



PORTUGAL MÉDICO

DIRECTOR: ALMEIDA GARRETT, Prof. na Faculdade de Medicina do Porto.
ADMINISTRADOR e EDITOR: António Garrett.

SUMÁRIO

CELSE HORTA E VALE — **Comentários sobre a ordem e desordem do mundo celular. Consequências da anarquia neoplásica a nível do pulmão.**

ANTÓNIO JOSÉ C. DE AGUIAR — **Contribuição dos recentes estudos de hemodinâmica para os progressos da patologia e da clínica.**

MOVIMENTO NACIONAL — Revistas e boletins: *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (A amigdalectomia total. Relações da coagulabilidade sanguínea com a doença hemorrágica do recém-nascido). *A Criança Portuguesa* (Predisposições hereditárias). *Clínica Contemporânea* (Botão do oriente). *Jornal do Médico* (Pericardite alérgica em terreno asmático). *Boletim Clínico e Estatístico do Hospital do Ultramar* (Tratamento do linfaedema crónico da perna. Doença hipertensiva). *O Médico* (Diagnóstico e tratamento das meningites). *Coimbra Médica* (Tratamento da pericardite constrictiva. Sobre a terapêutica anticoagulante. Miocardites agudas. Drama abdominal súbito). *Escola Médica. Livros e opúsculos* (Investigações cirúrgicas. Actualidades biológicas).

SÍNTESES E EXCERTOS — Tratamento da coqueluche. Para tratar a ascite da cirrose hepática sem necessidade de paracentese. Radioterapia dos tumores da bexiga.

NOTAS E NOTÍCIAS — A Índia Portuguesa. Sociedade das Ciências Médicas. Sociedade P. de Obstetrícia e Ginecologia. Instituto P. de Oncologia. Hospital G. de Santo António do Porto. Figuras e panoramas da medicina de outros tempos. Exames para obtenção do título de especialista. Cursos de aperfeiçoamento. Intercâmbio. Congresso Internacional de Broncoesofagologia. Necrologia.

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

Syphilis:

Bismogenol

Fama Mundial

Laboratório E. Tosse & Co., Hamburgo

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

Composto e impresso na «Imprensa Portuguesa» — 108, Rua Formosa, 116, PORTO

MILO *alimento moderno*

base duma "bela" saúde

AO PEQUENO ALMOÇO
AO LANCHE
AO DEITAR
UM COPO DE
MILO TÓNICO



COMPLETA EFICAZMENTE
A ALIMENTAÇÃO
DAS CRIANÇAS
DOS ADOLESCENTES
DOS ADULTOS

MILO contém sob
uma forma concentra-
da e perfeitamente assimilável os elemen-
tos essenciais de que o organismo necessita
para se desenvolver harmoniosamente:
leite completo, açúcar, cereais malteados,
cacau, vitaminas (A, B1 e D), fosfatos orgânicos
e sais minerais (cálcio, magnésio,
sódio, potássio, iodo e ferro).
MILO é um alimento pre-
parado pela Nestlé. Es-
ta é a vossa melhor
garantia.



UM NOVO PRODUTO

NESTLÉ



PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXVIII — N.º 11

NOVEMBRO DE 1954

Comentários sobre a ordem e desordem do mundo celular. Consequências da anarquia neoplásica a nível do pulmão ⁽¹⁾

por CELSO HORTA E VALE

Introdução

O problema do cancro continua a absorver a investigação médica, debruçada sobre a célula neoplásica sem conseguir desvendar o mistério da carcinogénese.

O assunto tem também apaixonado a nossa curiosidade, sempre interessada com as incógnitas fundamentais do conhecimento que a Ciência debalde tenta desvendar e, ao mesmo tempo, perturbada com a humilhação que essas interrogativas por resolver, representam para as tão discutidas possibilidades da razão.

Parece-nos que só adoptando esta atitude será possível abranger toda a larga extensão das dificuldades e reunir as equações num sistema unitário que evite os inconvenientes de uma análise dispersiva, tanto do agrado de alguns cientistas excessivamente atraídos e enleados pelo detalhe pulverizador. É subordinados a este plano sintético, que ultrapassa o acanhado âmbito da ciência, que procuraremos dispor umas notas sobre a matéria vasta e árida — onde tudo são suposições —, que é a oncogénese; e cientes de que a célula que se analisa ao microscópio é uma coisa inerte, não um ser vivo.

O importante estudo dessa célula morta é a Patologia que tanto dista da célula viva — o doente, de quem cuida a Clínica em preocupada meditação. E às certezas, sempre provisórias, da Patologia, responde a Clínica conscienciosa com este comentário

(¹) O assunto deste trabalho serviu de tema à lição proferida pelo autor no XVII Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra, em 29-vj-1954, com abundante documentação casuística.



formulado por um dos maiores filósofos contemporâneos: «Verdad es que cada dia me acuesto más a la opinion de que todo lo que el hombre hace es utópico. Se ocupa en conocer sin conseguir conocer plenamente nada». (Ortega y Gasset).

E, na verdade, não estamos nós médicos empenhados no mais nobre e quimérico propósito de nos batermos com a dor e a morte, as únicas realidades irremediáveis da vida?

*

O flagelo do cancro, uma das preocupações médicas de todos os tempos, toma em nossos dias, por progressivo incremento, alarmante acuidade. Mas a maior difusão da célula neoplásica é um aspecto subsidiário de um problema, cujas incógnitas principais residem nas hipóteses etiopatogénicas envolvidas em densa obscuridade que a Ciência médica não conseguiu ainda romper.

É fácil verificar que a investigação, com uma abundante bibliografia sedimentada através dos séculos, pouco de substancial acrescentou às primitivas ideias de Galeno sobre carcinogénese.

A razão das dificuldades da Medicina em resolver este e muitos outros dos seus problemas, reside no facto da Patologia, como qualquer outra Ciência, ter o seu campo circunscrito por limites também magistralmente traçados por Ortega y Gasset ao afirmar que «em comparación con una novela, la Ciencia parece la realidad misma. Pero en comparación con la realidad auténtica se advierte lo que la Ciencia tiene de novela de fantasia, de construcción mental, de edificio imaginario».

Não devemos por isso desprezar o arguto conselho de Sydenham a um jovem colega que lhe solicitara a indicação de um bom tratado de Medicina: «leia o *D. Quijote*»; o atormentado cavaleiro andante do erro.

E Goethe, numa concisa síntese do Hipocratismo, como fonte inesgotável de princípios basilares da Medicina de qualquer época, também declarou que «a essência da Medicina é fácil de compreender: estudar a fundo o microcosmo e o macrocosmo para afinal deixar correr as coisas como Deus quiser».

Há muita profundidade na ironia de tão categorizados comentários. Indicam-nos a vastidão de problemas científicos e filosóficos que, no estudo da pessoa humana, a Medicina tem de encarar.

O homem é de facto um ponto intermediário entre esses dois mundos: prodigiosa ampliação de um, e mesquinha miniatura do outro. É um elo do próprio Universo de que, segundo os perenes princípios de Hipócrates faz parte integrante e do qual não pode ser desarticulado senão por abstracção artificial.

Os problemas universais que constituem a matéria da Filosofia, encontram-se condensados no próprio homem: o esfíngico ser que a Medicina também pretende decifrar.

O Universo tem de facto um só verso e não a pluralidade de versões contraditórias, dialéticas, que lhe pretende impor o cientismo. Tem uma única face infinita, não contornável pelas estreitas possibilidades da razão que, ao falar em transcendências, confessa a sua mediocridade.

Macrocosmo e microcosmo não são na realidade mundos diferentes. Célula, homem e humanidade, nele integrados, não são também seres distintos. É a mesma incógnita em vários escalões, de um Universo infinito, indivisível, sem dimensões.

E o problema do cancro é o transcendente problema do microcosmo celular, cuja aparente simplicidade resumida a núcleo, protoplasma e membrana, pode representar um zigoto que já encerra um homem infinitamente pequeno com todas as suas potencialidades. Para que essa célula atinja tamanho antropomórfico que torne a sua complexidade acessível à nossa observação, bastarão os factores espaço e tempo: as duas constantes sem princípio nem fim, impenetráveis à racionalização filosófica.

O problema da malignidade celular

Esta sumária visão das dificuldades com que esbarra o nosso conhecimento e que anula, na causalidade, a vã pretensão de se chegar pela racionalização positiva às razões primárias dos problemas, não dará margens a surpresas quando a investigação, na patogenia do cancro, deixe sem resposta a pergunta essencial de toda a questão: a que atribuir a malignidade que passa a manifestar uma célula até aí com um comportamento normal? Porquê, contra a admirável ordem do mundo celular, surge a tenebrosa contradição da monstruosidade neoplásica?

Dentro do campo de vasto realismo em que nos situamos, a interrogativa não é diferente destouta que também continua no conhecimento racional sem bastante razão justificativa: porquê, a tendência para o «mal» que se manifesta no homem individual contra a lei gregária da humanidade em que está integrado?

E, na verdade, se a célula neoplásica representa um germen de temível agressividade capaz de desmoronar a maravilhosa sociedade celular somática, quase ideal, que é o corpo humano, também o homem dentro do tecido «humanidade» de que é um simples elemento, se comporta, com frequência, como nociva célula cancerosa pronta a destruir o seu semelhante.

Este confronto nada tem de bizarro: ultrapassada em Medicina a era morfológica, o actual sector psico-somático da Pato-

logia situa-se no plano superior, anímico, da pessoa humana; a repercussão orgânica, quando existe, é com frequência, secundária. E é evidente que a própria humanidade, de consciência desorientada, se apresenta como um gigantesco corpo em sofrimento, chagado por múltiplos núcleos cancerosos a destroçarem a simpatia da sua existência unitária.

O problema que nos preocupa, toma pois um aspecto universal em que a tendência para a malignidade das células, que moldam a forma humana, nos aparece, como o «mal» próprio do homem, vinculado a causas primárias que têm de ser abordadas em termos mais especulativos que científicos.

Muito embora «ver para crer» seja a divisa da Ciência, é preciso aprender a duvidar com método das aparências.

Devemos orientar as nossas conclusões não só pelas informações aparentes colhidas nos laboratórios pelo empirismo enganador dos nossos sentidos, mas também pelas exigentes deduções de um raciocínio conduzido com rígida lógica, isento de exceções e contradições, livre de ecletismo e, sobretudo, sem sofismar as dificuldades.

E em Medicina afastamo-nos com frequência mesmo das leis e métodos científicos que nos obrigam a enquadrar o particular no geral; a parcela no todo. Por isso não notamos que estamos a estudar na Patologia aspectos também presentes na Fisiologia normal e que aqui desprezamos por menos evidentes.

Ficamos surpreendidos ao verificar a vulgar indiferença a que se votam as causas dos fenómenos normais de observação quotidiana, que só preocupam a atenção de profundos observadores e que não escaparam a CELESTINO DA COSTA ao sublinhar que «o problema de saber por que forma e por que causas se passa da organização tão simples, — pelo menos na aparência —, do ovo, à complexa organização do ser primitivo, tem sempre sido um dos problemas cruciais da Biologia».

Compreende-se assim que na carcinogénese tenhamos que meditar de preferência, não sobre a multiplicação desordenada da neoformação inflamatória ou tumoral, mas sim sobre esse admirável problema da ordenada proliferação do crescimento normal, do qual a transitória hiperplasia inflamatória e a irreversível neoplasia cancerosa, são simples corolário. Ao interpretarmos a ordem compreenderemos a desordem. O rótulo «normal» não deve servir de cómodo remate, nem de penumbra, a dificuldades não removidas.

É evidente que os fenómenos patológicos são um simples exagero da fisiologia considerada normal. Sabemos, sobretudo desde Claud Bernard, Broussais, A. Conte, etc., que doença e saúde, dor e prazer, não são situações tão diferentes quanto se

supunha. E a destreza precisa é uma tarefa impossível que ninguém conseguiu levar a cabo.

Todos os fenómenos vitais normais são afinal de índole inflamatória. São reacções de resposta do protoplasma aos estímulos irritativos do meio ambiente que vão progressivamente esgotando a economia orgânica em arrastada e dolorosa doença crónica de prognóstico fatal. Há uma manifesta identidade entre os fenómenos fisiológicos e patológicos, que diferem apenas na intensidade das suas manifestações. Tanto uns como outros se processam pelas mesmas funções celulares que constituem o próprio mecanismo da vida, como estranho síndrome geral da adaptação ao meio em que teremos de sucumbir.

Esses processos biológicos, por que se opera o sacrifício celular, são de três ordens fundamentais: exsudativos, proliferativos e alterativo-necróticos. E daí os dois grandes grupos da inflamação em exsudativa e produtiva, conforme o elemento predominante. Qual o significado destas duas expressões da doença inflamatória vital?

Os processos exsudativos presidem à nutrição individual. Estão na base de todos os fenómenos de assimilação e desassimilação, como violento embate entre o ser vivo e o meio ambiente. Entre a matéria viva e a matéria inerte, Entre a vida e a morte. Misterioso conflito em que a célula — o indivíduo efémero —, está implacavelmente condenado à derrota, sofrendo alterações degenerativas progressivas que conduzem à necrose. A vida normal de uma célula não passa, portanto, de uma enigmática situação patológica irremediável.

Os estímulos fisiológicos de ordem, física, química, animada e psíquica, não mantêm a vida; desgastam-na mas de uma maneira tão lenta que não atentamos nas consequências corrosivas que nos arrastam insensivelmente pelo caminho da morte. Não há propriamente adaptação ao meio. Há uma tentativa, sempre falhada, de acomodação aos seus estímulos nocivos cuja dor irritativa, por habituação, viciamos em prazer.

Quando a intensidade dos estímulos ultrapassa os limites considerados normais, torna-se então mais manifesta a sua agressividade. Os alimentos transformam-se em nefastos agentes patogêneos que, afinal, desencadeiam os mesmos fenómenos alterativos celulares mas num ritmo fisiológico acelerado. A diferença entre Fisiologia e Patologia está apenas numa questão quantitativa de ritmo, de tempo fisiológico, em que se processam as mesmas fases da doentia vida celular. Ritmo lento é saúde; acelerado doença. Afinal o mesmo fado fatal. Não há fundamentalmente uma reacção diferente, alérgica. Há só intensificação dos mesmos fenómenos inflamatórios vitais. Num caso a fago-

citose, a digestão, é fácil, agradável: imunitária e de tropismo polarizado pela habituação. No outro, uma indigestão de hipersensibilidade dolorosa. Mas em qualquer dos casos assiste-se ao desgaste celular dentro dos mesmos moldes qualitativos.

*

A traços largos resumimos o significado da inflamação exsudativa que já tivemos ocasião de analisar com mais detalhe noutros estudos críticos. Ocupemo-nos agora a interpretar a transcendência da inflamação proliferativa que nos ajudará a compreender melhor: 1.º — a diferenciação reprodutora de um novo indivíduo: a ontogenia; 2.º — a regeneração dos tecidos decrépitos e necrosados: a inflamação; 3.º — a neoformação maligna: a carcinogénese.

Enquanto as manifestações inflamatórias exsudativas traduzem a função nutritiva pela qual o indivíduo procura sobreviver como sustentáculo da espécie, a inflamação proliferativa representa o acto supremo da sua imolação a essa mesma espécie que, através da efemeridade individual, procura perpetuar-se ultrapassando o fosso da morte que devora o indivíduo. O sacrifício do adulto diferenciado para que ressurja um novo ser. O fruto sazonado que ao cair à terra fertiliza, cultiva o meio inerte em que tombou, para servir de seiva ao gérmen da nova planta a despontar da amêndoa.

E a tessitura somática do homem, como a de qualquer outro fruto maduro com o seu epicarpo, mesocarpo e endocarpo, está disposta com a mesma finalidade protectora das exigências do embrião. Está predestinada a desgastar-se em intranquilo dinamismo, para que o gérmen permaneça em estática imobilidade; sem tempo, através do tempo.

A efemeridade do indivíduo. A perpetuidade da espécie.

Como um fruto, podemos representar esquemáticamente o homem por um revestimento diferenciado em capas mais ou menos espessas (ectoderme e sua invaginação endodérmica), envolvendo a «magma reticulada», a massa amorfa mesenquimatosa. O conjunto forma uma série de camadas somáticas de matéria viva dispostas à volta do núcleo cromosómico germinal.

Este esquema serve para figurar a célula, o ovo, o feto, o homem, e até a própria humanidade: gama escalonada do mesmo problema biológico. Não há prioridade do ovo sobre o indivíduo nem vice-versa. O ovo já é um ser acabado, de tamanho infinitamente pequeno fora do alcance da curta bitola antropomórfica das possibilidades da nossa observação. Com o seu crescimento espacial no tempo, vai-se tornando apreciável a complexidade da sua arquitectura.

A membrana de revestimento intermediária às relações de intimidade entre o meio orgânico e o ambiente, em lugar do aspecto contínuo passa a mostrar-se dividida em sectores de permeabilidade funcional selectiva e cujo subtil comportamento se não submete às leis da difusibilidade que regem os fenómenos de osmose nos diafragmas inertes. É o maciço morular fragmentado em «mosaicos» protoplásmicos, como esboços rudimentares das futuras zonas funcionais diferenciadas: zona de revestimento cutâneo protector; zona neural; zona das emunctórias de excreção; e zona de assimilação, digestiva e respiratória, que constitui por assim dizer uma placenta cujas vilosidades se infiltram e implantam no meio cósmico e lhe sugam a seiva estimulante da vida. A lama cósmica a carnificar-se. A continuidade entre a matéria inerte e a protoplasma, A unidade tão apregoada por Hipócrates.

Toda esta camada superficial celular cerca a magma reticulada mesenquimatosa, em cuja parte central aparece a cavidade de segmentação blastular que se enche de secreções citoplásmicas.

Na metamorfose seguinte (gastrulação), do maravilhoso plano ontogénico, os diferentes sectores celulares são distribuídos segundo directrizes meticolosamente preestabelecidas. E, com o decorrer do tempo, tudo se passa como se os sectores mais delicados do revestimento, se invaginassem de maneira a ficarem melhor protegidos e a melhor arrumarem a sua grande área por espaços restrictos. Formam-se assim as cavidades de assimilação (digestiva e respiratória), e de excreção emunctorial, que não passam portanto de prolongamentos do meio externo no interior orgânico. O revestimento dos aparelhos respiratório e digestivo, encarregados do anabolismo, e o das emunctórias catabólicas, têm o mesmo substractum mesenquimatoso que o revestimento externo. A classificação em ectoderme e endoderme, tem apenas um carácter topográfico, não genético.

O «mosaico» cutâneo, protector, fica a envolver todo o organismo e sofre a evolução epidermóide para melhor suportar o contacto directo com as agrestes condições ambientais.

Toda esta estrutura de aparência complicada, respeita a simplicidade do esquema inicial, apenas com dimensões ampliadas. Despregado e desvirado o extenso plissado da invaginação endodérmica, teremos todo o monumental edifício orgânico devolvido ao esquema primitivo. Transformado de novo numa célula enorme, cercada por uma membrana fragmentada em sectores de funções diversas, que forra o maciço citoplásmico figurado pela magna mesenquimatosa. O núcleo dessa célula gigantesca é representado pelo pólo gonadal (testículo ou ovário).

Tudo parece passar-se como se, na primeira explosão mitó-

tica da célula originária, só parte dos fragmentos genéticos se aglutinassem em novo novelo cromosômico, formando o «gérmen», o núcleo, que alberga o semen destinado a reproduzir, por fecundação cruzada, um novo ser. Os restantes fragmentos — plasmagenes —, ficariam convenientemente repartidos pela substância citoplásmica mesenquimatosa, destinada a regenerar, por partenogénese virginal, as células diferenciadas das camadas superficiais. É o «soma» com a incumbência de assegurar a reparação reformadora dos contornos orgânicos, e a sobrevivência temporária do indivíduo.

Ficam assim extremados os campos, genético e somático, de um sistema em que o semen nuclear constitui perpétuo pólo germinativo estático, à volta do qual gravitam os efémeros elementos somáticos em permanente dinamismo de crescimento, como à volta da abelha mestra genética, se agita e vibra toda a colmeia de obreiras asexuadas.

A prodigiosa arquitectura humana fica, assim, reduzida a um enorme granuloma em que, mercê das suas amplas proporções, se torna patente a grande diversidade dos seus elementos. No centro a geleia mesenquimatosa formando um imenso e contínuo plasmódio, uma célula gigante embrionária, indiferenciada, não evoluída, que prolonga os seus pseudópodos em todos os departamentos orgânicos dos quais é, afinal, a matriz. O substractum, a camada geradora de qualquer órgão (o bolbo de um pêlo, a matriz da unha, a polpa de um dente, a medula dos órgãos hematopoiéticos, o esqueleto intersticial do pulmão, do fígado, etc.), é portanto um sector do mesênquima, morfológicamente semelhante em qualquer local, mas com uma grande plasticidade potencial de diferenciação orientada por centros energéticos específicos que são os plasmagenes. Os elementos diferenciados dispõem-se à periferia, constituindo as barreiras vivas (endoteliais e epiteliais), que mantêm, à custa de violento embate com o meio externo, a constância ideal do meio humoral, necessária à tranquilidade vegetativa do mesênquima somático em crescimento, e à perpetuidade do sono hibernar do núcleo genético cromosômico.

Quando os elementos periféricos, desgastados e envelhecidos, sucumbem na luta com o meio externo, de que aguentaram momentaneamente as inclemências, novos elementos surgem a colmatar as brechas deixadas em aberto pelas unidades derrotadas, num ciclo citomorfótico constantemente renovado e repetido: da geleia amorfa do plasmódio mesenquimatoso, destaca-se uma célula embrionária de aspecto indiferenciado que, depois de atingir a fase adulta, específica, degenera para a decrepitude que precede a morte.

Essa evolução está predeterminada por energias potenciais inerentes à célula. Não surge por adaptação ao meio cujos estímulos, de ordem física, química, animada e psíquica, sem especificidade, apenas despertam o potencial específico de diferenciação biológica preestabelecida para cada espécie. O facto é bem evidente no feto em gestação, provido de aparelho respiratório, digestivo, locomotor, sensorial, etc., inúteis na vida intrauterina. Tudo está teològicamente previsto para que na sua evolução, a larva humana, ao abandonar abruptamente a macia vida vegetativa do casulo materno, se encontre apetrechada para lutar com o inóspito meio exterior.

Parece-nos pois que, por este mecanismo, todas as células devem ser constantemente renovadas a partir da massa amorfa fundamental mesenquimatosa, que, na realidade, é a substância citoplásmica do zigoto inicial levedada e nutrida pelas suas ergonas, à custa dos materiais fagocitados no meio cósmico.

A reserva larvar mesenquimatosa encontra-se alojada na mais recôndita intimidade orgânica, no terreno intersticial difundido, sem interrupção, por todo o organismo. Explica-se a razão por que o tecido conectivo durante tanto tempo considerado como um tecido adventício, secundário, de preenchimento, esteja, sobretudo desde que METZCHNIKOF e ASCHOF apontaram a importância do sistema retículo-endotelial, a interessar a investigação. Esse tecido intersticial é afinal o verdadeiro meio interno, reticular, que alberga e sustenta o precioso viveiro mesenquimatoso, como manancial da existência individual. Não admira também que o tecido intersticial esteja a revelar-se um meio de unificação de tantas situações até aqui consideradas díspares (retículo-endotelioses, doenças do colagénico, linfogranulomatoses, mesenquimatoses). É de prever que toda a patologia venha a transferir-se para o mesenquima onde todos os órgãos têm as suas raízes; na sua massa amorfa fundamental diluir-se-ão os actuais conhecimentos de morfologia normal e patológica, que não passam de fases adiantadas da degenerescência alterativo-necrótica da doentia vida celular.

É para esse meio intersticial que, pròdigamente, toda a economia orgânica lança os últimos produtos da sua refinação metabólica, — a linfa sedentária —, como néctar pronto a ser transformado em energia vital, que mantém os elementos embrionários retoteliais em macia vida latente, sem desgaste celular, sem detritos. Se este granuloma orgânico responde aos estímulos irritativos habituais com um ritmo proliferativo lento, teremos a hiperplasia do estado considerado de saúde; afinal insensível doença inflamatória de desgaste crónico, arrastada, mas inexoravelmente progressiva.

Durante a infância e a adolescência a massa germinativa somática vai levedando, crescendo progressivamente, até atingir as dimensões definitivas do adulto em que o crescimento é equilibrado pelo desgaste. O pronúncio da decrepitude. A resistência do meio dominando já a «virulência» da célula gigante que o pretende invadir. Está terminada a neoformação do crescimento normal. Daí em diante todas as vagas proliferativas das obreiras asexuadas, oriundas e protectoras da geleia larvar mesenquimatosa, tombam, sacrificadamente, nas linhas periféricas.

A maturação somática traduz perturbação do meio interno e consequente sofrimento do mesênquima que, decadente, já não é capaz de embalar por mais tempo a quietitude do núcleo genético, onde desperta de novo a necessidade de segmentação proliferativa dos elementos encarregados da reprodução cruzada. O óvulo e o espermatozóide, abandonando a velha colmeia, recomeçam, como a abelha e o zangão, a sua viagem nupcial. Efêmeros instantes de quimérica liberdade criadora. Dentro de momentos o espermatozóide é devorado pelo óvulo. E o embrião cai de novo em preguiçosa letargia, encarcerado em remozada colmeia.

Na velha colmeia, esgotada ao fim de 60, 70 anos, a reserva germinativa do tecido intersticial individual, restará apenas o esqueleto fibroso (esclerose arterial, renal, hepática, cerebral, e tc.), a fibromatose invasora, um «fibroma maligno» mais ou menos generalizado como pronúncio da anquilose final de todas as funções.

Enquanto para a partenogénese do mesênquima somático, de embriogénese virginal, bastam as irritações traumáticas físico-químicas, inespecíficas, do meio, o potencial proliferativo do núcleo só acorda plenamente para a influência dos mesmos estímulos ambientes, depois de prévia irritação específica, fecundante, do espermatozóide que, além de actuar mecânicamente como qualquer outro agente estimulante externo, tem uma acção biológica específica. É o seu fértil suplemento cromosómico, genético, que vai potenciar a energia nuclear organizadora da célula, como misterioso átomo biológico característico para cada espécie.

E se o potencial proliferativo do óvulo é exaltado pelo seu «vírus» espermático, específico, que alterações revolucionárias a secreção do ovo fecundado impõe ao meio em que se implanta! O terreno materno é obrigado a adaptar-se de maneira a suprir todas as exigências nutritivas necessárias à germinação parasitária da vegetação «tumoral» enxertada metastaticamente na parede do útero.

E que ordem surpreendente preside à diferenciação desse gomo proliferativo, desse granuloma inflamatório, dessa vegetação tumoral reformadora de um novo ser para substituir o

indivíduo já desgastado, doente, a caminho de um fim inexorável. Vida nova a ressurgir dos seres em agonia de sacrifício à nova criatura. Tudo está providencialmente previsto e disposto para se reatar a ordem desse misterioso ciclo evolutivo necessário à perenidade da vida: nascer e crescer, para morrer.

Assim chega o feto a termo, alimentado pelo cordão umbilical como caule que tem as suas raízes placentares na economia materna, medianeira às trocas nutritivas do feto com o agreste meio ambiente no qual toda a vida protoplásmica bebe a seiva mortífera. Vivemos num meio impróprio em que é impossível uma adaptação ideal e em que o «gene» da espécie só perdura à custa de generoso desgaste dos elementos individuais da colmeia, empenhados em modificar o meio.

Cada indivíduo representa pois, um meio de cultura vivo ideal em que se perpetua, em hibernação natural, a vida latente do gene embrionário.

O gênio característico de cada espécie — o gene misterioso —, vai portanto muito mais longe que o talento de CARREL, na preparação do meio apropriado à conservação da vida, e ultrapassa quantos métodos da moderna hibernação artificial, procuram desconectar o indivíduo dos chocantes traumatismos do meio externo.

No granuloma, a que equiparamos o indivíduo normal, as vagas proliferativas, (tão evidentes por exemplo nos elementos figurados do sangue), sucedem-se em ritmo de tal maneira contínuo que o desgaste se torna insensível. Parecendo estáticos, todos os tecidos se encontram em constante renovação como qualquer fanera. Nada há de permanente no granuloma orgânico a não ser a célula gigante primária, o plasmódio mesenquimatoso, com a sua capacidade reformadora.

Se, por intensificação da agressão, a proliferação passa a realizar-se mais precipitadamente, teremos o ritmo vital classificado de inflamatório. Ao desgaste rápido operado por traumatismos mais violentos que os habituais, tem de corresponder um ciclo evolutivo celular mais acelerado que procura refazer o revestimento abrasado. Tornam-se portanto mais patentes as fases da citomorfose na organização do tecido de granulação reparador. É o granuloma reformador que se organiza à custa do viveiro mesenquimatoso do departamento orgânico atingido.

Assim se passa insensivelmente, por gradativa escala de estímulos, das vagas inaparentes da neoformação normal, à hiperplasia inflamatória granulomatosa.

Se esse granuloma aparece nas articulações, é o reumatismo essencial ou sintomático, conforme se conhece ou não o estímulo desencadeante. Se se forma na parede arterial, é a periarterite

nodosa. Muitas vezes organiza-se à volta de corpos estranhos, como o granuloma silicótico e tantos mais. E o granuloma infeccioso é, afinal, um granuloma como qualquer outro, em que o corpo estranho é um micróbio que tem a faculdade de se tornar mais numeroso, por multiplicação e pelas substâncias estranhas da sua secreção. Finalmente o granuloma maligno de Hodgkin-Sternberg estabelece a transição entre a proliferação inflamatória e a neoplásica, e a tal ponto que alguns autores preferem chamar-lhe sarcoma de Hodgkin.

Verificamos portanto que o granuloma é uma forma de reagir comum de todo o mesênquima, a qualquer estímulo irritativo interno ou externo, e se apresenta com uma estrutura sempre muito semelhante, sem especificidade, e tanto que, à falta de agente causal despistável, a destriça diagnóstica torna-se por vezes impossível.

Com estes factos o organicismo, com o qual os seus adeptos julgaram poder transformar a Medicina em Ciência exacta, sofreu violento abalo. A anatomia patológica já se não sente nada segura do critério dogmático das suas opiniões e reconhece de sobejo a sua incapacidade perante situações intermediárias mal caracterizadas.

Dominada ou eliminada a agressão irritativa, tudo volta ao lento ritmo proliferativo dedesgaste inflamatório normal. É o restituito. Mas se a massa germinativa micro-sómica específica local foi esgotada pela violência e profundidade do traumatismo, o tecido nobre do órgão atingido já não pode regenerar-se. Organiza-se então o tecido conjuntivo fibroso inespecífico que cimenta todas as cicatrizes.

*

As neoformações, normal e inflamatória, são pois ritmos diferentes do mesmo síndrome geral de resistência, que não de adaptação, do protoplasma às agressões do meio inadequado em que vivemos. São o próprio mecanismo da vida como conflito entre a matéria protoplásmica e a matéria do meio ambiente.

É a experiência, sacrificada e desgastada a lapidar as arestas do terreno, a ceder o lugar aos novos que continuarão o mesmo ciclo de serviço à Natureza, subordinando a sua independência ao «espírito» colectivo de colmeia que rege a espécie. É a única atitude possível de conveniência comum ao indivíduo e à sociedade em que está integrado. Na neoformação normal e hiperplástica inflamatória, toda a colectividade orgânica compartilha do sacrificio dos elementos que se batem nas fronteiras periféricas. Há uma íntima e mútua colaboração entre o indivíduo e a colectividade. Toda a economia orgânica se adapta, num sín-

droma geral de defesa, de intensidade vária conforme as circunstâncias, às condições das dificuldades individuais.

Esse síndrome geral de resistência tem, como centro unificador, a célula primária mesenquimatosa gigante — o indivíduo —, com todo o potencial biológico originário reservado nos seus genes nucleares e plasmáticos. A correlação com os restantes elementos diferenciados da colmeia orgânica, estabelece-se pelo sistema neuro-endócrino e capilar, segundo as actuais doutrinas integrativas defendidas por uma plêiade de investigadores em que sobressaem entre outros os nomes de REILLY, SPERANSKY, ROUSSY, MOSINGER, SELYE, LERICHE, etc., embrenhados nos obscuros sectores, mesenquimatoso, capilar, endócrino e neuro-vegetativo, que coordenam a fisiologia somática.

Esse síndrome geral de defesa da comunidade orgânica, encontra-se portanto à mercê do alarme nervoso e humoral desencadeado por qualquer célula em sofrimento, e transmitido por intermédio da sua sensibilidade irritativa, ou por meio das suas bioestimulinas. Esse síndrome de alarme tem a sede desencadeante em qualquer célula e não em departamentos orgânicos especiais como pretende SELYE.

O agremiado celular orgânico é um assombroso exemplar de uma sociedade anárquica ideal, de indivíduos independentes, em que, por extraordinário conhecimento instintivo, há um regime perfeito de entreatajuda sem necessidade de um governo distribuidor arbitrário de direitos. É uma comunidade de várias classes de tecidos, não em luta por direitos mas sim em íntima colaboração através de deveres bem compreendidos. Os deveres de um, são largamente retribuídos pelos deveres de todos os outros. Os direitos estão implícitos no dever cumprido. Não há, a bem dizer direitos. A vida rege-se pelo dever.

Como cúpula de toda a organização para, portanto, sobre a sociedade somática um conhecimento instintivo, uma «consciência» de colectividade que integra prodigiosamente todas as diferentes actividades individuais.

A maravilhosa colmeia que é o corpo humano, moldado pela massa compacta de uma infinidade de obreiras celulares, tem a sua admirável cibernética regida por forças estranhas à esfera da nossa percepção e compreensão. Há um ser autónomo dentro da nossa organização consciente e que procura escravizar a nossa vontade às suas inferiores necessidades instintivas. O homem pelo seu sector somático está, como qualquer outro ser, à mercê das imperiosas faculdades de conservação e dos cegos impulsos genésicos de reprodução, em que se baseia a doutrina de FREUD e de quantos super-homens nos pretendem reduzir à condição de animais comandados apenas pelas necessidades vegetativas. A lei

da selva. A inteligência degradada em servidão ao instinto. Inferior sistema de unificar o comportamento das actividades biológicas sem se atender a que, enquanto nos seres sem consciência da existência, os apetites estão disciplinados por um engenhoso determinismo, no homem, as faculdades inferiores dos sentidos, sem instinto suficiente para se autodeterminarem, correm o risco habitual de se tornarem insaciáveis.

A razão tem muito que meditar no humilhante confronto entre a perfeição social de certas organizações instintivas e o fracasso do esforço do homem para tecer a sociedade modelar que todos os sistemas racionalistas prometem em teoria, mas que na prática, só têm avolumado a labiríntica Torre de Babel.

É preciso aproveitar a lição natural e reconhecer que não se pode organizar essa sociedade ideal através dos direitos estabelecidos, sem critério, pelos homens escravizados, com apetites diferentes, à necessidade do mesmo prato de lentilhas. É lamentável que o homem não prescindia de um chefe que, de espada na mão, lhe marque arbitrariamente os limites de um privilégio — a Liberdade —, de que não sabe fazer uso.

O homem não deve estar, como os outros seres, acorrentado à sua condição instintiva. É uma criatura livre com a dignidade de traçar o seu destino guiado pela intuição superior do seu psiquismo, da sua consciência. É a única maneira de ser livre é viver deliberadamente sacrificado ao dever. Impossível o direito de disfrutarmos a vida indiferente ou, o que é o mesmo, em detrimento da dor alheia, de que nós médicos compartilhamos uma vida inteira sem lhe darmos remédio cabal.

Na realidade a dor é a determinante essencial da vida e o que constitui um enigma é a maneira como o homem irreflectido, e implacavelmente condenado à morte, consegue tornar em diversão os pesados encargos do calvário que precede a consumação da sentença. A vida é sofrimento. Não há a bem dizer prazer!

A satisfação com que a mãe aguarda as dores criadoras do parto e a alegria que desperta o primeiro vagido de dor, da vida que desponta: estranha ânsia de um perpétuo e angustioso regenerar de um ser efêmero. O sofrimento do brutal contacto do feto ao ser expulso do macio meio em que foi gerado; e como se vai resignando, em quotidiana agonia, ao ambiente inóspito do nosso planeta erizado de dolorosos espinhos irritativos, e desvirtuando em prazer o que inicialmente fora dor.

A desagradável acostumação aos vários alimentos de que vai carecendo a nossa economia orgânica, e o penoso esforço com que, mais tarde, teremos de trabalhar o pão de cada dia.

A facilidade com que tornamos em prazer os mais irritantes estímulos: as náuseas do primeiro cigarro; o asco da primeira



libação; o vômito da bebedeira inicial; o pesadelo por que começam os sonhos da morfina.

O masoquismo. O sadismo.

A angústia moral de ver o bem e praticar o mal.

O tormento mental do vão orgulho de desvendarmos os misteriosos segredos da Natureza.

A tortura da razão confundida e perdida, mesmo na parcela concreta do Universo, aparentemente contraditório para quantos, em tradicional obsessão, não desistem do vão propósito de tornar o mundo da dor e da doença, palco real do drama clássico da existência, em romântico paraíso em que, afinal, mesmo o primeiro contacto verdadeiramente criador de Adão e Eva, é sangrento, é doloroso.

Nasce-se com dor. Vive-se com esforço generoso. Morre-se em agonia.

Enquanto todos os demais seres vegetam no meio cósmico, sem problemas, inconscientemente escravizados a um determinismo instintivo, para o homem, com a superior consciência da existência, a vida terrena torna-se em angustiante e transcendente dilema a resolver a cada instante.

Em toda a escala biológica a dor e a morte constituem a dura lei natural do ser. A existência transformada num sacrifício que só é inconsciente para os animais inferiores, que lutam apenas pelas imposições instintivas sem a angústia espiritual dos problemas que atormentam o homem consciente de que na batalha está de antemão condenado a morrer.

É bem mais extraordinária, embora transcendente nas suas origens e finalidade, esta lei infalível que poucos preocupa, do que a excepção da desordem por que todos se interessam. Quando a desordem é o reverso da ordem. É a antítese necessariamente paradoxal de uma ordem indiscutível. A demonstração pelo absurdo. O caminho da verdade através das sendas falsas do erro: a reprovação, o «mal», o justo castigo que deve sancionar qualquer erro sem existência. A única maneira de, por contraste, obrigar a razão obstinada a guindar-se às esferas superiores do entendimento e aprender a contemplar a evidência da harmonia universal, cósmica, não caótica.

É na harmonia da Árvore da Infinita Sapiência da Natureza que toda a Ciência adquirida pelo homem, tem as suas raízes furtivas. Discutir e protestar essa Ordem Universal, é negar a Ciência. É aniquilar o homem: o tiro de Antero; a loucura de Nietzsche; a fúria do super-homem técnico-científico actual disposto, em demonstrativa exibição do seu poder negativo, a pulverizar a humanidade com a energia atômica da Criação. Desesperado por não saber criar e nem sequer reformar o mundo a

seu jeito, ao menos destruir. É bem justificada a maneira como CHESTERTON define um louco: o homem que perdeu tudo, menos a razão...

E se, mais comedidos em faculdades de ideação, aceitamos a ordem, mediocremente indiferente às suas origens, por que razão nos empenhamos tanto a discutir a causa da desordem maligna, natural corolário dessa ordem?

Será mais lógico meditarmos apenas no seu significado.

*

Quando o indivíduo celular ou humano, com a relativa autonomia de que disfruta, se revolta contra a ordem harmoniosa da sociedade a que pertence e se deixa conduzir pelos caprichos do seu egocentrismo, é a desordem, é o cancro, facilitado por aliciantes solicitações externas, ou por deficiências de correlação interna.

Enquanto na neoformação de crescimento normal, e de hiperplasia inflamatória, há uma lei inflexível a dar significado à efemeridade do indivíduo (obrigado a crescer com penoso trabalho e a multiplicar-se com dor, a sacrificar-se em luta com o meio eterno para perpetuar a vida da espécie, num esboço de ânsia de imortalidade que intuitivamente preocupa a nossa consciência), na neoplasia maligna há uma atitude deturpada pelo egoísmo de um individualismo mal compreendido.

Na neoformação cancerosa tudo se passa como se uma vez dominada a violência do traumatismo externo, ou a ele indiferente, os elementos combativos, de grande voracidade, encarregados da protecção orgânica, desprezando os seus deveres para com a sociedade (de que os direitos são simples consequência), esquecessem a desrespeitassem a lei orgânica. Bandeados com as agressões externas, passam a devorar parasitariamente o mundo interno, ideal a uma fácil nutrição, precipitando o desmoronamento do edificio social para morrerem mais cedo sob os escombros.

Assim se transita da neoformação do crescimento normal, à neoformação inflamatória e à neoformação tumoral, numa gama progressiva de ritmo proliferativo que, em qualquer das hipóteses, é doentio, é maligno, porque levará fatalmente à morte. É apenas uma questão de tempo.

Toda a célula considerada normal, é já uma célula viciada na necessidade dos estímulos nocivos do meio ambiente. É uma célula doente de transcendente mal hereditário, e com um destino fatal a que nem sempre se resigna. Solicitada por estímulos tentadores do meio ambiente que exaltem a sua tendência subversiva, a célula, em vez de aceitar a transcendente disciplina instintiva ou intuitiva, da colectividade a que pertence, recusa-se ao tra-

Novo!

EM NEUROLOGIA, PEDIATRIA,
CLÍNICA GERAL, GERIATRIA, etc.

COBENIL *

AZEVEDOS

FOSFATO DE ADENINA + VITAMINA B₁ *
+ VITAMINA B₁₂

* Aneurina activada pelo ião-pirofosfórico, em
meio adenosino fosfórico glicosado

APRESENTAÇÃO

Injectável:

- NORMAL
5 × 2,2 cm³.
- FORTE
3 × 3,3 cm³.
- FORTÍSSIMO
3 × 3,3 cm³.

Oral:

- XAROPE — Frascos com 100 cm³ para uso oral.

INDICAÇÕES

Adinamia neuro-muscular e cardíaca ★ Convalescenças ★ Astenia consecutiva ao uso de antibióticos ★ Neurastenia, nervosidade, instabilidade psíquica ★ Estados de desnutrição ★ Deficiências de crescimento e desenvolvimento das crianças e lactentes ★ Anorexia e astenia dos velhos e crianças ★ Dermatoses seborreicas ★ Neurodermites e certos eczemas ★ Dermatites de contacto ★ Urticária crónica ★ Lupus ★ Zona ★ Esclerose em placas ★ Nevrites ★ Nevralgias do trigémio ★ Polinevrites diversas ★ Osteoartrite e osteoporose ★ Hemicrânia ★ Hepatopatias ★ Perturbações da gravidez: vômitos, hiperestésias, etc.

LITERATURA DETALHADA E AMOSTRAS PARA ENSAIO À DISPOSIÇÃO DOS EX.^{mos} CLIENTES



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

* Este mesmo produto estava anteriormente à venda sob a designação de COBENAL.

Melhora do estado de saúde
físico e psíquico,
Aceleração da vivacidade
espiritual

pelo

OPTARSON

Indicado nos estados de esgotamento da convalescência, nas anemias secundárias, nas perturbações e fraqueza circulatórias e nervosas, também naquelas que se baseiam nas enfermidades ginecológicas.

Administração:

de 2 em 2 ou de 3 em 3 dias,
1 ampola subcutâneamente

Embalagem original:

Caixa com 12 ampolas de 1 cm³



Bayer« Leverkusen, Alemanha

Representante para Portugal:

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

balho de uma evolução extenuante ao serviço da espécie e permanece num primarismo embrionário parasitando, destrutivamente, a sociedade a que pertence.

É um elemento desvairado, sem programa, e que, como o homem que simboliza, teve a vã pretensão de viver soberbamente, fora do imperturbável plano da Natureza.

Dentro desta lógica ordem de ideias, qualquer tecido normal é, afinal, um tecido doente que representa um tumor em potencial, cuja transformação maligna depende da maior ou menor resistência constitucional que ofereça às instigadoras solicitações do meio.

É a noção do estado zero do tumor, apontada por muitos autores e que não escapou a GALENO ao classificar as neoformações em tumores segundo a Natureza (seios na puberdade, útero na gravidez); tumores que ultrapassam a Natureza (calo ósseo); e tumores contra a Natureza — o cancro.

A maneira genial como GALENO dispôs o problema, mostra-nos que entre a neoformação normal, a regeneração proliferativa hiperplástica dos tecidos destruídos patologicamente e a proliferação maligna, não há limites. E nas actuais investigações torna-se cada vez mais manifesta a dificuldade em estabelecer a diferença entre hiperplasia tumoral e não tumoral, visto que entre os extremos bem caracterizados há uma série de situações intermediárias de transição insensível.

Não há, portanto, diferenças cito-químicas qualitativas entre a célula neoplásica e a normal. O relativo atipismo metabólico e morfológico, já são aspectos tardios da doença vital.

Nesta transição insensível do normal para o anormal, como aspectos da mesma patologia teratológica, os agentes etiológicos também devem ser sempre os mesmos e de ordem física, química, animada e psíquica, classificados num caso como alimentos, noutro como agentes patogêneos, e por último como cancerígenos. São sempre os mesmos estímulos irritantes do meio externo e interno e do transcendente mundo espiritual, inerentes à fatalidade da vida, em lenta e quotidiana agonia.

Está por demais demonstrada a cancerização provocada pela degenerescência celular de uma proliferação inflamatória prolongada. E se os processos inflamatórios regenerativos podem, por excesso, degenerar em cancro, é evidente que os agentes patogêneos vulgares são também os responsáveis pela cancerização secundária.

Hipertrofiando os conceitos não é despropositado afirmar-se que toda a patologia é precancerosa e não há dúvida que são muitos os casos de tumores enxertados em fistulas, úlceras, cicatrizes, quelóides, lesões sifilíticas, micóticas, tuberculosas, pro-

cessos pneumoconióticos, etc., etc. De modo que além dos agentes físico-químicos de vária ordem, do meio externo e interno, (luminosos, caloríficos, radioactivos, certos hidrocarbonados, parafina, bioestumúlias e ergonas diástases, vitaminas e hormonas, aminas aromáticas, arsénio, crómio, uretano, glucose, etc., e mesmo de factores psíquicos que hoje tanto pesam nas alterações somáticas e de que é flagrante exemplo a úlcera péptica (com frequência precursora do cancro), qualquer irritação infecciosa crónica é capaz, em terreno susceptível, de degenerar em tumoral.

Não há dúvida que estes processos tumorais enxertados em processos inflamatórios desta ordem, têm no fundo uma patogenia infecciosa indirecta. Mas há vírus, de ROUS, de SHOPE, de BITNER, com os quais em animais inferiores se provocam respostas cancerosas directas. E no próprio homem há um tipo de verruga conhecido por «Molluscum contagiosum», que é um epiteloma benigno provocado por um vírus transmissível.

Se são inúmeros os factores do meio interno e externo, de ordem biológica e físico-química, capazes de desencadear a propensão constitucional potencial à malignidade, porquê se defende em certos sectores a necessidade de um vírus exógeno específico responsável pela cancerização, sobretudo na nossa época em que, como aponta MARAÑON solidarizado com as doutrinas unitárias, integrativas, do neo-hipocratismo actual, um sistema de defesa inespecífico tende a substituir o reportório das etiologias específicas tradicionais?

E não estão os enigmáticos genes nucleares e os plasmagenes, que comandam especificamente o crescimento normal, equiparados a vírus endógenos? Caímos em plena teoria genética dos tumores para a qual se inclinam outras correntes doutrinárias que pretendem relacionar o cancro com factores hereditários.

É inegável que toda a fisiologia normal, inflamatória e tumoral, está subordinada a esse misterioso «vírus» genético, esse quanto de energia nuclear que só perdura à custa do edifício somático protector que organiza à sua volta. Esse terreno constitucional transmissível por herança, conta em todos os campos da Biologia. Não repugna, pois, aceitar a sua influência na predisposição cancerosa. Mas já se vê que, nas teorias genéticas, os problemas continuam em aberto e apenas deslocados para um campo imaginário de meras abstracções hipotéticas, visto que as próprias noções de gene são conceituais.

O individuo é, portanto, apenas um cropúsculo de energia cósmica, transformada e condensada protectoramente à volta do centro genético. Pelo extraordinário e específico poder transformador e organizador do gene, a matéria inerte é transformada em protoplasma; em actividade biológica, de um ritmo mais pró-

ximo da tranquilidade eterna, da imobilidade do movimento absoluto, por que anseia o espírito humano.

O gene é o poderoso «grão de mostarda» que fermenta o barro terreno em protoplasma. É o manancial de inesgotável energia que desloca misteriosamente os átomos da matéria inerte, das órbitas da sua actividade rigidamente traçadas pelas leis mecânicas, para as caprichosas trajectórias biológicas reguladas, em toda a escala protoplásmica, por leis instintivas surpreendentes e insondáveis. A «virulência» dos genes imutáveis, contra a «resistência» do meio.

Neste conflito sem tréguas muitas espécies baquearam pelo caminho, mas as outras têm conseguido sobreviver, e a mais virulenta — o homem —, quase cobre todos os recantos da crusta terrestre com o seu protoplasma. A humanidade dispõe-se à volta da gotícula de lama do seu planeta, perdido na imensidade cósmica, como os elementos celulares do granuloma envolvem e fagocitam o corpo estranho do seu centro, mas em distribuição desorientada e em revolucionária actividade. Que lastimoso aspecto oferece a humanidade destroçada, autêntico granuloma atípico, arbitrário, dentro da sinfonia universal!

O problema da desordem como o da ordem natural, é transcendente na sua essência e do mesmo carácter fundamental tanto no gene como no homem. Não precisamos de sair da escala humana para o sondar e procurar resolver.

*

Esta longa peregrinação pelos panoramas unitários do conhecimento, obriga-nos a reconhecer que individuo e meio, semente e terreno, célula e humor, são o binário inseparável do conflito vital. Dois aspectos parcelares da mesma unidade. E nem a Ciência sabe o que é matéria, nem a Biologia o que é vida. Estes problemas fundamentais continuam a furta-se à curiosidade da investigação que, no seu exaustivo esforço, só tem conseguido deslocá-los da escala telescópica para a ultramicroscópica, sem os decifrar.

É necessário não esquecer que a nossa Ciência é um conhecimento pejado de verdades, mas sem Verdade. É uma Ciência alheada das primeiras causas. Logo uma Ciência relativa a pre-conceitos, a pre-juízos. Prejudicada portanto. Está limitada a observar e a descrever fenómenos relacionados com as causas próximas, segundas. É uma Ciência secundária, aparentemente despreocupada dessas raízes remotas fundamentais, fora das quais os problemas não têm solução. Simples posição prática, técnica, de aproveitamento da sabedoria da Natureza, alienada do seu significado.

Do esquecimento desta sua precária condição resulta o erro tradicional da «douta ignorância», na sua absurda pretensão de racionalizar todos os mistérios da Natureza; do seu soberbo propósito de encarcerar o infinito, dentro do seu cérebro tornado onisciente. Só os filósofos sinceros, verdadeiros amigos de saber, têm, perante a Sabedoria inteligente que ressuma como revelação de todo o Cosmos, o privilégio de deprezarem humildemente a vazia dialéctica do seu verbo criador de mitos, e confessar sem rodeios: «não se sabe nada!»

Consequências da anarquia neoplásica a nível do pulmão

Comentada a ampla doença vital que engloba nos seus aspectos quantitativos as neoformações, da vida normal, da regeneração inflamatória e da proliferação neoplásica, deixemos este apaixonante sector especulativo das origens primária as dos problemas e passemos à parte descritiva, mais interessada com as consequências em si do que com as suas causas. Passemos pois às noções práticas.

Interessa-nos em particular a localização pulmonar primitiva do cancro que, outrora considerada rara, se tornou hoje uma situação de apavorante trivialidade.

Pese a quantos se empenham em demonstrar o contrário, a impressão que todos colhemos de um progressivo alastrar do flagelo deve corresponder a uma dura certeza. Afirma-se, em regra, tratar-se de um fenómeno mais aparente que real explicado por factos de vária ordem: aumento das populações; exames radiológicos sistemáticos das colectividades com extensão da assistência médica a maior número de beneficiados; maior prática de autópsias; ter-se verificado a origem pulmonar de muitos tumores que se julgavam localizações pleurais e mediastínicas; diagnósticos mais precisos por melhores meios de exploração; e maior interesse que passou a tomar a necessidade de um despiste oportuno do cancro, em face de promissórios horizontes abertos pela cirurgia torácica para uma localização que, em tempos nada remotos, era considerada sem remédio.

Apesar de todos estes factores que contribuem para um acréscimo relativo do cancro pulmonar, um grande número de estatísticas não permite dúvidas quanto a uma importante parcela de valor absoluto a concorrer para agravar as percentagens. Pesado preço a onerar os êxitos sanitários conseguidos noutros sectores. O homem está condenado a morrer e, atenuada a agressão das doenças infecciosas por melhor protecção da sociedade à virulência bacteriana e sobretudo pela nossa revolucionária era antibiótica, as enfermidades degenerativas, de desgaste fisioló-

gico normal operado pelo tempo, aparecem a sobrecarregar a Patologia. O nível médio de vida, sobe. Eleva-se o número de pessoas idosas a justificar o recente sector da patologia da velhice — a Geriartria. Não admira que se atinja com mais frequência a idade do cancro.

Por outro lado o rápido progresso industrial da nossa era mecanizada, deve também estar a concorrer para criar condições atmosféricas perniciosas a que o aparelho respiratório, em directo contacto com o ar ambiente, não estava acostumado.

a) *Anatomia patológica*

Os tumores do pulmão podem surgir, como em qualquer outro órgão, em função dos vários materiais da sua estrutura histológica e da idade citomorfótica em que esses elementos sofrem o desvio evolutivo tumoral. E como no aparelho respiratório há representação de quase todos os tecidos orgânicos, podemos encontrar no seu parênquima uma grande variedade de tumores.

<i>I — Tumores</i>	}	<i>Benignos — Adenomas</i>	}	<i>Vegetações polipoides</i>
<u><i>epiteliais</i></u>				<i>Cistadenomas</i>
	}	<i>Malignos — Carcinomas</i>	}	<i>Epidermoides</i>
				<i>Adenocarcinomas</i>
				<i>De pequenas células redondas</i>

<i>II — Tumores derivados</i>	}	<i>Benignos</i>	}	<i>Fibromas</i>
				<i>Lipomas</i>
<u><i>do tecido conjuntivo</i></u>	}		}	<i>Mixomas</i>
				<i>Condromas</i>
				<i>Osteomas</i>
				<i>Malignos — Sarcomas</i>

III — Tumores de tecido muscular liso — *Leiomiomas*

IV — Tumores vasculares } *Angiomas*
 } *Linfangiomas*

V — Tumores de elementos nervosos } *Neurinomas*
 } *Gliomas*

São geralmente extrapulmonares e situados no mediastino posterior, nervos intercostais e outros tractos nervosos.

VI — Desembriomas } *Hamartomas*
 } *Quistos dermoides*

São tumores congénitos de estrutura complexa de tecidos múltiplos (cartilágneo, mixoide, adiposo, muscular, epitelial, etc.).

Os tumores mais diferenciados crescem apenas localmente, sem se infiltrarem nos tecidos vizinhos, dos quais se mantêm separados por cápsulas embainhantes. São processos locais, relativamente benignos, que se desenvolvem afastando os territórios contíguos. Os de elementos mais jovens são no geral malignos. Invadem os campos locais e regionais e propagam-se mesmo a distância pelas vias linfáticas, sanguíneas e outros meios canaliculares, por enxertos metastáticos.

Registe-se, no entanto, que o problema das localizações múltiplas é ainda susceptível de outra explicação. É indiscutível que, em determinadas circunstâncias, as diversas localizações orgânicas, simultâneas ou consecutivas, estão mais na dependência de uma predisposição geral do mesênquima, do que na implantação a distância de células neoplásicas migratórias. As causas desencadeantes da proliferação maligna de um território, podem actuar da mesma maneira em qualquer outro departamento orgânico e com as mesmas consequências nocivas.

b) *Semiologia*

Digamos desde já que não há sinais característicos, nem testes laboratoriais ou radiológicos próprios de neoplasia, e as fases iniciais, que mais interessam à terapêutica, são silenciosas. O problema diagnóstico neste primeiro período surge, no geral, através de um exame radiológico fortuito ou de cadastro. A sintomatologia manifesta-se mais tarde de uma maneira insidiosa e tende a ser minorada tanto pelo doente como pelo médico. É mesmo quando mais aparatosa encontra-se muitas vezes larvada por afecções respiratórias crônicas (bronquite de fumador, antigos asmáticos, abcessos crônicos, formas arrastadas de tuberculose, etc.), com os quais podem estar inclusivamente associados ou ser consequência.

O quadro semiótico estabelece-se em função de perturbações locais, de extensão regional, de propagação metastásica distante, e de ordem geral.

Nas manifestações de ordem geral encontra-se uma sintomatologia vaga de um quadro frio arrastado, com astenia, anorexia, emagrecimento, fadiga fácil. Convém no entanto ter sempre presente o facto corrente do cancro pulmonar ser, durante muito

tempo, condescendente com um estado flórido e até melhorável com regime e terapêutica adequada.

Por vezes registam-se febrículas, e mesmo temperaturas elevadas, por processos infecciosos secundários ou associados, ou por distermias centrais.

Não é raro o hipocratismo digital, vulgar em tantas outras pneumopatias e a que se somam, em alguns casos, os restantes elementos do síndrome reumatóide da «osteoartropatia hipertrófica pneumónica» (Bamberger-Marie), com dores e tumefacção articulares, hipertrofia das epífises e periostite embainhante, atribuídas por uns a perturbações tóxico-infecciosas, por outros a distúrbios anóxicos e por alguns a um fundo desendócrino.

Se há metástases distantes, exteriorizam-se pelo sofrimento próprio do órgão atingido.

Os sintomas de ordem regional e local dependem da região pulmonar interessada e do sentido dominante que toma a invasão tumoral.

Os corticais tendem a propagar-se centrifugamente para a pleura e parede torácica, e quando localizados ao apex apresentam com frequência as características descritas por PANCOAST. Os hilares atingem os grossos brônquicos e propagam-se para o mediastino. Os centropulmonares crescem em plena massa parenquimatosa, mais silenciosamente.

Prevê-se, segundo a sede do tumor e sua propagação, qual seja a sua expressão clínica.

As dores superficiais ou profundas, irradiação para o membro superior, opressão retroesternal, denunciam a invasão tráqueo-brônquica, do mediastino, da pleura, dos nervos intercostais, do plexo braquial, etc.

A irritação da cadeia simpática correspondente, dá lugar ao síndrome de CLAUD BERNARD-HORNER (diminuição da fenda palpebral por abaixamento da pálpebra superior e ligeira elevação da inferior, retracção do globo ocular, miósis, e perturbações vaso-motoras e de sudação, da pele da face).

Em alguns casos verifica-se paralisia diafragmática por alterações do frênico e voz bitonal por irritação do recorrente. A compressão dos vasos dá origem a edema e cianose, regionais. A disfagia surge por compressão ou extensão do processo ao esófago. Quando deparamos com estes sinais regionais ou metastáticos distantes, o diagnóstico não oferece dificuldades, mas também já não tem interesse terapêutico. São índices sombrios de propagação que, em regra, denotam estar ultrapassada a oportunidade operatória.

A sintomatologia local, propriamente pulmonar, manifesta-se sobretudo em função da compressão e obstrucção brônquica, que

ocasionam perturbações de ventilação e de drenagem, com os correspondentes fenómenos de atelectasia, enfisema, bronquiectasias, infecção secundária e dispneia, que são vulgares em qualquer pneumopatia. A dispneia surge ainda por restrição do campo respiratório inutilizado, shunts circulatórios e derrames pleurais. De início fruste, toma por vezes o tipo asmatiforme e por fim torna-se contínua. Se há tosse, é de todos os tipos, mas no geral irritativa e desproporcionada às necessidades expulsivas. A expectoração é muco-purulenta, com frequência hemoptóica. Não são raros acidentes hemoptóicos mais copiosos.

Os sinais estetoscópicos são discretos ou incaracterísticos e outro tanto acontece com a palpação e a percussão. Nalguns casos auscultam-se, roncos, sibilos, estridor, pieira, a denunciarem alterações brônquicas.

A representação radiográfica varia conforme a fase evolutiva do tumor, sua localização e extensão, alterações secundárias locais (cavitação, bronquiectasias, enfisema, atelectasia, pneumonite), e de invasão dos terrenos vizinhos (gânglios, pleura diafragma, parede costal, mediastino). Podem esquematizar-se em três grupos: nodulares circunscritas e variáveis em número e em tamanho; pneumónicas difusas de contornos esbatidos; e cavitárias. O que equivale quase a dizer que qualquer imagem anormal pulmonar, pode ser um cancro, e nos obriga, no diagnóstico diferencial, a pensar com mais frequência na hipótese tumoral.

Por razões óbvias é de boa prática não desprezar o exame radioscópico em diferentes incidências.

À tomografia interessa sobretudo a região tráqueo-brônquica. Põe em evidência desvios canaliculares, estenoses, deformações das paredes e dos esporões de bifurcação e massas ganglionares, susceptíveis de escapar à radiografia.

A broncografia é pouco demonstrativa.

A broncoscopia elucida-nos sobre a mobilidade, calibre, e desvios canaliculares por causas extrínsecas. Mostra-nos alterações intramurais (granulomatosas, ulcerativas ou vegetantes). Faculta-nos a recolha selectiva de secreções que ressumam dos locais suspeitos, e a biopsia das formações patológicas acessíveis.

A biopsia por punção transparietal aspirativa caiu em desuso. É perigosa por acidentes traumáticos vários (roturas da pleura, hemorragias, embolias), pelo risco de dessimação de células tumorais, ou de material infectante sobretudo em casos de tuberculose, quisto didáctico, colecção purulenta, e possibilidade de informações erradas por serem atingidos processos inflamatórios secundários ou associados e não o núcleo tumoral.

Há quem preconise a instituição sistemática do pneumotórax quando se põe um diagnóstico de probabilidade de cancro.

Octinum D

Frasco com 10 gr. de líquido
Caixa 5 ampolas de 1,1 c. c.



Antiespasmódico de acção
miotrópica e neurotrópica

Sarone «Knoll» de Paracodina

Frasco com 100 gr.

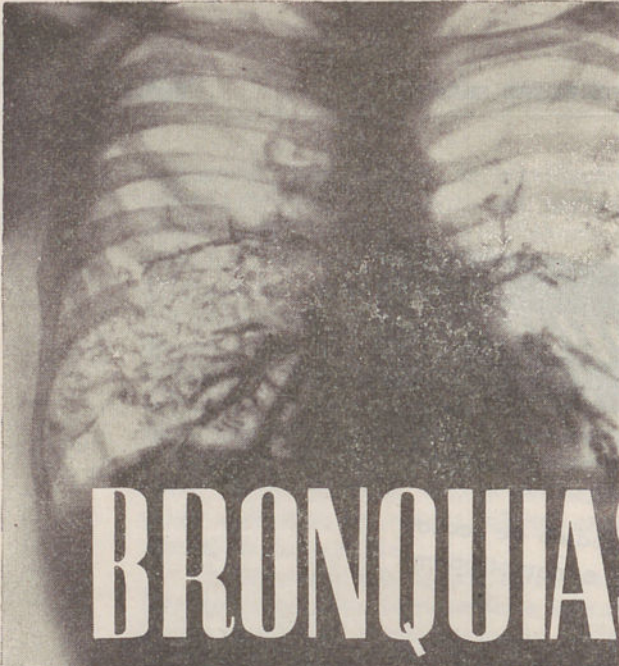


Nas tosse e irritações tussígenas
de qualquer etiologia. Especialmente
recomendável para crianças



KNOLL A.-G.

Fábricas de Produtos Químicos · Ludwigshafen/Reno · Alemanha
Representantes: August Veith, Herdeiros · Avenida da Liberdade, 42-Lisboa



TERAPÊUTICA
DAS VIAS
RESPIRATÓRIAS

BRONQUIASMOL

"SCIENTIA"

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

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

ÛNGUENTO BALSÂMICO: Nesta forma farmacêutica a associação de ESSÊNCIAS VOLÁTEIS e alguns **revulsivos ligeiros**, veiculados por um **excipiente hidro-solúvel**, permite a utilização dum medicamento de aplicação externa, quer em todos aqueles casos em que não seja de aconselhar outra via, quer como complemento de outra terapêutica.

EMBALAGENS: Xarope — Frascos de 190 grs.
Injectável — Caixas de 6 ampolas 2 cc.
Ûnguento — Bisnagas de 50 grs.

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO "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.)



O colapso instituído dias antes da intervenção, serviria para adaptar previamente o sistema cárdio-respiratório à supressão de um pulmão, e permitiria colher mais alguns elementos informativos por pleuroscopia. Por endoscopia verificaremos depois se o tumor é intra ou extrapulmonar; se a pleura na zona interessada se apresenta com as umbilicações características, rodeadas de bolhas salientes de enfisema e de sectores atelectasiados, e se há propagação à pleura parietal. São interessantes elementos de valor diagnóstico e de prognóstico, pois se existem sinais de extensão extrapulmonar escusamos de levar mais longe a exploração: o diagnóstico de cancro e sua inoperabilidade, é categórico.

Nos exames laboratoriais pesquisam-se células neoplásicas na expectoração, ou no material colhido por aspiração broncoscópica. É uma prova muito falível e é preciso não esquecer a eventualidade referida por JACKSON, BERTOLI e ACKERMAN, de lesões pulmonares de natureza inflamatória, tais como tuberculose, bronquiectasias, pneumonia lipóide, abscesso pulmonar e mesmo a simples bronquite, serem capazes de originarem alterações celulares que se assemelham de tal maneira às das células tumorais que impuseram operações de exérese em casos em que, o diagnóstico de cancro, não foi depois confirmado pelo exame histológico da peça ressecada.

O exame citológico dos exsudatos pleurais também não deve ser desprezado. O carácter hemático e as células neoplásicas são sinais de grande valor informativo.

O quadro hemático não é significativo. Verifica-se tendência para anemia e leucocitose moderada.

Na velocidade de sedimentação sanguínea é vulgar encontrarem-se índices elevados.

E já se vê que os exames laboratoriais de expectoração, sangue, reacções biológicas apropriadas, culturas, etc., convenientemente orientadas, nos darão preciosos elementos para eliminar outras hipóteses de diagnóstico diferencial, a estabelecer sobretudo com: pneumonites crónicas, gordas, de Friedlander, com tuberculose, sífilis, micoses, pneumoconioses, quisto hidático, abscesso pulmonar, bronquiectasias, pleuresias, enfartes pulmonares, aneurismas, adenopatias (linfosarcoma, Hodgkin-, leucemia).

E quantas vezes apesar de tão variados recursos de uma exploração exaustiva e de uma tão abundante documentação técnica, chegamos até aqui com dados insuficientes para um diagnóstico indiscutível de cancro.

No entanto, por exclusão de partes, será a hipótese de mais probabilidade, sobretudo se o processo se não modificou com os tratamentos de prova, com a medicação etioarópica dirigida às várias hipóteses etiológicas.

Se a probabilidade de cancro continua de pé, e se se prevêem condições oportunas de operabilidade, temos de apelar para o derradeiro recurso: a toracotomia exploradora, só justificável como tempo preliminar de uma ressecção provável, que nos permitirá explorar as características macroscópicas e histológicas (por biopsia directa e imediata), e nos ajudará a esclarecer o diagnóstico etiológico e de operabilidade e a delimitar a extensão da mutilação parenquimatosa que, no caso do cancro, tem que ser necessariamente larga.

E para concluir não queremos deixar de referir os casos já mencionados em que o juízo definitivo só foi possível perante o exame da peça ressecada que nem sempre confirma o diagnóstico de neoplasia...

c) *Tratamento*

No que respeita a terapêutica, as nossas possibilidades são restritas.

Sabemos que os tratamentos cirúrgicos obrigam a mutilações largas e que não passam de medidas sintomáticas. As causas de fundo neuro-endócrino e as dependentes do terreno mesenquimatoso propenso à degenerescência, mantêm-se prontas a provocarem novo foco em qualquer outro departamento orgânico, dentro dos seis a oito anos de pena suspensa.

A destruição *in loco* por substâncias químicas, ou por meios físicos (RX e Rádio), tem-se mostrado, quando muito, paliativa. É nociva para a demais células orgânicas e as células neoplásicas cedo atingem a resistência.

Visto que as células são seres microbianos cuja proliferação é estimulada e inibida por substâncias orgânicas, há muito a esperar de um melhor conhecimento da fisiologia neuro-vegetativa, endócrina e mesenquimatosa, e sabemos já como as metástases dos tumores da esfera sexual, cedem à terapêutica hormonal adequada.

E dentro do regime de biose e antibiose, que afinal também impera na nossa economia orgânica, há investigadores interessados em descobrir um produto micótico, citostático da proliferação oncogénica. E nos fins do ano passado a opinião médica foi alvoroçada com a notícia de ter sido isolado esse produto. Refiro-me à Actinomycin C «Bayer» que infelizmente não justificou as esperanças que suscitou.

LABORATÓRIO DE HEMODINÂMICA DA FACULDADE
DE MEDICINA DE COIMBRA

Director: Prof. JOÃO PORTO

Contribuição dos recentes estudos de hemodinâmica para os progressos da patologia e da clínica ⁽¹⁾

por ANTÓNIO JOSÉ C. DE AGUIAR

Não será nossa preocupação, no pouco tempo de que dispomos para tratar este assunto, informar V. Ex.^{as} da solução ou mesmo do enunciado de todos os problemas que os estudos actuais sobre dinâmica circulatória colocam ao nosso espirito. Seria tratar as questões com atenção muito inferior àquela que nos deve merecer, se pensarmos nos dados clínicos e fisiopatológicos que por elas podemos colher. O melhor que podemos realizar é chamar a atenção para este ou aquele capítulo, para este ou aquele fenómeno esclarecido por este processo, enfim e especialmente tentaremos mostrar quanto estes estudos são indispensáveis para avaliar da possibilidade de intervenção cirúrgica cardíaca.

De facto, desde que a cardiologia deixou de ser uma especialidade puramente médica, se, por um lado, auferiu deste facto grandes progressos terapêuticos, não é, também, menos certo que assistiu a um acréscimo extraordinário das exigências de observação clínica. Se folhearmos, mesmo com superficialidade, os trabalhos dos vários autores, veremos que constitui opinião unânime e sempre seguida, a impossibilidade que o cirurgião tem de realizar neste capítulo aquilo a que se chama «cirurgia exploradora». Esta expressão, tão usada em cirurgia geral, não pode ter aceitação em cardiologia. O doente que vai para a sala de operações, tem que ir acompanhado duma história clínica minuciosa, onde o diagnóstico seja incontestável e onde as condições fisiopatológicas particulares estejam tão esclarecidas quanto possível. Só nestas condições o cirurgião pode intervir porque só assim tem possibilidade de garantir um êxito final. Não queremos de algum modo afirmar que os estudos de hemodinâmica, através

(¹) Palestra apresentada ao XVII Curso de Férias da Faculdade de Medicina em 1-7-954.

especialmente do cateterismo cardíaco, são só por si suficientes para alcançar aquele objectivo; não, a observação clínica não cede com facilidade o seu lugar a favor de qualquer processo de observação laboratorial, o que aqui, como sempre, constitui uma verdade; mas também não é menos verdade que o cateterismo das cavidades cardíacas pode ser um método decisivo para apreciação das condições fisiopatológicas de cada caso, pela multiplicidade de elementos de juízo que nos pode fornecer. É sobre este último ponto que falaremos com mais insistência, não porque se possa considerar novo, mas talvez porque só nos nossos dias atingiu um desenvolvimento tão considerável que constitui objecto de investigação por parte de todos os centros de cardiologia mundiais.

I — O CATETERISMO DAS CAVIDADES CARDÍACAS

Consiste o cateterismo intracardiaco na introdução duma sonda dentro das cavidades cardíacas e grossos vasos do mediastino a partir duma veia superficial da flexura. É uma operação simples e inócua na imensa maioria dos casos, desde que se ponham em prática todos os meios que temos ao nosso alcance para eliminar as causas de erro, acidentes ou complicações.

A) *Técnica do cateterismo*

O cateter empregado é normalmente o de Cournand n.º 8, opaco aos Raios X, cuja extremidade é levemente encurvada, com o fim de facilitar a sua progressão dentro dos troncos venosos e cavidades cardíacas. A veia a escolher deve ser a veia basilica esquerda. Com efeito, com a introdução do cateter pelo braço esquerdo, devido à curvatura interna das suas veias, o progresso da sonda torna-se particularmente favorável. A veia cefálica é sempre mais superficial e, a nível da espádua, descreve uma curva bastante brusca, pelo que não deve ser escolhida. Não quer isto dizer que o cateterismo não seja possível a partir doutras veias; muitos autores empregaram a veia jugular anterior e nas crianças a safena interna a nível da sua crossa permite com facilidade explorar o ventrículo direito e a artéria pulmonar.

Uma vez escolhida e referenciada a veia, isola-se convenientemente o campo operatório depois de se ter realizado uma conveniente desinfecção da flexura e do cotovelo. A anestesia faz-se empregando uma solução de novocaína a 1%; com o bisturi faz-se uma pequena incisão de 1 a 1,5 cm, sobre o trajecto da veia e com uma sonda canelada liberta-se e exterioriza-se o

referido vaso. Sob este, são agora passados dois fios de cut-gut, tão afastados quanto possível, para com o mais inferior laquear imediatamente o topo venoso distal, enquanto que o topo proximal só será laqueado depois de retirada a sonda e terminado o cateterismo. Isto realizado, a sonda é introduzida através duma pequena abertura transversal que, com uma tesoura de bicos finos se fez na parede venosa anterior.

Colocado o *écran* radioscópico em devida posição e funcionamento, podemos seguir o trajecto da sonda até ao coração, enquanto tracionamos aquela no sentido da raiz do membro. Nestas condições e desde que não tenha havido qualquer dificuldade, são fácilmente abordados a aurícula direita, o ventrículo direito e a artéria pulmonar, assim como o seu ramo direito e o capilar pulmonar deste lado; outro tanto se não verifica quanto ao ramo esquerdo, sendo necessário, na maior parte dos casos, imprimir repetidas manobras de torção sobre a sonda, ao mesmo tempo que se retira e volta a fazer progredir, havendo mesmo ocasiões em que tem de dar-se por terminado o cateterismo sem que fosse possível levar a ponta do cateter à referida região vascular.

B) *Dificuldades e acidentes*

As dificuldades que podem sobrevir durante o cateterismo são poucas e fácilmente remediáveis. A sonda pode ser detida no seu percurso por espasmo venoso de variável intensidade, ou então ser desviada do território venoso que a levará à aurícula direita. Esta ocorrência, que nunca tivemos ocasião de observar, mas que os autores apontam como frequente (introdução na jugular anterior) é imediatamente remediada se se retirar e torcer um pouco até que a extremidade da sonda reentre no percurso desejado.

Quanto àquela primeira dificuldade, o estabelecimento de espasmo venoso, entendemos que será em grande parte evitado se a anestesia for abundante no local da incisão e mesmo ao longo do trajecto da veia a cateterizar. Se, apesar de tudo, o espasmo se estabelece, é, na maioria das vezes, necessário esperar 10 a 15 minutos sem manobras intempestivas, ao mesmo tempo que se injecta novocaína naquela região, utilizando para isso uma agulha bastante comprida.

No que se refere a acidentes, o problema torna-se um pouco mais sério, não porque sejam muito frequentes, mas, pela sua gravidade, podem obrigar à própria suspensão do cateterismo. O mais banal é constituído pelas alterações do ritmo, desde as extrassístoles isoladas até ao flutter ventricular, quase sempre passageiras, mas que, não obstante esse facto, obrigam a certas

precauções. As extrassístoles ventriculares isoladas ou em pequenas salvas são praticamente constantes no momento em que o cateter ultrapassa o orifício tricúspido e atinge a região infundibular do ventrículo direito. Isto é um facto corrente que raras vezes deixamos de verificar durante os nossos cateterismos. Desta experiência resulta imediatamente uma medida a tomar: não nos determos muito tempo nesta região, procurando entrar rapidamente na artéria pulmonar ou buscar uma zona ventricular afastada do infundíbulo para se realizarem as operações julgadas necessárias. Os autores referem como outros acidentes as trombozes venosas, lesões miocárdicas e embolias gasosas muito raras; não queremos deixar de referir estas ocorrências porque elas estão descritas, embora nunca tivéssemos tido ocasião de as verificar pessoalmente.

Os processos que temos ao nosso alcance e que se destinam a prevenir estes acidentes podem resumir-se a três: 1.º — escolha do doente a cateterizar, atendendo cuidadosamente às contra-indicações; 2.º — preparação da sonda e cuidados de assepsia geral; e 3.º — controle permanente pelo E.C.G. durante o cateterismo.

O primeiro dos métodos que acabamos de apontar é, sem dúvida, o mais importante. É preciso não esquecer que não devem ser cateterizados os doentes portadores de alterações do ritmo, particularmente a taquicardia ventricular ou qualquer tipo de bloqueio recente; doentes de artrite reumatóide ou qualquer espécie de endocardite evolutiva; doentes de enfarte de miocárdio com menos de seis semanas de evolução; finalmente, doentes com sinais clínicos ou electrocardiográficos de intoxicação digitálica. Referem os autores (COURNAND) que as extrassístoles ventriculares espontâneas e a fibrilação auricular não constituem contra-indicação; não obstante este facto, nunca submetemos a cateterismo doentes nestas condições, tendo sempre aguardado a boa oportunidade, depois de terem sido postas em prática as usuais medidas de ordem terapêutica. O aparecimento de alterações electrocardiográficas recentes ou a instabilidade nervosa por parte do doente devem constituir outros tantos motivos de abstenção, antes que se consigam esclarecer e dominar.

No que se refere à preparação imediata do doente, não costuma fazer-se mais do que a administração de duas doses de luminal (10 ou 20 cg) com doze horas de intervalo. Guardará jejum desde a véspera à noite e fará 15 minutos de repouso em decúbito dorsal, já sobre a mesa de cateterismo.

Os cuidados de assepsia são indispensáveis, como aliás em todas as intervenções cirúrgicas, mesmo as mais comuns, e por isso mesmo não têm aqui particularidades dignas de registo. Outro



+

Antitóxico

Extracto de fígado
(*Fracção antitóxica*)

1 C.C. CORRESPONDE A 30 GRS. DE FÍGADO

Lab

APRESENTAÇÃO
CAIXAS DE 6 AMPOLAS DE 5 C.C.
CAIXAS DE 12 AMPOLAS DE 5 C.C.
CAIXAS DE 6 AMPOLAS DE 2 C.C.

INDICAÇÕES:
AUTO-INTOXICAÇÕES
HETERO-INTOXICAÇÕES
(Envenenamentos acidentais e mordeduras por animais venenosos).
ESTADOS ALÉRGICOS
TOXEMIAS DAS DOENÇAS INFECCIOSAS
DOENÇAS HEPÁTICAS
PRÉ E POST-OPERATÓRIAS

 **DIRECÇÃO TÉCNICA DO PROF. COSTA SIMÕES**



QUINOPIRINA

ANTIPIRÉTICO • ANALGÉSICO

GRIPE, CONSTIPAÇÕES, RESFRIAMENTOS, BRON-
QUITES, TRAQUEOBRONQUITE AGUDA, OUTRAS
AFECÇÕES DAS VIAS RESPIRATÓRIAS SUPERIORES,
REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO, CEFAL-
LEIAS, NEURALGIAS, ODONTALGIAS, ETC.

Boião-frasco de 40 grajeias . . . 28\$00

Tubo plástico de 10 grajeias . . . 10\$00

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

tanto não poderá dizer-se dos cuidados a ter com a preparação do cateter; ele deverá ser lavado e passado demoradamente com água destilada e soro fisiológico (500 c.c. de cada) a que se adicionou qualquer droga anti-cuagulante com duas finalidades distintas: libertar o sistema de substâncias piretogénicas e impedir a coagulação do sangue dentro do cateter e por isso a sua obstrução.

Por fim, o E.C.G. registado continuamente despistará qualquer acidente, que, conforme a sua gravidade, ditará o caminho a seguir.

Em face do que dissemos sobre possibilidades, contra-indicações, acidentes e métodos de precaução destes, podemos concluir que, apesar do cateterismo ser encarado como método de uso corrente, não devemos esquecer que, só por si, pode dar origem a complicações graves ou mesmo à morte. Este conhecimento derivado da já longa experiência de muitos autores, será suficiente para nos impedir de realizar tal operação sempre que não haja um sério motivo de ordem clínica que a justifique. Mesmo quando se trata de propor o doente à cirurgia, os métodos clássicos serão sempre realizados em primeiro lugar e, se forem suficientes para que se colham todos os elementos necessários, o cateterismo deve ser prontamente posto de parte, ainda que estivéssemos convictos que o doente o pudesse suportar. O Prof. LENÈGRE, sem dúvida um dos cardiologistas mais experimentados sobre estes assuntos, realizou pouco mais de um milhar de cateterismos nos vinte mil doentes que, no último decénio, passaram pelo seu serviço.

Apesar da técnica cada vez mais aperfeiçoada e do uso de todos os cuidados necessários tendentes a diminuir o número de complicações, a percentagem de mortes atribuíveis ao cateterismo em si, anda à volta de 0,7 % segundo LENÈGRE e 0,1 % segundo GOLDMANN; COURNAND em 850 casos não teve mais do que um acidente mortal. DONZELOT pretende que se se juntarem os casos de morte aos de acidentes graves, esta percentagem sobe para 1 %.

Bem assentes estes factos, que julgamos indispensáveis, o cateterismo vai ser realizado com o fim de buscar quatro tipos de informações essenciais, desde que, como é óbvio, se disponha da aparelhagem conveniente. Esses quatro informes, considerados do mais alto valor clínico e fisiopatológico, são os seguintes: Observação da posição da sonda durante o seu percurso; colheita e registo das tensões intra-cavitárias; colheita de amostras sanguíneas nos vários territórios explorados, para determinações gasométricas; e finalmente a realização da angiografia selectiva e directa das cavidades cardíacas, grossos vasos e até da própria circulação capilar pulmonar. Mais raros e talvez de menor valor

são: a electrocardiografia intra-cardíaca; a determinação da velocidade circulatória e a prova selectiva ao éter. Esta última prova, realizada pela primeira vez por DONZELOT e colaboradores, aplicada só em casos de suspeita de cardiopatias congénitas, ainda não foi definitivamente assente no seu valor e na possibilidade do seu emprego geral, pelas reacções secundárias que aquele produto pode originar. A E.C.G. e a determinação da velocidade circulatória por este processo não oferecem grandes vantagens em relação aos métodos clássicos de eficácia por demais comprovada, razão porque nada diremos sobre elas. Será objecto da segunda parte deste nosso trabalho o estudo, tão detalhado quanto possível, daquelas outras informações, atrás referidas, a que chamamos essenciais.

II — INFORMAÇÕES ESSENCIAIS

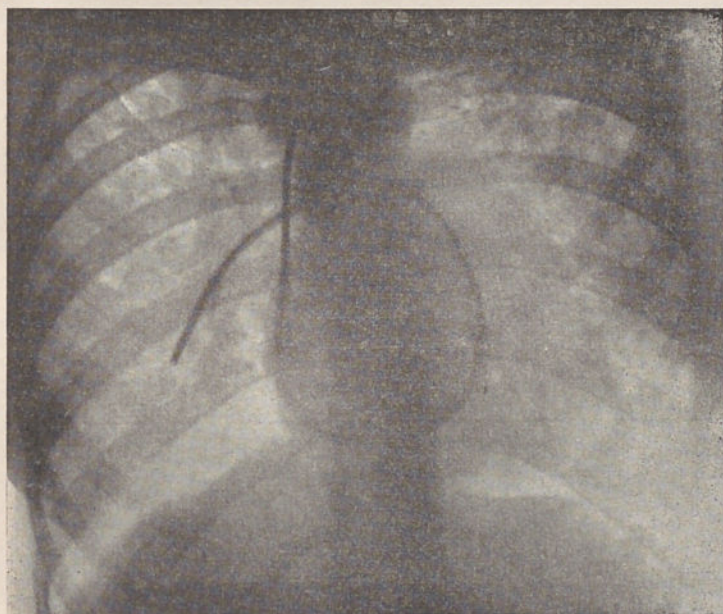
A) *A posição do cateter*

Nos indivíduos normais o trajecto da sonda é na grande maioria dos casos constante; iniciado nas veias superficiais do braço, segue pela veia axilar, veia subclávia, tronco venoso bráquio-cefálico, veia cava superior, aurícula e ventrículo direitos, artéria pulmonar e seus ramos e finalmente capilar pulmonar. (Radiografias n.^{os} 1 e 2).

Por vezes, não muito raras, a extremidade do cateter sai da aurícula direita através da veia cava inferior, sendo até relativamente simples cateterizar a veia renal e as veias supra-hepáticas. O cateterismo destes últimos vasos está, neste momento, a merecer grande interesse a alguns autores, no intuito de estudar o metabolismo hepático, por colheita de amostras de sangue naquelas veias o mais próximo possível deste órgão. Ainda a partir daquela cavidade, referem os autores ser possível o cateterismo do seio coronário; apesar de o termos tentado algumas vezes, nunca conseguimos levar a ponta do cateter a uma posição tal que nos permitisse afirmar a sua presença dentro daquele tronco venoso. (Radiografia n.^o 3).

As informações de ordem clínica que se podem obter pela posição da sonda têm particular interesse nas malformações congénitas e nos traumatismos vasculares acessíveis a este processo de exploração. Fácil será concluir que o cateter seguirá um percurso anómalo sempre que haja malformações dos territórios que tenha que atravessar; será o caso das anomalias de terminação vascular (veias cavas e veias pulmonares), transposição visceral; shunts artério-venosos, etc. Nalguns destes casos a posição da

sonda dentro do tórax, vista de frente ou em oblíquas, é tão característica que permite, só por si, afirmar um diagnóstico. Assim acontecerá no diagnóstico da aorta biventricular da Tetralogia de Falot, da persistência do canal arterial (nem sempre fácil de cateterizar), da comunicação inter-auricular (cujo dado mais característico é a subida da sonda numa das veias pulmonares), da comunicação inter-ventricular (se bem que, neste caso, não seja tão simples afirmar a malformação, pois são necessárias outras determinações complementares que, na maioria das vezes,



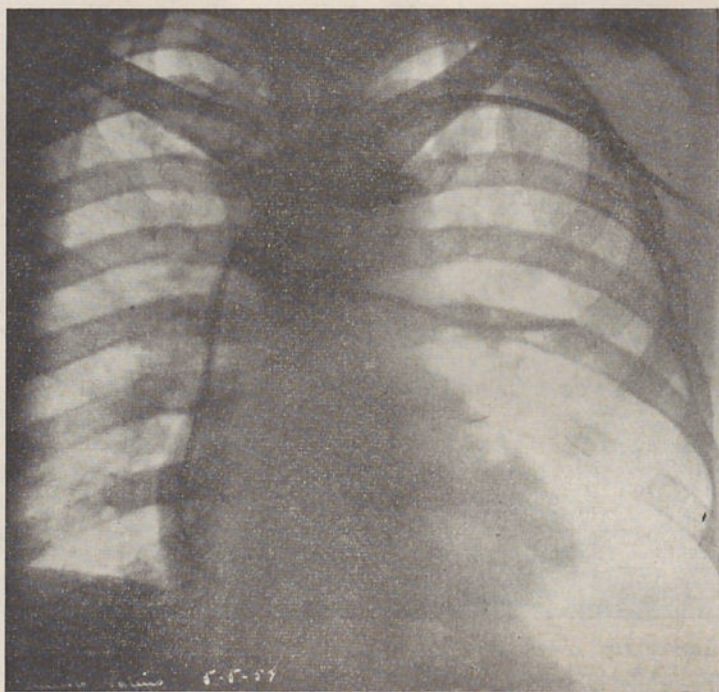
Rad. n.º 1

O cateter, depois de atravessar as cavidades direitas e art. pulmonar, encontra-se no capilar pulmonar direito

não é possível realizar devido aos acidentes, quase sempre graves, que derivam da permanência do cateter dentro do ventrículo esquerdo).

O estudo da posição do cateter em casos de traumatismos vasculares, particularmente a comunicação artério-venosa, está pouco esclarecido embora se tivessem descrito alguns casos muito excepcionais de lesões traumáticas pulmonares deste tipo, em que a sonda, depois de levada ao capilar pulmonar, passa através duma veia para a aurícula esquerda. Por nosso lado, tivemos

ocasião de observar e seguir um caso de traumatismo tóraco-abdominal a que se seguiu um estado de verdadeira insuficiência cardíaca congestiva, cuja etiologia só foi possível antever por meio do ceteterismo. Diremos duas palavras sobre tão interessante doente, porque justifica bem a importância do método, no estudo de casos deste tipo. Tratava-se dum rapaz de 20 anos de idade sem antecedentes clínicos dignos de referência; negava reumatismo articular e a R. de Wassermann era negativa. Em Julho de 1953 é submetido às inspecções de recrutamento e é

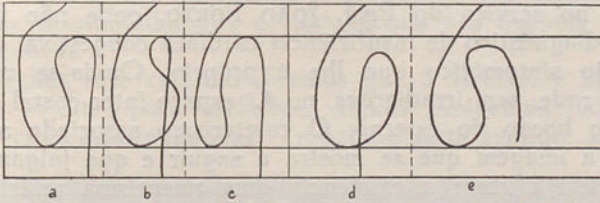


Rad. n.º 2

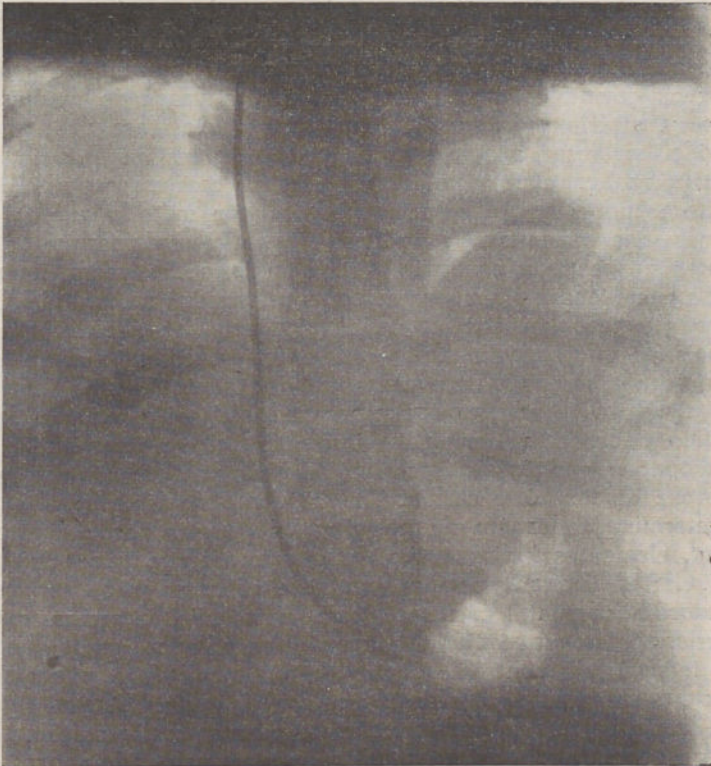
O mesmo que a anterior. Extremidade do catéter no capilar pulmonar esquerdo

apurado para o serviço militar. Um mês depois, em Agosto, é vítima dum desastre, de que resulta uma ferida perfurante tóraco-abdominal à esquerda, resultante de traumatismo provocado por uma forquilha com que trabalhava. Entrou nos Hospitais da Universidade, num serviço de cirurgia onde foi submetido a intervenção que se resumiu a laquear os vasos que sangravam, pois o estado geral do doente não permitiu fazer uma exploração con-

POSSÍVEIS TRAJECTOS DA Sonda DENTRO DO TORAX (Dois casos)
«Cardiopatas congénitas» — Donzelot



a-b) Cavalgamento aórtico (de frente) — c) Idem em oblíqua anterior esquerda — d) Canal arterial permeável (de frente) — e) Idem em oblíqua anterior esquerda



Rad. n.º 3

Cateter introduzido na veia renal esquerda

veniente das regiões profundas atingidas. Apesar de tudo, o doente tem alta cerca de 20 dias depois, regressando ao trabalho em regular situação física. Em Novembro do mesmo ano dá entrada no serviço do Prof. JOÃO PORTO, onde não foi difícil fazer o diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva, com todo o cortejo sintomático que lhe é próprio. Ouvia-se um sopro sistólico rude, sem irradiações, no 4.º espaço inter-costal esquerdo junto do bordo do esterno. O cateterismo associado a A.C.G. revelou a imagem que se mostra a seguir e que julgamos suficiente para afirmar a existência dum aneurisma artério-venoso post-traumático da região infra-diafragmática esquerda. (Radiografia n.º 6).

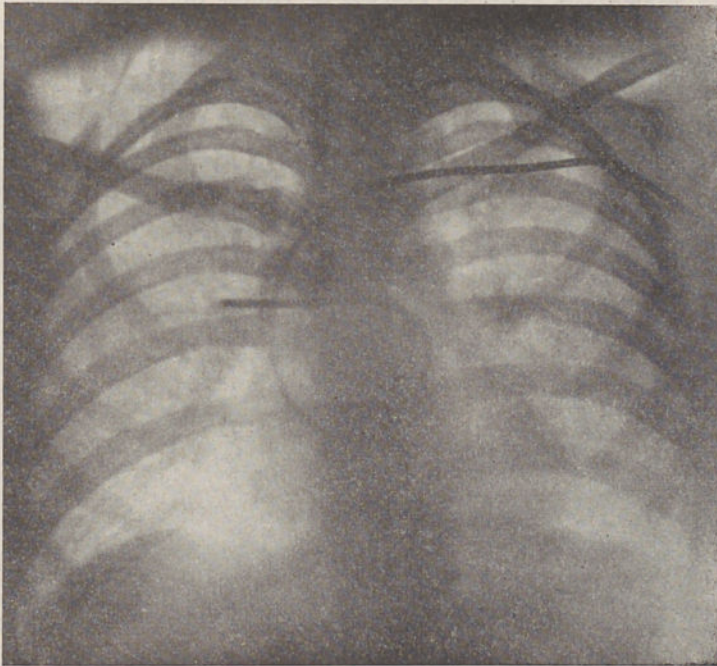
B) *Angiocardigrafia (A.C.G.)*

Este método era já empregado antes da era do cateterismo, por injeção da substância de contraste num vaso periférico, arterial ou venoso, que a favor ou contra a corrente iria visualizar as cavidades cardíacas e os grossos vasos do mediastino, aorta e artéria pulmonar. O cateterismo veio, fora de qualquer dúvida, melhorar e aumentar as possibilidades da A.C.G., pois permite realizar uma visualização selectiva com emprego de doses muito menores de substância opaca. É um método que, só nos nossos dias, tende a sair do campo experimental, porque os acidentes a que pode conduzir são, na maioria das vezes, imprevisíveis e inalienáveis, embora sejam considerados raros. A A.C.G., deve ser proposta com extrema prudência, só mesmo quando, depois de interrogados todos os outros processos, o diagnóstico não ficou esclarecido, nos casos em que a hipótese de intervenção cirúrgica é judiciosamente encarada. O método angiocardio-gráfico é um complemento valiosíssimo para o diagnóstico das cardiopatias congénitas por duas razões primordiais: definição rigorosa do território cardíaco sob o ponto de vista morfológico; e determinação exacta da posição dos grossos vasos dentro do tórax, elementos indispensáveis para um perfeito juízo cirúrgico.

Certas imagens obtidas por este processo são, por vezes, extraordinariamente características; para não citarmos outras, referiremos apenas aquela imagem «lanceolada» que se obtém por injeção do contraste dentro do ventrículo direito, em todos os casos de estenose da artéria pulmonar e que SOULIÉ rotulou de «aspecto quase patognomónico» desta malformação. Este autor, comparando os resultados obtidos pelos dois processos angiocardio-gráficos conclui que, não obstante a A.C.G. selectiva (por cateterismo) não oferecer grandes vantagens em relação à primeira, tem, apesar de tudo, indicação absoluta naquelas car-

diopatas congénitas em que o cirurgião tem de escolher a técnica apropriada. Diga-se de passagem, que foram estes estudos de A.C.G. selectiva que sugeriram a BROCK a sua famosa intervenção de infundibulotomia e valvulotomia nos doentes de estenose pulmonar.

A fechar este capítulo diremos que a A.C.G. é ainda um poderoso auxiliar para esclarecer alguns problemas fisiopatológicos da circulação pulmonar. Trabalhos neste sentido, são reali-



Rad. n.º 4

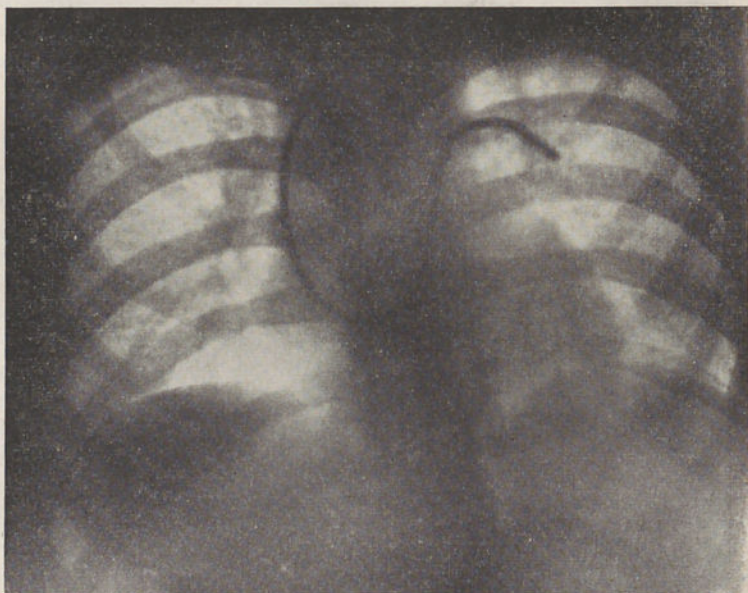
«Comunicação inter-auricular?». O cateter encontra-se numa veia pulmomar direita?

zados em Portugal por M. DA FONSECA, em doentes de tuberculose pulmonar, broncopneumopatias crónicas, etc., após introdução do contraste através da sonda colocada no capilar pulmonar, o que permite visualizar com nitidez as circulações arterial e venosa da região que se pretende. Os filmes obtidos por técnica especial em que são empregadas doses determinadas de R. X. revelam bastante bem as características da irrigação lobular, os tipos de terminação vascular, os pormenores da circulação de retorno, etc.

Estes elementos são outras tantas razões que nos levam a afirmar estar próximo o esclarecimento completo dos mistérios fisiopatológicos da circulação pulmonar que permaneciam insondáveis antes que fosse possível realizar a A.C.G. e o cateterismo.

C) *As tensões intra-cavitárias e intra-vasculares*

Este capítulo, porventura o mais importante de toda a dinâmica circulatória tem sido objecto de muitas dezenas de trabalhos



Rad. n.º 5

«Comunicação inter-auricular?». O cateter encontra-se numa veia pulmonar esquerda?

originais, razão porque não pode ser descrito na totalidade em tão poucas linhas. Apesar de tudo, não será destituída de valor uma rápida revisão sobre o assunto, suficiente para se patentear o seu interesse na patologia e na clínica e para serem conhecidos os valores tensionais e o aspecto dos gráficos considerados fisiológicos.

De longa data, se conhecem e se empregam na clínica os dados tensiométricos dos vasos periféricos, pela utilização de métodos indirectos ou mesmo por punção directa do vaso a explo-



Ampla efeito terapêutico nas infecções bacterianas, pela acção simultânea antibiótica e imunobiológica

OMNADINA-PENICILINA «HOECHST»

Combinação de Penicilina-Depósito (Novocaina-Penicilina G) com Omnadina, reforçada com Penicilina G-Sódica

OMNAMICINA «HOECHST»

4:0,5

Combinação de Penicilina-Depósito, Estreptomina e Omnadina

- » Aumento da fagocitose
- » Aumento do poder bactericida do soro
- » Aumento da génese dos anti-corpos
- » Efeito antibiótico directo sobre os agentes patogénicos

Apresentação:

Omnadina-Penicilina «Hoechst» em frascos-ampolas de 200.000 U.I. e 400.000 U.I.

Omnamicina «Hoechst» em frascos-ampolas de 400.000 U.I. + 0,5 gr. de Estreptomina.

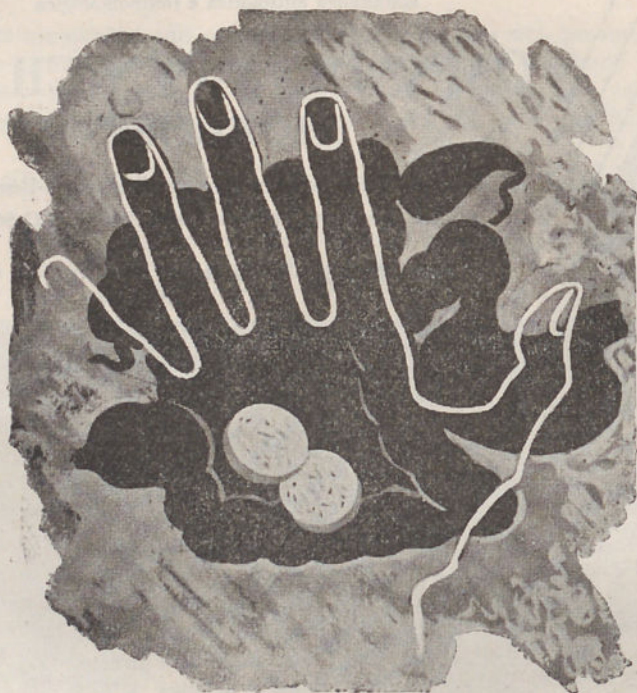
Ambas as formas contêm Omnadina em concentrado séco, corresp. a 2 cc. de soluto.



Representantes para Portugal:

Mecius Lda. Rua do Telheiro, 8-1.º - LI' BO'

NAS DORES ANGIOCOLÍTICAS



BILAMIDE

Suprime: As causas da inflamação, pelos seus princípios anti-infecciosos.
O estado espasmódico, pelas suas propriedades espasmolíticas.

Contra: Hepato-colepatias,
inflamações intestinais,
fístulas de infecção mista.



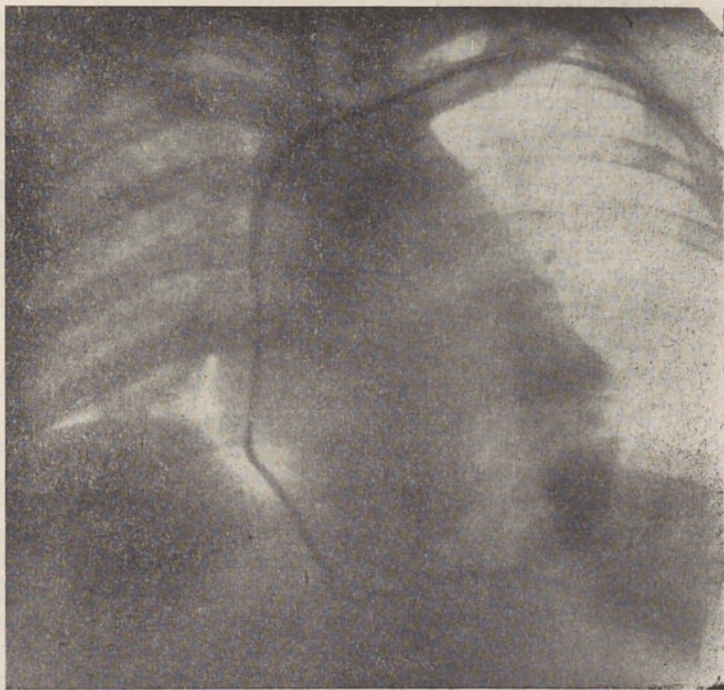
CILAG, S. A.

SCHAFFHOUSE — SUÍÇA

Representante exclusivo em Portugal:

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

rar. Servimo-nos, para este fim de variados tipos de aparelhos, que, aliás, podem igualmente ser utilizados na determinação das tensões intra-cavitárias; mas os elementos por eles fornecidos, embora de inconstestável valor, são, todavia, insuficientes, pela simples razão de só serem capazes de determinar uma tensão média. Hoje, pelo cateterismo e pelo emprego de manómetros aperfeiçoados, devidamente conectados a um electrocardiografo,



Rad. n.º 6

Extremidade do cateter na veia supra-hepática esquerda. Visualização dum lago aneurismático da referida região

é possível obter e registar tensões sistó-diastrólicas e médias, simultâneamente com um ou mais traçados de actividade cardíaca.

Pouco tempo perderemos com a descrição pormenorizada de todos os tipos de aparelhos utilizáveis; estes são em grande número, todos com vantagens e desvantagens, desde os velhos manómetros anaeróides, de coluna de água, de coluna de mercúrio, até ao mais moderno manómetro electrónico da casa Sanborn, sistemáticamente empregado no nosso serviço.

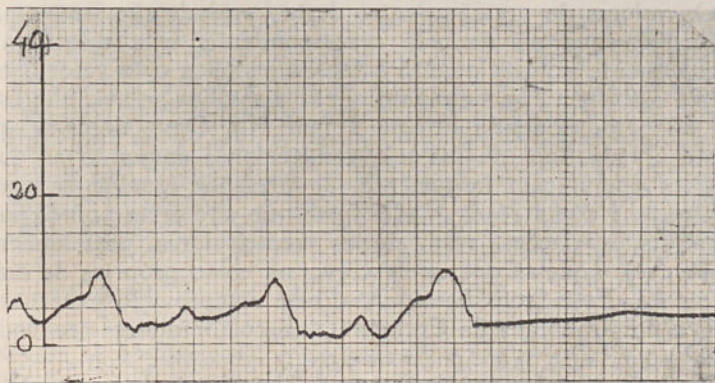
A fidelidade do registo tensional depende essencialmente das características do cateter e da medida em que se evitam todas as causas capazes de impedir a colheita dum bom gráfico. Quanto às características da sonda, elas encontram-se reunidas na de COURNAND n.º 8 ou 6, já referida, de paredes rígidas, embora flexíveis, calibre e comprimento óptimos e extremidade cardíaca levemente encurvada com o fim de facilitar a sua progressão dentro dos territórios a atravessar. Os cuidados técnicos a pôr em prática são, em primeiro lugar, manter o cateter permeável por meio duma perfusão contínua gota-a-gota do soro fisiológico a que foi adicionada uma pequena dose de qualquer droga anti-coagulante; depois libertar todo o sistema de qualquer bolha de ar, sempre que vai fazer-se um registo. Temos verificado que a falta desta precaução técnica amortece e deforma dum modo sistemático todos os traçados. A extremidade da sonda não deve encostar-se às paredes do vaso ou cavidade de que queremos determinar as tensões, assim como deve ser recomendado ao doente para não executar movimentos, enquanto se procede ao registo.

1) *As tensões auriculares*

Os gráficos colhidos na aurícula direita são muito característicos; nele se costumam descrever três acidentes principais (a, c, v) que correspondem respectivamente à sístole auricular, ao encerramento da válvula tricúspida e à tensão de repleção diastólica auricular. Entre estes dois últimos acidentes encontra-se uma depressão profunda, relacionada com a deslocação do pavimento auricular no momento da sístole ventricular direita. Nas condições fisiológicas os valores tensionais são baixos;—2 mm Hg para a pressão diastólica e 2 para a sistólica são as cifras consideradas normais. As fases respiratórias pouco alteram estes números, à parte um discreto aumento de amplitude durante a inspiração; a posição de pé, ao contrário, conduz a uma leve diminuição dos valores referidos.

Para a determinação das pressões auriculares esquerdas o cateterismo só é possível nos casos de comunicação inter-auricular, comunicação inter-ventricular ou nalguns casos muito raros de aneurisma artério-venoso pulmonar. Alguns autores tentaram já o cateterismo das cavidades esquerdas por via arterial periférica, mas deve dizer-se que os acidentes muito numerosos que podem sobrevir contra-indicam formalmente este método. Em face desta impossibilidade, vários autores tentaram com êxito outros processos de determinação das pressões auriculares esquerdas, entre os quais se contam a punção por via brônquica, por via esofágica

e a punção directa durante o acto operatório. Desta maneira, FACQUET, usando aquela primeira técnica, aponta como valores normais da tensão diastólica 4 a 6 e da tensão sistólica 13 a 18 mm Hg; VAN DER HEUVEL utilizando a via esofágica, refere valores análogos àqueles; CURNAND, em doentes de malformação do septo inter-auricular, pôde concluir que a tensão média da aurícula esquerda era somente de 1,4 mm Hg, o que está em



Gráf. I — Tensões sistólicas e médias da aurícula direita

franca discordância com as encontradas por aqueles outros autores. Quer-nos parecer que este facto não será difícil de explicar se nos lembrarmos que em casos de shunt esquerdo-direito as duas aurículas comunicantes, influenciando-se mutuamente, conduzem à diminuição do gradiente tensional à custa da descida da pressão esquerda e inversamente da subida da pressão auricular direita. (Gráfico I).

2) As pressões ventriculares

Tal como na aurícula direita, o gráfico de pressões ventriculares tem um aspecto muito característico; ele é formado por uma série de acidentes que se iniciam, em diástole, por uma linha muito levemente ascendente, sempre bastante vizinha do ponto zero e que corresponde à fase de repleção rápida ventricular. No final desta curva costuma desenhar-se uma pequena onda (a) em relação com a sistole auricular. Após o encerramento da válvula tricúspida, a pressão ventricular sobe muito rapidamente o que provoca uma ascensão quase vertical do estilete inscrito até atingir o seu máximo num planalto mais ou menos longo. A partir

deste ponto a curva desce bruscamente durante o período de relaxamento isométrico, atingindo então o seu valor mínimo a quando da abertura da tricúspida, o que marca o início do novo ciclo de contracção. A fase de ascensão rápida corresponde à contracção isométrica e ejeccção ventriculares e o ponto onde tem início esta curva é o único do gráfico que traduz com fidelidade o grau de tensão das fibras miocárdicas na primeira fase da sístole ventricular.

Os valores da pressão dentro desta cavidade são muito mais elevados do que na aurícula correspondente; esta diferença é particularmente notória quanto à tensão sistólica cujo valor oscila entre 20 a 25 mm Hg, enquanto que a diastólica se avizinha bastante de zero, podendo atingir 4 mm Hg. Deve notar-se que durante a fase final da diástole ventricular e enquanto as duas cavidades comunicam largamente, as pressões igualam-se como se se tratasse duma só cavidade, facto que, até certo ponto, pode explicar as variações respiratórias ventriculares perfeitamente sobreponíveis àquelas que se descreveram como próprias da aurícula direita. Este facto ficou, aliás, bem comprovado experimentalmente por trabalhos de CONDORELLI e colaboradores realizados em 1950.

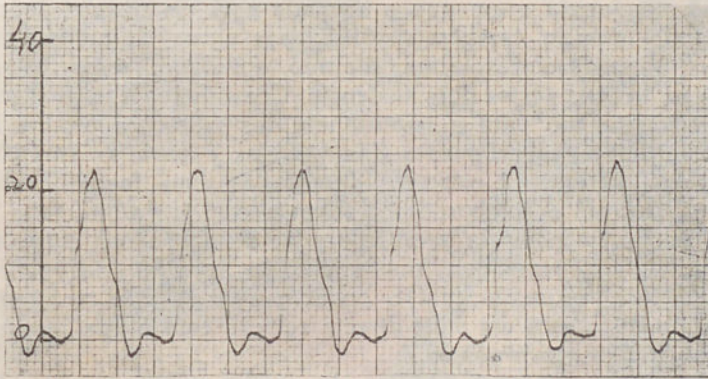
No que se refere ao cateterismo do ventriculo esquerdo, o que dissemos no capitulo anterior quando nos referimos às tensões auriculares, pode aqui ser também aplicado. Queremos, contudo frisar bem que, embora alguns autores, entre os quais citamos GILBER-QUERALTÓ, tenham realizado alguns cateterismos esquerdos por via arterial periférica sem nenhum acidente sério, outros há como ZIMMERMAN, que puderam observar uma notável percentagem de complicações da mais alta gravidade, desde as lesões miocárdicas até à fibrilação ventricular seguida de morte. Quer-nos parecer que este método aplicado às cavidades esquerdas, apesar de fornecer elementos do maior valor clinico, estes não são contudo tão valiosos que justifiquem o seu emprego corrente.

Muito recentemente, COURNAND e colaboradores, passando em revista todos os conhecimentos actuais sobre este assunto, concluem que o cateterismo das cavidades esquerdas, só deve ser encarado com enormes reservas. (Gráfico II).

3) *As pressões da artéria pulmonar e seus ramos*

A curva de pressões colhida dentro da artéria pulmonar é constituída por uma primeira linha ascendente sistólica imediatamente seguida por uma outra menos rapidamente descendente em relação com a diástole. Nesta última curva costuma desenharse um pequeno gancho análogo àquele que, no mesmo ponto,

aparece em qualquer traçado arterial periférico. A pressão sistólica naquele vaso (22 a 24) é bastante próxima da do ventrículo direito, o que não acontece com a tensão diastólica que, na artéria



Gráf. II — Tensões sistó-diastólicas do ventrículo direito

pulmonar, é nitidamente mais elevada (7 a 9 mm Hg). Daqui se conclui que na artéria pulmonar a tensão média é representada por um maior valor do que no ventrículo e inversamente o gra-



Gráf. III — Tensões sistó-diastólicas e médias da artéria pulmonar

diente tensional naquele vaso é menos elevado do que nesta cavidade cardíaca. (Gráfico III).

A pressão capilar determina-se num ponto afastado da rede pulmonar tão periférico quanto possível e cujo calibre seja tal

que não permita mais a progressão do cateter. Levado este a um tal território vascular, o gráfico que se obtém é constituído por uma série de duas ondas de aspecto em «M» maiúsculo, em que a primeira corresponde à transmissão retrógrada da onda sistólica auricular esquerda e em que a segunda está em directa dependência do impulso, também sistólico, mas agora da artéria pulmonar. Outros factores foram, contudo, apontados como responsáveis na gênese destes dois acidentes. Com efeito, VAN BOGAERT chamou a atenção para a importância das vibrações produzidas pela abertura e encerramento das válvulas e para as variações do volume cardíaco e vascular durante as duas fases de contracção. SOULIÉ e colaboradores referem com insistência que os mais nítidos traçados da pressão capilar se obtém nos casos em que existe uma manifesta hipertensão do sistema veias pulmonares-aurícula esquerda; daí o poder pensar-se que o desenho daquele registo está em mais directa relação com o que se passa neste agrupamento orgânico.

As cifras tensionais médias do capilar pulmonar são algo menores que na artéria correspondente; essa diferença realiza-se especialmente à custa da pressão sistólica que no capilar atinge somente o valor de 15 mm Hg enquanto que a diastólica, de valores compreendidos entre 6 e 9 mm Hg, está bastante próxima da que lhe corresponde na artéria pulmonar.

Pensa-se, porque parece hoje bem demonstrado, que o valor da tensão capilar pulmonar é muito próximo do que se encontrou dentro da aurícula esquerda e veias pulmonares, estando mesmo destes dependente, contrariamente ao que se julgava há pouco tempo ainda, quando os autores afirmavam a estreita dependência das tensões capilares em relação ao que se passa na artéria pulmonar. CALAZEL, em 1951, comparando as tensões capilares com as que pôde obter por cateterismo das veias pulmonares em doentes de comunicação inter-auricular, encontrou valores tensionais extremamente próximos. Estes trabalhos vieram, aliás, confirmar outros de HELLEMS e DEXTER já publicados em 1949, sobre dois doentes de malformação do septo inter-auricular, que, embora num pequeno número de casos, já evidenciava bem aquela analogia de valores. Muito recentemente, FACQUET estudando a pressão auricular esquerda em indivíduos normais, por punção transbrônquica pôde obter cifras tensionais semelhantes às do capilar pulmonar, confirmando por um processo, talvez digno de maior confiança, os dados anteriormente obtidos por outros investigadores. (Gráfico IV).

A determinação das pressões intra-cardíacas e intra-vasculares traz à clínica e à fisiopatologia elementos do juízo do mais alto valor. Esses elementos são tanto mais valiosos quando é

Albuminas, Gorduras e Hidratos de Carbono para uma refeição completa

Caldo de carne
clarificado

Pão torrado



120 grs. de peixe
200 grs. de batatas



40 grs. de salada
100 grs. de vitela cozida
200 grs. de arroz



150 grs. de pudim



são digeridos por
1 gr. do activo

Combizym

dentro de
uma hora

Frasco com 30 drageas

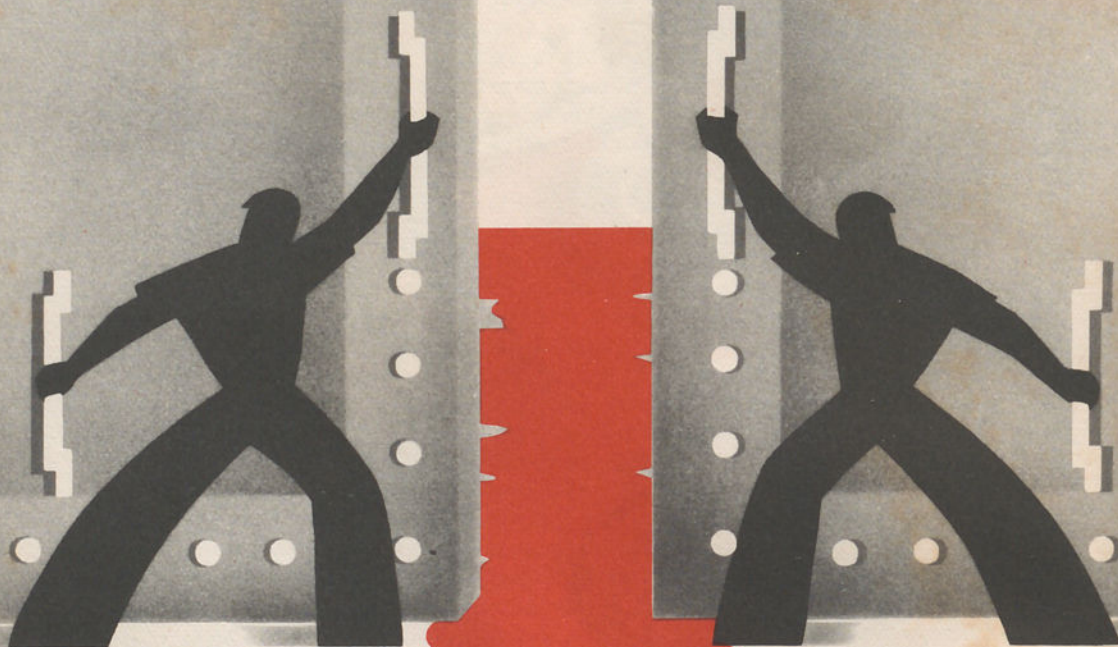
LUITPOLD-WERK MUNIQUE

Bibliografia e embalagens para ensaio clínico no

Representante em Portugal: AUGUST VEITH, Herdeiros — LISBOA

*Preparado multivalente
de enzimas digestivos*

CLAUDEN



*estanca a fonte
da hemorragia*

EMBALAGENS:

Caixas com 1 e 3 tubos de pó (local)

Tubos com 25 compr. a 0,25 (oral)

Caixas com 1 e 5 amp. de 5 e 10 c. c. (parenteral)

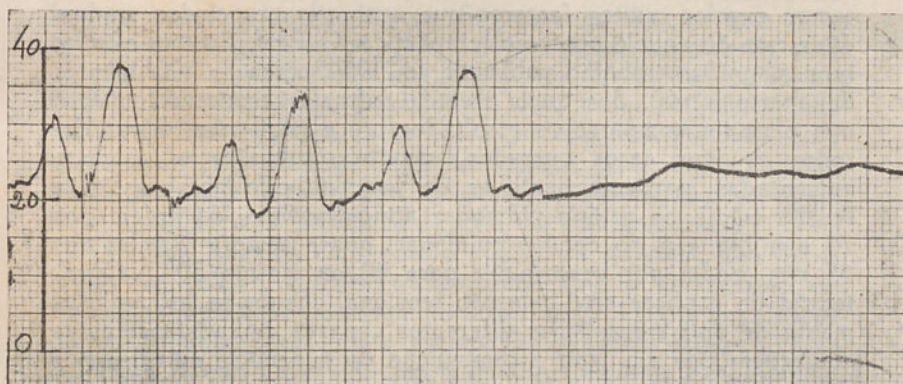
LUITPOLD-WERK MUNIQUE

Bibliografia e embalagens para ensaio clínico no

Representante em Portugal:

AUGUST VEITH, Herdeiros — LISBOA

certo que permitem, não só apreciar as variações tensionais, como observar com pormenor o aspecto dos gráficos colhidos, a duração e cronologia da ejeção ventricular, somando-se ainda a possibilidade de comparar estes traçados com qualquer outro que represente a actividade cardíaca. É precisamente naquelas cardiopatias que podem usufruir dos benefícios da cirurgia (aperto mitral e card. congénitas) que o valor deste método se torna particularmente manifesto. Com efeito, no que se refere às doenças congénitas, o aspecto das curvas e os valores das pressões intra-cavitárias permitem, no dizer de DONZELOT, reconhecer a malformação originária através das modificações hemodinâmicas observadas. Alguns exemplos flagrantes servirão para documentar o que acaba de dizer-se: a determinação das pressões com o



Gráf. IV — Tensões sistólicas e médias da capilar pulmonar

auxílio da dosagem dos gases no sangue pode, antes de mais, esclarecer a verdadeira posição do cateter dentro do tórax. Estes estudos assumem particular importância no diagnóstico das chamadas grandes malformações congénitas como é, por exemplo, a dextrocardia total. A colheita de tensões por punção directa durante o acto operatório, método hoje sistematicamente empregado, pode ter interesse na precisão dum diagnóstico, na escolha duma técnica mais apropriada e, enfim, permite ao cirurgião apreciar imediatamente os resultados obtidos.

A hipertensão ventricular direita associada a uma hipotensão da artéria pulmonar revela a existência duma estenose entre estes dois órgãos; se aquele valor tensional for superior ao da grande circulação, é porque a integridade do septo inter-ventricular é perfeita; nestas condições o diagnóstico de aperto puro da pul-

monar ou trilogia de FALLOT é muito sugestivo, poderemos, mesmo dizer, quase sempre certo. Em contrapartida, a colheita de pressões simultaneamente elevadas no ventrículo direito, artéria pulmonar e grande circulação, é um precioso elemento de diagnóstico de transposição ou cavalgamento aórtico (C. DE EISENMENGER) sem aperto da pulmonar. Ainda no que respeita a malformações congénitas, diremos que a apreciação dos valores tensionais intra-auriculares, intra-ventriculares e intra-arteriais, sempre que estas cavidades comunicam e sempre que é possível cateterizar as cavidades esquerdas, indicam com segurança a posição e direcção do «shunt».

O problema da estenose mitral a esclarecer pela exploração hemodinâmica, merece, neste momento, um interesse muito especial, pela multiplicidade de aspectos clínicos que a doença pode tomar e pelos muitos factores que, uma vez associados, podem ditar este ou aquele processo terapêutico. O Prof. SOULIÉ estuda, num magnífico trabalho publicado em 1954, cerca de 200 doentes de aperto mitral, dos quais metade sofreram comissurotomia, o que permitiu comparar os resultados pré e post-operatórios. Em todos os seus casos operados encontrou pressões nitidamente aumentadas, particularmente as da pequena circulação; assim a tensão média na artéria pulmonar atingia valores da ordem dos 75 mm Hg e a do capilar pulmonar, quase sempre vizinha dos 35 mm, podia por vezes subir para 40 ou mesmo 50. Na pretensão de explicar este aumento tensional chegou-se ao conhecimento de dois mecanismos diferentes capazes de satisfazer essas condições: por um lado a diminuição da superfície mitral e por outro as modificações das resistências arteriulares pulmonares. Parece hoje bem demonstrado que as modificações hemodinâmicas consequentes daquela primeira causa só adquirem certa intensidade quando o valor da área mitral é igual ou inferior a 1,5 cm² (valor normal-6 cm²). Ao contrário, as estenoses menos marcadas não costumam modificar substancialmente as pressões, o que levou os autores a chamar-lhes «clínicas», «bem toleradas» ou «estetacústicas» como pretende SOULIÉ. No que respeita às modificações das resistências arteriulares, cujo interesse está fora de dúvida, a questão torna-se um pouco mais complicada. Sabe-se que o aumento destas resistências é uma função inversa do grau de estenose mitral, mas que nem sempre está em causa; sabe-se ainda que, uma vez aparecido, complica sempre a doença originária, pois uma barreira colocada entre o ventrículo direito e a aurícula esquerda traz, em consequência, a necessidade dum trabalho miocárdico suplementar, já sobrecarregado pela estase a montante do obstáculo mitral. Parece, ainda, que o aumento das resistências arteriulares, talvez devido a lesões de anóxia do

parênquima pulmonar, uma vez instalado, passa a evoluir por sua própria conta agravando cada vez mais a cardiopatia pelos mecanismos já referidos. Em face destes dados, podem os apertos mitraes ser classificados em dois tipos esquemáticos, embora possam aparecer todas as formas intermédias: dum primeiro tipo fazem parte aqueles casos cujo gradiente de pressões arterial e capilar é elevado, em que a hipertensão da pulmonar se deve àquele aumento de resistências arteriolas. Trata-se de doentes dispneicos em que a sua cardiopatia evoluirá para a insuficiência direita, com aumento da área ventricular correspondente em radiografia e com sinais electrocardiográficos próprios de sobrecarga do referido ventrículo. Do segundo grupo farão parte aqueles casos em que o mesmo gradiente tensional é baixo, porque o componente «resistências pulmonares» se mantém dentro dos limites considerados fisiológicos. São estes os doentes que fazem as suas crises de asma cardíaca e edema agudo do pulmão, onde se não verificará aumento das dimensões da sombra cardíaca e onde o Electrocardiograma mostrará com maior frequência alterações da onda P, embora se possa associar uma discreta sobrecarga ventricular direita. Segundo opinião geral, estão incluídos neste grupo os doentes que, pelo surpreendente sucesso operatório, constituem a melhor indicação da comissurotomia.

Porque falamos em «edema agudo do pulmão» não deixaremos de referir, embora rapidamente, que o cateterismo das cavidades cardíacas permitiu, ao Prof. JOÃO PORTO e colaboradores, formular uma mais esclarecida opinião sobre a fisiopatologia daquela situação mórbida. Os trabalhos experimentais realizados incidiram sobre a apreciação das modificações tensionais intra-cavitárias de cerca de 30 cães sacrificados pela injeção de nitrato de prata N/10 dentro e na espessura dos seus músculos cardíacos. Os animais eram previamente cateterizados nas suas cavidades direitas e esquerdas, respectivamente por via jugular anterior direita e por via carotídea esquerda. A descrição detalhada das experiências e respectivas conclusões fizeram parte dum Relatório que o Autor apresentou à 1.^a Reunião Luso-Espanhola de Cardiologia realizada em Sevilha de 1953 (O Pulmão Cardíaco).

As conclusões que foi possível formular foram as seguintes:

1.^o — A injeção do tóxico no sistema venoso ou nas cavidades cardíacas direitas provoca o E.A.P. por produção de micro-embolias pulmonares; quando injectado nas cavidades esquerdas, o aumento tensional generalizado deve explicar-se pelo angio-espasmo consecutivo à esquemia ou excitação dos centros nervosos, consequência da formação de pequenas embolias a partir

das transformações químicas das proteínas sanguíneas sob a acção do tóxico.

2.^o — Esta hipertensão do círculo menor conduz ao E.A.P. que exprime a transudação alveolar por filtração do sangue ao nível dos precapilares e capilares pulmonares.

3.^o — A insuf. aguda do vent. esquerdo, que se observa após a crise, como o próprio E.A.P. é consequência e não causa do paroxismo hipertensivo, cuja verdadeira causa é mais angio-neurogénia do que cardíaca.

Um outro esclarecimento que é indispensável procurar, é aquele que se refere ao grau de insuficiência que por vezes acompanha a estenose mitral. Com efeito, em grande parte dos nossos reumáticos não encontramos aquela valvulopatia pura, mas sim associada a um certo grau de regurgitação nem sempre fácil de avaliar clinicamente. Compreende-se que, se estes doentes vão ser sujeitos a uma intervenção que se destina a alargar um orifício que supomos apertado, é indispensável o conhecimento tão perfeito quanto possível daquele componente, para que o acto operatório não o vá aumentar a tal ponto que, pela sua gravidade, nos conduza a um fim em tudo semelhante àquele que pretendíamos remediar. Esta questão constituiu objecto dum minucioso estudo de SOULIÉ e colaboradores, já publicado em 1954, em que se observaram 120 doentes de doença mitral controlados pela commissurotomia. Em todos aqueles, em que foi possível evidenciar certas alterações do seu traçado de pressões capilares, a exploração operatória confirmou sempre a existência de regurgitação mitral de maior ou menor intensidade.

As anormalidades gráficas reveladoras deste componente, podem geralmente agrupar-se em dois tipos diferentes:: desigualdade de amplitude dos dois vértices da curva capilar, porque o segundo se torna muito proeminente, e deformação global do gráfico que perde o seu aspecto normal em «M», com desaparecimento da depressão central, que nas condições normais separa aqueles dois acidentes. Estes dados interpretados à luz dos elementos de ordem clínica, electrocardiográfica e radiológica, serão mais um grande passo no sentido do verdadeiro diagnóstico.

D) *As determinações gasométricas*

Outra finalidade da exploração hemodinâmica, a última de que, por agora, nos ocuparemos, consiste na colheita de amostras de sangue nos vários territórios acessíveis à ponta do cateter, sobre as quais se faz a dosagem da hemoglobina, oxigénio e anidrido carbónico. Este método, para ser completo, necessita do concurso de outras determinações, como sejam as dosagens dos

gases no sangue arterial e o cálculo do consumo de oxigênio na unidade de tempo e por metro quadrado de superfície. No que se refere a aparelhos, alguns têm sido utilizados e muitos os descritos, desde que as dosagens químicas deixaram de dar o necessário rendimento, tanto mais que se verificou não serem muito mais rigorosas em relação aos processos directos, agora mais em voga. O oxímetro da casa «Atlas Werker» utilizado no nosso Laboratório, porque permite dosear o oxigênio no sangue arterial pelo processo da célula foto-eléctrica auricular, assim como determinar as percentagens de O_2 e hemoglobina nas amostras colhidas, pelo método das cuvetes, é considerado por todos suficientemente rigoroso para as necessidades da prática diária.

Em casos de possível malformação congénita, as determinações a que acabamos de referir-nos, quando realizadas nas diversas cavidades cardíacas e grossos vasos, associadas à gasometria da grande circulação, permitem, antes de tudo, demonstrar a ausência de qualquer «shunt», mostrar a existência de um ou mais «shunts», determinar a sua sede e direcção funcional e calcular o seu débito. Compreende-se que uma oxigenação elevada na aurícula direita prova a existência de uma comunicação artério-venosa de sede auricular; análoga malformação será demonstrada, se a hiperoxigenação residir no ventrículo direito ou artéria pulmonar. O cálculo dos seus débitos far-se-á por aplicação duma fórmula inspirada no famoso princípio de FICK a que, imediatamente, faremos referências.

Muitos métodos foram propostos e largamente empregados para a determinação do débito cardíaco, índice cardíaco, diferença artério-venosa e débito sistólico, desde a técnica de injeção de substâncias corantes até ao método balistocardiográfico, de valor ainda muito discutível; hoje é empregado sistematicamente aquele que derivou do princípio de FICK, enunciado pela primeira vez em 1870.

Vejamus rapidamente em que consiste esse princípio: sabemos que, nos animais superiores e em particular no homem, todo o sangue expulso pelo coração passa através de ambos os campos pulmonares onde se realizam as trocas gasosas de O_2 e CO_2 , função geralmente conhecida por «hematose». É evidente que todo o CO_2 expirado num minuto, abandonou a quantidade de sangue que, nesse tempo passou no pulmão. Se se conhecer a quantidade deste gás expirado num minuto, assim como a sua taxa em cada uma das circulações, arterial e venosa, poder-se-á deduzir com facilidade o número de litros de sangue que, durante aquele tempo atravessou o leito pulmonar. Raciocínio paralelo poderemos fazer em relação ao consumo de oxigênio: se dividirmos a quantidade deste gás consumido num minuto pela diferença

artério-venosa, obtemos do mesmo modo a quantidade de sangue que, neste tempo passou no pulmão. Desta maneira podemos definir «volume minuto» ou «débito cardíaco» como sendo a quantidade de sangue expulso por um ventrículo em cada minuto. Chamamos «índice cardíaco» ao valor do débito cardíaco referido a um metro quadrado de superfície corporal e «débito sistólico» será o volume de sangue que, a cada sístole, sai de um ventrículo; este cálculo realiza-se dividindo o valor do D.C. pelo número de pulsações por minuto.

Referir todas as circunstâncias que podem influenciar estes valores e pretender saber de todas as suas possibilidades de aplicação, significava repetir aqui tudo o que se conhece sobre fisiologia e fisiopatologia circulatórias.

Lembraremos, somente, que os valores do débito cardíaco intervêm no cálculo das resistências vasculares, do trabalho dos ventrículos e que o princípio de FICK não só permite calcular o débito geral completo (sistémico ou pulmonar), mas também determinar toda uma série de débitos segmentares locais ou viscerais. No Quadro que a seguir se apresenta figuram algumas das fórmulas matemáticas mais empregadas, assim como alguns números considerados fisiológicos.

Débito cardíaco	=	$\frac{\text{O}_2 \text{ consumido (vol./min.)} \times 100}{\text{O}_2 \text{ sang. art. per. (vol. \%)} - \text{O}_2 \text{ sang. ven. (vol. \%)}}$
Débito pulmonar	=	$\frac{\text{O}_2 \text{ consumido (ml./min)} \times 100}{\text{O}_2 \text{ veia pul. (vol. \%)} - \text{O}_2 \text{ art. pul. (vol. \%)}}$
Débito capilar pul.	=	$\frac{\text{O}_2 \text{ consumido (ml./min.)} \times 100}{\text{O}_2 \text{ na aur. esq. (vol. \%)} - \text{O}_2 \text{ sang. art. per. (vol. \%)}}$
Débito cardíaco		5,5 a 6,5 litros
Índice cardíaco		3,1 a 3,8 >
Diferença art.-ven.		40 a 50 cm. ³ por litro de sangue (em O ₂)
Débito sistólico		80 a 90 cm. ³
Superfície mitral		4 a 6 cm. ²
Consumo de O ₂		121 a 129 cm. ³ /min./m ²

Ainda que estes cálculos tenham as suas principais aplicações nas doenças congénitas, não queremos, contudo, deixar de

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



**PROCILINA
PROMICINA**



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

UM PROGRESSO NA SULFAMIDOTERAPIA

DIMERAZINA

Uma diazina acoplada a uma merazina, tendo poder bacteriostático equivalente à soma do poder bacteriostático de cada uma destas sulfamidias isoladas

ELEVADA POTÊNCIA · VASTO CAMPO DE ACÇÃO · ÓPTIMA TOLERÂNCIA
LARGOS INTERVALOS DE ADMINISTRAÇÃO

XAROPE, solução a 10 0/0
Não é uma suspensão

COMPRIMIDOS, a 0,50 gr.
Tubos de 20 comprimidos

Associada a outros antibióticos, a
DIMERAZINA reforça a sua acção

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL
Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, L. DA

'DETTOL' na obstetricia

EFICIENCIA

O Dettol contém um derivado halogenado de xilenol. Possui elevada acção bactericida e conserva um alto grau de eficiência mesmo na presença de matéria orgânica (sangue, sôro, etc.)

TOLERANCIA

O Dettol em concentrações derivadas, é bem tolerado pela pele e mucosas. Além disso, a ausência de toxicidade dá uma grande segurança ao médico, enfermeira e doente.

TRATAMENTO

O Dettol é especialmente aconselhável em obstetricia e pode ser empregado com qualquer técnica da especialidade recomendada pelo médico assistente.

COMPATIBILIDADE

O Dettol não é incompatível com o sabão; não é necessário remover os vestígios daquele, antes da sua aplicação.

CESARIANAS

Na preparação pré-operatória, recomenda-se o Dettol Cirúrgico. Especialmente para este fim fabrica-se com as côres laranja e azul. Pronto a ser aplicado, seca rapidamente e não deixa a pele escorregadia.

A PEDIDO FORNECEM-SE
MAIS PORMENORES
ELUCIDATIVOS

DETTOL
ANTISEPTICO

* * *

RECKITT & COLMAN LTD.
HULL E LONDRES, INGLATERRA



M.34(P)

Agentes: ROBINSON BARDSLEY & CA. LDA.. Lisboa.

referir, mesmo a traços largos, o seu possível interesse no estudo fisiopatológico do aperto mitral. Nestes doentes, contrariamente ao que sucedia com aquelas afecções, estes dados tornam-se muito mais incertos e, por isso, de menor confiança, devido às alterações miocárdicas, circulatórias e respiratórias tão características desta cardiopatia. Não obstante este facto, sempre reconhecido, as determinações do débito cardíaco e da saturação do oxigénio conservam um valor relativo que, completado com a realização de outras provas (P. de esforço) poderão fornecer elementos de real utilidade que não devem ser desprezados.

O conhecimento do débito cardíaco permitiu a GORLIN aplicar nos doentes mitraes uma fórmula matemática, no intuito de calcular o valor da superfície dos seus orifícios aurículo-ventriculares esquerdos:

$$S. M. (cm.^2) = \frac{\text{Fluxo mitral (c. c. seg.)}}{31 \sqrt{P. C.-5}}$$

S. M. — Superfície mitral (valor normal — 4 a 6 cm.²).

Fluxo mitral — Obtem-se dividindo o D. C. (c. c. por minuto) pelo período de repleção diastólica (seg.).

P. C. — Pressão capilar pulmonar — (mm Hg).

5 — Pressão diastólica ventricular esquerda (mm Hg).

31 — Constante.

Esta prova parece, à primeira vista, dum alcance extraordinário para o clínico e particularmente para o cirurgião pois, a poder ser aceite como destituída de causas de erro, ficaríamos de posse dum método de valor patognomónico para o diagnóstico da referida cardiopatia. Tal não sucede porém; embora fosse possível determinar rigorosamente o fluxo mitral, a pressão capilar e a tensão diastólica do ventrículo esquerdo, a fórmula só teria valor real nos normais, porque só nestes as condições circulatórias e respiratórias se conservam inalteradas.

Sem querer afirmar ser este cálculo totalmente improfíquo, não podemos deixar de referir que os vários autores, incluindo o próprio GORLIN, o julgam muito sujeito a causas de erro e por isso destituído daquele valor que um critério superficial poderia afirmar.

A saturação periférica de oxigénio, na estenose mitral, não costuma afastar-se dos valores fisiológicos; raramente desce abaixo de 95 %, ainda que em casos excepcionais possa ser inferior a 90 %. Outro tanto se verifica, quanto ao consumo daquele gás referido à superfície corporal. Pelo contrário, a prática da prova de esforço pode diminuir consideravelmente este

valor, o que geralmente significa um pronunciado grau de este-nose associado a hipertensão pulmonar.

No que se refere ao débito cardíaco, parece estar bem demonstrado que, neste tipo de valvulopatia, se encontra diminuído, mesmo em repouso, facto que não deve estranhar-se devido ao menor afluxo sanguíneo ao ventrículo esquerdo, daquela dependente. Quanto às suas modificações com o esforço, dois factos se poderão verificar após o trabalho de prova: ou se inicia uma brusca subida das pressões pulmonares, sem modificação do débito; ou, pelo contrário, na ausência de modificações tensionais, o débito atinge cifras superiores às antecedentes. Neste segundo grupo serão incluídos os doentes ainda funcionalmente semelhantes aos indivíduos normais, em que a prova de esforço aumenta o débito cardíaco, por vezes para o dobro, sem que, por isso, se modifiquem as tensões. Ao primeiro tipo pertencerão aqueles outros apertados mitraes, já gravemente tocados nas suas funções circulatória e respiratória, por insuficiência da força contractil do miocárdio e por instalação definitiva e progressiva das suas lesões parenquimatosas pulmonares.

Ao terminar o nosso modesto trabalho, repetiremos o que de início se disse: não tivemos outra pretensão que não fosse sugerir a V. Ex.^{as} alguns dos problemas mais interessantes, diante dos quais fomos colocados, ao pôr em prática os novos métodos de exploração hemodinâmica.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, XVII — N.º 4 (Junho): *Considerações sobre um novo caso de eritro-falcemia*, por C. Salazar de Sousa e A. Estrela; *Um caso de clínica psico-social*, por Vítor Fontes e O. Assis Pacheco; *A amigdalectomia total*, por José Tavares N.º 5 (Julho-Agosto): *Mais um caso de doença de Cooley*, por Cordeiro Ferreira e Virgílio Tavares; *A coagulação sanguínea do recém-nascido normal e suas relações com a doença hemorrágica*, por C. Salazar de Sousa, A. F. Gomes, J. C. Ferreira e A. Estrela; *O electro-encefalograma na meningite tuberculosa*, por M.^a de Lourdes Levy.

A AMIGDALECTOMIA TOTAL. — O A. dá as respostas, segundo a sua opinião, a uma série de perguntas de interesse prático; abstraindo das considerações com que as justifica, eis perguntas e respostas:

1.º — Qual a idade mais indicada para proceder à intervenção? — Qualquer, desde que as indicações sejam formais.

2.º — Qual a melhor técnica a seguir? — O descolamento total por disseção extra-capsular.

3.º — Operar ou não operar? — Operar sempre que a indicação seja formal e só nestes casos.

4.º — Quais as indicações formais? — I: Amigdalites crípticas, com retenção, ou repetidas, ou agudas com infecção ganglionar ou com abscessos frequentes, e hipertrofia amigdaliana simples que pelo seu tamanho perturbe a fonação, a deglutição ou a respiração; II: Afecções amigdalianas agudas com complicações de certa gravidade, septicémicas, de supurações viscerais, de endocardite; III: Manifestações gerais ou metastáticas de infecção focal, nos seus variadíssimos aspectos.

5.º — Qual o «ambiente operatório» mais próprio para o doente e para a sua segurança? — Nunca em gabinete médico ou familiar, mas em serviço onde a criança, bem preparada para a intervenção, possa ficar sob vigilância pelo menos durante seis horas.

RELAÇÕES DA COAGULABILIDADE SANGUÍNEA COM A DOENÇA HEMORRÁGICA DO RECÉM-NASCIDO. — Os A.A., estudando a influência dos vários factores que intervêm na coagulação do sangue, e verificando que no recém-nascido há geralmente hiperecoagulabilidade, cuja causa deve estar num excesso de substâncias tromboplásticas, pelos resultados das suas investigações concluem que deve atribuir-se grande importância à diminuição da anti-trombina na produção das hemorragias do recém-nascido.

A CRIANÇA PORTUGUESA, XII (1952-53). — Este número, dedicado à médico-pedagogia e psiquiatria infantil alemãs, compõe-se de trabalhos em alemão, firmados por autores germânicos, sobre variados assuntos: *Os problemas actuais da psiquiatria infantil na Alemanha* (G Koch), *Lesões orgânicas e psicoses psico-motoras em crianças* (E. Albert), *O médico perante os problemas criados pelo port-guerra* (K. H. Blackmann), *Diferenciação das convulsões infantis* (Otto Bossert), *Síndrome encefalítico* (J. Hallerworden), *Diagnóstico das constituições prodisclínicas* (H. Koch), *As histórias ilustradas e a formação moral das crianças* (H. Muller-Suur), *Síndrome dis-ráfico* (B. Ostertag), *Clínica da hidrocefalia infantil* (T. Riechert), *Psicomotilidade e constituição* (F. Steinwachs), *Desenvolvimento físico e comportamento psíquico* (F. von Stockert), *Predisposições hereditárias* (O. von Verschuer).

PREDISPOSIÇÕES HEREDITÁRIAS. — A infância distingue-se da idade adulta, não por sentir mais fortemente os efeitos das predisposições hereditárias, mas por estar mais perto das influências que condicionam

essas predisposições. O homem sofre tais influências durante toda a vida, e as evoluções que provocam são largamente realizadas pelas forças genéticas em potência, ao passo que na criança eles estão ainda latentes, numa pré-fase de manifestações, reagindo mais enérgicamente às influências do meio, mas de uma maneira mais geral e difusa; no adulto as reacções são mais específicas, mais localizadas.

CLÍNICA CONTEMPORÂNEA, VIII, 1954 — N.º 2 (Junho): *Integração das equações tradutoras do metabolismo do iodo e as novas técnicas para o diagnóstico das doenças da tiróide pelo iodo radioactivo* (em inglês), por Júlio Palacios; *Interpretação vectorial das derivações electro-cardiográficas*, por Araújo Moreira; *Segundo caso autóctone de botão do Oriente descrito em Portugal*, por Tito de Noronha; *Questionário sobre o cancro do recto*, por Mário Andrade; *Bases teóricas hemodinâmicas e suas aplicações*, por Araújo Moreira.

BOTÃO DO ORIENTE. — De leishmaniose cutânea tem sido, desde há muito, vistos alguns casos em Portugal, mas de importação. O 1.º caso autóctone foi descrito por Amândio Tavares em 1943. Publicando agora a observação de outro caso, num rapaz de Alte, concelho de Loulé, o A. pensa que, dada a relativamente larga disseminação do kala-azar entre nós, a localização cutânea da leishmania não deve ser muito rara, escapando os casos ao diagnóstico por confusão com outras afecções de aspecto semelhante.

JORNAL DO MÉDICO. — N.º 602 (7-VIII-54). *Operação simultânea na calculose renal bilateral*, por Fontoura Madureira; *Um caso de pericardite alérgica em terreno asmático*, por Robalo Cordeiro. N.º 603 (14-VIII): *Como observar um diabético?*, por J. Gouveia Monteiro; *Asma brônquica*, por J. Corrêa Guimarães. N.º 604 (21-VIII): *Ano e meio de cirurgia cárdio-vascular*, por J. Dácio Ferreira. N.º 605 (28-VIII): *O aperto mitral é uma doença curável*, por J. Filipe da Costa.

PERICARDITE ALÉRGICA EM TERRENO ASMÁTICO. — Num homem de 44 anos, asmático, surgiu um abundante derrame herorrágico hipertensivo no pericárdio, com leve reacção pleuro-pulmonar. Não teve dores, nem febre. Todas as indagações para apuramento da etiologia foram negativas; havia eosinofilia sanguínea de 5%, exame feito já no período da regressão do derrame, que, apesar de muito abundante, se reabsorveu na quase totalidade, na lapso dos oito dias em que esteve internado. Ausência dos sinais electro-cardiográficos próprios da pericardite.

O quadro afasta-se das várias pericardites agudas do catálogo nosológico. Pela circunstância de se tratar de um asmático, da existência de eosinofilia, crescendo ainda o facto de, no decurso do ano

anterior, o doente ter sofrido de dois acidentes semelhantes, um de eles com nítido derrame pleural à direita, conclui-se que o quadro em questão deve interpretar-se como reacção alérgica. Observações idênticas foram publicadas por alguns poucos autores.

BOLETIM CLÍNICO E ESTATÍSTICO DO HOSPITAL DO ULTRAMAR. — Resumo de artigos publicados no N.º 2, de 1953, cujo sumário veio no nosso último número (pág. 570), e que nele não entraram, por conveniência de paginação:

TRATAMENTO DO LINFAEDEMA CRÓNICO DA PERNA. — O linfaedema crónico da perna pode ser primitivo, isto é sem causa aparente (congénito, idiopático), ou secundário a circunstâncias várias: filariase, erisipela, tumores, cicatrizes retrácteis, etc. Seja qual for a causa da obstrução linfática não está ainda bem esclarecido o mecanismo da produção do edema, que está limitado à pele e ao tecido celular, não ultrapassando nunca a aponevrose.

São muitas as técnicas descritas para o tratamento, com resultados variáveis. A preferível é a que o A. empregou em 4 casos, num dos quais, além da elefantíase havia úlcera gigante. Consiste na excisão completa de todos os tecidos doentes e da aponevrose e aplicação imediata de enxertos, conjugada esta intervenção com a simpaticectomia lombar. Esta antecede ou acompanha a operação reparadora, sempre que se verifique deficiência da circulação sanguínea e infiltrações repetidas do simpático lombar determinem melhoria do processo. A extirpação da aponevrose subjacente evita recidivas e a simpaticectomia abrevia o período post-operatório.

DOENÇA HIPERTENSIVA. — O conceito de doença hipertensiva reside na exclusão de todas as afecções que provocam aumento das tensões arteriais: glomérulo-nefrite aguda ou crónica, hipertensão específica da gravidez, rim poliquístico, rim contraído da pielonefrite ou da amiloidose, coarctação da aorta, periarterite nodosa, tumores da hipófise ou das suprarrenais, obstrução arterial dos rins. Assim, a definição de hipertensão essencial deve pois depender da ausência de uma de essas muitas causas, o que torna difícil, por vezes, a afirmação de que, perante um doente de hipertensão, esta seja essencial; o que muito importa para a terapêutica.

Os conhecimentos que até agora se tem obtido sobre a etiopatogenia da doença hipertensiva são fragmentários, e não permitem um conceito geral. Sem dúvida, o factor renal, de isquemia, é da maior importância; mas há que contar com outros factores, humorais, endócrinos, neuro-psíquicos e metabólicos, de importância variável de caso para caso.

Dada a ignorância sobre a etiopatogenia, a terapêutica dirige-se a manifestações da doença, principalmente à hipertensão, com o fim de evitar as perturbações que acarreta, mormente as cárdio-vasculares. Nas suas linhas gerais, o tratamento consiste em sedação neuro-psíquica, dietética,

drogas hipotensoras; e eventualmente a cirurgia. O A. cita os meios mais correntemente empregados, dentro de esta classificação.

O MÉDICO — N.º 148 (1-VII-54): *O diagnóstico e o tratamento de urgência das meningites*, por Frederico Madeira; *A educação sanitária das elites*, por Vasco Riobom; *O paradoxo do leite em Portugal*, por Américo Pires de Lima. N.º 149 (8-VII): *Alguns aspectos demográficos dos Bochimanes do Sul de Angola*, por Alexandre Sarmiento e Figueira Henriques; *Doença de Fox e Fordyce*, por J. Martins Barbosa; *A Escola Médica de Goa e o Ultramar Português*, por Pacheco de Figueiredo. N.º 150 (15-VII): *Novas observações de epiteloma mumificado ou calcificado da pele*, por Amândio S. Tavares; *Casuística médico-legal dos desastres no trabalho*, por Luís Guerreiro; *Médicos que foram grandes escritores: Ricardo Jorge*, por Oliveira Guimarães. N.º 151 (22-VII): *Alguns aspectos do diagnóstico e tratamento da febre tifóide*, por F. de Melo Caeiro; *A cultura do M. Tuberculosis no diagnóstico bacteriológico da tuberculose*, por E. Marques Lito; *Folclore médico do coração*, por Castillo de Lucas.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS MENINGITES. — Artigo com orientação prática, no qual se apresentam esquematicamente as noções correntes sobre o assunto, com notas de opinião pessoal, das quais destacamos as seguintes.

Deve-se fazer a punção lombar em todos os casos em que haja sinais de irritação meníngea, sem esperar que os sinais sejam intensos, para diagnóstico precoce, ou porque a doença dá poucos sinais ou estes foram já atenuados por emprego de sulfamidas ou penicilina; a atitude do doente na cama, com rigidez do pescoço, deve fazer suspeitar a meningite.

O exame do líquido colhido pela punção, feito olhando o tubo contra uma janela pouco iluminada, mostra por vezes haver uma leve turvação uniforme, por fina flocculação que corresponde a agregados celulares, e permite afirmar a existência de meningite. Esta noção é muito importante, pois não se deve esperar pela resposta do laboratório para iniciar o tratamento, se esta tem de demorar; e isto se ao laboratório o médico pode recorrer.

Se o líquido é claro ou apenas levemente opalescente, uma série de hipóteses é possível pôr, quanto à sua natureza: por bactérias, nas espiroquetoses e leptospiroses, por simpatia (concomitante ou colateral), tóxica ou alérgica, por irritação física, por vírus. Na prática, porém, a maior parte dos casos são de: M. tuberculosa, M. simpática, M. linfocitária benigna, M. luética. Esta última é muito rara; é facilmente afastável, como em geral o são as M. simpáticas. Ficam, dando a massa dos casos, a tuberculosa e a linfocitária benigna, apelidada de idiopática, porque não se destringem ainda as suas causas, que devem ser vírus. O diagnóstico de este último grupo tem portanto de fazer-se por exclusão.

Não há critério seguro para distinguir a M. tuberculosa da M. por

vírus, e deve-se considerar como tuberculosa toda a meningite linfocitária, até prova em contrário dada pela negatividade de todos os procedimentos de averiguação. Trata-se como tuberculosa, associando os antibióticos destinados ao combate das meningites purulentas (pois pode tratar-se de esta forma modificada), que pode servir para o das meningites focais e seus focos sépticos causais. Portanto: penicilina, estreptomina, hidrazida e sulfadiazina.

A natureza das meningites purulentas não é em geral reconhecível clinicamente; o laboratório a indicará. Mas deve saber-se que: 90 por cento das meningites por hemófilos são em crianças de menos de cinco anos de idade; que a meningite meningocócica é quase sempre precedida ou acompanhada por exantema, mais frequentemente de aspecto hemorrágico, e que ela pode ser a complicação de uma otite ou labirintite, por infecção do ouvido a partir da naso-faringe. Os esquemas de tratamento das M. purulentas podem resumir-se num só, que satisfaz plenamente, e consiste na associação de penicilina, estreptomina e sulfadiazina, qualquer que seja o agente.

COIMBRA MÉDICA, I, N.º 7 (Jul.-Ag.): *Evolução do tratamento da pericardite constrictiva* (em francês), por R. de Vernejoul; *Novos conhecimentos teóricos e práticos sobre terapêutica anti-coagulante*, por Aster Winterstein; *Miocardites agudas*, por Robalo Cordeiro; *Acerca de alguns casos de drama abdominal agudo*, por J. M. Viegas Pimentel; *Um diagnóstico de hipoproteinemia*, por A. Vaz Serra.

TRATAMENTO DA PERICARDITE CONSTRICTIVA. — Depois de breve referência às alterações da hemodinâmica produzidas pela lesão (modificações da pressão arterial e da tensão venosa, da velocidade de circulação, do débito cardíaco e das tensões intracardíacas), o A. analisa a fisiopatologia. A este respeito, enquanto para alguns autores o problema principal reside na estase venosa devida aos anéis de esclerose que rodeiam a embocadura das veias cavas, para outros a alteração essencial está no obstáculo que a carapaça fibrosa opõe à diástole ventricular esquerda. De estes diferentes conceitos partiu a atitude dos cirurgiões: os defensores do primeiro, predominantes na América, vão para uma intervenção larga que liberte o coração direito e a zona da desembocadura das veias cavas; para os que seguem o segundo conceito a intervenção dirige-se a libertar o ventrículo esquerdo da casca que o aprisiona. Outro factor, porém, foi invocado, a deficiência nutritiva do miocárdio e consequente desfalecimento da sua tonicidade. Depois, estudos experimentais mostraram que ambos os ventrículos sofrem, tendo menor importância a influência da pericardite sobre as aurículas e as grandes veias.

Em face de estas noções, a operatória teve nos últimos tempos uma evolução, estendendo-se a prática da pericardiotomia segmentar, que dá aos ventrículos liberdade de expansão, desde a ponta até acima do sulco

aurículo-ventricular. A intervenção deve fazer-se precocemente, logo que se manifestem sinais de estase periférica com carácter progressivo, isto é, antes que o miocárdio e o fígado adquiram lesões irreversíveis; a estreptomocina veio permitir se operem os casos de pericardite tuberculosa ainda evolutiva em doentes ameaçados por uma assistolia de marcha rápida.

SOBRE A TERAPÊUTICA ANTICOAGULANTE. — O fenómeno da coagulação assenta ainda nos 4 factores clássicos: fibrinogénio, protrombina, tromboplastina, cálcio. Agora, porém, este esquema foi alargado em dois pontos: o conhecimento de que a protrombina é um complexo, de protrombina própria dita e de duas proteínas que favorecem a transformação da protrombina em tromboplastina; esta é também um complexo, ainda em estudo, no qual há factores plaquetários, de globulina anti-hemofílica e de um factor também com acção anti-hemofílica mas distinto do anterior (factor Christmas). A contra-regulação, inibidora, exerce-se pela acção dos seguintes agentes: antitrombina plasmática, heparina, fibrinolizina, antitromboplastina. Estes sistemas são mantidos em equilíbrio no indivíduo normal.

No doente, o equilíbrio rompeu-se pela deficiência de um ou mais factores, e só na sua correcção exacta consiste a terapêutica eficaz; por isso a colaboração do laboratório assume toda a importância em clínica das alterações da coagulação do sangue, pois, com excepção do cálcio, a cada factor corresponde uma diátese hemorrágica bem determinada, embora outros possam entrar subsidiariamente na sua produção.

O A., depois de expor a patogenia de vários estados hemorrágicos, refere-se à farmacologia do dicoumarol e à acção da vitamina K sintética como antagonista da exercida pelo dicoumarol, o que permite o emprego de este sem os receios que inspirava, pois podem controlar-se os seus efeitos sobre o fígado.

Finalmente trata da terapêutica do enfarte do miocárdio, mostrando-se partidário do emprego do dicoumarol, prolongado durante muito tempo, com a vigilância laboratorial correspondente. A heparina, em sua opinião, fica como medicamento de escolha para combater o estado trombótico agudo; a propósito, lembra que esta substância possui outras qualidades fármacodinâmicas além da anti-coagulante, destacando-se entre elas a acção sobre a arteriosclerose, por motivo da influência sobre o metabolismo dos lipóides, cuja alteração é hoje considerada como factor predominante das lesões arteriais.

MIOCARDITES AGUDAS. — Após descrição do quadro clínico (ensurdecimento dos ruídos, aumento da área cardíaca por vezes com suave sopro sistólico da ponta e ruído de galope, alterações do ritmo), salientando a necessidade do diagnóstico precoce, o A. estuda pormenorizadamente as complicações miocárdicas da difteria, da febre tifóide, da febre

Uma *nova* Via

HIRUDOID

Para o tratamento de

processos inflamatórios em varizes

Úlcera crural

Tromboflebites

Infiltrados inflamatórios

Abcessos, furúnculos, panarícios

Tromboses superficiais

Hematomas

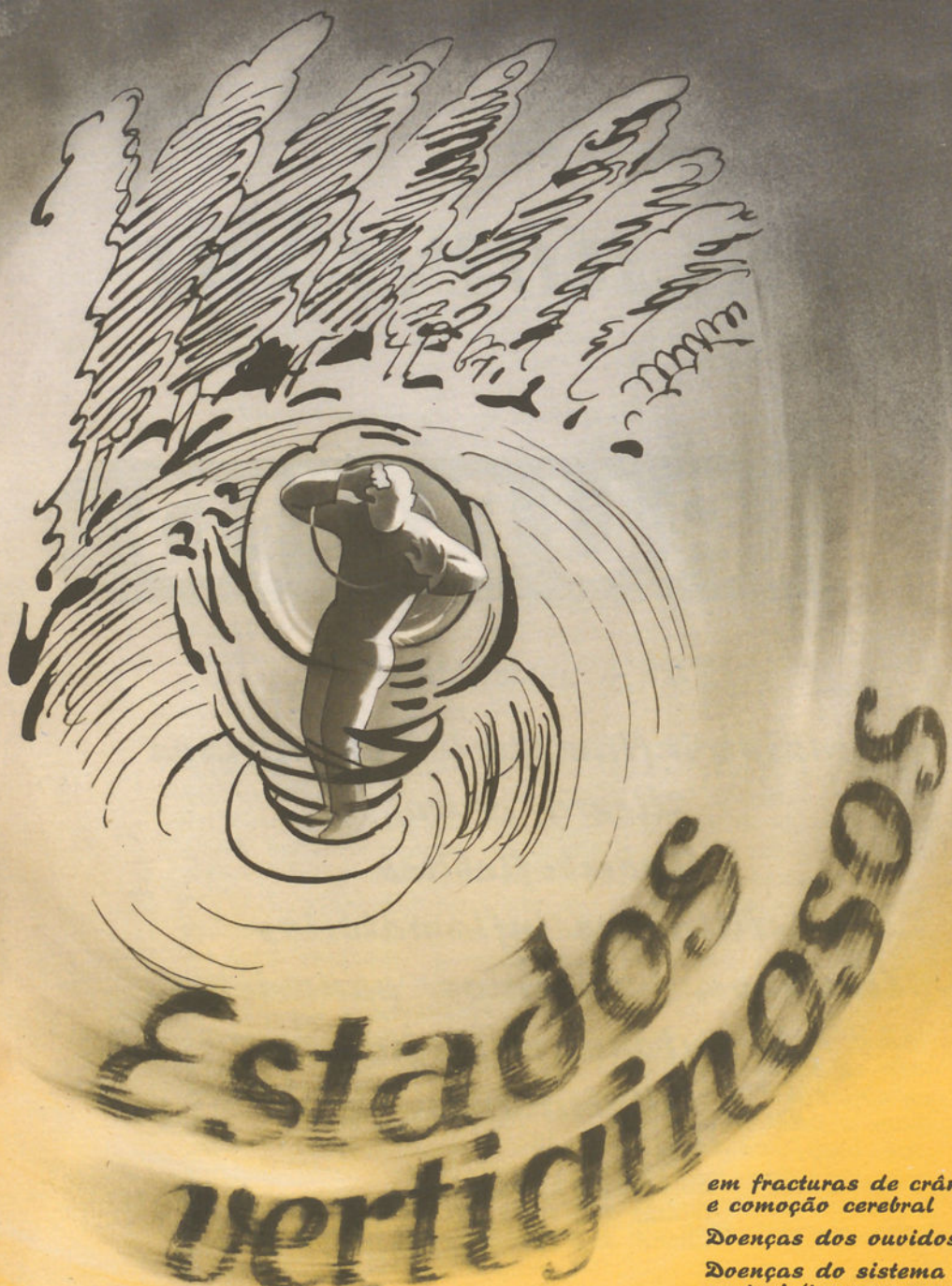
EMBALAGENS: Bisnaga com, aprox., 12 grs.
 Bisnaga com, aprox., 36 grs.
 Clínicas de 4 bisnagas com, aprox., 36 grs., cada

LUITPOLD WERK MUNIQUE

Bibliografia e embalagens para ensaio clínico no

Representante em Portugal:

AUGUST VEITH, Herdeiros — LISBOA



Estados
vertiginosos

*em fracturas de crâneo
e comoção cerebral*

Doenças dos ouvidos (Mènièr)

*Doenças do sistema nervoso
central (tumores cerebrais)*

*assim como nas enxaquecas
e nevroses vasomotoras*

Terapêutica:

Monotrean

Frasco com 30 drageas — Amostras e literatura, a pedido

LUITPOLD-WERK MUNIQUE

Representante em Portugal: AUGUST VEITH, Herdeiros — LISBOA

reumática, das infecções banais e das doenças por vírus, de passagem apresentando algumas observações pessoais. Por fim, aponta as normas terapêuticas: repouso absoluto e demorado; dieta hipervitaminada sobretudo em B₁ e C (por a deficiência de esta ser até certo ponto responsável pelos quadros de colapso); tratamento especialmente dirigido contra a infecção causal; tonificação do miocárdio quando precisa por meio dos estrofânticos (a digitalina está contra-indicada, assim como a quinidina); analépticos cárdio-respiratórios na medida indicada pelo grau de colapso periférico; desicorticosterona.

DRAMA ABDOMINAL SÚBITO. — Artigo destinado a avivar na memória dos leitores as noções essenciais para a clínica nos casos de ventre agudo, citando de passagem algumas observações pessoais.

Começa por lembrar que um bom diagnóstico é importantíssimo, por as terapêuticas a empregar serem muito diversas e a falta da adequada poder sentenciar o doente à morte. Exemplifica a asserção recordando duas situações: a de uma cólica sufrítica com paralisia reflexa do intestino, dores e vômitos, e a de oclusão intestinal interna, antes de aparecerem sinais de peritonismo. Por vezes, apesar da anamnese, a dúvida pode surgir, e então uma injeção de codeína (superior à morfina por não provocar vômitos e ser mais rapidamente activa) pode esclarecer o caso. Mas não deve perder-se de vista que o estupeficiente, se calma o doente, pode adormecer o médico e a família, fazendo esquecer a hipótese de íleus.

Quando a causa de este é evidente, como na hérnia inguinal estrangulada ou na pequena hérnia cural das mulheres (está aliás confundível com um glânglio de Cloquet inflamado), e como quando há estado mórbido anterior a explicá-la (operatório ou médico), e como na apendicite aguda (causadora de 80 por cento das situações de ventre agudo), o diagnóstico é geralmente fácil. Outras vezes, porém, tal não sucede, e então, na dúvida, é preciso não hesitar, e fazer a laparotomia, sem demora, se o caso não dá tempo ao recurso a meios subsidiários de diagnóstico: fórmula hemo-leucocitária, exame radiológico do trânsito intestinal, etc. Nos meios rurais, que não dispõe de estes recursos, o envio rápido a um centro cirúrgico impõe-se.

É verdade que algumas das causas de ventre agudo podem resolver-se por meios médicos, tais a cólica nefrítica, as obstruções intestinais por acumulação de vermes, o íleus paralítico (ainda sem compromisso da vitalidade das ansas intestinais) tratável por injeção de plasma, soro hipertónico e prostigmina ou pituitrina. Mas, repete o A., nunca se arrependeu de mandar abrir o ventre quando o diagnóstico não era claro, e o contrário já lhe sucedeu.

A propósito da apendicite aguda considera terrível erro protelar a operação, usando os antibióticos; pode criar-se na fossa ilíaca, e até em toda a cavidade abdominal, situações cirúrgicas tècnicamente insolúveis.

ESCOLA MÉDICA, I, N.º 1 (Junho de 1954): *Tumefacções do pescoço*, por Levi Guerra; *Sistema nervoso vegetativo*, por A. Sampaio Tavares; *Fisiopatologia da circulação porta*, por Joaquim Bastos.

A sintomatologia dos obstáculos à circulação porta não depende apenas do bloqueio mecânico, como o provam as experiências em animais, nas quais o A. não conseguiu provocar mais que varizes esofágicas, e nunca a ascite e a esplenomegalia. É que a sintomatologia também depende das alterações concomitantes, primárias ou secundárias, do fígado ou do baço. Além da esplenomegalia de tipo congestivo, do derrame ascítico e das hemorragias digestivas, há que contar com os sintomas que derivam da disfunção hepática e esplénica; as substâncias elaboradas pelo baço, que normalmente são neutralizadas pelo fígado, passam directamente para a circulação geral e vão actuar sobre a medula óssea, dando lugar a manifestações diversas de anemia, leucopenia ou plaquetopenia; por isso não basta verificar os sinais clínicos, mas é preciso fazer o estudo do sangue circulante e da medula óssea, medir por meio de várias provas a capacidade funcional da célula hepática, pesquisar radiologicamente lesões gastro-duodenais e varizes do esófago, e fazer a prova da espleno-contracção pela adrenalina para avaliar a capacidade contráctil do baço.

Para a definição do obstáculo, intra ou extra-hepático, servem a consideração da idade do doente, o volume do fígado, a tendência à repetição da ascite, a presença de sinais intestinais entre os acidentes hemorrágicos e os resultados das provas avaliadoras da capacidade funcional do fígado. Mas é principalmente no acto operatório que o caso se esclarece, quer pela observação directa das lesões, quer ainda medindo a pressão nos ramos da veia porta e realizando o estudo flebográfico do sistema.

LIVROS E OPÚSCULOS

Investigações cirúrgicas, por A. de Sousa Pereira. 2.º vol. (Porto, 1954). Colecção das separatas de trabalhos publicados pelo A., de 1947 a 1953, particularmente sobre relações entre inervação e circulação cerebral e suas aplicações nas doenças vasculares do cérebro, e sobre as perturbações de circulação do sistema porta e sua terapêutica cirúrgica.

Actualidades biológicas. Vol. xxvi (Conferências realizadas no Instituto Rocha Cabral em 1953). Lisboa, 1953. Contém: — *O mistério da puberdade*, por F. Ferreira de Mira; *Viver de ar e água*, por Kurt Jacobsohn; *Alguns aspectos da fisiologia da célula nervosa*, por Anselmo da Cruz; *Vegetação da serra do Caramulo*, por A. Gonçalves da Cunha; *Acerca dos mecanismos reguladores da pressão sanguínea*, por M. Rodrigues Cardoso; *A entomologia dos produtos alimentares e industriais em Portugal*, por C. M. Baeta Neves.

SÍNTESES E EXCERTOS

Tratamento da coqueluche

BOIX BARRIOS, em *Medicina Española* (Junho de 1954), baseando-se na sua experiência pessoal e na alheia, e notando que a avaliação dos resultados de qualquer terapêutica não é feita por um critério exactamente igual de autor para autor, e que não há possibilidade de encontrar um procedimento que actue sobre a doença, inteiramente, enquanto não se conhecer bem a patogenia da enfermidade, — chegou às seguintes conclusões: Das antigas medicações só ficaram os sedativos e a vacinoterapia, e apenas como auxiliares dos antibióticos. Estes exercem uma acção favorável em grande número de casos, e são eficazes para evitar ou combater as complicações, pelo que a mortalidade por tosse convulsa diminuiu notavelmente.

Entre os antibióticos parece ser a cloromicetina o mais activo, sendo a via oral a melhor e mais eficiente maneira de administração, embora se obtenham também bons resultados com a estreptomocina, a terramicina e com a hidrazida; esta merece ser ensaiada largamente, para verificação da sua eficácia, por ter grande interesse no ponto de vista económico.

Os resultados da sua experiência pessoal exprimem-se pelos seguintes números: estreptomocina (86 casos) 32 excelentes e 30 bons; cloromicetina (68 casos) 43 excelentes e 14 bons; terramicina (6 casos) 5 excelentes; hidrazida (9 casos) 4 excelentes e 3 bons. Nos restantes os efeitos foram moderados ou nulos.

Os efeitos benéficos são tanto mais frequentes quanto mais precocemente se inicia o tratamento, e quanto menor é a idade do doente. Mas para o diagnóstico precoce pouco interesse tem os procedimentos laboratoriais (placa da tosse e hemograma), por serem ineficazes em muitos casos.

A reparaçãõ da tosse depois de um periodo de calma indica a conveniência de prolongar a medicação pelos antibióticos e de fazer vacinoterapia, para que o organismo tenha reforçadas as suas defesas quando cessar a acção antibiótica.

Para tratar a ascite da cirrose hepática sem necessidade de paracentese

M. ATKINSON e colab. aconselham o seguinte: — Restringir a quantidade de sódio a 0,5 g por dia; empregar preparações proteicas isentas de sódio até se obterem 100 a 120 g de proteicos por dia; administrar 1 a 3 g por dia de cloreto de amónio; repouso obrigatório. Afirmam que assim se evitam as paracenteses, que tem o inconveniente de fazer perder albuminas do soro, em doentes que tem pouca capacidade para sintetisar proteicos. (*The Lancet*, 16-1-1954).

Radioterapia dos tumores da bexiga

Por lapso, no N.º do mês passado, saiu com este título a nota que devia levar o de *Estreptomocina uma vez por semana*. Damos agora esta nota, pedindo seja essa troca desculpada. Considere-se, pois, o referido texto como pertencente ao título supra. O relativo à estreptomocina é o seguinte:

E. ROSTHEIN & M. JOHNSON experimentaram o tratamento dos tuberculosos com uma só applicação por semana de 2 g de estreptomocina, auxiliada por uso diário de PAS ou de terramicina. Verificaram que os resultados foram semelhantes aos de mais frequentes injeções da estreptomocina. Nota ser prático o novo procedimento, para doentes ambulatorios. (*American Revue of Tuberculosis*, Junho de 1954).

NOTAS E NOTÍCIAS

A Índia Portuguesa

Neste lugar do número do mês passado, inseriram-se as impressões, colhidas na missão de que fez parte, pelo Prof. Vaz Serra. Hoje, com a mesma intenção, vamos transcrever passagens da conferência que sobre o mesmo tema faz o Prof. Alvaro Rodrigues, a qual foi publicada há pouco pelo Centro Universitário do Porto da Mocidade Portuguesa. Depois de se referir ao ensino de que a missão fora encarregada (missão entregue também, além de aquele professor de Coimbra, aos de Lisboa, Cândido de Oliveira e Fraga de Azevedo), nos seguintes termos falou da Escola de Goa, das instituições, da gente e da terra indo-portuguesas.

*

Ensinando-se também se aprende, e um dos factos que nos surpreendeu mais profundamente, e que calou mais intensamente no nosso espírito durante os cursos realizados, foi a avidez, a dedicação e o interesse manifestado pelos estudantes da Escola Médica. Vimo-los assistir com o maior entusiasmo e atenção a todas as demonstrações, e em número que excedia sempre, pelo menos no dobro, as lotações dos respectivos anfiteatros. Assistiam sistematicamente a duas lições seguidas, uma de laboratório, outra de clínica, sem que se lhes notasse o mínimo enfado. E, quando de manhã chegávamos à Clínica para a habitual observação dos doentes, esperava-nos sempre à porta do Hospital multidão incontável de alunos que nos seguia pelos corredores e enfermarias, sempre atentos a qualquer conselho dado, a um juízo clínico formulado, ou a um conhecimento novo expellido.

A dedicação destes rapazes da Escola Médica impressionou-nos profundamente; não exagerarei dizendo mesmo que nos emocionou, sobretudo numa festa que espontâneamente deram em nossa homenagem, e, mais ainda, na manifestação unânime que fizeram à nossa partida, acorrendo em massa ao cais de embarque e mantendo-se aí até que o barco em que seguíamos se perdeu no horizonte. Com gente desta, o prestígio da Índia Portuguesa no Oriente não pode deixar de ser grande, no futuro; o que se torna absolutamente necessário é dar-se-lhes as condições de vida que merecem, dentro do seu acentuado patriotismo de luso-indianos convictos.

A Escola Médica de Nova Goa, Escola onde são simultâneamente ministrados o ensino da Medicina e da Farmácia, dispõe para isso de dois edifícios, um onde funcionam os serviços centrais e laboratoriais, outro, o Hospital Escolar, onde se encontram as Clínicas, dispostas lado a lado, em plena margem do Mandovi, no aprazvel lugar do Campal.

À sua frente está o espírito brilhante, acentuadamente dinâmico, do nosso querido amigo, o Prof. Pacheco de Figueiredo. No seu corpo docente, uma série de professores, na sua maior parte ainda jovens, que passaram pelas três Faculdades de Medicina do País.

Esta Escola, fundada em 1842 e dotada de brilhantes tradições, representa por assim dizer um baluarte da Ciência e da Medicina Portuguesa no Oriente, e a ela pertenceram nomes ainda hoje venerados, como o de Germano Correia e de Froilano de Melo. As suas tradições brilhantes estenderam-se até àqueles que ela formou e que nas suas actividades noutras províncias ultramarinas e ao serviço da Nação, altamente enobreceram a Medicina e o País, tais como Brás de Sá, Sócrates da Costa, Santana Barreto, Frederico Rebelo, Bruto da Costa e tantos outros que deixaram para sempre os seus nomes ligados ao combate da doença do sono e da lepra, ao estudo da malária e ainda de muitas outras doenças parasitárias.

Por tudo isto, a Escola Médica de Nova Goa tem direito a ser acarinhada pelo Estado, e foi, tendo isto em vista e neste sentido, que Sua Ex.^a o Ministro do Ultramar promoveu a realização desta missão, à qual sem dúvida outras se seguirão, para continuidade do esforço desenvolvido e para actualização dos assuntos e das matérias versadas no ensino.

Infelizmente, as instalações da Escola Médica de Nova Goa são mais que modestas: são precárias e deficientes. Os laboratórios são quase que primitivos; a biblioteca encerra na sua maior parte livros arcaicos e fora de actualização. Urge que à Escola Médica sejam dadas as condições necessárias ao seu revigoramento e remodelação. E, de facto, no programa de Sua Ex.^a o Ministro do Ultramar encontra-se a satisfação das justas aspirações e anseios do seu corpo docente. Durante a nossa estadia na Índia, foram enviados a Goa dois arquitectos do Gabinete de Urbanização do Ultramar, com a incumbência da elaboração de planos para a construção de um novo edifício, que ficará possivelmente situado em terrenos do Campal, próximo do antigo.

Do mesmo modo, o Hospital Escolar é insuficiente para as necessidades do ensino e da assistência médica e cirúrgica dos doentes, cuja área tem de servir. Dotado de cerca de cem camas, as suas instalações são de algum modo deficientes, pois, dizem-nos, nem para hospital geral foi construído; destinava-se, parece, simplesmente a Maternidade. Do mesmo modo, deficientes são as suas instalações cirúrgicas e assim é que a sala de operações, já pelo clima próprio da região, já pela má exposição, atinge, ao fim de algum tempo de uma intervenção cirúrgica, temperaturas verdadeiramente insuportáveis para quem trabalha. Tivemos por vezes ensejo de as experimentar no decurso de algumas demonstrações.

Pois também está no programa dos melhoramentos a efectuar o alargamento das instalações hospitalares e a sua adequada aplicação e

utilização. Remodeladas as instalações escolares, devidamente apetrechadas com o material absolutamente indispensável ao ensino, à investigação e à assistência, remodelados e ampliados os quadros do seu pessoal docente, segundo sugestões exaradas no relatório que enviamos ao Ministério do Ultramar, remodelação do quadro, para o qual se torna absolutamente necessário a criação de bolsas de estudo a utilizar na Metrópole, para os alunos mais altamente classificados, e até para os actuais professores e assistentes que seriam assim obrigados a efectuar regularmente, de tempos a tempos, estágios na Metrópole, a Escola Médica de Nova Goa teria então condições para se prestigiar de novo aos olhos do Mundo e da Índia vizinha e para continuar a tradição brilhante dos que lhe insuflaram vida e prestígio.

Mas para dar à Escola Médica de Nova Goa a situação que merece, torna-se necessário olhar também para as condições de vida dos que ela forma e a quem concede diplomas. É preciso dar, tanto quanto possível, aos seus diplomados as condições necessárias para cabal aproveitamento do seu curso. Isto obriga-me a passar em revista, embora sucintamente, o problema da vida do médico no Estado da Índia e das suas dificuldades.

Pela legislação actual, o médico formado pela Escola de Goa apenas pode exercer a sua actividade dentro das províncias da Índia Portuguesa. Ao contrário do que sucedia até há poucos anos, em que muitos médicos diplomados pela Escola de Goa iam exercer a sua actividade na União Indiana e especialmente no Estado de Bombaim, actualmente o Governo deste Estado retirou a equivalência dos cursos, impedindo, portanto, os nossos diplomados de aí se fixarem. Por outro lado, as leis portuguesas vigentes exigem que nos quadros do Ultramar só possam ser colocados os diplomados pelas Faculdades de Medicina da Metrópole ou os diplomados pela Escola de Goa, depois de repetirem o curso nas Faculdades de Medicina, ou de aí se sujeitarem à defesa de uma dissertação original, com interrogatório sobre as cadeiras de clínica. Isto reduz consideravelmente o campo de acção do médico goês e faz com que o Estado da Índia Portuguesa disponha actualmente de 600 médicos, para uma população de cerca de 600.000 habitantes, o que dá a percentagem de um médico por cada mil habitantes. Porém, na realidade, a percentagem é muito menor ainda, porquanto a maioria da população da Índia tem um nível tão baixo que lhe não permite socorrer-se dos serviços dos médicos que exercem a profissão liberal (recorrem simplesmente aos Delegados e Subdelegados de Saúde). Por outro lado, ainda a medicina popular tem um grande ambiente na Índia; são as sobrevivências da ciência dos brâmanes e os seus múltiplos remédios vegetais. É a tradição da casta dos sudras, em que, no dizer de Gilberto Freyre, a arte de curar passava de pais a filhos, através dos livros de receitas (e se o doente morre, a culpa não é dos remédios nem da curandeirice; a morte é apenas a consequência de o doente ter

comido demais, pois nos verdadeiros hindus as restrições alimentares são levadas ao máximo, sobretudo no que respeita às carnes e a qualquer coisa que represente vida animal morta). Pois numa parte importante da população da Índia, fora das grandes zonas, a medicina popular tem ainda numerosos partidários e adeptos. Em consequência de tudo isto, a percentagem de habitantes para médicos, não vai além, segundo os cálculos do Prof. Fraga de Azevedo, de 500 por 1. Quer isto dizer que muitos médicos não podem singrar pela sua profissão e têm de contentar-se com situações inferiores, extra-médicas, pouco dignificantes para o seu diploma. Dizem-nos não haver vaga a preencher, desde empregados de escritório até funcionários públicos, para a qual não se apresentem imediatamente, como candidatos, médicos.

Urge remediar esta situação, dignificando convenientemente o diploma médico. Por isso bom seria aproveitar a sugestão apresentada pelo Prof. Fraga de Azevedo que é a de colocar esses médicos no Ultramar Português, não evidentemente em semelhança de condições dos diplomados pelas Faculdades de Medicina do País, cuja preparação é incontestavelmente melhor, mas em lugares subalternos dos quadros médicos, à semelhança do que já se faz com outros países, tais como a França e a próprio União Indiana, em que os médicos são divididos em várias categorias, consoante são diplomados por Faculdades ou Escolas.

Vem neste momento a propósito falar da assistência médica na Índia Portuguesa.

Dispõe a Província de Goa de vários hospitais, dos quais o primeiro é o Hospital Central ou Hospital Escolar de que já falei. Ao lado de Pangim, a 3 ou 4 quilómetros desta cidade, ainda na margem do rio Mandovi, existe um segundo Hospital, o Hospital de Ribandar. Sustentado a expensas particulares, por isso mesmo que pertence à Santa Casa da Misericórdia de Goa, hospital relativamente pequeno (a sua lotação não deve exceder 50 a 60 camas), é extremamente agradável no seu aspecto e bem cuidado, possuindo uma organização e instalações que não ficariam mal em qualquer dos nossos hospitais de província. Dispõe de enfermarias, onde os doentes pobres são admitidos gratuitamente, e de quartos particulares, destinados aos doentes de situação mais desafogada. As suas instalações cirúrgicas, sem serem boas, são razoáveis, e o que mais impressiona é o estado de conservação de todos os departamentos e o arranjo que se observa em todos os seus serviços a qualquer hora do dia em que se visita. Por cima de tudo isto é digna de nota a isenção e o espírito de sacrifício dos médicos que nele labutam, nomeadamente do seu director e do chefe dos serviços cirúrgicos, pois dispondo este hospital de dotações limitadas, estes médicos vão às vezes cobrir, com os seus vencimentos pessoais, os deficits hospitalares.

Na província de Margão existe um sanatório antituberculoso que, sem ser modelar, é digno de referência pela assistência que presta e pela dedicação dos que nele servem. Numa multiplicação de possibilidades arrancadas simplesmente ao esforço e à boa vontade, não obstante a adversidade de condições materiais, vi eu nesse sanatório trabalhos radiográficos, tais como broncografias e fistulografias, que ficariam bem em qualquer das nossas clínicas especializadas da Metrópole.

Na província de Pernem, existe uma leprosaria, a de Macazana, cuja função e criação está ligada à personalidade notável de Froilano de Melo. Foi Froilano o grande entusiasta da criação dessa leprosaria, para ela contribuindo até financeiramente com o seu esforço pessoal. Diz-se que reservava o produto líquido dos seus discursos encomendados, e da sua palavra fácil, para essa obra. Parece ser costume em toda a Índia, por ocasião de festas íntimas, tais como casamentos e baptizados, encomendar discursos aos que têm facilidade de oratória, mesmo que não estejam ligados à família em festa, discursos que são remunerados. Froilano de Melo, cujas qualidades oratórias são bastante conhecidas, era muitas vezes assediado; nunca se negou a fazê-lo, reservando simplesmente o produto da sua palavra fácil à construção da leprosaria.

A vida e o entusiasmo insuflados por Froilano de Melo à sua leprosaria de Macazana quase morreu, depois da sua saída da Índia. Actualmente, a leprosaria vegeta só, sendo ainda digna deste nome pelo facto de albergar leprosos, sem que a culpa pertença, no entanto, aos poderes centrais e administrativos.

Importa, porém, que à Leprosaria de Macazana sejam dadas novas condições de vida, já para poder realizar totalmente a sua missão, já para poder aproveitar, a favor da cura ou tratamento dos seus leprosos, todos os progressos que a Ciência actualmente lhe confere.

Ainda na parte da assistência médica, é digna de nota uma pequena Casa de Saúde particular, situada em Mapuçá, concelho fronteiriço ao de Nova Goa, e denominada o Remanso. Pela sua situação, encravada num maciço de árvores verdejantes, dentro de uma zona altamente pitoresca e tranquila, bem merece o seu nome de Remanso.

É digna de referência especial, como índice de um notável progresso, a secção de Hematologia e o Banco de Sangue, instalados em edifício próprio e expressamente construído para esse fim, secção fundada pelo Dr. Almerindo Leça na sua passagem pela Índia.

Falando do ensino médico na Índia, justo é que fale do ensino de uma maneira geral.

O ensino primário é ministrado em escolas, umas do Estado, em que ao lado da língua regional, o concanim, é ensinado também o português, outras escolas particulares, umas de missionários portugueses, outras maratas, em que a língua oficial de ensino é o marata, e outras

ainda, mais raras, de missionários ingleses. Ultrapassado o ensino primário, o aluno entra no Liceu, e depois disso o jovem indiano tem de escolher entre o ensino superior, representado essencialmente pela Escola Médica, ou o comércio. Em determinadas castas superiores, essencialmente constituídas por intelectuais, a ocupação em actividades comerciais ou industriais é considerada pouco digna das tradições familiares, e assim o moço indiano é levado para a medicina, a magistratura ou para o seminário, facto que explica a plétora das inscrições na Escola Médica de Goa.

Nota-se, por isso, a falta de desenvolvimento do ensino técnico na Índia Portuguesa, no sentido da mecânica, da arquitectura ou dos trabalhos manuais.

Actualmente o Estado Português e o Governo Geral da Índia, compreendendo essa deficiência, procuram desenvolver esse ensino técnico, e, há cerca de três anos, fundou-se em Margão a primeira Escola de Ensino Técnico, à qual se seguirão outras, dentro de breve tempo. Por outro lado, os missionários salesianos realizam esforços semelhantes e possuem já, nos arredores de Pangim, várias escolas-oficinas, onde se realizam trabalhos mecânicos notáveis.

Quase sem querer, aludi ao problema do castismo na Índia. É, na realidade, ainda hoje um verdadeiro problema o das castas, problema que impede o progresso em muitas manifestações da vida, arraigados, como ainda hoje nestes semitas indianos se encontram, ao preconceito da casta. Felizmente, e numa reacção digna de louvor, as gerações modernas procuram já libertar-se do ferrete desse preconceito. No entanto, no subconsciente do verdadeiro hindu, perante certas situações, ainda hoje se vislumbra uma tendência, muitas vezes sentida, embora não confessada, por essa obediência rática e estrutural. E o mais curioso é que não são os indianos das castas mais elevadas, por exemplo os brâmanes, aqueles que procuram manter essa distinção e impor a supremacia dos seus dons familiares. Vi muitos brâmanes indulgentes e transigentes, tratando afavelmente indivíduos de castas mais inferiores. São, pelo contrário, estes últimos que reconhecem a superioridade dos primeiros e que deles se afastam, tratando-os respeitosamente e a distância. E o próprio Cristianismo parece querer respeitar o castismo, pois em algumas igrejas católicas, uma das quais construída ultimamente, reserva-se lugar especial e de destaque para os brâmanes; é possível que isso date da fase da conversão dos hindus, no séculos XVI, pelos missionários católicos e pelos jesuítas, que, procurando converter e propagandar o catolicismo se viram obrigados a pactuar com essa tendência cástica profundamente arraigada nos hindus.

Falando dos párias ou intocáveis, a casta mais baixa dos indus, aqueles que, pelo seu nome, são reservados para as actividades mais desprezíveis e nos quais ninguém pode tocar sem se purificar seguida-

mente, preconceito que felizmente vai sendo abandonado no Índia Portuguesa, mas que ainda hoje se observa em zonas várias da União Indiana, diz Gilberto Freyre: «o indiano de casta baixa parece deliciado, por uma espécie de masoquismo, em ser inferior, vil, desprezível; não se surpreende neles rancor contra os superiores ou opressores; vivem morrendo, morrendo até pelas ruas onde muitos dormem» (naturalmente que se refere a Bombaim) e termina: «os seus olhos são os de homens e mulheres que pouco esperam da vida e muito da morte».

E, de facto, este lema na vida impede-os de progredir. Contentam-se com a sua situação, não têm aspirações, para eles só conta o dia que vão vivendo, o dia de amanhã não existe — negação formal de qualquer tentativa de progresso ou de melhoria de situação.

Tão importante como o problema do castismo entre os hindus, é o problema religioso, problema que se faz sentir muito menos na nossa Índia do que na União Indiana, onde, em Bombaim, as lutas entre maometanos e hindus deram origem, ainda há poucos anos, a lutas mortíferas, travadas em plena rua e em pleno dia.

Na Índia Portuguesa, o problema religioso quase se não sente. As religiões dominantes são a hindu e a cristã; além destas, existe um número relativamente reduzido de parses e de maometanos. O budismo não existe praticamente, ao contrário do que sucede na União Indiana, em que, em Bombaim, podemos contemplar um templo erigido a Buda. Sendo as religiões dominantes a hindu e a cristã, há compreensão mútua entre as duas correntes religiosas e respeito entre as duas crenças.

É extremamente curioso e edificante o facto, largas vezes observado durante as festas de S. Francisco Xavier por ocasião da visita da imagem de Nossa Senhora de Fátima à Índia, de muitos hindus praticantes levarem ofertas a esta imagem, em cumprimento de promessa. Sendo hindus não convertidos, deixaram-se influenciar pelo prestígio das crenças católicas.

No ponto de vista turístico e artístico, a Índia Portuguesa está cheia de preciosidades. Do mesmo modo a natureza foi-lhe extremamente pródiga, dando-lhe um solo notavelmente fértil e um subsolo rico em matérias minerais.

A província de Goa, com uma área aproximada de 2.000 quilómetros quadrados, tem a forma de um triângulo assente na região baixa da cordilheira dos Gates Ocidentais; a ocidente está banhada pelo mar e faz parte da costa do Malabar; a sudeste e nordeste, está em grande parte circundada pela cordilheira dos Gates que lhe serve de fronteira natural com a União Indiana. Na sua maior extensão leste-oeste, a província de Goa tem 100 a 120 quilómetros.

É cortada por dois grandes rios: o Zuari e o Mândovi. Na embocadura do Zuari, fica situado o mais vasto e o mais importante porto,

não só de Goa, mas de toda a Costa do Malabar: o porto de Mormugão. Na embocadura do Mandovi, fica o porto de Pangim. A separar a embocadura dos dois rios, fica o promontório do Cabo com o sumptuoso Palácio, residência de Sua Ex.^a o Governador Geral.

Partindo de Pangim e atravessando o rio Mandovi, entra-se no concelho de Bardez; seguindo a estrada que vai subindo e serpenteando ao longo da colina fronteira de Pangim, e tornejando depois, quer à direita para Mapuçá ou Bicholim, quer à esquerda em direcção a Macazana ou Pernem, os panoramas que se nos deparam são surpreendentes de viço e de fertilidade. São densas florestas, de tipo tropical, constituídas essencialmente por coqueiros e palmeiras, emolduradas numa vegetação de cores fortes, onde não se consegue divisar um decímetro quadrado de terreno. E toda a Índia Portuguesa é assim: um jardim permanente, onde os nossos olhos de europeus se deliciam e enebriam.

Se, em lugar de atravessar o Mandovi, sairmos de Pangim e seguirmos a sua margem esquerda, vamos passar primeiro em Ribandar e mais adiante entraremos na velha Goa, a cidade mistério, capital antiga da Índia Portuguesa, com razão denominada outrora a Roma do Oriente. Na realidade, na grandeza dos monumentos que aí restam e no esplendor das suas ruínas, adivinha-se vagamente a glória dos dias passados dessa cidade, cognominada a Pérola do Oriente ou a Urbs Prima da Índia.

Construída pelos maometanos em 1479, foi conquistada por Afonso de Albuquerque em 1510, que aí instalou o Governo de Cochim, mandando, então, construir igrejas, monumentos e palácios. Pouco a pouco a Velha Goa foi-se desenvolvendo, de tal maneira que no século XVII contava 300.000 habitantes e dela dizia-se que «quem viu Goa não precisa de ver Lisboa».

Pois dessa cidade, e mercê da malária que em pouco tempo quase dizimou a sua população, não resta hoje mais que uma série de monumentos gigantescos, amontoados num espaço relativamente diminuto, associados a ruínas que, mesmo na sua decadência, são imponentes. Entrando na Velha Goa, encontramos à direita a Igreja do Bom Jesus, onde em rico e faustoso túmulo de prata se conservam as relíquias de S. Francisco Xavier. Pegado à Igreja do Bom Jesus e fazendo face à Praça de S. Francisco Xavier, um grande e majestoso edifício, de quatro andares, parece que o maior da Velha Goa, chamado o Palácio da Inquisição. Voltando agora à esquerda, encontra-se, a menos de 200 metros, a Catedral de Goa, majestosa nas suas dimensões e no seu traçado, diz-se que construída por Afonso de Albuquerque sobre o edifício de uma mesquita que aí existia e que ainda permanece nos seus alicerces. Ao lado da Catedral, mas orientada em sentido inverso, uma nova igreja também de gigantescas proporções e pejada de artísticas preciosidades: a Igreja de S. Francisco de Assis, anexa ao antigo convento franciscano ainda hoje conservado quase na sua integridade.

Em frente ao Convento de S. Francisco de Assis, a pouco mais de cem metros, o novo convento, o de S. Caetano, de magnificante estilo architectural, procurando imitar a Basílica de S. Pedro em Roma. À direita, o Convento de Santa Mónica, ocupado neste momento pelas tropas de Moçambique. E, mais adiante ainda, o Arco dos Vice-Reis, encimado por Afonso de Albuquerque. Em volta de tudo isto, o silêncio, a contrastar talvez com o ruído e o bulício dos tempos passados; a substituir as antigas habitações, só palmeiras e coqueiros envolvem estes gigantescos monumentos dum passado glorioso e florescente. E como que a querer aumentar o peso das ruínas da Velha Goa, as intempéries rigorosas das monções de 1953 encarregaram-se de fazer ruir o Arco dos Vice-Reis, que, no entanto, o nosso Estado se esforça neste momento por levantar de novo.

Deixando a Velha Goa e seguindo para Pôndá, entra-se em Margão, a segunda cidade de Goa e a primeira do concelho de Salcete, notável pela sua prosperidade e pela florescência do seu comércio. Seguindo em direcção a Colem, e tomando o caminho de ferro que de Mormugão vai à União Indiana, chega-se, próximo da zona fronteira, às quedas de água de Dudhsagor, cenário maravilhoso, encimado pelos picos das montanhas dos Gates e emoldurado pela densa floresta que tapeta as suas encostas.

Mas nem só o solo da Índia é rico; também o é o seu subsolo; nele existem ricos jazigos de ferro e manganés, que estão neste momento a ser explorados, de uma maneira activa e profícua, para a economia desta província ultramarina. Até há pouco, esses jazigos quase só aproveitavam à companhia japonesa que os explorava. A obra notável de fomento que está a realizar o actual Governador Geral da Índia, Sr. General Bénard Guedes, que numa feliz visão política e económica notavelmente tem contribuído para o progresso da província e melhoria de situação da sua população, fez com que, mercê de novas máquinas e outra organização na exploração de minérios, se convertessem esses jazigos numa fonte apreciável de receita para o País e de trabalho para os seus habitantes.

De notável e de surpreendente para os nossos olhos e hábitos europeus, são ainda as casas indianas, opulentas e magníficas, verdadeiramente deslumbrantes nas suas ricas mobílias rendilhadas, de puro estilo indiano, com paredes cobertas de preciosas porcelanas da Índia e da China, iluminadas por sumptuosos lustres de cristal, em que à profusão das luzes se associam os mais belos reflexos do arco-íris.

Nos tempos materialistas que vamos vivendo, conforta verificar que há ainda moradias particulares que reúnem tanta preciosidade e tanta magnificência!

Mas, na Índia, um outro espectáculo atrai a nossa curiosidade: o da visita aos templos hindus, famosos pela sua maravilhosa riqueza.

E, assim, conduzidos pela erudição de Pissurlencar, excepcional

cicerone, fomos visitar entre outros os de Leulá e de Mangueixa. Tanto num como no outro, fomos recebidos festivamente pelas respectivas Mezanias ou Mesa administrativa.

Cada templo hindu é uma verdadeira povoação, com edifícios à volta, de fino recorte arquitetural, para albergar os peregrinos, e as diversas secções administrativas, uma torre no centro, com motivos arquiteturais os mais diversos (o verdadeiro pagode), e em seguida, mais adiante, o edifício do templo. Só se lá entra descalço, e, ultrapassada a porta, depara-se-nos um grande salão, com uma porta central, rodeado de colunatas e encimado por faustosos e ricos lustres, com as cores mais variadas, destinado exclusivamente aos hindus para as suas orações, e uma galeria à volta, que pode ser percorrida pelos não hindus que desejem assistir às suas cerimónias. Ao fundo do salão abre-se um longo túnel, ricamente marginado de parede maciça de prata, ao fundo do qual se encontra Brahma e as restantes divindades, entre as quais Shiva e Ganês.

No momento em que fomos recebidos, havia grande festa dentro do templo, organizada em nossa honra, finda a qual fomos convidados para uma sala anexa, onde em frente de uma mesa, cheia iguarias as mais diversas (apenas bolos e doces, não carnes nem alcoóis, visto que os hindus são vegetarianos e abstencionistas) fomos saudados com discursos patrióticos e arrebatados, ditos pelo respectivo chefe da Mezanía. No fim da festa, houve ainda em nossa honra uma demonstração de danças pelas bailadeiras do templo, espectáculo curioso para os nossos olhos de cristãos.

O chefe supremo dos hindus é o Suami, espécie de bispo ou de papa, que é venerado como divindade.

A propósito do Suami, recordo neste momento um episódio curioso, talvez o mais pitoresco para mim, durante a minha estadia na Índia.

Encontrando-se doente há longo tempo o Suami de Partacale, povoação fronteiriça da União Indiana, que talvez, na sua etimologia, queira significar Portugal, fui convidado para uma conferência com os médicos, na sua maioria hindus, que o tratavam. Para a realização dessa conferência, o Suami de Partacale, veio para uma casa de campo que possui nos arredores de Margão. No dia combinado, para lá nos dirigimos. A entrada da casa, no primeiro átrio, todos os médicos se descalçaram, tirando sapatos e meias. Para não fugir ao Protocolo, fiz menção de me descalçar também, no que fui impedido pelos meus colegas hindus que me disseram ser dispensável para mim essa exigência por não ser hindu. Hesitante e cauteloso, segui os meus companheiros através de várias dependências até atingir o quarto do Suami que se encontrava no seu leito. Deparei com um homem jovem e vigoroso, de 32 anos apenas, de face e aspecto jovial, que me recebeu de maneira cativante. Os meus companheiros foram-se aproximando ora de joelhos, fazendo profundas vénias, ora de pé, em atitude humilde.

Eu fui-os seguindo, hesitando na maneira de proceder. Quando nos abeiramos do leito, o seu olhar procurou-me sorridente e acolhedor, levantou as mãos, num gesto que só depois compreendi ser de bênção. Porém, julgando que nesse gesto me ia estender a mão direita, eu fiz menção de estender também a minha; mas bem depressa compreendi que não era essa a sua intenção e só mais tarde soube que a sua mão era sagrada e não podia ser apertada por um simples mortal como eu. Mas este equívoco bem depressa se diluiu no meu papel de médico, na minha observação clínica e no conselho terapêutico que esperava ouvir de mim. Como recompensa dos meus serviços, presenteou-me com um rico e antigo leque de sândalo (destinado a minha mulher) e com uma sumptuosa caixa também de sândalo, cheia de preciosos desenhos esculpidos na tampa em e todos os lados.

Como peregrinos da Pátria à Índia Portuguesa, não podíamos deixar de visitar Damão e Diu. Mas estas províncias ficam bastante distantes de Goa e os meios de comunicação são restritos e morosos. Para Damão, são necessários, desde Goa, dois dias de comboio, através da União Indiana, e, para Diu, mais 24 horas. Valeu-nos, porém, para efectivação desse desejo, a estadia do Aviso de 1.^a classe Bartolomeu Dias, em águas de Mormugão, e a gentileza do seu Comandante, Sr. Capitão de Mar e Guerra, Azevedo e Silva, que se prontificou a realizar o nosso sonho. E, assim, aproveitando a viagem para a transferência e substituição das forças militares que se encontravam em Damão e em Diu, para lá seguimos a bordo do Bartolomeu Dias. Após uma viagem de 24 horas desde Goa, atingimos de manhã, ao alvorecer, a costa de Damão.

Por falta de sondagens recentes, o barco teve de ficar a três milhas de distância e a parte restante do percurso fizemo-la no gasolina de bordo.

Damão fica na Costa de Guzarate, à entrada do Golfo de Gambay. O Golfo divide Damão em duas partes: o Damão Grande, ao Sul, e o Damão Pequeno, ao Norte. O Damão Pequeno é a zona de comércio e caracteriza-se por uma intensa vida comercial, talvez suscitada pelo facto da liberdade de regime na nossa zona e pela restrição do uso do álcool, no Estado de Bombaim, razão por que os indianos de Bombaim procuram com relativa frequência os nosso territórios, entre os quais, por maior facilidade, o de Damão. Em Damão Grande, menos populoso mas maior em extensão, estão o Palácio do Governo e a zona monumental de Damão, agora na sua maior parte em ruínas, tais como a Fortaleza, de construção verdadeiramente gigantesca e quase inconcebível, mesmo nos tempos actuais, e o Convento de S. Paulo.

Mais no interior, encravada em plena União Indiana e unida às restantes zonas da província por uma estrada que atravessa esta Índia, uma outra província também portuguesa, mas maior em extensão do

que qualquer das outras, a de Nagar-Aveli. Nagar-Aveli cria em certos momentos verdadeiros problemas, pelo facto das suas comunicações se fazerem obrigatoriamente através da União Indiana.

Em Damão assistimos a um espectáculo que nos emocionou. Em nossa homenagem e do Comandante da Polícia de Goa, que se retirava de Damão nesse momento, aproveitando também a viagem do Bartolomeu Dias, fomos abordados por uma delegação de damanenses que nos presentearam com vistosos ramos de flores, emoldurados em papéis de cores vivas e variegadas, e, por último, colocaram aos nossos ombros extensos colares também feitos de flores.

Saídos de Damão, entramos em Diu, após 12 horas, ou seja uma noite de viagem.

O espectáculo que se depara à entrada de Diu é grandioso e inesquecível, porquanto, muito antes de pormos pé em terra, já a frescura das casas e a conservação dos edifícios nos convidavam e atraíam. Diu é na sua maior parte uma pequena ilha, marginada a um lado pelo mar e nos restantes por um canal que a separa da União Indiana. A Sul e a Leste do canal, existem, no entanto, ainda territórios que nos pertencem. Apesar de tudo, Diu, sendo de forma ovalar, tem no seu maior diâmetro 12 quilómetros, e no seu menor, aproximadamente, 2 a 3 quilómetros.

Diu é uma verdadeira pérola, no seio da aridez dessa zona da União Indiana que a contorna. A cidade de aspecto atraente, pelo seu asseio e pelo estado de conservação dos seus edifícios, é constituída por longas ruas estreitas, marginadas de soberbos edifícios particulares, alguns dos quais ornamentados com variados motivos esculturais. São casas ricas de habitantes opulentos, que tendo na sua maioria feito fortuna em Moçambique, atraídos pelo amor à sua terra, voltaram para Diu logo que os seus meios lho permitiram, para aí gozarem o bem-estar que as suas possibilidades lhes podem facultar.

Mas a principal atracção da província de Diu é o seu Forte ou Fortaleza. Adaptado a presídio de delitos comuns, os seus reclusos, homens e mulheres, fazem uma vida simultaneamente ao ar livre e em regime de clausura. Esta adaptação, permitindo utilizar o trabalho dos penitenciários, associada a uma superior organização dada pelo Governador, a quem Diu deve revelantes serviços, e pelo chefe da prisão, faz com que a fortaleza de Diu se mantenha, apesar de ser presídio, num estado de conservação que nos impressiona.

Na realidade, não podemos visitar o Forte de Diu sem nos sentirmos presos de um patriotismo motivado pelas glórias do passado e pelo que esse Forte representa de esforço dos portugueses do século XVI, e sem que nos domine o orgulho de vermos essas relíquias tão vivas e tão eloquentes em seu significado como no tempo em que elas nos encheram de glória.

SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS. — A nova direcção tem por presidente o Prof. Xavier Morato, sendo vice-presidente o Prof. Adelino Padesca, e secretários os Drs. Joaquim Martins e Ivaldo Fonseca. Em sessão especial reuniu a Sociedade para receber o Prof. Ivolino de Vasconcelos, presidente da Soc. Brasileira de História de Medicina, trocando-se saudações calorosas.

SOCIEDADE P. DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA. — Em solene sessão, efectuada no salão nobre dos Hospitais da Universidade de Coimbra, e presidida pelo Reitor, iniciou os seus trabalhos esta nova agremiação, tendo discursado o Prof. Novais e Sousa, presidente da Sociedade e D. Pedro da Cunha seu secretário. Depois, o Prof. Gentil deu uma conferência sobre «Projectos cirúrgicos dos miomas uterinos». Nas sessões de estudo apresentaram-se algumas das numerosas comunicações inscritas.

INSTITUTO P. DE ONCOLOGIA. — Realizou-se a abertura do ano académico com uma conferência do Prof. Francisco Gentil sobre mastopatias.

HOSPITAL DO ULTRAMAR. — Também nesta instituição abriu o novo ano, tendo discursado o director, Dr. João Pedro de Faria; foi apresentado um trabalho do Dr. Almerindo Lessa sobre o Centro de Sangue do Hospital.

HOSPITAL G. DE SANTO ANTÓNIO DO PORTO. — Iniciaram-se as sessões do Serviço de Urgência, tendo o Dr. Lemos Pereira falado sobre «A gastrectomia nas úlceras gastro-duodenais».

FIGURAS E PANORAMAS DA MEDICINA DE OUTROS TEMPOS. — No dia 1-XI inaugurou-se na Biblioteca do Hospital de S. José uma valiosa exposição de aguarelas, desenhos, gravuras, fotografias e documentos raros, entre os quais figuram os antigos formulários, o primeiro dos quais data de 1787; assim como uma colecção de seringas e de utensílios de farmácia. Representou uma homenagem ao saudoso Dr. Alberto Mac Bride.

EXAMES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA. — O Conselho Geral da Ordem dos Médicos publicou um aviso que determina sejam entregues até 20 de Dezembro os requerimentos dos candidatos a especialista.

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO. — Efectuam-se brevemente, na forma dos anos anteriores, os Cursos de Aperfeiçoamento Médico-sanitário de Lisboa e Porto, com lições e demonstrações práticas, a cargo principalmente de pessoal docente das Faculdades de Medicina e de médicos dos hospitais. No Instituto Superior de Higiene iniciou-se um Curso de Engenharia Sanitária, destinado a engenheiros municipais.

INTERCÂMBIO. — No Hospital Curry Cabral, de Lisboa, o Dr. Debat, de Paris, falou dos novos tratamentos da tuberculose.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE BRONCOESOFAGOLOGIA. — Realizou-se em Lisboa, de 10 a 13 de Outubro, com numerosa concorrência entre a qual muitos delegados estrangeiros. Promoveu-o a Sociedade Portuguesa, de que é presidente o Dr. Alberto Luís de Mendonça, e secretário geral o Dr. Costa Quinta. A sessão inaugural, presidida pelo Ministro da Educação, teve grande solenidade.

NECROLOGIA. — Dr. Aníbal Vilas Boas Neto, assistente de Dermatologia na Faculdade de Medicina do Porto e nosso presado leitor. Em Oeiras, o capitão-médico Dr. José Carlos Moreira, analista no Hospital Militar Principal. Em Avanca, o velho e considerado clinico Dr. António de Abreu Freire, nosso leitor desde a primeira hora.





MARTINHO & C.ª Lda

TUDO O QUE INTERESSA À MEDICINA E CIRURGIA

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

Quinarrhenina Vitaminada

Elixir e granulado

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

Soberano em anemias, anorexia, 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



ORASAL CÓDOL RHEUMA

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA
LISBOA PORTO COIMBRA

Sala
Est.
Tab
N.º