 — Argumento de ordem eugenésica, pois é preferível a qualidade à quantidade, devendo fomentar-se a limitação da natalidade nas classes menos dotadas, para estabelecimento de equilíbrio com as classes superiores, menos produtivas.

3 — Argumento de natureza económica, pois a limitação da natalidade evita as dificuldades das famílias numerosas e pobres, tornando-lhes a vida menos cansativa.

4 — Argumento de ordem moral, pois ela reforça os laços conjugais, diminui o número dos divórcios e dos abortos.

Antes, porém de discutir o valor de estas quatro espécies de argumentos, o A. encara o assunto no ponto de vista da religião católica, concluindo que a Igreja condena as práticas anti-concepcionais, considerando que o casamento tem como um dos seus deveres fundamentais o da aceitação da maternidade.

A apreciação de aqueles argumentos reproduz-se aqui integralmente. É como segue.

« — Os defensores das práticas neo-maltusianas afirmaram que só o seu emprego era capaz de defender a saúde da Mãe e diminuir a mortalidade infantil. O argumento de aspecto médico constituiria mesmo a base principal de defesa do método. Creio, como disse, que tal argumento é duplamente falso e até contraproducente. Falso, em primeiro lugar, porque a mortalidade infantil não é função do número maior ou menor de filhos mas sim das condições higiénicas da vida e, possivelmente, do estado de saúde dos Pais no momento da fecundação. Sabem-no perfeitamente os que se interessam por assuntos de puericultura e analisam as curvas de diminuição da mortalidade infantil. A causa de erro resulta do facto das famílias numerosas serem em geral pobres e viverem em péssimas condições sociais. Um investigador americano, em inquérito feito entre famílias de universitários, não encontrou variações da mortalidade infantil em relação com o número de filhos. Verifica-se, ainda, que existem países com valores altos da mortalidade infantil e baixa natalidade, observando-se, também, o fenómeno inverso.

Por outro lado, ao contrário do que falsamente se pensa, a gravidez e o parto, embora rodeados de certo perigo, não constituem para a mulher



Laboratório Ulzurrun, L.^{da}

O Laboratório ULZURRUN, LDA. apresenta à Ex.^{ma} Classe Médica o seu novo preparado, para tratamento específico da anorexia infantil:

ANORETRATE

COMPOSIÇÃO:

Vitamina B ₁₂	25 gamas
Glicerofosfato de cálcio	0,20 grs.
Sulfato ferroso	0,01 »
Sulfato cuprico	0,001 »
Nitrato de cobalto	0,001 »
Cacau e açúcar q. b.	

por tablete

Caixa de 30 tabletes . . . 35\$00

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



ZONA INDUSTRIAL DOS OLIVAIS TELEFONE, 39.315 e 39.9051

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

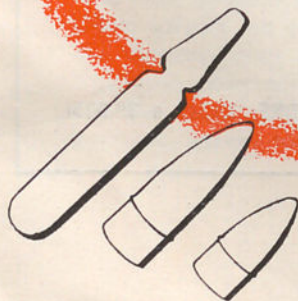
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



uma carga indesejável e difícil de suportar. A mulher aceita a gravidez como tarefa inerente à sua situação de mulher casada. Dizia Pinard que lhe é absolutamente necessária para a saúde e para o seu desenvolvimento normal. Sabemos todos nós, médicos, que isto assim é. Atente-se, com cuidado nas variadas modificações que, mensalmente, sofre a mulher no sentido de receber um novo ser e não parece descabido considerar a maternidade como destino fisiológico da mulher. Se encararmos ainda os perigos que a gravidez e o parto constituem para a saúde da mulher, perigos reais, do conhecimento de todos, hemos de concordar que a multiplicação de cuidados na assistência à mulher que vai ser mãe reduz extraordinariamente a frequência dos acidentes motivados pela gestação. Quando nos debruçamos sobre os resultados das investigações de Bell e de Cotell, divulgados por Guchteneere, notamos que a duração média da vida de 45 mães que tiveram um só filho foi de 68 anos, ao passo que 43 mães de mais de 9 filhos viveram, em média, 78 anos. Parece que Deus recompensa, de alguma forma, os repetidos sacrifícios das mulheres casadas.

Contraproducente, classifiquei, por último, o argumento médico no que se refere à saúde da mãe. Por muito que se diga, há situações no equilíbrio psico-somático da mulher que só se resolvem com a maternidade. A ideia de ser mãe confere à mulher casada a satisfação do Dever cumprido, a certeza da sua existência e do valor da sua pessoa no conjunto da sociedade. Todos os que tratam doentes com esterilidade involuntária, sabem bem quanto as diminui as lamentações do marido dada a falta de descendência e assistem à mudança de temperamento quando o novo ser vem dar alegria ao casal. Há ainda que considerar os efeitos maléficis da prática anticoncepcional sobre a saúde da mulher e pena é que seja ela sempre a suportar o maior castigo quando a responsabilidade pertence aos dois e, quantas vezes, mais ao marido que à mulher. Os diferentes métodos ensaiados para limitar a maternidade prejudicam a saúde, quer no que respeita à esfera genital, quer no que se refere ao equilíbrio psíquico e afectivo. Todos os ginecologistas observaram nas mulheres que usam meios anticoncepcionais, físicos ou químicos, desenvolvimento de lesões inflamatórias útero-anexiais, localização ectópica da gravidez, aparecimento de metropatia hemorrágica ou de fibromioma uterino e até alguns tratadistas suspeitam da importância das práticas neo-maltusianas no aumento crescente da frequência do cancro do colo uterino.

Mais ainda. Quando realizadas as condições económicas que os cônjuges julgam necessárias para manter a prole ou esgotada a ânsia de divertimento e cansado o sentido do egoísmo, os Pais resolvem, enfim, alegrar o seu lar, obedecendo aos fins primários do casamento, não conseguem, às vezes, assegurar a descendência porque as lesões genitais ascendentes, resultantes das práticas anticoncepcionais, provocaram a esterilidade.

Por último, há ainda que focar o problema do desequilíbrio psi-

quico da mulher em resultado da vivência em hábitos neo-malthusianos. Algumas mulheres, de estrutura moral perfeita, entram na prática anti-concepcional mais vencidas que convencidas, no sentido de conservar intacto o amor de seu marido. Que melindre, que íntimo debate entre o coração e a consciência! A sujeição ao amor conjugal e a necessidade de por outro lado, obedecer aos ditames da sua consciência e educação religiosa origina, nelas, um conflito moral tremendo. Ainda neste capítulo devemos veladamente acentuar que a mulher precisa para manter o seu equilíbrio psico-somático de absorver ao nível do útero, certas fracções de líquido espermático que tem acção dinamogénia, além do possível efeito sobre as glândulas mamária e tiroideia. A falta de tais produtos masculinos — aliás empregados em terapêutica — origina um conjunto de perturbações psíquicas englobadas sob a designação de síndrome da fraude sexual. Fiquemos por aqui. Longe de mais para terreno difícil nos levaria a discussão ao redor desta faceta do problema. Creio que os argumentos apenas enunciados são suficientes para pôr em dúvida a pretendida protecção médica da mãe e dos filhos em função da limitação da natalidade.

Não perdi muito tempo com os argumentos de ordem eugenésica. E não perderei muito tempo porque se o homem não tem o direito de dispor da sua própria existência, sob que prisma se há-de admitir que o Estado intervenha na intimidade das suas funções mais nobres, cerceando-lhe um direito, só porque este pode representar um agravamento para a colectividade? A metafísica da moral cristã não permite pensar que o homem seja pior por ser doente de nascença ou aleijado. E quando se estudam as condições hereditárias, como fez o Dr. Vallejo Nágera, adquire-se a noção de que o verdadeiro perigo reside na união de dois degenerados, porque a união de um enfermo com uma mulher sã ou vice-versa não dá, fatalmente, origem a filhos tarados. Outro perigo reside, sim, neste ponto de vista, na prática anti-concepcional, pois está amplamente demonstrado que alguns espermatozóides podem atravessar a barreira química e chegar junto do óvulo, muito doente mas ainda com capacidade de fecundação e esta união pode gerar um filho degenerado. O bispo de Siguenza, no seu Código de Deontologia Médica, condena àesperamente a prática eugenésica, chamando-lhe ilícita, injusta, ineficaz, prejudicial e degradante.

Preferir a qualidade à quantidade? Se se verifica que é no seio das famílias mais numerosas que se formam as maiores inteligências e que não são muitas vezes os primeiros filhos os melhores dotados. Na referida pastoral dos bispos católicos de Inglaterra e País de Gales escreve-se o seguinte: «Se a inteligência e as qualidades de carácter podem conseguir-se conjuntamente tanto melhor; porém entre as duas, estas são as mais importantes e seria ousadia negar que uma família de muitos filhos não constitui uma elevada escola para a formação do verdadeiro carácter». Os reguladores do número óptimo de filhos entendiam que as classes

inferiores, mais produtivas, tinham que moderar a natalidade para restabelecer o equilíbrio com as classes superiores. Perigosa vaidade! Oriundos das chamadas classes superiores, os defensores do método aplicaram a prática às suas próprias famílias, substituindo o Dever pela comodidade egoísta. O resultado atraçou o pensamento teórico inicial. Além dos defeitos dos filhos únicos, conhecidos de todos, há que pensar que as condições sociais e de inteligência dos Pais não são suficientes para garantir a perfeição e qualidade intelectuais da prole.

Desvirtuado e ilógico afigura-se-me o argumento de ordem moral. Afirmar que a limitação voluntária de nascimentos assegura o bem-estar da Humanidade, reforça os laços conjugais, diminui o número de divórcios e de abortos, constitui heresia completa, por qualquer lado que se encare a questão. Os problemas morais do casamento não podem olhar-se fora do âmbito do seu conceito católico. O sentido religioso do matrimónio dita-lhe as suas leis morais. Isto só bastava para negar as apregoadas virtudes do Birth Control. Mas quando meditamos no pretensão aspecto lógico do assunto, não podemos deixar de tremer de indignação. Como podem querer as práticas anticoncepcionais arvorarem-se em defesa da moral, se a experiência através dos anos nos ensina que o seu uso conduz à devassidão e a todas as transigências entre casados. Que ideia podem ter os cônjuges, um do outro, ao proporem e aceitarem a mentira da sua existência, numa vida em comum sem finalidade onde domina a fraude e o embuste?

Assegurar a estabilidade dos laços conjugais, diminuir o número de divórcios e de abortos. Mas como? Entendo que as consequências do método são precisamente opostas às apregoadas pelos seus defensores. O uso dos meios anticoncepcionais tira ao acto a nobreza e a finalidade desejadas, conduz à sexualidade doentia, ao uso imoderado do prazer até ao esgotamento anárquico das variadas facetas do amor sexual. Moral isto? Certamente que não. A sensualidade excitada mórbida, alucinada, esgotada a capacidade da mulher, entra no desejo da variedade, antecâmara do adultério, fonte de novas mentiras e novas perversões. Moral isto? A falta de filhos, com as suas terríveis consequências, a orientação da vida no sentido egoísta do individualismo, o abandono do fim primário do casamento, o sentido sexual da vivência conjugal, o cansaço da carne mais fácil que o do espírito, a marcha irreflectida e até involuntária para o adultério, facilitam o número de divórcios (já que o casal sem descendência, esvaziada a taça do prazer, não se pode amparar aos cuidados e alegria que lhe dão os filhos. Moral isto? Os praticantes da anticoncepção não desejam os filhos; não admira por isso, que recorram ao aborto quando falha a fraude para evitar a reprodução. O crime substitui a mentira. Moral isto?

Resta-me falar do argumento de ordem económica, que mereceria ampla discussão se dispusesse de tempo para o fazer. É certo que muitas famílias numerosas se debatem com problemas económicos verdadeira-

mente angustiantes e que as dificuldades crescem à medida que o número de filhos aumenta. Não é menos verdade que as dificuldades financeiras limitam as possibilidades de educação dos filhos. Devemos ainda acentuar que os sacrifícios das famílias numerosas não são suficientemente compreendidos pelos Estados Governantes, que dão aos Pais uma insignificante compensação monetária, absolutamente desproporcionada com a riqueza que os filhos representam para a Nação. A falta de homens assume, por vezes, o aspecto de tragédia. Que o digam os países onde a dissolução de costumes provocou uma baixa progressiva da natalidade e foram por isso obrigados a entrar na última conflagração mundial em nítida situação de inferioridade. Os dirigentes, longe de fomentarem o Birth Control, devem antes amparar e proteger as famílias numerosas, premiando generosamente o pensamento e a acção, porque a falta de filhos representa para o País a sua maior dificuldade. Agigantam-se os homens na produção de bombas atómicas e na condução de legiões de seres para a morte, despendem-se quantias fabulosas na preparação de uma guerra a que todos, hipócritamente, chamam preventiva, inventam-se sistemas económicos da mais diversa índole, mas passa-se de lado ao pé das necessidades vitais de todo o homem, não se harmoniza a vida dos mais dotados com a dos menos dotados, não se protege a família de modo a que esta possa conservar íntegra a sua dignidade, não se promove uma melhor, embora talvez sacrificada, distribuição dos povos à superfície do globo terrestre, não se orienta deliberadamente a economia política mundial no sentido do aproveitamento das grandes riquezas do globo terrestre de que, ainda hoje, só pouco mais de um terço se encontra cultivado, não se dá a todos um mínimo das necessárias condições higiénicas, deixando viver alguns povos trabalhadores em condições económicas difíceis, senão miseráveis.

Quando pensava neste aspecto do problema e na solução proposta pelo Birth Control não pude deixar de recordar a caricatura feita ao método por um moralista que, a este propósito, transcrevia uma página do humorista inglês Chestertown escrita sobre as dificuldades de distribuir oito chapéus por dez rapazes: «O espírito moderno, esse, raciocina de outra maneira: se cortarmos a cabeça de dois rapazes, já os chapéus chegarão. A ideia de que as cabeças valem mais do que os chapéus, deita-se para trás das costas por ser coisa metafísica. A persuasão de que os chapéus são feitos para as cabeças e não as cabeças para os chapéus rejeita-se como dogma arcaico; o texto poeirento que lhe diz que o corpo supera em dignidade ao vestuário, o preconceito secular que prefere a vida das crianças ao arranjar sistematicamente os chapéus, tudo isso é desprezado e esquecido. O espírito moderno tem uma lógica implacável, o carrasco é que tem que remediar as culpas do chapeleiro».

As dificuldades económicas das famílias numerosas e o problema de excesso de população em algumas regiões, existem como realidades conflagradoras, dignas de muita meditação. Urge que a ordem económica se

SALI-LAB

PRODUTO DE ELEIÇÃO DO TRATAMENTO
DOS REUMATISMOS, EM ESPECIAL DO
REUMATISMO ARTICULAR AGUDO.

PODEROSO ANTI-REUMATISMAL, ANTI-
-FLOGÍSTICO, ANTIPIRÉTICO E ANALGÉSICO.

MUITO BEM TOLERADO E DE ACÇÃO SEGURA

DRAGEAS: Salicilato duplo de cálcio e piramido . . .	0,20 gr.
Salicilato duplo de cálcio e antipirina . . .	0,20 gr.
Vitamina C	0,10 gr.
Vitamina K	0,0004 gr.

AMPOLAS: Soluto de Salicilato duplo de cálcio e piramido a 10⁰/₁₀₀

UM NOVO PRODUTO ORIGINAL LAB

O SALI-LAB é o sexto produto preparado por
síntese nos nossos Laboratórios, rivalizando em
grau de pureza e eficiência com os melhores
estrangeiros.

LABORATÓRIOS LAB

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

Avenida do Brasil, 99 — Lisboa — Norte

MICRIL COMPLEXO

COMPLEXO B BARRAL

Fornece ao organismo os mínimos necessários de cada elemento do Complexo B, activando as oxidações e acelerando os fenómenos do metabolismo.

APRESENTADO SOB 3 FORMAS:

INJECTÁVEL: Solutivo injectável de vitaminas B₁, B₂, B₆, PP e Pantotenato de Cálcio — Caixas de 5 e 10 ampolas de 2,2 c. c.

XAROPE: As mesmas vitaminas com Extracto de Malte em Xarope de cascas de laranja. Dotado de **sabor agradável** — Frascos de 125 c. c.

DRAGEIAS: Cada drageia equivale a 10 c. c. de xarope — Frascos de 40 drageias.

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

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

Syphilis:

Bismogenol

Fama Mundial

Laboratório E. Tossa & Co., Hamburgo

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

AOS SRS. ASSINANTES

Não se procedeu a nova remessa para cobrança postal dos recibos da assinatura que não foram pagos, por motivo de ausência dos destinatários. Para evitar escusada nova despesa com o correio, roga-se a todos os Srs. assinantes ainda em dívida da assinatura, o favor de enviarem, em vale do correio, a importância de 42\$50, que é a da assinatura (45\$00) menos a despesa a fazer com a expedição do vale do correio.

modifique e que os Estados concedam àquelas famílias benefícios apreciáveis, como já Pio XI preconizou na encíclica *Casti Connubi*. É necessário que os Pais não tenham medo de ter muitos filhos, antes se sintam amparados e confiantes na vivência do seu lar e no destino da prole. No que respeita ao limite de possibilidades alimentares de cada parcela de terra, em face do número crescente dos seus habitantes, espécie de índice de saturação demográfica do espaço vital, há que iniciar um largo e demorado movimento, como o aconselhado pelo actual Pontífice, de aproveitamento das terras cultiváveis e de uma melhor distribuição da humanidade à superfície do globo terrestre, de forma que a capacidade de produção não constitua obstáculo à fertilidade humana. Mas enquanto não se observarem os resultados desta difícil política económica, mantém-se as dificuldades dos que labutam todo o dia para sustentarem os filhos. Tem razão, neste ponto, os defensores da limitação da natalidade. Pena é que, no entusiasmo social e doutrinário, esqueçam certos princípios fundamentais de ética cristã. Pena é que homens de superior inteligência e vasta cultura se deixem obcecar por uma ideia, afastando o espirito para raciocinarem como materialistas. Pena é, ainda, que sejam as famílias ricas que invoquem mais vezes os argumentos económicos para tentarem legitimar a limitação da natalidade, enquanto os pobres aceitam, alegremente, os filhos que Deus lhes dá.

Perante a realidade dos embaraços da vida económica, perante certas indicações de ordem médica, a moral católica pela voz da sua Igreja, permite a limitação da fecundação. No já mencionado e por vezes mal compreendido discurso de Sua Santidade Pio XII às parteiras italianas, condensa-se toda a doutrina da moral católica a este respeito. Em tão melindroso assunto, urge, em primeiro lugar, salientar que esta limitação de natalidade envolve um angustiante problema de consciência e só poderá efectuar-se quando, neste ponto, há íntima e completa harmonia entre os cônjuges, limitando-se, desta feita, o uso dos fins secundários do matrimónio e não o direito de cada cônjuge porque, para me servir das próprias palavras do Sumo Pontífice, de outra forma «importaria a invalidade do próprio matrimónio, porque o direito derivado do contracto matrimonial é um direito permanente, ininterrupto e não intermitente, de cada um dos cônjuges relativamente ao outro».

Quando Marido e Mulher, profundamente meditado o problema das suas consciências, acordam em que a limitação da natalidade é um mal necessário ao equilíbrio do seu lar ou à protecção dos seus filhos, só lhes resta escolher entre o caminho da continência absoluta e o da continência periódica. Raciocinando como homem, julgo que a primeira atitude entre casados transcende, em regra, as possibilidades do género humano. Penso que tal heroísmo é impraticável durante o matrimónio, quando dois seres vivem juntos, na plena posse de todas as qualidades que os definem como indivíduos de sexo contrário. E embora tenhamos presente a doutrina do concílio de Trento, que, baseado em certa frase de Santo Agos-

tinho afirmou que Deus não manda coisas impossíveis, mas ao mandar exorta a fazeres o que podes e pedir o que não podes e ajuda para que possas», creio que a continência absoluta entre Marido e Mulher só é possível como excepção entre meia dúzia de eleitos, dignos, por isso mesmo, do nosso respeito.

A prática da continência periódica, mais vulgarizada do que seria para desejar não tem foros de atitude nova, nem sequer no seu aspecto de legitimidade moral ou católica. Já em 1880, à pergunta feita se é lícito realizar a cópula apenas nas épocas em que se julga ser mais difícil a fecundidade, respondeu a Sagrada Penitenciária que não se devem inquietar os esposos que usam o matrimónio deste modo. Os dias infecundos de Cappelmann, que serviam de base aos cálculos dos períodos de infertilidade periódica da mulher foram substituídos pelos períodos agénésicos derivados dos conceitos modernos e científicos do japonês Ogino e do austríaco Knauss. Definiram-se, assim, à luz dos conhecimentos da fisiologia genital feminina, a data da postura ovular e, mercê dela e da vitalidade dos espermatozóides, os períodos de maior fertilidade da mulher. Não posso descer nesta palestra de moral médica ao estudo dos pormenores científicos da agenesia periódica da mulher ou ensino dos chamados períodos de segurança matrimonial, infelizmente divulgados em muitos livros de vulgarização. Seria atraiçoar o espírito de quem me convidou a fazer esta lição. Apenas me interessa focar, neste momento, o aspecto moral da sua legitimidade. A Igreja Católica permite as relações sexuais durante as fases improdutivas da mulher e permite, até, que elas se realizem apenas nessa altura, quando circunstâncias especiais o aconselhem. A má interpretação deste postulado deu origem à transformação de uma liberdade por excepção em uso de rotina e muitos casais entraram, de consciência tranquila, no abuso deformado da lei de Ogino-Knauss.

Acordai católicos, atenção ao perigo! Reparai que a observância dos períodos agénésicos da mulher se deve fazer como remédio para certas situações morais, económicas ou do foro médico e não como prática habitual quando nada o justifica, e então, tudo o condena. De outra forma, correm-se graves perigos de infringir as regras da moral católica e da moral social e até, ainda que o não pensem, de alterar a estabilidade conjugal. Sua Santidade Pio XII define doutrina a este respeito da seguinte forma: «Não existindo, porém, segundo um juízo razoável e justo, semelhantes graves razões pessoais ou derivadas de circunstâncias exteriores, a vontade de evitar habitualmente a fecundidade da sua união, continuando contudo a satisfazer plenamente a sua sensualidade, não pode derivar senão de uma falsa apreciação da vida e de princípios estranhos às rectas normas da ética».

De resto, quando o fim de limitar as relações sexuais aos períodos agénésicos reside no intuito de diminuir, sem razão, a natalidade, temos de concordar que certos argumentos de ordem moral, invocados contra

a anticoncepção, tem, aqui, o mesmo valor, pois se dirigem ao fim e não ao meio usado. Direi, por último, que a escravidão ao calendário na prática das relações matrimoniais pode ocasionar sérias perturbações ao equilíbrio do casal pois proíbe os contactos sexuais no período em que a mulher mais os deseja e impõe ao marido, durante dias seguidos, perigosa abstenção no sentido da infidelidade. Acautelai-vos, oh vós os dos matrimónios periódicos, nem sequer a infalibilidade do método serve de salvaguarda ao uso desvirtuado das regras de Ogino-Knauss. — »

IMPRESA MÉDICA. XVII, 1953 — N.º 7 (Julho): *O tema da morte no pensamento de Novoa Santos* (em espanhol), por Luís Granjel; *Estado da medicina em 1858 (Três cartas inéditas do Marechal-Duque de Saldanha)*, por Augusto de Esaguy; *Ensaio sobre a história dos médicos judeus em Itália* (em francês), por Jacques Pines; *O Prof. Artur Casglioni*, por Luís de Pina; *Portugal na história da medicina social* (continuação) por Fernando da Silva Correia; *O Prof. Max Neuburger*, por S. R. Kagani.

ESTADO DA MEDICINA EM 1858. — Por se tratar de um dos mais interessantes episódios da vida médica nacional, porventura desconhecido de muitos dos leitores, vai transcrever-se na íntegra este artigo, que o recorda.

« — A medicina homeopática analisada, discutida e rejeitada como doutrina segundo um parecer da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa (23 de Dezembro de 1856), provocou o aparecimento de uma série de folhetos, o mais notável dos quais era assinado pelo Marechal-Duque de Saldanha. Intitulava-se o dito folheto, diatribe contra os médicos: *«Estado da Medicina em 1858. Opúsculo dividido em cinco partes, dedicado a Sua Majestade o Senhor Dom Pedro Quinto, e oferecido aos homens de consciência e superiores que entre nós ensinam ou praticam a vobre e liberal profissão da medicina»*. (Lisboa, Imprensa Nacional, 1858).

Este folheto de Saldanha, tal como era de prever, levantou vasta celeuma e provocou o aparecimento de outros, uns em defesa da homeopatia, outros contra, uns serenos, outros azedos, todos eles procurando defender ou atacar pontos de vista adversos e singulares.

O médico-cirurgião António Maria dos Santos Brilhante, figura conhecida e destacada ao tempo, não se fez rogado. Afeito ao jornalismo médico, claro na maneira de pensar e elegante na exposição, escreveu uma longa epístola ao Marechal-Duque, político habituado à arruaça, missiva que logo apareceu impressa com o título *«Carta à sua Excelência o Marechal-Duque de Saldanha acerca do opúsculo Estado da Medicina em 1858 pelo médico-cirurgião António Maria dos Santos Brilhante»*. (Lisboa, Imprensa Nacional, 1859). Neste folheto Santos Brilhante procura responder à acometida de Saldanha contra os médicos e o ensino oficial e repor, tanto quanto lhe era possível, as coisas no seu devido lugar. Culto,

sabedor, latinista, director do periódico a *Agulha Médica*, a sua exposição é muito clara, viva, brilhante, como o seu próprio apelido.

Há no folheto de Brilhante uma nota bastante curiosa, ainda que fora da questão, relativa ao número de surdos-mudos de nascimento e aos cegos. Em 1858 existiam em Portugal 2.047 surdos-mudos de nascimento e 3 a 4.000 cegos. Diz-nos Santos Brilhante (pág. 30): «Na Casa Pia o que há não significa o progresso deste ramo». A França tinha, ao tempo, 41 institutos para a educação de surdos-mudos e 37.000 surdos-mudos.

Não foi só a questão da homeopatia que levou o irrequieto Saldanha a publicar o dito folheto sobre o «Estado da Medicina em 1858», foi a defesa do método de Raspail («Raspail dotado de um talento colossal e transcendente, e de uma perseverança, poucas vezes igualada nos trabalhos de indagação»), foi o mesmerismo («Frederico António Mesmer nasceu no mês de Maio de 1734 em Weiler, perto de Stetin sobre o Reno, e morreu em Mersburgo, perto do lago de Constança, em 5 de Março de 1815»), combatido em toda a parte, apesar da sua fantástica expansão, pelas sociedades e faculdades de medicina da Europa.

A luta contra o mesmerismo, cuja história está feita por Zweig, atingiu tal acuidade que pensou exigir-se a todos os médicos a seguinte declaração «Juro não me declarar partidário do magnetismo animal nem por escrito nem na prática, sob pena de ser riscado do quadro dos Doutores». O mesmerismo, que em Portugal apaixonou Saldanha, provocou autênticas revoluções em Viena de Áustria e em Paris, minando os centros elegantes e mundanos e originando sucessivas crises ministeriais na França.

O sistema crenotermal mereceu igualmente ao Duque de Saldanha uma defesa viva e ágil.

Bernardino António Gomes entrou também na contenda e publicou um folheto «*O Marechal-Duque de Saldanha e os Médicos. Breves considerações acerca da memória sobre o Estado da Medicina em 1858*». (Lisboa, Imprensa Nacional, 1859). Voltou o Marechal com outro opúsculo: «*O Senhor Dr. Bernardino António Gomes e o seu folheto*». (Lisboa, Imprensa Nacional, 1859). Bernardino António Gomes respondeu de seguida «*Ao Il.^{mo} e Ex.^{mo} Senhor Marechal-Duque de Saldanha. Uma explicação*». (Lisboa, Imprensa Nacional, 1859).

O Dr. Bernardino Egídio da Silveira e Castro meteu foice em seara alheia e apareceu com o opúsculo: «*Carta de Felicitação a Sua Excelência o Marechal-Duque de Saldanha pela sua triunfante réplica ao Dr. Bernardino António Gomes*». (Lisboa, Imprensa Nacional, 1859).

Logo os homeopatas do Porto, «principal centro da ciência das gotas», tomam ânimo, e o Dr. A. F. Moutinho, director do Consultório Homeopático Portuense, não se contenta com um folheto: publica dois, um dos quais, o segundo, é dirigido aos «Senhores Deputados da Nação Portuguesa». O primeiro intitula-se: «*Duas palavras a respeito da obra*



ADYSMENE

- ACTUA COM RAPIDEZ E SEGURANÇA CONTRA AS DORES NATURAIS, ENXAQUECAS, ESTADOS ESPÁSTICOS, EXCITABILIDADE, ABATIMENTO, PALPITAÇÕES, ETC.

Tomado profilácticamente

o **ADYSMENE** evita a dismenorrea



CILAG S. A. - SCHAFFHOUSE - SUÍÇA

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA — S. A. R. L.





**PRODUTO ORIGINAL, NUMA EMULSÃO PASTOSA,
DE GÔSTO AGRADABILÍSSIMO!**

COMPOSIÇÃO	CÁLCIO ORGÂNICO	0,80 gr %	
		FÓSFORO ORGÂNICO	0,50 » %
			0,03 » %
		ARSÊNIO ORGÂNICO	0,03 » %
		MANGANEZ ORGÂNICO	0,03 » %
		MALTE DE CEVADA GERMINADA	15,00 » %
	CONCENTRADO VITAMÍNICO DE ÓLEO DE GADUS MORRHUA, L.	Vitamina A — 50.000 U. I. %	
		Vitamina D — 20.000 U. I. %	
		Vitamina B ₁ — 5.000 U. I. %	
		Vitamina B ₂ — 3.000 gam. %	
Vitamina PP — 0,025 gr. %			
VITAMINAS DO COMPLEXO B:			

Distribuidor para Portugal, Ilhas e Colónias

M. RODRIGUES LOUREIRO
RUA DUARTE GALVÃO, 44 - LISBOA

do snr. Duque de Saldanha intitulada *Estado da Medicina em 1858*», (Porto, Tipografia Braz Tizana, Bonjardim, 489, 1858). O segundo opúsculo de Moutinho, sócio de várias academias recreativas e da Academia Homeopática Espanhola, tem o seguinte título: «*A Homeopatia perante os factos ou respostas às informações das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto, acerca do requerimento que o Consultório Homeopático portuense dirigiu a Sua Magestade El-Rei o Senhor Dom Pedro 5.º, oferecida às Camaras dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa e Dignos Pares do Reino*». (Porto, na Tipografia de Sebastião José Pereira, Praça de Santa Tereza, 28 a 30, 1858).

Este Dr Moutinho, Mordomo da Santa Casa da Misericórdia da Cidade do Porto, aproveitou a «epidemia de cholera-morbus», a grande falta de médicos e de medicamentos, para lutar pela sua dama querida, a grande ciência homeopática. Fiel adepto de Hahnemann («Samuel Christiano Frederico Hahnemann nasceu em 10 de Abril de 1775, em Meissen na Saxónia, e morreu em Paris em Junho de 1843. A cidade de Leipzig, que em 1820 tinha expulsado, banido Hahnemann, em 1850 levantou-lhe uma estátua»), o Dr. António Ferreira Moutinho tinha boa clínica no Porto, sobretudo entre os brasileiros, os de «torna-viagem». Não admira: a homeopatia, no Brasil, mais pobre do que Portugal em médicos e boticários, pondo à disposição de cada doente uma caixa com frasquinhos e um guia turístico dos mesmos, tornou-se, tal como o mesmerismo, e mais tarde o espiritismo, uma verdadeira religião com milhares de fiéis adeptos. Bastas vezes Camilo lhe fez referência em novelas e romances, em cartas e comentários, e até nalguns versos!

Hahnemann publicou várias obras, que se tornaram célebres, mas as três principais: «*Reine Arzneimittellehre*», seis volumes em oitavo; «*Die Kroneshen Krankheiten*», quatro volumes em oitavo e «*Organon der Heilkunst*», um volume em oitavo, todas elas traduzidas em francês e espanhol.

D. Pedro V viu-se embaraçado com a questão levantada pelo Marechal-Duque de Saldanha. Consultou a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (18 de Junho de 1856). Mandou ouvir as Escolas Médico-Cirúrgicas do Reino. A Faculdade de Medicina de Coimbra ladeou habilmente a questão. Porto e Lisboa opuseram-se. Moutinho lamentou-se: «...e assim estorvar entre nós o progresso de uma ciência tão útil quanto necessária: e têm-no conseguido, porque o Governo até hoje nada tem feito».

A Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa foi clara, não hesita. Diz: «A medicina homeopática nasce duma dessas aberrações imaginárias, fundamentando-se na excentricidade das suas teorias, e o charlatanismo achou nela alimento substancial e novas fases de ilusão para os incautos e desprevenidos». Assinam o douto e longo parecer: José Lourenço da Luz, José Eduardo de Magalhães Coutinho, António Bento Ribeiro Viana, José António Arantes Pedrosa, Joaquim Estêvão Rodrigues d'Oliveira,

Caetano Maria Ferreira da Silva Beirão, Doutor José Pereira Mendes, Thomaz de Carvalho, João Mendes Arnaut e o professor, secretário da escola, Joaquim Pedro de Abrantes Bizarro.

A Escola Médico-Cirúrgica do Porto, também num extenso parecer, sustenta que parece portanto ao Conselho Escolar que «as leis que regem o ensino e o exercício da medicina não carecem de modificação alguma, e que não há utilidade pública em conceder a facultativos estranhos uma enfermaria homeopática no Hospital de Santo António, onde os seus hábeis clínicos e os professores desta Escola empregam, sob a sua responsabilidade e sem restrição alguma, todos os recursos da arte que julgam úteis ao ensino e à cura das moléstias dos que estão confiados aos seus cuidados». O parecer tem a data de 5 de Junho de 1857. Assinam o dito documento o Conselheiro-Director: Francisco de Assis Sousa Vaz, Luís Pereira da Fonseca, Luís António Pereira da Silva, António Ferreira Bernardino de Almeida, António Ferreira de Macedo Pinto e o secretário, lente substituto, Manuel Maria da Costa Leite.

Voltemos, porém, ao opúsculo do Marechal-Duque de Saldanha, cento e dezassete páginas ingénuas e curiosas. O Marechal procurou documentar-se. Não o conseguiu. Esse Saldanha não só acometeu os partidários de El-Rei D. Miguel mas atirou-se aos médicos, com botas altas e esporas.

Três são as causas, segundo ele próprio confessa, que tem contra a chamada medicina legal ou official:

1.^a — «Não posso ver sem horror, que ao estudante que acaba o curso de medicina e recebe o diploma de médico ou de cirurgião seja permitido, sem a menor responsabilidade, empregar nas doses que lhe parece mais de cem activíssimos venenos, que muitas vezes produzem a morte do doente, causando aos que escapam à moléstia e ao chamado remédio males crónicos, permanentes, arruinando-lhes a constituição, ocasionando a degradação das gerações futuras».

2.^a — «Graves padecimentos tenho sofrido, dos quais só me restabeleci depois que abandonei o tratamento alopático ou que o evitei».

3.^a — «Porque a alopátia pelo estado de anarquia em que se acha não pode deixar de ser considerada prejudicial à sociedade. Porque não é uma ciência, mas um misto informe de ideias inexactas, de observações pueris, de meios illusórios, de fórmulas tão bizarramente concebidas como fastidiosamente coligidas, não tendo princípios fixos, sendo a sua terapêutica apenas uma colecção de hipóteses imaginadas pelos médicos de todos os tempos».

Não resta dúvida de que o Marechal-Duque de Saldanha, viajado, habituado ao grande mundo, não tinha só estas razões contra a medicina estabelecida, official, legal na sua maneira particular de dizer, e os médicos. Tinha outras, é bem de ver!

Para provar o que afirma no seu folheto, Saldanha cita as opiniões de Hertz, Joerg, Wedekind, Barthez, Rosten, Broussais, Marchal de

Calvi, Bouchardat, Malgaigne, Valleix, Bordeu, Pierre Frank, o editor do «Dublin Medical Journal», James Johnson, Sir John Forbes, Stoket, Boerhaave, Van-Helmont, Gritanner, Reil, Rush, Schmaltz, Kieser, Mises, Frappart, Gilbert, Bichat e Sthal.

São particularmenté interessantes, ainda que bem conhecidas dos médicos duas citações: a de Paracelso e a de Boerhaave

Diz Paracelso «É um perfeito absurdo acumular tantas drogas simples na mesma receita. Desgraçado método. Só serve para corromper e deitar a perder as coisas que assim se juntam».

E Boerhaave afirma: «Se compararmos o bem que meia dúzia de verdadeiros filhos de Esculápio têm feito sobre a terra, desde a origem da medicina, com os males com que os doutores têm acabrunhado o género humano, não podemos deixar de concluir que muito melhor teria sido que a medicina não tivesse aparecido no Mundo».

Van-Helmont afina, na citação de Saldanha, pelo mesmo diapasão: «Misturar substâncias diversas em uma mesma receita, é provar do modo mais evidente que nos guiamos por meras hipóteses, que entregamos o resultado ao acaso das conjecturas, e que a consequência infalível é ser o pobre doente enganado à custa do seu dinheiro».

Chega de citações. Toda a polémica tem vago interesse e é bem conhecida de quantos folheiam livros velhos, amarelecidos pela idade e pelo tempo. Referi-me a ela porque no volume que o acaso fez chegar às minhas mãos, volume que pertenceu a um médico muito distinto e sabedor, o Doutor Afonso Mendes Cid, e hoje propriedade de seu filho, existem três cartas, que julgo inéditas, do Marechal-Duque de Saldanha. A primeira dessas cartas tem a data de 23 de Dezembro de 1858; a segunda a de 23 de Fevereiro de 1859 e a terceira a de 1 de Abril de 1860. Referem-se todas elas à magna questão do «estado da medicina em 1858».

Não é meu propósito, nesta nota bibliográfica, fazer a crítica dos folhetos ou do estado da medicina lusítada no tempo de Saldanha. Voltarei mais tarde a este assunto, que tanto apaixonou a opinião pública e que os jornais médicos da época, entre eles a *Gazeta Médica de Lisboa*, o *Esculápio* e a *Agulha Médica* trataram com grande soma de pormenores.

Problemas novos, teorias e hipóteses ligadas à medicina, apaixonaram sempre os médicos, os doentes, a grande massa da população. O «espiritismo», doença aguda e crónica dos nossos dias, provocou celeuma parecida, violenta tempestade, quase tão intensa como a desencadeada pelo mesmerismo ou pelas peregrinas teorias de Raspail. (Camilo foi intoxicado pelas teorias de Raspail).

Não sei por que razão um livro chamou neste momento a minha atenção: «*La Connaissance paranormale*», do Dr. Laurence J. Bendit, ex-interno da bem conhecida e categorizada clínica Tavistock, de Londres. Trata-se de uma tese de para-psicologia apresentada e defendida na Faculdade de Medicina da Universidade de Cambridge. Um trabalho

sério, muito sério que nos dá matéria suficiente para longa, demorada meditação

Por que razão a leitura dos folhetos acima referidos trouxe ao meu consciente este recente trabalho de Bendit?

Diz-nos o investigador inglês, no magnífico prefácio do seu livro: «Je me bornerai à dire qu'en tant qu'être humain je puis avoir sur nombre de choses des opinions, des sentiments et une expérience sur lesquels, en tant que savant, je dois garder le silence». Mais adiante: «Sur ce point, la psychologie médicale a une opinion tranchée: c'est là une voie mauvaise et dangereuse pour le patient. Mais bien d'autres choses sont dangereuses: le vol à très haute altitude, l'exploration des contrées inconnues de la terre, l'exercice de la médecine sur la Côte d'Or, sont des activités très nuisibles pour la santé. Mais on reconnaît généralement que le jeu en vaut la chandelle».

Poder-se-ia aplicar a Saldanha no momento em que redigiu os seus opúsculos estoutra sentença do erudito mestre de Cambridge: «Il est nécessaire à l'esprit humain de passer, en quelque sorte, à travers le chas d'une aiguille, là où le champs de perception est réduit à son minimum, a fin de ressortir au-delà comme une monade très individualisée et différenciée».

Seria este o caso de Saldanha? Ignorância ou superstição ⁽¹⁾? É bem possível que todos tenhamos um pouco de razão...

Tentarei um dia, como prometi há pouco, aproveitando uma aberta, esclarecer esta questão, apoiado num conselho de Marañoñ, dirigido aos jovens médicos num recente ensaio: *Profesión y Ética* (Madrid, 1952): — «El antídoto de lo que está turbio es la claridad. Y es el médico el que debe administrar esta maravillosa medicina».

JORNAL DO MÉDICO. — N.º 554 (5-IX-1953): *Estreptococias*, por Arnaldo Sampaio; *A acção in-vitro da vitamina B₁₂, ácido fólico e uracilo sobre a medula óssea de 2 casos de anemia megaloblástica*, por Francisco Parreira; *Novos métodos de exploração mediastino-pulmonar*, por J. Loeper. N.º 555 (12-IX): *Estomatologistas, odontologistas e protéticos dentários*, por J. Pacheco Neves; *Novos horizontes da otorrinolaringologia*, por Fausto Dias; *O glicogénio leucocitário na diabetes mellitus*, por F. Parreira e F. Salvídio. N.º 556 (19-IX): *Resultados dos primeiros 20 casos de aperto mitral operados de comissurotomia*, por E. Coêlho e J. Filipe da Costa; *História do tratamento da hipertensão essencial*, por Fernando de Pádua. N.º 557 (26-IX): *Fundação Biscaia Pró-cardíacos*, por João Porto; *Vacinação pelo B.C.G. nas escolas primárias*, por L. Lopes Parreira.

(1) O Marechal publicou mais o seguinte opúsculo: «Duas palavras sobre Homeopatia como preservativo e curativo do cholera-morbus, pelo Duque de Saldanha». Lisboa, Imprensa Nacional, 1865.

20 CASOS DE APERTO MITRAL OPERADOS DE COMISSUROTOMIA. — Nota prévia sobre os primeiros casos operados no Centro de Estudos de Cardiologia do Hospital Escolar de Lisboa. Eram de 12 mulheres e 2 homens, com idades compreendidas entre os 17 e os 58 anos. Como sintomas dominantes apresentavam: cansaço, asma cardíaca, descompensação frequente em 16, crises de edema pulmonar em 4, hemoptises em 5, e 1 havia sofrido anteriormente embolia cerebral. Em 14 o ritmo era sinusal, e 6 tinham flutter auricular ou fibrilha-flutter. Todos apresentavam frêmito e rodado diastólico no foco mitral; sopro sistólico suave em 6; ruído de abertura da válvula em 3 e sopro sistólico predominando na base em 1. Nenhum deu sinais radiológicos e electrocardiográficos de hipertrofia do ventrículo esquerdo; a hipertrofia do direito era com sobrecarga em 3, sem sobrecarga em 6, ligeira em 1, e com bloqueio do ramo em 1, não apresentando os restantes 9 sinais de esta hipertrofia. As pressões eram muito altas na maioria dos casos. Débito cardíaco baixo.

Num dos doentes a intervenção limitou-se à extirpação do apêndice auricular, que oferecia extensa trombose impeditora da entrada na aurícula.

Foram comissurotomizados 19 doentes: 15 tinham aperto mitral puro, em 3 havia regurgitação sistólica com predomínio de aperto, e num o caso era de predomínio de insuficiência, sendo portanto inútil a intervenção, que não teve consequências más. Excluindo este último caso, ficam 18 operados de aperto mitral.

No conjunto dos 20 casos, houve 3 mortes: um meia hora depois da operação, outro 48 horas depois, e outro um mês mais tarde. Pela autópsia não se verificou ter havido embolia.

Dos restantes 17, melhoraram 13 e ficaram no mesmo estado 4. A afirmação das melhoras resultou da comparação dos sintomas, dos electrocardiogramas e dos resultados das provas hemodinâmicas, antes da intervenção e algum tempo depois de esta.

CLÍNICA CONTEMPORÂNEA, VII, 1953 — N.º 1 (Março): *Linfangioma quístico do pescoço*, por F. Gentil e J. Conde; *Introdução à colpocitologia* (em francês), por G. Gander; *A transfusão de sangue e seus problemas*, por Maçãs Fernandes; *Patologia dos sinovialomas*, por J. Neves da Silva; *Derivações próximas e a distância*, por Araújo Moreira; *Dosimetria fotográfica de aplicadores planos de raios gama*, por A. Gibert e M. H. Duarte Alves; *Tumores secundários do coração*, por Carvalho e Almeida. N.º 2 (Junho) *Os efeitos metabólicos da cortisona e da ACTH* (em francês), por R. S. Mach; *Modo de averiguar a energia libertada na glândula e no plasma sanguíneo pelo iodo 131* (em espanhol), por Júlio Palácios; *Peritoneoscopia*, por Ferreira Malaquias; *Anemias grávidas nos indígenas da Guiné Portuguesa*, por Carlos Trincão, Almeida Franco, Egídio Gouveia e Francisco Parreira; *A ideia actual de mutação em oncologia*, por M. T. Furtado Dias; *Melanomas*, por Tito de Noro-

nho; *Tetania iodopática familiar* por A. Ducla Soares e M. Freire da Cruz; *Medicamentos novos*, por M. R. Cid Ornelas; *Rectorragias*, por Mário Andrade; *A Fundação Rockefeller e as escolas de enfermagem*, por Melo Correia.

LINFANGIOMA QUÍSTICO DO PESCOÇO. — Caso de volumoso tumor, extirpado quase por inteiro, com muito bom resultado estético. A história do doente tem de interessante ter o tumor, de pequeno volume ao nascimento, haver entrado a aumentar quando tinha 4 anos, crescimento que parou, depois de tratamento radioterápico, durante 8 anos, para de novo começar a avolumar-se, o que levou à extirpação.

PATOLOGIA DOS SINOVIALOMAS. — Apresenta-se a estatística de 24 casos de tumores benignos da sinovial. São mais frequentes no sexo feminino que no masculino. São lesões próprias do adulto, sendo excepcionais nas crianças e nos velhos. Tem predilecção pelas bainhas tendinosas da mão e do pé, principalmente pelas da mão, e nestas sobretudo assentam nos tendões dos flexores. Destacam-se pela sua frequência entre outras formações com semelhante sede: fibromas, lipomas, condromas e osteocondromas, quistos sinoviais. Tem crescimento lento, que o traumatismo pode acelerar, e geralmente são pequenos, ovais ou alongados no sentido da bainha do tendão, duros, não aderentes à pele, nem invadindo ossos e músculos e por isso facilmente extirpáveis.

O A. descreve os caracteres histológicos e discute as opiniões que sobre eles tem sido emitidas, concluindo que é desnecessário fazer subdivisões de estas neoplasias benignas, pois na grande maioria tem diferentes tipos de células, em correspondência com a sua histogénese; pelo que deve adoptar-se a designação comum de sinovialomas.

MELANOMAS. — A propósito de um caso de melanoma acrómico, apresenta-se a estatística dos tumores de esta natureza registados no Instituto Português de Oncologia de 1928 a 1951 (compreendendo 135 casos) e faz-se uma revisão geral do tema. De esta recortamos, como memento clínico, a parte relativa ao aspecto que apresentam essas neoplasias, de prognóstico quase sempre grave, e à atitude a adoptar quando surgem os sinais da evolução maligna, ou se teme que esta venha a dar-se.

O melanoma pode aparecer em três condições: na pele sã; a partir de um nevo pigmentado; ou como produto de evolução de lentigo maligno.

O melanoma não precedido de nevo, isto é, aparecido em pele normal não é admitido actualmente por alguns autores ou se existe é muito excepcional. Com efeito pensa-se que terá existido um nevo que pelas suas exíguas dimensões ou pela sua localização nunca atraiu a atenção do doente o que o leva portanto a negar a existência de qualquer lesão precedendo o tumor.

A segunda eventualidade é a mais frequente. Em regra o melanoma surge em determinado momento sobre um nevo preexistente. Trata-se em geral de um nevo sujeito a traumatismos ou irritações repetidas que em determinada altura se modifica aumentando de tamanho, tornando-se mais escuro, acompanhado de sinais inflamatórios e de sintomas subjectivos como prurido, sensação de queimadura, picada, sintomas estes que chamam a atenção do doente. Quando se trata de um nevo verrucoso muito extenso estes fenómenos de alarme podem estar limitados apenas a uma pequena zona da lesão.

Finalmente o lentigo maligno, conhecido também como melanose precancerosa de Dubreilh, consiste em manchas pigmentares, ligeiramente salientes que aparecem na idade adulta de preferência nas bochechas, fronte, pálpebras, nariz e também nas extremidades, mãos e pés, e mais raramente nas mucosas conjuntival e bucal. Podem ficar estacionárias durante bastante tempo, têm tendência para a progressão periférica, crescimento que se faz por surtos ou pela fusão de pequenos elementos existentes à periferia. Muito frequentemente depois de um espaço mais ou menos variável surge sobre esta mancha o tumor melânico. Este aparece espontaneamente ou em consequência de um traumatismo ou de uma lesão inflamatória banal.

O melanoma uma vez constituído tem o aspecto de um nódulo de dimensões variáveis, de uma ervilha a uma pequena noz, ou por vezes maior. Frequentemente faz saliência à superfície da pele podendo ser pediculado; mais raramente é plano desenvolvendo-se então para a profundidade. A característica principal é a sua coloração negra ou castanha, contudo podem existir zonas de coloração violácea, rósea ou rosa-pálido. Quanto é completamente acrómico não tem nada característico, a não ser a associação por vezes do nevo que lhe deu origem. À palpação é um tumor duro infiltrado que contrasta com a consistência dos tecidos vizinhos.

O tumor ulcera-se facilmente e em certos casos não há tumor propriamente dito mas sim ulceração e necrose. Outras vezes o tumor é pouco infiltrado e estende-se em superfície.

Na maioria dos casos trata-se de um tumor único, contudo é frequente observar em volta do tumor principal pequenos nódulos com as mesmas características, que rapidamente se juntam ao tumor primitivo e que são interpretados com pequenas metástases linfáticas locais.

As metástases são habituais e muito precoces, por vezes o tumor principal passa despercebido e são as metástases nos glânglios linfáticos regionais correspondentes, o primeiro sinal clínico. Feitas por via linfática, também invadem a pele. De início as adenias são discretas, mas passado pouco tempo fundem-se para dar lugar a massas volumosas em contraste com o tamanho do tumor primitivo.

As metástases por via sanguínea sucedem-se de um modo geral às linfáticas; raramente as precedem. O melanoma pode disseminar-se a

todos os órgãos, mas em geral são o fígado e o pulmão os mais frequentemente invadidos.

Antes de atingir este estado de melanomatose generalizada observam-se sinais de ordem geral. À parte a caquexia progressiva que existe em todas neoplasias malignas pode existir também um sinal específico em relação com o melanoma — a melanúria. Esta é resultante da eliminação pelo rim do pigmento e confere à urina uma coloração castanha-escura. A urina logo após a ser emitida é em geral clara, ao contacto com o ar torna-se cinzenta e progressivamente castanha-escura até ao negro, mantendo-se contudo límpida e transparente.

O melanoma pode localizar-se em qualquer parte da superfície cutânea. Contudo, as sedes mais frequentes são a cabeça, incluindo a face, as regiões temporais e as extremidades inferiores. Uma forma muito particular é o melanoma do leito da unha, descrito primeiro por Hutchison e depois por Darier sob a designação de panarício melânico. Trata-se de uma localização rara em geral do dedo grande do pé, mais raramente nos dedos das mãos. De início é uma mancha negra sub-ungueal que alastra ao bordo livre da unha dando lugar a um tumor por vezes ulcerado com as características atrás mencionadas.

Outras vezes o tumor não tem o aspecto mencionado nem a localização vulgar podendo encontrar-se em qualquer região da pele ou mucosas e clinicamente ter um aspecto inespecífico como no caso do melanoma acrómico.

Finalmente há que mencionar ainda o aspecto do melanoma a partir de nevo azul. Não se trata de um verdadeiro tumor no sentido clínico da palavra, mas sim de uma mancha que se estende periféricamente, de limites irregulares e mal definidos, de superfície dura e granulosa.

Sobre a atitude a tomar em relação aos nevos pigmentados, dado que existem em quase todos os indivíduos em maior ou menor número, é lógico que mereçam particular atenção os situados em zonas sujeitas a traumatismo repetido ou a atrito permanente e também os que estão situados nos pontos onde a localização do melanoma é mais frequente; vigilância obrigatória e em regra extirpação. Seja qual for a localização, todo e qualquer nevo que em determinado momento apresenta aumento de volume ou sinais inflamatórios deve ser suprimido de acordo com o método referido. A ablação deverá ser seguida do exame histológico respectivo.

Woringer ao falar do tratamento dos melanomas cita cinco processos: excisão, electrólise, electrocoagulação e a rádio e roentgenterapia.

A excisão deve ser feita por largo e compreender a extirpação do tecido ganglionar do respectivo território, e mesmo assim com reduzidas possibilidades de sucesso se os gânglios lesados se encontram muito distantes do tumor.

A electrólise negativa parece dar resultados razoáveis mas só se pode aplicar aos melanomas muito pequenos.



A electrocoagulação, considerada por alguns como o método de escolha, parece conduzir por vezes a resultados satisfatórios mas somente no caso de haver a certeza da destruição de todas as células malignas. É impotente perante as metástases subcutâneas, ganglionares ou viscerais, como aliás o era a electrólise negativa.

O rádio e os R. X. têm sido considerados diversamente conforme os autores. Alguns chegam a afirmar que os R. X. são prejudiciais e o melanoma é considerado como o tumor maligno mais rádio-resistente. Miescher diz que no decurso da sua evolução o melanoma tem fases cariocinéticas sensíveis ao R. X. e outras de estabilização em que é refractário e resistente.

Segundo Mac Kee e Cipollaro as estatísticas indicam que relativamente poucos doentes de melanoma têm uma sobrevivência de 3 anos após a sua remoção. Butterworth e Klauder dizem que percentagem maior de curas se obtém além dos 3 anos associando a excisão e a irradiação. A estatística do Departamento do Cancro do Memorial Hospital acusa 18 por cento de curas, ao fim de 5 anos, percentagem reduzida a 15 quando já há metástases regionais. Nos casos de disseminação hematogénica levando a lesões viscerais não há qualquer recurso terapêutico.

O melanoma é das mais malignas neoplasias se não a mais maligna.

REVISTA PORTUGUESA DE OBSTETRÍCIA, GINECOLOGIA E CIRURGIA, VI, 1953—N.º 1 (Jan.-Fev.): *Reacção histoquímica para proteínas sulfuradas em colpocitologia*, por Alípio Lobo, A. Cruz Ferreira e Domingos de Paula; *Aspectos médico-sociais da colpocitologia*, por Mário Cardia; *A tuberculose na Província de Moçambique*, por A. Almiro do Vale; *Sobre o tratamento das vaginites por tricomonas*, por Luís Domingues e Fernando Figueiredo; *Tratamento com estrogéneos da hiperplasia glândulo-quística*, por Aires Duarte e Albino Aroso.

TRATAMENTO DAS VAGINITES POR TRICOMONAS. — Como tivessem observado percentagem relativamente grande de recidivas e resistência da afecção em doentes tratados por meio de óvulos de arginol e de irrigações vaginais modificadoras do pH vaginal, os A.A. resolveram ensaiar o produto chamado Devegán, nuns casos com irrigações e noutros sem elas. De esse medicamento introduz-se um comprimido, à noite, ao deitar. Os resultados foram em todas as doentes semelhantes e semelhantes foram aos obtidos com o anterior processo pelo arginol. No entanto, o método tem a vantagem de não necessitar de irrigações vaginais, de ser facilmente aplicável em virgens, de não danificar as roupas e de actuar sobre outros gérmens nos casos em que há associação de agentes da vaginite.

TRATAMENTO COM ESTROGÉNEOS DA HIPERPLASIA GLÂNDULO-QUÍSTICA. — Partindo do facto de esta afecção resultar de uma acção estrogénica anormalmente intensa ou prolongada que não foi seguida por

suficiente ou oportuna acção progesterónica, e partindo também da hipótese, aceite por muitos ginecologistas, de que a produção de luteotrofina pela hipófise começa quando se interrompe a de hormona folículo-estimulante, interrupção que pode ser provocada por um excesso brusco de estrogéneos circulantes, os A.A. ensaiaram o emprego de estrogéneos em doses relativamente altas com o fim de inibir a produção de aquela hormona estimulante e provocar a formação de corpos lúteos funcionantes, numa série de doentes, das quais 9 seguiram o tratamento com regularidade. O produto empregado foi o Stilbestrol, na dose diária de 10 miligramas.

O pequeno número de observações, as condições em que foi feito o ensaio e o pouco tempo decorrido após o tratamento não consentem conclusões. Mas notaram que a hemorragia foi rapidamente dominada e que uma das doentes engravidou depois de dois períodos menstruais normais que se seguiram ao tratamento, e que outra doente apresentou no ciclo imediato uma fase secretora.

HOSPITAIS PORTUGUESES, IV, 1952 — N.º 19 (Set.-Out.): *Coordenação assistencial*, por J. Machado de Araújo; *Planos de organização para uma casa de saúde*, por M. Repenicado Dias. N.º 20 (Nov.-Dez.): *O seguro de enfermidade em Espanha*, por F. Mauhin Gonçalves; *Ambulância aéreas*, por H. A. Rusk & E. J. Tailor. V, 1953 — N.º 21 (Jan.-Fev.): *Bases para a elaboração dos relatórios anuais das Misericórdias*, por Carlos Farinha; *Aspectos da Direcção-Função*, por Manuel Sarafana. N.º 22 (Março-Abril): *Uma viagem de estudo em Itália* (conclusão), por Coriolano Ferreira; *A vida financeira dos hospitais portugueses*, por Eugénio Lima. N.º 23 (Maio-Junho): *Alguns aspectos da organização administrativa das instituições particulares de assistência*, por H. de Abreu Romão. N.º 24 (Julho-Agosto): *O hospital e o doente* (conclusão), por Maria de Lourdes Cabral; *Custo e rendimento dos serviços* (continuação), por Evaristo de Menezes.

A VIDA FINANCEIRA DOS HOSPITAIS PORTUGUESES. — Por ser de notório interesse médico e social o problema aqui posto, transcreve-se este artigo por completo.

« — 1 — Quem, como nós, ouve a toda a hora as queixas dos responsáveis pela administração dos hospitais de Portugal fica a saber de quantas torturas sofridas para conseguir um equilíbrio financeiro, tantas vezes sustentado à custa de expedientes desesperados. Os nossos hospitais vivem uma vida administrativa instável e de nível baixíssimo.

Ano após ano, repete-se a ansiedade de pedir e esperar o escasso subsídio do Estado. Este, sobrecarregado com as despesas de uma assistência que, em princípio, devia ser essencialmente privada, não pode assegurar aos hospitais as quantias que eles precisariam para levar o seu funcionamento a um razoável grau de eficiência. Leiam-se, como nós

lemos, as dezenas de relatórios anuais dos hospitais do nosso país e admire-se a coragem, a generosidade, o sacrifício pessoal, de tantos dirigentes que, a braços com exigências cada vez maiores, fazem verdadeiros milagres de economia, o que nem sempre os livra do *déficit* no fim do ano. Os cortejos de oferendas são modesto paliativo para o mal. Realizados num ano, tem de dar-se-lhes uma folga de dois ou três anos, porque as populações não suportam a repetição frequente de tal esforço.

Constroem-se hospitais novos. Mas não há dinheiro para pagar a um médico permanente e responsável nem para sustentar um grupo de enfermagem capaz e eficiente.

As direcções dos organismos queimam-se nesta luta obscura por uma assistência capaz e rendem-se, umas após outras, desanimadas, vencidas.

Não se pode exigir mais do Estado que já vai além do que, em boa justiça, se lhe podia pedir. Não se pode aumentar o custo das diárias por as economias particulares não poderem suportar mais agravamentos.

Quando há dias, em conversa com pessoa que, por dever de officio, bem conhece a vida e possibilidades dos nossos hospitais, expunhamos a necessidade de elaborar o regulamento tipo para todos estes estabelecimentos, foi-nos respondido, e com razão que, antes de se pensar em dar aos hospitais um regulamento, haveria de pensar-se em dar-lhes condições de bom e útil funcionamento.

Qual será então a solução?

2 — Na vida actual dos povos entrou em jogo o novo conceito de segurança social. A *previdência*, como entre nós se chama, deseja, por meio de poupanças obrigatórias, arrancadas coactivamente às economias dos indivíduos, defender os mesmos indivíduos contra a doença, a velhice, a invalidez, o desemprego, etc. Ora, no esquema do seguro contra a doença é indispensável que se preveja a prestação dos serviços da assistência hospitalar. Assim sucede mundialmente. Se alguma coisa de definitivo se apurou nos esquemas de seguros sociais em todo o mundo, foi, sem dúvida, a integração desta assistência nos benefícios da previdência.

Entre nós os Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdéncia — tentaram, louvavelmente, substituir a assistência que os hospitais vinham prestando aos seus beneficiários por uma outra assistência mais perfeita. E não pode negar-se que a instauração da visita médica domiciliária foi um grande benefício para os inscritos na previdência.

Simplemente, além de ficar de fora a assistência hospitalar, ainda os meios de diagnóstico foram fixados em estreitos limites. E é vulgar aparecerem nos hospitais — já se sabe que os hospitais estão sempre de portas abertas — trabalhadores que pagaram a previdência os seus prémios de seguro, e ali iniciaram o seu tratamento mas que, por se ter esgotado o limite mensal de radiografias autorizadas, são forçados a vir,

munidos do atestado da Junta da Freguesia ou do inquérito assistencial, socorrer-se dos hospitais, para os quais nada pagaram. E se os meios de diagnóstico da Federação descobriram aos seus associados doenças que exijam hospitalização, lá voltam eles a correr a *via-sacra* da Junta de Freguesia, da Câmara Municipal ou do Centro de Inquérito, a pedir a *esmola* do internamento por conta da assistência.

Que lucraram então estes trabalhadores em passarem das consultas dos Hospitais para as consultas da Federação? As visitas domiciliárias? Mas essas também já hoje as fazem alguns hospitais e não tardará muito que as façam todos. Informamos os nossos leitores de que a extensão do hospital ao domicílio está tanto na linha normal do desenvolvimento destes estabelecimentos que o congresso da Federação Internacional de Hospitais, a realizar em Londres, escolheu este ano para seu tema principal precisamente essa matéria. E o Sr. Ministro do Interior, há bem poucas semanas ainda, incitou publicamente os hospitais a caminharem afoitamente nesse sentido. E aqui temos nós duas actividades con-
correntes.

Em nosso entender, a única solução razoável para ambos os problemas — da previdência e da assistência hospitalar — é, pois, a da ligação recíproca e imediata.

3 — Se um homem ou uma mulher trabalharam e descontaram as percentagens legais para o seu seguro social, porque é que, ao chegar a crise mais vulgar na vida humana — a doença —, hão-de ter que recorrer ao Estado ou à caridade particular para a vencerem? Porque não há-de a previdência estabelecer acordos com os hospitais, de modo a pagar o tratamento de todos os seus beneficiários?

Isso seria o desafogo financeiro dos hospitais até agora sobrecarregados com a assistência a toda essa gente. A previdência, com assento nos conselhos de administração dos hospitais, passaria a fiscalizar a qualidade da assistência prestada aos seus beneficiários. Aos hospitais ficaria ainda o encargo de tratar toda a multidão — e grande multidão — daqueles que não estão abrangidos pelo seguro social.

É isto que a nossa lei impõe e já se faz em todo o mundo. Em França, por exemplo, é frequente ver a previdência emprestar aos hospitais somas enormes para construir edifícios, modernizar serviços, instalar equipamentos, etc., em vez de empregar essas quantias em empresas comerciais ou industriais. Tais empréstimos vão sendo amortizados através de serviços prestados aos beneficiários. Desta forma, eleva-se o nível assistencial, sem encargos para o Estado, para as instituições ou para os indivíduos.

Supomos ter chegado a hora de tirar aos nossos hospitais e ao Estado o encargo enorme e indevido de tratar pessoas que, tendo trabalhado enquanto com saúde, e havendo descontado para a previdência, têm, por isso, direito a alguma coisa mais do que à *esmola* da assistência pública ou particular.

4 — Ocorreu há poucas semanas na Assembleia Nacional um debate profundo acerca do funcionamento da nossa previdência. Este debate teve o indiscutível mérito de chamar a atenção dos responsáveis para a necessidade urgente de rever o problema. Também se sabe que, no Ministério das Corporações, está em estudo uma reforma da previdência nacional, entregue a pessoas que sabemos devotadas e competentes. Está, pois, a questão em boas mãos. Esperemos confiados.»

O MÉDICO — N.º 105 (3-IX-1953): *Medicina Legal Política*, por Ricardo Royo-Villanova; *Problema social permanente de responsabilidade colectiva*, por Costa Andrade; *O Dr. José de Andrade Gramaxo*, por Cláudio de Oliveira Guimarães; *Os ruídos nas ruas e a higiene mental*, por Velho Galeno. N.º 106 (10-IX): *Desarticulação óssea traumática seguida de penetração intracraniana de corpo estranho*, por L. A. Duarte Santos e Mateus Neves; *Alguns aspectos da função suprarrenal na diabetes mellitus*, por Inácio de Salcedo e M. P. Hargreaves; *O valor do ACTH no tratamento de certas doenças alérgicas*, por M. Damas Mora; *Os desportos nas Universidades*, por M. da Silva Leal. N.º 107 (17-IX): *A propósito de um caso de eritrodermia congénita ictiosiforme*, por Wilhelm Oswald; *O critério conservador em cirurgia pulmonar*, por José Filipe da Costa; *Há cinquenta anos*, por Barros e Silva. N.º 108 (24-IX): *A física na clínica e no laboratório*, por Domingos Filipe; *Diagnóstico clínico da tuberculose genital*, por A. de Castro Caldas; *A cobaia humana*, por Amílcar Moura.

FUNÇÃO SUPRARRENAL NA DIABETES MELLITUS. — O estudo da função suprarrenal pela eliminação urinária de 17-cetoesteróides é de grande interesse na diabetes açucarada, para esclarecer um dos aspectos da intervenção endócrina em doença de tão grande polimorfismo. A noção clássica da diabetes pancreática não pode já admitir-se como de antes.

Os A.A. procuraram numa série de 9 doentes o valor da excreção de 17-cetoesteróides e encontraram cifras sistematicamente baixas, o que leva a admitir a hipótese de uma participação directa da suprarrenal, no sentido hipofuncional directo, na patogenia da diabetes humana não complicada.

CADERNOS CIENTÍFICOS, III, N.º 2 (Abril de 1953): *Sobre uma forma particular de meningite linfocitária*, por Diogo Furtado e Miranda Rodrigues; *Tratamento cirúrgico do angor pectoris*, por J. Celestino da Costa; *Sobre o uso do dextran nas provas de aglutinação em lâmina para a pesquisa de anticorpos incompletos*, por V. Ribeiro Sanchez; *A aterosclerose e o metabolismo dos lípidos*, por Ruy Hasse Ferreira.

FORMA ESPECIAL DE MENINGITE LINFOCITÁRIA. — Trata-se de uma forma caracterizada por um quadro clínico agudo, mas fugaz e benigno,

com dados estranhos do líquido céfalo-raquidiano, pois uma linfocitose intensa continuou e mesmo aumentou, durante semanas, depois de desaparecerem os sinais clínicos; acompanhava-se essa pleiocitose linfocitária da taxa elevada de albumina, com ou sem aumento da glicose do líquor. A investigação do agente resultou negativa, mas deve tratar-se de um vírus.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ANGOR PECTORIS. — Depois de expor as bases fisiopatológicas do problema e as bases anatomo-fisiológicas da terapêutica cirúrgica do angor, descreve as intervenções propostas para o seu tratamento, e concluiu pelo respectivo comentário crítico, que pode resumir-se assim: — Há doentes em que o tratamento médico não consegue aliviar o padecimento e para eles está indicado o recurso à cirurgia, visto não haver outro. Duas espécies de intervenções são preferíveis: as que incidem sobre o sistema nervoso e as de revascularização do miocárdio, sendo as primeiras mais importantes, por serem muito menos graves e estarem mais vezes indicadas. De estas a mais praticada é a gangliectomia cérvico-dorsal; deve ser sempre precedida pelas infiltrações novocaínicas, quer das cadeias ganglionares quer do plexo pre-aórtico, que podem evitar a intervenção ou servir de teste pre-operatório.

No problema do angor deve insistir-se em que a isquemia do miocárdio é a consequência da coronarite. O aperfeiçoamento das técnicas de anastomoses dos vasos do coração leva a pensar no tratamento cirúrgico futuro da causa do angor. Mas é provável que não chegue a tempo de superar o tratamento médico de esta, cujos progressos, com a regulamentação do regime alimentar e o uso dos lipótrofos, tem sido ultimamente evidenciados.

A ATROSCLEROSE E O METABOLISMO DOS LÍPIDOS. — Revista geral do assunto, da qual se infere: — Parece inegável a relação entre lípidos alimentares e aterosclerose, embora seja ainda muito discutível qual o papel do respectivo metabolismo na aterogénese e qual a forma de intervir para retardar o aparecimento das alterações ateroscleróticas. Os trabalhos experimentais e clínicos não dão conclusões uniformes, na aterosclerose coronária a fibrose actua mais que as alterações lipídicas para a obstrução dos vasos, e não deve esquecer-se a existência de outros factores, particularmente dos endócrinos. Por tudo isto, o A. pensa que não há motivo para impor dietas excessivamente rígidas, com privação de colesterol e de lípidos, as quais podem ter possíveis inconvenientes embora esteja indicada a limitação das gorduras nos doentes com obesidade ou que tenham sofrido enfartos do miocárdio. Enfim, o problema da patogenia da aterosclerose ainda não foi resolvido.

ACTA GYNÆCOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA, III, 1953. — N.º 1: *Tratamento da sífilis nas grávidas* (em espanhol), por José M. Mateu & José A. Usandizaga; *Os transtornos*

genitais femininos influem sobre o sistema nervoso? (em espanhol), por Vallejo Nagera; *Contribuição para o estudo do índice colpocitológico*, por Silva Carvalho; *A propósito de um caso de miastenia premenstrual* (em francês), por J. A. Huet & A. D. Herschberg; *Desprendimento precoce da placenta* (em espanhol), por E. Molinero.

TRATAMENTO DA SÍFILIS NAS GRÁVIDAS. — Estudo pormenorizado do tratamento pela penicilina, terminando pela indicação do método seguido pelo A., que é o seguinte: injeções diárias de penicilina G — procaína na dose de 600.000 U. durante dez dias, com 1 a 2 injeções por semana de 0,1 gr. de bismuto, até um total de 12 a 16 doses.

ÍNDICE COLPOCITOLÓGICO. — De uma série de determinações do índice colpocitológico de Moracci (que estabelece uma relação entre as células das camadas superficial e profunda da vagina), o A. conclui pela sua utilidade, para avaliação do estado estrogénio da mulher; e praticado periodicamente permite dar ideia do grau de actividade estrogénica de uma substância medicamentosa e da duração dos seus efeitos.

SÍNTESES E NOTAS CLÍNICAS

Novas aquisições em vitaminoterapia

VITAMINA A. — Em dermatologia, a noção dos benefícios da administração do axeroftol nas disqueratoses foi confirmada por muitos autores, e Devenay, confirmado por outros, tratou com sucesso a doença de Darier por altas doses, de 200 a 300 mil unidades.

Em endocrinologia verifica-se (Argonz, Pagani) que a vitamina A, administrada na dose quotidiana de 200 mil un. na segunda metade do ciclo, faz desaparecer, na grande maioria dos casos, o síndrome pre-menstrual; ignora-se o mecanismo, supondo-se que reside principalmente no antagonismo em face dos estrogéneos. Outros afirmam sucessos terapêuticos nas insónias rebeldes por desregulação hipofisária, e nas perturbações do climatério.

Em reumatologia assinala-se (Thiers) o êxito do tratamento misto, de axeroftol e ácido pantoténico, na doença epifisária dolorosa generalizada da infância, que resiste ao tratamento por cálcio, vitamina D e salicilato, e deve distinguir-se do reumatismo articular agudo; abrange o que é de uso chamar «dores do crescimento».

Em oto-rino-laringologia registam-se acções benéficas, provocando melhoras, nas rinites crónicas, na ozena, na surdez interna (Nager, etc.).

Há que contar com a hipervitaminose quando as doses são altas, com muitas vezes tem de se empregar. Os casos tem-se observado em crianças, com duas formas: a forma aguda, de hidrocefalia transitória, e a forma crónica que se manifesta por dores nas partes moles suprajacentes a tumefacções ósseas de pequeno volume, alterações de pêlos e unhas, palidez, anorexia, irritabilidade nervosa. O que leva a prudência na sua aplicação nas crianças pequenas (Caffey, R. Clement).

COMPLEXO B. — Utiliza-se na prevenção e no tratamento dos acidentes cutâneos-mucosos consecutivos ao uso de antibióticos, principalmente da aureomicina, do cloranfenicol e da terramicina (Planson, etc.). Beneficiam com o complexo os operados por gastrectomia (Binet, etc.), e vários casos de perturbações digestivas: doença celíaca das crianças, enterite dos tuberculosos, etc. (Chaptal, etc.).

VITAMINA B₁. — Em obstetria, parece acelerar a dilatação do colo uterino e exercer um efeito analgésico moderado (Shub, etc.). A sua eficácia nos acidentes nervosos dos alcoólicos tem-se reafirmado; e tem-se registado notável acção da tiamina na encefalopatia hemorrágica de Wernicke, quer seja de origem alcoólica, quer de qualquer outra (Dagnelie, etc.), o que está de acordo com o facto de as lesões anatómicas de esta grave afecção serem iguais às da encefalopatia hemorrágica dos pombos carenciados em tiamina. Melhora consideravelmente a tolerância aos opiáceos (Lonjumeau e Lévêque), permitindo manter a medicação quando indispensável, suprimindo os vômitos que obrigavam à suspensão.

Acidentes podem surgir quando se empregam doses de 100 miligramas por via endovenosa; as doses altas devem dar-se somente por via oral ou intramuscular.

Por motivo da sua intervenção no metabolismo glucídico, tem-se utilizado o pirofosfato de tiamina, como carboxilase, nos vômitos acetonémicos da infância, nas hepatites graves, em vários estados de intoxicação, como adjuvante da medicação tonicardiaca; e, recentemente, nos síndromes neurotóxicos das lactentes, na nefrose lipídica e nas manifestações parastéticas das grávidas (por injeção diária de 50 miligramas, durante seis dias, as contracturas dolorosas desaparecem, segundo Lacomme).

VITAMINA B₂. — Regista-se confirmação do sucesso da riboflavina nas caimbras musculares; utilização na psoríase (Maynard), na diabetes renal (Schnetz), nas porfirias (Stich).

VITAMINA B₅. — O ácido pantoténico tem os seus créditos há muito firmados como agente terapêutico nas alopecias, como cicatrizante e antiflogístico; as publicações recentes continuam a evidenciá-lo e esta acção foi aproveitada nas úlceras gástricas e duodenais (Skursky) e nas fissuras anais (Rocha) em aplicações locais e administração intramuscular. O ileus paralítico pós-operatório foi tratado com sucesso quase constante por Jacques (50 miligr. por via intramuscular, cada três ou quatro horas). Melhoras têm sido provocadas em vários estados patológicos: hepatites, perturbações digestivas crónicas, dermatoses pruriginosas. E em obstetria, nas varizes das grávidas e nas caimbras, e como preventivo da inércia uterina.

VITAMINA B₆. — Este factor antiacrodínico exerce indiscutível acção sobre a fórmula sanguínea, e é benéfico na neutropenia benzólica. Profilática dos vômitos provocados pela anestesia pelo eter, tem-se usado como curativo nos vômitos incoercíveis das grávidas (Buccellato), partindo das noções das propriedades anti-histaminicas da piridoxina.

VITAMINA B₁₂. — Além das conhecidas indicações hematológicas, tem-se aproveitado, mas com resultados inconstantes, em neurologia, como medicação trófica. Em pediatria, para excitar o crescimento, nos atrasos estaturais, psicomotores ou simplesmente ponderais dos hipotróficos, os resultados são satisfatórios (Bidault, etc.), atribuídos à activação pela cobalamina do metabolismo dos ácidos aminados.

VITAMINAS H. — A vitamina H₁ (biotina) foi empregada por Martin no eczema do lactente, e por Thiers como sedante das dores da poliartrose e da coxartria. A vitamina H₂ (ácido paraminobenzóico) tem visto estendido, a partir do seu emprego nas doenças infecciosas, o seu campo de acção. Em dermatologia tem-se usado, com sucesso, nas dermatoses bolhosas, na esclerodermia, e na doença de Duhring-Brocq.

VITAMINAS I e J. — O inositol e a colina são cada vez mais utilizadas como protectoras do fígado, pelas suas acções antiesteatósica e anticirrótica.

VITAMINA L₁. — Quanto ao ácido fólico, o seu domínio está reduzido à terapêutica das anemias macrocíticas nutricionais. A sua acção é sinérgica da da vitamina B₁₂.

VITAMINA C. — O conceito de Selye sobre o papel do córtex suprarrenal na defesa do organismo contra qualquer agressão e o conhecimento da riqueza de este tecido em vitamina C, levou à vulgarização do uso terapêutico de este princípio em numerosas doenças infecciosas, e nas agressões físicas e psíquicas; assim tem-se utilizado na astenia mental (Guibert, etc.). Preconizado nas aftas buco-faríngeas, por Degos, e na herpes recidivante por Zureich. O tratamento com ACTH deve compreender larga administração de vitamina C para prevenir o risco da hemorragia devida à baixa do ácido ascórbico no organismo, sob a acção da córtico-estimulina (Paraf, etc.).

VITAMINA D. — Poucas novidades quanto a indicações. Vários documentos sobre os acidentes de hipervitaminose; o que leva a usar de prudência no doseamento, sobretudo quando se trate de crianças.

VITAMINA E. — Apesar de não estar bem elucidado o seu modo de acção, sendo apenas certo o seu poder anti-oxidante nos fenómenos da nutrição, o α -tocoferol tem sido utilizado cada vez mais, nas mais diversas afecções, sobretudo em obstetria, ginecologia e neurologia: na prevenção do abortamento de repetição, só ou associada às hormonas (Mayer, etc.); nas perturbações funcionais da menopausa e nas distrofias vulvo-vaginais (Sikkema, Thiers, etc.); como preventivo da hemorragia meníngea dos prematuros, quando administrada antes do fim do oitavo mês da gestação (Minkowski); na esterilidade masculina associada às gonadotrofinas hipofisárias e aos androgénios; como sedativo das dores anginosas das coronarites; no reumatismo muscular e em todas as colagenoses; nos lactentes distróficos. Estas múltiplas indicações terapêuticas devem corresponder a diversas acções da vitamina: sobre a secreção das gonado-estimulinas hipofisárias, inibição da hialuronidase, etc.

VITAMINA P. — Não é uma única substância, pois todas as que possuem uma cadeia lateral em posição orto em relação à função fenólica tem a mesma propriedade de reforçar a resistência dos capilares e diminuir a sua permeabilidade; esta propriedade manifesta-se clinicamente e passou a ser considerada como perfeitamente estabelecida.

(Do artigo de H. SOLIGNAC em *La France Médicale*, Junho de 1953).

A esta relação, que menciona ainda novos princípios vitamínicos, de acção terapêutica ainda desconhecida, deve acrescentar-se o referente à vitamina T, que ultimamente tem merecido interessantes estudos, e da qual daremos competente nota.

A coriza aguda

A coriza aguda é uma doença infecciosa, epidémica, muito contagiosa, originada por vários tipos de vírus, da qual A. DOMINGUEZ dá em *Medicina* (Agosto de 1953) uma revisão de conjunto muito completa, da qual recortamos o de maior interesse clínico.

Os agentes são, pelo menos, de três classes, cada uma de elas promovendo diferente duração do período de incubação, diversa sintomatologia e período de imunidade especial. O resfriado actua pelo abaixamento da resistência natural ao vírus; a infecção por estes provocada favorece o desenvolvimento patogénico dos microrganismos existentes nas vias respiratórias.

Os tipos de coriza podem expor-se em três formas sintomatológicas. A comum, a clássica «constipação», tem uma incubação de vinte e quatro a quarenta e oito horas, e sintomatologia geral escassa geralmente, entre nós.

A segunda forma é a «gripóide», com incubação de cinco ou seis dias, manifestada por febre às vezes alta, mas de curta duração, dois ou três dias, e com escassos sinais nasais, predominando a inflamação da faringe e a tosse rouca, seca, incomodativa. E finalmente a terceira forma é a de «catarro bronco-pulmonar», com incubação variável de um a sete dias, e sinais de inflamação brônquica e pulmonar, esta como de pneumonia atípica.

A profilaxia consiste, nos aglomerados, sobretudo nas escolas, em nebulizações de um produto, o propilenglicol, o qual se aplica também sobre o solo e os móveis, e tem mostrado proteger contra a gravidade da coriza, evitando associações microbianas. A vacinação preventiva ainda não deu resultados aproveitáveis na prática.

O tratamento por meio de pomadas, solutos ou pós, a aplicar nas fossas nasais são úteis desde que não contenham substâncias que lesem o epitélio. A sulfadiazina foi o melhor medicamento que Short encontrou entre muitos ensaiados. Ruskin diz que consegue o desaparecimento da doença com uma ou duas injeções de C-vitaminato de cálcio. Os anti-histaminicos conseguem quase sempre esse resultado quando administrados nas primeiras horas da sintomatologia; à medida que o tempo vai passando, os benefícios vão diminuindo.

Tratamento da meningite tuberculosa com estreptomina, tuberculina e hidrazida

C. CHOREMIS e colab. apresentam (*Revista Española de Pediatría*, N.º 4 de 1953) os resultados obtidos em 71 casos (57 de MT simples e 14 de associação a t. miliar), com a associação das 3 drogas. A tuberculina foi empregada na dose de 1 c.c. de soluto a 1% por cento, em injeção subcutânea de quatro em quatro dias, aumentando-se pouco esta dose se o doente a tolerava bem, e cessando se aparecia cefaleia, vômitos ou hipertensão do líquor. A estreptomina foi dada sempre que os bacilos mostravam sensibilidade à droga, e de acordo com esta. A hidrazida do ácido isonicotínico, depois de tentativas com doses mais pequenas, foi administrada na dose de 16 miligr. por quilo de peso, durante pelo menos dois meses.

O aparecimento global dos resultados deu 62 curas, ou seja em 87 por cento dos casos; oito faleceram e um está ainda em tratamento.

Comparado este balanço com os anteriormente feitos, sobre casos tratados só com estreptomina, verificaram que a duração do tempo de tratamento se reduziu a metade, com diminuição das complicações.

Os progressos realizados na terapêutica da MT permitem afirmar que hoje a doença pode curar quase sempre, quando o tratamento começa no primeiro período clínico. O número de curas em relação ao número de casos, desde 1947 até agora, mostra bem os progressos efectuados: 1947 — 31 em 71; 1948 — 87 em 126; 1949 — 61 em 107; 1950 — 66 em 109; 1951 — 85 em 111; 1952 — 62 em 71.

No mesmo número da citada revista, G. DE TONI transmite igual impressão. Até Fevereiro de 1952 empregou só a estreptomina, intramuscular e intratecal, a percentagem de curas, clínicas ou de líquor, não atingiu 70, ao passo que depois, com a associação da hidrazida (administrada pelas duas vias e também por via oral), essa percentagem subiu para 86.

O síndrome «Dumping» consecutivo à gastrectomia

Entre as perturbações dos gastrectomizados conta-se a que constitui o chamado «Dumping» e se caracteriza pelo seguinte: aparição, imediatamente depois da ingestão de alimentos açucarados, de sensação de mal-estar, vertigens, eructações, náuseas e vômitos biliosos. Este síndrome nada tem com as variações da glicemia e deve distinguir-se da crise hipoglicémica pós-

-prandial do gastrectomizado. Ele traduz a distensão brusca do jejuno pelo esvaziamento rápido do coto gástrico, distensão que provoca excitação das fibras simpáticas da vizinhança, de onde partem os respectivos reflexos. O tratamento consiste na absorção de um ou dois comprimidos de um vogolítico; e uma injeção de um quarto de miligrama de atropina, antes da primeira refeição do dia; evita em geral as perturbações e consente maior tolerância para os hidratos de carbono. Mas os quadros severos impõe reintervenção cirúrgica. Assim expõe o assunto R. RENTCHNICK & H. C. PLATTNER, em *Praxis* (5-III-1953).

Contra o regime lacto-vegetariano hospitalar

CHARLES RICHEL há muito combate este regime, e em parte pela campanha que contra ele faz, a Assistência Pública de Paris riscou-o das ementas dos seus hospitais. Mais uma vez diz porque o combateu, em *La France Médicale* (Junho de 1953).

O principal argumento invocado é o de que associando-se indiscriminadamente os alimentos vegetais ao leite, tal regime não tem composição que permita indicação genérica; as suas qualidades são muito diferentes, conforme a associação ao leite: farinhas, frutos, legumes. A associação de farinhas ou arroz convém a alguns estados gastro-intestinais. A de frutos tem a vantagem de dar uma dieta com poucos lipídeos, protídeos e cloretos, e com vitaminas; nos indivíduos obstipados, os legumes, pela sua celulose, devem entrar na ração.

Nas ementas hospitalares, o regime lacto-vegetariano era um regime em que não se fazia distinção de géneros de composição muito diversa: tanto se dava feijão como arroz, ou nozes como uvas. Agora definiram-se as ementas, conservando-se os regimes lácteo, ovo-lácteo, e substituindo-se o lacto-vegetariano por dois tipos definidos: um para dispépticos e outro essencialmente vegetariano (hipozotado).

Sinal clínico precoce da coqueluche

A provocação de acesso convulsivo de tosse, no período catarral da doença, pode fazer-se facilmente, segundo A. RAYBAUD da maneira seguinte: aplicar o polegar sobre os primeiros anéis da traqueia e comprimir com força, mas sem brutalidade, durante uns momentos apenas; logo que se abandona a pressão, a criança, um pouco angustiada, faz uma inspiração profunda e tosse ligeiramente se padece apenas de traqueo-bronquite banal, mas com acesso de tipo convulsivo se tem de facto coqueluche. Não há perigo na compressão da traqueia contra os corpos vertebrais, porque os anéis traqueais são moles e flexíveis nas crianças; a sensação angustiada, desagradável, que ela provoca, é muito curta, de segundos. (*Pediatria*, N.º 2 de 1953).

Exame microscópico da epiderme

Para observação mais minuciosa do que a realizável com a lupa, O. K. GILGE & col. empregam o microscópio. Deitam no lugar a observar uma gota de óleo e aplicam a objectiva como se a superfície cutânea fosse uma preparação sobre lâmina. (*Proced. Staff Meetings Mayo Clinic*, 20-v-1953).

Gravidez e úlcera gástrica

D. H. CLARK, verificou que quase sempre (nove vezes em cada dez casos), a gravidez provoca uma remissão dos padecimentos da úlcera gástrica. Isto foi observado numa série de 400 mulheres com essa afecção. (*British Med. J.*, 6-VII-53).

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

NÚMEROS ESPECIAIS DE REVISTAS MÉDICAS ESPANHOLAS. — Celebrando as bodas de prata de catedrático de Patologia Médica, do Prof. Jimenez Dias, a «Revista Clínica Española» (que também este ano completa 25 anos de existência) publicou um importante número de 188 páginas, com 43 trabalhos dos seus discípulos.

Tendo atingido o N.º 50 a «Revista Española de Pediatría», o seu director, Prof. Manuel Suarez, publicou um número especial, em dois tomos, somando 650 páginas, colaborado por pediatras de todo o mundo.

Com número comemorativo celebrou as suas bodas de prata o único periódico médico da Galiza, a «Galicia Clinica».

O «Portugal Médico», ao registar estes factos honrosos para a imprensa médica peninsular, felicita os directores das três publicações.

INTERCÂMBIO. — Na Sociedade Portuguesa de Ortopedia, falaram sobre o estado da clínica ortopédica nos seus países, os Prof. Wilson (de Nova Iorque) e Trueta (de Oxford). No Instituto de Oncologia, o Prof. Modaver (de Bruxelas) tratou das paralisias por garrotes, e no Hospital de S. José, de hemoterapia o Prof. Lattes (de Pavia).

CONGRESSOS INTERNACIONAIS. — Com participação de delegados portugueses, efectuaram-se ultimamente os seguintes: Da Associação luso-espanhola para o progresso das ciências, em Oviedo; de Microbiologia, em Roma; de Leprologia, em Madrid.

LIGA PORTUGUESA DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA. — Foram oficialmente aprovados os estatutos de esta nova sociedade, com sede em Lisboa, que se propõe (como o seu nome indica) realizar uma campanha sistemática de educação em higiene. Iniciará os seus trabalhos com uma exposição de documentos que interessem os seus propósitos e dêem balanço ao já efectuado: livros, folhetos, cartazes, filmes, etc.

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO. — Como os anteriores e os similares de Coimbra e Lisboa, destina-se especialmente a subdelegados de saúde, o curso que este ano volta a realizar-se, organizado pela Secção Regional do Porto da Ordem dos Médicos. A sessão inaugural será no dia 27 do corrente, na Faculdade de Medicina, seguindo-se a 1.ª lição, a cargo do Prof. Rocha Pereira.

HISTÓRIA DA VACINAÇÃO ANTI-VARIÓLICA. — Em Avintes (Gaia) descerrou-se uma placa comemorativa da acção da D. Maria Isabel Van Zeller, que na sua casa de aquela localidade foi uma das primeiras pessoas a propagar entre nós, amplamente, essa medida profiláctica.

CONGRESSO BEIRÃO. — Neste Congresso, há pouco reunido, foram apresentados os seguintes trabalhos relativos à medicina: sobre lepra, por Fernando Figueiredo; sobre análise química das águas inquinadas, por Almeida Correia; sobre hidrologia médica da região, por Cid de Oliveira, Constantino Carneiro e Telo de Morais.

NECROLOGIA. — Em Vila do Conde, o Dr. Artur da Cunha Araújo, médico municipal aposentado, que foi profissional distinto e poeta de real mérito. Em Lisboa, o Dr. António dos Santos Tovim e o coronel-médico António Luazes Monteiro Leite. Em Tondela, o Dr. Júlio de Melo Cabral, antigo subdelegado de saúde do concelho. Em Amarante, o Dr. José Sardocira





MARTINHO & C.ª L.ª

TUDO O QUE INTERESSA À MEDICINA E CIRURGIA

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

Quinarrhenina Vitaminada

Elixir e granulado

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

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

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

XAROPE GAMA DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO
NAS BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO

TRICALCOSE SAIS CÁLCICOS ASSIMILÁVEIS
COM GLUCONATO DE CÁLCIO

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



VITAMINA

AQUOSA

1 cc. (35 gotas) = 50.000 U. I.

Frasco de 10 cc. com conta-gotas

Perfeitamente miscível com o leite, sumos de frutas e, dum modo geral, com todos os melos aquosos. Não adere às paredes dos recipientes.



LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

Sala

Est.

Tab

N.º