

PORTUGAL MÉDICO

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

SUMÁRIO

FONSECA e CASTRO, AIRES PEREIRA e CRUCHO DIAS — A nossa experiência do tratamento da meningite tuberculosa pela Isoniazida.

JOSÉ GARRETT — Utilização terapêutica da vitamina B₆.

MOVIMENTO NACIONAL — Revistas e boletins: *A Medicina Contemporânea* (A circunvolução do corpo caloso. Tumores primitivos da parede torácica. A infecção experimental da cobaia pela BCG. Importância em clínica das ondas curtas. Tratamento da hipertensão essencial pela Rauwolfia serpentina). *Arquivo de Anatomia e Antropologia* (Himen imperfurado). *Imprensa Médica* (A orientação da cardiologia moderna). *Gazeta Médica Portuguesa* (Alterações metabólicas e endócrinas na meningite tuberculosa de evolução crónica por tratamento. Um caso curioso de morte súbita). *Arquivos de Fisiologia* (Modificações das cavernas nos doentes tratados com antibióticos. Exploração funcional cárdio-pulmonar. Diagnóstico das imagens redondas pulmonares). **Livros e opúsculos** (Instituto Rocha Cabral. Bibliografia médica portuguesa. Actualidades e utilidades médicas. O combate às moscas e mosquitos. O isopropilaminobutanol no tratamento da tuberculose).

SÍNTESES E EXCERTOS — Indicações para o uso da cortisona na artrite reumatóide. Córtico-suprarrenal e hipertensão arterial. Colaboração rádio-cirúrgica no tratamento do cancro do esófago. Valor do exame das secreções brônquicas no diagnóstico dos cancros do pulmão. DOCA, cortisona e ACTH na reparação das fracturas. Repouso absoluto no tratamento da tuberculose cavitária. Vitamina A e C na tuberculose. Cortisona no pós-operatório das amigdalectomias em adultos. Tratamento de reacções à penicilina com ácido dehidrocólico.

NOTAS e NOTÍCIAS — A Oração do Médico. Sociedade das Ciências Médicas. Sociedade Portuguesa de Estomatologia. Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica. Sociedade Anatómica Portuguesa. Trabalhos apresentados a reuniões médicas. Conferências. Necrologia.

Registo de livros novos (em face das págs. 703 e 707). — ÍNDICE do Volume XXXVIII (1954).

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

Syphilis:

Bismogenol

Fama Mundial

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 concentrada e perfeitamente assimilável os elementos 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 preparado pela Nestlé. Esta é a vossa melhor garantia.



UM NOVO PRODUTO **NESTLÉ**



PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXVIII — N.º 12

DEZEMBRO DE 1954

A nossa experiência do tratamento da meningite tuberculosa pela Isoniazida ⁽¹⁾

por

FONSECA E CASTRO,

AIRES PEREIRA e CRUCHO DIAS

Professor extraordinário da Fac. de Medicina do Porto *Assistentes do Hospital de Santo António e Hospital de Crianças Maria Pia*

Em 1952, três meses após o advento da Isoniazida (H.A.I.), mercê de circunstâncias várias, iniciamos o tratamento dum dos nossos doentes de meningite tuberculosa com este novo produto, sem a associação da estreptomomicina.

Foi talvez na altura um pouco ousada esta atitude terapêutica, mas na alternativa de iniciarmos desde logo o tratamento pela Isoniazida ou termos de aguardar um certo tempo para se começar com a estreptomomicina, como na circunstância se impunha, optamos, sem hesitar, pela primeira modalidade e não fomos mal sucedidos.

Eis o resumo dessa primeira observação:

M. E. S. R., de 4 anos de idade, ficha n.º 47.094, do Hospital de Crianças Maria Pia (H. C. M. P.), há cerca de 15 dias que se apresentava com vômitos, cefaleias intensas, temperatura febril e obstipação.

Estava acentuadamente desidratada. Os sinais de Kernig e de Brudzinski eram positivos. A respiração do tipo Biot. Estado comatoso marcado. Cuti-reacção à tuberculina, positiva. Granúlia pulmonar.

Como a família era extremamente pobre, resolvem interná-la para «morrer sossegada».

A primeira análise do L. C. B., além dos sinais habituais, revelou o bacilo de Koch.

(¹) Comunicação ao IX Congresso Español de Pediatría, realizado em La Toja, de 4 a 9 de Julho de 1954.



Institui-se o tratamento pela Isoniazida «per os» e por via intra-tecal. A Isoniazida «per os», na dose de 20 mgr. por kg. de peso, por dia; e por via intra-tecal, 1 mgr. por kg. de peso, por dia.

Fizeram-se 15 punções lombares: as 5 primeiras diàriamente, as 3 seguintes em dias alternados e as restantes com intervalos de 3 dias.

Após um mês de tratamento a criança começa a sentar-se e a interessar-se pelo meio ambiente. Nesta altura suspendeu-se a Isoniazida por via intra-tecal e passou-se a dar a Isoniazida «per os», na mesma dose, durante mais 4 meses, ao fim dos quais se podia considerá-la clínica e analiticamente curada, sem qualquer sequela.

Vigiada a sua evolução, é decorrido mais de um ano após o tratamento, e não se verificou qualquer agravamento.

*

Em face deste resultado aventuramo-nos a tratar pela Isoniazida «per os», sem aplicações intra-tecais, mais três outras crianças, de idades de 4, 6 e 7 anos, todas elas numa fase incipiente do seu estado meníngeo, em média com uma semana de evolução. Nestas não se verificou o bacilo de Koch no L.C.R., ao exame directo, mas todas elas apresentaram além do quadro clínico próprio, reacções tuberculínicas positivas, alterações cito-químicas habituais do L.C.R. e lesões gânglio-pulmonares evidentes ao exame radiológico, como se pode verificar pelo resumo das três observações que se seguem:

2.º caso — M. C. O. M. de 7 anos, do sexo feminino, ficha 48.356 do H. C. M. P. Uma semana antes de iniciar o tratamento começou a queixar-se de dores de estômago, apresentando temperatura elevada e por vezes vômitos. A família deu-lhe um vermífugo com o qual expulsou vermes, mas sem que o estado geral melhorasse. Como os vômitos se acentuassem e aparecessem cefaleias veio à consulta. A cuti-reacção à tuberculina foi positiva. A velocidade de sedimentação, alta (1 h. — 50 mm, 2 h. — 78 mm). O exame radiológico revelou uma adenopatia supra-hilar esquerda, com discreta reacção péri-focal.

Exame do fundo do olho: Papilas descoradas e de bordos pouco nítidos.

Análise do L. C. R.: Aumento de células e albumina; baixa dos cloretos e da glicose; exame bacteriológico, negativo.

Inicia o tratamento com a Isoniazida «per os», nas doses de 8 mg. por kg. de peso, por dia. Ao fim de 5 meses de tratamento encontra-se sem qualquer sintomatologia clínica e com o L.C.R. normal.

Suspendeu o tratamento há 14 meses e encontra-se bem.

3.º caso — A. M. T. de 6 anos, do sexo masculino, ficha 47.600 do H.C.M.P. Cerca de um mês antes havia sido diagnosticada uma primo-infecção. Cuti positiva. Exame radiológico: adenopatia paratraqueal direita. Nos

últimos dias teve vômitos, cefaleias e convulsões, após o que ficou com hemiparesia direita e muito prostrada, soltando por vezes gritos. Feita uma punção lombar verificou-se uma acentuada albuminorraquia (2,3 gr.), citose alta (181 células) e uma baixa dos cloretos e da glicose. O exame do fundo do olho não revelou alterações.

Inicia o tratamento pela Isoniazida «per os» na dose de 20 mg. por kg. de peso, por dia. Ao fim de 4 meses de tratamento o L.C.R. está normal, não tem vômitos, nem cefaleias ou temperatura febril. Apenas ficou com uma leve paresia do membro superior direito.

Suspendeu o tratamento há 14 meses e continua bem.

4.º caso — M. S. A. de 4 anos, ficha 52.604 do H.C.M.P. Há cerca de 9 dias que a criança começou a ter vômitos, cefaleia e temperatura. Cuti reacção positiva. Criança prostrada, sonolenta, febril, mas consciente. Pupilas midriáticas. Rigidez da nuca. Sinais de Kernig e Brudzinski positivos. Velocidade de sedimentação alta (1 h. — 42 mm, 2 h. 65 mm).

A análise do L.C.R. apresenta alterações de acordo com a hipótese da meningite tuberculosa, embora não revele o bacilo de Koch.

Ao fim de 10 dias de tratamento pela Isoniazida «per os», na dose de 10 mgr. por kg. de peso por dia, está apirética, sem vômitos ou cefaleias. Ao fim de 2,5 meses de tratamento, o L.C.R. está sensivelmente normal, apenas com ligeiro aumento de albumina (0,530 gr.). O estado geral é bom. Está bem disposta. Continua sem vômitos ou cefaleias. Durante o tempo de tratamento aumentou 1,700 kg.

Esta criança continua em tratamento.

*

Pelo quadro de conjunto que adiante se apresenta se pode verificar os dados analíticos do L.C.R. destes 4 doentes.

*

Em suma: a Isoniazida foi aplicada exclusivamente «per os», como dissemos respectivamente na dose de 8,10 e 20 mgr./kg. de peso e por dia, durante 5, 4 e 3 meses, estando esta última criança ainda em tratamento.

As 2 outras encontram-se há mais de 1 ano (14 meses) clínica e analiticamente curadas, tendo ficado uma delas (obs. n.º 3), como sequela, com uma leve paresia do membro superior direito, que aliás já apresentava, e mais acentuadamente, antes de ter iniciado o tratamento.

O doente que continua em tratamento (obs. n.º 4) apresenta-se hoje, após de 2 ½ meses, aparentemente curado, apenas com um ligeiro aumento da albumina no liquor (0,530 gr.).

A tolerância para a Isoniazida, tanto no primeiro caso em que utilizamos as duas vias, como nos demais em que só a via oral foi utilizada, em todos eles foi excelente. Não se registaram perturbações digestivas ou ictericas, nem tão-pouco verificamos, nas repetidas vezes que o fizemos, alterações do hemograma, da bilirrubinemia ou a presença de albuminúria.

Obs.		23-6-52	17-7-52	12-8-52	28-8-52	19-9-52	23-11-52	28-11-52	23-1-54
I M. E. S. R.	Bact.	Alguns B. K.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.
	Alb.	0,760	1,020	0,550	0,300	0,500	0,290	0,200	0,230
	Celt.	201	128	84	48	59	44	9	11
	Clor.	6,435	6,435	5,551	6,728	7,137	7,605	7,137	7,196
	Glic.	0,290	0,590	0,700	0,510	0,510	0,550	0,506	0,580
		22-1-53							
II M. C. O. M.	Bact.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.		
	Alb.	0,560	1,120	0,700	0,530	0,530	0,250		
	Celt.	82	63	52	23	10	6		
	Clor.	6,845	6,101	7,137	7,137	7,357	7,488		
	Glic.	0,315	0,260	0,500	0,500	0,505	0,600		
		23-10-52							
III A. M. T.	Bact.	Neg.	Neg.	—	Neg.	Neg.	Neg.		
	Alb.	2,350	3,800	1,550	0,610	0,950	0,280		
	Celt.	181	100	46	64	28	4		
	Clor.	6,020	6,143	6,435	7,020	7,196	7,270		
	Glic.	0,640	0,300	0,402	0,475	0,492	0,510		
		7-4-54							
IV M. S. A.	Bact.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.				
	Alb.	1,210	1,900	6,850	0,530				
	Celt.	510	212	56	—				
	Clor.	6,522	0,728	7,313	7,254				
	Glic.	0,258	0,312	0,502	0,530				

Não pretendemos com este singelo esboço, concluir que a Isoniazida se deva considerar como tratamento exclusivo da meningite tuberculosa, mas o que parece não oferecer dúvida, a avaliar pelos resultados deste reduzido número de observações, é que a Isoniazida, só por si, é capaz de curar a meningite tuberculosa. Desta forma, melhor do que qualquer outra das muitas substâncias até hoje ensaiadas, e que por si só se têm revelado impotentes para dominar a doença, a Isoniazida afigura-se-nos ser, por

agora, o produto mais indicado, com a vantagem não só de protelar as resistências para o *Micobacterium*, e muito particularmente por permitir a exclusão das indesejáveis aplicações intratecaes de estreptomina.

Dentro deste principio cada vez pendemos mais para a abolição da estreptomina por via intra-tecal e estamos a tratar os nossos meningíticos tuberculosos, de preferênciã, pela associação da Isoniazida oral à estreptomina intramuscular. Em regra, nas duas primeiras semanas, diãriamente, a seguir, em dias alternados e finalmente 2 vezes por semana.

Os benéficos resultados desta associação são bem evidentes se os cotejarmos com os resultados anteriormente por nós obtidos, nas condições deficientes do tratamento ambulatorio, em que a maior parte destes doentes estiveram sujeitos.

Enquanto que antes do advento da Isoniazida de 39 crianças, 14 curaram e 25 faleceram, agora com a associação da Isoniazida (E.I.T.), à estreptomina intramuscular (E.I.M.) e intratecal (E.I.T.), a proporção inverteu-se: num total de 30 doentes, registaram-se 19 curas e 11 falecimentos.

Tratamento pela	N.º de doentes	Curados	Falecidos
E. I. M. }	39	14	25
E. I. T. }			
E. I. M. }	30	19	11
E. I. T. }			
H. A. I. }			

Com a associação Isoniazida-estreptomina, intramuscular, num grupo de 5 doentes, 4 curaram e 1 faleceu:

Tratamento pela	N.º de doentes	Curados	Falecidos
E. I. M. }	5	4	1
H. A. I. }			

Actualmente temos 5 doentes em tratamento por este processo hã mais de 2 meses, dos quais 4 em franca melhoria e 1 em estado estacionário:

Tratamento pela	N.º de doentes	Melhoria franca	Estado estacionário
E. I. M.	5	4	1
H. A. I.			

Nos doentes tratados com esta associação, as doses de Isoniazida utilizadas, têm oscilado entre 10 e 15 mgr. por kg. de peso e por dia.

De uma forma geral colhemos em todos os nossos casos a melhor impressão quanto à tolerância para a Isoniazida, como já acentuamos, e por outro lado afigura-se-nos serem dispensáveis, na generalidade dos casos, as doses superiores a 20 mgr./kg. peso/dia.

Num caso em que por engano em vez de 50 mgr., como pretendíamos, a criança tomou apenas 5 mgr. por kg. peso/dia a evolução foi em tudo equiparável à dos outros doentes.

As doses altas da Isoniazida, embora no geral bem toleradas pelo tubo digestivo, podem ser susceptíveis de influir desfavoravelmente sobre as provas da determinação da insuficiência hepática, como tivemos a ocasião de verificar. No doente da observação n.º 8.638 (H.S.A.), que adiante inserimos, tendo sido tratado com doses de 5 mgr./kg. por dia, ao fim de 3 semanas de tratamento apenas apresentou uma reacção de Hanger levemente positiva. As de Takata-Ara e Mac Lagan eram negativas. Antes do tratamento não haviam sido feitas provas neste sentido para servirem de controle, porém, um mês mais tarde, tendo sido feita uma prova da galactosúria, esta era francamente negativa, enquanto que, no doente da observação n.º 8.282 (H.S.A.), adiante também inserta, tratado com doses de 30 mgr./kg. peso por dia, ao fim de 5 semanas de tratamento, a situação era ainda sensivelmente como a do caso anterior, mas um mês mais tarde, embora a reacção de Hanger mantivesse o mesmo grau de positividade, a reacção de Takata-Ara virava para levemente positiva e a de Mac Lagan passava de 5,1 para 7,6 unidades. Por motivos estranhos à nossa vontade não foi possível, como no caso anterior, verificar o resultado da prova da galactosúria neste doente como havíamos requisitado.

Por outro lado a Isoniazida em doses elevadas parece ser susceptível de provocar sinais cito-químicos de irritação meníngea,

como parece inferir-se da observação clínica da criança Carlos Fernando P.S., da clínica particular de um de nós, na qual se verifica, após a quase normalização do líquido, uma ascensão pequena, mas nitidamente progressiva da citose, com a persistência do tratamento pela Isoniazida oral (5 mgr./kg./dia) + E.I.M. ($\frac{1}{2}$ mgr., 3 vezes por semana). Quando por este motivo se suspendeu o tratamento, que durava há seis meses, verificou-se, no curto espaço de três dias, uma queda evidente da citose, de 12 para 5, e da albuminorraquia, de 0,45 para o 0,21 gr. Nos seis meses seguintes a redução da citose continuou a acentuar-se, tendo-se fixado em 3 células por m.m.c., ao mesmo tempo que se normalizaram integralmente os outros dados do líquido.

O caso em si não constitui uma prova irrefutável da acção irritante da Isoniazida sobre o estado meníngeo, por quanto se usou simultaneamente a E.I.M.. Mas é de presumir que a H. A. I. tenha sido o factor predominante da manutenção dessa leve irritação meníngea, pois num doente praticamente curado, não é de crer que a E.I.M. esteja em causa. Aliás facto idêntico nunca observamos com a E.I.M. em nenhum dos nossos doentes.

Eis as observações dos três casos a que nos acabamos de referir.

Observação n.º 8.638 (H.S.A.) — António C. de 6 anos de idade, com o peso de 6 kg. adoeceu há 3 semanas com cefaleias que originavam gritos, vomitava e tinha obstipação. A mãe sofre de T.P. A criança teve em tempos o sarampo e uma pneumonia.

Tem mau estado geral; está em semi-coma, com uma contractura da nuca pouco acentuada e com sinal de Kernig positivo. Reacção tuberculínica (Moro) positiva. Pulmões normais, clínica e radiologicamente. Estase papilar incipiente. Punção raquidiana: líquido turvo e hipertenso. Inicia o tratamento em 5-v-54, com $\frac{1}{2}$ gr./dia de E.I.M. e 5 mgr./kgr. de peso por dia de H.A.I., tratamento com que ainda continua. Actualmente parece clinicamente curado.

Dados analíticos

25-V-54. *Urina* — Vestígios de albumina e glicose. Alguns glóbulos rubros.

27-V-54. *Sangue* — Reacção Hangar — Levemente positiva (+ + — —).

> Takata — Ara — Negativa.

> Mac Lagan — 3,6 unidades.

Ureia/litro . 0,393 grs.

23-VI-54. *Urina* — (Prova da galactosúria).

Galactose: Nula em todas as amostras.

Liquor

Dados	8-5-54	17-5-54	2-6-54	22-6-54
Bac. Kock	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.
Células	310	43	9	22
Album.	1,150	0,900	1,150	1,150
Cloret.	5,265	6,473	6,844	7,488
Glic.	0,300	0,250	0,300	0,300

Observação n.º 8.282 (H.S.A.) — Albino Manuel T. de 7 anos de idade. Peso: 15 kg. — Desconhecem-se os antecedentes familiares e pessoais e o tempo de doença antes do internamento. Criança em estado comatoso. Contractura da nuca. Kernig positivo. Midríase, vômitos, obstipação, esboço de edema papilar. Radiografia pulmonar com disseminação de Redeker. Reacção tuberculínica (Vollmer), negativa a princípio, depois positiva.

Inicia tratamento com 30 mgr. de H.A.I./kr./dia e 1 gr. de E.I.M./dia, em 12-iv-54. Na 3.ª semana de tratamento a E.I.M. passou para 3 aplicações semanais.

Actualmente a criança encontra-se clinicamente muito melhorada, mantendo-se um ligeiro estrabismo convergente e um certo grau de midríase. O apetite é bom, o psiquismo é normal, a audição perfeita e a tolerância à medicação sem incidentes.

Dados analíticos

- 29-IV-54. *Hemograma* — Hemoglobina — 12 grs. (93 %); Hematias — 4.400.000; Glóbulos brancos 6.300; Gr. neutrófilos 78 %; Gr. Eosinófilos 0,0 %; Mastleucócitos 0,5 %; Linfócitos 0,5 %; Monócitos 4,0 %.
- 10-V-54. *Urina* — (Um mês após H. A. I.) Normal.
- 19-V-54. *Sangue* — Reacção de Hanger — Positiva (+ + — —).
 > Takata — Ara — Negativa.
 > Mac Lagan 5,1 unidades.
- 16-VI-54. *Hemograma* — Hemoglobina 12 grs. (93 %); Hematias — 4.100.000; valor globular 1,1; Leucócitos 5.200; Gr. neutrófilos 47 %; Gr. Eosinófilos 11 %; Mastleucócitos 0,0 %; Linfócitos 36,5 %; Monócitos 5,5 %.
- 18-VI-54. *Urina* — Normal.
- 19-VI-54. *Sangue* — Ureia/litro — 0,312 gr.
 Reacção de Hanger — Positiva (+ + — —).
 > Takata — Ara — Levemente positiva.
 > Mac Lagan — 7,6 unidades,

Líquor

Dados	12-IV-54	28-IV-54	13-V-54	5-VI-54	12-VI-54	26-VI-54
Bac. Kock	Positivo Petraghani	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.
Células		23	15	26	52	99
Album.		4,100	3,250	5	6,4	8,7
Cloret.		6,318	6,786	6,844	7,727	6,786
Glic.		0,300	0,250	0,300	0,400	0,350

Observação de Carlos Fernando P. S. — Criança de 5 anos de idade com 15,5 kg. de peso. Convívio com um parente T. P. Sarampo em Maio de 1952. Primo-infecção pulmonar tuberculosa tratada com 10 gr. de E.I.M.

Adoeceu com sintomatologia própria de meningite tuberculosa em Setembro de 1952. Tem atelectasia do segmento apical do lobo superior esquerdo e reacção à tuberculina (Vollmer) positiva. A punção raquídea revela um líquido turvo e hipertenso (Análise n.º 1).

Em 9 de Setembro de 1952 inicia o tratamento com H.A.I. na dose de 5 mgr./kg. peso/dia + E.M.I. na dose diária de 1 gr. e E.I.R. na dose de 30 mgr. As punções passaram sucessivamente para 3, 2, e 1 por semana e mesmo a uma em semanas alternadas, tendo sido abandonadas definitivamente ao cabo de três meses de tratamento. Nesta altura, a criança está clinicamente curada e os dados analíticos são quase normais (Análise n.º 5), continua porém com a H.A.I., na mesma dose, e com ½ gr. de E.I.M., 3 vezes por semana. A citose de 18 passa para 8 (Análise 6), mas a seguir vai subindo para 10 e 12 (Análises 7 e 8). Tendo interpretado este aumento da citose, embora ligeira, como reacção ao tratamento, apesar de já se ter posto de parte a via I.T., suspende-se toda a medicação (ao cabo de 6 meses de tratamento) e a citose de novo baixou para a casa dos 5 e a seguir para a dos 3, número em que se manteve até Setembro de 1953.

O estado geral é bom e a criança pesa agora 20 ½ kg.

Parecia curada clínica, laboratorialmente e radiologicamente, quando 13 meses após o abandono do tratamento teve uma recaída.

Actualmente encontra-se em franca via de cura clínica e analítica com o novo tratamento pela H.A.I. e E.I.M. e a exclusão total da via intra-raquídea.

Dados analíticos

16/IX/52. Hemograma — Glóbulos rubros — 6.290.000; hemoglobina 95 %; Valor globular 0,75 grs.; Leucócitos 16.325; Neu-

trófilos 80 0/0; Eosinófilos 2 0/0; Basófilos 1 0/0; Monócitos 3 0/0; Linfócitos 14 0/0.

17/IV/53. *Cultura do L. C. R.* em meio de Löwenstein, negativa ao fim de um mês.

Inoculação ao cobaio, negativa ao fim de 50 dias.

Liquor

Dados	9/IX/52	An. 3 13/X/52	An. 4 5/XII/52	An. 5 2/II/53	An. 6 16/I/53
Bac. K.	Neg.				
Células.	167	92	24	18	8
Album.	1,200	0,980	0,34	0,41	0,35
Clor.	5,967	6,232	7,10	7,37	7,43
Glic.	0,386	0,680	0,55	0,56	0,58
Dados	An. 7 17/VII/53	An. 8 26/III/53	An. 9 30/III/53	An. 11 23/V/53	An. 12 11/IX/53
Bac. K.		Neg.		Neg.	Neg.
Células.	10	12	5	3	3
Album.	0,59	0,45	0,21	0,23	0,24
Clor.	7,25	7,02	7,07	7,31	7,06
Glic.	0,68	0,60	0,63	0,88	0,61

Em resumo, embora o número tão restrito de observações não permita formular conclusões, quere-nos parecer que não será muito ousado afirmar que:

1.º — A Isoniazida só por si é susceptível de curar a meningite tuberculosa, em simples administração oral, sem a necessidade, na generalidade dos casos, de doses elevadas.

2.º — A dose média de 5 a 10 mgr. de Isoniazida por quilo de peso deve muito possivelmente ser a dose mais conveniente, por ser já seguramente activa e não expor tão facilmente o doente aos riscos duma irritação meníngea e da intoxicação medicamentosa.

3.º — Dada a incerteza que sempre há no resultado final do tratamento de uma meningite tuberculosa, afigura-se-nos mais prudente, na actual fase da nossa experiência, a título adjuvante, associar à Isoniazida a estreptomycinina, pelo menos de começo, por via intramuscular, em aplicações progressivamente espaçadas, na possibilidade muito aceitável de um reforço mútuo de actividades e de uma possível protelação das habituais e justamente receadas resistências do seu agente aos medicamentos.

Utilização terapêutica da vitamina B₆ ⁽¹⁾

por JOSÉ GARRETT

1.º Assist. de Farmacologia e Terap.
Geral na Fac. de Med. do Porto

GYÖRGY descobriu, em 1934, que o complexo vitamínico B continha um factor, independente dos outros componentes activos então já conhecidos, cuja carência provoca no rato uma dermatite característica, do tipo da existente na acrodinia. Esta vitamina, a que GYÖRGY chamou vitamina B₆ tem sido designada por várias formas: factor X, factor I, adermina, vitamina anti-acrodínica, vitamina anti-dermatítica no rato, etc. Isolada no estado cristalino e estabelecida a sua fórmula de estrutura, em 1938, logo no ano seguinte a sua obtenção por síntese pôde ser conseguida, exibindo o composto de origem sintética uma actividade idêntica à da vítima natural.

Quimicamente a vitamina B₆ é a 2-metil-3-hidroxi-4-5-di(hidroxi-metil)-piridina, que habitualmente se designa, de forma abreviada, por piridoxina. Depressa se reconheceu, porém, que o piridoxal, a piridoxamina e as formas fosforiladas destes dois últimos compostos desempenham importantes funções fisiológicas, e o termo vitamina B₆ usa-se em regra hoje para designar todos os componentes do grupo, reservando-se os nomes químicos para distinguir especificamente cada um dos seus membros.

A vitamina B₆ é um factor nutritivo indispensável para numerosos micro-organismos e animais, incluindo o homem. A sua actividade fisiológica, porém, só parcialmente é conhecida; neste capítulo, numerosos estudos, baseados em delicadas técnicas enzimológicas (enzimas necessárias para a respiração de tecidos isolados) tem completado as investigações realizadas por meio da apreciação das exigências do crescimento bacteriano e dos síndromos de carência nos animais de laboratório e por outras pesquisas. Está perfeitamente averiguado que a vitamina B₆ intervém no metabolismo proteico, funcionando como co-enzima

(¹) As referências bibliográficas relacionadas com os dados agora apresentados podem ler-se no artigo do autor «Vitamina B₆: fisiologia, farmacologia e terapêutica» (in *Escola Médica*, 2: 9, 1954). Neste trabalho poderá ainda o leitor interessado encontrar mais ampla informação a propósito da actividade fisiológica da vitamina B₆ e das propriedades dos metabolitos análogos a esta vitamina.

de fermentos que presidem a muitas fases do metabolismo dos aminoácidos, mas outras funções fisiológicas desta vitamina estão ainda mal esclarecidas.

O número de transformações metabólicas dos aminoácidos em que a vitamina B₆ interfere é tão grande que pode ser considerada como um elemento quase sistematicamente necessário para as reacções enzimáticas respeitantes à degradação não oxidativa dos ácidos aminados livres; na verdade, a sua interferência estende-se, pelo menos, aos fenómenos de descarboxilação, de transaminação, de desaminação, de racemização e de transferência de enxofre ⁽²⁾. O papel da vitamina B₆ na síntese do ácido nicotínico a partir da triptofana não está ainda perfeitamente averiguado. A maioria dos autores pensa, no entanto, que a vitamina B₆ está directamente envolvida na conversão da triptofana em ácido nicotínico; recentemente, *Kring e colab.*, estudando a formação de co-enzimas contendo ácido nicotínico, apresentaram novos elementos a favor desta ideia, mostrando que, se os estados carenciais provocados no rato com uma dieta deficiente em piridoxina não bastam para evidenciar um nítido efeito sobre a conversão da triptofana naqueles co-enzimas, carências mais acentuadas (como as que se conseguem obter com a administração de desoxipiridoxina — uma anti-vitamina B₆ —) impedem completamente a síntese dos citados co-fermentos a partir da triptofana, enquanto que a síntese a partir da nicotinamida não é afectada.

A actividade fisiológica da vitamina B₆ não se limita, porém, ao metabolismo proteico. Assim, sabe-se que a vitamina B₆ está de qualquer forma ligada ao metabolismo dos lípidos. A dificuldade que os animais carenciados têm de transformar proteínas em gorduras pode explicar-se pelo papel que a vitamina B₆ desempenha nas transaminases e nas desidrases, mas o aparecimento de degenerescência gorda do fígado nos animais carenciados durante longo tempo não têm fácil explicação. Recentemente pôde demonstrar-se que a vitamina B₆ está directamente envolvida na síntese de diversos ácidos gordos não saturados.

Sabe-se também que a vitamina B₆ interfere nas reacções destinadas a fornecer energia às células. Quando os animais estão carenciados nesta vitamina, as reservas de gordura consomem-se rapidamente e as proteínas passam a ser usadas como fontes energéticas.

⁽²⁾ A forma fosforilada do piridoxal é a forma activa da vitamina nos sistemas enzimáticos apontados; os outros membros da vitamina só actuam como co-enzimas depois de transformados em fosfato de piridoxal.

Os anticorpos circulantes baixam muito nos seres humanos carenciados em vitamina B₆; a produção de anticorpos desce também nos ratos deficientes em piridoxina.

A vitamina B₆ possui actividade farmacológica pouco marcada. Não exhibe acções apreciáveis sobre o aparelho cardio-vascular, apesar da semelhança de estrutura com o ácido nicotínico. Estimula directamente os elementos mielocíticos de medula óssea. Uma acção anti-galactagoga das altas doses de vitamina B₆ tem sido descrita por autores italianos. Ensaio com o estômago isolado de Cobaia mostraram que a piridoxina relaxa o cardia e o piloro e inibe os movimentos espontâneos do órgão. A administração crónica de piridoxina, no rato, não provoca aumento de glucogénico hepático, nem influi no ritmo de acetilação da sulfanilamida, ao contrário do que sucede com a tiamina. Em coelhos, a administração de altas doses de piridoxina provoca alcalose moderada e transitória.

Os estados de carência têm sido provocados no animal e no homem pela instituição duma dieta diferente em vitamina B₆, pela administração de anti-vitaminas, geralmente de desopiridoxina, ou pela adopção simultânea destas duas medidas.

A deficiência de vitamina B₆ nos animais provoca uma série de sintomas aparentemente não relacionados uns com os outros e que variam muito com a espécie animal encarada.

No rato aparece uma dermatite, habitualmente designada por acroдинia, caracterizada por tumefacção, edema e hiperqueratose, localizando-se simetricamente nas patas e no focinho; este quadro é parecido ao da deficiência de ácidos gordos não saturados, mas não é idêntico. Além da dermatite, os ratos carenciados apresentam zonas de necrose nos músculos, hiperexcitabilidade, cauda anelada («ring-tail»), fígado gordo, vascularização da córnea, linfocitopenia e leucocitose polimorfonuclear. Alguns autores apontam ainda certas lesões renais e uma diminuição da resistência à exposição ao frio. Nos animais jovens o timo atrofia-se acentuadamente. Os ratos carenciados, quando submetidos a uma dieta rica em proteínas, excretam pela urina ácido xanturénico, o que traduz uma metabolização anormal da triptofana e, possivelmente, uma perturbação nos mecanismos de conversão da triptofana em ácido nicotínico. Nestes animais o azoto ureico plasmático eleva-se muito e mantém-se elevado mais de 12 horas após a administração de alanina, o que está em relação com perturbações nos fenómenos de desaminação.

No ratinho é possível provocar também, pela administração de desoxipiridoxina, um estado carencial de vitamina B₆ caracte-

rizado por lesões cutâneas semelhantes às que aparecem no rato, perda de peso, com atrofia do timo nos animais novos, agranulocitose, linfocitopenia e metaplasia mielóide do braço. No ratinho, os estados carenciais agravam-se submetendo os animais a uma ingestão excessiva de proteínas, sobretudo de tio-aminoácidos.

O quadro carencial no cão inclui anemia hipocrômica, perda de peso, diarreia intermitente, ulcerações da pele, dispneia, taquicardia e elevados níveis sanguíneos de ferro.

Os sintomas de avitaminose no porco são semelhantes aos observados no cão; muitas vezes aparecem ainda perturbações nervosas essencialmente constituídas por convulsões epileptiformes, incoordenação da marcha, degenerescência do sistema nervoso central e lesões dos nervos periféricos.

Nas aves aparece anemia microcítica grave, perda de peso, hiperexcitabilidade, convulsões e morte.

Os macacos «rhesus», carenciados em vitamina B₆, perdem o apetite e emagrecem; alguns meses depois do início do regime carencial, os animais tornam-se muito excitáveis, o pêlo começa a cair, e aparece uma série de sintomas graves que levam rapidamente o animal à morte: debilidade muscular progressiva, glosite, esclerose acentuada das artérias, linfocitopenia e leucocitose polimorfonuclear acompanhada de anemia moderada.

No homem, os sinais clínicos de avitaminose B₆ são de difícil apreciação porque habitualmente são pouco intensos e aparecem integrados num quadro carencial mais amplo. No entanto, alguns autores têm chamado a atenção para sintomas carenciais clínicos bem individualizados. Assim, em 1939, SPIES e colab. verificaram que alguns doentes com pelagra ou béríbéri, tratados respectivamente com nicotinamida e tiamina, apresentavam sintomas residuais (fraqueza, irritabilidade, perturbações da marcha) que desapareciam pela administração intra-venosa de piridoxina. Um ano mais tarde, SPIES, LADISCH e BEAN determinaram a excreção urinária de vitamina B₆ após uma dose teste de 50 mgr. de piridoxina administrada a indivíduos normais e a indivíduos classificados como deficientes em vitaminas do complexo B; a excreção nos indivíduos normais foi 10 vezes maior do que nos indivíduos carenciados. SMITH e MARTIN, no mesmo ano, comunicaram que a piridoxina era eficaz no tratamento da queilite, quando esta era resistente à riboflavina. Soube-se ainda que a piridoxina tinha sido usada com êxito pelos japoneses, durante a 2.^a guerra mundial, no tratamento de dermatoses provocadas por longos períodos de fome.

A par destas investigações, o uso empírico da vitamina B₆, com resultados favoráveis, noutras condições patológicas, chamava também a atenção para a importância da vitamina B₆ na

nutrição humana. Só foi, porém, possível esclarecer melhor o problema, individualizando bem o quadro carencial, quando alguns autores se decidiram a provocar deliberadamente avitaminoses experimentais em *voluntários*. Em 1948, HAWKINS e BARSKY tentaram provocar um estado carencial nítido submetendo um indivíduo (um dos autores) a uma dieta grosseiramente deficiente em vitamina B₆, mas com suplementos suficientes dos outros membros conhecidos do complexo B. Não foi possível observar, mesmo ao fim de 54 dias de experiência, sinais claros de avitaminose, embora tivesse surgido depressão mental moderada, a qual foi atribuída à monotonia da dieta e ao estado de ansiedade derivado das circunstâncias. No entanto, em 1949, GREENBERG e colab. obtiveram a primeira prova indiscutível dum estado de avitaminose B₆ no homem, observando excreção urinária de ácido xanturénico após administração de triptofana a dois indivíduos adultos, submetidos, durante três semanas, a uma dieta carenciada em vitamina B₆; a anormalidade metabólica foi corrigida pela administração de piridoxina. Logo a seguir, outros autores submeteram duas crianças deficientes mentais a regimes privados de vitamina B₆ durante algumas dezenas de dias, tendo aparecido convulsões e anemia hipocrômica que rapidamente cederam à administração de piridoxina. Estas crianças apresentaram também as perturbações na metabolização da triptofana, já descritas, que demoraram bastante tempo a desaparecer. Quando o estudo dos metabolitos análogos da piridoxina, especialmente da desoxipiridoxina, se iniciou, foi possível provocar estados carenciais, em animais, pela administração daquele anti-metabolito. Alguns autores administraram desoxipiridoxina, com fins terapêuticos, a alguns doentes, observando o aparecimento de convulsões; mas só em 1950 a desoxipiridoxina foi administrada a seres humanos com o fim exclusivo de provocar um estado de carência em vitamina B₆; nesses *voluntários* apareceram sinais de deficiência semelhantes aos observados nos animais, e estudos posteriores, do mesmo tipo, mostraram que as manifestações carenciadas, no homem, podem ser resumidas assim: a dermatite seborreica é a primeira manifestação a surgir e localiza-se nas zonas à volta dos olhos e da boca, espalhando-se depois para a cara, pescoço e regiões retro-auriculares; por vezes, o perineo e o escroto são também atingidos. Nas pregas cutâneas e debaixo dos seios desenvolve-se intertrigo, precedido de prurido intenso. Algumas vezes aparecem também manchas cutâneas amareladas e uma dermatite hiperpigmentar parecida à existente na pelagra. Nalguns indivíduos pôde observar-se ainda queilite, estomatite, conjuntivite e nevrite. A perda de peso foi constantemente observada, sendo também frequente a existência de apatia e sono-

lência combinadas com períodos de irritabilidade. Uma tendência para o estabelecimento de infecções urinárias foi também verificada. Observou-se uma vez mais muito abundante eliminação urinária de ácido xanturénico, após administração de triptofana; a administração de alanina provocou uma elevação sustentada dos níveis sanguíneos do azoto ureico. Não se observaram perturbações do metabolismo glucídico e lipídico nem da resposta à administração de hormonas adrenocorticotrópicas. Os sinais de insuficiência desapareciam rapidamente pela administração de pequenas doses de piridoxina (5 mgr./dia) ou de doses correspondentes de piridoxal ou piridoxamina, mas não eram influenciados pela nicotinamida, riboflavina e tiamina.

Embora os síndromos clínicos de insuficiência sejam difíceis de individualizar, a vitamina B₆ tem sido utilizada em variadas situações clínicas; umas vezes esse uso tem sido puramente empírico, outras baseado nas relações existentes entre as situações patológicas a tratar e certos aspectos de deficiência experimentalmente provocada nos animais e no homem. Passamos em revista as situações clínicas em que o tratamento pela vitamina B₆ se mostrou mais interessante ou tem sido mais discutido.

Náuseas e vômitos da gravidez — WILLIS e colab., em 1942, utilizaram pela primeira vez, e empiricamente, a piridoxina em casos de náuseas e vômitos da gravidez, obtendo resultados muito bons. Após esta primeira comunicação, muitas outras apareceram, quase sempre apresentando resultados favoráveis, embora todos os autores indiquem que as medidas terapêuticas complementares (regime alimentar, vida higiénica, sedativos) não devem ser abandonadas. Estes estudos, porém, nem sempre têm sido conduzidos convenientemente, pois algumas vezes se têm esquecido que os factores psicológicos influem poderosamente na sintomatologia em causa. Isto levou HASSELTINE a realizar estudos do mesmo tipo, mas usando oportunamente *placebos*, constituídos por injeções de água destilada; pode assim chegar à desconsoladora conclusão de que a água destilada, administrada nestas condições, se mostrava tão eficaz como a piridoxina. Verifica-se assim que há necessidade, neste capítulo, de novos estudos clínicos, convenientemente controlados, tanto mais que dados recentes provam que a actividade da vitamina B₆ se encontra alterada durante a gravidez, sobretudo quando aparecem náuseas e vômitos de certa intensidade. Nestas doentes, a administração de triptofana provoca a excreção de quantidades anormais de ácido xanturénico, o que é abolido pela administração de piridoxina; a administração de alanina desencadeia os já descritos fenómenos

UMA CONCEPÇÃO ORIGINAL!
EM TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA!

OMNACILINA

MARCA REGISTRADA

PRODUTO ORIGINAL

A Z E V E D O S

3 ACÇÕES CONJUGADAS:

- Antibiótica específica, da Penicilina.
- Imunizante inespecífica, dum lisado bacteriano de estirpes seleccionadas,
- Modificadora do terreno, dum complexo de essências anti-sépticas e balsâmicos vegetais.

Injectável

INFANTIL	150.000	U.O. de Penicilina
NORMAL	400.000	U.O. de Penicilina
FORTE	600.000	U.O. de Penicilina
FORTÍSSIMA	800.000	U.O. de Penicilina

Em caixas de 1, 3, 5 e 10 doses

Rectal

INFANTIL	300.000	U.O. de Penicilina
ADULTOS	500.000	U.O. de Penicilina

Em caixas de 1, 3 e 6 supositórios



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

TRÊS FORMAS DE APRESENTAÇÃO

MIOCILINA



SUSPENSÃO
OLEOSA



MIOCILINA R

PARA SUSPENSÃO
AQUOSA

MIOCILINA A

Frascos siliconados
de
300, 500
e 1.500.000 U

UMA SUSPENSÃO
AQUOSA DE
PENICILINA
PRONTA A SER
INJECTADA

anormais que aparecem no rato deficiente em vitamina B₆. É, pois, evidente que as necessidades de vitamina B₆ estão muito aumentadas durante a gravidez, quer pelas exigências fetais, quer pela possível existência de alterações metabólicas que levem a um maior consumo de piridoxina. Embora se não saiba até que ponto se podem relacionar estes dados com o mecanismo de acção da piridoxina no tratamento da hiperêmese gravídica, não há dúvida que nesta condição patológica existem alterações bioquímicas filiadas numa insuficiência de vitamina B₆ ou numa alteração do metabolismo proteico que leva a uma excreção anormal de aminoácidos, os quais passam a ser eficazmente desaminados se quantidades adicionais de piridoxina são administradas. Os estudos que acabamos de referir constituem uma base científica segura para investigações ulteriores sobre a terapêutica das náuseas e vômitos da gravidez pela vitamina B₆.

Náuseas e vômitos pós-anestésicos — A piridoxina tem também sido ensaiada nas náuseas e vômitos pós-operatórios. Os resultados obtidos são inconstantes, mas favoráveis numa alta percentagem de casos, sobretudo se é o éter o anestésico utilizado e a piridoxina se administra antes e 1 hora depois da intervenção.

Náuseas e vômitos após radioterapia — A radioterapia, sobretudo quando se usam doses grandes, provoca com frequência estados nauseosos e vômitos. Várias tentativas têm sido feitas para determinar se a piridoxina é capaz de impedir o aparecimento daqueles sintomas ou de apressar o seu declínio. Os resultados dos primeiros ensaios foram bons e trabalhos posteriores confirmaram-nos plenamente: as doses de 100 a 200 mg./dia forneceram resultados mais constantes que as doses mais baixas, de 50 mg. diários ou menos.

Doenças da pele — A vitamina B₆ tem sido utilizada no tratamento de algumas dermatoses, com resultados variáveis, sendo difícil, em geral, tirar conclusões seguras dos relatórios publicados.

A afecção cutânea que melhor responde a esta terapêutica é a dermatite seborreica. As lesões melhoram muito com a aplicação local de um unguento contendo 1 % de piridoxina, mas recidivam com frequência após a suspensão do tratamento; a administração sistêmica, oral ou parentérica, de piridoxina é ineficaz. Os resultados favoráveis da terapêutica com piridoxina por via oral, aparecidos na literatura, devem ser acolhidos com reserva, pois as séries de doentes não incluíam casos testemunhas e, assim, as remissões espontâneas não puderam ser eliminadas. Embora

estas ideias necessitem de confirmação, actualmente pensa-se que um transtorno metabólico local, relacionado com a actividade da vitamina B₆, está na génese desta dermatose; por outro lado, não foi possível encontrar, nos doentes com dermatite seborreica, qualquer sinal de carência sistémica em piridoxina. Por isso só o tratamento tópico é de aconselhar, pois só ele é susceptível de fornecer resultados úteis.

A piridoxina mostrou-se também altamente eficaz no tratamento de casos de queilite resistentes à riboflavina, mas a explicação destes resultados permanece obscura; as hipóteses mais correntes inclinam-se para a ideia de que a doença representa uma carência não específica ou que a administração de suplementos de piridoxina potencia ou facilita a utilização das quantidades de riboflavina disponíveis.

JOLLIFFE e colab. estudaram o efeito da piridoxina no acne persistente dos adolescentes, em mais de 80 doentes, alguns dos quais testemunhas que recebiam *placebos*, e chegaram à conclusão de que a piridoxina, dada por via oral na dose de 50 a 250 mg./dia, era capaz de melhorar as lesões na maioria dos casos.

Noutras condições patológicas da pele, o tratamento com vitamina B₆ não deu bons resultados.

É conveniente notar aqui que o síndrome clínico da acro-dinia está relacionado com uma intoxicação mercurial crónica e nada tem de comum com as lesões cutâneas características da avitaminose B₆ no rato. A piridoxina não evidencia, pois, qualquer efeito no tratamento da acrodinia humana.

Doenças do sistema nervoso — O papel da vitamina B₆ no metabolismo do sistema nervoso é muito importante, sendo de salientar especialmente a actividade desta vitamina na descarboxilação do ácido glutâmico. O emprego da piridoxina em algumas doenças do sistema nervoso tem sido, no entanto, empírico ou baseado em relações grosseiras entre alguns sintomas característicos dos quadros patológicos a tratar e alguns sinais de carência nos animais e no homem.

A possibilidade do aparecimento de convulsões como manifestação de carência em vitamina B₆ já foi apontada; não é pois de surpreender que alguns autores tenham tentado o tratamento pela vitamina B₆ das convulsões que aparecem em algumas crianças alimentadas com certos regimes lácteos artificiais desde o nascimento. A piridoxina conseguiu, na maioria dos casos tratados, fazer cessar as convulsões e corrigir as alterações electroencefalográficas concomitantes.

As alterações musculares observadas nos animais carenciados

em piridoxina serviram de base a tentativas de tratamento, com esta vitamina, de diversas afecções neuro-musculares. Os efeitos do tratamento são, porém, difíceis de apreciar porque, sendo a evolução espontânea destas doenças extremamente variável, os períodos de observação, registados nos casos aparecidos na literatura médica, são excessivamente curtos. ANTOPOL e SCHOTLAND trataram seis casos de distrofia muscular pseudo-hipertrófica pela administração intra-venosa de piridoxina, observando melhoras na totalidade dos doentes; quando a piridoxina foi substituída por um *placebo* num dos doentes que melhorara muito com o tratamento, houve um regresso rápido ao estado anterior. A seguir, porém, FERREBEE e colab. comunicaram resultados negativos em 20 casos da mesma doença tratados com vitaminas B₆ e E.

Melhoras apreciáveis foram observadas, após tratamento pela piridoxina, em indivíduos com debilidade muscular generalizada. A vitamina B₆ mostrou-se ineficaz no tratamento da miastenia grave, da esclerose lateral amiotrófica, da atrofia muscular progressiva e da distrofia muscular progressiva.

As tentativas feitas para aliviar os sintomas da paralisia agitante pela administração intra-venosa de piridoxina resultaram num fracasso relativo; no entanto, alguns relatórios apontam melhoria da dor e da rigidez em casos de formas idiopáticas de doença de Parkinson, o que constitui um resultado significativo numa doença de longa duração. Note-se ainda que, muito recentemente, FINKE tratou 20 casos de paralisia agitante (doença de Parkinson idiopática e pós-encefálica), com doses de piridoxina muito mais altas do que as que até agora tinham sido utilizadas (600-1.400 mg./dia em vez de 50 mg./dia) e obteve resultados muito satisfatórios nos casos de pequena e média intensidade; apenas não responderam ao tratamento os casos graves, com mais de 4 anos de evolução.

Atendendo a que a deficiência em piridoxina desencadeia convulsões epileptiformes em alguns animais, FOX e TULLIDGE estudaram cuidadosamente o efeito da administração de 20 a 100 mg./dia de piridoxina a rapazes epiléticos, convenientemente seleccionados; não se encontrou qualquer influência do tratamento sobre a evolução da enfermidade.

Doenças do sangue — O aparecimento de anemia microcítica hipocrômica em animais carenciados em vitamina B₆ fez com que alguns autores ensaiassem a piridoxina no tratamento de certas anemias do homem. Os resultados foram negativos, mas observou-se aumento dos leucócitos, sobretudo dos polimorfonucleares. Isto levou outros investigadores a experimentar a mesma meditação em quadros de neutropenia medicamentosa; os

resultados obtidos foram magníficos. Assim, CANTOR e SCOTT obtiveram remissões completas em 3 doentes com granulocitopenias de origem tóxica e FISHBERG e VORZIMER, tal como TAYLOR, comunicaram resultados impressionantes com a vitamina B₆ em granulocitopenias provocadas pelo tio-uracilo. Em neutropenias causadas pelo benzeno, KNUTSON e colab. não obtiveram melhoras com a administração, durante 3 semanas, de 100-175 mg./dia de piridoxina, mas DUBOIS-FERRIÈRE, com o mesmo tratamento, conseguiu a normalização rápida do quadro hemático em operários que trabalhavam com benzeno e apresentavam neutropenias graves. Parece poder relacionar-se este resultado com a acção estimulante directa da piridoxina sobre os elementos mielocíticos da medula óssea.

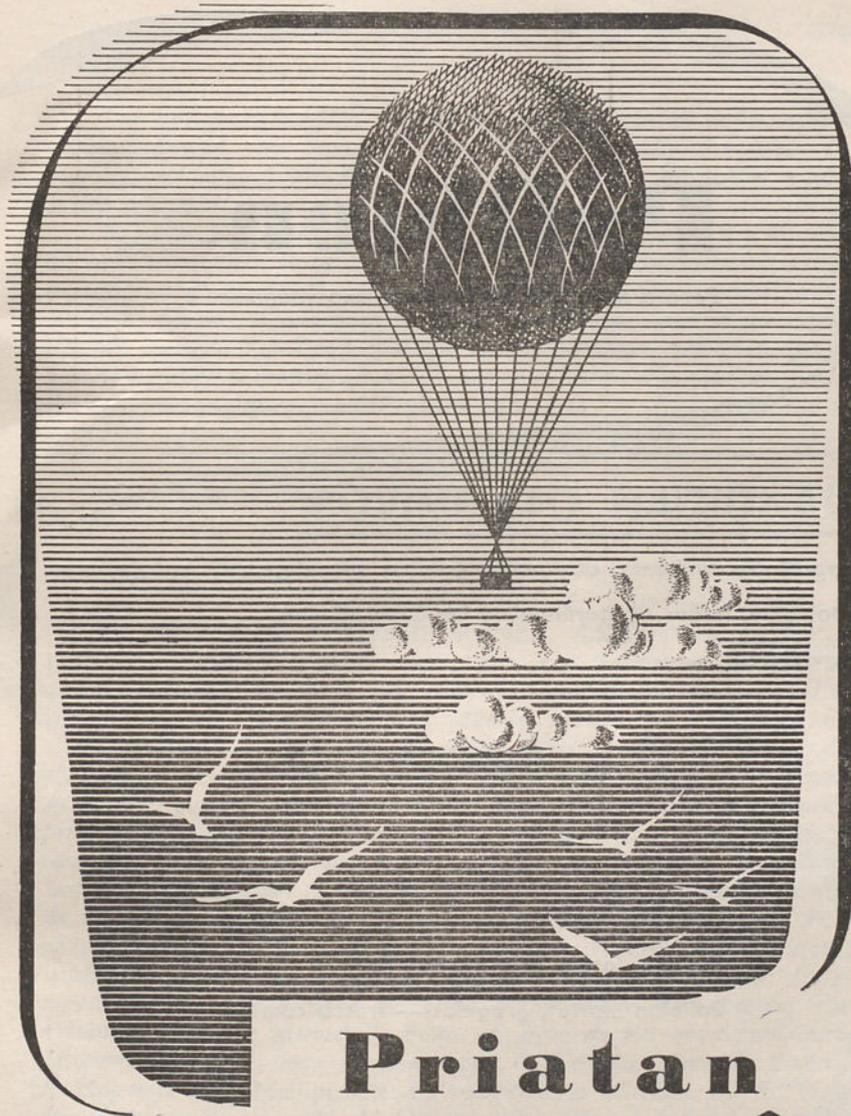
Intolerância à Isoniazida — Recentemente, UNGAR e colab. verificaram que a vitamina B₆ impede ou suprime as reacções de intolerância à Isoniazida, nos animais de experiência; é de esperar que o mesmo facto se verifique em relação ao homem, encontrando-se assim uma nova utilização clínica de piridoxina.

A piridoxina, sob a forma de cloridrato, absorve-se bem por via digestiva ou por via parentérica. A via parentérica preferida é a intra-venosa, porque as injeções subcutâneas e intra-musculares provocam dor que se mantém bastante tempo. A absorção da piridoxina administrada por via oral está completa ao fim de 3 horas; a absorção é um pouco mais rápida quando se usa a via intra-muscular ou subcutânea.

Depois de absorvida, a piridoxina pode transformar-se em piridoxal ou em piridoxamina e qualquer destes compostos pode tomar a forma fosforilada; desconhece-se, porém, o mecanismo destas transformações. A maior parte da piridoxina administrada elimina-se pela urina, sobretudo sob a forma de ácido 4-piridoxínico, não se sabendo como são desintoxicadas as quantidades não excretadas pelo rim. A excreção urinária faz-se rapidamente; 10 % duma dose administrativa por via intra-venosa elimina-se na 1.^a hora e 50 a 70 % nas seis horas que se seguem à administração, qualquer que seja a via utilizada.

Estudos cuidadosos provam que a piridoxina pode ser sintetizada pela flora intestinal do homem e absorvida; isto explicaria a raridade de quadros clínicos graves de carência em vitamina B₆.

A toxicidade da vitamina B₆ é muito pequena. A LD₅₀ da piridoxina para o rato é de 3,1 g./kg. por via subcutânea e de 4,0 g./kg. por via oral; as doses subletais, administradas durante muito tempo, não conseguiram produzir sinais tóxicos.



Priatan

tubos com 10 e 20 comprimidos



Novo terapêutico da asma

KNOLL A.G. Ludwigshafen/Reno · Alemanha
Representantes: August Veith, Herdeiros · Av. da Liberdade, 42 · Lisboa

Polibion Marca reg.

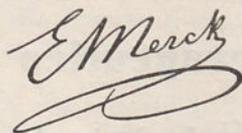
Para a terapêutica pelo complexo vitamínico B

Inapetência renitente, obstipação crónica, glossite, estomatite, lesões do parênquima hepático, vômitos gravídicos.

Apresentação:

Polibion, grageias — frasco com 20

Polibion „forte”, grageias — frasco com 20



DARMSTADT · ALEMANHA

Amostras e literatura

Eduardo de Almeida & Cia.
Rua do Cativo, 22-24
Porto

Químico-Farmacêutica Ld^o.
Rua das Pretas, 26, 2.^o
Lisboa

Na literatura médica não se encontram relatos de manifestações tóxicas, no homem, consecutivas à administração de piridoxina, mesmo quando se empregam doses tão altas como 1.400 mg./dia.

A larga distribuição da vitamina B₆ nos alimentos e a síntese da piridoxina pela flora intestinal tornam pouco importante, salvo em condições especiais, o conhecimento exacto das necessidades mínimas diárias. Considera-se, no entanto, que uma dieta equilibrada fornece 1 a 2 mg. por dia de piridoxina e que essa quantidade protege a maioria das pessoas, em normais condições fisiológicas, de qualquer manifestação carencial.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

A MEDICINA CONTEMPORÂNEA, LXXII, 1954 — N.º 5 (Junho): *A circunvolução do corpo caloso e o tratamento cirúrgico de alguns síndromas dolorosos*, por Almeida Lima; *Repercussão dos diferentes tipos de intoxicação pelo aldeído acético no tratamento do alcoolismo crónico*, por Pompeu Silva. N.º 7 (Julho): *Lição de abertura do curso de Histologia e Embriologia na Faculdade de Medicina de Lisboa*, por A. Celestino da Costa; *Sono prolongado na terapêutica psiquiátrica*, por Fernando Medina; *Tumores primitivos da parede torácica*, por Bello de Moraes; *Ritmo do seio coronário*, por M. Ramos Lopes. N.º 8 (Agosto): *Ensaio de réografia hepática*, por J. Moniz de Bettencourt; *A infecção experimental da cobaia pelo BCG*, por Fernando Rodrigues, Plácido de Sousa e Fernando Fonseca; *Púrpura trombopénica experimental*, por Ducla Soares e Francisco Parreira; *Isolamento de algumas estirpes de vírus poliemiéltico em Angola*, por Plácido de Sousa e Manuel R. Pinto; *A acção de um novo antibiótico (Puromicina) na doença do sono*, por C. Trincão, Almeida Franco, R. Nogueira e H. Muhlfordt; *A Fumagilina na amibiase*, por C. Trincão, Almeida Franco e H. Muhlfordt; *Penicilina e diabete aloxânica*, por Miguel Mendes Alves e Perez Gomes; *As ondas curtas e a sua importância em clínica*, por A. de Vasconcelos Esteves (quase todos os artigos de este N.º vêm em francês). N.º 9 (Setembro): *Formas de existência dos leucotomizados*, por Barahona Fernandes; *Um caso de coriomeningite linfocitária isolado em Lisboa*, por Manuel R. Pinto e Fonseca Ferreira; *Acção da cortisona sobre o vírus da vacina no ovo embriionado*, por F. Fonseca e Plácido de Sousa; *Sobre a infecção da raça porcina portuguesa pelas leptospiras*, por Fraga de Azevedo e M. Costa Faro; *O cobre plasmático e eritrocitário nas doenças com repercussão*

sobre a hematopoiese, por C. Trincão, Egídio Gouveia e Maria do Carmo Brandão; *Isolamento de um vírus neurotrópo para o rato*, em Lisboa, por Plácido de Sousa; *Tratamento da hipertensão essencial pela Rauwolfia serpentina*, por Luís Abecassis. (Com excepção do primeiro e do último, os artigos de este número vêm em francês).

A CIRCUNVOLUÇÃO DO CORPO CALOSO. — A circunvolução do corpo caloso, ou circunvolução do cíngulo, ou simplesmente cíngulo, é como que uma zona intermédia, e provavelmente intermediária, entre o córtex frontal e o tálamo e hipotálamo. Afigura-se-lhe um papel primacial como local de convergência de muitos dos circuitos neuronais que constituem o mecanismo fundamental da região do encéfalo chamada o cérebro vegetativo».

É hoje certo, embora numerosos pormenores estejam por esclarecer, que é essa região que contém os mecanismos monitores da regulação e principalmente da integração homeostática das funções cardiovasculares e respiratórias, do metabolismo da água e das gorduras, da actividade hormonal, da regulação térmica, da pilomotricidade, etc. Como é sabido, todas estas funções entram em jogo na expressão das emoções, não só daquelas que se apresentam com um quadro bem definido e relativamente constante, geralmente reconhecido como comportamento emotivo, tais como a ira, a vergonha, a paixão, o tédio, a tristeza, etc., mas também nos subtis coloridos emotivos que acompanham os actos mais friamente intelectuais.

À estreita relação neuronal da hipófise e hipotálamo junta-se a interdependência neurocrínica e neuricrínica das duas formações, constituindo-se nessa limitada região anatómica o ponto de convergência e inter-relação dos mecanismos neuronais e hormonais.

Descreve o A. esta região cerebral e as da vizinhança, com suas conexões, para que o leitor possa compreender bem as estreitas ligações que, directa ou indirectamente, existem entre a circunvolução do corpo caloso e as formações diencefálicas onde se encontra a coordenação neuronal das funções ditas vegetativas. E remata assim:

«A metodologia clássica, tão fecunda nas investigações anátomo-fisiológicas e na aplicação anátomo-clínica, levar-nos-ia a abordar agora o estudo das funções da circunvolução do corpo caloso. Actualmente, porém, o conceito de localização ou «função» de determinada região cortical cada vez mais se mostra incompatível com os fenómenos revelados pelos fisiologistas e pelos clínicos. A função não pertence a este ou àquele agrupamento neuronal, mais ou menos arbitrariamente isolado, mas sim ao conjunto funcional, ao sistema fisiológico, do qual esse grupo celular é apenas um dos elementos.

«A circunvolução do corpo caloso é um dos elos dos circuitos córtico-hipotalâmico, hipotálamo-tálamo-corticais e córtico-corticais. O que importa para a eficiência funcional do sistema é a integridade do circuito.

A sua interrupção em qualquer ponto acarretará provavelmente perturbações funcionais semelhantes.

«As concepções Jacksonianas mostram-se assim difíceis de manter, pelo menos na sua formulação clássica, dado que num circuito fechado através de variadas regiões cerebrais é artificial considerar níveis ou camadas de diferente hierarquia funcional.

«Devemos pois ser cautelosos na atribuição de «funções» e mais prudentemente limitarmo-nos a registar os fenómenos observados após excitação, lesão ou exérese de determinada região do sistema nervoso.

«Não quer isto dizer que não se deva procurar uma correlação anatómica a todos os fenómenos observados, pois, somos incapazes de conceber a função senão como a manifestação de qualquer coisa que funcione; apenas queremos acentuar que no estado actual dos nossos conhecimentos a tendência localizacionista pode levar a conclusões imprecisas ou falsas, que mais dificultam do que promovem o progresso no sentido desejado.»

Numa segunda parte de este trabalho, o A. ocupa-se da aplicação clínica da intervenção selectiva sobre o cingulo, para tratamento de afecções mentais; a limitação de esta topectomia teria a importante particularidade de não provocar alterações da personalidade, e não diminuir a capacidade intelectual. Isto levou o A. a ensaiar este tipo de intervenção no tratamento de certos síndromas dolorosos de origem visceral. Os factos que verificou, conjugados com as noções anteriormente expostas, levaram-no a estabelecer uma interpretação neurológica dos fenómenos observados que se opõe a várias interpretações fundamentalmente psicológicas que se tem proposto para explicar o efeito tão constante de várias formas de leucotomia nos síndromas dolorosos.

TUMORES PRIMITIVOS DA PAREDE TORÁCICA. — Não são raras as neoformações parietais torácicas. Podem classificar-se em superficiais e profundas. As primeiras residem na pele e tecido celular subcutâneo, e são nevos, quistos, lipomas, etc., sem particularidades que os distingam de semelhantes formações noutros pontos do organismo. As segundas podem partir do esqueleto, do tecido celular sub-pleural, dos elementos músculo-aponevróticos, e ainda das formações vasculares e nervosas, em especial intercostais.

Inaccessíveis, pela sua situação, a um exame objectivo directo, apresentam estes tumores quadro sintomatológico extremamente variado, dependente em grande parte da sua localização, da sua estrutura benigna ou maligna, bem como do grau de crescimento destas neoformações.

Apesar do acentuado polimorfismo clínico, pode dizer-se que após período mais ou menos longo de latência sintomatológica, se revelam habitualmente, ora por dores, ora por sinais compressivos.

Se a intensidade da dor é frequentemente sinal suspeito de malignidade, também grande número de tumores benignos dão franca

sintomatologia dolorosa. Esta, pode ser condicionada pelo simples deslocamento do folheto parietal da pleura, mas reconhece como causa mais frequente a directa participação das raízes ou dos nervos intercostais. A dor apresenta, nestas circunstâncias, uma localização fixa, com irradiação em cintura. Todavia, convém frisar que podem as dores nunca existir, não sendo raro observar tumores de consideráveis dimensões e indolores durante toda a sua evolução.

A sintomatologia compressiva resulta evidentemente do progressivo crescimento tumoral que, afora raras excepções, se faz para dentro do tórax.

Conforme a sua localização topográfica inicial, assim a prociência tem lugar ora para dentro do mediastino, ora para dentro da grande cavidade pleuropulmonar.

Na primeira eventualidade possuem estes tumores uma revelação clínica muito mais precoce. As acanhadas dimensões do compartimento mediastínico, e especialmente ainda o seu reduzido espaço livre, fazem com que se instale com maior precocidade um síndrome de compressão mediastínica, com o seu característico cortejo sintomático, e que será, conforme a localização tumoral, quer predominantemente anterior (dispneia com tiragem, cianose e edema em estola, hipertensão craniana, etc.), quer predominantemente posterior (disfagia, síndrome de *Claude Bernard Horner*, arritmias cardíacas, etc.).

Se a prociência tem lugar para dentro da cavidade pleuropulmonar, só quando o tumor atinge grandes dimensões é que aparecem sinais de redução volumétrica do hemitórax respectivo, sendo a sintomatologia essencialmente subordinada ao progressivo colapso pulmonar.

De esta maneira comportam-se estas neoformações, tanto clínica como radiològicamente, como tumores quer do mediastino, quer pleuropulmonares.

Constitui tarefa difícil, na prática clínica, o diagnóstico exacto destes tumores, e os simples exames radiográficos de rotina em ântero-posterior e de perfil não permitem, na grande maioria dos casos, fazer um diagnóstico diferencial seguro com os tumores viscerais endotorácicos. Sem dúvida, é necessário recorrer a outras investigações mais apuradas, etc., e por vezes mesmo a certos artifícios técnicos, como, por exemplo, pneumotórax de diagnóstico. Apesar de todos estes recursos semiològicos, continua muitas vezes em suspenso a sua exacta caracterização, que acaba apenas por ser feita, com o tórax aberto, no decurso do acto cirúrgico. Não constitui esta insuficiência, sob o ponto de vista prático, inconveniente de maior, pois em todos estes tumores impõe-se formalmente uma atitude intervencionista, tanto mais que as características estruturais do maior número revelam sinais quer de franca malignidade, quer de malignidade em potencial.

Depois de estas considerações gerais, o A. descreve alguns de estes tumores em particular, relatando casos da sua intervenção pessoal:

EPILEPSIA

e seus equivalentes

**SEDATIVO
ANTICONVULSIVO**

Orténal

Comprimidos doseados a 0g10 de GARDÉNAL
e 0g005 de ORTEDRINE
(tubos de 20 comprimidos)

**MELHORA O
TONUS MUSCULAR
E O PSIQUISMO**

a mesma posologia do
GARDÉNAL



& 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, Estreptomicina 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 Estreptomicina.

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



Representantes para Portugal:

Mecius Lda., Rua do Telhal, 8-1.º — LISBOA

neoplasias dos arcos costais com ponto de partida no tecido pré-cartilágneo e como tal dotados de poder osteogénico do tipo de ossificação endondral, (condromas, ortheocondromas e condromixosarcomas, os primeiros mais benignos e os últimos mais malignos); e mais frequentes que estes os tumores neurogêneos, que por ordem de frequência são os partidos dos invólucros dos nervos, os ganglioneuromas, os neurosarcomas e os feocromocitomas, todos geralmente assintomáticos durante longo período, revelando-se clinicamente por dores fixas e bem localizadas, persistentes e com irradiação troncular, e radiològicamente por sombras na góteira costo-vertebral, fazendo procidência no mediastino ou na cavidade pleuro-pulmonar, e por afastamento dos arcos costais com corrosão dos seus bordos, por motivo de prolongada compressão extrínseca.

A INFECCÃO EXPERIMENTAL DA COBAIA PELA BCG. — As experiências dos AA. verificaram que a BCG não se mostrou virulenta para cobaias cuja resistência a agentes infecciosos fora artificialmente diminuída. Animais inoculados com BCG e submetidos à acção da cortisona e da hialurodinase mostraram uma evolução lenta da lesão de inoculação.

IMPORTÂNCIA EM CLÍNICA DAS ONDAS CURTAS. — Depois de resumir noções sobre correntes alternas e seus efeitos fisiológicos, o A. descreve, pela seguinte forma, as indicações clínicas, por departamentos orgânicos.

Doenças do sistema nervoso: De estrutura e fisiologia tão complexa como delicada, são muitos os estados mórbidos que tiram proveito das O. C., se bem que, em muitos casos, se exija um número relativamente considerável de sessões, de duração e intensidade bastante variável, preferindo alguns autores períodos pequenos e de fraca intensidade a sessões demoradas e de elevada amperagem, que consideram de resultados menos nítidos, ainda que, e seja qual for a técnica empregada, como ilação geral, possamos afirmar que esse resultado é, em bastantes situações, de carácter transitório ou mesmo nulo, ou ainda simplesmente sintomático, paliativo, sem influir especificamente no ponto de vista curativo.

Por outro lado, a cronicidade e a rebeldia a outros tratamentos são factos a considerar na possibilidade de êxito e que de antemão nos põem de reserva cautelosamente no provável entusiasmo ou confiança que posamos depositar na utilização das O. C. Será a ponderada experiência dos diversos autores, o perfeito conhecimento das propriedades físicas, químicas e biológicas destas radiações, a execução duma técnica correcta e um diagnóstico clínico obtidos criteriosamente, que poderão, em consciência, aconselhar a sua aplicação com fins terapêuticos.

Em muitos quadros clínicos da patologia nervosa sobressai, e amiúde de forma exuberante, o sintoma dor, a tal ponto que domina

aflitivamente o doente e preocupa os familiares e compassivamente todos os que com ele convivem. É por vezes surpreendente o auxílio que as O. C. prestam na debelação dessas algias pertinazes. Assim, estarão indicadas em numerosas ciáticas, sem contudo olvidar a necessidade que há em esclarecer devidamente a sua etiologia, o que é realmente da máxima importância, pois que, como sabemos, a ciática representa um síndrome, cujos agentes etiológicos são vários, e por isso mesmo poderá impor-se um tratamento absolutamente diverso, e, mais, acarretar um manifesto prejuízo, como, por exemplo, acelerar a evolução de processos neoplásticos ou suas repercussões metastáticas, que em alguns casos, pela sua situação vertebral, se denunciam por intensa ciaticalgia, com base em fenómenos compressivos das raízes do nervo ciático. Noutros casos, e não raramente, será, por exemplo, uma hérnia do disco intervertebral que será responsável por essa compressão, e pela consequente ciática, e logo a respectiva resolução terapêutica será evidentemente de ordem cirúrgica. A diabetes, a sífilis, e principalmente o reumatismo, tomam muitas vezes também responsabilidade no síndrome e é evidente que não se pode descurar o tratamento etiológico, embora as O. C. possam ter interesse, e têm-no, sobretudo, naqueles casos em que se manifesta aquela última afecção.

Outras afecções do sistema nervoso — polinevrites, mielites, encefalites, etc. — são de modo geral beneficiadas com a aplicação das O. C., isolada ou associadamente com outros agentes terapêuticos.

Nas doenças irreversíveis, como parkinson, tabes, etc., alguns resultados sintomáticos se têm obtido, como o alívio das dores fulgurantes desta última ou a diminuição da sonolência da primeira, mas de modo nenhum, acentuamos, interferem na evolução anátomo-patológica das lesões produzidas no tecido nervoso.

Doenças do aparelho locomotor: É desnecessário encarecer a importância deste capítulo da patologia no aspecto económico do indivíduo em si e do conjunto social em que vive. Na verdade, são bastantes os estados patológicos que afectam as peças daquele aparelho, tão útil à vida de relação da espécie humana, dotado de múltiplas actividades, que assim abolidas, ou mesmo reduzidas, parcial, transitória ou, pior ainda de forma crónica, pesam, sem dúvida, na capacidade física do indivíduo, e consequentemente no valor económico que representa.

Estados ditos reumatóides, e particularmente a doença reumática com nítida tendência electiva para lesar os tecidos musculares e os componentes articulares, fornecem um apreciável contingente de doentes de todas as condições sociais, com marcada susceptibilidade à cronicidade, sobretudo quando não tratadas oportuna e devidamente na fase inicial, ou aguda, com os meios terapêuticos adequados, tornando-se depois, e com frequência, bastante rebeldes a qualquer medicação, mesmo às próprias O. C., que não deixam, contudo, em muitos casos, de apresentar efeitos surpreendentes, embora quase sempre seja neces-

sária uma grande quantidade de sessões, sobretudo na possibilidade de haver várias articulações atingidas, como sucede no reumatismo poliarticular crônico, em que, além das próprias aplicações feitas isoladamente em cada articulação, há quem aconselhe e faça também a irradiação da zona correspondente às cápsulas supra-renais, com fundamento na estimulação secretória humoral, pela qual haveria um possível aumento, principalmente adrenalínico, e do qual resultaria uma favorável reacção dos tecidos atingidos.

Por razões óbvias, os traumatismos de toda a espécie cifram-se em número cada vez maior e são lógicamente cada vez mais os doentes com contusões, entorses, etc., que a todo o momento procuram alívio dos seus padecimentos. Entre outros meios, prestam nestas situações valiosos auxílios às O. C.

Doenças do aparelho circulatório: Conhecida a acção sedante do calor e a hiperemia que ele provoca, não admira que as O. C. tenham sido aplicadas em algumas cardiopatias e afecções vasculares em que principalmente predomina, sob o ponto de vista patogénico, o factor angiospasmó. Deste modo, no síndrome anginoso têm-se verificado, e já o pudemos constatar, sensível melhoria do quadro clínico, permitindo ao doente uma maior actividade, relativa, é claro, e subordinada naturalmente às exigências do miocárdio, que, mercê duma irrigação mais ampla, vê facilitar a sua função. Igualmente, e pelo mesmo mecanismo, se obtêm resultados benéficos em algumas situações de *déficit* circulatório periférico por obliteração vascular mais ou menos acentuada e com base patogénica em factores tais como estase, inflamação e fenómenos espásticos, de cuja associação e predomínio dá geralmente indicação a sintomatologia. Está, pois, aconselhada a fisioterapia pelas O. C. em arterites, na tromboangeite obliterante, na doença de Reynaud, enfim, de modo geral, na maior parte dos estados de pre-gangrena.

Menciona-se ainda a sua utilidade em casos de hipertensão por irradiação lombar, obtendo-se algumas vezes uma notável descida dos valores tensionais. Numa doente verificámos a descida desses valores de forma apreciável. Pensou-se que a excitação do seio carotídeo determinava hipotensão, e por isso se fez a sua irradiação com Raios X, e semelhantemente a região hipofisária, igualmente com as O. C. (com comprimento de 150 mA e 4 a 6 aplicações diárias) sobre a mesma região, como refere Frada. Mas foram no entanto de efeito tão aleatório, que, como afirma A. Guarino, foi abandonada semelhante terapêutica.

Doenças do aparelho urogenital: Aproveitando sempre o efeito anti-inflamatório e antiálgico, também aqui encontramos afecções em que as O. C. oferecem precioso auxílio. Assim, é benéfica a sua aplicação em diversas inflamações anexiais (ovarites, piossalpingites) ou da matriz (metrites, parametrites, cervicites), processos hoje em dia tão vulgares, dada a exagerada frequência de abortos criminosos ou mal assis-

tidos. Podem oferecer lenitivo, ajudando a remover o espasmo que acompanha as cólicas renais por calculose e evitando algumas vezes nesses processos a possibilidade inflamatória subsequente. Também nas glomerulonefrites agudas, além de outros meios clássicos, de ordem médica e cirúrgica, como a descapsulação renal, se pode ter necessidade de recorrer à diatermia desses órgãos, promovendo-se tantas vezes desse modo uma diurese abundante e de notável benefício para o enfermo.

Doenças do aparelho digestivo: Oferecem resultados mais ou menos satisfatórios as perturbações disquinésicas, vesiculares, colecistites, simples e calculosas, periviscerites, gastrites, úlceras gastroduodenais, colites ulcerosas, mucomembranosas, espásticas. E nas rectites, onde, principalmente com o uso da diatermia rectal numa média de 30 sessões, com a duração máxima de 20 minutos e aplicadas diariamente, conseguimos em alguns doentes com comprovação rectoscópica a cicatrização de pequenas, e nalguns casos numerosas, lesões ulcerativas disseminadas pela mucosa intensamente avermelhada e com aspecto ligeiramente granuloso, que vimos também readquirir o tom normal; até inclusivamente num doente cujo processo se arrastava há bastantes anos com obstipação e tenesmo intenso, portador também de dolico-colon, sem grandes resultados com outros tratamentos, pudemos ao fim de 46 sessões verificar surpreendentes resultados relativamente ao seu processo rectal, também da mesma natureza ulcerativa, mas em que as lesões desse tipo essencialmente assumiam uma extensão de densidade verdadeiramente espantosa. Podemos dizer que tanto neste doente como nos outros vai decorrido quase um ano sem que até esta data constatássemos a recidiva do processo. Há quem deduza nestes casos ainda melhores resultados com o uso das micro-ondas. Das diversas alterações pós-operatórias que por vezes surgem em doentes operados do estômago e do apêndice, e até nas inflamações subagudas e crônicas deste último, há quem infira prova infirmativa desse diagnóstico, por haver nas aplicações iniciais uma exacerbação da dor. Nos hepáticos com cirrose de Laennec podem obter algumas melhoras com as aplicações de O. C., pelo menos ajudando a remoção da ascite.

Doenças do aparelho respiratório: Englobando este sector não apenas os pulmões, mas também as vias respiratórias, encontramos ao longo destas algumas indicações das O. C. Assim, e principalmente, às diversas sinusites oferecem precioso auxílio terapêutico, posto que a maior parte não dispense outros tratamentos, mesmo fisioterápicos, e também a algumas rinites, laringites, bronquites e pleurites, e particularmente à asma brônquica.

Doenças de pele e anexos: Os estados inflamatórios, especialmente os provocados pelos agentes piogénicos, como furúnculos, antrazes, abscessos, fleimões, panarícios, etc., cedem bem ao tratamento pelas O. C., embora seja imprescindível o respectivo tratamento cirúrgico, como é de regra, nos processos em que evidentemente haja pus colectado.



Antitóxico
Extracto de fígado
(Fracção antitóxica)
 1 C.C. CORRESPONDE A 50 GRs. DE FÍGADO

Lab

APRESENTAÇÃO
 CAIXAS DE 6 AMPOLAS DE 5 CC
 CAIXAS DE 12 AMPOLAS DE 5 CC
 CAIXAS DE 6 AMPOLAS DE 2 CC

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**



PROPULMIL
Bial

**AFECCÕES
AGUDAS, SUBAGUDAS
E CRÓNICAS DAS VIAS
RESPIRATÓRIAS**

PROPULMIL INJECTÁVEL

PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 10.000 U. I.
QUININA BÁSICA 0,06 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,05 gr. EUCALIPTOL 0,05 gr.
HEXAIDROISOPROPILMETILFENOL 0,02 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por ampola.

PROPULMIL SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 300.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.
VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 10.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,1 gr.
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,2 gr. EUCALIPTOL 0,2 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por supositório.

PROPULMIL INFANTIL SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 200.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.
VITAMINA A 25.000 U. I. VITAMINA D₂ 5.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,05 gr.
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,1 gr. EUCALIPTOL 0,1 gr. CÂNFORA 0,05 gr. Por supositório.

Doenças de outros sistemas: São relativamente poucos os distúrbios endócrinos em que as O. C. possam interferir de forma decisiva ou adjuvante no seu restabelecimento normal. Contudo, estados humorais como a dismenorrea, irradiando as zonas ováricas uns dias antes do período menstrual, são benêficamente influenciados pelas O. C.

Também a obesidade endócrina pode favoravelmente ser influenciada. Pelo que diz respeito à patologia dos órgãos hematopoiéticos, praticamente nenhuns resultados se apontam.

Em doenças sistematizadas, como a linfogranulomatose maligna ou doença de Hodgkin, leucemias, tanto linfóide como mielóide, etc., também as O. C. não oferecem quaisquer resultados.

Contra-indicações: Apontemos em primeiro lugar a tuberculose, que na realidade, e não obstante o nítido avanço da terapêutica actual, continua sendo um dos maiores flagelos da humanidade. Sendo uma doença bastante proteiforme, tanto no seu quadro clínico como no aspecto anátomo-patológico, é conveniente a máxima prudência, pois lhe está absolutamente interdito o uso das O. C., muito especialmente nas formas evolutivas.

Outra contra-indicação importante é a de doentes que revelem lesões cardíacas descompensadas ou que sejam portadores de aneurismas, de varizes ou flebites, pelo perigo que há em se produzir uma embolia ou mesmo a rotura vascular.

Também nos estados em que há, acentuamos, alterações da permeabilidade vascular, situações congestivas ou perturbações discrásicas do sangue, se deve evitar o uso das O. C.

Igualmente, como já referimos, em todos os processos neoplásticos, e de modo geral em todos os estados agudos em que haja sobretudo febre alta.

Nos doentes hipotensos, e ainda naqueles em que esteja diminuída ou abolida a sensibilidade térmica, não se deve prescrever qualquer agente físico que produza aquecimento, como as O. C., pelo perigo das queimaduras, o que se depreende facilmente pela falta de contróle subjectivo dos doentes nessas circunstâncias, ou pelas perturbações que acarreta o decréscimo da tensão nos doentes hipotensos. Ainda que se utilizem estes meios terapêuticos, será evidentemente debaixo de rigorosa vigilância e com a máxima prudência. Exige, pois, a maior atenção qualquer aplicação de O. C. em doentes diabéticos, com seringomielia, anestesiados, etc., pelas razões que acabamos de expor.

TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ESSENCIAL PELA RAUWOLFIA SERPENTINA. — Experiência clínica da medicação, durante períodos que variaram de um a seis meses, de um produto constituído pela associação de alcalóides extraídos da raiz da planta (Raupina), em 28 doentes. Os resultados foram geralmente satisfatórios, mas com a suspensão da

droga observou-se nova subida da tensão; novamente administrada, os efeitos depressores foram idênticos aos anteriores. Como efeitos acessórios só se verificou bradicardia e talvez haja habituações ao medicamento. Parece que não é preciso exceder a dose diária de 12 miligramas para se obterem respostas máximas.

ARQUIVO DE ANATOMIA E ANTROPOLOGIA, XXVII (1949-51) — Volume dedicado à jubilação do Prof. Henrique de Vilhena, contém muitos trabalhos de anatómicos estrangeiros e os seguintes de autores portugueses, sobre anatomia humana: *Estudo anátomo-antropológico da «Capela dos ossos de Évora»*, por H. Cardoso Teixeira; *Contribuição para o estudo das variedades e anomalias do osso occipital*, por H. Cardoso Teixeira e A. Simões de Castro; *Inversão visceral*, por J. A. Pires de Lima e F. de Castro Pires de Lima; *Conceito de normalidade em anatomia humana*, por M. Barbosa Sueiro; *Himen imperfurado em mulher púbere*, por Santana Rodrigues; *Dactilogramas de conjunto para os dois sexos*, por D. Teixeira Bastos; *Ação de pó de sulfamida sobre o peritoneu*, por Carlos Jorge; *Hipotrofia do seio maxilar direito com heterotopia dentária múltipla*, por António Paul e Carlos Jorge; *Versão portuguesa do prefácio da «Fabrica» de André Vesálio*, por Hernâni Monteiro; *Importância prática do estudo das variações anatómicas*, por M. Barbosa Sueiro; *As fâscias de revestimento como substrato anatómico da circulação plasmática*, por Aleu Saldanha; *O temperamento de Almeida Garrett*, por Vasconcelos Frazão; *Súmula de evolução dos estudos sobre o sistema nervoso simpático e Nota sobre algumas variações musculares*, por C. Jordão Pereira; *Estudo sobre o músculo pré-esternal e Acerca de uma variação das costelas*, por V. Bruto da Costa; *Documentos públicos sobre a jubilação do Prof. Henrique de Vilhena*, coligidos por Virginia Santos; *Bibliografia do Prof. Henrique de Vilhena*, coligida por Cesina Bermudes.

HÍMEN IMPERFURADO. — O hímen imperfurado, verdadeiro diafragma fechado, separando completamente a vagina da vulva, é raríssimo; o que levou à publicação de um caso, observado numa rapariga de 15 anos. A portadora ignorava o facto, pois o sangue menstrual saía pelo meato urinário, em hipospadias. Casos como este têm interesse médico-legal, pois a cópula vestibular é possível, com sequente gravidez.

IMPRENSA MÉDICA, XVIII, 1954 — N.º 5 (Maio): *A orientação da cardiologia moderna*, por Eduardo Coelho; *A vectocardiografia no estudo das cardiopatias adquiridas*, por Fernando de Pádua; *Breve nota sobre o tratamento da paroníquia monilíaca* (em inglês), por A. Castellani. N.º 6 (Junho): *Fundamentos teóricos e valor actual da balitocardiografia*, por M. Gomes Marques; *A electrocardiografia nas cardio-*

patias adquiridas, por Eduardo de Paiva; *O Freudismo à transparência* (em espanhol), por J. Torres Norry; *Os médicos judeus na România* (em francês), por J. Pines; *Portugal na história da medicina social* (continuação), por Fernando Correia. Suplemento: *Estudo electrocardiográfico das doenças valvulares adquiridas*, por A. Bordalo e Sá; *Mestres e alunos* (em francês), por H. Baruk; *Os médicos judeus em Checoslováquia* (em francês), por J. Pines; *Carnes parasitadas* (conclusão do N.º 5), por Herlander Fazenda; *O «Miroir Anatomique» de Gabriel Ducros, 1658* (em francês), por I. Bourdon; *As bases da somniterapia* (em espanhol), por M. Neme; *Sobre o seguro na doença*, por M. da Silva Leal.

A ORIENTAÇÃO DA CARDIOLOGIA MODERNA. — Ao abrir o 1.º curso do Centro de Cardiologia do Instituto da Alta Cultura, o A. traça uma visão panorâmica da evolução da cardiologia, que, com a devida vénia, transcrevemos na quase totalidade.

«— É no século XVII que a Cardiologia moderna lança as suas raízes. Tomando como fenómeno isolado a descoberta da circulação pulmonar pelo médico árabe *Ibn-an-Nafis*, no século XIII, e completada, 300 anos depois, pelo médico e fisiologista espanhol *Miguel Servetus*, o estudo verdadeiramente científico da circulação sistémica e pulmonar começa em seiscentos, com *Guilherme Harvey*. As doutrinas do médico inglês baseiam-se, em parte, nas investigações de *Cesalpino*, realizadas 57 anos antes e em trabalhos experimentais pessoais. Em 1628 aparecem os *Exercitatio anatomico de Motu Cordis et sanguinis in animalibus*. Todo um mundo novo saiu da pequena monografia *De Motu Cordis*.

Declara *Harvey*, logo de entrada, que a descoberta da função do coração foi realizada pelo estudo directo e não pelos escritos dos outros. Quando *Harvey* começa a descrição da parte fundamental das suas investigações, no capítulo VIII, faz esta afirmação: «*Agora que vou tratar da quantidade de sangue circulante, da sua proveniência, das coisas mais dignas da nossa atenção, o que vou dizer parecerá de tal modo novo e inédito, que tenho medo de incorrer na inveja maldosa de alguns, e ainda de contar com a hostilidade de todos os homens.*»

Estuda os movimentos do coração, as contracções das aurículas e dos ventrículos. Mostra que a aurícula direita é o *ultimum moriens*, e expõe o mecanismo da sístole e o papel dos aparelhos valvulares. Vai demonstrar a existência da circulação sistémica: que todo o sangue se move em círculo e que, expulso pelo ventrículo esquerdo para a aorta, volta à aurícula direita pela veia cava. Fá-lo experimentalmente, de modo categórico, e fecha com estas palavras: «*É necessário concluir que o sangue descreve nos animais um movimento circular e que está em perpétuo movimento. A estes fenómenos preside a acção ou antes a função do coração...*»

Começa então, e *Harvey* o diz, uma nova época na história da

biologia: *Incipit physiologia nova*. Dando uma demonstração definitiva da circulação do sangue, foi Harvey um dos grandes precursores das actuais investigações da Cardiologia.

Na mesma época dominavam já as doutrinas de Renato Descartes e de Francisco Bacon. A Cardiologia nasce com a criação do *método*, com a *filosofia da dúvida*, com as *Regras para a direcção do espírito* e com o estudo *objectivo do concreto*.

O século da Cardiologia fisiológica é também o século da Filosofia. Descartes foi um dos pioneiros e dos mais eficazes defensores da existência da circulação sanguínea. Expõe a sua teoria do movimento cardíaco no *Discurso do Método*, na *Descrição do Corpo humano* e na famosa carta a Beverwich.

Sigamos os rastros da nossa disciplina no século seguinte, e vejamos como ela, estruturada e vertebrada por Harvey, começa a enriquecer-se.

Século XVIII: — Sénac observa as arritmias cardíacas e começa a empregar o quinino no seu tratamento. Haller descreve a calcificação do coração e do pericárdio. Morgagni, o aperto mitral, a dissociação aurículo-ventricular, o aperto calcáreo das válvulas aórticas com insuficiência, a esclerose das coronárias, o aneurisma da aorta. Auenbrugger descobre as vantagens da percussão do coração. Heberden traça o quadro clássico da *angina pectoris*. Guilherme Withering começa a empregar a *digitalis purpurea* no tratamento do edema cardíaco. John Hunter, o afamado cirurgião inglês, contribui para o progresso da cardiologia com as descrições pessoais da própria doença. Sofreu de graves crises de angina de peito, e a história dos seus padecimentos foi o primeiro relato de um médico que tinha tal enfermidade. A história da sua doença e o resultado da autópsia, que mostrou intensa aterosclerose das coronárias, foram publicados por Home, três anos depois da morte de Hunter. Constituem uma das primeiras demonstrações da coexistência da *angina pectoris* e da esclerose das coronárias. Jenner estabeleceu também a relação da angina de peito com as lesões coronárias (numa carta publicada por Parry).

A *cardiologia do século XIX* abre com Corvisart, professor do Colégio de França, que expõe os sinais de contracção dos orifícios do coração, as suas doenças, lesões orgânicas e ainda o prognóstico.

Laennec, com a descoberta do estetoscópio, enriquece a Cardiologia de novos dados semiológicos. Estabelece a correlação entre os sinais da auscultação imediata e as observações anatómicas na necropsia. Descreve ainda grande parte da patologia anátomo-clínica do coração: hipertrofias e dilatações auriculares e ventriculares; degenerescência gorda do coração; miocardite; calcificação das válvulas do coração; pólipos do coração; malformações; causas das doenças do coração; a pericardite com derrame; a pericardite tuberculosa crónica; a sínfise do pericárdio e a pericardite constrictiva; o hidropericárdio e o aneurisma da aorta. Ocupou-se ainda das arritmias.

Antigastrálgico de síntese

ANTRENIL*

*Espasmolítico frenador do vago
de acção duradoura*

Para o tratamento
de transtornos da função
motora e secretora
do tubo gastro-intestinal

*Comprimidos a 5 mg: Caixa com 30 comprimidos
Frasco com 100 »
Ampolas de 1 cc a 2 mg: Caixa de 5 ampolas*

* Marcas registadas

Produtos CIBA, Limitada — Lisboa

TERÁPIA DAS ÚLCERAS
GASTRO-DUODENAIS

ORISTIDAL

Em comprimidos açucarados para serem diluídos na boca.

Cada comprimido contém:

Histidina base	0,0125 gr.
Hidrato de alumínio coloidal	0,20 "
Sacarose pura	0,20 "

Também de expressivos resultados em: Gastrite hiper-secretiva, Consequências de gastrite aguda, Gastrite tóxica e Dispepsia.

Em caixas de 4 tubos de 15 comprimidos

ASCORBISTAL

Ascorbato de histidina a 6%, em solução rigorosamente incolor

Em caixas de 5 empolas de 5 c. c.

Cada comprimido contém:

Histidina base	mg. 140
Ácido ascórbico	" 160

Aplicação por via intramuscular ou endovenosa

Nenhuma reacção - Tolerância absoluta.

M. RODRIGUES LOUREIRO

Rua Duarte Galvão, 44 - LISBOA

Concessionário exclusivo do

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO

V. BALDACCIPISA

Roberto Adams descreveu o bloqueio aurículo-ventricular. Stokes, 27 anos mais tarde, observa as síncope no bloqueio aurículo-ventricular e cria o síndrome de Adams-Stokes. Corrigan ocupa-se da insuficiência aórtica e das características do pulso, que foi denominado o «pulso Corrigan»; Bouillaud, da patologia da endocardite: as características anatómicas da endocardite reumatismal e sua evolução; Potain, do valor clínico dos sopros vasculares e do ritmo de galope; Samuel Wilks, da doença que foi denominada, mais tarde, «endocardite bacteriana», e das embolias capilares; Traube, do pulso alternante e do fígado cardíaco. Roger, no entusiasmo pela auscultação cardíaca, escreveu estas palavras: «*Se a medicina é a mais bela das profissões, então, a auscultação é a mais bela descoberta dos tempos modernos*» (1839). Roger dá-nos a descrição anátomo-clínica da comunicação dos dois ventrículos, sem «doença azul», ou doença de Roger.

Waller demonstrou que as correntes que acompanham as contrações cardíacas podem ser registadas sem se abrir o tórax, e foi o primeiro a obter um electrocardiograma humano. McWilliam provocou experimentalmente extra-sístoles, fibrilação ventricular e «flütter» auricular. Fallot descreve a «doença azul», mais tarde denominada «tetralogia de Fallot». Guilherme His Júnior descobre, em 1893, o feixe aurículo-ventricular. Roentgen, em 1895, com a descoberta dos Raios X, dá à *Semiologia Cardiológica* uma tão notável expansão que a aquisição sucessiva de tantos elementos novos não nos permite apreciar ainda a completa amplitude dessa extraordinária descoberta. Na comemoração do centenário do nascimento de Roentgen mostrei já a projecção dessa ciência na medicina moderna. Delorme sugere, em 1898, a ressecção do pericárdio na pericardite constrictiva, que Volhard, alguns anos depois, havia de fazer executar. Só em 1941 é que em Portugal seria realizada, pela primeira vez, essa intervenção e num doente nosso, que, a meu pedido, o Dr. Filipe da Costa operou.

As investigações cardiovasculares do século xx vão formar uma disciplina bem complexa, servida por numerosas técnicas semiológicas, que só se podem aplicar e estudar em serviços especializados.

O facto mais notável da Cardiologia dos começos de novecentos é dado por **Einthoven**, no estudo das alterações eléctricas que acompanham cada contração cardíaca. A concepção do seu registo constituiu um dos maiores progressos da Cardiologia moderna. Os trabalhos de Einthoven vão dominar as investigações da Cardiologia do século xx.

Kölliker e Müller tinham já demonstrado (1878), num animal de experiência, que o coração produzia uma corrente eléctrica que acompanhava as contrações cardíacas. Essa corrente foi registada depois pelo electrómetro capilar. Waller mostrava que as correntes de acção desses animais podiam ser estudadas, ligando as superfícies do corpo ao electrómetro por meio de eléctrodos, demonstrando que as correntes do coração humano podem ser estudadas desta maneira.

Einthoven, em 1903, aperfeiçoa e utiliza o galvanómetro de corda inventado por Schweigger, da Universidade de Halle, para medir as correntes eléctricas da acção do coração, e que se chamaram «correntes de acção». A Escola de Berlim, com Nicolai, a de Viena, com Rothberger, e a de Londres, com Lewis, vão fazer, mais tarde, extensas investigações com o galvanómetro de Einthoven. A noção de vector manifesto, introduzida pelo fisiologista de Leyden e o triângulo de Einthoven ficaram a constituir os alicerces da electrocardiografia.

Aschoff descreve, no ano seguinte, a miocardite reumática. Keith e Flack descobrem o nódulo seio auricular. Com o polígrafo que tem o seu nome, Mackenzie regista os traçados mecânicos e descreve, em 1908, a fibrilação auricular, mas interpreta-a erradamente, atribuindo-a a uma paralisia da aurícula. É o seu discípulo Lewis que lhe dá segura interpretação, lançando, em 1911, o primeiro livro intitulado: *The Mechanism of the Heart Beat*. F. Kraus e Nicolai tinham publicado já a primeira obra sobre electrocardiografia. Dois anos antes, Rothberger e Winterberg estudavam também a fibrilação auricular.

As primeiras investigações sobre o feixe de His do coração do homem por meio de cortes seriados foram realizadas por Mönckberg, em 1907, e publicadas em 1908, num volume esquecido, mas dos mais notáveis que a Cardiologia moderna tem criado. Esses trabalhos não-de ser prosseguidos mais tarde por outros cardiologistas.

Na mesma época (1907) o Atlas dos alemães Jamin e Merkel dá-nos um estudo completo das artérias coronárias do coração normal e patológico do homem por meio da radiografia estereoscópica. A descrição clínica da trombose coronária, realizada por Herrick, em 1912, marca um notável progresso no diagnóstico das doenças das coronárias.

No seu artigo publicado no *J.A.M.A.* e intitulado *Clinical Features of Sudden Obstruction of the Coronary Arteries*, deu-nos, além da melhor exposição até então feita dessa doença, o ensinamento — nesse tempo novidade — de que a trombose das coronárias não é sempre fatal. Mostrara também Herrick que, perto de 100 anos antes, Robert Adams esteve prestes a descobrir o diagnóstico da trombose coronária. Mas foi o alemão Hammer que observou, com sentido objectivo, em 1878, o primeiro caso de trombose coronária *ante mortem* com diagnóstico correcto. A descrição completa da doença era publicada em 1910 no *Zeitsch. f. Klin. Med.* por Obrastzow e Strascheske. O trabalho de Herrick tornou-se a exposição clássica da trombose coronária. Como escreveu Willius, o diagnóstico clínico dessa doença passou a ser uma regra e não uma excepção, e exerceu uma profunda influência nos modernos conceitos da doença coronária, o que a primeira descrição de Hammer nunca conseguira.

A publicação, em 1925, da 3.^a edição de monografia de Lewis: *The Mechanism and Graphic Registration of the Heart Beat*, e da obra de Wenckebach e Winterberg: *Unregelmässige Herztätigkeit*, põem em

foco as duas grandes escolas de investigação clínica e experimental de Cardiologia: a de Londres e a de Viena. Lewis, com uma grande obra científica (publicou mais de 230 artigos e 12 monografias), imprimiu uma diferente orientação à Cardiologia. A anatomia patológica deixou de dominar as investigações cardiovasculares e o método experimental tomou o primeiro lugar, apesar do cepticismo dos seus contemporâneos. A Cardiologia passou a ser fisiológica. Como escreveu White, «Lewis era um fisiologista na Clínica e um clínico no Laboratório de experimentação animal». His, Tawara, Keith e Flack deram uma descrição completa do tecido cardíaco específico, mas Lewis estudou a distribuição do processo de excitação no músculo auricular e ventricular, introduziu as derivações directas unipolares e expôs a teoria das diferenças do potencial limitado, que corresponde ao que mais tarde se chamou «hipótese do dipolo». E supondo que todos os problemas electrocardiográficos estavam já resolvidos, dedica-se depois ao estudo das alterações da circulação periférica.

A Escola de Viena marcou sobretudo pelos trabalhos experimentais de Rothberger e Winterberg e pela formação de um grande centro de estudos clínicos, o qual, pela desgraça que se apossou da Áustria, havia de ir fomentar e levedar a Cardiologia com Vaquez, Gallavardin, Laubry e Lian; mas a electrocardiografia clínica e experimental teve em Clerc grande entusiasmo. Lian deu-nos magníficos estudos sobre traçados mecânicos. A obra de Wenckebach sobre as arritmias ia ter, em 1952, o seu substituto: o livro de Prinzmetal e colaboradores sobre as arritmias auriculares.

Enquanto as investigações da Cardiologia europeia se reduziam, nessa época, quase exclusivamente, ao *estudo clínico e experimental das arritmias*, a América do Norte tomava a dianteira, descrevendo o «electrocardiograma coronário» (Smith, 1918) e «a onda T coronária» (Pardee, 1920). Desde o final do primeiro quarto de século os nossos conhecimentos sobre a interpretação do electrocardiograma progrediram rapidamente. Recordo as «mortes súbitas», então diagnosticadas de «indigestão aguda», e os riscos com que se procurava ironizar a minha tarefa com os traçados electrocardiográficos, que me enchia quase completamente as horas hospitalares, há uns 26 anos, quando eu procurava diagnosticar, de acordo com os dados que as investigações cardiológicas sugeriam, lesões miocárdicas de origem coronária. Desprezavam-se os electrocardiogramas, fora das arritmias. Hoje, quando as gazetas informam, ao despertar do dia ou ao cair da noite, que uma pessoa célebre no alto comércio, nas finanças, na literatura ou na política, morreu súbitamente de «um ataque do coração», logo os mais medrosos ou os mais apegados à vida procuram o internista ou o cardiologista para obterem um ECG. E chegaram a criar já as «doenças coronárias» de *origem electrocardiográfica*, porque descobriram que a onda T coincide

com a linha isoelectrica ou que há um desenvolvimento de ST, consequência de uma episódica hipopotassemia, ou de outra patogenia.

Os anos de 1929 e 1930, com as investigações que então se iniciam, apresentam duas tendências aparentemente divergentes, e que depois de 1941 se vão tornar convergentes: São dominados, por um lado, pela técnica de cateterismo intracardiaco, praticada por Forssmann; por outro lado, pela interpretação wilsoniana da electrocardiografia.

Se Bleichroder foi, em 1912, o primeiro que introduziu cateter nas veias e nas artérias, sem provocar dor, nem trombose, nem outras complicações, mostrando que essa técnica não oferecia qualquer risco, é a Forssmann que se deve a introdução do cateter na aurícula direita; foi o primeiro que injectou uma substância radioopaca no coração. Em 1930 Klein empregou a técnica de Forssmann para determinar o débito cardiaco pelo método de Fick. Este método, que só podia ser adoptado nos animais, encontrava em Forssmann o processo que o permitia utilizar no homem. O cateterismo de Forssmann foi retomado por Jimenez Dias, em 1930, Egas Moniz e colaboradores em 1931, e por outros, para o estudo dos vasos pulmonares.

A introdução da técnica de Forssmann na Semiologia Cardiovascular e os trabalhos da escola de Wilson sobre electrocardiografia estruturam a posição actual da cardiologia. Eis as duas tendências, aparentemente divergentes de início, que resultaram da técnica e das investigações de Forssmann: *angiocardíografia* e *cateterismo intracardiaco*.

1.º — *A angiocardíografia*: Os trabalhos verdadeiramente decisivos foram os dos médicos cubanos Castellanos, Pereira e Garcia (1937), que empregaram pela primeira vez as palavras «angiocardíografia radioopaca», e injectaram uma substância radioopaca numa veia periférica (região do sangradouro) e os dos médicos americanos Robb e Steinberg, que injectaram também essa substância numa veia periférica. Os primeiros efectuaram somente dextroangiocardíogramas; os segundos, dextroangiocardíogramas e levoangiocardíogramas. Realizada apenas nos primeiros casos, a técnica de Forssmann foi cedo abandonada, por consenso quase unânime dos cardiologistas e radiologistas. Definitivamente? Não. Vê-lo-emos daqui a pouco.

O método de Robb e de Steinberg tomou logo grande expansão em quase todos os países da América e da Europa, sobretudo no diagnóstico das cardiopatias congénitas. Entre nós, e suponho mesmo que na Península, foi no nosso Serviço — então de empréstimo — onde a angiocardíografia de Castellanos, Robb e Steinberg — angiocardíografia do coração direito e do coração esquerdo — se praticou pela primeira vez em cardiopatias congénitas e adquiridas.

É no diagnóstico das malformações congénitas do coração que a angiocardíografia oferece mais revelantes serviços. Mas o seu emprego foi ainda alargado ao diagnóstico dos derrames pericárdicos, dos aneurismas da aorta e dos tumores do mediastino. Alguns desses trabalhos

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



**PROCILINA
PROMICINA**



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



ADYSMENE

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

Tomado profilácticamente

o **ADYSMENE** evita a dismenorrea



CILAG S. A. - SCHAFFHOUSE - SUÍÇA

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA - S. A. R. L



têm sido realizados no nosso Serviço. Há mais de um ano que nele se fazem angiocardiofografias de apertos mitraes e das doenças mitraes para se apreciarem as dimensões da aurícula esquerda, o tempo de retenção da substância de contraste nessa aurícula — com o fim de obtermos o diagnóstico de aperto mitral puro ou de aperto mitral com insuficiência, com predomínio desta, quando os dados clínicos o não permitem fazer. Procuramos estudar ainda a circulação pulmonar do aperto mitral — quando existe hemossiderose e esclerose vascular pulmonar. O estudo do septo nas hipertrofias ventriculares, pela angiocardiografia, é ainda uma das preocupações do nosso Serviço.

Wegelius e Lind combinam a angiocardiografia e a electrocardiografia, procedendo a investigações da dinâmica cardíaca no coração normal e nas cardiopatias. As funções do músculo cardíaco e das válvulas são assim apreciadas. Entre os problemas a resolver na dinâmica do coração normal consideram no primeiro plano os componentes activos e passivos da circulação venosa; a participação do apêndice auricular no trabalho do coração; a relação entre a sístole e a diástole das aurículas e dos ventrículos, nomeadamente do enchimento e expulsão do sangue residual; a diferença entre o coração direito e esquerdo, relativamente ao processo de contracção; o tempo da circulação pulmonar; o volume sistólico e a rotação do coração como um todo durante o ciclo cardíaco.

Mas o campo de acção da angiocardiografia foi ainda alargado, e agora com a técnica de Forssmann, quer dizer com o cateterismo. É a *angiocardiografia selectiva* realizada por Jönsson, e outros autores suecos, nas malformações congénitas do coração e, sobretudo, no exame da câmara de saída do ventrículo direito dos doentes com aperto pulmonar. Com essa técnica tiram-se seis filmes por segundo. A técnica de Forssmann é ainda empregada na aortografia torácica e na coronariografia. Os coronarioangiogramas do nosso Serviço são dos mais belos até hoje realizados.

2.º — *Cateterismo intracavitário*: A outra série de investigações, aparentemente divergente, saída da técnica de Forssmann, é constituída pelo cateterismo intracavitário para colheita do sangue e doseamento de O_2 e CO_2 e para o registo das pressões das cavidades e dos vasos pulmonares e, bem assim, a radiografia da posição do cateter, a fim de se estudar a fisiopatologia das cardiopatias congénitas e adquiridas e, ainda, de se determinar o diagnóstico das primeiras.

Foi Courmand que introduziu, em 1941, o método do cateterismo cardíaco de Forssmann no estudo da dinâmica circulatória. Prosseguido por McMichael (1944) e Lenègre (1944), esse processo alargou-se a outros Serviços na América e na Europa. Com idêntica finalidade foram já cateterizados mais de 500 doentes no nosso Laboratório de Hemodinâmica. Estes métodos são ainda aplicados à apreciação da isquemia real, que acompanha a insuficiência cardíaca.

O estudo da circulação pulmonar, dos *shunts* arteriovenosos e venoarteriais, do índice cardíaco, encontraram no cateterismo um precioso meio de investigação. Numerosos problemas de fisiopatologia circulatória dele beneficiaram. As duas séries de investigações convergem hoje na mesma finalidade do estudo hemodinâmico da circulação. Nós associamos ambos os métodos.

Actualmente procede-se já a experiências metabólicas do coração humano *in vivo*. Cateterizando o seio coronário, Bing e colaboradores fizeram o estudo da glucose, do metabolismo do lactato e do piruvato, do metabolismo miocárdico dos aminoácidos, das gorduras e dos corpos cetónicos, de corações normais e de corações insuficientes. Estas investigações dar-nos-ão um conhecimento mais completo do metabolismo intracardiaco e da insuficiência do miocárdio.

Mas para abordar os problemas da fisiopatologia, que a técnica de Forssmann permite, os quais apresentam hoje grandes proporções, são necessárias equipas de investigadores devidamente preparados, que não se podem improvisar, e arrumadas em serviços autónomos.

3.º — *Um ano depois* de se iniciar o cateterismo e de se conhecerem algumas das suas possibilidades, os trabalhos de Wilson e de Craib vêm revolucionar a electrocardiografia, à qual imprimem uma nova trajectória. A influência das investigações de Wilson, na orientação da Cardiologia actual, é das mais notáveis que essa disciplina tem apresentado. Foram prosseguidas de 1930-36. Lewis tinha já em 1930 abandonado a electrocardiografia porque a supunha inteiramente acabada. Wilson mostrou que era necessário pôr de novo os problemas eléctricos do miocárdio.

A electrocardiografia deixou o carácter empírico de comparar «formas» ou «modelos» electrocardiográficos com determinadas lesões anatómicas para se constituir numa ciência. Embora nos seus primeiros trabalhos apareçam estudos sobre as arritmias, as principais investigações de Wilson foram dedicadas ao complexo ventricular, ao problema do bloqueio dos ramos, ao enfarte do miocárdio, à hipertrofia ventricular e às alterações da onda T. Estabeleceu as bases dos nossos conhecimentos actuais sobre esses problemas e mostrou que certas alterações electrocardiográficas resultam de circunstâncias especiais.

Como escreveu o seu discípulo, e mais íntimo colaborador, F. Johnston, a longa familiaridade de Wilson com os fenómenos bioeléctricos, a agudeza do seu espírito e a facilidade com que lidava com as matemáticas, permitiram-lhe criar um dos mais engenhosos conceitos básicos no campo da electrocardiografia: a noção de gradiente ventricular. Por outro lado, o profundo conhecimento que tinha da física levou-o a dar à electrocardiografia uma exactidão de interpretação que ninguém atingira. Demonstrou a sua teoria dos potenciais da cavidade ventricular e as noções expendidas por Lewis sobre a activação do miocárdio.

Provou, em diferentes investigações no animal e em observações clínicas, o valor do eléctrodo explorador unipolar, tendo o corpo ligado a uma terminal central, funcionando de eléctrodo indiferente. Os estudos clínicos e experimentais levaram-no à localização exacta do enfarte do miocárdio e ao conhecimento da sua evolução.

A obra de Wilson foi sólidamente estabelecida nos conceitos fundamentais da física e da matemática, de tal sorte que pôde prever matematicamente o resultado de algumas das suas experiências. A aplicação dos princípios do «potencial» ao electrocardiograma não foi, em geral, bem recebida pelos físicos e fisiologistas.

Wilson inaugurou a nova era da electrocardiografia. Pouco tempo antes de morrer, escrevia: «Os princípios basilares que permitiram uma melhor compreensão dos factores que determinam a forma do ECG. eram já conhecidos há umas três dezenas de anos. Há mais de 70 que Helmholtz, baseado nas experiências de Du Bois Reymond sobre as correntes de lesão dos tecidos, demonstrou um certo número de teoremas relativos às correntes eléctricas nos condutores de volume».

Os princípios fundamentais expostos e explicados por Helmholtz consistiam: 1.º Princípio de sobreposição; 2.º Princípio de superfície electromotora; 3.º Princípio de reciprocidade. O primeiro constitui a base de conceito de *vector condutor* de Burger e Van Milan. O segundo tem sido empregado como processo de obter o campo de um dipolo excêntrico numa esfera. Muitas das aplicações do terceiro princípio de Helmholtz ou «*teorema de reciprocidade*» são introduzidas pelos discípulos de Wilson, McFee e Johnston. Constituem, como afirmou o primeiro, uma das mais notáveis contribuições para a compreensão do electrocardiograma.

A técnica de Forssmann permitiu ainda alargar as investigações da electrocardiografia, criando novas derivações.

Progressos da electrocardiografia devidos à técnica da Forssmann: Registo dos potenciais do coração direito do homem; Registo dos potenciais do coração esquerdo do homem; Registo dos potenciais vasculares: artéria pulmonar e da aorta; Estudo dos potenciais auriculares direitos e esquerdos, simultaneamente: para a aurícula direita com o eléctrodo intraauricular; para a aurícula esquerda com o eléctrodo no esófago ou na primeira parte da aorta descendente. O nosso Serviço tem-se ocupado com grande desenvolvimento dessas investigações.

Posição actual da electrocardiografia: Alguns princípios basilares marcam a nossa atitude perante certos achados electrocardiográficos e o conhecimento da sua extensão para a vectocardiografia.

Um electrocardiograma anormal isolado não indica que haja forçosamente uma doença orgânica do coração. Pode ser a consequência de uma alteração funcional temporária, por exemplo, de inervação ou de *contrôle* humoral do coração. Por isso nunca podemos dizer que um ECG. anormal indica sempre uma lesão do coração. Um electro-

cardiograma anormal é menos importante do que as circunstâncias em que é feito. As 12 derivações empregadas usualmente nem sempre são suficientes. Há, muitas vezes, necessidade de empregar as precordiais altas, ou de tirar mais derivações do lado direito ou do lado esquerdo do tórax.

A noção de vector posta já por Einthoven e desenvolvida por Wilson, constitui o fundamento da vectocardiografia espacial, permitindo a exploração dimensional e direccional das correntes de acção. Revelou-se um método, do qual muito há a esperar. A estereovectocardiografia obtida por um dos dois princípios — um tetraedro equilateral com os vértices na superfície do corpo (princípio introduzido por Wilson), ou um cubo com os ângulos na superfície do corpo — é, como diz Katz, a *promised land*. Foram lançadas as bases teóricas da vectocardiografia e começou a exploração do terreno, que já nos forneceu alguns resultados valiosos. Temos estimulado no nosso Serviço o prosseguimento destas investigações que, penso, hão-de decifrar muitas incógnitas da fisiopatologia do músculo cardíaco.

O estudo da circulação com os isótopos radioactivos, iniciado por George Hesvesy em Copenhague e prosseguido por Nylín, é um método que devemos também tomar em conta, se bem que em minoridade.

A interpretação da insuficiência cardíaca segundo as recentes investigações hemodinâmicas. — As investigações realizadas, desde 1941, com as novas técnicas, modificaram a interpretação da insuficiência cardíaca? Vemos hoje diferentemente os problemas da fisiopatologia com ela relacionados?

O cateterismo intracardíaco foi, como escreveu McMichael, o instrumento fisiológico que, aplicado ao homem, abriu um vasto e novo campo de investigações para a compreensão do mecanismo da insuficiência cardíaca humana. A noção arreigada na patologia da circulação, da diminuição do débito cardíaco como consequência necessária e obrigatória da doença orgânica fora contestada por Harrison há perto de 20 anos. Baseado em métodos indirectos de determinação do débito cardíaco no homem, verificara Harrison que o débito cardíaco não é forçosamente baixo na insuficiência cardíaca. Investigações praticadas com o cateterismo confirmaram as ideias de Harrison, mostrando que a insuficiência cardíaca pode ser dividida, do ponto de vista hemodinâmico, em dois grupos: 1.º de índice cardíaco elevado; 2.º de índice cardíaco baixo. O aumento das pressões intracardíacas e venosas constituiu, mais do que a diminuição do débito cardíaco, a característica essencial da insuficiência cardíaca (Richards).

Crises de dispneia e de edema pulmonar, em doentes com insuficiência ventricular esquerda, consequência da doença hipertensiva ou da insuficiência aórtica, podem desencadear-se com débito cardíaco normal ou ligeiramente aumentado. O coração direito relativamente eficiente força o ventrículo esquerdo insuficiente e o débito cardíaco é



mantido somente à custa da acentuada estase vascular pulmonar, da qual resulta a dispneia (McMichael).

Embora difícil de definir, nós podemos pôr desta maneira o problema da insuficiência cardíaca, em presença das recentes aquisições da hemodinâmica: o coração torna-se insuficiente quando a sua capacidade para aumentar o débito cardíaco é extremamente comprometida e quando o débito cardíaco é somente mantido à custa de um aumento da pressão venosa; a última fase é caracterizada por um débito cardíaco que vai baixando, com aumento da congestão venosa sistêmica (McMichael).

O mecanismo do aumento da pressão venosa na insuficiência cardíaca recebeu também das actuais técnicas de hemodinâmica interessantes esclarecimentos.

Algumas das ideias de Eppinger, expostas em 1932, sobre o aumento do afluxo de sangue venoso ao coração direito e o aumento da pressão ao nível da artéria pulmonar, na asma cardíaca, foram confirmadas pelas novas técnicas do cateterismo.

A determinação das pressões intracardíacas deu-nos muitos esclarecimentos, sobre a acção de algumas drogas na insuficiência cardíaca e nas alterações da circulação pulmonar.

Quanto às alterações do músculo cardíaco resultantes de processos inflamatórios ou degenerativos, o estudo do seu metabolismo, por meio do cateterismo do seio coronário, permitirá ainda elucidar alguns problemas patogénicos. — »

Traçado assim o panorama da orientação actual da Cardiologia, o A. nota que as investigações de química fisiológica do miocárdio, de Szent-Györgi, e os estudos histológicos do músculo cardíaco pelo microscópio electrónico, de Bruno Kisch, de New York, dão novos rumos à cardiologia experimental.

Paralelamente assiste-se a um enriquecimento terapêutico, desde os antibióticos — que dão uma percentagem de 85% de curas nas endocardites bacterianas, que anteriormente se aproximava dos 100% de mortes — aos anticoagulantes, à cortizona, à corticotrofina e aos isótopos, à prevenção das cardiopatias reumáticas recorrentes, às relações da aterosclerose com o metabolismo dos lípidos — que mal passaram do campo experimental — e à introdução da cirurgia na correcção das malformações congénitas, das cardiopatias valvulares adquiridas e das aortopatias. Foi Taussig quem propôs, em 1945, a Blalock as primeiras intervenções cirúrgicas; mas foram as técnicas de Forssmann e a de Robb e Steinberg que permitiram corrigir os diagnósticos e alargar o campo das intervenções, pelos estudos hemodinâmicos e angiocardiógráficos. As recentes conquistas terapêuticas estão a par das novas aquisições semiológicas da fisiopatologia circulatória.

Seguidamente, assinala a importância das doenças cardiovasculares,

que estão à frente nas tabelas da mortalidade. Na América do Norte, em 1952, o número de mortes, em milhares, para as cinco principais causas foi: Doenças cárdiovasculares 771, Cancro 224, Pneumonias 47, Tuberculose 25, Diabetes 25. Em Novembro de 1953 morreram em Portugal 1.647 pessoas por doenças cárdiovasculares, mais do triplo que por cancro ou tuberculose.

Foi o seu acréscimo progressivo que com o conjunto de novas e complicadas técnicas, vieram desenvolver as investigações da Cardiologia e aumentar os meios diagnósticos, levando a separá-la da medicina interna, tornando-a uma disciplina à parte; o A. entende que, a exemplo do que se passa em muitas Faculdades, mundo em fora, deve haver uma cadeira de Cardiologia, não para a sua inclusão no curso médico geral, mas para ensino complementar, em curso de especialização. Louva, finalmente, a criação da *Clínica Cardiológica* do Hospital Escolar de Lisboa, e do Centro de Cardiologia que nele funciona.

GAZETA MÉDICA PORTUGUESA, VII, 1954 — 2.º trimestre:
Alterações metabólicas e endócrinas na meningite tuberculosa de evolução crónica por tratamento, por R. Adolfo Coelho; *Síndrome de Laurence Moon*, por Amadeu Lemos; *Doença de Addison não provocada por tuberculose das cápsulas suprarrenais*, por Jorge Horta; *Síndrome adrenogenital por carcinoma suprarrenal*, por Joaquim Bastos, A. Salvador, Inácio de Salcedo e M. Castro Henriques; *Adamantinoma gigante do mandibular*, por A. Baptista Fernandes; *Um caso curioso de morte súbita, sobrevinda no começo de aplicação de injeção de Neo-Arsenil*, por J. de Oliveira Barros; *Iconografia médico-legal*, por Carlos Lopes; *Punção-biopsia hepática em pediatria*, por C. Salazar de Sousa e A. Ferreira Gomes; *Estudos sobre a hemoglobínogénese no eritroblasto: a célula encarregada da produção de hemoglobina, estudo da hemoglobina intracelular*, por Sérgio de Carvalho; *Sobre o efeito do azul de toluidina na coagulação do sangue*, por J. Mendes Fagundes; *Prémio Nobel de Medicina em 1953: Hans Adolf Krebs e Fritz Albert Lipmann*, por Kurt Jacobson; *Rutina e actividade hipolipemiante da heparina*, por M. Sobrinho Simões.

ALTERAÇÕES METABÓLICAS E ENDÓCRINAS NA MENINGITE TUBERCULOSA DE EVOLUÇÃO CRÓNICA POR TRATAMENTO. — Há muito que eram conhecidas perturbações metabólicas e endócrinas surgidas durante ou após meningites, sobretudo quando estas tinham evolução arrastada como acontecia com a meningite meningocócica na era seroterápica. Estes casos, aliás raros, nunca foram submetidos a um estudo sistemático, embora a sua patogenia fosse desde logo enquadrada no capítulo das perturbações diencéfalo-hipofisárias. A meningite tuberculosa, sem tratamento específico, evoluía em regra tão rapidamente, que não ajudou a enriquecer a nosografia destas perturbações.

O primeiro caso, e este de grande interesse doutrinal, foi publicado

por Strasmann em 1911; tratava-se de um doente que foi para a necropsia com o diagnóstico de tumor hipofisário, pois apresentara em vida um quadro de obesidade rapidamente progressiva, sonolência, impotência, hemianopsia bitemporal e palidez papilar; o patologista encontrou uma hipófise completamente normal (macro e microscópicamente) e uma meningite basilar tuberculosa, com sinais de evolução particularmente crónica. O valor doutrinal serve para aqueles, se ainda existem no momento actual, que pensam atribuir à estreptomycina as extensas lesões nervosas da meningite tuberculosa tratada.

O advento da quimioterapia antituberculosa condicionou, além de um número notável de curas, uma série de casos de evolução arrastada por meses ou mesmo anos, que terminam na morte ou cura aparente do componente meningítico, mas em cujo decurso surgem os mais variados tipos de sequelas neurológicas e metabólico-endócrinas, de que o A. apresenta o quadro das suas modalidades, subordinadas aos seguintes capítulos: propagação do processo tuberculoso da base, crescimento e propagação do tecido tuberculoso a partir do epêndimo podendo levar à obstrução do 3.º ventrículo, focos de amolecimento encefálico por obliteração vascular, hidrocéfalo.

Os quadros clínicos, muito variados, podem agrupar-se assim: Obesidade simples; Obesidade fazendo parte do síndrome de distrofia adiposo-genital ou de Cushing, ou misto; Manifestações cutâneas sem obesidade (hipertricrose e estrias); Manifestações da esfera sexual (amenorreia, impotência, puberdade precoce; caquexia ou hipopituitarismo.

Os quadros metabólicos podem interessar o metabolismo da água (diabetes insípida), o dos glucidos (diabetes mellitus), o ósseo (osteoporose), o dos electrólitos (aumento da reserva alcalina), o das proteínas plasmáticas (subida das α -globulinas).

Outras perturbações neuro-vegetativas estão relacionadas com as alterações diencefálicas.

O A. apresenta um caso de síndrome adiposo genital com vários outros sintomas, cita outras observações e conclui assim:

«— A análise dos casos resumidos atrás mostra a muito frequente associação dos síndromas metabólico-endócrinos com quadros neurológicos de lesão da zona optoquiasmática (aracnoidite optoquiasmática, desde leve a totalmente desenvolvida, e bloqueios das cisternas basais). Isto deriva de ser uma cisterna-diencefalite a mais importante e frequente modalidade evolutiva da meningite tuberculosa.

A velocidade do estabelecimento e agressividade deste processo tuberculoso é um dos mais importantes factores do prognóstico da meningite tuberculosa. Assim quando a extensão da infecção se faz com muita rapidez sobrem a morte, por largas e irremediáveis lesões dos núcleos da base, além do hidrocéfalo pelos bloqueios.

Se a lesão se estabelece lentamente, é possível que outras zonas do encéfalo possam suprir as destruídas (Foerster, Gagel, etc.). Assim

quanto mais jovem é o doente e menos diferenciado está o seu sistema nervoso, mais fácil é a vicareação das áreas destruídas.

Dentro das possibilidades de vicareação do S. N. e da tendência homeostática do organismo, é de perguntar se os quadros metabólico-endócrinos não poderão regressar total ou parcialmente. Bernheim refere que das suas obesidades patológicas um bom número desapareceu lentamente. A nossa doente foi menstruada, e notou ligeiramente emagrecimento, já depois de escrito este trabalho (14.º mês de doença). O caso de Mário Cordeiro viu curada espontaneamente a sua diabetes insípida.

Passado o primeiro entusiasmo pelos resultados da quimioterapia da tuberculose meníngea, em que só eram olhados os doentes vivos, preocupa-nos agora sobretudo o número dos que morrem e dos que sobrevivem a troco de graves sequelas.

Todo o problema reside no exsudado basilar que se não é resolvido a tempo pela quimioterapia, se organiza comprimindo nervos, inflamando vasos até à obliteração, bloqueando as cisternas e propagando a infecção ao encéfalo, particularmente ao hipotálamo.

Com os meios de que dispomos actualmente a única forma de melhorar os resultados terapêuticos, e sobretudo de diminuir o número e gravidade das sequelas neurológicas e metabólico-endócrinas, é o despiste precoce de não-resolução do exsudado basilar, que será feito por dois meios do maior valor e inocuidade: electroencefalografia e cisternografia (além do exame dos fundos e da electroforese do sangue e líquor), para que o neuro-cirurgião possa actuar directamente num foco inacessível às drogas, usando métodos como a sonda de Cairns, a punção ventricular.

As tentativas de ataque bioquímico ao exsudado até agora infrutíferas (tuberculina, estreptoquinase, heparina, etc.), acalentam nova esperança com o emprego da cortisona associada à quimioterapia, mas ainda é muito cedo para conhecer o seu valor como preventivo da organização do exsudado. —»

UM CASO CURIOSO DE MORTE SÚBITA. — Se durante ou após a aplicação de um medicamento surge imediatamente, ou pouco tempo depois, a morte, há necessidade de proceder à autópsia desde que, com alguma probabilidade, se pense poder tratar-se de intoxicação medicamentosa do indivíduo. Pelo acto necrópsico pode averiguar-se se há lesões que justifiquem a ocorrência procedendo-se então à análise químico-toxicológica das vísceras.

Quando, deste modo, forem encontradas substâncias tóxicas tem de investigar-se se o falecimento foi consecutivo a intoxicação determinada pelo medicamento propinado, pelo que podem ser formulados quesitos sobre a indicação clínica do emprego do medicamento, a legitimidade da aplicação terapêutica subordinada ao risco que corria a saúde do indivíduo com a doença e a toxicidade da porção de substância venenosa encontrada.

Rutionina

SCIENTIA

É o conjunto dos
3 lipotrópicos



Colina, Metionina e Inositol

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

A RUTIONINA "SCIENTIA"

constitue a associação de fármacos que melhor têm provado como

PROFILÁTICO E CURATIVO

dos processos degenerativos vasculares do tipo

ARTERIOSCLEROSE

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

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

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÉUTICO "SCIENTIA"
DE

ALFREDO CAVALHEIRO, LDA. - LISBOA

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

ANTI-GRIPAS BARRAL

===== **BALSOPEX** - BÁLSAMO REVULSIVO =====

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

===== **DIOMEL** - XAROPE =====

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

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

===== **EUPTOLINA** =====

SOLUÇÃO OLEOSA NEUTRA DE CINEOL, OXIBENZOL-1-2-METOXIFENOL E CÂNFORA
ESTADOS AFÓNICOS, LARINGO-TRAQUEÍTES, BRONQUITES

AMPOLAS DE 2 c. c. PARA INJECCÕES INTRAMUSCULARES

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

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

REGISTO DE LIVROS NOVOS

GEORGE BURCH & TRAVIS WINSOR — PRÉCIS D'ÉLECTROCARDIOGRAPHIE — 272 págs. com 265 figs. (G. Doin, Edit., Paris, 1954 — 1.780 fr.).

2.^a edição francesa, prefaciada pelo Prof. Donzelot, do livro dos autores americanos, que conquistou merecido sucesso de livreria pela clareza da exposição e substância do conteúdo. Esta edição vem actualizada e foi revista em muitos pontos, de acordo com os progressos realizados nos últimos anos em electro-cardiografia: mecanismos responsáveis pelos diversos tipos de enfarte do miocárdio, substituição das pré-cordiais bipolares pelas unipolares, etc. As numerosas figuras que acompanham o texto foram também revistas, e outras foram acrescentadas.

PORTUGAL MÉDICO**PREÇÁRIO DAS ASSINATURAS**

Paga directamente pelo assinante, adiantadamente 40\$00
Paga por recibo enviado à cobrança postal 45\$00

Assinaturas das Províncias Ultramarinas — 50\$00. Podem ser pagas por meio de notas dos Bancos emissores respectivos, de valor correspondente.

Número avulso — 7\$50

Tratando-se de arsénio, desde que seja encontrado nestas circunstâncias e na quantidade de vários centigramas, pode concluir-se que a morte resultou de intoxicação arsenical medicamentosa, quando tenha sido ministrado pouco tempo antes da morte — horas ou alguns dias — um fármaco, como o Neosalvarsan, por exemplo, em dose superior a setenta centigramas.

Ao médico compete saber da existência de intolerâncias, difíceis de prever quando atingem o grau da citada por Brouardel referente ao caso dum impaludado que apresentou sintomas alarmantes de envenenamento depois da ingestão de duas gotas de licor de Fowler.

Desde que o clínico prescreva como medicação uma substância nociva à saúde, persuadido de que pode produzir um efeito benéfico, não sendo essa substância por sua natureza mortífera na dose indicada, mesmo que o resultado tenha sido nocivo, não incorre na penalidade prevista pelo art. 364.º do Código Penal, porque não houve intenção de fazer mal.

Para que o facultativo possa ser considerado incurso no art. 368.º do Código Penal é necessário que se demonstre de modo insofismável que houve da sua parte imperícia, inconsideração, negligência, falta de destreza ou falta de observância de algum regulamento.

Os casos de acidentes funestos consecutivos a aplicação de medicamentos podem classificar-se em três grupos: *a)* Morte provocada pelo fármaco; *b)* Morte na qual a acção do fármaco fica duvidosa; *c)* Morte podendo atribuir-se a uma causa estranha à acção do fármaco.

Pertence ao primeiro grupo o caso publicado pelo Prof. Dr. Lourenço Gomes, no qual a morte sobreveio no consultório de um médico como consequência da injeção de cianeto de mercúrio cujas ampolas, erradamente tituladas, continham dois centímetros cúbicos do soluto de cerca de um decigrama de cianeto de mercúrio por centímetro cúbico, devendo a dose injectada ter sido de um centímetro cúbico e meio do conteúdo duma ampola e tendo a doente, que tolerara perfeitamente sete injeções de cianeto de mercúrio bem titulado no período de quinze dias, falecido segundos depois da aplicação da última injeção, com palidez, dispneia, vômitos secos, movimentos convulsivos, suores abundantes, dilatação pupilar, pulso filiforme e arrefecimento das extremidades.

O A. descreve um caso pertencente ao último grupo, pelo qual se pôde verificar que a morte se poderia ter dado na mesma ocasião em que se deu, mesmo que não tivesse sido ministrada a injeção arsenical que determinou a requisição da autópsia.

Tratava-se de uma mulher de 33 anos, internada no Hospital por motivo de reumatismo articular agudo; era sífilítica. Do lado do aparelho cárdio-vascular, a observação clínica apenas notou ensurdecimento dos sons em todos os focos da área cardíaca. Foi medicada com penicilina e levou uma injeção de 0,15 g. de Neo-arsenil, seguida por outra de 0,30 g. quatro dias depois, e de uma terceira de 0,45 g. seis dias mais tarde. Foi no início de esta, tendo havido dificuldade em punccionar a

veia que o acidente surgiu; quando nem sequer teria havido tempo de entrarem na circulação sanguínea umas gotas do soluto, a doente começou a ficar agitada, opressa, cianosada e, súbitamente, em poucos minutos, falecia. Suspensa a injeção e retirada a agulha da veia, verificou-se que a quantidade de Neo-arsenil injectada, segundo referiu o clínico que applicava o medicamento, foi de 0,018 gramas.

A quantidade de arsénio encontrada pela análise químico-toxicológica está de acordo com a informação de ter havido tratamento arsenical, apenas. Pelo resultado desta análise, pelos dados necrópsicos e pela informação hospitalar, a morte foi devida às lesões do coração, podendo para ela ter concorrido o estado emotivo despertado pela applicação da injeção e pelas dores das picadas.

As lesões encontradas são causa verdadeira de morte súbita. A sínfise cardíaca, designada por Bouillaud como anquiloze do coração, consequência comum de afecções pericárdicas reumatismais, piogénicas, tuberculosas e de causa desconhecida, não obstante a extensa esclerose do mediastino anterior (mediastino-pericardite crónica calosa) que obrigou durante a autópsia a esculpir no tecido fibroso o coração a golpes de tesoura, pode ser clinicamente obscura e difícil de diagnosticar com segurança. A sua evolução costuma ser lenta mas fatal, podendo a morte sobrevir por insuficiência cardíaca, isquemia miocárdica e irritação do plexo cardíaco. A coexistência de lesões pericárdicas e endocárdicas, verificada neste caso, é atributo do reumatismo articular agudo; mas a endocardite reumatisal, só por si, podia acarretar a morte por perturbação circulatória determinada pela alteração da permeabilidade valvular, por trombose cardíaca e por embolia cerebral. Todas as lesões que acabam de referir-se se juntavam na doente em questão. A estenose aórtica também pode matar por anemia cerebral (síncope).

Embora o estado emotivo possa actuar como causa acessória ou ocasional de morte súbita nos doentes com insuficiência cardíaca, o A. entende que não pode considerar-se contra-indicado o tratamento por injectáveis mesmo em indivíduos com lesões do coração como as que observou neste caso.

ARQUIVOS DE TISIOLOGIA, N.º 2 (1954): *Algumas modificações das cavernas nos doentes tratados com antibióticos* (em espanhol), por Manuel Tapia, João de Lacerda e Augusto N. Carneiro; *Bases fisiopatológicas da exploração funcional cárdiopulmonar*, por Trajano Pinheiro; *Problema diagnóstico das imagens redondas pulmonares: um caso de adenopatia gigante interlobar inferior*, por Amaro da Silva Rosa.

MODIFICAÇÕES DAS CAVERNAS NOS DOENTES TRATADOS COM ANTI-BIÓTICOS. — Neste estudo descrevem-se pormenorizadamente oito casos de tuberculose pulmonar tratados com antibióticos, nos quais se observou transformação enfisematosa de algumas lesões.

Nalguns deles foi a caverna que evoluciona para dar uma imagem vesiculosa de enfisema; noutros as formações enfisematosas eram independentes da caverna, aparecendo quer ao lado da cicatriz de esta, quer a distância.

Nalguns dos doentes à transformação da cavidade seguiu-se a regressão e cicatrização; noutros persistiu a imagem, em geral mais pequena.

A alteração radiográfica acompanhou a boa evolução clínica: desaparecimento dos sintomas, negatividade de expectoração e do conteúdo gástrico (inclusivamente por inoculação na cobaia).

Em face de estas observações, a atitude terapêutica deve ser de expectação, seguindo-se o doente com todo o cuidado, sem instituir qualquer método de colapso, médico ou cirúrgico, nem recorrer à exérese. Estes procedimentos, a escolher em cada caso segundo as suas características, reservam-se para as recaídas.

Embora não se possa afirmar que nos casos apresentados se tenha obtido a cura definitiva, os factos observados até agora dão certo optimismo. E ensinam que não se deve intervir com actos desproporcionados em doentes que devem estar com o seu processo em fase regressiva.

EXPLORAÇÃO FUNCIONAL CÁRDIO-PULMONAR. — Neste trabalho o A. apresenta uma súmula do que encontrou na literatura médica sobre o assunto, tratando primeiro das bases físiopatológicas (funções ventilatória e respiratória, no estado normal e nos estados patológicos) e depois das provas de exploração da insuficiência cárdio-circulatória, que assume hoje grande importância, dadas as possibilidades da cirurgia torácica, para o que há que contar com a capacidade funcional. Nota, contudo, rematando, que o homem não é fundamentalmente uma máquina, pois a psique não é o factor menos importante a considerar, e por isso não há prova que não possa ser falseada, voluntária ou involuntariamente, pese embora ao rigorismo da técnica e à perfeição da aparelhagem.

DIAGNÓSTICO DAS IMAGENS REDONDAS PULMONARES. — Foi este artigo provocado por um caso interessante, de um homem de 22 anos, que adoeceu com a seguinte sintomatologia: febre, pontada no hemitórax direito, tosse seca, adinamia, anorexia. Administrou-se estreptomycina, foi melhorando e sanatorizou-se já sem sintomatologia; mas a radiografia mostrou uma sombra densa, arredondada, do tamanho de uma tangerina, no limite inferior do campo médio do pulmão direito, imagem que a tomografia melhor caracterizou. Era uma imagem pseudo-tumoral. As reacções à tuberculina foram negativas, assim como as efectuadas para diagnóstico de possível sífilis. Durante meses essa imagem não mostrou sinais de regressão, pelo que se fez uma toracotomia exploradora, extirpando-se uma massa mole contendo substância caseosa; pelo exame histológico, assentou-se no diagnóstico de tuberculose ganglionar produtiva caseificante e calcificante.

Sobre este caso, o A. faz as seguintes considerações:

«— Sempre que na observação radiológica do tórax damos conta da existência duma sombra mais ou menos densa, arredondada, de contornos nítidos, isolada num campo pulmonar, vem naturalmente à nossa ideia um conjunto de afecções, cuja etiologia pode ser a mais variada.

Não podemos manter hoje a opinião extremista e categórica da antiga escola de Béchère, quando fazia sistematicamente o diagnóstico de quisto hidático ao descobrir num campo pulmonar uma «opacidade homogénea arredondada». Do mesmo modo, não há lugar para afirmar como Escudero, quando diz: «Sempre que vejo uma imagem pulmonar de contornos precisos, ponho automaticamente de parte o diagnóstico de quisto e nunca tive que rectificá-lo».

Em casos semelhantes, como dizem Rolland e Weil, põe-se sempre as mesmas questões, embora a cada uma delas se responda, umas vezes guiados pela fantasia, outras pela experiência clínica, nem sempre bem fundamentada.

No caso clínico presente pensamos em primeiro lugar num foco de natureza tuberculosa situado em pleno parênquima pulmonar, provavelmente no lobo médio. Este foco, mercê de circunstâncias de ordem patogénica, cuja discussão não pode aqui ter lugar, haveria adquirido o aspecto denso e homogéneo e a forma arredondada. Estaríamos, pois, em face de um tuberculoma, tanto mais que a frequência destas formas de tuberculose parece ter ultimamente aumentado. Pretendem mesmo alguns autores filiar essa maior frequência na actual terapêutica anti-biótica.

Do mesmo modo haveria que admitir a hipótese de um infiltrado redondo gigante, cujas características anátomo-patológicas diferem, como sabemos das do tuberculoma.

Pensar em um nódulo de Gohn gigante não era hipótese descabida, tratando-se de um adulto jovem.

Eram estas, para nós, as hipóteses de maior convicção, mau grado os elementos negativos da bacteriologia. Evidente se torna que a positividade da cutireacção à tuberculina não poderia trazer qualquer luz sobre a etiologia da afecção.

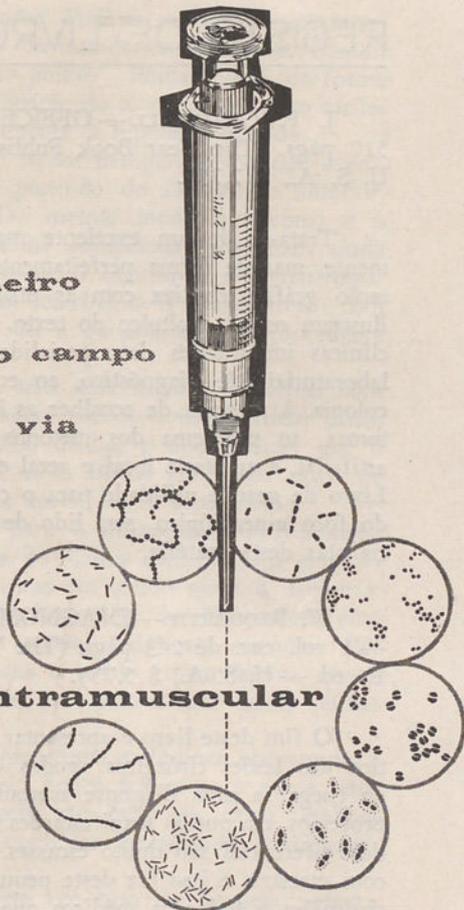
Havia no entanto que pensar em outras, igualmente possíveis.

Poderia tratar-se do chamado síndrome do lobo médio. Sabemos que esta situação constitui hoje uma entidade anátomo-clínica bem individualizada, cuja etiologia é, a maior parte das vezes, tuberculosa. Tem sempre como substrato anátomo-patológico a oclusão do brônquio lobar médio, facilitada pela sua configuração e situação anatómica. Aquela obstrução determina o aparecimento de atelectasia e, conseqüentemente, um processo de pneumonite com ou sem dilatações brônquicas. Este complexo lesional dá por vezes uma imagem semelhante à do caso que nos ocupa. Contudo, os resultados da broncoscopia e da broncografia não estavam de acordo com a hipótese.

Novo... o primeiro
antibiótico de largo campo
de acção por via
intramuscular...

Terramicina* Intramuscular

MARCA DA OXITETRACICLINA



fácil administração parenteral
rápida acção antibiótica de largo espectro
boa tolerância

A TERRAMICINA INTRAMUSCULAR

é apresentada em frascos de
 uma dose contendo 100 mg. de
 Cloridrato de TERRAMICINA
 estéril. A posologia diária
 é de 200 a 400 mg., administrados
 em fracções de 100 mg. com
 intervalos de 6 a 12 horas.

PFIZER INTERNATIONAL SERVICE Co., INC.
 25, Broad Street, New York 4, N. Y., U. S. A.

Unicos Distribuidores:

NÉO-FARMACÊUTICA, LIMITADA
 AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 21, R/C. — TEL. 51830
 LISBOA

Representantes de

Pfizer

FUNDADA EM 1849

Marca registada da Chas. Pfizer & Co., Inc.

O maior Produtor de Antibióticos do Mundo

REGISTO DE LIVROS NOVOS

J. P. GREENHILL — OFFICE GYNECOLOGY — 1 vol. enc. de 517 págs. (The Year Book Publishers, Inc., Chicago, 1954, 6.^a ed. — U. S. A., \$ 7,75).

Trata-se de um excelente manual de ginecologia, escrito concisamente, mas de forma perfeitamente clara, no qual a primorosa apresentação gráfica rivaliza com as utilíssimas e perfeitas 127 gravuras que ilustram os 47 capítulos do texto. O volume abrange todas as situações clínicas importantes da especialidade e dedica ainda capítulos a meios laboratoriais de diagnóstico, ao equipamento dum consultório de ginecologia, à maneira de recolher as histórias clínicas e de apreciar os sintomas, ao problema dos métodos anti-concepcionais e da inseminação artificial, à anestesia local e geral em ginecologia e ao exame pré-nupcial. Livro de grande utilidade para o clínico geral que tem de tratar doentes do foro ginecológico, será lido decerto com grande proveito pelos especialistas desta matéria.

W. REQUARTH — DIAGNOSIS OF ACUTE ABDOMINAL PAIN — 1 vol. enc. de 243 págs. (The Year Book Publishers, Chicago, 1953, 1.^a ed. — U. S. A., \$ 5,75).

O fim deste livro é apresentar a discussão dos problemas de diagnóstico das lesões cirúrgicas agudas do abdómen e apresentar os métodos de chegar a uma diagnose acertada, sobretudo nos estádios iniciais dos processos, em que as manifestações sintomáticas servindo para um diagnóstico diferencial são muito escassas. O autor desempenhou-se desta tarefa com maestria e isso faz deste pequeno livro um auxiliar precioso para os cirurgiões e todos os médicos que tenham de resolver, directa ou indirectamente, casos agudos interessando a cavidade abdominal.

Damos a seguir os títulos dos capítulos deste manual, para o leitor ajuizar melhor do seu enorme interesse: I—Exame do abdómen. II—Diagnóstico diferencial, do ponto de vista da localização e tipo de dor. III—Obstrução intestinal aguda. IV—Doenças em que a intervenção cirúrgica imediata se impõe. V—Doenças em que a operação pode ser adiada. VI—Doenças em que a operação está contra-indicada ou é perigosa. VII—Feridas traumáticas do abdómen. VIII—Diagnóstico das lesões abdominais agudas nas crianças. IX—Diagnóstico diferencial da hemorragia gastro-esofágica aguda.

Apresentação gráfica primorosa, como é habitual nestas edições. Numerosas referências bibliográficas, 79 excelentes figuras e um bem organizado índice remissivo estão incluídos no volume.

Não estaria em causa o equinococo? Todavia, a história incaracterística do doente, o resultado negativo da intradermo-reacção de Casoni, a inexistência de eosinofilia e, até certo ponto, a imutabilidade da forma da imagem com os movimentos de inclinação do tórax, constituíam razões para afastarmos, pelo menos provisoriamente, a hipótese sugerida.

Poderíamos estar em face de um tumor benigno, como por exemplo o quisto dermóide que, embora partindo do mediastino anterior, simula algumas vezes este aspecto. Do mesmo modo o fibroma e o lipoma, que podem adquirir um tamanho excepcional. Poderiam ainda estar em causa o fibroadenoma, o mixoma, o angioma e o hamartoma. Poderiam, igualmente, dar uma imagem semelhante o fibroneuroma com a sua origem nos nervos intercostais ou o ganglioneuroma procedente do simpático torácico.

A hipótese de formação maligna não seria muito compatível com a latência clínica e radiológica da imagem pseudo-tumoral. Além disso, e admitindo a localização desta no lobo médio, podemos dizer que o tumor maligno com esta localização é raro. Brock em 1.200 casos de cancro do aparelho respiratório assinala apenas 8 do lobo médio.

A propósito da punção biopsia para o diagnóstico dos tumores, devemos dizer que não tem a simpatia de muitos autores, dada a possibilidade do enxerto das células neoplásicas em tecido são e à distância. Gérez aponta um caso em que a manobra, além de desencadear uma hemiplegia, ocasionou uma metástase central nalgumas semanas. Por outro lado a agulha pode atingir apenas o tecido circunvizinho, que é de natureza inflamatória e não contém, na maioria dos casos, células características.

Estaríamos em presença de um hematoma pulmonar enquistado e já organizado? Trata-se de uma situação pouco frequente e quase sempre de etiologia traumática, que parecia não estar em causa, embora haja, na literatura, referidos alguns casos de hematomas averiguadamente espontâneos.

J. Reyer e A. Gloagueu descrevem um caso de imagem pseudo-tumoral ovóide do pulmão direito de natureza sífilítica. No nosso doente, nem os antecedentes eram suspeitos, nem a serologia era favorável ao diagnóstico. Podemos ainda dizer que «a raridade da sífilis pulmonar está hoje em relação com a raridade da sífilis terciária».

As micoses pulmonares não actinomicósicas, nomeadamente a blastomicose e a coccidioidomicose, não poderiam estar em causa, dada a sua distribuição geográfica por enquanto limitada ao continente americano.

Admitindo a localização da imagem pseudo-tumoral na cisura e ainda com base nos elementos da história clínica, aliás suficientes para o diagnóstico provisório que o início da afecção sugeriu, pensamos num derrame interlobar enquistado, total ou parcialmente organizado. No entanto, a existência de câmara pleural livre eliminou, de momento, e em parte, a nossa presunção.

A hipótese verificada era para nós de escassa convicção, dado o tamanho da imagem, a sua situação exageradamente externa em relação ao hilo e ainda porque na literatura não é frequente ser encarada no capítulo de diagnóstico diferencial de casos congêneres. Apenas encontramos um caso de adenopatia gigante simulando um tumor benigno, referido por Culver, Concanon e Mac Manns. —»

Por isso recorreu a um procedimento de exploração que, embora desproporcionado à benignidade clínica da afecção, se tornava necessário. Pois, em casos como este, não são suficientes os sinais clínicos, não são categóricos os elementos radiológicos, endoscópicos e laboratoriais, nem é bastante o virtuosismo e a experiência clínica para concretizar um diagnóstico.

LIVROS E OPÚSCULOS

Instituto Rocha Cabral — Travaux de laboratoire. Lisboa, 1953.

Compilação de muitos artigos publicados em revistas nacionais e estrangeiras, na sua maior parte relativos a problemas de biologia, que não registaremos, indicando apenas os que têm relações mais directas com a medicina. São: *Fosfatose e gravidez*, por Pedro da Cunha; *Sobre a actividade fosfatásica do sangue na insuficiência pancreática*, e *A hipercolemia e a actividade colinesterásica do sangue*, por F. Belo Pereira e Anselmo da Cruz; *Consolidação óssea dirigida*, por F. Pais de Vasconcelos; *A glicerofosfatose sanguínea na reacção de alarme*, por J. Mirabeau Cruz; *Estricnina e infecção tuberculosa*, por Alberto de Carvalho.

Bibliografia médica portuguesa. Vol. 8; 1952. Centro de documentação científica do Instituto de Alta Cultura. Lisboa, 1953.

Mais um volume, este relativo a 1952, que refere as obras médicas editadas nesse ano, os artigos insertos nas publicações periódicas de medicina e ciências afins, editadas em Portugal (Metrópole e Ultramar) e referentes não somente a esse ano mas a anos anteriores não registadas nos volumes respectivos. Índices ideográfico e onomástico facilitam a busca dos artigos que interesse ler.

Actualidades e utilidades médicas, 1.º quadrimestre de 1954, por Tomé e António de Lacerda, Frederico Madeira, Rosado Pinto, Gaspar Santos e F. Carvalho Santos. (Lisboa, 1954).

Mais um tomo de esta publicação quadrimestral. Como os anteriores colige notas de interesse prático, resumidas de artigos de revistas nacionais e estrangeiras.

O combate às moscas e mosquitos, pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social. (Porto, 1954).

Descrição pormenorizada da actuação da Liga desde 1938 na cam-

panha de incitamento ao combate às moscas e aos mosquitos, através da qual são dadas noções de vulgarização sobre a importância sanitária do assunto e a maneira de lutar contra esses insectos; perseverante campanha que bem necessário é frutifique amplamente.

O isopropilaminobutanol no tratamento da tuberculose, por Edmundo Vasques Pereira. Lisboa, 1953.

Neste opúsculo o A. expõe as propriedades da substância, cuja acção se exerce sobre a parte caseosa dos nódulos, tornando-a acessível a drogas anti-bacilares, que assim melhor atacam os agentes. Como não existe no mercado ensina a maneira de a preparar, a partir do butirato de magnésio.

SÍNTESES E EXCERTOS

Indicações para o uso da cortisona na artrite reumatóide

Bem sabido é que o emprego prolongado da cortisona traz prejuízos desagradáveis e mesmo graves, pelo que as indicações da sua prescrição devem ser muito bem ponderadas. I. L. SPERLING procura defini-las, para as doenças reumáticas e especialmente para a artrite reumatóide (*Medical Times*, N.º 6 de 1954), notando que a droga deve utilizar-se sempre associada a outros medicamentos (ouro, irgaporine, etc.).

Eis as indicações que aconselha, para a artrite reumatóide:

1 — Tipo fulminante, em que deverá ser empregada, associada ao ouro.
2 — Na prevenção das deformidades provocadas pela artrite reumatóide, e destas, principalmente as iniciais, em que o processo ainda é reversível; deverá ser usada a cortisona em pequenas doses associada à fisioterapia; nas deformidades tardias a cortisona deve ser usada no sentido de corrigir as contracturas, já que as deformidades nesse período não são mais passíveis de correcção por meios clínicos. Também é útil na manipulação cirúrgica, pois diminui o espasmo e as contracturas.

3 — Na artrite reumatóide associada a psoríase, em que os resultados são muito encorajadores.

4 — Na espondilite rizomélica, em que deverá ser associada à radioterapia.

5 — Na artrite mutilante (dedos em luneta), variante da artrite reumatóide, em que foram obtidos bons resultados pela associação de cortisona com ouro, principalmente nas fases iniciais da doença, em que ainda não há grandes lesões destrutivas.

6 — No reumatismo polindrómico, em que a cortisona é benéfica no desaparecimento dos sintomas mais severos.

7 — Na doença de Still, em que a cortisona encontra sua grande indicação.

8 — Nas complicações da artrite reumatóide (irites, iridociclites); nestes casos os doentes beneficiam com o uso de cortisona, tanto localmente como por uso sistémico.

Acrescenta que também nas manifestações tóxicas produzidas pelo ouro (dermatite em 5% dos casos); a cortisona encontra indicação, associada ao BAL.

Córtico-suprarrenal e hipertensão arterial

O papel das cápsulas suprarrenais na etiologia da hipertensão arterial tem sido de há muito discutido, havendo sofrido evoluções várias, desconcertantes; a porção medular da glândula foi primeiramente incriminada, mas nas últimas duas dezenas de anos toda a acção tem sido atribuída à porção cortical. Este conceito assenta em dados clássicos e experimentais, e parece estar solidamente firmado.

J. F. SIER & Y. OUDAS, considerando que as experiências de Lucinesco e outros, de enxertos no cão de glândula suprarrenal, provocadores de nítida hipertensão (como foi notado por Leriche) não se completaram, pois as experiências não duraram tempo bastante para concluir sobre o meio de acção dos enxertos, fizeram novas experiências no rato. Fizeram repetidos enxertos da glândula total, tanto em machos como em fêmeas adultos, e não verificaram hipertensão arterial, nem mesmo quando o animal foi nefroctomizado e submetido a regime salgado. (*La Presse Médical*, 11-IX-1954).

Isto leva-os a pensar que na doença hipertensiva o factor córtico-suprarrenal (que a clínica mostra ser importante) não deve considerar-se como actuando por hiperfuncionamento, mas sim por disfuncionamento. E isto leva-os também a pensar que a desoxicorticosterona não é uma hormona da glândula suprarrenal, no sentido próprio da palavra; deve considerar-se como um produto do metabolismo intermediário dos esteróides corticais. De resto, ela é pouco abundante no córtex e Pincus mostrou que se se põe a desoxicorticosterona em contacto com o suprarrenal ela oxida-se rapidamente para dar a corticosterona ou a 17-hidroxycorticosterona.

Colaboração rádio-cirúrgica no tratamento do cancro do esófago

S. SERRANO & L. ROSSI, apresentam um trabalho baseado em 18 observações, constantes da sua estatística de 35 casos, dos quais 13 eram inoperáveis, tendo-se operado por ressecção 11. O apuramento dos resultados nos 22 casos que não estavam já perdidos deu o seguinte: 3 mortos durante a hospitalização (trombose generalizada, caquexia após toracotomia exploradora, peritonite por perfuração intestinal); falecidos antes de passados três meses — 6; antes de seis meses — 2; antes de doze meses — 1; antes de dezoito meses — 1; sobreviventes para lá de dezasseis meses — 1; para lá de dois anos — 1; evolução desconhecida — 7. (*Arch. Italiano di Chir.*, N.º 5 de 1953).

Valor do exame das secreções brônquicas no diagnóstico dos cancros do pulmão

Segundo J. DELARUE & J. PAILLON a pesquisa de células neoplásicas nos derrames pleurais não serve para fazer um diagnóstico precoce. A punção transparietal tem o risco de provocar sementeira. Só o processo do exame das secreções brônquicas recolhidas por endoscopia, em contacto com o tumor ou na sua vizinhança, pode ser eficaz. A técnica da recolha por aspiração condiciona o sucesso da intervenção. O exame da expectoração, simples, não dá o que se apura pela obtida por endoscopia, pois esta permite o diagnóstico em noventa por cento dos casos. Em 468 doentes, 48 por cento foram diagnosticados por colheita com pinça, e 58 por cento pelo método de aspiração. A discordância dos resultados entre os autores deve-se a que o método não foi aplicado com o rigor técnico indispensável. (*La Presse Médical*, N.º 38 de 1954).

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

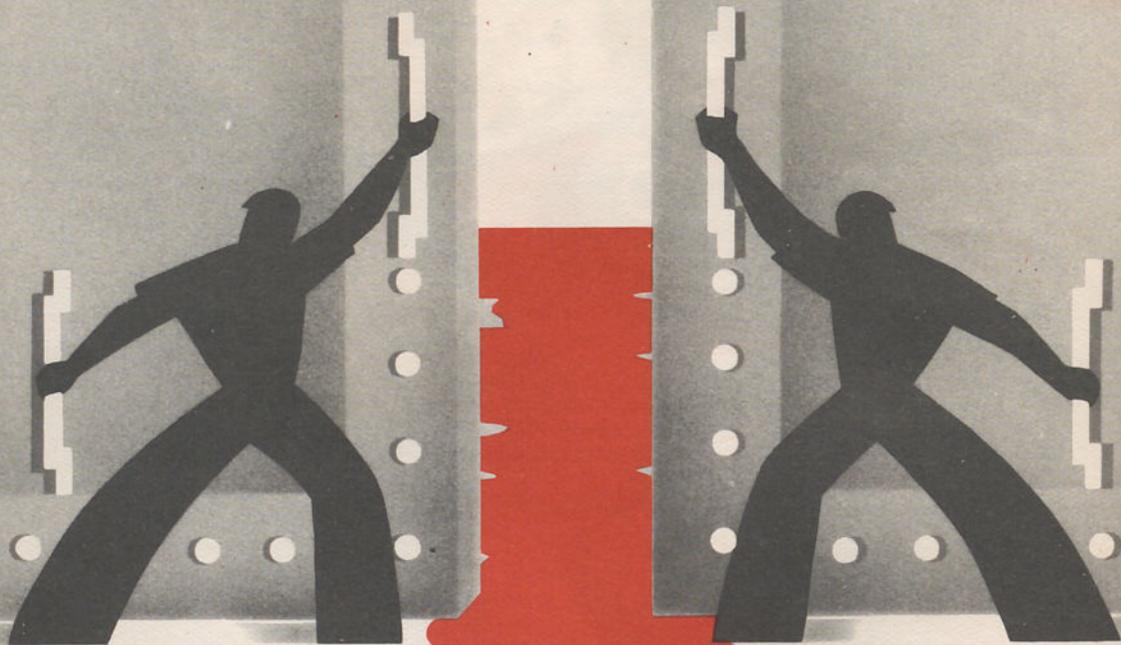
dentro de
uma hora

Frasco com 30 drageas

LIETPOLD-WERK MUNIQUE

Preparado multivalente

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

DOCA, cortisona e ACTH na reparação das fracturas

Ao contrário da tiroxina, que favorece a consolidação das fracturas, a desoxicorticosterona, a cortisona e a ACTH atrasam-na, como referem R. FONTAINE e colaboradores. O facto deve-se a provocarem a formação, entre os fragmentos ósseos, do tecido fibro-condróide sem trabéculas ósseas, atribuível a redução do teor da fosfatase. (*Lyon Chir.*, Julho de 1954).

Repouso absoluto no tratamento da tuberculose cavitária

De uma centena de casos em que empregou exclusivamente os anti-bióticos e o repouso absoluto, M. J. CENTNER colheu os seguintes resultados globais: 65 por cento de curas clínicas, 24 por cento de resultados parciais (que tiveram de ser mais tarde completados pela colapsoterapia ou pela exérese), 11 por cento de efeitos nulos (casos ulteriormente tratados por métodos diversos). Estas proporções podem servir para comparação com as apresentadas pelos que defendem o emprego sistemático de procedimentos colapso-terápicos. (*J. Méd. de Leysin*, 1953, N.º 1).

Vitamina A e C na tuberculose

Os níveis plasmáticos de vitamina A e de ácido ascórbico são mais baixos nos tuberculosos do que nos indivíduos normais, como mostrou recentemente H. GETZ (*J. Am. Diet. Assoc.*, Janeiro de 1954); o nível sérico de albumina é também muito baixo nestes doentes. Por isso o autor entende necessária a inclusão, na dieta das pacientes bacilares, de quantidades adicionais da vitamina A, de ácido ascórbico e de proteínas animais.

Cortisona no pós-operatório das amigdalectomias em adultos

O acetato de cortisona foi eficaz em 11 pacientes adultos amigdalectomizados, determinando redução do edema e da dor locais nos dias imediatos ao da operação. Os pacientes receberam 150 mg. de acetato de cortisona, por via intramuscular, nas primeiras 24 horas, e 100 mg. nas 24 horas seguintes. Não foram verificados quaisquer efeitos indesejáveis que contra-indicassem o uso desta hormona. Portanto, a cortisona pode ser usada no pós-operatório das amigdalectomias em adultos, visando melhorar os sintomas dolorosos que ocorrem nesse período (CORRÊA E MELLO, *Anais Paulistas de Med. e Cirurg.*, Julho, 1954).

Tratamento de reacções à penicilina com ácido dehidrocólico

O número de reacções graves à penicilina aumenta assustadoramente, registando-se na literatura uma série já extensa de casos fatais. Estas reacções de natureza alérgica são mais frequentes em indivíduos previamente tratados com o anti-biótico ou em doentes portadores de dermatomicoses (sensibilização cruzada). A terapêutica usual (cálcio, adrenalina, complexo B, anti-histaminicos) não tem dado bons resultados, ao inverso do ACTH e da cortisona, que apresentam porém desvantagens económicas e apreciável potencialidade tóxica. Baseados em certas analogias entre a cortisona e o ácido dehidrocólico, PELNER e WALDMAN (*Amer. Practitioner*, Abril de 1953) trataram 14 doentes com reacções graves à penicilina, injectando diàriamente por via intravenosa 5 cm³ de ácido dehidrocólico a 20 %, até atenuação da sintomatologia, continuando depois a terapêutica por via oral. A duração da doença foi apreciavelmente encurtada, desaparecendo em regra os sintomas ao fim de 2 a 3 dias de tratamento. Interpretam-se os êxitos obtidos como dependendo de uma redução da permeabilidade capilar e de uma acção directa sobre o fígado.

NOTAS E NOTÍCIAS

Teve larga aceitação, sendo corrente a sua leitura nas escolas médicas brasileiras, a exortação deontológica que a seguir se publica, devida à pena do Dr. IVOLINO DE VASCONCELLOS, professor na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil e presidente perpétuo do Instituto Brasileiro de História da Medicina.

A Oração do Médico

Deus e Senhor meu:

A este Vosso filho, a quem destes a graça de se formar em medicina, segundo os ditames que a Hipócrates inspirastes, concedei, para que possa, com dignidade, exercer o seu sacerdócio, estes bens, que aqui Vos rogo:

Dai-me a virtude da gratidão, para que eu louve sempre, por minha vida inteira, aqueles que me fizeram um médico, — meus pais, que me assistiram, meus mestres, que me ensinaram e a Vós, a quem devo tudo; e dai-me a atitude da gratidão, segundo a qual transmitirei aos descendentes meus e aos de meus mestres, bem como a discípulos doutros que tenham assumido o compromisso destes estudos, a sabedoria que houver adquirido, no exercício da arte;

Dai-me a humildade perfeita de coração, para que jamais me esqueça de que tudo que sei a meus mestres devo, e se um dia mais do que eles viesse a saber, nada mais faria que, cumprindo dever sagrado, aperfeiçoar os conhecimentos recebidos;

Dai-me a fé, Senhor, em vós, na ciência e em mim mesmo, para que duvide nunca da cura dos enfermos confiados à minha guarda, pois incuráveis não existem para os que crêem em Vós, que sois capaz de tudo, conforme ficou demonstrado, diante do túmulo de Lázaro, a quem ressuscitastes;

Dai-me, Senhor, a caridade, para que, com devotado amor, possa dedicar-me ao cuidado dos enfermos, vidas preciosas que às minhas mãos confiastes; enchei-me o coração de bondade para que possa sentir a dor dos meus irmãos em doença, dedicando-lhes o melhor dos esforços, a fim de minorar-lhes os sofrimentos e prolongar-lhes a vida;

Dai-me firmeza, Senhor, para que repudie a prática da eutanásia, contrária à natureza e ao sacerdócio médico; de Vós hei recebido poderes e virtudes para aliviar, curar e prolongar a vida, jamais para cometer o crime execrável de levar à morte uma vida que sob minha guarda colocastes;

Dai-me decisão, Senhor, para que abomine a prática do aborto, nefanda acção que me transformaria em assassino de vítima indefesa, servindo-me do ofício para roubar vidas Vossas e contribuindo para a dissolução dos costumes e degradação da sociedade humana;

Dai-me a discricção, para que me sejam cegos os olhos, surdos os ouvidos e muda a língua, para os segredos a mim confiados, no exercício da profissão, salvo quando revelar tais factos me for permitido e possa, com seu relato, contribuir para o adiantamento da Medicina;

Dai-me forças contra a luxúria, para que afaste de mim quaisquer pensamentos de voluptuosidade e me manche nunca em contactos desonestos, que me perverteriam os sentimentos e a razão, impossibilitando-me para a prática do ofício;

Dai-me ânimo forte contra a cupidez, para que jamais, ao atender a um enfermo, cogite em se poderá ou não retribuir-me aos serviços, pois tal pensamento me obnublaria a clareza da mente, perturbar-me-ia o raciocínio e me conspurcaria as mãos, transformando-as em garras de mercador;

Dai-me, Senhor, a modéstia forte e vigilante, para que permita jamais que a vaidade se me infiltre, sorrateira, na alma, pois o médico vaidoso logo se transforma em néscio que a ninguém poderá ser útil;

Dai-me a pureza do espírito, para que seja sereno, justo, recatado e bom; fazei-me, Senhor, humilde sem subserviência, tolerante sem timidez, alegre sem affectação; e dai-me a pureza do corpo, que deverei manter íntegra, pois o médico que não sabe cuidar de si mesmo jamais será digno de cuidar de seu semelhante;

Dai-me paciência e força suficiente para que seja sempre de vontade compassiva e generosa, e, ainda nos momentos de maior cansaço, encontre disposição para socorrer ao enfermo que clama por mim e cuja vida poderá depender do sacrifício do meu repouso, embora bem merecido;

Dai-me, Senhor, coragem para enfrentar as urzes da ingratidão, e nada me possa demover na fé ou entibiar na caridade, e que meu amor à profissão possa resistir aos duros embates da calúnia e perfídia, da maldade e insensatez humanas;

Dai-me a perseverança, para que nos estudos não desanime, do mister não me afaste e da prática não descure, pois só poderei ser bom médico se buscar sempre o aperfeiçoamento na ciência e na arte, cõscio de que a Medicina é falha, mas o seu progresso incessante.

Senhor, justo castigo sobre mim recaia, se faltar a estes rogos, que serão o fanal de minha vida; mas concedei-me, pela prática destas virtudes, honrar o grau médico, cumprindo o ofício consolador que foi a vontade expressa de minha alma, e que, finda esta missão terrena, seja a minha memória respeitada, entre os homens, e possa inspirar as virtudes daqueles que me sucederem, no meu sacerdócio,

AMEN.

SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS. — No dia 16-XI realizou-se a sessão solene inaugural desta Sociedade, tendo o Prof. Xavier Morato pronunciado a alocução presidencial, intitulada: «Os fenómenos de indução em biologia médica».

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ESTOMATOLOGIA. — Celebrou no dia 4-XI o seu 35.º Aniversário da sua fundação, com uma sessão solene na aula magna da nova Faculdade de Medicina de Lisboa. Ao mesmo tempo, a Sociedade, que é a mais antiga de todas as de especialidades médicas em Portugal, comemorou o 20.º aniversário da sua publicação oficial, a «Revista Portuguesa de Estomatologia», que é também a mais antiga de todas as revistas de especialidades do nosso país.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIDROLOGIA MÉDICA. — A nova direcção é assim constituída: Presidente, Prof. Miguel Mendes Alves; e vogais: Drs. Lobato Guimarães, Oliveira Magalhães, Luís da Costa e Silva, Neiva Vieira, José Amaro de Almeida e Manuel Marques da Mata.

SOCIEDADE ANATÓMICA PORTUGUESA. — Realizou nos passados dias 5, 6 e 7 de Novembro, em Coimbra, a sua 16.ª Reunião Científica.

TRABALHOS APRESENTADOS A REUNIÕES MÉDICAS. — Na *Sociedade Médica dos Hospitais Cíveis de Lisboa*: Aspecto social da Onchocercose na Província de Angola, por A. Salazar Leite; Alguns problemas da epilepsia do adulto e da criança. Na *Secção Regional do Porto da Ordem dos Médicos*: Alterações psíquicas nas epilepsias temporais, pelo Dr. Marinus Soares. No *Hospital Geral de S.º António, do Porto*: Duas possíveis complicações das pancreatites agudas, pelo Dr. Gabor Gencsi. No *Hospital do Ultramar*: Parto sem dor? Parto sem medo? Parto natural?, pelos Drs. Pedro Monjardino e Seabra Dinis. Na *Delegação do Norte da Sociedade das Ciências Veterinárias*: Normas científicas da alimentação, pelo Dr. Ludgero Parreira.

CONFERÊNCIAS. — Na *Secção Regional de Coimbra da Ordem dos Médicos* o Prof. Dr. Bernardino Ladete, notável estomatologista espanhol, falou no dia 3-XI sobre a estomatologia no país vizinho, a convite da Sociedade Portuguesa de Estomatologia; no *Hospital Miguel Bombarda, de Lisboa* proferiu, no dia 13-XI, o Prof. Pacheco e Silva, da Universidade de S. Paulo, uma conferência intitulada: O ensino da Psiquiatria em S. Paulo; no *Centro Universitário do Porto, da Mocidade Portuguesa* o Prof. Almeida Garrett falou, no dia 15-XI, «Sobre a iniciação no estudo da Medicina».

NECROLOGIA. — Em Portimão, o Dr. João José Marques, major-médico reformado; em Alcobaça, o Dr. Martinho Durão, distinto clínico em Torres Novas; em Viana do Castelo, o Dr. António Martins Delgado, conhecido tisiologista; em Valpaços, o Dr. Vítor Chaves, velho e considerado clínico, e nosso prezado leitor; em Lisboa, os Drs. Carlos Mantero Franco, de Torres Vedras, e Afonso Henriques Botelho de Sá Teixeira, tenente-coronel médico.



Uma *nova* Via

HIRUDOID

Para o tratamento de

processos inflamatórios em varizes

Úlcera crural

Tromboflebites

Infiltrados inflamatórios

Abcessos, furúnculos, panarícios

Tromboses superficiais

Firma

AUGUST VEITH, Herdeiros

Rua da Palma, 146

LISBOA

prox., 36 grs., cada

UNIQUE

saio clínico no

LISBOA

SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS. — No dia 16-XI realizou-se a sessão solene inaugural desta Sociedade, tendo o Prof. Xavier Morato pronunciado a alocação presidencial, intitulada: «Os fenómenos de indução em biologia médica».

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ESTOMATOLOGIA. — Celebrou no dia 4-XI o seu 35.º Aniversário da sua fundação, com uma sessão solene na aula magna da nova Faculdade de Medicina de Lisboa. Ao mesmo tempo, a Sociedade, que é a mais antiga de todas as de especialidades médicas em Portugal, comemorou o 20.º aniversário da sua publicação oficial, a «Revista Portuguesa de Estomatologia», que é também a mais antiga de todas as revistas de especialidades do nosso país.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIDROLOGIA MÉDICA. — A nova direcção é assim constituída: Presidente, Prof. Miguel Mendes Alves; e vogais: Drs. Lobato Guimarães, Oliveira Magalhães, Luís da Costa e Silva, Neiva Vieira, José Amaro de Almeida e Manuel Marques da Mata.

SOCIEDADE ANATÓMICA PORTUGUESA. — Realizou nos passados dias 5, 6 e 7 de Novembro, em Coimbra, a sua 16.ª Reunião Científica.

TRABALHOS APRESENTADOS A REUNIÕES MÉDICAS. — Na *Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa*: Aspecto social da Onchocercose na Província de Angola, por A. Salazar Leite; Alguns problemas da epilepsia do adulto e da criança. Na *Secção Regional do Porto da Ordem dos Médicos*: Alterações psíquicas nas epilepsias temporais, pelo Dr. Marinus Soares. No *Hospital Geral de S.º António, do Porto*: Duas possíveis complicações das pancreatites agudas, pelo Dr. Gabor Gencsi. No *Hospital do Ultramar*: Parto sem dor? Parto sem medo? Parto natural?, pelos Drs. Pedro Monjardino e Seabra Dinis. Na *Delegação do Norte da Sociedade das Ciências Veterinárias*: Normas científicas da alimentação, pelo Dr. Ludgero Parreira.

CONFERÊNCIAS. — Na *Secção Regional de Coimbra da Ordem dos Médicos* o Prof. Dr. Bernardino Ladete, notável estomatólogo espanhol, falou no dia 3-XI sobre a estom
Portuguesa de Estomatolog
feriu, no dia 13-XI, o Prof
uma conferência intitulada:
Universitário do Porto, de
falou, no dia 15-XI, «Sobre

Queiram enviar-me amostra e literatura de

Dr. _____

Endereço _____

NECROLOGIA. — Em P
reformado; em Alcobaça, c
Novas; em Viana do Ca
tisiologista; em Valpaços,
e nosso prezado leitor; em
Vedras, e Afonso Henriqu

Assinatura

Uma *nova* Via

HIRUDOID

Para o tratamento de

processos inflamatórios em varizes

Úlcera crural

Tromboflebites

Infiltrados inflamatórios

Abcessos, furúnculos, panarícios

Tromboses superficiais

Hematomas

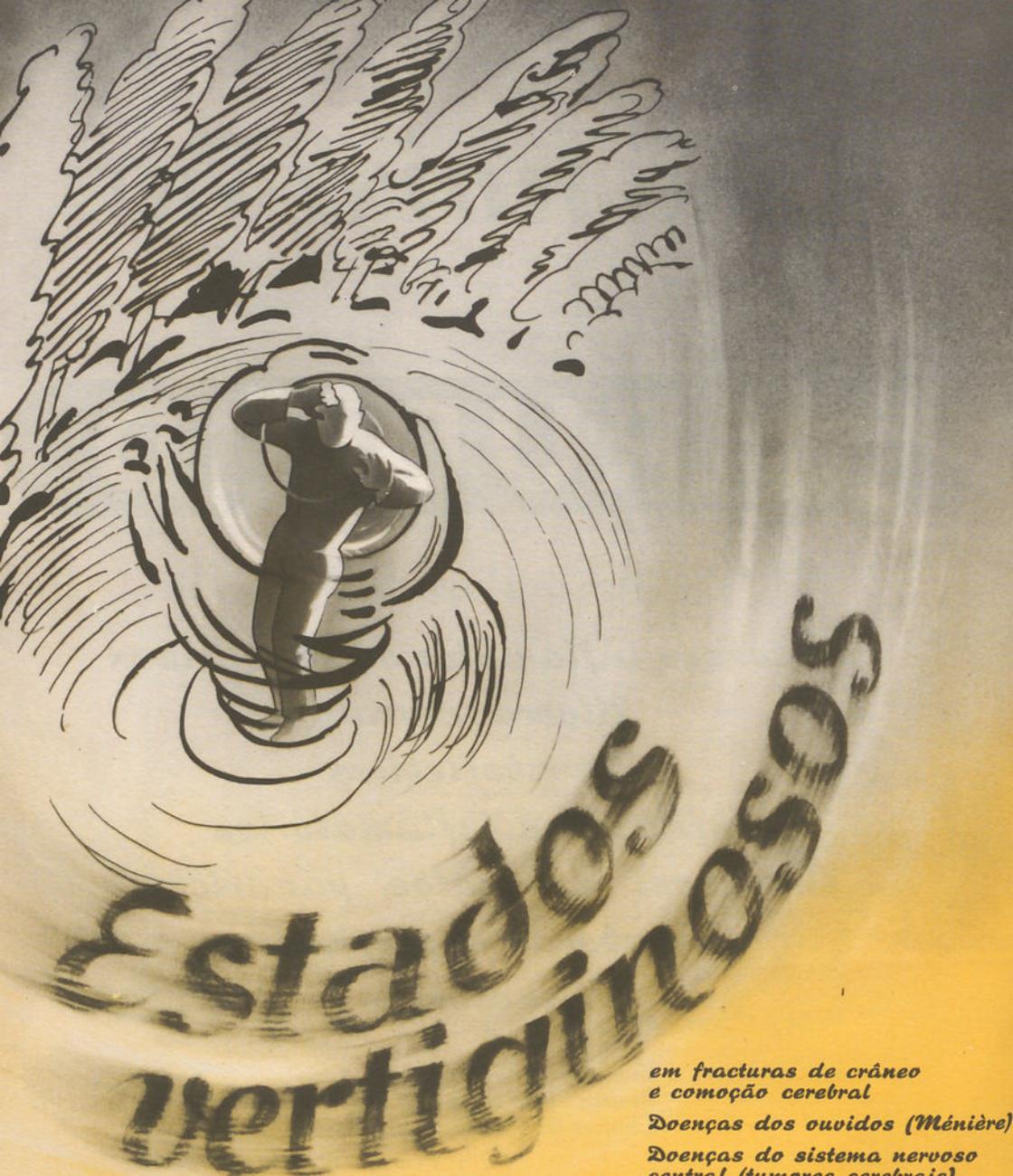
EMBALAGENS: Bisnaga com, aprox., 12 grs.
 Bisnaga com, aprox., 36 grs.
 Clínicas de 4 bisnagas com, aprox., 36 grs., cada

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 (Ménière)

*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

ÍNDICE DE 1954 (*)

(VOL. XXXVIII)

	Pág.		Pág.
Abdominal, Histeropexia	428	Anemias, Sobre 415, 430, 433,	
Abdominal, Re-sutura da pa-		576	679
rede	510	Anemias e gravidez	576
Abdominoperineal, Excisão	353	Anestesia, Sobre 59, 110, 167,	
Aborto provocado	510	174, 231, 233, 434, 510, 576,	
Acetonemia	412	Aneurismas poplíteos	577
Acromia parasitária	576	Angioquimografia	364
ACTH	57, 375	Angioquimografia	576
Addison, Doença de	430, 700	Anomalias congénitas	222
Adenites periféricas	312	Anquilostomíase no Ultramar	
Adenolinfocèle	415	Port.	414
Aglutininas	237, 428	Antibióticos, Sobre 173, 174,	
Albinismo	51	223, 243, 248, 249, 303, 312,	
Albright, Síndrome de	110	Anti-coagulante, Terapêutica	
Alcoolismo crónico	679	641	642
Alimentação 59, 152, 165, 429,		Antipalúdicas, Drogas	512
434, 572, 573	575	Antropologia, Sobre 179, 352,	
Almeida Garrett, no Centená-		Anúrias, Tratamento das 279,	
rio de	329, 688	Anuro-reacção	181
Amato Lusitano	57	Araújo (Dr. Domingos de)	303
Amebiano, Abesso hepático	415	Arruda Furtado	237
Amebíase 415, 416, 422, 576,		Arteriosclerose, Dietética e	375
Amigdalectomia total 343, 612,		Artrite reumatóide	238, 710
Amiloidose secundária, Forma		Ascite	436
hepática de	109	Asma (brônquica) 151, 173, 375,	
Amino-ácidos	231	Assistência na Holanda	355
Analépticos	109	Assistência hospitalar, 249, 309,	
Anatomia	687	310,	354
Anatomia Patológica, Sobre	431	Assistência materno-infantil 507,	
Anatómicas, Conservação de pe-		Assistência médico-sanitária em	
ças	430	Angola	376
Anatómicas, Variações	688	Assistência psiquiátrica	35
Ancilostomíase no Ultramar		Assistência social	688
Port.	352, 414, 415	Atelectasia post-operatória	409
		Aterosclerose	343, 379

(*) Os números em destaque indicam os artigos originaes.

PORTUGAL MÉDICO

	Pág.		Pág.
Tóraco-braquiais, Dores	507, 508	Tumores 35, 51, 223, 306, 368, 370, 430, 504,	640
Toracoplastia	35, 348, 409	Úlcera duodenal	59
Toxi-infecções alimentares	329	Ultra-sons, Sobre 181, 355, 369, 434,	511
Toxoplasmose	430	Umbigo, Patologia do, no recém-nascido	345
Tracoma, Sobre o	51, 576	Unamuno, Patografia de	186
Traqueia	174	Uretero-renal, Calculose	409
Traumatismos	59	Uretrite crónica	204
"Trichophyton acuminatum"	232	Urolitíase	547
«Trichophyton violaceum»	231	Urológica, Sistematização	348
Trigémio	51	Utero, Perfuração do	510
Tripanosomiase, sobre	235, 236	Utero, Quisto hidático do	238
Trocanterite, Sobre a	440	Vagina, Corpo estranho na	242
Tromboses venosas dos membros inferiores	348	Vaginal, Citologia	431
Trompa de Eustáquio	369	Vaginite por tricomonas	112
Tuberculina, Sobre	507	Varidase	231
Tuberculoma da íris	51	Vectocardiografia	238, 638, 688
Tuberculose 35, 64, 108, 167, 238	640, 711	Veia cava inferior, Laqueação da	127
Tuberculose cutânea, tratamento da	109	Venereologia	179, 239, 240, 354
Tuberculose, Diagnóstico da	358	Ventre agudo	641, 643
Tuberculose infantil	434	Virose	223
Tuberculose miliar	166	Vírus, Sobre	358, 430, 433, 505
Tuberculose, Normas oficiais para vacinação	114	Visceral, Inversão	687
Tuberculose ósteo-articular	265	Vitamina B ₃	669
Tuberculose em Portugal	309	Vitamina D ₃	309
Tuberculose pulmonar 167, 173, 239, 240, 243, 303, 365	575	Vitamina T	57, 59, 143
Tuberculose pulmonar cavitária 150	243	Vitaminas	278, 711
Tuberculose renal	409, 410, 712	Vómitos periódicos por acetone- mia	412
Tuberculose, Tratamento da 109, 174, 239, 243, 358, 366	575	Xilocaína	110
Tuberculoso, Estado mental do	185	W. P. W., Síndrome de	430
Tubo-uterina, Implantação	181	Weber-Christian, Doença de	437





MARTINHO & C.ª L.ª

TUDO O QUE INTERESSA À MEDICINA E CIRURGIA

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

Quinarrhenina Vitaminada

Elixir e granulado

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

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

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

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO
NAS BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO

TRICALCOSE

SAIS CÁLCICOS ASSIMILÁVEIS
COM GLUCONATO DE CÁLCIO

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



GRIPE

QUINOPIRINA

ANTIPIRÉTICO • ANALGÉSICO

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



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Sala
Est.
Tab
N.º