

# PORTUGAL MÉDICO

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

## SUMÁRIO

MANUEL FARMHOUSE — **Recuperação em poliomielite.**  
CONCEIÇÃO E SILVA JÚNIOR — **A litrotricia.**

**MOVIMENTO NACIONAL — Revistas e boletins:** *Arquivo de Patologia* (O metabolismo da histamina). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (Complexo vitamínico T. Leites acidificados. Meningo-encefalite post-vacinação. Lipocondrodistrofia. Neurológicos em pediatria). *Jornal do Médico* (Parto sem dor. Tratamento da herpes zoster). *Hospitais Portugueses* (Inquéritos assistenciais). *O Médico* (Papel do anel faríngeo de Waldeyer na medicina interna. O problema das amígdalas e das adenóides visto por um pediatra. Estados convulsivos na criança). *Cadernos Científicos* (Tratamento médico das disfonias. Disfonias endócrinas). *Coimbra Médica* (Um diagnóstico errado de septicemia estreptocócica. Uma aldeia bociógena. Aspectos médico-sociais da diabetes. Tratamento da osteomielite aguda. Um estado de anasarca). *Acta Endocrinológica Ibérica* (Para-oxi-propio-fenona na diabetes. A prova da eosinopenia adrenalínica no estudo das funções hipófiso-suprarrenais). *Escola Médica* (Alguns aspectos da patologia do testículo: hipogonadismos). *Boletim dos Serviços de Saúde Pública* (Morbilidade e mortalidade por doenças infecto-contagiosas em Portugal). **Livros e opúsculos:** Primeiro colóquio de hematologia africana. Centro de Cardiologia Médico-social de Coimbra. Problemas de deontologia médica. Figuras e panoramas da medicina de outros tempos. Homenagem à memória do Dr. Alberto Gonçalves. Um hospital moderno.

**REVISTA GERAL — Tratamento domiciliário da fase aguda da paralisia espinal infantil,** por HOWARD A. HOWE.

**SÍNTESES E EXCERTOS —** *Acidentes mortais depois de injeção de vitamina B<sub>1</sub>. Utilização terapêutica das vitaminas K. Tratamento pela cortisona da hipertrofia da próstata. Tratamento do prurido vulvar essencial. Remissão do cancro pela combinação de corticoides com mostarda nitrogenada. Mortalidade em cirurgia biliar.*

**NOTAS E NOTÍCIAS —** A terapêutica na imprensa diária. Trabalhos apresentados a reuniões médicas. Prémios a trabalhos científicos. Faculdades de Medicina. Conferências. Necrologia.

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

Syphilis:

*Bismogeneral*

Fama Mundial

Perturbações digestivas do lactente e da criança de tenra idade. Alimentação do recém-nascido. Alimentação mista. Alimentação do prematuro.

# Eledon

## 2 FÓRMULAS

BABEURRE EM PÓ  
NESTLÉ

- ♦ Eledon “amarelo” — sem hidratos de carbono
- ♦ Eledon “azul” — com amido já cozido e “açúcar nutritivo” (dextrina-maltose).

Teor em gordura suficiente, segurança bacteriológica, regularidade de composição e preparação muito simples.

PREPARADO PELA

SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS



3



# PORTUGAL MÉDICO

(SUCESSOR DA ANTIGA REVISTA «GAZETA DOS HOSPITAIS»)

VOL. XXXIX — N.º 7

JULHO DE 1955

## Recuperação em poliomielite

por MANUEL FARMHOUSE

*Fisioterapeuta da Misericórdia  
(Lisboa)*

Se o problema da pólio, debaixo do ponto de vista epidemiológico e imunitário, não é no nosso país um dos de mais instante e premente resolução, devido ao número relativamente restrito de casos que aparecem por ano nas estatísticas oficiais, torna-se premente e quase aflitivo o resultado dos vários anos sem qualquer solução efectiva da recuperação motora dos casos neles ocorridos.

Como diz no seu muito actualizado artigo o Prof. ALMEIDA GARRETT no último número desta revista (Junho de 1955): «o que se requer entre nós é o aperfeiçoamento dos procedimentos terapêuticos... e quando as paralisias se fixem, que estabelecimentos especializados recebam os paralisados para recuperação das funções motoras prejudicadas».

Com o andar dos anos, hoje são mais de 2.000 os indivíduos, de várias idades e condições sociais, que aguardam a oportunidade para a resolução do seu problema, simultâneamente físico e social. E sendo certo que, com o decorrer do tempo sobre a doença, as possibilidades de recuperação vão diminuindo, teremos que começar o mais cedo possível a tratar desses inferiorizados físicos, concedendo-lhes todo o apoio médico, moral e social, de maneira a tornar uma tão grave e por vezes deformante doença numa afecção menos grave, menos deformante, e especialmente menos abandonada. E, evidentemente, há que cuidar dos casos que vão aparecendo, para evitar continue tão lamentável situação.

\*

Passemos uma vista de olhos sobre o estado actual dos conhecimentos sobre as várias formas da pólio, visto que cada aspecto tem o seu tratamento e a sua consequente modalidade de recuperação.



CENTRO SINCLE VIVA  
ROMULO DE CARVALHO

Consideram-se 4 formas principais de infecção pelo vírus poliomiélicico:

1 — *Forma silenciosa*, inaparente, assintomática, que só um estudo aturado e a pesquisa do vírus no muco nasal e nas fezes dos indivíduos que convivem ou contactaram com um poliomiélicico poderão revelar. Esses casos não carecem, evidentemente, de tratamento, mas deveriam ser localizados e isolados em períodos de epidemia, como medida profilática.

2 — *Forma abortiva*, com febre fugaz acompanhada de mal-estar geral, anorexia, náuseas, vômitos, cefaleias, faringalgias, obstipação e dores abdominais. São relativamente frequentes em asilos e escolas e poderão ter o perigo de infectar terceiros. Também apenas pela pesquisa do vírus nas fezes se poderão confirmar, e é-lhes aplicável o critério anterior.

3 — *Forma meníngea não paralítica*, com os mesmos sintomas das formas abortivas e mais: rigidez da nuca e da coluna, elevado número de células no liquor, cefaleias muito fortes e mialgias; geralmente sem promoção de quadros de invalidez, resultante de sequelas nervosas.

4 — *Forma paralítica*. Conforme a região do sistema nervoso mais atacado, poderemos descrever as seguintes modalidades:

- A) paralítica espinal
- B) paralítica bulbar
- C) bulbo-espinal
- D) encefalítica.

A) — Na espinal manifesta-se limitação do movimento dos músculos do pescoço, do dorso, do abdômen, da caixa torácica e dos membros.

B) — Na paralítica bulbar há disfunção do centro respiratório e circulatório. Alguns dos músculos dos centros bulbares dos nervos cranianos atacados dão sinais como: dificuldade de deglutição, fonação nasal, paralisia facial, paralisia do óculo-motor externo, paralisia da língua, incapacidade da mastigação, etc.

C) — Nas lesões bulbo-espinais, aparece disfagia e, a maior parte das vezes, paralisia respiratória, além de outras localizações das paralisias das modalidades precedentes.

D) — A forma encefalítica, menos frequente, oferece toda a sintomatologia que se pode prestar à confusão no diagnóstico

diferencial com as encefalites de outra natureza, e de mal definida terapêutica.

Como se vê apenas pela enumeração das formas paralíticas e suas consequências, a situação que primacialmente se apresenta como verdadeiramente urgente, é a disfunção do centro respiratório. Mais de que quaisquer outras, as formas com este aspecto são, entre nós, quase sempre mortais, por falta de instalações de reanimação respiratória apropriada, para a indispensável terapêutica de urgência. Requer esta cuidados muito especiais em que o clínico, o pediatra, otorrinolaringologista e o fisioterapeuta têm que desenvolver uma actividade em perfeito espírito de equipa e suficientemente eficiente para actuar com a brevidade e a eficácia desejadas.

Um pequeno centro de reanimação respiratória de material afinado, como um pulmão de aço adequado, um technicon-huxley ou carapaça torácica, acoplado a uma cama basculante e um aspirador laríngeo, tudo isto vigiado por uma enfermeira tènicamente bem preparada, poderá salvar muito poliomielítico duma manifestação de que muito raramente até hoje, em Portugal, tem conseguido escapar. E porque esta situação do centro respiratório poderá aparecer mesmo passado o período agudo da doença, e mesmo em muitas outras circunstâncias (como nos electrocutados, intoxicados, etc.), esta instalação poderia ser empregada em qualquer outro caso, visto que os de poliomielite não são de todos os dias.

No período paralítico, depois de passada a fase aguda, a recuperação tem de se iniciar o mais cedo possível, com o doente ainda no leito.

Se a criança foi atacada de pólio antes do ano de idade, a nossa principal atenção deve ser dirigida ao aparelho locomotor, evitando o encurtamento do membro e a posição defeituosa do pé, devido às paralisias do tibial-anterior (que é o caso mais frequente); ou de outros músculos responsáveis pelas diversas deformações que (menos correntemente) podem aparecer.

Apesar de ainda em parte empírico, o tratamento de Kenny, acompanhado de massagem sub-aquática e de reeducação de movimentos, é dos mais adequados, a empregar sem delongas.

Na criança que já ande quando do insulto da pólio, além dos cuidados posturais, acima apontados, teremos que procurar, com a mobilização articular activo-passiva, dentro e fora de água, e combatendo a contracção muscular dos antagonistas, iniciar precocemente o andar com ou sem aparelho de prótese, quer dentro da piscina, quer fora da água, em frente do espelho. Deve também empregar-se a electro-medicina adequada a cada caso.

A terapêutica ocupacional coopera com a fisioterapia, encorajando o doente e permitindo-lhe uma atitude emocional colaboradora do seu progressivo restabelecimento. De início, será o escutar leituras e telefonia, ver livros de estampas ou televisão.

Não podemos esquecer também a importância de uma compreensiva e inteligente assistência social, que discretamente se interesse e tente resolver os pequenos problemas familiares do doente, criando-lhe as condições psicológicas mais favoráveis ao seu restabelecimento. A continuação dos seus estudos, a iniciação a novo mister, se já é maior e não pode continuar com o antigo, são outras tantas armas para afastar a invalidez dum doente de pólio; o que uma recuperação adaptável, eficiente, consegue em todos os casos, por mais graves que sejam. Os próprios poliomiélicos, quando apoiados por um centro de recuperação, se ajudam uns aos outros, solidarizando-se pela fatalidade que os uniu e a generosidade que os liga para o resto da vida.

Passados dois anos, às vezes mesmo mais, quando as circunstâncias o indiquem, a ortopedia virá, com um espírito de equipa, colaborar e resolver os problemas que a fisioterapia só por si não conseguiu. É antes, durante e depois da intervenção, o serviço de recuperação acompanha o poliomiélico, prosseguindo a sua acção reeducadora.

\*

É lamentável que o poliomiélico, até hoje em Portugal, tenha sido esquecido, abandonado à sua sorte, uma vez feitos os tratamentos que a electro-medicina, durante um período mais ou menos curto, na melhor das hipóteses, entendeu ministrar-lhe, dando assim lugar a uma multidão de inválidos, de grandes deficientes, cuja recuperação, mais que não seja parcial, é necessário efectuar por todos os meios ao nosso alcance.

Na poliomiélite, como em muitos outros casos, a medicina não visa apenas uma acção de mera terapêutica, curativa ou paliativa. Ela desempenha uma das mais nobres missões sociais: recuperar para a vida social quem não conseguiu curar completamente.

A importância dos centros de recuperação, que quisemos mostrar neste pequeno artigo, é evidente. Eles são indispensáveis para completar o que o médico clínico, no serviço domiciliário ou de consultório, não pode realizar; a sequência de este só em estabelecimento adequado pode realizar-se.

## A litrotrícia (1)

**Notas sobre a sua descoberta e evolução nos primeiros tempos, através o livro de um autor coevo**

por CONCEIÇÃO E SILVA JÚNIOR

*Urologista (Lisboa)*

«Parmi les productions chirurgicales de notre époque, il n'en est pas de plus remarquable sans doute que la lithotritie ou l'art de broyer, de détruire, les calculs dans la vessie, sans opération sanglante. (...) pour la lithotritie il a fallu peu de hardiesse, mais beaucoup de génie. Aussi cette invention n'est elle pas le fait d'un seul instant, ni d'un seul homme: C'est l'oeuvre du temps.»

S. TANCHOU (1830).

«Il n'est peut-être pas d'invention à l'apparition de laquelle des historiens et des critiques ne recherchent les idées plus ou moins semblables qui se sont fait jour antérieurement, et ils établissent souvent des analogies forcées et insoutenables. C'est ce qui s'est produit pour la lithotritie.»

M. E. DESNOS (1914).

1 — De um livro que possuímos do Dr. S. Tanchou (Fig. 1), médico-cirurgião pela Faculdade de Medicina de Paris, médico dos Hospitais e que se dedicou ao tratamento das doenças das vias urinárias e das genitais, convivendo com os primeiros pioneiros da arte de destruir as pedras na bexiga sem operação sangrante, inventor e modificador de sistemas operatórios e do instrumental para sua execução (2), sócio efectivo ou de mérito das Academias e dos Institutos científicos franceses e de alguns estrangeiros — trazemos à luz da publicidade os principais capítulos de história, e correlativa crítica, que explicando, sob o ponto de vista da evolução do método operatório, a marcha dos acontecimentos, aclaram e cronologicamente estabelecem o que foram esses dezassete anos (que vão da descoberta de Gruithuisen em 1813 até o aparecimento da obra em 1830) para a História da Litotricia.

Tanchou acompanhou dia a dia em França o que sucedeu ao novo método operatório, e o que com ele se ligou. Tentativas e experiências no cadáver e no vivo; datas dos acontecimentos — efemérides preciosas —, e sua repercussão no definitivo no protocolo da intervenção operatória; aparecimento de aparelhos e sua aptidão como instrumentos cirúrgicos de utilidade; e

mesmo o que à beira do principal evento sucedeu e ou é curioso ou de interesse.

É bem de ver: este homem possuía qualidades que muito o distinguíam e destacavam no papel de informador idóneo desses acontecimentos e da sua crítica judiciosa; mas ele teve a sorte de conviver com os principais próceres da litotricia, e portanto consubstancia, sem dúvida, o testemunho vivo dos factos na origem e durante o seu desenvolvimento.

«Trois élèves de l'Ecole de Paris, — Civiale, Leroy et Amussat, — tous trois contemporains et mes condisciples, ont puissamment contribué à l'établissement de la lithotritie, ou plutôt à son invention: car on ne peut pas dissimuler que se soient eux qui l'aient inventée. L'amour du travail d'abord a dirigé leurs premiers essais; la rivalité et la position hostile ou ils sont trouvés ensuite on fait le reste.»

Acompanhou os trabalhos de Heurteloup, Pravatz, Rigal, Colombe, Récamier, Dudon, Bancal, Cazenave, Meirieu (com quem trabalhou em colaboração durante dois anos), e os dois ingleses, Edgerton, Sir Astley Cooper e Sir Henry (3).

2 — Para comidade do estudo da História da Litotricia, dividimo-la em *três períodos*, firmando-nos nas diferenças capitais de orientação na ideia primária e na sua execução:

1.º período: De 1813 (descoberta de Gruithuisen) a 1830 (publicação da obra de Tanchou, que realmente se faz na altura em que as mais radicais modificações parecem estagnar e estabilizarem-se, sem contudo, se apresentarem perfeitas sob a indispensável faceta cientificamente clínica e cirúrgica).

2.º período: De 1830 a 1867. As descobertas do primeiro período aproveitadas no paciente, respondem ora bem, ora menos bem, aparecendo uma ou outra modificação que pretende melhorar o acto; mas o traçado do método continua sujeito às linhas gerais legadas pelo anterior período; e, apenas deixa nos tratados, a marcar, o precursor de Heurteloup, e o quebra-pedras em colher de Guillon.

3.º período: 1867 a 1890 e tantos, em que, afinado e verdadeiramente constituído em processo cirúrgico por Guyon, Bigelow, Thompson, toma o seu devido e definitivo lugar na terapêutica cirúrgica da calculose vesical.

3 — A cirurgia de então, na intervenção nos órgãos genito-urinários contidos na bacia, servia-se da via baixa: talhas perineais no homem, histerectomias vaginais por fibromas e salpingites, pela via véstico-vaginal, na mulher; só muito mais tarde aconselhada e seguida a via alta, — as laparotomias —, para os fibro-



NOUVELLE MÉTHODE  
 POUR  
**DÉTRUIRE LA PIERRE**  
 DANS LA VESSIE  
**SANS OPÉRATION SANGLANTE;**

PRÉCÉDÉ D'UN  
 EXAMEN HISTORIQUE ET PRATIQUE  
 DE TOUTS LES PROCÉDÉS DE LITHOTRITIE  
 EMPLOYÉS JUSQU'À CE JOUR ;

PAR S. TANCHOU,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de la Légion-d'Honneur, des Sociétés médicale d'Émulation et Médico-pratique de la même ville, correspondant des Sociétés de Médecine de Douai, d'Histoire naturelle et vétérarienne de Hanau, etc., etc.

Malgré les travaux des hommes les plus célèbres. . . . .  
 malgré le grand nombre des méthodes opératoires. . . . .  
 l'opération de la taille est encore une des plus graves,  
 disons mieux, une des plus dangereuses de la chirurgie,  
 et nous nous écarterons peu de la vérité en disant que la  
 guérison d'un malade adulte qui a subi cette opération  
 doit être regardée plutôt comme un événement heureux  
 que comme un événement ordinaire.

(Extrait de la Thèse de M. SANSON, d'après  
 des faits recueillis à l'Hôtel-Dieu de Paris.)

PARIS,

CHEZ CROCHARD, LIBRAIRE-ÉDITEUR,  
 RUE ET PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, N° 13.

BRUXELLES,

DÉPÔT DE LA LIBRAIRIE MÉDICALE FRANÇAISE.

1850.

Fig. 1 — Rosto do livro do Dr. S. Tanchou.

mas e para as salpingites, e para as prostatectomias transversais por talha hipogástrica.

Para os cálculos vesicais, a via de acesso, era a perineal. — talha perineal lateral de Celsus, comumente; — e os médicos, ligados pelo juramento de Hipócrates, não a executavam, mas apenas os litotomistas, profissionais sem carta de curso nem qualquer sujeição deontológica. Desta sorte a litotomia era uma aventura perigosa, e as estatísticas, — nesses tempos e em tais mãos, ainda que por vezes hábeis —, eram aterradoras.

É o terror à talha — a talha desses tempos... — que domina toda a história da terapêutica da calculose vesical, e como consequência a vamos encontrar na base de todas as tentativas de destruir a pedra na bexiga sem operação sangrenta, e no motivo principal de todas as aventuras em que os modificadores da operação proposta por Gruithuisen (4) se embrenham de alma e coração.

Para evitarem a temida talha dos litotomistas, os médicos pensaram em dissolver os cálculos vesicais com líquidos vários tomados «per os», como as drogas químicas, o suco gástrico preconizado por Spallanzani, e o remédio secreto de Joana Stephens (5); e muitos outros de várias modalidades e de menos peso na crendice dos doentes.

Os cirurgiões, ante o insucesso obtido pela medicina interna da calculose vesical, tentaram então:

a) À água da chuva, — pelo seu maior poder de dissolução —, lançada de muito alto, entrava na bexiga, a alta pressão, por meio de sonda escavada. Jules Cloquet mandava colocar o reservatório que continha a água no tecto do quarto, e Gruithuisen no telhado da casa.

b) Os litotríticos, — líquidos ácidos ou alcalinos —, que introduzidos em sacos que dentro da bexiga continham as pedras por eles isoladas, as dissolveriam. O saco isolaria o cálculo das paredes do órgão, poupando-lhe (?) a acção corrosiva da droga empregada, *unicamente destinada e aproveitada pela pedra*. Citemos: Gruithuisen (1813), Civiale (1823), Leroy (1825), Tanchou (6) (1824), Percy, Robinet (1826); — mas todos, como era de ver, sem resultados (7). E apesar dos perigos para a bexiga, as experiências repetem-se; e passam a partir os cálculos para que os fragmentos, por mais pequeninos, maior número de facetas apresentassem ao líquido corrosivo. Mas o insucesso mantém-se, e os perigos também.

c) Por fim trituram os cálculos dentro da bexiga, deixando-os a cargo da urina durante as micções para serem expulsos para o exterior: *Fase de expulsão natural*. Mas aparecem as graves complicações: encravamentos no canal da uretra, lacerações das paredes da bexiga e da uretra, abscessos, piemias, septice-

mias... E inventaram as pinças para ir buscar esses fragmentos depois da trituração: *Fase da extracção*.

As complicações multiplicavam-se, dificultando o acto operativo e pondo a vida do doente em perigo; e surgem os que aconselham a desgastar o cálculo de dentro para fora, e depois a deixar que o pó resultante fosse expulso com as urinas, na micção, por ser procedimento menos agressivo.

É assim, e sobre estes últimos esquemas que se modela a litotricia no 1.º período: partir os cálculos, e puxá-los para fora da bexiga com pinças preparadas para tal fim; ou, reduzir os cálculos a pós e trazê-lo para fora da bexiga, dentro dos ramos, múltiplos, das próprias pinças onde eles foram convenientemente desgastados.

Destruíam-nos de dentro para fora, transformando-os em anel friável e quebradiço: Gruithuisen, Civiale, Leroy, Amussat, Heurteloup, Colombe, Bancal, Sir Henry Thompson, Astley Cooper, Edgerton.

Desgastavam-nos de fora para dentro: Meirieu, Tanchou (que, por morte de Meirieu e seguindo-lhe as ideias a tal respeito, aperfeiçoou e completou a ideia-base do método, pondo-a em prática com a «sua» pinça de nove ramos), Rigal e Récamier.

Alguns autores trouxeram para a prática,—ou tentaram-no—, outros processos, muitos dos quais nem cirúrgicos eram (como Dudon, por exemplo), e dos quais, e apenas por curiosidade histórica, falaremos adiante.

4 — Gruithuisen publicou a sua descoberta na «Gazette Médico-Chirurgicale» de Salsbourg, de Março de 1813, mas, — como nos diz Tanchou: «...en 1816 à 1818, en France, rassasiés de gloire militaire et fatigués de nos tourmentes politiques, un grand nombre d'élèves en médecine, réflués des armées, encombraient l'École de Paris. L'émulation était à son comble; elle croissant avec le nombre, et avec elle aussi la difficulté de se distinguer. La science y gagna beaucoup, et c'est de cette époque qu'il faut reprendre notre belle période de gloire scientifique, un instant interrompue par celle de nos armes; c'est cette époque aussi qui vit naître une foule d'hommes instruits qui promettent de devenir célèbres, et dont quelques uns ont déjà tenu parole; c'est de cette époque, enfin, que le génie de la France prenant un nouvel éssor dans une autre direction, assure encore à notre belle patrie les couronnes d'Appollon, comme il lui conserve longtemps le sceptre de Mars».

5 — Mas atente-se na data da descoberta e da sua propaganda, e até na data em que fechamos o 2.º período da História

da Litotricia, para considerarmos a série de obstáculos, por insuficiência, e os perigos que eles criavam como consequência, para se ajuizar das dificuldades a vencer, das faltas a suprir. De assépsia e de antissépsia nada havia, longe ainda a obra de Pasteur (1822-1895) e a de Lister (1827-1912); como nada havia sobre anestesia, que só com Davy, Crawford, Wells, Jackson e Morton, surge na teoria e na prática; — o que dá para muitos anos depois das datas a que nos estamos referindo. E então, o padecente sofria a dor contando apenas com a sua sensibilidade e resistência física; e os operadores com as suas cadeiras e mesas operatórias, com prisões à custa de correias; — exceptuando Civiale que operava sobre qualquer cama, sem sujeições; e ainda internamente com o ópio, em aplicações locais no recto e parte do intestino grosso, por meio de molhos de fios de pano nele embebidos; beladona e cânfora; e o banho quente como difusível, tanto antes como depois da intervenção.

Como se depreende, tudo insuficiente e perigoso, não se alcançando nem imobilidade satisfatória, quanto mais indispensável, nem insensibilidade garantida, — porque, quantas vezes, ou era contraproducente, ou era mortal até. E com as operações feitas em tão precárias circunstâncias, e os metais da construção dos instrumentos de tão pouca confiança, os cirurgiões tinham que contar ainda com os precalços correlativos por este lado: a fractura dentro das bexigas dos pacientes (Fig. 9); o que tudo constituía um tremendo conjunto de dificuldades e correlativas responsabilidades.

6 — Os aparelhos eram, primitivamente, construídos pelos inventores (que no geral tinham, em suas casas, verdadeiras oficinas); mas depois, apareceram os profissionais especializados, que tanto trabalhavam sob sua responsabilidade, como sob a direcção e responsabilidade dos cirurgiões-inventores. Destacaram-se: Charrière, Aubry, Leiter, Gentile, Robert, Collin, que bem depressa tomaram a iniciativa do fabrico de aparelhos médicos e cirúrgicos, quantas vezes de sua própria inventiva, outras resultado de modificações de aparelhos imaginados, mas abandonados por inúteis.

Muitos dos inventores tinham argúcia, perspicácia e imaginação, mas por vezes fantasia a mais. Apareceram aparelhos utilizando a energia eléctrica para desintegrar os cálculos dentro da bexiga; e foram publicados trabalhos descrevendo os respectivos processos e aparelhagem. Deschamps, por exemplo, recorria à corrente eléctrica; Dumas e Prevost usavam a galvânica; e o médico português A. J. de Figueiredo que, em 1834, estava estudando medicina em Montpellier, inventou um aparelho tam-

bém aproveitando as correntes galvânicas, mas que não chegou a usar por falta da energia necessária.

7 — De verdade, e depois de termos percorrido rapidamente a lista dos elementos, processos e meios propostos para a destruição da pedra dentro da bexiga sem operação sangrante, temos que concordar com Tanchou, — francês e patriota: «Gruithuisen, descrevendo a operação desde a solução irrealizável à trituração levada ao máximo, esquissou todo o processo operatório. A litotricia nasceu do lado de lá do Reno, deve-se-lhe; mas o seu aperfeiçoamento, a sua estruturação e inclusão na Cirurgia como operação regular, cientificamente estabelecida e lugar marcado na terapêutica cirúrgica da litíase vesical deve-se à França; absoluta e inteiramente à França».

8 — Bastantes tentativas e experiências, para tirar as pedras da bexiga sem a abrir, foram levadas a efeito; mas, nenhuma teve sequência que a impusesse, ou deixou resultados que, por generalizados, fossem de admitir e considerar. De entre as experiências mais citadas, — e por curiosidade — poderemos referir: a do monge Teophanes; a do monge de Citeaux, relatado por Percy na Academia das Ciências de Paris na sessão de 22 de Março de 1824; a do coronel Martin, em serviço na Índia, em Leschenow, que mais tarde o general Reed, na «Biografia dos Contemporâneos», diz que faleceu a 13 de Setembro de 1800 «com pedras ainda na bexiga»...

O que correntemente executavam os cirurgiões do tempo, eram as extracções de pedras encravadas no canal da uretra, — cálculos que emigravam da bexiga e que pelo volume, ou por se atravessarem no canal, ali se fixavam dando lugar a todã a série de complicações locais e gerais bem conhecidas. O aparelho de escolha adaptado ao caso, ou era a pinça de Ambroise Paré ou então o tira-balas de Halés.

O caso de Sanctorius, de Pádua, é o mais clínico, — digamos, sob o ponto de vista de aplicação; porém, não responde a todos os casos de calculose vesical, porque os não soluciona. Sômente para cálculos muito pequenos. Olhando a Fig. 2, isto compreende-se logo.

Sanctorius sofria de calculose vesical; — mais de areias retidas do que pròpriamente de cálculos, que por seu volume como tais se considerassem. E inventou «a pinça», que, fechada, introduzia na bexiga, depois de encher esta com água; puxava-lhe a haste (B) e, esforçando-se para expelir o líquido da cavidade vesical, o calculozinho era empurrado para entre os ramos do instrumento. Só por mero acaso resultaria; — e, de facto, nele resultou; mas nos outros casos?

Assim, para Tanchou é com o método proposto por Gruithuisen, modificado em França, que a litotricia aparece; para outros como Desnos e Boulanger, ela inicia-se com os trabalhos de Fournier. E as razões apresentadas por Tanchou, bem como as datas em que os factos primeiros ocorreram, parece-me, dão razão àquele.

9 — GRUITHUISEN (Fig. 3). Doc.: Artigo do Autor na «Gazette Médico-Chirurgicale de Salsbourg»; 1) Aparelho com mandrilo, pronto a ser introduzido na bexiga; 2) e 3), «Fraise» ou coroa de trépano, e lanceta, com ansa de metal para defender a bexiga dos ataques da «fraise», e segurar a pedra, no aparelho; 4) e 5), elementos para agarrar a pedra, ou os pedaços dela, e extraí-los.

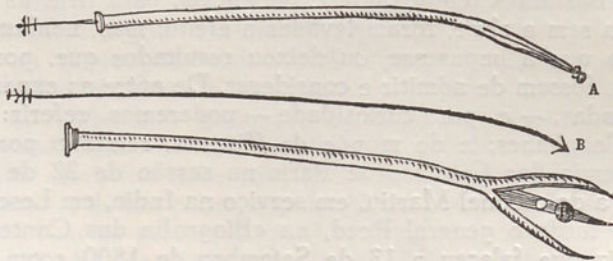


Fig. 2 — Pinça de Sanctorius. — 1625. (Da «Encyclopedie Française d'Urologie» — T. I. — pág. 257. Ed. 1914.)

Mais fácil não pode ser, se atendermos à descrição do acto e à simplicidade da aparelhagem; «mas a ideia base é brilhante, e nela está compreendido «tudo», o que em essência constitui a litotricia» — diz Tanchou.

10 — CIVIALE (Fig. 4). Doc.: «Nouvelles considerations sur les retentions d'urine» — Paris, 1823. «De la lithotritie ou du broiement de la pierre dans la vessie». — Paris, 1826. «De la Lithotritie». — Paris, 1827.

Para este autor o doente estava em «preparo» um mês, com algália permanente na uretra, — o que dava origem a múltiplas complicações: orqui-epididimites, funiculites, cistites e repercussões sérias, de vária ordem, sobre o sistema renal, etc.... Número habitual de sessões de litotricia, 24, e mesmo mais; visto que cada sessão não devia durar além de 10 minutos.

O aparelho era introduzido fechado e abria dentro da bexiga em virtude da elasticidade própria dos ramos da pinça. Procurado o cálculo, este metia-se (?) entre os ramos da pinça;

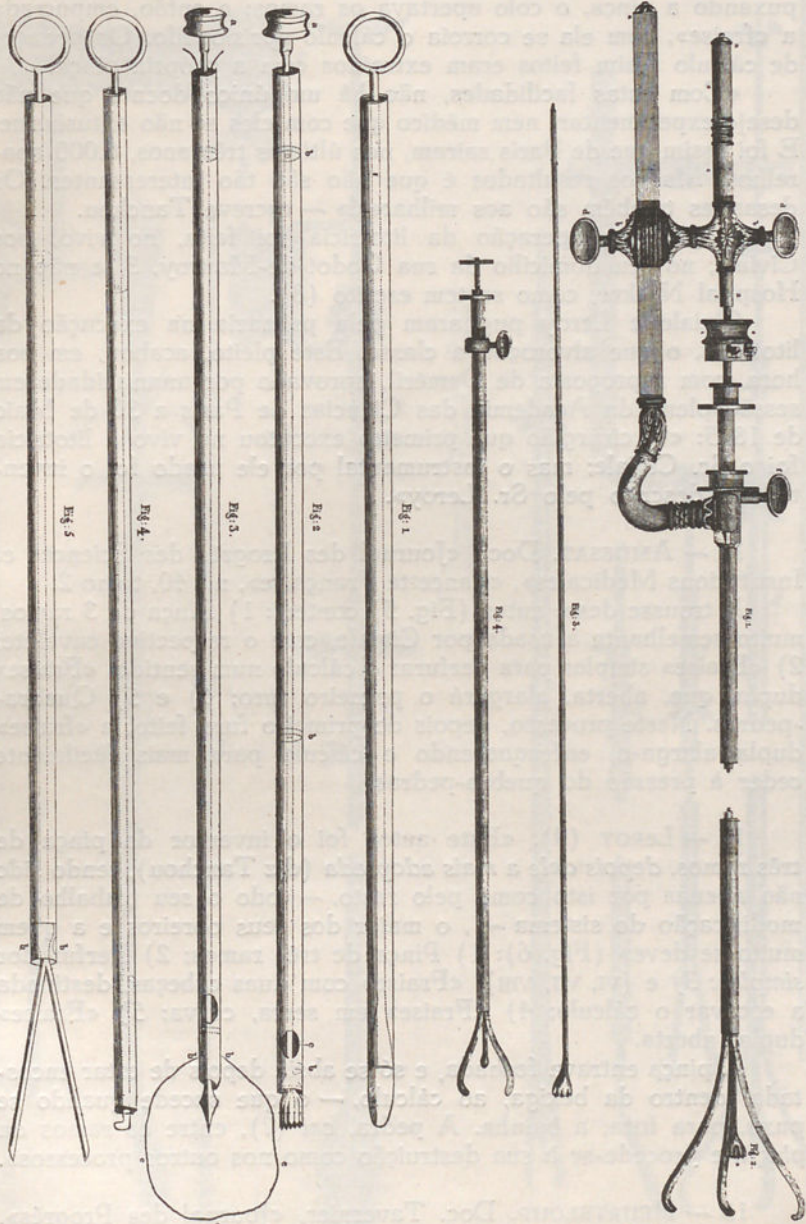


Fig. 3 — Instrumentos de Gruifhuisen.

Fig. 4 — Instrumentos de Civiale, o Litolabo, os primeiros usados por este cirurgião.

puxando a pinça, o colo apertava os ramos; e então, empurrada a «fraise», com ela se corroía o cálculo aprisionado. Os pedaços de cálculo assim feitos eram extraídos com a própria pinça.

«Com estas facilidades, não há um único doente que não deseje experimentar, nem médico que com eles se não entusiasme. E foi assim que de Paris saíram, nos últimos três anos, 6.000 aparelhos! Mas os resultados é que não são tão interessantes. Os desastres também são aos milhares!» — escreve Tanchou.

A primeira operação da litotricia foi feita, no vivo, por Civiale; no seu domicílio da rua Godot-de-Mauroy, 3, e não no Hospital Necker, como se tem escrito (8).

Civiale e Leroy pugnaram pela primazia na execução da litotricia, o que alvoroçou a classe. Este pleito, acabou, em boa hora, com a proposta de Deménil, aprovada por unanimidade em sessão plena da Academia das Ciências de Paris a 30 de Maio de 1825: «O cirurgião que primeiro executou no vivo a litotricia foi o Sr. Civiale; mas o instrumental por ele usado foi o inventado e descrito pelo Sr. Leroy».

11 — AMUSSAT. Doc.: «Journal des Progrés des Sciences et Institutions Medicales», «Lancette Française», n.º 40, tomo 2.

A trousse deste autor (Fig. 5) contem: 1) Pinça de 3 ramos, muito semelhante à usada por Civiale, com o respectivo cavalete; 2) «Fraise» simples para perfurar o cálculo num sentido. «Fraise» dupla, que, aberta, alargará o primeiro furo; 4) e 5) Quebra-pedras. Neste processo, depois do primeiro furo feito, a «fraise» dupla alarga-o, enfraquecendo o cálculo para mais facilmente ceder à pressão do quebra-pedras.

12 — LEROY (9). «Este autor foi o inventor da pinça de três ramos, *depois dele a mais adoptada* (diz Tanchou), tendo sido não apenas por isto como pelo resto, — todo o seu trabalho de modificação do sistema —, o maior dos seus obreiros e a quem muito se deve» (Fig. 6): 1) Pinça de três ramos; 2) Perfurador *simples*; 3) e (VI, VII, VIII), «Fraise» com duas cabeças, destinada a escavar o cálculo; 4) «Fraise» em serra, curva; 5) «Fraise» dupla, aberta.

A pinça entrava fechada, e só se abria depois de estar encostada, dentro da bexiga, ao cálculo, — o que sucede quando se puxa, para fora, a bainha. A pedra, *cai* (?), entre os ramos da pinça, e procede-se à sua destruição como nos outros processos».

13 — HEURTELOUP. Doc. Tavernier, «Journal des Progrés», págs. 208, 213, 220, 225, do tomo II. — Pinça de 4 ramos; «forêt» simples; «échopeur», aparelho que servia para escavar a pedra;



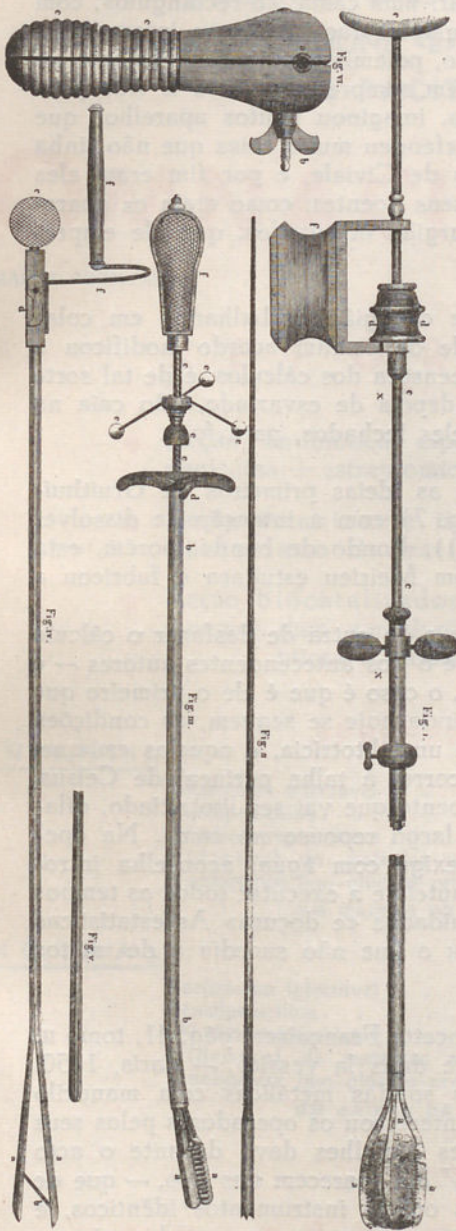


Fig. 5 — Instrumentos de Amussat.

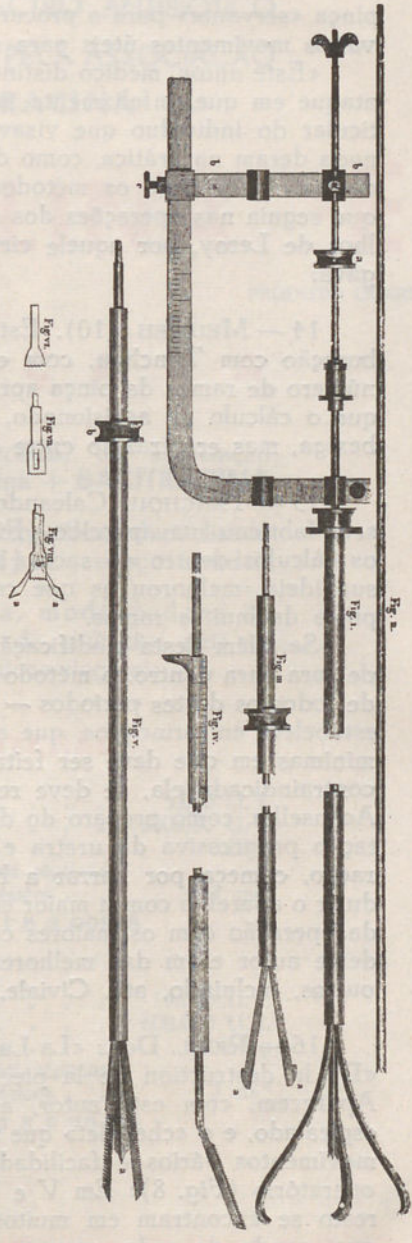


Fig. 6 — Instrumentos de Leroy, o Litoprione.

pinça «servante» para a procurar; uma cama, «o rectângulo», com vários movimentos úteis para maiores facilidades na intervenção.

«Este autor, médico distinto, polemista de temer, elegante no ataque em que, infelizmente, nem sempre respeitava a vida particular do indivíduo que visava, imaginou muitos aparelhos que nada deram na prática, como defendeu muita coisa que não tinha defesa... Censurou os métodos de Civiale, e por fim eram eles que seguia nas operações dos seus doentes; como eram os aparelhos de Leroy, por aquele cirurgião inventados, que ele empregava!

14 — MEURIEU (10). Este cirurgião, trabalhando em colaboração com Tanchou, com ele de comum acordo modificou o número de ramos da pinça apreensora dos cálculos, e de tal sorte que o cálculo ali aprisionado, depois de esvaziado, não caía na bexiga, mas era trazido entre eles fechados, para fora.

15 — TANCHOU. Calcando as ideias primeiras de Gruithuisen, fabricou um aparelho (Fig. 7) com a intenção de dissolver os cálculos dentro do saco (1)). Pondo de banda, porém, esta sua ideia, melhorou as que com Meirieu estudara e fabricou a pinça de muitos ramos.

Se, além desta modificação e da outra de desfazer o cálculo de fora para dentro, o método é o dos antecedentes autores — e de todos os destes períodos —, o caso é que é ele o primeiro que estabelece em princípios, que ainda hoje se seguem, as condições mínimas em que deve ser feita uma litotricia, e aquelas em que, contraindicada ela, se deve recorrer à talha perineal de Celsus. Aconselha, como preparo do doente que vai ser litotriciado, dilatação progressiva da uretra e largo repouso na cama. Na operação, começa por barrar a bexiga com água; aconselha introduzir o aparelho com a maior cautela e a executar todos os tempos da operação com os maiores cuidados «e doçura» As estatísticas deste autor eram das melhores; o que não sucedia à de muitos outros, incluindo, até, Civiale.

16 — RIGAL. Doc.: «La Lancette Française», pág. 41, tomo II. «De la destruction de la pierre dans la vessie». — Paris, 1850. Aparecem, com este autor, as sondas metálicas com mandrilo espiralado, e o «chevalet» que interessou os operadores pelos seus movimentos vários e facilidades que lhes dava durante o acto operatório (Fig. 8): Em *V* e *V bis* aparecem uns fios, — que de resto se encontram em muitos outros instrumentos idênticos, e que, sendo de seda, servem para puxar os ramos das pinças, quando se pretendia fechá-los, deixando-se, por isto, de lado o

**NOVO!**

ALARGANDO O ESPECTRO ANTIBIÓTICO  
DA OMNACILINA «E» PELA ASSOCIAÇÃO  
DE BACITRACINA

# OMNACILINA «E»

MARCA REGISTRADA

PRODUTO ORIGINAL

## REFORÇADA

- Acção antibiótica específica, da associação penicilina + estreptomicina + **BACITRACINA**
- Acção imunizante inespecífica, dum lisado bacteriano de estirpes seleccionadas
- Acção biocatalizadora, modificadora do terreno, dum complexo de essências anti-sépticas e balsâmicos vegetais

## APRESENTAÇÃO

### INFANTIL

Bacitracina injectável . . . . .	5.000 U. I.
Benzilpenicilina . . . . .	300.000 U. I.
Dihidroestreptomicina . . . . .	0,25 g
Hidrossol de essências anti-sépticas e antigénios lipo-glúcido-proteicos . .	3 cm <sup>3</sup>

EM CAIXAS DE 1 E 3 DOSES

### NORMAL

Bacitracina injectável : . . . . .	10.000 U. I.
Benzilpenicilina . . . . .	600.000 U. I.
Dihidroestreptomicina . . . . .	0,5 g
Hidrossol de essências anti-sépticas e antigénios lipo-glúcido-proteicos . .	3 cm <sup>3</sup>

EM CAIXAS DE 1 E 3 DOSES

# LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

NOVO!

# BILAMIDE- -COLINA

Associação de **Bilamide** (Nicotil-oxi-metil-  
-amida) + **Bi-tartarato de Colina**

**TERAPÊUTICA FISIOLÓGICA  
HEPATO-PROTECTORA**

**APRESENTAÇÃO:**

Frascos de 50 drageias de 250 mg.

Caixas com 50 g de granulado a 70 0/0



Literatura e amostras à disposição dos Ex.<sup>mos</sup> Clínicos:



**CILAG, S. A. SCHAFFHOUSE - SUÍÇA**

Representante exclusivo para Portugal:

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

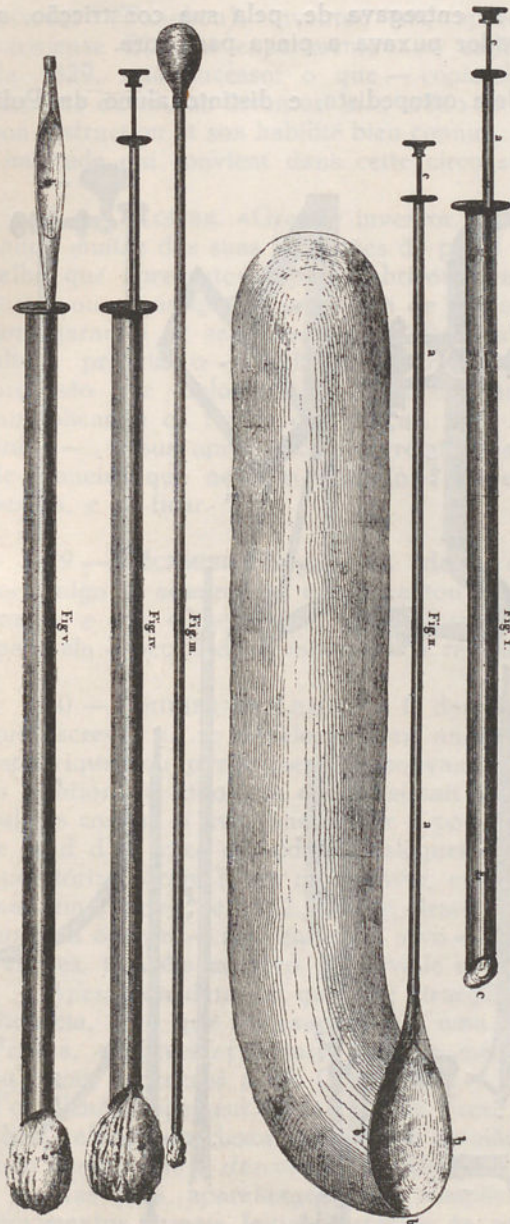


Fig. 7

Instrumento inventado por Tanchou para dissolver os cálculos dentro da bexiga, depois de metidos no saco de caucho, imitando a primeira ideia de Gruithuisen.

encargo que à bexiga se entregava de, pela sua constrictão, as apertar quando o operador puxava a pinça para fora.

17 — PRAVATZ «Bom ortopedista, e distinto aluno da Poli-

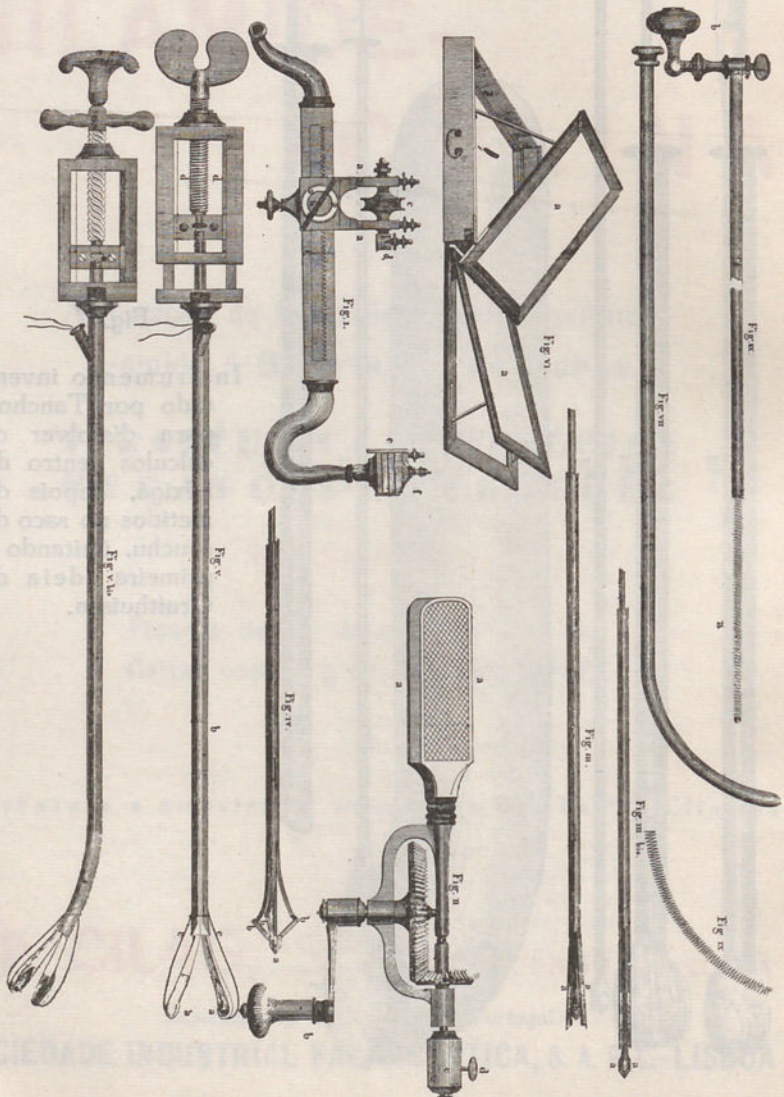


Fig. 8 — Instrumentos de Rigal.

técnica» (Tanchou), inventou uns aparelhos que o cirurgião parisiense Blandin experimentou no cadáver, em 18 de Junho de 1829, sem sucesso; o que — copiando Tanchou: «não foi somente devido ao inventor, mas muito ao cirurgião, pois «malgré son instruction et son habilité bien connue, n'a cependant pas toute l'habitude qui convient dans cette circonstance».

18 — COLOMBE. «Grande inventor, pela quantidade, não passando muitas das suas invenções do papel e do desenho». O aparelho que apresentou, «para fabrico», era constituído de vários ramos ou ansas que se cruzavam de modo a aprisionar o cálculo com garantia de segurança, e de perfuradores com asas que na altura própria o esvaziavam. Para Tanchou, neste aparelho proposto por Colombe, há a considerar a insistência em se multiplicarem os ramos das pinças, para garantir, — como meio único —, a sua apreensão, e correlativo isolamento dentro deles, de maneira que nenhum pedacinho pudesse cair no fundo da bexiga, e aí ficar.

19 — RÉCAMIER. Seguiu as ideias de Meirieu, de quem foi amigo e admirador, e apresentou umas pinças com muitos ramos, e um «lithorineur», ou perfurador com asa, a que uma manivela especial dava movimentos regulares e persistentes.

20 — Fournier de Lempdes. É deste autor o «litholepto» de que escreve: «...se développait en anses, cercles, poches, cages esphériques ou pyriformes, ne pouvant accrocher la vessie; par la rotation du litholepto on saisissait soudain les gros et petits calculs comme si avec une cuiller à pot on voulait ramasser dans le fond d'un vase des corps analogues». As primeiras tentativas operatórias foram feitas no cadáver, em presença do Prof. Chomet, em Janeiro de 1812. Depois deste ensaio, silenciou; só voltando a operar, — mas então no vivo —, muito depois das intervenções, também no vivo, de Civiale e de Leroy.

Apesar da data em que este cirurgião ensaiou no cadáver a litotricia, se é que foi exactamente uma litotricia, o Instituto de França, «appreciant à juste titre le mérite, dans quelque pays qu'il soit, à decerné à M. Gruithuisen — en 1827 — une médaille d'or d'encouragement, et le prix de Frs. 2.000» — escreve Tanchou, reforçando, desta sorte, a sua opinião de que é a este cirurgião bávaro que a descoberta da litotricia se deve.

Mas esta aparelhagem tão complicada, e complexa, nos movimentos e mais feitiços inerentes às suas multiplas maneiras, não deu nunca resultados; e, Fournier servia-se, quando litotriciava, dos aparelhos de Leroy (Tanchou).

21 — PAMARD. Este cirurgião servia-se da aparelhagem, mais usual, aconselhando umas ligeiras modificações sem real interesse; mas Dudon, — conforme relata Tanchou —, é que enve- redou por um caminho ainda até aí não experimentado, clinicamente censurável, e pouco digno:

«Malade couché, aujourd'hui, au n.º 30 de la salle Saint-Agnès à l'Hotel-Dieu. 60 ans. Il alla à la Pitié, d'abord, où M. Civiale avait obtenu quelques succès, mais ayant vue succomber un malade qu'on venait *d'instrumenter*, pour la septième fois, il se hata de sortir. Il va à une maison de santé ou travaille M. Dudon. Le 3 de Novembre de 1829, on injecte de l'eau dans la vessie ou plonge un enorme trois-quarts à deux pouces au dessus du pubis, un peu à gauche de la ligne blanche. Aucun liquide ne sort par la canule; c'est en vain qu'on la tourne, pendant dix minutes. Quinze jours après le même trois-quarts est enfoncé à la même hauteur; — rien ne s'écoule. L'opérateur l'agite, le pousse, le tourne; au millieu de ces douloureuses manoeuvres, l'urine jaillit, tout à coup, jusque sur l'épaule du malade. Il s'agissait, alors, de faire passer par la canule un sac isolateur dans lequel la pierre pût être enveloppé et broyée. L'ouverture du sac n'était point en rapport avec le diametre de la pierre; et, avec un bistouri droit, — qu'il introduisit dans l'ouverture pratiquée, il fit trois incisions, d'un pouce et demi, l'une parallèle à la ligne blanche, et les deux autres, laterales. Et, en defaut de tenentes, il introduisit les trois premiers doigts de la main droite dans la vessie, et en retira un calcul aplatti du volume d'un petit œuf de poule». Os intestinos fizeram hérnia pela ferida operatória, que o cirurgião reduziu com as mãos; e meteram-no num banho quente. A 24 de Dezembro, este doente saiu da casa de saúde para recolher ao Hotel-Dieu, com grandes cicatrizes, repuxamento de tecidos e outras complicações. Quando o livro de Tanchou estava a ser impresso, Dupuytren preparava-se para o operar, nos começos de Janeiro de 1831.

22 — BANCAL. Publicou «Manuel de la Lithotritie», mas nada acrescentou nem ao protocolo da operação segundo Civiale, nem apresentou qualquer modificação dos instrumentos. Concluía, como novidade, que «os quistos que tempos depois das litotricias os operados apresentavam nas paredes da bexiga, eram resultado dos «pincements» da parede, onde se encastoavam pedacinhos do cálculo; pois, destruídas as camadas mais superficiais dela, as profundas herniavam e envolviam os restos de calcáreo, englobando-os e enquistando-os».

23 — CAZENAVE. Apresentou à Academia de Medicina uma





- EM TODAS AS IDADES
- EM TODAS AS DIARREIAS E ENTERITES
  - COMO ALIMENTO
  - COMO MEDICAMENTO
  - COMO ADJUVANTE

**LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO "SCIENTIA"**  
**ALFREDO CAVALHEIRO, LDA.**

Laboratório: Rua do Entro-Campos, 15 • Escritório e Armazém: Av. 5 de Outubro, 164 • Telef. P. P. C. 73057 • Lisboa

# Indispensáveis durante a estação calmosa

quando de intoxicações alimentares  
diarreias estivais  
dispepsias fermentativas e pútridas, etc.

## Entero-Viofórmio\*

Iodocloroxiquinoleína + Sapamina \*

### Anti-séptico intestinal

Tubos de 10 e 20 comprimidos

## Formo-Cibazol\*

Produto de condensação do Cibazol\* e aldeído fórmico,  
adicionado de 1% de Sapamina

### Anti-séptico intestinal com duplo efeito antibacteriano

Tubos de 10 e 20 comprimidos

Pó (esp. para crianças): Frasco com 10 g.

## Carbantren\*

10% de iodocloroxiquinoleína bismutada

20% de pectina

70% de carvão medicinal activado

### Adsorvente e anti-séptico

Tubo de 20 comprimidos

**CIBA**

\* Marcas registadas

Memória em que trata da litotricia; porém, usava os aparelhos de Leroy, de que Civiale se servia; mas o que fez, — foi introduzi-los por uma larga fenda que abria no hipogastro, em vez de o fazer pelas vias naturais.

Todos se empenhavam «em tirar pedras da bexiga», sem ser pela talha perineal; mas nem sempre os caminhos e os processos usados eram de aconselhar; pelo que muitos deles não passaram da primeira aplicação; e, mesmo assim, em aventura censurável e temida. Mal por mal, então antes a talha!

24 — Sir ASTER COOPER. A pinça deste autor, nasceu de um imprevisto caso de calculose vesical que ele foi obrigado a resolver. No entanto, com ela, conseguiu tirar oitenta cálculos pequenos da bexiga de um doente que de Cambridge o veio consultar a Londres; o que fez certo barulho, tanto mais que ainda em França o processo descoberto por Gruithuisen não era conhecido! Este aparelho veio a pertencer, por dádiva, a Tanchou, que o modificou, applicando-o apenas na extracção de cálculos da uretra (11).

25 — Os instrumentos comuns a todas as «trousses» dos litotricistas, eram: as pinças, que iam desde os dois até aos nove ramos (como a de Tanchou); as «fraises», «forets» ou perfuradores com uma ou duas asas, ou as serras que desgastavam as pedras de fora para dentro; e os quebra-pedras ou quebra-cascas.

Apesar, porém, do número de ramos permitir fechar espaço sobre o cálculo apreendido, os seus restos, depois da trituração ou do desgaste, nem sempre ficavam, garantidamente, dentro dele; sendo, vulgarmente impossível, fazer uma litotricia sem que pedaços de cálculo ficassem na bexiga, onde, ou permaneciam dando origem a novos cálculos, ou, na melhor das sortes, eram expulsos com as urinas na micção, chegando alguns doentes a uriná-los durante largo espaço de tempo depois de operados.

26 — A qualidade e resistência dos instrumentos litotritores preocupava seriamente os inventores, os construtores, e os cirurgiões. Fracturavam-se com relativa facilidade; — ou os ramos eram fracos, feitos com aço mole, ou elásticos demasiadamente, não agarrando nem fixando suficientemente o cálculo, cedendo e abrindo-se. Se, ao contrário, a têmpera era dura, ou eles eram muito grossos, os inconvenientes era também de recear. O principal erro destes aparelhos, na sua construção, era devido, principalmente, ao facto de a força, destinada a reter o cálculo, estar para cá da resistência, em vez de estar para além dela (Tanchou).

Outra coisa que muito embaraçava e comprometia o operador — e porque não o paciente? — era o perfurador ficar colocado

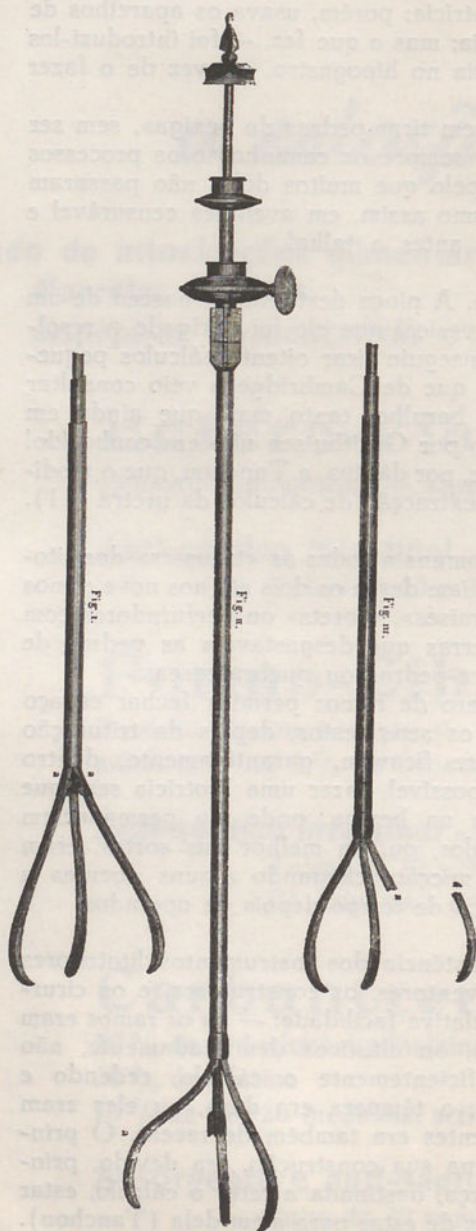


Fig. 9 — Pinça de três ramos partida (III), forçada (II), e com a anilha estalada (I).

entre os ramos da pinça, e muitas vezes, assim entre eles aprisionado, dava ao cirurgião a impressão de ter lá o cálculo; quando não era tal! Estes perfuradores ora tinham este papel, de perfurar, como com Civiale; ora o de fixarem o cálculo, para depois a serra competente o desgastar,— como em Tanchou e outros, que os desgastavam de fora para dentro.

Os quebra-pedras e os quebra-cascas desempenhavam o papel que o nome indica, e sem qualquer outra aplicação.

27— Quanto ao movimento destes aparelhos — perfuradores, etc.—, ou ele era de rotação, dado manualmente pelo próprio operador,— como no Litolabo, aparelho de Gruithuisen, no de Amussat, no Litoprione; mas noutros.— como no de Rigal, o movimento fazia-se à custa de um dispositivo muito conhecido na mecânica, e se encontra na Fig. 8, em II.

Contudo, todos os autores eram concordes em que o movimento gradual, cauteloso, dado pelo operador, e segundo as necessidades e conveniências do acto, era o indicado e único de aceitar (Tanchou).

## NOTAS

(1) — Com o mesmo título; «A litotricia», editei determinado número de exemplares em que o assunto está mais largamente e documentadamente tratado, que distribuí, como homenagem pessoal, por Mestres e Colegas a quem a devia Hoje, reduzido ao essencial, e graças à amabilidade e bondade do Ex.<sup>mo</sup> Director de «Portugal Médico», aqui o trago à publicação, pois me parece, além de interessante, muito elucidativo para a História da Litotricia.

(2) — Independentemente da aparelhagem, — original —, para a litotricia, deixou um uretrótomo («Enc. Francesa de Urologia», 1914, t. I, pág. 254) e um aparelho «para ver a bexiga», de que ele próprio fez a crítica e reconheceu a inutilidade.

(3) — Este Sir Henry nada tem que ver com Sir Henry Thompson, pois nasceu em 1820, tendo portanto 10 anos quando a obra de Tanchou foi publicada.

(4) — Para Tanchou, no trabalho deste autor bávaro é que a operação foi entrevista de alto, e completa, sob o ponto de vista clínico-cirúrgico; se bem que somente as modificações que os autores franceses lhe introduziram a elevassem ao lugar que lhe competia na terapêutica cirúrgica.

(5) — A droga era composta de cascas de ovos, sabão, cascas de caracóis e plantas medicinais, que não foram reveladas («Gentlemen's Magazine», 1738). O parlamento inglês comprou a fórmula à autora por 5.000 libras!

(6) — Este cirurgião servia-se, como ele nos diz: «de um daqueles reservatórios em caucho que o inglês Condom inventou para outros fins».

(7) — O mais curioso é que, mesmo depois de na litotricia se terem abandonado estas ideias e experiências, por inúteis e até contraproducentes, alguns cirurgiões nelas reincidiram, executando-as ou aconselhando-as: Douillet (1844), Deleau (1846), Dumesnil, de Coutance (1846), e Philipps (1847), e mesmo mais para cá.

(8) — Civiale, só depois de o ter requerido, pagando à Assistência do seu bolso particular determinada quantia, é que tomou a direcção, em 1837, de algumas camas no Necker, para aí executar litotricias. Foi neste Serviço que Guyon, por convite da direcção do Hospital (que lhe entregou toda a enfermaria) iniciou os seus trabalhos, em 1867. Data memorável, pois dela partiu a criação da urologia em França, e sua irradiação para o Velho e Novo Mundo.

(9) — Fez, de 1822 a 1859, 127 comunicações à Academia de Medicina. Inventou, para a cirurgia muitos instrumentos, alguns dos quais impraticáveis; mas, ao lado destes, também os inventou com outras aplicações, até as mais dispare: como canhões raiados de carregar pela culatra; «fusées sous-marins», que deveriam ser uns foguetes submarinos; redes de fios para «parar» as cargas de cavalaria; máquinas de vapor, rotativas; caminhos de ferro de cremalheira; várias maneiras de evitar acidentes nos caminhos de ferro; croques para pescar afogados...

(10) — Meirieu morreu aos 32 anos de uma esquinência (angina amigdaliana), tendo sido médico do Hotel-Dieu e considerado de rara habilidade e merecimentos.

(11) — «Nous disons lithotritiste comme on dit lithotomiste, etc; le mot lithotriteur nous paraissant devoir être consacré aux instruments, seulement (Tanchou).

Os aparelhos de Civiale mais conhecidos são: Trilabo (1818); Lithotripteur à archet, e o Litholab.

## MOVIMENTO NACIONAL

### REVISTAS E BOLETINS

ARQUIVO DE PATOLOGIA, XXVI—N.º 1 (Abril de 1954):  
*O metabolismo da histamina*, por J. Andresen Leitão; *A revascularização perióstica depois de fractura experimental*, por L. Dias-Amado.

O METABOLISMO DA HISTAMINA. — Trabalho experimental, em que sucessivamente foram estudados os valores da histamina livre e da histamina conjugada em diversos órgãos do cão, submetido em situações de morte súbita e de intoxicações, assim como as alterações anátomo-patológicas da supra-renal em intoxicados, e admitindo a ideia da intervenção da histamina libertada no quadro tóxico observada a relativa protecção exercida pelos anti-histamínicos de síntese e pelo cálcio; parecendo ser a conjugação da histamina um dos mecanismos de defesa do organismo contra as doses excessivas da substância estudou-se o papel do fígado nesse fenómeno e a influência exercida pela presença do coenzima A. Do conjunto de estas investigações tendentes à compreensão do metabolismo da histamina, baseando-se nos resultados obtidos e na experiência alheia, embora nem todos os pormenores do problema estejam esclarecidos, o que já se apurou leva o A. à opinião de que os elementos colhidos são já suficientes para uma visão de conjunto, que expõe pela forma constante dos períodos seguintes:

«— A histamina tem, como fontes, duas origens distintas, a histamina exógena e a histamina endógena.

A histamina exógena é aquela que é ingerida com os alimentos sob a forma de histamina ou ainda aquela que é ingerida sob a forma de histidina (e também possivelmente de carnosina) e que é seguidamente descarboxilada ao nível do intestino. Através da parede intestinal a histamina é parcialmente absorvida sob a forma de histamina livre. Não temos elementos para dizer se a histamina conjugada, acetil-histamina, que pode ser ingerida ou ser formada por acção bacteriana a partir da histamina livre no lume intestinal também é absorvida, mesmo parcialmente.

De uma forma ou de outra fica-nos a convicção de que esta absorção de acetil-histamina, se existe, não é de grande interesse em relação com a absorção da histamina livre, sobretudo porque as bactérias que a poderiam formar só se encontram em zonas distais do intestino, onde a absorção é menor do que nos segmentos altos. Parte da histamina que chega ao intestino não seria imediatamente absorvida, por defesa da própria parede intestinal que só muito lentamente se deixaria atravessar pela histamina. Esta porção da droga seguiria ao longo do intestino e

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



# PROCILINA PROMICINA



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

ANTI-DIARREICO  
DE ACÇÃO RÁPIDA E SEGURA

**TANILEVE**

COMBINAÇÃO ORGÂNICA DE  
ÁCIDO TÂNICO E LEVEDURA

ENTERITES AGUDAS, DIARREIAS ESTIVAS  
COLITES CRÓNICAS E SUB-AGUDAS DAS CRIANÇAS  
DIARREIAS SINTOMÁTICAS: DOS TUBERCULOSOS, DA FEBRE TIFOIDE, ETC.

ADULTOS: 1-2 comprimidos, 3-4 vezes ao dia

CRIANÇAS: 1/2-1 comprimido, uma ou mais vezes ao dia

TUBOS DE 10 E 20 COMPRIMIDOS DE 0,50 GR.

**LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL**

Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, L.d.a

## Os fabricantes de 'Dettol' convidam-no a considerar os seguintes factos

Elevado número de menções na literatura médica, incluindo livros de texto, confirmam que o Dettol é um antiséptico clássico. O seu vasto campo de aplicações clínicas, permitiu comprovar a eficiência do Dettol literalmente em milhões de casos, que vão do acidente sem novidade ás maiores intervenções cirúrgicas.

**EFICACIA** O Dettol é um antiséptico cuja acção se mantém eficaz na presença de matéria orgânica.

**TOLERANCIA** Altas concentrações de Dettol são bem toleradas pelos tecidos. Além disso, como o Dettol não é tóxico, oferece amplo grau de segurança a médicos, enfermeiras e doentes.

**ACTIVIDADE** O Dettol tanto actua contra micro-organismos Gram-positivos como Gram-negativos. Sob condições standard de prova, uma diluição a 1/2% mata o Est. doirado em 10 minutos e uma a 2% mata o Estr. piogénio no mesmo tempo.

**COMPATIBILIDADE** O Dettol não é incompatível com o sabão; não é por isso necessário eliminar todos os vestígios deste,

antes de se proceder á sua aplicação.

**SEGURANCA** O Dettol não é tóxico; está isento de perigo; o seu uso é fácil, seguro e económico. Tem cheiro agradável.

**DADOS** Estão á disposição dos interessados dados bacteriológicos e literatura ácerca do Dettol.



**DETTOL**  
ANTISEPTICO



Reckitt & Colman, Ltd., Hull e Londres (Inglaterra)  
Fornecedores de antisépticos ao falecido Rei Jorge VI

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



entrando em zonas ricas em bactérias aumentaria as probabilidades de ser destruída pela histaminase — além da acetilação já referida.

Uma vez absorvida a histamina chegaria ao fígado onde seria rapidamente acetilada e em parte armazenada, sendo libertadas para o sangue, por difusão, pequenas quantidades de histamina livre e também sendo libertadas quantidades apreciáveis de histamina acetilada. Simultaneamente, mas de forma mais lenta, a histamina seria destruída pela acção da histaminase, sendo decomposta em produtos de degradação mais simples e inactivos. No sangue esta histamina juntar-se-ia à histamina formada nos tecidos, a histamina endógena, que formada à custa da histidina vai difundindo lentamente sob a forma de histamina livre.

Toda esta histamina gira no plasma enquanto que os glóbulos se comportam exactamente como os tecidos contendo histamina livre e conjugada mais ou menos fixada às células. No plasma gira fundamentalmente histamina livre, mas também parece existir, não constantemente, histamina conjugada proveniente do fígado e até que esta seja fixada pelos tecidos ou eliminada pelo rim. A quantidade de histamina conjugada do plasma será muito pequena — os nossos métodos não são suficientes para a determinar — e provém da acetilação da histamina ao nível do fígado estando intimamente ligada à alimentação com histamina ou histidina, e sendo lançada portanto intermitentemente na corrente circulatória e em relação com o horário e a qualidade das refeições.

Do sangue a histamina difunde para todos os órgãos sem que, nas doses existentes, pareça exercer qualquer acção fisiológica, salvo a possível e discutível acção sobre a transmissão nervosa. O seu aumento leva ao aparecimento de acções de carácter fisiológico, a primeira das quais é sem dúvida, como vimos, a excitação da secreção gástrica. Uma vez nos tecidos é armazenada, nuns mais do que nos outros, havendo mesmo em cada animal órgãos destinados a armazená-la, como é o caso do fígado no cão, da pele no gato e do pulmão no cobaio. O armazenamento faz-se sob duas formas, de histamina livre, rapidamente mobilizável e de histamina conjugada, esta especialmente nos órgãos de armazenamento.

Parte desta histamina (possivelmente só da histaminase) é destruída ao nível dos tecidos pela acção da histaminase. A outra parte elimina-se. A histamina é eliminada pelo rim, constantemente, numa forma monotona como histamina livre; irregularmente e em relação com a alimentação como histamina conjugada. Também há elementos para aceitar que se dê uma eliminação de histamina pelo suco gástrico. Aqui a histamina, sob a forma livre passa ao intestino onde se comporta como a histamina exógena dos alimentos. Pode assim voltar a ser absorvida e então dá-se um novo ciclo metabólico.

Numerosos factores podem levar a um aumento rápido e intenso da histamina no sangue.

Em primeiro lugar pode haver um aumento da histamina ingerida. Este facto, de por si só, dificilmente causa transtornos devidos a uma

histaminémia elevada. Os mecanismos de defesa — a parede intestinal e o fígado — por fixação, destruição e conjugação não deixam passar quantidades apreciáveis de histamina livre. Isso é evidente nas nossas experiências de perfusão. Em casos excepcionais a dose de histamina pode ser tão grande que se verifica esse meio de intoxicação. É o caso dos cobaios e dos coelhos intoxicados por via oral com grandes doses de histamina — da ordem das centenas de milígrama por quilo de peso — e que descrevemos. Em relação ao homem devem corresponder a este tipo de intoxicação os casos referidos em que a ingestão de peixes contendo histamina em grande quantidade provocam um quadro de intoxicação histamínica.

Para isso é necessário excluir a existência de outra possibilidade de desencadeamento do choque histamínico pela ingestão de quantidades de substâncias libertadoras de histamina endógena. É o caso da putrescina existente nas carnes e peixes em putrefacção e que pode causar com mais frequência o quadro da intoxicação alimentar, ou ainda o caso das toxinas bacterianas ingeridas como tais.

Uma terceira possibilidade de intoxicação histamínica seria devida à ingestão de grandes quantidades de bactérias capazes de descarboxilar a histidina, ou à infecção intestinal por essas bactérias, situação em que a inflamação da parede intestinal contribuiria para facilitar a absorção de substâncias tóxicas e nomeadamente da histamina. Neste caso trata-se de um quadro tóxico devido à libertação da histamina da parede intestinal ou do fígado, o que coloca o problema em pé de igualdade com a libertação endógena de histamina provocada por outras noxas químicas ou físicas, não digestivas.

Outro aspecto da questão parece de um grande interesse. Em certos casos quantidades de histamina exógena que normalmente não produziriam qualquer sintomatologia podem chegar à corrente sanguínea e provocar quadros de intoxicação, habitualmente de tipo crónico.

Pode ser que a lesão da parede intestinal contribua para esta passagem, mas depois dos trabalhos que fizemos parece não poder haver dúvidas de que um fígado insuficiente por intoxicação se pode tornar permeável à histamina. Julgamos este um ponto importante da exposição e que tem uma indiscutível projecção clínica. Corresponde, de resto, às muitas situações alérgicas que comumente vêm a acompanhar a clínica da insuficiência hepática. As noxas repetidas graves de lesão da célula hepática, como se verifica na cirrose, permitiriam a passagem ao sangue da histamina. Em indivíduos sensibilizados, esta histamina (insuficiente em quantidade para a produção do choque histamínico) iria desencadear o fenómeno alérgico, da mesma forma que a histamina injectada o produz. Em cada caso aparecerá o fenómeno alérgico, diferente consoante o órgão sensibilizado.

Por outro lado podemos aceitar que situações crónicas levem à produção de substâncias libertadoras de histamina a partir da parede intes-

tinal ou mesmo do próprio fígado e que este, insuficiente para conjugar ou fixar a histamina libertada, a deixe passar para o sangue sob a forma de histamina livre. As nossas experiências de perfusão de fígados intoxicados parecem-nos dar uma contribuição real para a aceitação desta ideia.

Cabe aqui referir o interesse que esta nova concepção do metabolismo da histamina trouxe ao velho e desacreditado quadro clínico da auto-intoxicação intestinal. Depois de um largo período em que a ciência experimental não apoiou e antes invalidou, o conceito baseado na observação clínica, é a investigação que traz elementos para rever o conceito, fazendo justiça em última análise, e embora sob um novo aspecto, ao espírito de observação dos clínicos.

Muito mais frequentes do que os casos de intoxicação por via exógena, são os casos de intoxicação por libertação de histamina endógena para a corrente circulatória. Vimos as causas múltiplas que podem ocasionar esta libertação e que nos dão a ideia de que a histamina nos tecidos se encontra sob duas formas: uma livre ou libertável com facilidade, por simples difusão para o plasma, outra ligada ou conjugada, que necessita para a sua libertação de acções mais intensas levando já a um sofrimento da célula, que é lesada.

São múltiplas as situações em que a histamina é libertada, inclusivamente situações que dificilmente podem ser consideradas de outra forma do que situações fisiológicas. É o caso da contracção muscular, que quando repetida leva a uma libertação de quantidades de histamina reveláveis e susceptíveis de produzir sintomatologia clínica. Outra situação que aparece com frequência, já em condições patológicas, e capaz de provocar uma libertação de histamina é a anóxia. Situações várias de estimulação física podem também libertar histamina, sem que haja lesão celular, ou já porque a produzem; assim, as correntes eléctricas (ondas curtas, ultra-sons), as radiações (ultravioletas, infravermelhos, Raios X), e as queimaduras.

Drogas as mais variadas libertam histamina. Algumas substâncias fisiológicas como a adrenalina e a acetilcolina, o que parece estar relacionado, com a libertação normal, por difusão, de pequenas quantidades de histamina a partir dos tecidos. Outras substâncias injectadas experimentalmente libertam histamina sem que haja lesão celular. Umhas têm interesse conhecer por serem com frequência empregadas em terapêutica; é o caso do curare, dos alcalóides do ópio ou do Dextran. Outras têm interesse apenas pela sua acção libertadora de histamina, como se explica com as diaminas, as diamidinas e o composto 48/80. Drogas que libertam histamina por lesarem as células são na realidade todas que as lesam. Destas parece terem uma acção mais intensa ou mais rápida as que agem sobre a permeabilidade. É o que se pode inferir, entre outras, das nossas experiências com os diversos tóxicos empregados. Algumas drogas têm um interesse especial sob o ponto de vista toxicológico e libertam his-

tamina. É o que se passa com o veneno de cobras e de abelhas e os extractos de vermes.

São de um grande interesse as situações clínicas em que por motivo de uma sensibilização é libertada histamina. As situações anafiláticas e alérgias constituem os problemas mais complexos e aos quais está ligada a histamina; a sua libertação não é uma causa mas sim uma consequência da reacção anafiláctica ou alérgica, sendo simultânea com a libertação de outras substâncias como está demonstrado para a heparina. Finalmente devemos referir a libertação da histamina por mecanismo nervoso e a sua interferência na sensibilidade nervosa, embora marquemos a reserva que este aspecto comporta.

Libertada a histamina por qualquer dos mecanismos referidos, é lançada no sangue e vai desencadear um certo número de acções que estão directamente relacionadas com a velocidade e a quantidade da histamina libertada. Se as doses da histamina libertada são pequenas, ao que poderemos chamar de ordem fisiológica, as manifestações resultantes serão nulas (a histamina está permanentemente difundindo para o sangue e daqui sendo eliminada) ou apenas se verificará um aumento de secreção gástrica, certamente ainda dentro dos limites fisiológicos.

Alguns indivíduos há, que com pequenas doses de histamina, que no comum dos homens não causariam sintomatologia, apresentam sintomas de reacção à histamina. Estes sintomas caracterizam-se por serem sempre os mesmos para o mesmo indivíduo e relacionados com o mesmo órgão ou tecido. Este órgão ou tecido sensibilizado que é o órgão efector ou «Erfolgsorgan», responde da mesma forma à injeção de pequenas doses de histamina o que pode servir de prova clínica. Assim como exemplos teremos a rinite vasomotora, a asma brônquica, a urticária, etc.

Doses maiores de histamina libertadas, por estes mecanismos referidos, já podem produzir um quadro geral de intoxicação onde predominam os sintomas vasculares e que constitui o quadro de intoxicação histamínica que descrevemos. Alguns destes casos são mortais. A parte de responsabilidade que a histamina desempenha não pode ser, por enquanto, avaliada correctamente. Tentámos proteger cães da intoxicação por formiato de alilo usando anti-histamínicos. Embora haja uma modificação no aspecto clínico dos animais em que não é tão nítido o colapso que caracteriza e antecede a morte por essa intoxicação, e tenhamos a impressão que o período de sobrevivência se prolonga um pouco, o que é um facto é que também morrem, e os elementos que possuímos apenas permitem declarar que ou existem outros mecanismos que condicionam a morte, ou a protecção dada pelos anti-histamínicos (pelo menos pelo usado) não é suficiente. A nosso ver é natural que as duas razões sejam reais e impeçam a acção protectora do anti-histamínico. Os fenómenos hemorrágicos, que nos levaram a pensar na responsabilidade da heparina no quadro da intoxicação, não foram impedidos pelo sulfato de protamina.

**PORQUE!...**

# LACTIL-LAB

(Bacilos lácticos + Complexo B)

---

## NA ERA DOS ANTIBIÓTICOS ?

- a) Pela sua inocuidade e largo campo de acção.
- b) Porque evita as perturbações intestinais provocadas pela acção dos antibióticos sobre a flora intestinal necessária numa boa digestão, fornecendo ao intestino bacilos lácticos.
- c) Porque corrige a falta de vitaminas do grupo B diminuídas pelo uso dos antibióticos.

Deve, pois, usar-se:

**Lactil-Lab** durante e após a aplicação dos antibióticos, em especial quando «per os».

**Lactil-Lab** { caldo frasco de 150 gr.  
                  { comprimidos tubos de 20 e caixas de 3 tubos.

---

LABORATÓRIOS **LAB** — Av. do Brasil, 99 — Lisboa-Norte

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES



*DESENCADEAMENTO DO MECANISMO FISIOLÓGICO DE DEFECÇÃO POR ESTÍMULO MECÂNICO E QUÍMICO DO RECTO DEVIDO À LIBERTAÇÃO DE ANIDRIDO CARBÓNICO*



**COLIBACILOSES ENTÉRICAS**

★

Ftalil-sulfametil-tiodiazol. . . 0,12 g  
Carvão activado . . . . . 0,25 g

★

Tubo de 20 comprimidos



LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Desencadeado o choque histamínico são postos em acção mecanismos compensadores e contra-histamínicos de duas ordens. Uns tendem a combater a histamina, os outros procuram contrabalançar os seus efeitos.

Dos mecanismos de neutralização da histamina figura em primeiro lugar a sua acetilação. Esta acção é rápida e verifica-se pelo menos no fígado, como pudemos demonstrar com as nossas experiências de perfusão. Mais lentamente, mas ao contrário da conjugação que parece ser uma reacção reversível, a histaminase destrói a histamina definitivamente. Este mecanismo pela sua lentidão não é de valor nas libertações bruscas de histamina, mas parece antes encarregado da destruição nos tecidos da histamina que aí se junta ou forma. Debaixo deste ponto de vista parece antes um mecanismo encarregado de desempenhar o seu papel em condições normais, sem que possa adaptar-se rapidamente, por um aumento de actividade a situações anormais de estímulo. O aumento da histaminase no sangue no decurso da gravidez, que tivemos ocasião de estudar, tem origem certamente na placenta, mas um significado que nos foge. O papel que desempenha no curso das situações tóxicas da gravidez, parece, à luz das experiências referidas, mais uma consequência do que uma causa da toxémia.

Outro mecanismo foi referido: o da possível existência de uma substância anti-histamínica natural, a «resistina». É cedo para nos pronunciarmos sobre as poucas experiências existentes.

A eliminação da histamina pelo rim, e em parte talvez também pelo estômago, tem um papel na defesa contra a intoxicação, embora este mecanismo não possa ser considerado como de acção rápida.

O organismo defende-se do excesso de histamina, que actua como um «stressor», desencadeando o síndrome geral de adaptação. Aqui o mecanismo é complexo e não é único. A noxa que leva à libertação de histamina já de por si actuou como «stressor», isto é, já está desencadeado, de certo por mecanismo nervoso, o alarme que motiva o síndrome geral de adaptação. A histamina libertada, como provavelmente outros metabólitos, vem actuar como um «stressor» secundário, complicar o quadro simplista que Selye descreveu, acentuar o quadro de choque e pedir um esforço suplementar aos mecanismos de defesa do sistema defensivo hipófise-supra-renal. A libertação de produtos de secreção da supra-renal contrabalança, por antagonismo, parte dos efeitos, sobretudo circulatórios, da histamina. Por sua vez a adrenalina lançada no sangue vai contribuir para uma maior libertação de histamina o que constitui um ciclo vicioso em que vencem por vezes os mecanismos defensivos, dando tempo à conjugação e destruição da histamina, e outros agrava o estado de alarme, tornando-o irreversível.

É no estudo destes mecanismos que observamos as modificações histológicas da supra-renal e a sua protecção parcial pela acção anti-histamínica. Se o processo tem interesse por poder ter uma projecção clínica, debaixo de um ponto de vista puramente experimental quer-nos parecer

que traz uma contribuição para uma melhor compreensão deste complexo mecanismo que condiciona a defesa da vida contra as agressões do meio ambiente. —»

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, XVIII, 1955 — N.º 1 (Jan.-Fev.): *Alocução presidencial*, por Cordeiro Ferreira; *O complexo vitamínico T e seu significado em biologia e medicina infantil* (em espanhol), por W. Goetsch-Wolfrum; *Algumas considerações sobre leites acidificados*, por N. Cordeiro Ferreira. N.º 2 (Março): *Meningo-encefalite post-vacinação contra a febre amarela*, por Castro Freire; *A propósito de um caso de lipocondrodistrofia*, por Ayres Pereira e Leite Teixeira; *Sobre o emprego dos neuroplégicos em pediatria, em especial do RP 45 60*, por E. Rosado Pinto.

COMPLEXO VITAMÍNICO T. — Produto complexo extraído de termites e da *Torula*, que o A. tem estudado como factor excitante do desenvolvimento dos organismos, pelo que tem aplicações médicas que cita, trazendo em apoio observações de vária proveniência: nos recém-nascidos e em especial nos prematuros e débeis, na celi aquia e osteoporose, no raquitismo, na tuberculose pulmonar e óssea, no nanismo hipofisário.

LEITES ACIDIFICADOS. — Revisão das propriedades dos leites acidificados e das suas indicações, e relato da sua experiência relativa no emprego de leite acidificado inteiro (Pelargon) em 50 lactentes sãos e 25 distróficos, ao de babeurre meio-gordo (Eledon de rótulo amarelo) em prematuros e em 50 casos de transtornos nutritivos. Em quadros sintetisa os resultados, geralmente bons, do uso da referida dietética.

MENINGO-ENCEFALITE POST-VACINAÇÃO. — Apresentação de um caso ocorrido como sequência de inoculação da vacina contra a febre amarela, primeiro caso aparecido em Portugal, depois de se haverem feito 100.524 vacinações. Recordam-se 6 casos registados na literatura. Trata-se, pois, de acidente raríssimo. Todos os doentes curaram sem sequelas, nem psíquicas nem motoras. Todos se referem a crianças com menos de um ano de idade, maus reactores, fracamente imunizáveis, e como não saem de bordo quando o transporte faz escala por portos infectados (circunstância que obriga à vacinação) é para ponderar a abolição da exigência de vacinação a crianças de tenra idade.

LIPOCONDRODISTROFIA. — Pormenorizada descrição de um caso observado quando a criança em questão tinha 5 anos de idade, com larga documentação laboratorial e radiológica, seguida por revista geral da anatomia patológica, da sintomatologia e da diagnose diferencial com outras disostoses.



NEUROLÉGICOS EM PEDIATRIA. — O termo neuroléxico, sem precisa significação fisiológica, aplica-se ao conjunto de substâncias, de aquisição recente, cuja acção sedativa se exerce de um modo global ou mais ou menos selectivo sobre o sistema nervoso e compreende três grandes grupos de substâncias: curarizantes, ganglioplégicos e neuroléxicos propriamente ditos.

As substâncias ganglioplégicas, cuja acção se traduz por uma diminuição ou interrupção da transmissão do influxo nervoso ao nível das sinapses ganglionares do sistema nervoso autónomo, compreende os anestésicos locais (do tipo procaina, etc.), os alcaloides da nicotina (ganglioplégicos tipo, com uma acção de despolarização prolongada), os derivados do amónio quaternário (hexametónio, etc.), cujo modo de actuar se pode explicar numa base de competição com a acetilcolina fixando-se antes dela sobre as substâncias receptoras ganglionares, e ainda as do grupo da dietilena-triamina (Pendiomide), de modo de actuação semelhante ao anterior.

As substâncias neurolégicas propriamente ditas tem uma acção mais complexa, actuando em diferentes andares das vias vegetativas, juntando por exemplo a uma acção anti-sináptica uma outra acção central e uma acção sobre os effectores periféricos. Derivam da fenotiazina, tendo sido sintetizadas e estudadas experimentalmente nos laboratórios Rhône-Poulenc; foram primeiramente utilizadas pelos seus efeitos específicos, anti-histamínicos ou anti-parkinsonícos e os seus efeitos secundários, em que está incluída a acção neuroléxica, só foram descobertos por ocasião das primeiras aplicações clínicas, tendo sido os trabalhos de Laborit e de Huguenard que chamaram a atenção especial para a acção central dos derivados da fenotiazina. Os derivados mais conhecidos com interesse clínico são: Multergan (com acção anti-histamínica e atropínica), Fenegan — prometazina ou 3277 PR (com acção hipnogénica e anti-histamínica), Diparcol (dietazina ou 2987 RP), Parsidol — isotazina ou 3356 RP — com actividade central analgizante, hipotermizante e ganglioplégica do tipo nicotínico; e finalmente o produto mais neuroléxico da série, a cloropromazina, o 4560 RP ou Largactil, que é quimicamente o cloridrato de cloro-3 (dimetilamino-3<sup>1</sup>-propil)10fenotiazina. Trata-se de neuroléxico complexo actuando simultaneamente sobre o sistema nervoso vegetativo e central. É simultaneamente vago e simpaticolítico, sedativo, antiemético, e potencializador de numerosos agentes medicamentosos.

Recorda o A. os principios do método da hibernação artificial, segundo Laborit, e aponta o facto de ser relativamente pequena a sua projecção fora da França, não sendo geralmente aceite a sua utilização prática. Não negam aos contraditores a Laborit o mérito da demonstração de que a terapêutica neuroléxica pelo 4560 RP permite abaixar a temperatura interna do homem normal sem desencadear reacções vegetativas desordenadas de luta contra o frio e em particular sem esgotar

as glândulas endócrinas que intervêm nesta luta. Afirmam que este novo neuroplégico trouxe inegáveis progressos na prevenção de acidentes vasculares, de lesões nervosas graves e do choque pós-operatório, mas que tais progressos não são ainda suficientes para dispensar novas pesquisas e que não estão bem demonstrados os benefícios da chamada «hibernação artificial». Pretendem os contraditores que não é necessário que se realize integralmente o plano da hibernação artificial para que os resultados do tratamento de determinada situação grave sejam os melhores, pois dispensando a refrigeração e o próprio «cocktail lítico», só com a cloropromazina, conseguem o objectivo.

Para lá de toda a argumentação em pró ou contra, de qualquer das correntes hibernacionistas ou anti-hibernacionistas, crê o A. que o bom senso e a prudência aconselham, enquanto não haja uma mais sólida experiência, a preferir sempre que possível aquele processo mais simples; a «hibernação artificial» não tem grande acolhimento em Pediatria.

São passadas em revista as situações em que os neuroplégicos podem empregar-se com utilidade comprovada.

No tratamento da *neurotoxicose do lactente*, o método neuroplégico encontrou um dos mais brilhantes resultados, segundo Marquézy, um dos pediatras com maior experiência no assunto. Afirmar ele que graças a estas aquisições recentes o mau prognóstico melhorou consideravelmente, passando de 52 % para 25 % com o uso da Largactil; com a hibernação foi de 77,9 %. A hibernação está contra-indicada, pelo facto de o sistema termo-regulador do lactente estar mal equilibrado e embora se pretenda um arrefecimento, quando a temperatura for da ordem dos 40-41°, nunca deve ser procurado nos estados hipotérmicos abaixo de 37°. Mas o estado neurotóxico do lactente é um complexo fisiopatológico em que a agressão responsável, na maior parte das vezes de natureza infecciosa, se devem opor os antibióticos; às desordens engendradas e onde se pode isolar um componente metabólico com desidratação essencial, um componente neurovegetativo, um componente endócrino, se devem dirigir as técnicas de rehidratação, os neuroplégicos e as terapêuticas hormonais (o autor raramente utiliza a cortisona). Por isso, conforme o aspecto de cada caso, se utilizarão com maior ou menor incidência, estas três ordens de procedimentos. Também aproveitam na terapêutica destes estados os antibióticos, a dieta e a paracentese.

Discutindo a posologia do Largactil observa que, como não pode deixar de ser, visto tratar-se de uma novidade terapêutica, é variável e sujeita a flutuações. Oscila entre 1 e 3 mgr. por quilo de peso e por vinte e quatro horas, administrada em doses fraccionadas de seis em seis horas por via intramuscular, durante um a dois dias, raramente durante mais tempo e a primeira injeção não deve ser superior a 1 mgr. por quilo de peso, sendo desejável conseguir uma certa sonolência.

Em face da sua última estatística de 43 casos (que incluía 11 em coma, e 5 óbitos), Marquézy e Debré dizem que nunca viram uma série

de curas mais feliz em matéria de estados neurotóxicos, que essas curas foram particularmente rápidas e simples: em 38 curas apenas 6 foram lentas e laboriosas, 9 foram obtidas em três a quatro dias, e as restantes 23 foram patentes às 48 horas.

Lelong e colaboradores aplicam um método mais complexo e apresentam os resultados em 61 casos. Utilizam a perfusão intravenosa contínua ou injeções intramusculares repetidas de quatro em quatro horas, conforme há ou não desidratação, de uma mistura de Lergactil e Fenegan nas doses médias de 2 a 3 mgr. por quilo de peso e por vinte e quatro horas de cada, associada ao gardenal (6 a 8 cgr. nas vinte e quatro horas) ou ao dolosal (1 mgr. por quilo de peso nas vinte e quatro horas). Abstêm-se em geral da refrigeração com sacos de gelo contentando-se apenas com uma hipotermia entre os 35 e os 36°. Não se trata pois de uma hibernação propriamente dita mas simplesmente de um tratamento neurológico que se acompanha todavia de uma acção hipotermizante.

Esquematizam as indicações e os resultados obtidos nos seus casos relacionando-os com as propriedades e acções terapêuticas electivas do Lergactil, da seguinte maneira: —Pela acção hipnogénica, analgésica e mio-resolutiva: estado de mal convulsivo, coreia grave; pela acção vascular, sobre o síndrome de insuficiência vascular: glomérulo-nefrite aguda; pela acção sobre a dispneia grave: laringite sufocante, pneumotórax sufocante; pela acção sobre os síndromas neurotóxicos: neurotoxose do lactente; pela acção hipotermizante: palidez-hipertermia.

Foi o Lergactil utilizado ao que parece com benefício, numa grande variedade de situações, infecciosas, tóxicas, alérgicas, etc.

Produzem os neurológicos vários acidentes. Limitando a citação ao campo da pediatria, segundo a longa prática de Lelong, não ocorrem os grandes acidentes de trombozes vasculares, hipercoagulabilidade sanguínea, quando do reaquecimento. Aconselha no entanto uma vigilância da coagulabilidade e, sempre que o tratamento dure mais do que 2 a 3 dias, a administração de heparina (25 a 100 mg.) adicionada preventivamente ao líquido de perfusão.

Classifica os acidentes, ou melhor, os incidentes, em dois grupos: os evitáveis e os dificilmente evitáveis. No 1.º grupo cita: incidentes de ortostatismo, com taquicardia, taquipneia e cianose, quando os doentes em estado de vasoplegia não são mantidos em posição horizontal; incidentes de perfusão, ligados à desproporção entre a capacidade dos vasos e a massa circulante insuficiente, com possível repercussão cardíaca, ou pelo contrário com sobrecarga circulatória, com hepatomegalia como sinal de alarme; incidentes de termo-regulação, com sofrimento ao frio pela desproporção entre a dose do neurológico injectado e a intensidade da refrigeração exterior, a qual não é de temer quando não se utilizam sacos de gelo, sendo as dificuldades de reaquecimento evitáveis quando não se desce a temperatura abaixo de 36 e 35°. No 2.º

grupo cita: retenção urinária, que obriga muitas vezes a sondagem vesical; meteorismo intestinal por distonia neurovegetativa, pseudo-oclusivo por vezes e que obriga à utilização de prostigmina e de sondagem rectal; desapareção do reflexo da deglutição, podendo criar falsas vias quando se procede à alimentação, especialmente por sonda e que limita o tratamento a 2 ou 3 dias; desapareção do reflexo tossígeno, que actua como uma arma de dois gumes, util quando a dispneia é devida a um factor mecânico predominante, e perigosa quando a dispneia resulta de impedimento respiratório por supuração ou hiper-secreção, sendo então necessário reduzir a dose do neuroplégico.

Outros acidentes de menor envergadura, apontados por vários autores, são: dor local habitual na sede da injeção intramuscular, às vezes com manchas purpúricas, epistaxes de repetição, tumefacção da mucosa nasal que pode dificultar a respiração, glossite, estomatite, epidermo-reacções electivas com descamação lamelosa nas mãos e pés, fenómenos de foto-sensibilização simples, prurido, eritemas e urticária.

A possibilidade de ocorrência de estes accidentes de vária ordem faz com que o emprego das drogas neuroplégicas deva ser cuidadosamente vigiado, em cada instante, desde o seu início, observando-se sempre cuidadosamente as modificações provocadas nos diferentes aparelhos. Um tal tratamento deve pois realizar-se em meio hospitalar e por uma equipa treinada.

Apesar destas reservas e incertezas relativas ao mecanismo da sua acção, o emprego dos derivados da fenotiazina constitui um progresso terapêutico, sobretudo no tratamento dos síndromas malignos. Salva a vida a bastantes crianças em iminente ameaça de morte, permitindo-lhes atravessar a fase crítica da sua doença, e aguardar que o tratamento etiológico produza os seus efeitos.

JORNAL DO MÉDICO. — N.º 632 (5-III-1955): *A propósito de 352 intervenções prostáticas*, por João Costa; *Reabilitação*, por Mário Jacquet; N.º 633 (12-II): *Parto sem dor? parto sem medo? parto natural?* por Pedro Monjardino; *O pavilhão dos isótopos do Instituto Português de Oncologia*, por E. Lima Basto; N.º 634 (19-III): *Parto sem dor? parto sem medo? parto natural?*, por J. Seabra Dinis; *O cloridrato de emetina no tratamento do herpes zoster*, por A. da Silva Oliveira. N.º 635 (26-III): *Sobre a leptospirose porcina em Portugal*, por J. Fraga de Azevedo e M. da Costa Faro.

PARTO SEM DOR. — Tratam os dois citados artigos do método de psico-profilaxia que consiste na educação racional física e psíquica da mulher. Não se lança mão de qualquer medicamento analgésico, anestésico ou amnésico, nem de métodos hipnóticos; baseia-se nos trabalhos do fisiologista Pavlov e dos seus discípulos, demonstrativos de que todo o funcionamento do organismo, incluindo o dos órgãos inter-

nos, é submetido ao córtex cerebral, o qual desempenha um papel de controle, de regularização e de direcção.

O parto, sendo como é um acto natural, não deve ser obrigatoriamente doloroso, e assim o conjunto «parto-dor» deve ser dissociado, acabando com esta fatalidade que pesa sobre a mulher há séculos.

Senão é possível atenuar as dores, uma vez instaladas, é possível, procurando as suas origens, encontrar o meio de as suprimir. Agindo sobre o cérebro, por uma educação apropriada e pela eliminação do medo e da ignorância, pode-se alcançar este resultado. O principal fim a atingir, nesta preparação da mulher, é romper a tradicional ligação que existe desde gerações e gerações entre o parto e a dor. É preciso eliminar o sentimento de ansiedade e medo que paralisa o cérebro e o impede de desempenhar o seu papel de direcção e de controle das sensações próprias de esse acto.

Chega-se a este resultado com uma preparação feita nos últimos 3 meses da gravidez. Esta preparação contém elementos físicos, psíquicos e pedagógicos. Não são elementos independentes; pelo contrário, têm de se manter numa estricte dependência recíproca. O seu objectivo é ensinar à mulher quais são os gestos, as atitudes respiratórias e musculares que serão as mais favoráveis à boa marcha do parto; porém, nada se poderá conseguir sem que o cérebro possa desempenhar o seu papel essencial. Os elementos físicos são importantes, permitem à mulher uma actividade consciente e reflectida, a manter durante o parto. Ela não será mais um ser passivo, vítima da dor e da angústia.

O facto de se não recorrer a nenhuma substância medicamentosa, contendo sempre alguns riscos tóxicos para o filho, o encurtamento do tempo de dilatação e de expulsão, o facto de as reanimações fetais serem numa percentagem insignificante e o número de fórceps reduzido, outros tantos benefícios para o filho, tudo isto é em louvor do método.

O primeiro dos acima mencionados artigos insere relatos, feitos pelas parturientes, do que sentiram ao parir, na maior parte colhidos no Hospital do Ultramar, entre as alunas dos cursos de preparação de grávidas para o acto do parto. Das grávidas que os frequentaram pariram 35, e de entre estas 25 apresentaram relatórios. Os resultados neles apontados permitem a seguinte classificação: óptimos — 5, muito bons — 4, bons — 7, suficientes — 5, medíocres — 3, maus — 1. Pelo que observou em Paris, no Centro Policlínico do Dr. Rouquès, onde o Dr. Lamaze tem larguíssima experiência do método, e pelo já verificado pessoalmente, o A. louva-o abertamente.

No segundo artigo o A. expõe minuciosamente os fundamentos psico-fisiológicos do método. Nota as suas largas possibilidades de generalização, a vantagem da economia, a juntar-se à da inocuidade para a mãe e para o filho. E descreve a sua aplicação nos termos que a seguir se transladam.

Em regra, a mulher inicia as lições e os exercícios correspondentes

a partir do 7.º mês da gravidez. Recebe assim uma preparação sob triplíce aspecto: físico, pedagógico e psicológico.

Aprende noções sobre a evolução da gravidez, o desenvolvimento do feto, a fisiologia do parto, etc.

Aprende o mecanismo da dor em geral e em particular das clássicas dores do parto.

Aprende a razão pela qual normalmente a parturiente não deve sentir dores, desde que tenha sido adrede preparada.

Aprende a razão pela qual a mulher não preparada em regra as sente.

Aprende a separar a dor da contracção uterina.

Aprende a fazer desaparecer de dentro de si a atmosfera de medo, de apreensão, de expectativa ansiosa, de sofrimento em que desde pequena foi criada no que respeita à fatalidade das dores de parto, pelo que sempre presenciou ou ouviu dizer à mãe, à avó, às amigas, etc. «A arte do médico — escreveu Nicolaiev a este propósito — está em mostrar que a sua palavra é mais valiosa que a da avó, que teve um parto doloroso».

Aprende a fazer certos exercícios de relaxamento muscular, de modo a que durante o trabalho saiba não pôr em acção músculos que nada têm que ver com o parto; certos exercícios de respiração que terá depois de repetir na fase de dilatação, visando por um lado a criar e manter em boa actividade um centro de excitação cortical com a respectiva zona de inibição circundante, inacessível às excitações oriundas do útero, visando por outro lado a não aumentar as excitações uterinas, e a fornecer o acréscimo de oxigénio necessário para o trabalho de contracção do útero, etc.

Aprende a respirar oxigénio através duma máscara muito leve de *plexiglass* na fase final do parto, quando começa a sentir-se fatigada pelo esforço despendido.

Aprende que, normalmente, não deve necessitar de qualquer medicamento mais e, quando muito, receberá um pouco de coramina e de glucose.

Mas aprende também que, por vezes, quando há distócias ou quaisquer perturbações no desenrolar do parto, é preciso administrar-lhe outros medicamentos (que quase sempre são eficazes em doses mínimas, inferiores às habituais), ou é mesmo necessário ir até à intervenção cirúrgica. Por isso, devem-lhe ser mostrados, antes do parto, pelo menos o quarto onde irá instalar-se, o aparelho de oxigénio, a sala de trabalho e até a sala operatória.

Aprende a defender-se das influências negativas que à sua volta continuam, regra geral, a exercer-se até à altura do parto.

Aprende, sobretudo, a tomar uma atitude consciente e activa, participando em todas as fases do desenrolar do seu próprio parto, ajudando-o, dirigindo-o, controlando-o.

Semelhante participação activa e consciente, implicando portanto

a presença não só de faculdades de crítica, de controle, como duma nitente lucidez, afigura-se da maior relevância e responde por si só a alguns comentários simplistas que procuram fazer equivaler o método psicoprofilático a mera técnica de sugestão ou mesmo de hipnotização.

No final do curso, a grávida assiste à projecção dum filme ilustrativo, que lhe permite ficar com um visão mais concreta e mais próxima da realidade que ela própria está vivendo e vai viver até ao nascimento da criança.

Chegado o momento do parto, a grávida deve ser acolhedoramente recebida no Hospital e durante todo o trabalho deve ser acompanhada com a necessária atenção pela parteira e pelo médico, de modo a nunca perder o indispensável sentimento de segurança. Estas últimas circunstâncias constituem também um factor muito valioso para o bom êxito do parto, como, aliás, frequentemente afirmam as próprias mulheres nos depoimentos sobre o seu próprio parto.

TRATAMENTO DA HERPES ZOSTER. — Em 3 casos do tipo intercostal e num de localização oftálmica, o A. obteve resultados magníficos, de rápida cessação das dores e brevidade na regressão das vesículas, com injecções subcutâneas de 0,045 g ou de 0,060 g de cloridrato de emetina; deu-se a cura completa em 4 ou 5 dias, por meio de 2 ou 3 injecções dadas dia sim dia não. A confirmarem-se estes efeitos, estamos em face de um procedimento de grande interesse.

HOSPITAIS PORTUGUESES, VI, 1954. — N.º 35 (Nov.): *Enfermagem obstétrica*, por M.<sup>a</sup> Madalena Taveira; *Normas a seguir pelo pessoal de enfermagem no acolhimento a dispensar aos doentes internados*, por J. Pinto Teles. N.º 36 (Dez.): *Projecto de regulamento dos serviços internos do hospital de uma Santa Casa da Misericórdia* (continuação), por António M.<sup>a</sup> Andrade; *Prevenção e tratamento das escaras*, por Cândido da Solva; *Inquéritos assistenciais*, por José M. Coutinho.

INQUÉRITOS ASSISTENCIAIS. — Perante a improficuidade dos atestados de pobreza passados pelas Juntas de Freguesia, e dos inconvenientes económicos e morais dos inquéritos feitos directamente pelas Misericórdias, reclama-se a criação de Sub-delegações concelhias dos Centros de Inquérito Assistencial, como foi prescrito no artigo 95.º do decreto n.º 35.108.

O MÉDICO. — N.º 183 (3-III-1955): *Papel do anel faringeo de Waldeyer na medicina interna*, por M. Cerqueira Gomes; *Um caso de carcinoma brônquico*, por T. George Villar; *A cirurgia das amígdalas, das vegetações adenóides, da obstrução nasal, e a tuberculose*, por Joaquim Barbosa; *Cirurgia das amígdalas e das vegetações adenóides*, por Jaime de Magalhães; *Sociedades científicas*, por Mendonça e Moura.

N.º 184 (10-III): *Novos aspectos da vascularização renal*, por João Costa, Antero de Carvalho e Aires Rangel; *Hematoma retro-placental*, por Ibérico Nogueira; *Prof. Alexandre Cancela de Abreu*, por Barahona Fernandes. N.º 185 (17-III): *Amígdalas e adenóides, sem papel em otologia*, por Ângelo Pena; *O problema das amígdalas e das adenóides visto por um pediatra*, por Fernando Sabido; *Reacções psíquicas e amígdalo-adenoidectomia na criança*, por Costa Quinta; *A Ordem e o seu regulamento*, por Mendonça Moura; *O governo dos hospitais*, por J. Paiva Corrêa. N.º 188 (24-III): *A engenharia e a saúde pública em Portugal*, por Fernando Correia; *Estados convulsivos na criança*, por M.<sup>a</sup> de Lourdes Levy; *A pecha do curandeirismo*, por A. Rodrigues Paz; *Sobre o governo dos hospitais*, por M. da Silva Leal; *Aspectos de assistência médica e social em Moçambique*, por Alexandre Sarmento. N.º 187 (31-III): *A roentgenterapia de contacto e suas indicações*, por J. Almeida Campos; *Parto dirigido* por Kirio Gomes; *Dos curandeiros*, por M. da Silva Leal.

PAPEL DO ANEL FARÍNGEO DE WALDEYER NA MEDICINA INTERNA.

— O A. indica as relações da série de formações linfáticas que cercam a faringe (entre as quais se destacam a amígdala faríngea e as amígdalas palatinas) com a patologia interna; e depois de apontar as muito frequentes reacções inflamatórias de essas formações, discute a sua importância como factor de variadíssimas doenças, o que levou a larga prática da amigdalectomia. Os factos, porém, foram colocando a rino-faringe num lugar menos amplo, atribuindo-se às suas formações linfáticas uma responsabilidade mais limitada. Há amígdalas que continuam a exigir a enucleação, mas há circunstâncias em que se deve ser mais conservador do que tem sido costume; cada caso tem de ser considerado, em conjunto pelo internista e pelo oto-rino-laringologista.

O PROBLEMA DAS AMÍGDALAS E DAS ADENÓIDES VISTO POR UM PEDIATRA. — Todos os autores consideram formais para a amigdalectomia a amigdalite de repetição e a amigdalite crónica, e com razão; são essas as únicas indicações sistemáticas. Segundo o documentado trabalho de Kaiser (com cujas conclusões o A. concorda, em face da sua prática clínica), a operação é inútil para evitar repetidas constipações, pois o benefício é pouco duradouro; também não interfere na infecção do ouvido das crianças pequenas, devendo procurar-se noutro ponto a origem do foco séptico responsável; é porém benéfica nas adenites cervicais agudas e crónicas não específicas, pois as amígdalas estão ligadas patologicamente aos gânglios látero-cervicais, sobretudo aos submaxilares.

A ablação das adenóides não protege contra as infecções do aparelho respiratório. A sua indicação, clássica, é a do síndrome obstrutivo da naso-faringe, em geral associado a infecção.



Kaiser estudou as relações das amígdalas e adenóides com as afecções alérgicas, a febre reumática e o glomérulo-nefrite. Em nenhuma de estas situações a intervenção removedora teve influência benéfica assinalável. Nos poucos casos do A. também se não verificou.

Entendo o A. que a relação entre a frequência das afecções oto-rino-laringológicas e a idade deve interpretar-se no sentido de, sempre que não sejam urgentes (e só o são, em regra, na infecção, na obstrução e na hipoacusia), as intervenções sobre as amígdalas e as crianças só devem fazer-se depois da criança ter 5 anos de idade. Os motivos estão em que quando essas formações estão infectadas, do processo infeccioso participam os dispersos folículos linfóides da naso e oro-faringe, que se hipertrofiarão por em mais baixa idade estarem em actividade fisiológica; e ainda porque depois daquela idade se dá muita vez uma involução que dispensará a cirurgia.

Quando, após a amigdalectomia, se dão repetidas infecções naso-faríngeas e respiratórias, a radioterapia e a radioterapia do tecido linfóide do anel de Waldeyer é bom procedimento.

ESTADOS CONVULSIVOS NA CRIANÇA. — Dependem de variadíssimas causas, que podem repartir-se em: alterações anatómicas do encéfalo e das meninges, alterações fisiológicas gerais, predisposição constitucional genética. As classificações clínicas são a pormenorização de estes grupos etio-patogénicos. A frequência relativa dos principais estados, segundo a estatística de Peterman, em 2.500 casos, é a seguinte: infecções agudas — 33,4 %; epilepsia essencial — 26,3 %; tranmatismo de parto ou suas sequelas — 14,2 %; meningite, encefalite, agenesia cerebral e nefrite crónica — 13,1 %; tetania infantil — 7,4 %; causas indeterminadas — 5,6 %.

A averiguação da causa, quando reconhecível, dita o tratamento por assim dizer específico, removendo o factor em questão, ou modificando o meio humoral, (o que só ocorre na tetania e na hipoglicemia). Há porém um tratamento de urgência, para dominar os acessos convulsivos, para o qual estão indicados o hidrato de cloral por via rectal, e os barbitúricos por via intramuscular ou endovenosa; também se tem empregado o clorofórmio por máscara, o amital sódico, o seconal rectal, a avertina, a novocaína, o sulfato de magnésio, o paraldeído, o largactil. Estão contra-indicados: cânfora, coramina, cardiazol, oxigénio. Vem depois a descrição da série de medicamentos anti-epilépticos, todos com seus inconvenientes de efeitos secundários, e as regras da sua utilização. Finalmente, o A. chama a atenção para a importância da dieta cetogénica, abundante em gordura e pobre em hidratos de carbono, que actua benéficamente, como o faz o régimen de fome.

CADERNOS CIENTÍFICOS — Vol. III, Caderno 4 (1954): Contêm os relatórios apresentados ao X Congresso da Sociedade Oto-rino-laringológica Latina, realizado em Lisboa, sob a presidência do Prof. Car-

los Larroudé, que publica a introdução aos trabalhos do Congresso. Os relatórios, subscritos por autores estrangeiros, versam vários aspectos dos problemas ligados à função vocal, redigidos nos respectivos idiomas; entre eles, em português, os de participantes brasileiros: *Anatomia comparada da laringe*, por Ermiro de Lima; *Laringoscopia directa*, por Rúbem Amarante; *Paralísias recorrentiais*, por Raúl de Sanson e Rúbem Amarante; *Tratamento médico das disfonias e laringites crónicas*, por Paulo Mangabeira Albernaz. E ainda as de portugueses: *Exame clínico corrente da laringe*, por F. da Silva Alves e Jeremias da Silva; *Disfonias psíquicas*, por Barata Salgueiro; *Disfonias endócrinas*, por Campos Henriques, Nobre Leitão e Sant'Ana Leite.

TRATAMENTO MÉDICO DAS DISFONIAS. — As disfonias podem ser: 1) inflamatórias inespecíficas; 2) inflamatórias específicas; 3) paralíticas articulares; 4) paralíticas nervosas; 5) neoplásticas benignas; 6) neoplásticas malignas; 7) compressivas; 8) cicatriciais; 9) neuro-psíquicas; 10) disfuncionais, psicogénicas e alérgicas.

1 — As disfonias de causa inflamatória inespecífica têm como tipo capital a laringite crónica simples, resultante de laringite aguda. Trata-se de casos em que a laringite aguda, ou não foi tratada convenientemente e o organismo apresentava condições especiais para sua transformação em laringite crónica, ou o paciente não teve os cuidados que o mal exige: continuou a fazer uso de bebidas alcoólicas, de gelados, de fumo, a usar imoderada e inadequadamente a voz, etc. O tratamento médico da laringite crónica simples só surte efeito no tipo hipertrófico e no tipo atrófico.

No primeiro caso, o factor terapêutico número um, é o repouso vocal. Deve-se pesquisar acuradamente toda causa geral passível de entreter a laringite: doenças renais, cardíacas, e, na mulher, as insuficiências glandulares, simples ou associadas. Uma vez afastadas tais hipóteses, começa o tratamento pelo repouso vocal absoluto durante 48 horas. Nesse tempo já se lança mão das fumigações ou inalações com substâncias medicamentosas — mentol, eucaliptol, etc., em vapor de água; convém notar que a dose de mentol tem grande importância, não devendo, nesses casos, ultrapassar 1 %, sendo melhor a meu ver, 0,50 %. Aliás, o efeito das drogas, nas inalações, é secundário; a acção deve-se, de facto, ao vapor de água e, sobretudo, à temperatura. Tratamento mais eficaz é a inalação de oxigénio com antibióticos — penicilina, estreptomina, aureomicina, etc. — o chamado *aerossol*. Nas formas rebeldes e mais antigas, a este tratamento deve ser acrescido o emprego dos toques da mucosa com nitrato de prata a 3 e a 5 %. O nitrato é, nesses casos, insubstituível, pois reduz rapidamente o processo hipertrófico da mucosa; exige, porém, técnica cuidadosa, e só deve ser aplicado nos pontos em que há de facto hipertrofia, e não às cegas, por toda a laringe, pois que, então, mais causará dano que benefício. As aplicações externas, no pescoço, dão

resultados muito favoráveis, quando se lança mão da diatermia e, especialmente, da indutoterapia, cuja acção é segura e pronta.

Nas formas atróficas, e mormente nas crustosas, ligadas à rinite atrófica, felizmente raras, o tratamento é pouco eficaz. De modo geral as insuflações de estreptomina em pó e, sobretudo, de bacitracina são, no momento, o tratamento mais eficiente da rinite e laringite atrófica.

2 — As laringites crônicas inflamatórias específicas, apresentam lesões muito variáveis, e, é lógico, disfonias muito intensas. As lesões podem ser hipertróficas, proliferativas, ulcerosas, etc. Nas devidas à sífilis, hoje mais rara que outrora, o tratamento específico, com a penicilina à frente. A laringite tuberculosa está na dependência das lesões pulmonares, e trata-se com os antibióticos. Para a da leishmaniose, que sucede às manifestações nasais e faríngeas, o arsénio e o antimónio. O escleroma da laringe trata-se com estreptomina; há casos de cura com antimónio e sais de ouro, com a ajuda de vacina autogénica. O tratamento específico da paracoccidiodose, imprópriamente chamada blastomicose, faz-se com as sulfas, preferentemente associadas.

3 — As disfonias paralíticas, devidas as mais das vezes à artrite crico-aritenóidea, tem tratamento diverso segundo a causa: do reumatismo pelo salicilato devendo dar bons resultados a cortisona e a ACTH, e a da gota pelo cólchico, auxiliado pelo regimen adequado.

4 — As disfonias paralíticas nervosas podem aparecer isoladas, ou associadas a paralisias do véu palatino, músculos do pescoço, língua, etc.; e virem acompanhadas por distúrbios sensitivos e sensoriais.

Na paralisia da corda vocal isolada quase sempre se trata de paralisia do nervo recorrente por compressão quer da aorta (muito mais frequente) quer da artéria sub-clávea. Este tipo ficará melhor enquadrado, portanto, na chave das paralisias de causa compressiva.

O segundo tipo, o associado, é de causa mais variada. Atribuiu-se, outrora, este tipo de paralisias associadas a compressão por neoplasmas e pelos gânglios jugulares superiores, os chamados «gânglios de Krause»; hoje em dia, muitos dos casos têm por causa doenças determinadas por vírus. A etiologia, nesses casos, tem importância absoluta, pois de seu descobrimento decorre o efeito da terapêutica.

Nas afecções compressivas da base do crânio — osteíte da zona do buraco látero posterior, tumores do ângulo ponto-cerebral ou das adjacências, aracnoidites da base do crânio, etc. — tais síndromes podem manifestar-se. O diagnóstico é da competência do neurólogo.

Nas formas isoladas em que, por exemplo, apenas o espinal foi lesado — paralisia da metade do véu, da metade da laringe e dos músculos cervicais e escapulares de um lado —, a causa talvez mais comum é uma doença por vírus; compete ao médico lançar mão de altas doses diárias de cloridrato de tiamina (vitamina B<sub>1</sub>) e do cloranfenicol.

5 — As disfonias determinadas por neoplasias benignas só podem ser solucionadas pelo tratamento cirúrgico. Quer os pólipos comuns,

quer os papilomas, fibromas, condromas, não se modificam com o tratamento médico.

6 — As disfonias causadas pelos neoplasmas malignos têm sua terapêutica na dependência do tipo do blastoma e de sua localização. O sarcoma, o fibro-sarcoma apresentam outros problemas que não apresentam os epitelomas, os linfomas, os linfo-sarcomas. São casos a entregar aos especialistas no assunto.

7 — As disfonias de origem compressiva são em geral determinadas por lesão do ou dos recorrentes. É a paralisia da corda vocal causada pelos aneurismas da crossa da aorta, ou da artéria sub-clávea; o tratamento geral — médico ou cirúrgico — impõe-se, mas nem sempre dá resultados favoráveis. As doenças da glândula tireóidea — bócios de qualquer natureza, cistos, adenomas —, são causa algo comum de compressão do recorrente e consequente paralisia da corda vocal. Cicatrizes decorrentes de tiroidectomias podem incluir um ou ambos os recorrentes, manifestando-se a disфонia alguns dias após o acto cirúrgico; os tratamentos médicos são inoperantes e os cirúrgicos, na paralisia unilateral, são quase sempre de resultado aleatório. Os neoplasmas da cartilagem tireóide podem causar disфонia, mas é claro que o tratamento médico nada poderá fazer nesses casos.

8 — As disfonias cicatriciais são quase sempre por lesões oriundas de granulomas e quase exclusivamente por sífilis, leishmaniose e escleroma. Podem ser igualmente de origem traumática (acidentes, tentativa de degolamento por crime ou por suicídio, etc.). O tratamento é inoperante, tanto o médico como o cirúrgico.

9 — As disfonias neuro-psíquicas são da alçada do neurólogo e do psiquiatra. Era outrora algo frequente a disфонia histérica, mais no sexo feminino, de tipo recorrente; cede em geral ao tratamento psíquico. As disfonias de origem central são um tanto raras, mas não são sempre isoladas, acompanhando-se de disartria, dislalia, etc.; o seu tratamento escapa à alçada do laringologista.

10 — As disfonias por distrúrbio da função vocal estão hoje, as mais delas, entregues aos foniatras. A mais comum é a da laringite dos profissionais da voz: mercadores de rua, jornalheiros, oradores, professores, etc. Há aqui várias causas a estudar. Em primeiro lugar, há a laringite por uso imoderado da voz, por abuso vocal. A frequência com que o indivíduo fala, e fala em tom elevado, determina uma congestão intensa das cordas vocais e de toda a mucosa da laringe. Dentro de pouco, não é mais possível a emissão dos sons graves com nitidez. Facto semelhante dá-se com os cantores profissionais, quando, por erro de educação, a voz não é posta como devia, ou quando, por exemplo, um cantor cujo registo exacto é de soprano lírico quer possuir o de soprano ligeiro; isso acarreta um esforço constante da laringe, de que resultará a disфонia, e inúmeros cantores profissionais de renome tiveram vida efémera por esse motivo.

É um problema sério o destas disfonias profissionais, mormente, nos

professores. A higiene vocal — a eliminação de todos os focos de infecção vizinhos (amigdalites, sinusites, gengivites, etc.), e a correção de distúrbios respiratórios, sobretudo nasais, é indispensável. Depois, temos que instituir a regime adequado, não só alimentar, como higiênico, além da reeducação vocal. Quanto ao regime alimentar, chama-se a atenção em primeiro lugar, para as deficiências vitamínicas (importância do complexo B). O álcool e o fumo são factores de alta significação nestes casos. Ao traumatismo constante do falar alto e demoradamente junta-se o efeito congestivo, por acção do ácido empíreumático, do tabaco, e a acção geral irritante do álcool.

Há uma disфония de carácter especial, que é causada por, em vez de ser a fonação exercida pelas cordas vocais, passar a ser feita pelas cordas falsas, quer em virtude de esforços feitos pelo paciente durante um distúrbio transitório manifestado no curso de laringite aguda, quer por motivo de qualquer lesão permanente das cordas verdadeiras. Se não há alterações locais, há que fazer uma reeducação da laringe; se existem (nódulos vocais), o tratamento é cirúrgico, mas não podemos esquecer em tal caso a etiologia alérgica.

Ainda por abuso da voz pode dar-se a disфония que resulta das duas úlceras de contacto, úlceras fronteiriças. O tratamento capital é médico, e baseia-se no repouso rigoroso (20 palavras por dia, tudo o mais por escrito), silêncio prolongado por 6 a 12 meses, quando não mais.

Há disfonias psicogénicas; o diagnóstico é difícil, mormente se o paciente é profissional da voz. Caso interessante é o relatado por Barata Salgueiro, de verdadeira epidemia de disfonias de causa psíquica, observada em uma guarnição militar, em Cabo Verde. Nesses casos, o tratamento será o sugestivo.

Por fim, mais um factor etiológico a ser levado em consideração nas disfonias é o alérgico. A paquidermia, os nódulos vocais e até os papilomas podem ser de causa alérgica. Em casos desta etiologia, o tratamento anti-alérgico impõe-se: higiene adequada, eliminação de alérgenos (mormente inalantes) e emprego de anti-histamínicos.

**DISFONIAS ENDÓCRINAS.** — A função vocal sofre considerável influência endócrina, particularmente das glândulas genitais. Já o próprio desenvolvimento da laringe, a sua fisiologia normal, dependem estreitamente da evolução de essas glândulas e correlativa produção de hormonas. E como estas fazem parte do sistema endócrino, com as interdependências conhecidas, pode uma perturbação hormonal provir das glândulas sexuais, directa ou indirectamente, quando outras não marcam mais pronunciadamente a sua acção.

A correlação da evolução da laringe e da voz com a endocrinologia é manifesta. Até à puberdade a laringe mantém-se infantil, a voz é assezuada. Chegada a época da puberdade, a laringe sofre modificações na sua estrutura, incidindo nas cartilagens e nos músculos, repercutindo no

aspecto morfológico das cordas vocais, com a consequente modificação da voz. Esta é pouco acentuada no sexo feminino. No masculino as alterações são muito grandes: as cartilagens aumentam de volume no sentido ântero-posterior, as cordas alongam-se e engrossam, a voz torna-se mais grave.

A persistência da voz infantil no homem pode atribuir-se a eunucoidismo precoce, tal como a castração do adulto provoca o mesmo timbre de voz, por eunucoidismo tardio. Há, porém, indivíduos com voz eunucóide mas com órgãos genitais bem desenvolvidos, e então trata-se de uma perturbação funcional na emissão e na colocação da voz, como resultado permanente do fenómeno de inadaptação transitória, inerente à muda da voz.

Na mulher, a menstruação provoca hiperemia das cordas vocais, que torna a voz asténica, apagada; o que se atribui à hiperfoliculinemia própria do período. A vida sexual e a gravidez, por vezes originam parecidas alterações, embora menos nítidas. Na menopausa as modificações dão-se no sentido da isquemia (ao contrário das que acabam de citar-se), e a voz torna-se mais grave e rude, masculinizada; este facto deixa de dar-se quando se opera um fenómeno de compensação endócrina, à custa de hiperfunção da glândula tiroideia.

No campo da patologia, cite-se a monocardite vaso-motora, ou síndrome simpático vocal, exarcebação da perturbação fisiológica que ocorre no período menstrual. Há uma laringite grave, felizmente rara, que lembra o quadro da laringite atrofica ozenosa, e que aparece nas grávidas, regressando espontaneamente após o parto. Recentemente têm-se relacionado com a disfunção ovárica os nódulos das cordas vocais; o êxito terapêutico da testosterona é argumento a favor de este conceito.

Outras glândulas são responsáveis por quadros laríngeos. A tiroideia pode por acção vaso-motora dar o síndrome tiro-vocal puro, de disфонia, ou esta estar ligada à endocrinopatia, à doença de Basedow. No mixedema a laringe fica infantil. Recorde-se o eunucoidismo secundário dos infantilismos hipofisários, entre outras perturbações vocais devidas a alterações da hipófise; a epífise é responsável pela macrogenitosomia, síndrome típico da puberdade, com caracteres sexuais secundários, entre eles o da laringe, em rapazes de 10 a 12 anos. Semelhantemente, o caso de virilismo suprarrenal. A insuficiência das paratiroideias, com sua hipocalcemia, favorece a aparição dos laringo-espasmos. Indirectamente, por perturbações neuro-vasculares, a constelação endócrina presidida pela hipófise, por virtude de estímulos hipotalâmicos, pode ser responsável por edemas não específicos da laringe. Finalmente, registre-se o facto de nos diabéticos as laringites intercorrentes terem geralmente um curso prolongado, resistindo às terapêuticas habituais.

COIMBRA MÉDICA, II, 1955 — N.º 1 (Jan.): *Prof. Dr. Fernando de Almeida Ribeiro*, pela Redacção; *O Instituto de Medicina*

*Geral de Coimbra*, por F. de Almeida Ribeiro; *Acerca da valorização pericial do arsénio*, por L. A. Duarte Santos; *Um diagnóstico de septicemia estreptocócica*, por A. Vaz Serra. N.º 2 (Fev.): *Uma pequena aldeia bociógena*, por A. da Rocha Brito; *Aspectos médico-sociais da diabetes mellitus*, por M. Bruno da Costa; *Outro caso de Kalazar no adulto*, por J. Gouveia Monteiro; *O tratamento da osteomielite aguda dos adolescentes*, por Francisco Pimentel; *Um estado de anasarca*, por A. Vaz Serra.

UM DIAGNÓSTICO ERRADO DE SEPTICEMIA ESTREPTOCÓCICA. — Uma menina de 10 anos que adoeceu com dores de cabeça precedidas de arrepios, elevação de temperatura e suores; a progressão do padecimento levou a estado febril persistente com acentuado grau de toxi-infecção; ponderadas várias hipóteses, procedeu-se a hemocultura, afirmando o laboratório a existência de estreptococos no sangue. Parecia acertado o diagnóstico de septicemia estreptocócica médica.

Não havia, porém, no passado da criança qualquer afecção justificativa, mencionadamente de reumatismo articular agudo, e presentemente não se reconhecia qualquer lesão, nem na pele, nem no aparelho urinário; não havia sintomas nem objectivos nem subjectivos, além da febre. O estado geral, apesar da febre, não era de prostração; o A. entendeu que, nestas condições, tal diagnóstico era discutível.

Não havia motivos para pensar em febre tifóide, febre de Malta, paladismo de primeira infecção, pielonefrite; pensou em primo-infecção tuberculosa, como possível causa da sintomatologia exclusivamente geral que a doente oferecia. A favor desta hipótese: a idade, o apetite regular, a taquicardia, a vivacidade da doente, a ausência de prostração mesmo quando a temperatura era alta. Parou-se então com toda a terapêutica, e fez-se a cuti-reação à tuberculina, que foi fortemente positiva. A radiografia mostrou no hemitorax direito lesões inequívocas de primo-infecção, pulmonares e ganglionares, com atelectasia apreciável. Indagando-se da existência de baciiose nas pessoas que conviviam com a doente, que todas negavam, pelo cadastro radioscópico respectivo deu-se com uma portadora de lesões fracamente evolutivas mas com expectoração bacilífera.

O facto da hemocultura ter dado resultado positivo pode atribuir-se, quer a contaminação acidental, quer à possível circunstância de o estreptococo existir casualmente no sangue sem patogenicidade, sabido como é que gérmens saprófitas ou indiferentes podem ser mobilizados quando o organismo está sujeito a doença infecciosa grave.

UMA ALDEIA BOCIÓGENA. — O internamento no hospital de um rapaz de 18 anos com volumoso bócio (simples pela classificação de Joll), o qual informou ter igual padecimento sua mãe e sua irmã, levou a inquérito na pequena aldeia de sua residência (Carvalho de Atalaia,

concelho de Pinhel), e por ele se apurou haver nela 11 casos bem visíveis, sendo de supor que outros há, frustes ou discretos.

O curioso é que noutra aldeia, situada a pouca distância, na mesma encosta da serra, não se viu caso algum. Passando em revista os conhecimentos sobre o bócio endémico, o A. conclui que esta situação necessita, para eclodir, dum constituição individual própria, hereditária ou adquirida, e duma causa própria à região, a qual seria hídrica na maioria dos casos e relacionada com carência em iodo. Na endemia estudada não se fez ainda a análise da água de que se abastece a gente da aldeia, mas os dois primeiros factores confirmam-se, pois dos 11 casos de bócio bem conhecidos, por volumosos, 4 eram de uma mesma família, e 3 de outra.

Considerações sobre a extensão endémica do bócio, e relato do caso que motivou este estudo, completam o artigo.

ASPECTOS MÉDICO-SOCIAIS DA DIABETES. — Assinala-se o aumento progressivo da doença em vários países, incluindo Portugal, trazido pelas cifras da mortalidade, apesar dos benefícios da insulina. Em Portugal o número de óbitos atribuído à diabetes açucarada é de mais de 400 por ano. A sua distribuição por distritos mostra ser maior nos do sul do país e menor nos de Trás-os-Montes e Beira Baixa. Tais cifras do obituário não dizem tudo, quanto à influência da diabetes como causa de morte, pois nos diabéticos agrava-se a letalidade por afecções cárdio-vasculares, doenças infecciosas e tuberculose pulmonar; a mortalidade real deve, como aconselha Joslin, ser o triplo da registada. De acordo com esta correcção, e arbitrando-se para cada óbito a existência de 10 diabéticos, deve haver no país cerca de 10 mil doentes.

O aumento da morbidade deve residir nas seguintes razões:

I — Maior longevidade da vida humana, permitindo que maior número de pessoas ultrapassem os 40 anos de idade. (Sabe-se que 2/3 dos diabéticos aparecem depois desta idade).

II — Maior incidência do factor hereditário, por, pelos novos tratamentos, se conseguir que as crianças diabéticas entrem na idade adulta, e uma vez nesta, mantenham a vida sexual normal ou quase normal, e a capacidade de procreação em estado normal, ou, pelo menos, quase normal.

III — Provável efeito diabétogénico da excitação psiconevropática da actual vida agitada e hiperemocional da sociedade humana, nomeadamente nas cidades.

IV — Falta de sobriedade alimentar e apreço do sedentarismo, em muitos indivíduos, de quase todas as classes sociais

A duração da vida do diabético, está em relação com a idade em que a doença aparece, sendo reduzida em tanto maior escala quanto a idade for menor. Nos Estados-Unidos da América calculou-se que até aos 10 anos, sendo de 57 anos a vida provável, nos diabéticos é



de 32; já aos 30-40 anos a redução é só de 12 anos, e aos 60-65 para uma vida provável de 8 anos a redução passa a ser de 4 anos.

O número de diabéticos idosos é o melhor estalão para medir a eficiência da assistência social aos doentes, pois que o tratamento dietético e insulínico dá sobrevivências que sem ele se não verificam. Em Portugal essa assistência é ainda precária, pois que poucos diabéticos atingem os 70 anos; na Zona Centro, num registo de 142 só há 6 com essa idade.

Expõe o A. os factores da diabetes (de entre os quais destaca a obesidade e a hereditariedade), e estabelece, pela seguinte forma, a profilaxia da doença:

I — Evitar a obesidade, antecâmara da diabetes, através de alimentação bem regulada, do combate ao sedentarismo, substituído por exercícios físicos convenientes.

II — Não fazer alimentação excessivamente glucídica, a qual pode originar hiperglicémia, que, se for constante, é de acção diabetogénica.

III — Excluir também a alimentação hiperproteica, que além de facilitar a neoglicogénese, pode levar à hiperuricémia, uma vez que são conhecidas as relações entre o ácido úrico e a aloxana, e o valor diabetogénico desta.

IV — Evitar tudo que possa excitar a hipófise, como emoções e tensão nervosa e psíquica permanentes, em especial nas mulheres, mais sensíveis e mais frágeis; vigiar os períodos de maior intensidade endócrina (adolescência, gravidez e menopausa); ordenar e moderar a vida citadina, que, por ser hipersimpaticotónica, é hiperglicemiante.

V — Fazer eugenia positiva, desaconselhando o casamento de 2 diabéticos ou entre 1 diabético e 1 hiperhipofisário constitucional.

VI — Vigiar todo o indivíduo, que vem de família de diabéticos.

VII — Vigiar cuidadosamente todo o glicosúrico, de cuja glicosúria não se haja ainda feito a prova certa do diagnóstico, e todos os indivíduos cujas glicémias, em jejum e pós-prandiais, estejam nos limites superiores normais.

VIII — Fazer a prospecção da diabetes, segundo os critérios atrás citados.

Uma eficaz profilaxia exige não apenas o interesse do corpo clínico e das entidades públicas, mas também a colaboração das populações, em especial dos diabéticos. Quanto ao tratamento, tem por base a boa educação do diabético, para que este dê colaboração eficaz, pronta e absolutamente necessária, sem a qual não há acção médica que obtenha resultados positivos.

O A. faz considerações sobre este ponto, assim como sobre os aspectos práticos de luta anti-diabética, com especial referência a Portugal; de passagem anota algumas facetas: influência na génese da arteriosclerose, diabetes na criança e no velho, diabetes traumática, diabetes e profissionalismo.

TRATAMENTO DA OSTEOMIELE AGUDA. — Conclusões: Para que o tratamento da osteomielite aguda dos adolescentes dê bons resultados, é preciso antes de tudo fazer um diagnóstico precoce, para que a penicilina possa actuar antes de que se formem barreiras que isolem o foco inflamatório e dificultem ou impeçam a sua acção.

É excepcional encontrar presentemente uma osteomielite aguda dos adolescentes tratados a tempo, que determine a morte do doente. É necessário chamar a atenção dos médicos para este facto, para esta evidência. A osteomielite aguda dos adolescentes é uma doença que se encontra no quadro das urgências, ela não pode esperar mais tempo do que uma fractura exposta ou uma hérnia estrangulada.

A imobilização e a penicilinoterápia, transformaram completamente o prognóstico vital do doença. Toda a intervenção de urgência deve ser proscrita e as intervenções evacuadoras vêm as suas indicações cada vez mais reduzidas.

O tratamento da osteomielite aguda dos adolescentes, simplificou-se enormemente desde 1949. Hoje faz-se a imobilização do membro doente em aparelho gessado, penicilinoterápia local e geral e quando muito a incisão do abcesso colectado clinicamente. As intervenções cirúrgicas têm uma indicação mais tardia, quando a doença se prolonga e passa à cronicidade.

O prognóstico longínquo, conseguido com este moderno tratamento, não pode ser ainda apreciado, pois que ele não se julga ao fim de alguns meses ou anos, mas sim no fim da vida, dada a tenacidade da infecção estafilocócica e a possibilidade de recidivas tardias.

UM ESTADO DE ANASARCA. — Um homem de 59 anos, agricultor, começou a padecer de edema nas pernas, sobretudo na direita, edema branco e mole, que de manhã não chegava a desaparecer inteiramente; fatigava-se facilmente, mas não havia mais sintomatologia. Diagnosticou-se: varizes profundas.

As terapêuticas instituídas não deram benefícios: com alternativas de melhoria e agravamento, o edema ia aumentando, invadindo as coxas, depois o ventre. Quando o A. o examinou a anasarca era franca, e não era difícil afirmar a existência de ascite livre medianamente abundante e de derrame da cavidade pleural esquerda. O exame do doente mostrou, além de esses edemas, também patentes na pele do escroto e no prepúcio, uma face levemente tumefacta e pálida. Não havia qualquer outra perturbação (inclusivamente, diurese e urina eram normais). O doente, com anasarca há mais de um ano, rebelde a diversas medicações, mantinha regular estado geral.

O A. vai rejeitando, por falta de sinais justificativos, os diagnósticos em que podia pensar-se: insuficiência cardíaca congestiva, pericardite constrictiva, edema nefrótico, edema angioneurótico, edemas neuro-paralíticos, obstáculo à circulação cava, cirrose hepática, e, por

fim, fixou-se no edema da fome. Neste sentido fez a indagação dos hábitos alimentares, e encontrou-se o verdadeiro diagnóstico.

O doente nascera numa pobre povoação rural, e quando tinha 7 anos sofreu queimadura na perna direita que levou muito tempo a cicatrizar; essa perna ficou a doer-lhe de vez em quando e sentia-a pesada. Foi para o Brasil e lá, no campo, durante dois anos, alimentou-se quase exclusivamente com arroz e batata doce. Quando regressado a Portugal a sua alimentação era sóbria, com géneros vegetais, só por excepção contendo carne, peixe, leite e ovos. Por conselho médico, durante dois meses comeu carne às duas principais refeições, ficando com a impressão de que não passava pior, mas logo voltou ao seu antigo regime, por as melhoras não terem surgido como pretendia; tinha acrescentado à carne dois decilitros de vinho, para fortalecer.

Pôs o diagnóstico de hipoproteinemia com a forma de béri-béri edematoso, concorrendo para ele os seguintes factos: alimentação deficiente durante mais de quinze anos, quase inteiramente privada de proteínas e vitaminas do grupo B, começo dos edemas a seguir a uma diarreia profusa, e agravamento a seguir a crises de diarreia. A ineficácia da introdução da carne na sua alimentação pode atribuir-se ao vinho que entendeu dever juntar-lhe. O maior volume do edema na perna direita deve ter por motivo uma celulite derivada da antiga úlcera da perna e de erisipela por infestação de um parasita, talvez a filária, ocorrida há quinze anos, quando esteve no Brasil.

O exame das proteínas do soro sanguíneo deu os seguintes números: Proteínas totais — 40,5, serina — 15,5 globulinas — 25 g por litro. Nas fezes não se encontraram ovos de parasitas.

O doente até aí submetido a repouso, dieta descloretada e tonificar-díaca, não acusava ao fim de 5 dias melhoria sensível; foi tratado então exclusivamente com vit. B<sub>1</sub> na dose diária de duas injeções endovenosas de 100 mgrs.. O efeito desta medicação foi espectacular. A diurese, que não ia além de 1 l., subiu imediatamente, atingindo um máximo ao fim de 3 dias com 3,6 l., para descer lentamente fixando-se, uma semana mais tarde, em torno de 1,5. O doente que pesava 59 kgr., assistiu surpreendido à fusão dos seus edemas e do seu peso que desceu para 46 kgrs. dez dias depois de iniciada a terapêutica pelo cloridrato de tiamina.

As pernas tornaram-se elegantes e ágeis e, com o doente deitado, totalmente livres de edema. As proteínas do soro subiram ligeiramente para 47,5 18,5 e 29, respectivamente de proteína, serina e globulina.

O doente, continuando com a mesma medicação e alimentando-se normalmente, teve alta 15 dias mais tarde, prevenido da necessidade de, na sua alimentação, ter uma dose de, pelo menos, 150 grs. de carne ou peixe, não abusar do álcool ou dos alimentos açucarados, de aumentar a ração de carne em caso de regresso do antigo mal e de vigiar o funcionamento intestinal.

Quando estava umas horas de pé as pernas acusavam a facilidade ao edema, o que não admira, pois não é impunemente que durante mais de um ano elas se tinham mantido tumefeitas e possivelmente nelas existia um processo de celulite crónica. Por isso, além dos cuidados preconizados, igualmente se recomendou a vantagem de massagens, ginástica, helioterapia, e o evitar a imobilização em ortostatismo.

ACTA ENDOCRINOLOGICA IBÉRICA, II, 1952 — N.º 5-6: *Artropatias e função suprarrenal* (em espanhol), por G. Marañón e V. Pozuelo; *Acção hipoglicémica da para-oxi-propio-fenona na diabetes mellitus*, por Eurico Pais; *Considerações sobre a cirurgia das tirototoxicoses* (em espanhol), por M. de Cardenas; *Contribuição para o estudo das funções hipófiso-suprarrenais pela eosinopenia adrenalínica*, por Iriarte Peixoto e Rosário Dias; *Efeito favorável da cortisona como tratamento do síndrome de Sjogren* (em espanhol), por M. Villaverde; *Tratamento da doença de Basedow pela roentgenterapia* (em espanhol), por J. M. Vilar e J. M. S. Malaret; *Diabetes e craneopatia neuroendócrina* (em espanhol), por A. Lafuente e F. Galvez.

PARA-OXI-PROPIO-FENONA NA DIABETES. — A fórmula química da substância representa, de certo modo, a semi-molécula do dietilbestrol, que por esta forma perde o efeito gonadal; o seu interesse está em manter, como a molécula inteira, a acção frenadora sobre a secreção das estimulinas hipofisárias, propriedade que levou ao seu emprego na doença de Basedow, iniciado logo em 1949 por Vignalou e Perrault. Depois deste trabalho original, vários mais se lhe seguiram, tendo outros autores ensaiado o novo fármaco, ao que parece com resultados satisfatórios, nas exoftalmias de origem hipofisária, nos síndromas hiperfoliculínicos, na doença escleroquistica do ovário, nas perturbações psíquicas desencadeadas ou agravadas por excesso de hormonas hipofisárias, nas hipermitoses relacionadas com o bloco hipotálamo-hipofisário, etc.

Por se tratar de uma droga com ausência absoluta de toxicidade e excelente tolerância afirmada, há cerca dum ano, o A. iniciou o estudo da acção da para-oxi-propio-fenona nos doentes diabéticos, baseando-se nos estudos que, de há 30 anos para cá, vêm sendo publicados cada vez com mais intensidade e que são tendentes a demonstrar a influência da hipófise na patogenia da diabetes mellitus, dada a grande importância que desempenha a hipófise no metabolismo dos hidratos de carbono.

Em 1930, com o trabalho fundamental de Houssay e Biasotti, ficou demonstrada a possibilidade de a extirpação da hipófise ou do seu lobo anterior levar à cura ou provocar nítida melhoria no quadro diabético do animal pancreatetectomizado. Young conseguiu, pela primeira vez, provocar a diabetes pela injeção repetida de extractos hipofisários, mostrando iniludivelmente a influência da hipófise na diabetes. Em 1944, Houssay e Foglia distinguiram a diabetes hipofisária da diabetes meta-

-hipofisária, chamando diabetes hipofisária à que se observa sob os efeitos directos do extracto e cessa ao suprimir a sua administração, e diabetes meta-hipofisária ou diabetes de Young, em honra deste investigador, à diabetes que persiste não obstante a supressão da administração do extracto. Na primeira, se os animais são sacrificados, encontram-se nos ilhéus muito escasas lesões que são reversíveis, isto é, que recuperam o seu estado normal ao cessar a administração do extracto. Na segunda, os ilhéus aparecem atróficos, muitas vezes reduzidos a tecido conjuntivo com muitas células  $\beta$  cheias de vacúolos, com núcleos em picnose e muitas células  $\alpha$  de aparência normal. Tais fenómenos têm muito interesse clínico. Outra diferença fundamental entre diabetes hipofisária e meta-hipofisária consiste, como disse Houssay, no facto de na primeira o conteúdo do glicogéneo hepático ser normal ou elevado, existindo grande resistência à insulina, e, na segunda, o glicogéneo hepático estar francamente diminuído e a resistência à insulina não estar aumentada.

Clinicamente e desde recuados tempos, numerosas observações de patologia humana atestam a relação presente entre a hipófise e o metabolismo dos hidratos de carbono. Em muitas doenças tipicamente de origem hipofisária têm sido descritos casos de diabetes associada, insulino-resistente, tal na acromegalia, e no síndrome de Cushing. Pelo contrário, na doença de Simmonds e em consequência do grave estado de hipopituitarismo anterior, faltam as hormonas contra-insulares (diabetogénica, tireotrófica e ACTH) predominando a actividade da insulina com diminuição da glicemia, tendência para crises hipoglicémicas e extraordinária sensibilidade à hormona insular.

No presente ensaio, o A. adoptou a seguinte técnica: — De início e prudentemente administrava comprimidos de 0,10 cgr em 3 doses diárias, por via oral. Dada a boa tolerância observada aumentou gradualmente as doses diárias, estando hoje a utilizar, como dose média diária, 1,5 g de para-oxi-propio-fenona administrada por 3 vezes antes das 3 principais refeições. Em alguns casos esta dose tem sido excedida tendo, num caso, atingido os 3 g diários, sem quaisquer sinais de intolerância.

O ensaio incidiu em 29 doentes, e por ele formulou, com todas as reservas de nota prévia, sujeitas a ulterior confirmação, as seguintes conclusões:

1.º — A para-oxi-propio-fenona desencadeia na maioria dos diabéticos uma acção hipoglicémica, por vezes muito nítida.

2.º — Esta acção é constante e muito intensa nos diabéticos insulino-resistentes.

3.º — Dos diabéticos insulino-sensíveis são os gordos hipertensos aqueles em que a para-oxi-propio-fenona tem acção mais eficiente.

4.º — O efeito hipoglicemiante da para-oxi-propio-fenona apresenta-se fugaz, com uma duração que não excede, em geral, 4 horas para cada dose.

5.º — Os efeitos benéficos da droga não se mantêm *à la longue* estabelecendo-se como que uma *habituação* ao medicamento.

A PROVA DA EOSINOPENIA ADRENALÍNICA NO ESTUDO DAS FUNÇÕES HIPÓFISO-SUPRARRENAIS. — Os AA. começam por pôr em relevo as dificuldades que ainda hoje existem para diagnosticar a insuficiência suprarrenal, apesar dos numerosos «tests» laboratoriais existentes («test» de Robinson, sobrecarga com potássio, prova de insulina, etc.). Referem seguidamente a sua experiência com a prova da contagem dos eosinófilos, antes e depois da injeção de 0,3 mg de adrenalina, tal como foi proposta por Recant e colaboradores. Em 16 casos de Addison a prova foi sempre positiva (ausência de queda dos eosinófilos). Em 16 casos de outras afeções estudados para o «contrôle» da prova só se registou positividade em 3 casos; nestes casos, também, a prova feita com o ACTH foi positiva (ausência de queda dos eosinófilos). Finalmente, dão conta dos resultados de ensaios realizados em ratos brancos intactos e hipofisectomizados que parecem confirmar de um modo geral os trabalhos dos autores que atribuem a baixa dos eosinófilos à entrada em jogo de um mecanismo hipotálamo-hipófiso-cortical.

ESCOLA MÉDICA, II. — N.º 2 (Nov. de 1954): *Regulação do débito cardíaco normal*, por Bragança Tender; *Introdução ao estudo do sistema Rb*, por Amândio Sampaio Tavares; *Componentes funcionais dos nervos cranianos*, por Castro Correia. N.º 3 (Dez. de 1954): *Hospital-Faculdade*, por Hernâni Monteiro; *A clínica das situações cirúrgicas do recém-nascido e do lactante*, por Armando Tavares; *Alguns aspectos da patologia do testículo*, por Manuel P. Hargreaves; *Regulação do débito cardíaco nas cardiopatias*, por Bragança Tender; *Os meios de cultura em bacteriologia*, por Aloísio Coelho.

ALGUNS ASPECTOS DA PATOLOGIA DO TESTÍCULO: HIPÓGONADISMOS. — Neste artigo se condensam, com exemplos característicos, as noções sobre hipogonadismos, que pelo interesse do seu conhecimento, com a devida vénia aqui se transcreve.

« — Ao testículo estão confiadas duas funções diferentes, embora intimamente relacionadas. São elas a função seminal, isto é, a formação de espermatozoides, elementos reprodutores masculinos; e a função androgénica, isto é, a produção das hormonas responsáveis, nas suas atribuições específicas, pelas características físicas (pelos, barba, voz, etc.) e psicológicas (agressividade, instinto) próprias do macho.

Estão bastante relacionadas as duas funções: quer directamente, porquanto não há maturação do espermatozoide, sem a presença de androgénios<sup>(1)</sup>; quer indirectamente, através da hipófise, porquanto o testículo

(1) A recíproca, aliás, não é verdadeira, porque pode faltar inteira-

depende do estímulo constante daquela glândula central, para a sua actividade.

Assim o prolan A, gonadotrofina folículo-estimulante, é indispensável à normal evolução da linha seminal que necessita ainda, para se diferenciar inteiramente em espermatozóides, da presença de androgénios; por sua vez as células de Leydig não funcionam e acabam por atrofiar-se se não receberem o estímulo do prolan B gonadotrofina luteinizante. Por outro lado, a hipófise é frenada nas suas actividades pelas secreções do testículo: quer os androgénios, quer ainda — e sobretudo — a inibina, nome que designa uma secreção hormonal do testículo, de tipo estrogénico, formada provavelmente pelas células de Sertoli e principal responsável pelo equilíbrio dinâmico hipófise-testículo.

A semiologia, clínica ou laboratorial, das afecções endócrinas do testículo resulta directamente (e aqui refiro-me apenas à hipofunção) da sua fisiologia.

Clinicamente, o síndrome é muito diverso segundo se estabelece já na idade adulta, com a morfologia do indivíduo estabelecida, os órgãos genitais e as características sexuais secundárias plenamente desenvolvidas, ou ainda na fase de crescimento. No primeiro caso, surgem apenas alterações funcionais: diminuição do líbido e da potência sexual, infertilidade, perda do instinto masculino e um síndrome de instabilidade vaso-motora e neuro-vegetativa muito semelhante ao que se encontra no climatério da mulher. No segundo caso, e com intensidade tanto maior quanto mais precocemente se instala a deficiência, surge-nos um quadro de hipogonadismo, com pénis e testículos pequenos ou mesmo rudimentares, ausência de caracteres sexuais secundários (falta a barba e o pêlo púbico e axilar e, duma maneira geral, a pilosidade masculina), a voz não adquire o tom grave do adulto e o indivíduo permanece sem os instintos próprios do macho.

No plano laboratorial, interessa examinar sempre o estado das secreções testiculares; a eliminação de gonadotrofinas; e, ainda, qualquer outro elemento para que a observação clínica chame a atenção (por ex.: meabolismo basal ou, preferivelmente, o iodo proteico, se existir suspeita de disfunção tireóidea).

Para o estudo da função seminal far-se-á o exame do sémen, que deve comportar, não somente a verificação da presença de espermatozóides mas um estudo detalhado das suas características, compreendendo: volume do ejaculado e número de espermatozóides; percentagem de formas anormais e suas características; presença de outros elementos figurados; motilidade dos espermatozóides examinada seriadamente durante as 24 h. ou, pelo menos, as 12 h. seguintes à emissão do ejaculado.

A seguir se enumeram as características a que deve obedecer num

---

mente a actividade seminífera do testículo e, no entanto, manter-se uma boa função androgénica.

exame de sémen normal: — Volume superior a 2 cc.; número de espermatozoides superior a  $50 \times 10^6$ /cc. e, em qualquer caso, maior que  $200 \times 10^6$ , no ejaculado total; percentagem de formas anormais inferior a 20 %, a maior parte delas apresentando pequenos defeitos; ausência ou só muito raras formas jovens e estas mesmo, já bastante diferenciadas; motilidade boa, pelo menos em 7 % dos espermatozoides no exame inicial com diminuição lenta até às 6 h., em que ainda são móveis 50 %, para depois descer rapidamente; mas às 12 h. ainda há numerosas formas móveis.

O esperma deve ser obtido após 3 dias, pelo menos, de continência sexual. Não têm valor os exames de sémen obtidos depois de grandes traumatismos orgânicos (convalescença duma doença infecciosa aguda; período pós-operatório; estado de intenso depauperamento físico, etc.).

A função androgénica, é estudada através do doseamento biológico dos androgénios ou pelo doseamento dos 17-cetoesteróides. Na prática, este último exame substitui inteiramente o anterior que, como método biológico, era difícil, contingente e trabalhoso. Na realidade, o grupo dos 17-cetoesteróides compreende uma vasta gama de esteróides, de proveniência e semiologia diversas e, portanto, convém aclarar o seu significado, as informações que pode dar-nos e ainda as limitações e contingências do método.

Denominam-se 17-cetoesteróides um grupo de compostos cujo núcleo, ciclo-penteno-fenantrénico — núcleo comum a todas as hormonas da suprarrenal, do testículo e do ovário — tem um grupo metilado  $\text{CH}_3$  no carbono 13 e uma função cetona no carbono 17 — daí o seu nome. Possuem estas características, os seguintes grupos de esteróides:

1.º — Os derivados da hormona testicular, a testosterona que, nos processos do metabolismo sofridos até à sua eliminação, perde a função alcoólica do carbono 17, substituída por uma função cetónica e se torna, portanto, um 17-cetoesteróide. São eles a androsterona e o seu estereoisómero, biologicamente inactivo, a eticolanolona;

2.º — Um dos estrogénios normalmente presente na urina, a estrona; mas como se trata de um fenol, pelas características do seu anel A, é possível eliminá-la por lavagens alcalinas e, portanto, não faz parte dos 17-cetoesteróides, tal como habitualmente se doseiam; por isso costumamos acrescentar àquela denominação: fracção neutra, não fenólica;

3.º — Androgénios de origem exclusivamente suprarrenal, que tem como substância tipo a dehidroisoandrosterona;

4.º — Esteróides resultantes da degradação das hormonas metabólicas da suprarrenal. Estas hormonas possuem uma cadeia lateral, anexa ao carbono 17, cadeia essa que é lábil e numa parte delas, é substituída por uma função cetónica;

5.º — E, finalmente, artefactos de técnica produzidos durante as várias manipulações a que é submetida a urina, particularmente, durante o processo de hidrólise.



Os compostos dos grupos 1.<sup>o</sup> e 5.<sup>o</sup>, são de origem mista, testicular e suprarenal; o grupo 2.<sup>o</sup>, constituído por um estrogénio fenólico, é, normalmente, eliminado durante as manipulações das técnicas correntes; os grupos 3.<sup>o</sup> e 4.<sup>o</sup> são de origem exclusivamente suprarenal. No seu conjunto esta glândula contribui com 2/3 e o testículo com 1/3 do total de 17-cetoesteróides eliminados pelo homem adulto normal. Este valor oscila entre 6 e 16 milig./24 h.

As noções atrás expostas permitem-nos pressupor a utilidade e também as limitações deste método:

Assim, compreendemos que a secreção testicular pode estar muito diminuída ou mesmo anulada e, no entanto o valor total ainda se manter dentro dos limites da normalidade. Quer dizer: uma taxa de 17-cetoesteróides normal, sobretudo na zona inferior de normalidade, não exclui, de forma alguma, uma deficiência testicular.

O método é decisivamente mais útil nos estados hiperfuncionais. Então surgem números sempre muito acima dos normais e, portanto, de valor semiótico incontroverso. Tais estados são, porém, pouco frequentes pois praticamente só os encontramos nas neoplasias do testículo e não em todas.

Maior interesse, como é óbvio, terá o doseamento fraccionado dos 17-cetoesteróides que pode revelar-nos, dentro de uma eliminação total normal, uma distribuição patológica das suas diferentes fracções. Foram feitas várias tentativas para a separação em grupos distintos (fracção  $\alpha$  e  $\beta$ , alcoólica e não alcoólica, etc.). Na sua utilidade clínica, não resistiram à prova do tempo. Hoje, decisivamente, caminha-se para o fraccionamento cromatográfico, cujos detalhes excedem os limites deste trabalho, mas que já se revelou bastante útil para ser universalmente aceite. Pesa sobre o método, todavia, a hipoteca duma técnica difícil e, sobretudo, extremamente longa, o que impede de ser, por ora, exame de rotina. Mas vencida esta dificuldade, terá sido dado um passo largo na semiologia laboratorial das hormonas gónado-suprarenais.

O doseamento das gonadotrofinas, por mais específico, surge como de maior utilidade — a suficiente para se tornar indispensável no protocolo de qualquer insuficiência testicular. Realmente este exame, sobretudo se for repetido algumas vezes, a intervalos, para firmar uma atitude, permite sempre, ou quase sempre, separar os hipogonadismos em dois grandes grupos patogénicos — e esta separação apresenta enorme interesse diagnóstico e terapêutico: *a)* os hipogonadismos por deficiência primitiva do testículo e subsequente desinibição hipofisária — portanto com eliminações altas de gonadotrofinas; *b)* os hipogonadismos secundários e deficiências hipofisárias, portanto com uma taxa de gonadotrofinas.

Na prática clínica, são muito variados os hipogonadismos que nos podem surgir. Com o auxílio de exemplos, tão típicos quanto possível, vamos focar as situações que surgem com maior frequência.

A — *Hipogonadismo do adulto*

Fisiològicamente, o testículo humano sofre uma fibrose progressiva que, estendendo-se ao longo das últimas décadas da vida, acaba por anulá-lo irreversivelmente, como órgão útil. Como regra, o processo, aliás muito irregular na sua cronologia, é lento bastante para que, assim diluído através do tempo, não acarrete sintomas. Menos vezes, por razões orgânicas ou actuações externas (castração, raios X, etc.), pode a função testicular ser suprimida rapidamente e então surge um síndrome em que, ao lado dos sintomas específicos de carência — frigidez, impotência, esterilidade — se instalam outras manifestações, de instabilidade vaso-motora e emotiva, largamente sobreponíveis à menopausa feminina. O climatério, no homem, está aliás descrito e encontra-se, com certa frequência. Eis um exemplo:

*Obs. I* — J. C. B., de 53 anos, casado, foi tratado há dois anos com fósforo radioactivo, por motivo de uma policitémia. Esta terapêutica dominou o processo hemático mas, de então para cá, queixa-se o doente de total ausência de líbido. Porque entende que é seu dever, e só por isso, tem relações matrimoniais sem dificuldade, aliás, mas aflige-o este súbito desinteresse pelo acto sexual.

A observação do doente não fornece qualquer elemento de valia. Mas os exames subsidiários, que foi possível realizar, mostram: — Gonadotrofinas — 14 unidades ratinho por 24 h.; Sémen: vol. 1,7 cc., N.º de espermatozoides: 2.115.000/cc.; Motilidade: 30 m. — 50 p. 100; 3 h. — 40 p. 100; 8 h. — 20 p. 100; 12 h. — 20 p. 100; 24 h. — alguns. Fórmula: normais — 59 p. 100; pequenos defeitos — 28,2 p. 100; defeitos graves e formas teratológicas — 10,2 p. 100; leucócitos — 1,2 p. 100; células epiteliais — 1 p. 100.

Mostra-nos esta observação um hipogonadismo em adulto previamente normal, induzido muito provavelmente pela acção lesiva do fósforo radioactivo sobre os elementos seminais do testículo que, no exame do ejaculado, se mostram em número diminuto e com larga percentagem de formas anormais.

*Obs. II* — M. J. R. F. C., 33 anos, casado. Consulta por esterilidade: casou há 9 anos e, embora faça vida conjugal normal, a esposa nunca gravidou. Gozou sempre boa saúde mas afirma que os testículos nunca desceram para as bolsas.

À observação, encontra-se um indivíduo de constituição asténica, voz masculina e moderado desenvolvimento piloso. Não há estigmas de hipofunção androgénica. Os testículos palpam-se nos respectivos canais, um pouco menores que o habitual, de consistência e sensibilidade normais.

Os exames subsidiários deram os seguintes resultados: Gonadotrofinas — 1,2 unidades ratinho por 24 h.; 17-cetoesteróides — 13 milig. por 24 h.; Sémen — ausência de espermatozoides no ejaculado.

Este é um exemplo frisante de hipogonadismo dissociado. Existe

uma função androgénica boa, atestada pela normalidade do desenvolvimento esquelético, pela presença de caracteres sexuais secundários e ainda pela normal eliminação de 17-cetoesteróides. Por outro lado, não existe função espermatogénica, quer porque o espermatozóide não matura sem a temperatura baixa das bolsas, quer ainda pela deficiente estimulação hipofisária.

Este síndrome de hipogonadismo parcial de origem hipofisária é, portanto, muito demonstrativo, porque nos mostra a possibilidade de funções glandulares dissociadas: insuficiência hipofisária gonadotrófica (e só desta função, visto que não há sinais de outras deficiências) condicionando uma ausência de função seminal com normal produção de androgénios.

*Obs. III* — J. E., 35 anos, solteiro. Destinado pela família à vida sacerdotal, só pelos 19 anos, quando abandonou o seminário e desistiu da carreira eclesiástica, notou que os seus órgãos sexuais eram rudimentares. Fez, irregularmente, terapêuticas várias, sem qualquer resultado.

Na altura da observação, encontramos um indivíduo de idade aparente superior à real, pele apergaminhada, total ausência de caracteres sexuais secundários (a voz é feminina, não existe barba, apenas se encontram alguns pêlos púbicos) e órgãos genitais infantis, com o desenvolvimento normal para uma criança de 8-10 anos.

Os exames subsidiários revelam os valores seguintes: Gonadotrofinas — 14,5 unidades ratinho por 24 horas; 17-cetoesteróides — 6 milig. por 24 h.; Sêmen — não se obtém ejaculado, como era de prever.

Instituída a respectiva terapêutica de substituição, após dois anos, tinham-se obtido os seguintes resultados: voz masculina, normal desenvolvimento piloso, púbico e corporal (salvo a barba), pénis normal, testículos com o volume de azeitonas de Elvas. O doente perdeu o aspecto envelhecido que exhibia antes e tornou-se activo, viril. Por último — pela primeira vez na sua vida, aos 37 anos — principiou a ter relações sexuais sem dificuldades. É uma observação muito demonstrativa das possibilidades que a terapêutica de substituição nos oferece, mesmo num hipogonadismo tão antigo como este.

#### B — *Hipogonadismo da criança*

O hipogonadismo na criança, tem aspectos particulares que poderemos resumir assim:

1.º — Até aos 8-10 anos, normalmente, os órgãos genitais da criança são muito pequenos; só por essa idade se inicia uma fase de desenvolvimento pré-puberal. Por este motivo, praticamente nunca se põe um problema de deficiência testicular antes desta altura.

2.º — Faltam elementos importantes de observação, clínica e laboratorial: não podemos apreciar o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, ainda ausentes; falta-nos o estudo do ejaculado, e as próprias eliminações hormonais só principiam a ter algum valor para o estudo da

hipofunção testicular nos anos imediatamente pré-puberais, porque antes dessa idade são, normalmente, muito baixos — quase nulos.

3.º — E, por consequência, é sobretudo na observação dos próprios órgãos sexuais e no exame clínico geral, que temos de buscar os elementos de diagnóstico.

Vamos apresentar exemplos de algumas situações frequentes:

*Obs. IV* — J. L. A. N., de 11 anos, estudante do liceu. Consulta por ectopia testicular e atraso genital. Foi sempre saudável.

À observação encontramos uma criança de constituição asténica e normal desenvolvimento somático. Os testículos palpam-se nos respectivos canais; são rudimentares. Pénis duma criança de 6-7 anos. Após 4 meses de terapêutica (gonadotrofinas coriônica e sérica e androgénios), os testículos descem, estávelmente, para as bolsas e os órgãos genitais tomam o desenvolvimento próprio da idade.

Em tudo, é este um exemplo dos mais frequentes: na associação hipogonadismo com a ectopia testicular e nos resultados terapêuticos obtidos: total normalização em poucos meses. Desnecessário será frisar a prudência com que devem manejar-se as hormonas sexuais nesta fase da vida: pois, se é útil normalizar uma deficiência, seria muito mau desencadear, bruscamente, uma prematura maturação sexual.

Outras vezes, o doente apresenta-se-nos mais tarde, numa idade em que, normalmente, o desenvolvimento sexual já se encontra em franco desenvolvimento: é um síndrome de puberdade atrasado.

*Obs. V* — A. J. R. S., 15 anos, estudante do liceu. Consulta por obesidade e atraso genital. Gozou sempre, e goza ainda de excelente saúde.

À observação, encontramos uma criança de idade aparente inferior à real, gordo (pesa 53,400 para 1<sup>m</sup>,45 de altura), com uma obesidade branca, flácida, que se acumula largamente à roda da cintura pélvica. Pseudo-ginecomastia (por acumulação de gordura). Pele delicada, fina, órgãos genitais próprios de uma criança de 11-12 anos. Não se esboçam caracteres sexuais secundários.

Um doseamento de gonadotrofinas mostra-nos uma eliminação de 8 un. por 24 h. Após 10 meses de terapêutica, o doente está inteiramente normalizado. Trata-se, portanto, de um caso de puberdade atrasada dentro do chamado síndrome adiposo-genital da puberdade — situação frequente, de prognóstico bom e terapêutica fácil — ao contrário do síndrome adiposo-genital como foi descrito nos relatos iniciais de Fröhlich e Babinsky, em que existe, ao lado da obesidade flácida e do hipogonadismo, uma lesão orgânica da região hipotalâmica, muito mais raro, de prognóstico reservado e terapêutica com frequência, impossível — pela própria lesão neurológica que lhe dá origem.

*Obs. VI* — E. R. G. A., 13 anos, estudante. Consulta por atraso de desenvolvimento. Nos antecedentes pessoais encontra-se uma hérnia inguinal, que surgiu com um mês de idade e primitivamente descia para as bolsas até que foi contida por uma cinta, e parece ter curado. Nume-

rosos episódios dispépticos durante a infância. Reumatismo articular agudo aos 5 anos. Primo-infecção aos 8 anos.

À observação, encontramos uma criança de constituição asténica, que aparenta 10 anos. Desdobramento do 2.º som mitral, na ponta. Coração com silhueta mitral; pénis, normal para uma criança de 10 anos. Testículos com o tamanho de um grão de milho (o direito tende a ectopiar).

Apresenta este doente, segundo nos parece, um hipogonadismo que se pode interpretar como um aspecto de síndrome geral de adaptação: há uma infância carregada de doenças várias, e, com grande probabilidade, uma lesão mitral; de tudo isso, se ressent o conjunto do desenvolvimento somático, e não apenas o dos órgãos genitais. E a terapêutica, naturalmente, terá de ser outra — dirigida quanto possível à remoção das causas que estão na origem deste infantilismo. —»

BOLETIM DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA, I, 1954. — N.º 1-2: *O Laboratório de Bacteriologia do Instituto Superior de Higiene e o problema das salmonoses em Portugal, Um surto de toxi-infecção alimentar causado por vários tipos de «salmonella», Um novo tipo de «salmonella»* (em inglês), por A. de Sampaio e Adriana de Figueiredo; *Anuário médico-hidrológico de Portugal* (1953), por Marques da Mata. N.º 3-4: *A saúde pela educação*, por Augusto Travassos; *Relatório sobre febre recorrente no Continente Português* (conclusão do N.º anterior), por F. J. Cambournac, Almeida Roque e J. Rés; *Evolução das taxas de mortalidade e de morbilidade de algumas doenças infecto-contagiosas em Portugal*, por Castro Soares e Cayolla da Mota; *Notas e comentários sobre a Organização Mundial da Saúde* (continuação), por Bernardino de Pinho. Esta publicação aparece como fusão dos boletins do Instituto Superior da Higiene Doutor Ricardo Jorge e dos Serviços Anti-sezonáticos. Aquele terminou com o N.º 41, que contém o relatório de 1953, e os índices de toda a colecção do Boletim do Instituto.

FEBRE RECORRENTE NO CONTINENTE PORTUGUÊS. — O assunto foi resumido no nosso N.º 3 de 1955, a págs. 174-175.

MORBILIDADE E MORTALIDADE POR DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS EM PORTUGAL. — Perante os números relativos às declarações obrigatórias e aos registos do obituário, no período de 1902-52, verifica-se uma diminuição na incidência de várias dessas doenças, mencionadamente para a febre tifóide, a difteria e a varíola; A morbilidade tem decrescido mais que a mortalidade, ao contrário do que por vezes se diz. A descida nas quotas acentuou-se nos últimos anos; corresponde à melhoria das condições sanitárias do país. A mortalidade geral ficou em 11,75 em 1952, devendo notar-se que em Portugal se contam todos os óbitos ocorridos depois do nascimento, ao passo que há países que excluem os mortos recém-nascidos.

**LIVROS E OPÚSCULOS**

*Primeiro colóquio de hematologia africana.* Lisboa, 1953. — Publicação da Junta de Investigações do Ultramar, coligindo os estudos apresentados nessa reunião efectuada em Lisboa em 1951, com o objectivo de apresentar os conhecimentos já adquiridos sobre a geografia dos grupos sanguíneos no continente africano, imagens hematológicas do indígena.

*Centro de Cardiologia Médico-social de Coimbra.* Coimbra, 1955. — Relatórios das suas actividades durante o ano de 1954, assinados pelo seu director Prof. João Porto e pela assistente social D. M.<sup>a</sup> da Luz Sanches Pinto. Contém ainda artigos sobre a legislação portuguesa e uruguaiana de protecção aos cardíacos.

*Problemas de deontologia médica.* Porto, 1953. — Juntaram-se neste volume as conferências feitas no ano lectivo de 1951-52, na Faculdade de Medicina do Porto, promovidas pela Juventude Universitária Católica do Porto; História da deontologia médica — o momento deontológico actual, por Luís de Pina; Aborto terapêutico, por Gonçalves de Azevedo; Inseminação artificial e deontologia médica, por Abel Tavares; A dicotomia perante a moral, por Mendonça e Moura; Verdade e mentira no exercício da medicina, por Almeida Garrett; A narco-análise, por Pimentel das Neves; A limitação da natalidade, por Joaquim Bastos.

*Figuras e panoramas da medicina de outros tempos.* Lisboa, 1954. — Catálogo da exposição de obras e objectos representativos da história da medicina portuguesa, levada a efeito no Hospital de S. José. Numa primeira parte inventariam-se figuras da medicina portuguesa e da estrangeira com influência em Portugal, com muitos retratos. A seguir, colecção de aquarelas, desenhos, gravuras, litografias e diversas fotografias. Relacionam-se depois formulários e receitas médicas, medalhas, cartas de curso e documentos vários. Segue-se a lista dos livros, e finalmente a de instrumentos e objectos diversos de uso médico. Ao todo foram 572 peças as expostas, e de muitas de elas se dá reprodução gráfica, que valoriza este notável registo.

*Homenagem à memória do Dr. Alberto Gonçalves.* Porto 1954. — Acompanhando um retrato do saudoso clínico e cirurgião, publica os discursos pronunciados no acto de descerramento do medalhão com a sua effigie, na Casa de Saúde que fundou, como oportunamente noticiamos.

*Um hospital moderno,* com 1.500 camas, com novas clínicas universitárias, em pleno funcionamento; por Adelino Padesca. Lisboa, 1954. — Descrição do novo hospital escolar de Santa Maria; separata do Boletim da Assistência Social, n.º 113-114.

## REVISTA GERAL

### Tratamento domiciliário da fase aguda da paralisia espinhal infantil <sup>(1)</sup>

por HOWARD A. HOWE

A única terapêutica específica racionalmente preconizada foi a efectuada com soro imune. Na América este processo perdeu o favor geral, porque não se apoiou em confrontos bem estabelecidos que provassem a sua eficácia, sendo grande o número de autores que não a notaram, tal como sucede com a gama-globulina. O melhor e mais recente trabalho sobre este assunto (Bahlke & Perkins) refere que 56 doentes com formas paralíticas, tratados com globulina-gama, não estavam, ao fim de 5 a 7 meses sobre a fase aguda da doença, em melhor estado que outros, de casos semelhantes; aos quais não havia sido administrada; aquelas crianças, de 1 a 12 anos de idade, receberam doses de 20 a 100 cm<sup>3</sup> de globulina-gama, correspondentes a 460-2300 cm<sup>3</sup> de plasma, e tiveram tratamento mais intensivo do que as da série testemunha. Mais se viu que os níveis de anticorpos no soro eram nelas por vezes inferiores aos verificados nos convalescentes; a objecção de que a globulina-gama não fora controlada em relação ao tipo de vírus dominante na epidemia não é talvez aceitável, por a globulina-gama usada nos Estados Unidos neutralizar os 3 tipos do vírus (Bodian).

Outros meios terapêuticos, como injeções endovenosas de solutos hipertónicos, punção lombar e respectiva drenagem, antibióticos, vitaminas, hormonas, etc., não mostraram eficiência; e alguns destes procedimentos são lesivos do sistema nervoso central. Sabido como é que as formas não paralíticas e as formas espinhais baixas <sup>(2)</sup> não fazem perigar a vida, nelas os capitais meios de tratamento são o sossego no leito, uma dieta adequada <sup>(3)</sup> e bons cuidados de enfermagem <sup>(4)</sup>.

Nos últimos tempos tem-se praticado diversos métodos para tratamento dos espasmos musculares e da dor, tendo-se reconhecido que a mobilização precoce faz diminuir as contracturas e as atrofia posteriores. Vários agentes terapêuticos, geralmente de acção sobre o próprio músculo ou sobre a função mio-neural, tem sido empregados; tais a neostigmina e o curare. Não tem havido apropriada verificação do valor destas drogas, mas muitos médicos têm publicado as impressões colhidas na sua prática clínica.

Eveleth & Ryan notaram relaxação dos espasmos musculares depois da administração da neostigmina, numa série de 12 pacientes, mas apontam a produção de vômitos como efeito secundário; Brainerd e outros dizem, porém, que essa indesejável reacção se evita com a administração de atropina, mas Jones e Dickson não puderam confirmar esta asserção.

Levine e colaboradores verificaram que, no rato, a neostigmina provoca fibrilação e atrofia dos músculos esqueléticos desnervados, e que a atropina se opõe a esta acção. Diversos observadores não viram haver relação entre a favorável resposta à droga e o resultado final da doença; por outro lado, Hodes verificou que a neostigmina provoca a restauração dos músculos submetidos a progressiva fadiga, o que o levou ao conceito de que a droga actua por bloqueio parcial da placa mio-neural, poupando acetilcolina.

A procaína ou o priscol (hidrocloridrato), que Smith e colaboradores indicaram como agentes de relaxação muscular, na opinião de Reiley & Barsanti, e de Lawson, reduzem o espasmo e a dor; este último diz ainda que o «furmethide»<sup>(5)</sup>, por ser estimulante parassimpático, provoca a relaxação dos esfíncteres, encurtando o período da retenção urinária.

Fox e Rosenberg & Fischer não verificaram benefícios com o emprego do curare como meio de tratamento dos espasmos musculares, e lembram ser perigoso por motivo da sua acção sobre a mecânica respiratória. Há dificuldade em fixar a dose boa para promover apenas a relaxação muscular, sobretudo quando o estado mental dos doentes não é de molde à cooperação com o médico; aqueles últimos autores davam-na por duas vezes nas 24 horas, ao passo que outros, mais apologistas do método, a dão em três vezes. Richard, Kottke, Bower, e respectivos colaboradores, opinam que de facto o curare relaxa os músculos, mas que não facilita a sua recuperação; e Paul e Couch notam dar-se considerável redução do tempo que leva a vencer-se a dureza muscular e a dor, empregando-se o curare.

Entraram no uso comum, como terapêutica nas primeiras fases da doença, os envoltórios quentes sobre as regiões atingidas e os banhos quentes<sup>(6)</sup>. A sua eficácia, contudo, nem por todos é reconhecida; provavelmente, a acção é tão fisiológica como psicológica. Os mais entusiastas pela aplicação destes procedimentos são também os que precipitam o momento em que deve começar-se com a movimentação activa e passiva dos membros atingidos pelas paralisias; outros, mais conservadores, entendem que não há vantagem em forçar a data da entrada em jogo dessa movimentação<sup>(7)</sup>. Pode dizer-se, no entanto, que hoje a imobilização no leito, na fase aguda da doença, não é tão rigorosamente observada como há uns dez anos atrás. Não é fácil comparar, com extensão e precisão bastantes para seguro juízo, quais as diferenças de efeitos dos métodos seguidos por uns e por outros. Mas a verdade é que, confrontando-se o que se obtinha à roda de 1917 (constante da monografia de Lovett) e o que agora se obtém, conseguiu-se, indubitavelmente, um considerável progresso<sup>(8)</sup>.

#### NOTAS

(1) Do capítulo «Poliomyelitis», em «Viral and Rickettsial Infections of Man» (J. B. Lippincott Company — Philadelphia, London, Montreal);



Second Edition, 1952. As presentes notas destinam-se a esclarecer e completar diversas passagens, e traduzem as opiniões correntes tanto na América como na Europa. Esta revista de actualização refere-se somente ao que o médico pode fazer sem recurso a estabelecimento especializado, na fase aguda da doença, pois esse recurso, nas formas espinhais, é indispensável quando as paralisias se fixaram, e desde o primeiro momento nas formas bulbares ou com compromisso bulbar, que exigem hospitalização em serviço devidamente apetrechado; pontos estes que foram tratados no artigo com que abre este número do «Portugal Médico».

(<sup>2</sup>) Nas formas espinhais altas podem surgir manifestações de compromisso bulbar no decurso da fase aguda, requerendo por isso mais aturada vigilância. Os primeiros sintomas são geralmente o nasalamento da voz, a rouquidão e a acumulação de mucosidades na oro-faringe e certa dificuldade na deglutição; tal situação exige tratamentos especiais que já não estão ao alcance do médico de cabeceira.

(<sup>3</sup>) Manter o estado da nutrição e o equilíbrio hídrico é tarefa fácil, em regra, nos casos correntes da paralisia espinhal, podendo a via oral, sendo preciso, ser suplementada pela rectal e subcutânea, e raramente pela endovenosa; ao invés do que sucede nas formas bulbares em que o problema da alimentação é ericado de dificuldades.

(<sup>4</sup>) Em todo o decurso da doença, a eficiência da enfermagem é fundamental, para correcta e regular utilização dos meios físicos de tratamento, adiante mencionados.

(<sup>5</sup>) O «furmethide» é o «furfuril iodeto de trimetilamónio».

(<sup>6</sup>) As aplicações quentes tem uma acção sedativa e os seus possíveis efeitos sobre a evolução favorável das paralisias atribuem-se à excitação circulatória que promovem, a qual facilita a nutrição das fibras musculares. Tem de ser repetidamente efectuadas, durante semanas seguidas; mas sem exagero, que a prática mostrou ser contraproducente. O aquecimento também pode fazer-se com irradiação infravermelha.

(<sup>7</sup>) A maior diferença entre o método de Kenny e os procedimentos clássicos (por assim dizer) é que com ele se liga mais importância à movimentação do que à imobilização, fazendo-se aquela precocemente e com a adjuvância da água quente. Uma posição intermédia é a mais geralmente adoptada, e parece ser a mais conveniente: tranquilidade absoluta durante o primeiro período, e começo do tratamento físico quando a temperatura desceu para a normalidade. A movimentação, activa e passiva, deve fazer-se com delicadeza, gradualmente, e logo que seja possível dentro de água tépida. Ela não impede que, fora das sessões, os membros atingidos sejam mantidos em posição correcta, por meio de talas e goteiras gessadas ou de arame e que se faça a aplicação do calor. A imobilização é sobretudo importante em relação ao pé, para evitar o equinismo; mas é de manifesta utilidade, fora deste ponto de máximo interesse. Para aplicação de fricções e massagens, é bom que o médico reveja os seus conhecimentos de anatomia, para marcar bem quais os músculos a visar.

(<sup>8</sup>) Recorde-se que por essa época (são passados mais de trinta anos) era aconselhada uma terapêutica que foi quase por completo abandonada. Consistia no seguinte. No período agudo, derivação intestinal (laxativos), urotropina, brometos, e aplicações sobre a região da coluna vertebral, à altura da lesão medular, de pontas de fogo, ventosas, sanguessugas; algum tempo depois, vieram os raios X (método de Bordier). Houve quem (como Netter) desse injeções intrarraquideas de soro de convalescente. Numa fase posterior da paralisia, de fricções, massagens sobre os músculos paralisados, e sobretudo do tratamento eléctrico, por corrente galvânica, se confiava a possível recuperação funcional; tudo a juntar à tendência para a regressão espontânea que muitos casos apresentam.

## SÍNTESES E EXCERTOS

### Acidentes mortais depois de injeção de vitamina B<sub>1</sub>

Os acidentes provocados pela injeção de tiamina são geralmente benignos, consistindo em urticária, cefaleia, perturbações digestivas, febre, dispneia e colapso cárdio-vascular; mas nalguns casos tem assumido aspecto grave, que, embora raramente, conduz à morte, pelo que a possibilidade do seu aparecimento deve estar presente na memória dos clínicos.

Dois casos de morte relatam J. BARZZANE & F. LAMBELET, exemplificadores de esse perigo (*La Presse Médicale*, 20-XII-1954).

A primeira de essas observações refere-se a um homem robusto, de 63 anos, etilista crónico, com diabetes equilibrada pelo regime alimentar e 40 U de insulina. Entrou para o hospital para tratamento de escara no grande dedo do pé esquerdo, que regressava mediante terapêutica por penicilina e sulfamidas. A reacção de Wassermann fora negativa, o exame do sangue (salvo a glicemia) não deu nota de grandes anormalidades, e o aparelho cárdio-vascular funcionava regularmente, mostrando o traçado electrocardiográfico apenas sinais de discretas alterações do miocárdio. Com o intuito de acelerar a cicatrização da úlcera, recebeu uma injeção intramuscular de 100 mg de vitamina B<sub>1</sub>. Passados cinco minutos o doente disse não se sentir bem e logo a seguir caiu em profundo coma, com colapso circulatório e paragem dos movimentos respiratórios; a cianose da face rapidamente se generalizou. Apesar dos imediatos socorros, com cardiotónicos por via endovenosa, adrenalina intracárdica, respiração artificial prolongada e oxigenoterapia, morreu, um quarto de hora depois da injeção. A autópsia, além de lesões antigas cardíacas e hepáticas, mostrou estase pulmonar com hemorragias intra-alveolares.

A segunda observação diz respeito a uma mulher de 55 anos, que sofrera uma ressecção do estômago na idade de 43 anos, por motivo de antiga úlcera pilórica. Alcoólica crónica, queixando-se sempre de perturbações vagas, digestivas e nervosas, veio tratar-se de uma polinevrite, com dores vivas nas massas musculares, exacerbadas pela pressão; astenizada, sofrendo também de enxaquecas, não revelou outras anormalidades ao exame clínico e laboratorial corrente, a não ser uma discreta anemia hipocrómica. Terapêutica por extractos de fígado, hormonas, e vitamina B<sub>1</sub> por via intramuscular; esta foi perfeitamente tolerada numa primeira série de injeções. A doente melhorou muito. Passados nove meses, voltando a sofrer mais, segunda série de vitamina B<sub>1</sub>, mas de esta vez por via endovenosa, de 100 mg; as três primeiras injeções foram bem suportadas. Minutos depois da quarta injeção, feita como as outras com todo o cuidado, súbito mal-estar, cianose, colapso circulatório, paragem dos movimentos respiratórios. Fez-se respiração artificial, oxigenoterapia, injeção intracárdica de analépticos e adrenalina; o pulso reapareceu durante minutos, mas a morte deu-se eram passados vinte e cinco minutos sobre a injeção. Não pôde fazer-se autópsia.

Cotejando os casos descritos de morte por choque devido à injeção de aneurina, os AA. reconheceram que nenhuma das hipóteses que se têm formulado para explicar a patogenia respectiva é aplicável a todos eles, nem mesmo são satisfatoriamente aceitáveis. Tem-se mencionado: a analogia entre os fenómenos observados nesses casos de morte e os venenos do sistema nervoso central, a acção curarizante do cloreto de tiamina, a sensibilidade de animais carenciados em face da vitamina B<sub>1</sub>, as manifestações alérgicas, as relações estreitas entre a tiamina e a acetilcolina. Nenhuma de estas explicações pode aplicar-se rigorosamente aos seus dois casos pessoais, nem a má qualidade do produto injectado, que era seguramente bom.

A conclusão prática a tirar é a de que a vitamina B<sub>1</sub> só deve usar-se por via endovenosa em casos excepcionalmente graves, de urgência manifesta, e com todas as precauções de grande diluição e lentidão na entrada do soluto. Deve dar-se primeiramente por via oral, com doses crescentes, e se o doente não apresentar qualquer reacção poderá passar-se à via intramuscular.

### Utilização terapêutica das vitaminas K

Pela razão de a vitamina K estar largamente espalhada na natureza e de as bactérias intestinais a poderem sintetizar, até certo ponto, pode dizer-se que não há carências de ingresso deste princípio vitamínico. Podem existir carências por falta de absorção das gorduras, a que está ligada a vitamina por ser lipo-solúvel; assim, nas obstruções e fistulas biliares, na insuficiência do fígado exócrino, nas ressecções intestinais extensas, nas fistulas intestinais. Quando há lesão hepática grave, o fígado é impotente para realizar a síntese da protrombina e da proconvertina, mesmo que lá chegue a vitamina K em quantidade, elemento indispensável para essa síntese; surgem então as perturbações de coagulação sanguínea e as hemorragias, tal como aparecem quando há carência da vitamina. A esta se deve por vezes o síndrome hemorrágico do recém-nascido. Ainda pela vitamina K se tem de tratar os acidentes hemorrágicos graves, consecutivos à terapêutica anticoagulante mal regulada.

As vitaminas utilizáveis em terapêutica são a natural e as sintéticas. A natural, a primeira obtida, extraída da herva alfalfa, seca, encontra-se no mercado, na forma de suspensão (Mephyton Merck, americano), com 50 mg por cm<sup>3</sup>. As vitaminas sintéticas (K<sub>2</sub>, K<sub>1</sub>, K<sub>3</sub>) são vulgares, como especialidades farmacêuticas, geralmente de K<sub>1</sub> ou dos seus derivados solúveis; as formas em soluto aquoso são preferíveis às oleosas, porque actuam mais rapidamente, são activas quando há deficiência da absorção de gorduras, e podem ser dadas por via venosa.

Nos casos de carência por obstrução biliar, a dose de vitamina K varia entre 10 e 100 mg por dia, segundo o grau de insuficiência hepática, sendo o efeito tanto melhor quanto esta for menos acentuada; se a célula está tão lesada que não pode utilizar a vitamina, a administração de esta tem de fazer-se por via parenteral. A avitaminose neo-natal pode evitar-se dando à mãe, desde o começo do trabalho do parto, 10 a 20 mg de vitamina sintética hidro-solúvel, por via venosa; para o recém-nascido que sangra todas as formas são apropriadas, e a dose habitualmente usada é a de 10 mg por dia. No tratamento da carência provocada pelo uso imoderado dos anticoagulantes, é grande a superioridade da vitamina natural K<sub>1</sub>, na dose de 50 mg por via venosa; não havendo este produto, empregue-se a sintética, pela mesma via, em doses de 100 a 300 mg, o que não dispensa as transfusões de sanque.

(Do artigo de D. ALAGILLE, em *La Vie Médicale*, N.º especial do Natal de 1954).

### Tratamento pela cortisona da hipertrofia da próstata

Casualmente, D.SOTIRIOU, verificou que a cortisona reduz rapidamente os sinais da hipertrofia prostática. Num prostático de 68 anos, obrigado a algaliação 2 e 3 vezes por dia, por sofrer de violentas crises de asma, iniciou a administração de cortisona, em comprimidos de 25 mg, começando por meio comprimido de seis em seis horas, e depois, aumentando progressivamente a dose, chegou a dar 200 mg por dia, até à dose de 200 mg; isto durante 10 dias. Com surpresa viu que logo a seguir ao início deste tratamento os sinais de prostatismo abrandavam, e que passados alguns dias haviam desaparecido; são passados vinte meses e não voltou a sofrer neste aspecto. A asma foi pouco beneficiada e isso mesmo transitariamente.

Perante esta observação em dois outros doentes ensaiou o mesmo tratamento. Num disúrico de 60 anos que apresentava retenção por hipertrofia da próstata, o resultado foi espectacular com normalização urinária aos dois dias, e persistência deste sucesso, vão decorridos treze meses. Semelhante extraordinário resultado obteve num terceiro caso, que era o de um próstático de 72 anos.

Trata-se de um facto ao que parece novo, e o seu relato (*La Presse Médicale*, 25-IX-1954) merece atenção, para ensaios clínicos de verificação.

### Tratamento do prurido vulvar essencial

Segundo H. O. KLEINE, o prurido vulvar depende das seguintes causas: perturbação do metabolismo dos hidratos de carbono de origem alimentar, avitaminose B<sub>1</sub>, lesão dos centros reguladores daquele metabolismo consequente a emoções ou senilidade. Esta opinião decorre do estudo de 153 mulheres com este padecimento, feito a partir de 1945. Nos anos de 1946 a 1949 tratou as doentes, empiricamente, por meio de injeções endovenosas de vitamina B<sub>1</sub>, e viu que em 90 por cento dos casos o alívio foi surpreendente. Em 1950, para apurar a causa do prurido, começou a determinar a glicemia, a hiperglicemia provocada e a taxa de ácido pirúvico; o que fez em 50 casos. Pela prova da hiperglicemia provocada viu que 20 dessas doentes tinham uma diabetes latente, e que em 21 havia aumento da taxa sanguínea do ácido pirúvico, o que mostrou ser factor predominante a alteração do metabolismo dos hidratos de carbono; nas 9 doentes restantes, o prurido era devido à humidade constante da vagina por hipersecreção das glândulas do colo. A influência das emoções e da idade foi verificada.

O tratamento passou a consistir em insulina e regime alimentar apropriado para as do primeiro grupo; em insulina ou vitamina B<sub>1</sub> forte e complexo B para as do segundo; em vitamina B<sub>1</sub>, aplicações locais de ácido láctico a 5% e sedativos do sistema nervoso central, para as do último grupo. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1954, N.º 6).

### Remissão do cancro pela combinação de corticoides com mostarda nitrogenada

W. D. MCCARTHY tratou 100 doentes de cancro e na maioria em fases avançadas, com falha das terapêuticas antes ensaiadas. Observou remissões dos padecimentos, nalguns casos com redução ou simples paragem do volume do tumor, em 16 doentes. Em 15 outros houve benefício no sofrimento. Dos restantes 69, certa calma em 29 e nulo efeito em 40. Pode dizer-se que se prolongou a vida aos cancerosos em que se verificou remissão, o que leva a supor que sendo a terapêutica aplicada, conjuntamente com a irradiação e a trietileno-melamina, em casos ainda pouco avançados, se obterão resultados muito superiores aos desta série. A notar que os inconvenientes da mostarda nitrogenada, de náuseas, vômitos e depressão, são neutralizados pela ACTH e cortisona. (*New England J. of Med.*, 24-III-1955).

### Mortalidade em cirurgia biliar

Em 4.050 doentes operados, cancro exceptuado, mortalidade de 0,65% antes dos 50 anos, 2,5% entre 50 e 65 anos, 6,7% depois dos 65 anos. O maior tributo pertence à cirurgia de urgência, pelo que a intervenção deve fazer-se o mais cedo possível na colescistite aguda, antes da perfuração, obstrução calculosa ou icterícia. A colecistectomia é preferível à colecistotomia. (F. GLEEN & D. HAYS, em *Surg. Gyn. and Obst.*, Jan. de 1955).

## NOTAS E NOTÍCIAS

### A terapêutica na imprensa diária

A retumbância da vacina Salk nos periódicos, levando o público, incluindo o médico, a tomar a nuvem por Juno, chama a atenção para os perigos do noticiário de coisas da medicina.

Não se faz aqui referência a artigos, assinados ou não, sobre assuntos de patologia, terapêutica ou higiene; é tema que merece considerações mais largas que as que podem caber nas poucas linhas neste número disponíveis. Alude-se somente às notícias, vindas das agências estrangeiras, sobre novidades, novos processos de tratamento.

Umaz vezes as informações estão certas, mas vêm atrasadas; dão como novidades coisas que já tem muitos meses de divulgação no meio médico. Outras vezes (como foi o caso da vacina antipoliomiéltica) correspondem ao barulho feito à volta de uma pessoa ou de uma instituição para reclamo.

De uma forma ou de outra, não há qualquer vantagem nesse noticiário, antes pode ter vários inconvenientes, de entre os quais se destaca a influência no espírito do leitor, que julga ter encontrado um procedimento, preventivo ou curativo, de que há-de beneficiar. E vá de procurar o seu médico, reclamando-lhe a aplicação.

O clínico vê-se assediado por uma insistência de que mal pode livrar-se. O abuso das sulfamidas, antes dos antibióticos, e agora o de estes, tem mais essa origem que o desconhecimento das verdadeiras indicações por parte do médico.

Hoje, que medicamentos novos, activos mas perigosos, estão aparecendo, o caso toma cada vez mais uma feição grave, conduzindo a reflectir na possibilidade de o coibir, para bem de todos.

TRABALHOS APRESENTADOS A REUNIÕES MÉDICAS. — Na *Sociedade das Ciências Médicas*: Tratamento cirúrgico do diafragma vaginal sub-cervical, por C. Elias da Costa; Fasciolíase hepática, por Marques da Gama; Hidatidose, por Andresen Leitão; A secção de história da medicina na S. C. M., por Costa Sacadura; A circulação hepática à luz da micro-angiografia, por Aires de Sousa e Mirabeau Cruz; Radioterapia em oftalmologia, por Henrique Moutinho e M. Corte-Real; Irradiação  $\beta$  do globo ocular e anexos, por Sertório Sena e Melich Cerveira; Indicações do tonómetro electrónico, por F. Lacerda; Estado actual do tratamento do glaucoma, por Jorge Monjardino. Na *Sociedade P. de Medicina Interna*: Um caso de doença de Gaucher, por Vasconcelos Esteves e Sousa Uva; Estudo estatístico das dispepsias, por N. Cordeiro Ferreira; Hipercalcemia idiopática, por Mário Cordeiro; O problema da sífilis latente, por Norton Brandão; As ressecções na terapêutica da tuberculose pulmonar, por Fernando Leal; Aspectos da patologia do mediastino na criança, por M.<sup>a</sup> de Lourdes Levy. Na *Sociedade P. de Neurologia e Psiquiatria*: Inteligência, neurose e fracasso escolar, por João dos Santos e Maria Borges. No *Instituto P. de Oncologia*: Tratamento do cancro do esófago pela roentgenterapia convergente, por Gil dos Santos; Tratamento dos heman-

giomas pela roentgenterapia, por Benard Guedes. No *Hospital do Ultramar*: Prolapsos da mucosa gástrica no duodeno, por Mendes Ferreira; Tratamento hormonal das distrofias, por N. Cordeiro Ferreira. Nas *Reuniões Médicas de Faro*: Epilepsia, por Manuel da Silva; Infecção bucal e foco dentário, por Vitor de Oliveira.

PRÉMIOS A TRABALHOS CIENTÍFICOS. — No 2.º Ciclo de Estudos Clínicos, há pouco encerrado em Lisboa, com apresentação de 27 concorrentes, o 1.º prémio (Dr. Alberto Mac Bride, na importância de 25 contos) foi atribuído ao Dr. Pedro Eurico Lisboa pelo trabalho: Algumas considerações sobre a patogenia das anemias. O 2.º prémio (Imprensa Médica, de 5 contos) coube ao trabalho: Tratamento da angina de peito pelo Visnagano, do Prof. Jacinto Bettencourt. Foram ainda concedidas menções honrosas aos trabalhos dos Drs. Vitor Hugo Franco e José Conde, respectivamente sobre «Tratamento do hipertiroidismo pelo rádio-iodo» e «O problema cirúrgico do tratamento dos melanomas». Na Academia das Ciências, foi conferido o Prémio Artur Malheiros ao Dr. Jordão Pereira, pelo trabalho «Significado funcional do núcleo amigdalínico no homem». Os Laboratórios Pfizer comunicaram à Sociedade de Ciências Médicas a instituição de 2 prémios, um de 30 e outro de 20 contos, a conceder anualmente a trabalhos de médicos portugueses, de investigação clínica ou laboratorial.

FACULDADES DE MEDICINA. — Com solenidade foi descerrada a placa que consigna o nome do Prof. Henrique de Vilhena ao Instituto de Anatomia da Faculdade de Lisboa. Na mesma Faculdade realizou-se uma sessão comemorativa do centenário do nascimento dos Profs. Gama Pinto e Bettencourt Raposo, cujos elogios estiveram a cargo, respectivamente, dos Profs. Lopes de Andrade e Barbosa Soeiro. Na Faculdade de Coimbra doutorou-se o 2.º assistente Dr. Manuel Ramos Lopes. Na de Lisboa efectuaram-se as provas de concurso a professor agregado do 1.º assistente Dr. Armando Ducla Soares. Na Faculdade de Coimbra, lições dos Profs. Teschendorf e Carlos Santos, sobre radiologia das vias biliares.

COLÓQUIO SOBRE RÁDIO-ISÓTOPOS. — Para os dias 16 e 18 de Julho, a Sociedade P. de Endocrinologia organizou este colóquio, em que colaboram médicos e físicos, e no qual serão tratados os vários aspectos técnicos da utilização clínica dos rádio-isótopos.

CONFERÊNCIAS. — Em Lisboa, no Centro de Profilaxia de Velhice: Vida e obra da Rainha D. Leonor, por Fernando Correia. No Porto: Na Liga Universitária Católica, o Prof. Melo Adrião falou sobre Interpretação psicológica da medicina, e o Dr. Cidraes Rodrigues sobre Aspectos tradicionais da educação na 1.ª infância; na Liga de Profilaxia Social, falou de Problemas de psicologia escolar, o Dr. João dos Santos. No Hospital da Misericórdia de Abrantes: A estomatologia e a clínica geral, pelo Dr. Ferreira da Costa.

NECROLOGIA. — Dr. Guilherme Nunes Franqueira, nosso leitor desde o 1.º número, reputado clínico em Lousã, onde foi sub-delegado de saúde e director do Hospital da Misericórdia. Prof. José Firmino Santana, que foi distinto membro do corpo docente do Instituto de Medicina Tropical. Dr. Alfredo Pires, reputado clínico e antigo médico municipal em Vila Nova de Tazem. Dr. Carlos Ary dos Santos, distinto oto-rino-laringologista na capital, e nosso leitor amigo. Dr. António de Lacerda Pereira e Sousa, médico dos Hospitais Cívicos. Dr. Domingos António Lopes, médico municipal aposentado de Pedrogão Grande. Dr. Tomás de Aquino Tavares e Sousa, nosso estimado leitor, clínico em Bunheiro, Murtosa. Dr. Manuel Pires Bravo Júnior e Dr. Egidio Torquato Rodrigues, médicos em Lisboa.



# Quinarrhenina Vitaminada

## Elixir e granulado

**Alcalóides Integrals da quina, metllarsinato 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

## 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

### COLECÇÕES DE ANOS ANTERIORES

Há ainda algumas colecções completas dos anos de 1950 a 1954, que se vendem ao preço da assinatura — 40\$00. Para os actuais Srs. assinantes que não possuam alguns de esses anos, o preço reduz-se para 25\$00.

### NÚMEROS ANTERIORES A 1950

Há poucos exemplares e muitos números estão esgotados. Os Srs. assinantes a quem faltem para completar as suas colecções devem pedi-los com a maior brevidade; serão enviados, havendo-os, gratuitamente.



LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA