

PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

REVISTA MENSAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DE INTERESSES PROFISSIONAIS

SUMÁRIO: O papel dos dispensários no combate à tuberculose, (Conclusão) por AMÂNDIO PAÚL. A propósito de uma úlcera duodenal aguda num queimado, por A. SALVADOR JÚNIOR, OLIVEIRA BARROS & MARIA HORTÊNSIA CRUZ.

Movimento nacional — *Coimbra Médica* (Febre botanosa. Tromboses da carótida interna de etiologia traumática. Doença de Duhring-Brocq). *Imprensa Médica* (Penicilina e gonorreia. Virulência dos bacilos de Koch obtidos por sondagem gástrica). *Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura* (Organização técnica do lactário). *Ação Médica* (Médicos e Santos). *Livros e Opúsculos* (Lipemia e colesterinemia nas afecções hepato-biliares. Contribuição para o estudo do sangue da criança portuguesa. Arquivo de trabalhos da Faculdade de Medicina do Porto. Trabalhos de Anatomia e Cirurgia Experimental. Arquivo de trabalhos do Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Porto. Águas de Portugal, minerais e de mesa).

Revista geral — **As curas espontâneas dos tumores malignos**, por JURAJ KÖRBLER.

Notas científicas e práticas — Diagnóstico, tratamento e prevenção do enfarte do miocárdio. Pleurisia sero-fibrinosa e tuberculose. Sobrecarga da circulação com a transfusão de sangue. Perturbações funcionais do esfíncter da 3.ª porção do duodeno.

ANEXOS — **Especialização, Especialidades, Especialistas.**, por CONCEIÇÃO E SILVA JÚNIOR. **O Médico nos livros de Eça de Queiroz**, por ALBERTO PESSOA. **Notícias e informações.**

ESTE NÚMERO CONTÉM O ÍNDICE ALFABÉTICO DE 1945

A todos os seus amigos,
colaboradores, assinantes e anunciantes,
PORTUGAL MÉDICO
deseja festas felizes e um ano novo
cheio de venturas.

**NOVAR
S
É
N
O
B
E
N
Z
O
L
BILLON**

Satisfaz as exigências
das várias

Farmacopeias estrangeiras

Continua a ser
o medicamento de escolha
do tratamento de assalto
da

SÍFILIS

INJECCÕES INTRAVENOSAS

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA

21, Rue Jean Goujon — PARIS 8^e

REPRESENTANTE:

SOC. COM. CARLOS FARINHA, L.^{DA}

R. dos Sapateiros, 30-3.^o — LISBOA

Especialização. Especialidades. Especialistas.

por CONCEIÇÃO E SILVA JÚNIOR

« Nous vivons á une époque de progrès rapides que l'ont peut dire incensants. Cette situation privilégiée donne d'incomparables satisfactions et impose de tres nombreux devoirs. L'effort individuel ne peut toujours suffire pour les bien remplir, l'effort collective devient necessaire ». — F. GUYON — no prefácio da *Encyclopedie Française d'Urologie* (21 de Julho de 1913).

« Notre science est devenue d'une ampleur telle qu'il est depuis bien longtemps impossible á un cerveau d'homme d'en tout savoir et d'en tout pratiquer. Et, peu á peu, se sont constitués les spécialités proffissionels. ... Notre plus evident devoir est de ne pratiquer notre art que dans le domaine où notre competence est sûre ». — MAURICE FLEURY — em *Le Médecin* (chap II, Hiérarchies, 1927).

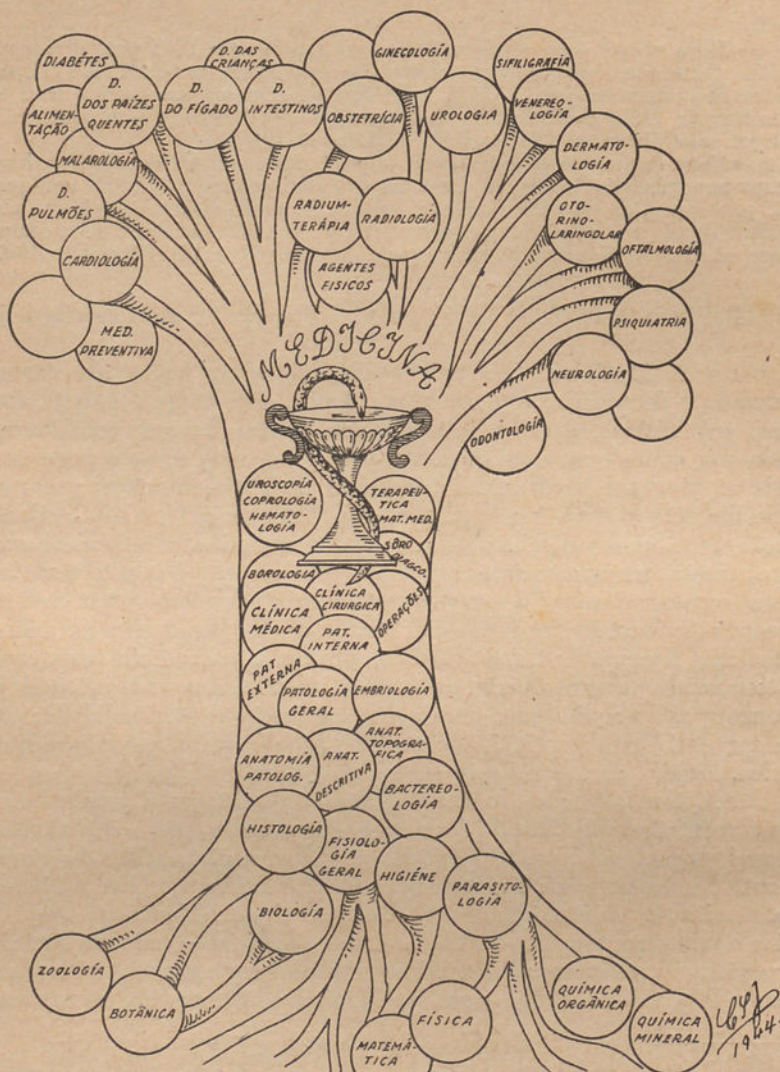
Foi escrito há 32, e há 18 anos! Poderia ter sido escrito hoje.

1 — A Medicina ⁽¹⁾ — tout court, — é como tronco de árvore, frondosa e centenária, com as raízes, longe, a beber em outras ciências, subsidiárias, e copa formada por muitos braços, constituindo cada um como que uma nova árvore, — que nem é, nem pode ser; pois só vive por viver na dependência do «tronco-máter»; porque dele lhe vêm a seiva e os caracteres que lhes permitem «individualização», — a «individualização» que «os» cognomina, — e lhes consente a distinção na nomenclatura que os personalisa. Tôda a tentativa para separar o ramo do tronco redundaria em interromper radicalmente as conexões vitais, de estrutura, e que os ligam em intimidade absoluta, funcional, e interessando, portanto, a própria existência. Dêste modo, desapareceria do ramo — seqüência e consequência do tronco — tudo aquilo que, outorgado, lhe justifica personalidade; por se ter desfeito a continuidade indispensável para a possuir — razão única, mesmo, para a possuir —, e a destruiria.

...Como não existe unidade botânica que, à justa, possa servir, sem restrições, de similé, consinta-se-me fazê-lo sem ela. Quando pensei «nessa árvore», ao criá-la mentalmente, só cuidei do fundamento da comparação: a correlação básica, e íntima, que liga a Medicina, as ciências subsidiárias, e os sectores em que a Medicina se subdivide e ininterruptamente continua. Como na árvore — unidade botânica — a seiva corre das raízes aos últimos rebentos em corrente vivificadora, dando-lhes vida; também aqui, na Medicina, não podem êsses secto-

(1) Nesta palavra, nobre, «Medicina», consideramos tudo o que diz respeito à Ciência de Curar e à Arte de Curar; desde o estudo do corpo humano, — e quantas vezes da alma que o anima! — às funções dos seus órgãos e sistemas, interdependência que entre êles guardam, na saúde e na doença; interpretação das alterações que neles se passam, — no estado de saúde e de doença; até à aplicação da droga que modifica, corrigindo, ou do ferro que salva, excisando.

res viver sem «o tronco» e sem «as raízes», sob pena de aniquila-
mento, por que lhes faltaria a «seiva», elemento imprescindívelmente
vital...



2 — A Medicina é una! O seu volume, como agregado de
conhecimentos, nela mesma e pelas ciências que a subsidiam, consti-
tuem e completam, é que a tornam tão vasta, — de uma vastidão que

assombra! — como complexa, — de uma complexidade que embaraça! E como tal, de ingrata assimilação para o Homem, quando apresentada em conjunto, e com a condição de ser aprofundada, como requiere o seu conhecimento e a satisfação do saber humano.

Mas, novos caminhos se descobrem continuamente no campo da ciência que é preciso explorar e aproveitar em benefício da própria ciência: aparelhagem mais afinada e potente, melhorando a técnica; elementos de investigação diferentes dos adquiridos anteriormente, nos revelam novos horizontes, trazendo novas interpretações de fenómenos já estudados, impondo revisão a esses trabalhos e, como corolário, avolumando até o incrível a riqueza, grandiosidade e recursos da Ciência Médica. *Bola de neve a despenhar-se pela vertente da montanha e a arrastar-se sobre neve, que se lhe agarra...*

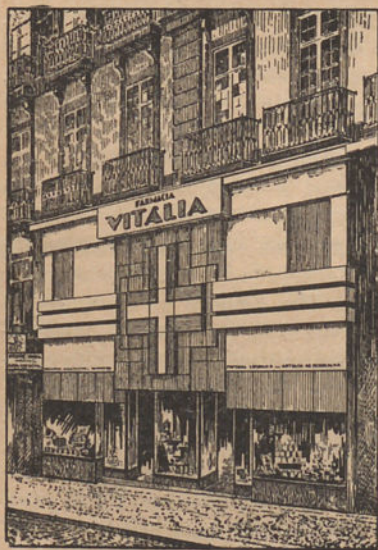
Como se compreende o imperativo da necessidade, útil, indispensável para a boa e eficiente aplicação, de dividir esta compacta e extensa massa de conhecimentos. Extensa, a perder de vista no latíssimo universo em que se desenvolve, cada dia mais farta, cada dia mais rica, cada dia mais complexa!

Assim nasceram, e tomaram vulto, os «ramos» da Ciência

FARMÁCIA VITÁLIA

DIRECÇÃO TÉCNICA DO SÓCIO 34, PRAÇA DA LIBERDADE, 37—PÓRTO Telef.: 828 e 4134
RIBEIRO DA CUNHA Telegr.: Farmácia VITÁLIA

Laboratórios de esterilizações, de produtos farmacêuticos e de análises
AVIAMENTO RIGOROSAMENTE CONTROLADO DE TODO O RECEITUÁRIO CLÍNICO



Alguns produtos injectáveis especializados
de reconhecido valor terapêutico:

Cálcio Vitália — Ampolas de 2, 5 e 10 c. c. de soluto estabilizado a 10 e 20 % de gluconato de cálcio quimicamente puro.

Cálcio-Vitacê — Ampolas de 5 c. c. de gluconato de cálcio a 10 % e de Vitamina C (1.000 U.I.).

Vitabê — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B₁, doseadas a 0,005 (2.500 U.I.).

Vitabê forte — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B₁, doseadas a 0,025 (12.500 U.I.).

Vitacê — Ampolas de 1 e 2 c. c. de Vitamina C, doseadas a 0,05 (1.000 e 2.000 U.I.).

Vitacê forte — Ampolas de 5 c. c. de Vitamina C, doseadas a 0,10 (10.000 U.I. por ampola).

Médica — os sectores, — individualizando-se como se outras ciências fôsem. Mas se lhes seguirmos atentamente os «tronquinhos», lá os vamos encontrar continuados nos troncos que, unidos, ao «tronco-máter» se ligam intimamente; — por mais longe que o vão fazer, sempre o fazem. Sempre; porque vivem sòmente dele. «À mesure qui se poursuit l'étude des maladies des grands appareils différenciés, leur solidarité avec l'ensemble de l'organisme, s'affirme davantage». E se nos estudos das doenças dos aparelhos, diferenciados, (como dizem Pousson e Desnos), a todos os momentos se reconhece a sua solidariedade, *cada vex maior*, com o organismo total, é como «dividir» a Medicina, não lhe respeitando a unidade que a caracteriza e lhe é absolutamente precisa, desligando-a em sectores independentes, quando ela consubstancia o estudo do organismo total do Homem, no estado de saúde e doença, e os meios de o curar?

Chega, como razão — e forte razão! — para dividir a Medicina em sectores sem os desligar, antes conservá-los unidos e interdependentes. Esta divisão fêz-se, e mantém-se, melhorando e enriquecendo-se com os avanços e conquistas da Ciência Médica e das ciências subsidiárias, para que o cérebro do Homem consiga, com a maior eficiência e rendimento: apreendê-la, — desde que em conjunto é tarefa ingrata por difícil; cultivá-la, — porque em sectores mais restrictos, e constituídos por elementos mais intimamente correlacionados, maior minúcia se pode dar ao seu estudo; e — executá-la com mais correcta e aperfeiçoada técnica, desde o diagnóstico à terapêutica. «Notre plus evident devoir est de ne pratiquer notre art que dans le domaine où notre competence est sure».

3 — Para Guyon, todo aquele que se dedica à prática de uma única parte da patologia, sòmente a executa bem, e bem a interpreta, quando o estudo e prática dessa parte da patologia estejam ligados ao estudo e prática do conjunto. «Les specialistes doivent, avant tout, être des cliniciens». São os «clínicos gerais», — os que estão ligados «ao estudo e prática do conjunto».

De verdade — axiomáticamente! — as especialidades diferem da clínica geral apenas pelos métodos próprios e relativos a cada uma delas — sejam de diagnóstico ou de tratamento, — criados ou aperfeiçoados para os fins a atingir; interpretação dos sintomas atravez de determinadas leis, que ainda assim, são as estudadas anteriormente e para a generalidade, se bem que desenvolvidas à custa de um trabalho particular, e especial, resultante da maior minúcia com que foi conduzido, e o marcado intuito de alcançar o mais longe possível no sector escolhido. O estudo mais profundo de uma parte da fisiologia e da patologia trás como consequência o uso e prática de elementos de técnica da semiótica, modificados ou mesmo originaes, delicados na execução, requerendo aprendizagem e tradução dos seus ensinamentos, que vão além do que é de uso na prática diária para o clínico geral. E para a terapêutica — médica ou cirúrgica — succede a mesma coisa...

O clínico «especialista», praticando na «especialidade», aperfeiçoa-se nessa prática, ganha habilidade manual, adquire juízo mais rápido, seguro e decisivo, e portanto de maior confiança. Porque indo além da clínica geral — em que se deve sempre firmar — ajuda-se para o diagnóstico em técnicas mais afinadas e de maior poder de observação, serve-se da clínica da especialidade que pelo exemplo o ilumina e ensina, melhorando-lhe a visão, garantindo-lhe a execução, e como finalidade o diagnóstico e a terapêutica que convêm.

4 — Porque o Homem-médico foi levado a dividir a Medicina em sectores, apenas e mais uma vez se aproveitando daquele processo pedagógico que aconselha a divisão da matéria em várias partes de modo que um estudo mais detalhado e completo dela seja possível, teve origem a «especialização», que, constituída dentro da Medicina Geral em uma nova unidade, passou a ter um nome próprio, a «especialidade»; — ramo nominado, a facilitar a denominação e a individualização, entre todos os outros ramos, também nominados. E o «clínico geral» que de preferência se dedicou a um destes sectores, estudando-o profundamente, aperfeiçoando-se, dedicando-se-lhe, ficou chamando-se «especialista». E apareceram as «especialidades» e os «especialistas». Mas não deixaram de ser clínicos gerais. Ainda que o não queiram...

Não se confina o especialista na sua especialidade; ligado à clínica geral, por ela ascende às outras especialidades. «La delimitation des terrains morbides n'est jamais absolue. Entre les lésions d'un organe et l'état de l'organisme, il y a souvent une solidarité étroite et les parties composantes d'une même appareil ne sont pas, dans nombre de cas, isolement atteintes». — diz Mestre Guyon.

Como poderia o especialista deixar, ou desatender, os ensinamentos da clínica geral? Mas por outro lado, quantos recursos — apreciabilíssimos recursos de toda a ordem — adquire, com o estudo da especialidade, o especialista?

As especialidades nasceram, criaram-se tornando-se adultas, e mantêm-se, — e cada vez com mais fortes motivos, e com mais valiosos resultados, — porque, servindo para o aperfeiçoamento e maior rendimento dos estudos que as constituem, são sobretudo garantia para os pacientes, no que se refere a diagnóstico, meios de os estabelecer, e a tratamentos, pelos processos de os levar a efeito. Mas, se assim é, as especialidades são «um bem»; para a Ciência Médica que mais se valoriza, a todas as horas, com os estudos especializados de cada um dos sectores em que se continua; para o médico especialista que, melhorando os seus processos de exame, a aparelhagem, a técnica, e os elementos de estudo que estes lhe fornecem, mais facilmente diagnostica, e com mais rigor e mais acertadamente trata os vários casos patológicos que se lhe apresentam para tratamento, depois de mais profícuo estudo; e, para o paciente — o principal, senão único, objectivo para o médico, — porque lucra com o diagnós-

tico preciso, tratamento adequado, tanto na indicação como na execução, garantindo-lhe em proporção maior e em maior número de vezes, compatíveis com o prognóstico da doença, a cura, ou a melhoria que o aliviará permitindo-lhe viver.

A Medicina é *una*; a especialidade um *bem* necessário; e, o especialista um clínico geral que se aperfeiçoou em determinado sector da Medicina Geral, procurando por todos os meios enriquecer ao máximo os seus conhecimentos científicos, afinar a crítica dos seus próprios juízos clínicos, e aperfeiçoar-se na execução dos tratamentos, médicos ou cirúrgicos, nomeadamente.

5 — Em boa verdade a «especialidade» é um bem necessário. Se não fôsse a possibilidade de dividir a Medicina Geral em sectores que a continuam, facilitando-se para um estudo mais minucioso e profundo, assim, cada um dêles, quem seria que se aventurava a exercê-la com correção, consciência satisfeita de a ter exercido completa, e até onde deveria alcançar-se para «cumprir», sem reservas ou faltas? Mesmo assim, tal qual hoje está, quem, em consciência e com ciência, se arroga e vangloria do empreendimento? Quanto mais, sem as facilidades que a sectorização nos empresta... Como se teriam aperfeiçoado os processos especiais, e os delicados aparelhos que os proporcionam, se não fôsse a sectorização — a especialidade? A interpretação de determinados sintomas; os resultados dos exames com instrumental que exige prática longa e permanente uso; a cirurgia muito própria da especialidade, que somente nela se executa; tudo isto, como seria possível? Ainda hoje o cirurgião geral, com saber feito de experiência, recusa a *operação da especialidade*, quando rigorosamente ela é «da especialidade», porque tem «nuances», cuidados, manobras que exigem, além da prática, o estudo que só o especialista pôde fazer, porque anda dentro dela muito determinadamente, e a estudou especialmente.

A especialidade é um bem! A especialidade é a consequência imediata e necessária da vastidão e riqueza de todos os elementos, e de toda a ordem, que são corpo e espírito da Ciência Médica; da conveniência honesta e consciente de realizar um estudo profundo e essencial de todos os ramos da Medicina, e de cada um dêles, o melhor possível o mais correctamente possível, sob o ponto de vista científico e profissional, e com o mais elevado expoente de utilidade para a Ciência e para o Doente. *A especialidade é um bem!*

E hoje, mais do que «necessário», «indispensável»! E cada vez mais indispensável; porque, a Medicina enriquece-se a todos os instantes. Vem das ciências subsidiárias este novo capital; valoriza-se melhorando todos os elementos de estudo em causa. São as conquistas da física e da química a concorrer para a realização de melhores e mais produtivos instrumentos de exame e novos princípios; e, descoberta sobre descoberta, aumenta a onda de conhecimentos, refundidos uns, outros novos em tudo, a revolucionar os métodos, e as leis;



AMPOLAS

Quinina básica.	0,030
Cânfora	0,100
Terpinol, Mentol, Gomenol. ãã.	0,025
VITAMINA «A»	7,500 U. I.
por cent. cúbico	

XAROPE

Cloridrato de efedrina.	0,20
Codeína	0,02
Lactofosfato de cálcio.	2,00
Benzoato de sódio	0,50
Galacol	0,20
por cem gramas	

PREPARAÇÃO DOS
LABORATORIOS JABA

Rua Actor Taborda, 5 — Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PORTO
Rua Mártires da Liberdade, 120

DEPÓSITO EM COIMBRA
Avenida Navarro, 53

e de tal sorte que, se não fôra a sectorização, não há cérebro humano capaz de «tudo» abranger com proficiência. «Nous vivons à une époque de progrès rapides que l'ont peut dire incessants. Cette situation privilégiée donne d'incomparables satisfactions et impose de tres nombreux devoirs. L'effort individuel ne peut toujours suffire pour les bien remplir, l'effort collective devient necessaire.».

6 — Quando terminei o curso, em 1911, mal se falava em especialistas; pelo menos entre nós; e os que falavam dêles eram os que mais facilmente iam ao estrangeiro em viagens de estudo, como centro obrigatório Paris, mais raramente Berlim ou Londres, ainda assim muito visitados. De Madride não rezavam as crónicas. O figurino de clínico dessa época era o médico que a tudo atendia: o policlínico, o «médico-cirurgião», título com que se «era dado à luz» pela Escola de Lisboa. Já estava crismada em Faculdade por criação da Universidade de Lisboa; mas, ainda não havia doutores, o que não impedia que todos já o fôssemos...

Mesmo os que com arguto espírito, orientação previdente, educação profissional condicionada pela convivência com os estudiosos de determinados sectores, se dedicavam às especialidades, faziam-no sem contudo deixarem de ser clínicos gerais; e, talvez e muito principalmente, clínicos gerais, porque exercendo a especialidade exerciam «muito mais» a clínica geral. As taboetas nas janelas dos consultórios lá o diziam sem sofismas: «Clínica geral — doenças de tal ou tal aparelho». Ainda hoje há algumas. Os clínicos gerais exerciam a clínica que todo o clínico geral podia exercer autorisado pelo diploma, e garantido, perante a sua consciência, pela prática clínica: a medicina e a cirurgia em todos os sectores (ainda muito reunidos, excepcionalmente sectorizados, e sem uma sectorisação rigorosa, quando mesmo) e que coubessem bem à vontade dentro da técnica praticada e aprendida nas enfermarias.

Esta aprendizagem começava-se na Escola, continuava-se no Hospital ao lado do Mestre, ou do Director de Enfermaria, que mais e melhores garantias podia oferecer pela riqueza do seu ensino e prática, facilidades de aprendizagem e material em que exemplificava os seus ensinamentos. E não servia esta assistência para adquirir ciência, exclusivamente; o carácter do Mestre, a sua correcção individual e deontológica, a maneira de clinicar, eram exemplos que à compita se procuravam seguir em cópia o mais fiel possível, tentando integrar-se nelas o assistente voluntário, no anseio de lhe chegar um dia aos calcanhares, em técnica, saber, correcção e merecimento profissional... Havia muito a preocupação de imitar os directores espirituais, os médicos que se seguiam; muito pouco, uma raridade ser-se «original». O mais curioso é que a personalidade, a-pesar disto, não deixava de mostrar-se, e impor-se; e maior número de vezes do que se poderá julgar... A assistência nas enfermarias do Hospital e nas consultas externas, em que se empregavam anos e anos, nada pedia, nem

podia obter em troca, para ser incluído nos quadros dos Hospitais Civis ; pois que, para tal, havia concursos sempre exigentes. Mas recebia e arrecadava um capital precioso e de alto valor e elevado juro : os conhecimentos clínicos, a prática, e a protecção espiritual do Mestre que nunca mais faltava nas horas difíceis da clínica com seu conselho e entendida ajuda.

Este tempo não vai assim tão afastado. Falava-se em « médicos de família » — o médico da casa, — que além de assistente para os males do corpo, tantas vezes o era também para os morais, que compartilhava como amigo certo, confessor, quasi parente, conselheiro acatado. Talvez aqui esteja, nesta camaradagem afectiva e respeitosa que ligava o médico ao « seu » cliente, e o cliente ao « seu » médico, — a obrigação moral em que o clínico se sentia de acompanhar, o mais longe possível o doente, na assistência que lhe devia ; porque, dirigi-lo para outro clínico poderia parecer ao « doente-amigo » falta de dedicação, quebra de amizade.

Da junta médica — a conferência de agora — resultava a confirmação do diagnóstico, ou a sua correção, assim como a modificação do tratamento (se para tal havia lugar) e a indicação cirúrgica (se o caso era para tanto), cimentando-se na família a « fama » do assistente *em cujas* competentes mãos o doente prosseguia seu tratamento. O médico chamado para a junta, interessado pelo doente, continuava ao lado do clínico assistente ; e « particularmente » reviam o caso. Lembravam-se remédios experimentados já, ou que recentes leituras, criticadas, aconselhavam. Porque havia sempre o receio de empregar remédio que a prática não tivesse confirmado ou deixar sem ajuda moral, e até científica ou clínica, o colega que a precisasse. E o doente sempre a ganhar ; e a amizade entre o médico e o doente a consolidar-se. Para completar o quadro não fica mal dizer-se que as famílias pagavam ao médico na mesma moeda ; e não estava « em moda » mudar o médico como se mudam as roupas brancas depois do banho de limpeza da manhã.

Já ouvi atribuir a evolução sofrida, neste particular, à dispersão que as especialidades impuzeram, empurrado o doente para os gabinetes dos especialistas, um para cada maleita, e tão de seguida, que mesmo sem intenção reservada se lhe vai da memória o caminho da casa do primeiro que o viu e aconselhou... Tudo pode ser ; mas, neste problema, os elementos em causa, e que o complicam a ponto de fazer dele quebra-cabeças difficilimo, com foros de irresolvível, são muitos e variados, e implicam tanto com os doentes como com os médicos. Valha a verdade sem, nem uns nem outros, terem de ficar mal colocados...

7 — A especialização não se fez pois tão profundamente, e completa, que merecesse desde logo o título « especialidade », — a marcar a individualização do sector que saindo, em continuação, da Medicina Geral, se personalizou. Fez-se por gradações, obedecendo a um

ritmo que esteve dependente de diferentes condições, impostas pelo desenvolvimento da ciência médica, e conveniente contemporização com os usos e costumes dos doentes e famílias. O clínico geral com estudos e prática da especialidade, aparelhagem condizente com as exigências dela, assiste ao cliente da sua clínica geral mudado, por força da doença, em cliente da especialidade; e, como a êste se juntam os dos colegas que não estão preparados para tanto, atarefa-se na clínica especial, dedica-se ao estudo e aperfeiçoamento que a consciência lhe impõe, e por insuficiência de tempo, honestamente deixa «cair», na assistência dos colegas que não se dedicam a especialidades, os clientes de clínica geral, para se reduzir e dedicar aos da especialidade que o monopolizam.

E, fêz-se a cisão. Aparente porém; porque, nem o especialista desta ou daquela especialidade deixa a clínica geral, porque «a» encontra em tudo da clínica especial; e, não pode deixar de a continuar a cultivar, porque tudo o que ler da especialidade se vai entroncar nela infalivelmente.

8 — O especialista somente se especializa desde que seja clínico geral! As condições — de tôdas as ordens, finalmente, — que o levam a preferir determinado sector da Medicina especializada, nunca são de acaso; reconhecem causas importantes, dependentes da sua inclinação e interêsse pelos ramos da ciência médica que mais o atraem, da sua educação, da instrução recebida e orientação científica que dela resultou, e ainda da habilidade manual, do «savoir faire», inato ou desenvolvido por exercícios de ocasião. E até da constituição física!

Para se escolher portanto uma especialidade bem se reconhece a necessidade de primeiro ter servido a clínica geral; só exercendo-a se desperta e desenvolve a tendência para a especialidade; porque só depois se conhece o ramo em que melhor se pôde praticar com eficiência e proveito, muito do paciente e um tanto do clínico, por nessa especialidade poder ser verdadeiramente útil.

Ser clínico geral é ser especialista do conjunto, passando sobre a minúcia, reconhecendo-a. Ser especialista é ir até à minúcia, valorizando-a para efeitos de diagnóstico ou tratamento, à custa do saber próprio, da técnica e do instrumental aprimorado e especial que êle melhor do que o clínico geral é capaz de manobrar a bem do doente. A clínica geral é um bem para o doente, para a Humanidade.

A especialidade, porque parte da clínica geral cujos estudos aprofunda e esgota até à interpretação do sintoma pôsto em evidência pelos meios de diagnóstico especiais — e porque assim garante mais e melhor a cura do doente, — é um *bem*: e, porque é um bem que «melhora a ciência e a arte de curar», *um bem necessário*.

Tipografia ENCICLOPÉDIA PORTUGUESA, L.^{DA} — PORTO

Encarrega-se de todos os trabalhos gráficos nas melhores condições de execução e preço.

K O L A A S T I E R

GRIPE — CONVALESCENÇA — DESPORTOS

L Y X A N T H I N E

REUMATISMO — GÔTA — ARTRITISMO

C O L I T I Q U E

TODAS AS AFECÇÕES COLIBACILARES

S T A L Y S I N E

TODAS AS AFECÇÕES ESTAFILOCÓCICAS

P H I L E N T É R O L

TODAS AS AFECÇÕES INTESTINAIS

A R H É O L

BLENORRAGIAS — CISTITES — PIELITES
COMPLETA O TRATAMENTO PELAS SULFAMIDAS

R I O D I N E

N É O - R I O D I N E

MEDICAÇÃO IODADA SEM IODISMO.
VIA BUCAL OU INJECTÁVEL.

LABORATÓRIO DO DR. P. ASTIER

Literatura e amostras nos representantes

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — 240, Rua da Palma, 246 — Lisboa

O Médico nos livros de Eça de Queiroz ⁽¹⁾

por ALBERTO PESSOA

Já disse algures estar convencido de que Eça de Queiroz não em-birrava com os médicos (*Coimbra Médica*, VI, 1939, N.º 8). E, para jus-tificar o meu dito, transcrevi então esta parte de uma carta escrita de Newcastle em 1878 a Ramalho Ortigão, que para aqui se copia outra vez: — «As minhas relações são pessoas perfeitamente idiotas, que nunca leram um livro..., e que pensam que o único produto da inteligência humana é o *Times*. A única pessoa com quem posso falar — não em espiritualidade, mas ao menos falar em sentimentos, ideias gerais, etc. — é um médico». E acrescentei: — «Mas há mais. Querendo, num dos seus livros, apresentar um rapaz cheio de curiosidades intelectuais, fino, distinto, culto, elegante, Eça de Queiroz fez dêle um médico. No entanto, para a boa ordem do romance, tanto importava que Carlos da Maia fôsse médico como engenheiro, advogado ou militar. E' evidente. Mas o autor certamente entendeu que essas qualidades de cultura e de distinção ca-biam melhor a um médico do que a qualquer outro. E' certo que, como profissional, Carlos da Maia interessa muito pouco. Êle nunca foi, de facto, médico a valer. Mas já assim não acontece com o excelente Dr. Gouveia, simpática figura que aparece em *O crime do padre Amaro*. Êste era um homem, de modos paternos, envelhecido no officio, que só tinha afinal a pecha de procurar tirar sempre grande lição das coisas que acon-teciam, para assim poder expandir, com visível satisfação, doutrinas que lhe eram queridas. Não vem, está claro, para o caso discutir se essas doutrinas eram boas ou más. Importa apenas fazer notar que, como bem se vê pela leitura do romance, os conceitos do Dr. Gouveia não desagradavam ao autor. Quere-me mesmo parecer que Eça de Queiroz fez do médico de Leiria porta-voz das suas opiniões. E isto tem, está claro, especial importância no nosso ponto de vista».

Uma leitura nova da obra do romancista não me fez mudar de opinião.

Lá fui encontrar mais uma vez Carlos da Maia, sempre elegante e distinto, com a grande ambição de realizar na vida «alguma coisa de brilhante», como êle próprio dizia. Sucede porém que, para exaltar as finas qualidades da inteligência do rapaz, pondo em clara evidência esta faceta do seu espirito curioso, o autor descaí em contar, aqui ou acolá, coisas bem inverosímeis. Veja-se, por exemplo, o extraordinário labora-tório para experiências anatômicas e fisiológicas, instalado num antigo armazém junto ao Largo das Necessidades, e que, depois de pronto, «ficou muito convidativo, com o soalho novo, fornos de tijolo fresco, uma vasta

(1) Excerpto do artigo «O médico, o farmacêutico e o praticante de farmácia nos livros de Eça de Queiroz», escrito por nosso saudoso colaborador, médico e literato dis-tintíssimo, e que agora, ano do centenário do nascimento do célebre escritor, ressuscita-mos das páginas da *Coimbra Médica* (VII, 1940, n.º 5).

mesa de mármore, um amplo divan declina para o repouso depois das grandes descobertas, e em redor, por sôbre peanhas e prateleiras, um rico brilho de metais e cristais...». Ainda bem que tal laboratório nunca chegou a funcionar e que todo êsse «belo material de experimentação» ficou para sempre, «sob a luz branca da clarabóia..., virgem e ocioso». De contrário, grandes deveriam ter sido as aflições do autor. «Experiências fisiológicas, pacientes e reveladoras», não se fazem assim de pé para a mão. Ser «um Claude Bernard que fôsse também um Morny» não é coisa fácil. Eça de Queiroz não tinha manifestamente a êste respeito ideias muito assentes. E não admira... E' preciso, por isso, perdoar-lhe tôda esta história do laboratório, que não foi posta no romance por malícia ou ironia...

A propósito do Dr. Gouveia, homem de pensar muito livre, que exprimia sempre sem o menor rebuço, honra lhe seja, as suas opiniões, só uma coisa mais direi. Tinha o vício fundamental de procurar, nas suas abundantes perlangas, fazer sempre aplicação aos casos da vida corrente de ensinamentos tirados das ciências biológicas. O processo é muito discutível. Mas ainda há, hoje em dia, quem o empregue, e muito a sério, para chegar às mesmas conclusões que o Dr. Gouveia, ou às contrárias, porque é tudo afinal uma questão de geito. Vistas bem as coisas, o Dr. Gouveia, apesar da sua rabugice e da irreverência com que tanto escandalizava as beatas, frequentadoras da casa da S. Joaneira, era, no fundo, um pobre homem, cheio de bondade e paciência, sabendo, como nenhum outro, tratar os achaques e acudir aos flatos daquelas boas senhoras. De um viver muito simples, tendo um gabinete de consultas que, «com os seus caos de livros, o seu tom poeirento, uma panoplia de flechas selvagens e duas cegonhas empalhadas... tinha na cidade a reputação duma cela de alquimista», o Dr. Gouveia representa bem o tipo do médico da província do século passado.

O médico, tal como aparece nos livros de Eça de Queiroz, é sempre, pode bem dizer-se, uma criatura simpática. Até o próprio Julião Zuzarte, apesar das suas «tiradas azêdas» e dos seus «silêncios hostis», não é, no fundo, embirrento. E' que as coisas da vida não lhe corriam bem. «Muito inteligente, estudava desesperadamente», mas «era um tumba» — como êle próprio dizia — e «aos trinta anos, pobre, com dívidas, sem clientela, começava a estar farto do seu quarto andar na Baixa, dos seus jantares de doze vintens, do seu paletot coçado de alamares; e entalado na sua vida mesquinha, via os outros, os mediocres, os superficiais, *furar*, subir, instalar-se à larga na propriedade». Ora isto irritava-o, tornando-o agreste e desabrido. Era, no fim de contas, uma destas criaturas de génio pouco maleável, que nunca perdem, nos passos dêste mundo, a boa ocasião para se prejudicarem. Mas os sujeitos assim, embora por vezes desagradáveis no trato, são afinal, em meu entender, bem mais simpáticos do que os fura-vidas. Um dia, talvez para o calar, deram-lhe um osso para roer. O homem então mudou muito, tornou-se mais solene nas maneiras e mais comedido nas falas. De revolucionário passou mesmo a conservador, como tanta vez acontece em casos dêstes. Não

há, portanto, muito que estranhar... Para pôr bem em evidência o grande saber do rapaz, sucede porém que Eça de Queiroz, em demoradas páginas, lhe vai atribuindo, sôbre pontos diversos da ciência médica, opiniões um tanto extrardinárias, por vezes mesmos ridículas. Mas não foi por mal, haja a certeza. O autor é que entendia pouco do assunto...

Além dêstes três médicos, que dão muito na vista por encherem páginas e páginas de *Os Maias*, de *O crime do padre Amaro*, e de *O primo Basílio*, muitos outros ainda se descobrem nos livros de Eça de Queiroz. Alguns mal se vêem, aparecendo apenas de fugida, aqui ou acolá. Não admira, portanto, que um ou outro possa ter passado despercebido a qualquer leitor menos atento. Mas eu, que andei a procurá-los de propósito, a êsses médicos pequenos, encontrei os seguintes: — o Dr. Cardoso e o cirurgião da Câmara em *O crime do padre Amaro*; o Dr. Caminha, o Dr. Pinto, o Dr. Figueiredo, o Dr. Barral e o Dr. Barbosa em *O primo Basílio*; o Dr. Guedes, o Dr. Trigueiros, o Dr. Barbedo, o Dr. Teodósio, o Dr. Azevedo, o Dr. Travassos e o Dr. Chaplain em *Os Maias*; o Dr. Avelino em *A cidade e as serras*; o Dr. Matos e o Dr. Macedo em *A illustre casa de Ramires*; o Dr. Azevedo em *A capital*; o Dr. Gomes no *Alves & C.^a*; o Dr. Flores e o Teles cirurgião em *O Conde de Abranhos*; o Dr. Alípio no conto intitulado *No Moínho*. São, como se vê, ao todo 25, se não escapou algum, perdido por um canto.

E isto sem meter na conta os homens de outras eras, como sejam aquele Eliezer de Silo, médico do Templo, «benéfico e sábio entre tôdas as coisas da natureza», de que se fala em *A relíquia*; o bom Mestre Alvaro Porcalho que uma vez veio «à pressa de Viseu, montado na sua mula», a Gonfalim, para ver o pobre «D. Rui de Valadares, doente de cama, «amarelo como uma cidra», porque, devida a uma aflição, «os humores se lhe extravasaram»; e ainda outros, sem nome, que aparecem em *A illustre casa de Ramires*, no *S. Cristovão*, etc. E não virá, quere-me parecer, fora de propósito lembrar que foi justamente êste bom Mestre Alvaro Porcalho quem despertou a curiosidade pelas artes médicas no gentil moço, filho de D. Rui, que mais tarde viria a ser o famoso S. Frei Gil, de que Eça de Queiroz começou a escrever, com tanto amor, a vida maravilhosa.

Deixando porém em paz êsses vagos colegas de outro tempo e olhando apenas para os médicos modernos, pode bem dizer-se que não há para nenhum dêles uma palavra feia em tôda a obra do romancista.

De onde a onde surge mesmo o seu qualificativo amável — o bom Dr. Trigueiros, o bom Dr. Caminha, o respeitável Teles, o fino Dr. Teodósio, o bom Dr. Chaplain... A respeito dêste último pode até ler-se em *Os Maias* — «Era um grande mestre, era um espírito bem superior... O bom Dr. Chaplain! Que fisionomia tão amável, tão fina!... Sempre com o seu barretinho de seda... E sempre com a sua grande flor na casaca... De resto, o prático maior que saíra da geração de Trousseau».

Em *O primo Basílio*, a propósito do Dr. Caminha, médico já velho que em tempos tratara a mãe de Jorge e salvara Luisa de uma pneumonia, pode ler-se também o seguinte: — «Jorge conservava uma admira-

ção por aquela reputação antiquada; e agora — quando Luísa estava com a doença que a havia de matar — a sua esperança voltava-se sofregamente para êle, anciando pela sua presença como pela aparição dum santo».

O Dr. Trigueiros, o velho médico de Rezende que a certa altura, como já sabemos, se passa a chamar Travassos, êsse então é apresentado, no romance, como homem cheio de bondade. Conhecia Carlos da Maia desde pequeno, assistira aos seus primeiros entusiasmos pela medicina e, quando rapaz, já então estudante em Coimbra, vinha passar as férias a Santa Olávia, «quási tôdas as tardes, o velho Trigueiros se apeava da sua égua branca ao portão para vir cavaquear com o colegã». E nunca se esquecera dêle o bom velhote. Passados anos, ainda «falava sempre com os olhos cheios de lágrimas do talento do seu colegã Carlos».

Dos outros médicos, que mal aparecem de fugida, aqui ou acolá, quási que só se dizem destas coisas banais, que não tiram nem põem. Em tôda a sua obra, Eça de Queiroz viu quási sempre o médico com bons olhos. Diz mesmo, no 2.º volume de *Os Maias*, que Maria Eduarda aprovava com simpatia que Carlos pintasse, num livro que andava a escrever, «as figuras dos grandes médicos, bem-feitores da humanidade», sem perceber, acrescentava, porque só se glorificavam «os guerreiros e os fortes».

No meio de tudo isto, só uma voz desafina — a do padre Natário que tinha mau génio. Êste fartava-se de chamar cavalgadas aos médicos que o trataram quando partiu a perna, como se pode ver em *O crime do padre Amaro*. Mas desculpa-se... Os homens, ao que parece, não tinham sabido arranjar bem as coisas de princípio. E o desgraçado, a curtir dores, queixava-se amargamente do «atrazo em que estava a medicina neste maldito país». Mas é uma descompostura no vago. Nem se chega a saber o nome dos médicos a quem isto se refere. E não é o autor quem fala, é o padre.

Não se vá, porém, supor que, nos seus livros, Eça de Queiroz se esteja sempre a desfazer em elogios para os médicos. Não, também vai deixando antever alguns defeitos. Mas só a um encontrei referência formal — a esta mesquinha inveja que leva tantas vezes os médicos a dizerem mal uns dos outros. Pode ler-se, de facto, em *Os Maias*: «E enfim (mas esta consagração não a esperava realmente Carlos tão cedo) alguns dos seus bons colegas, que até aí, vendo-o só a governar os seus cavalos inglêses falavam do «talento do Maia» — agora percebendo-lhe estas migalhas de clientela, começavam a dizer «que o Maia era um asno».

Nos romances era assim — por via de regra os médicos são, como se vê, tratados com carinho. Razoável será, portanto, admitir que cá fora, na vida, Eça de Queiroz também tivesse alguma consideração pelos doutores de carne e osso. E a carta já nossa conhecida, em que se fala do médico de Newcastle, assim parece indicar. Seria porém exigir muito que Eça de Queiroz admirasse todos os médicos, um por um. Por isso, as palavras que se seguem, tiradas de uma carta de Oliveira Martins, não me levam a mudar de opinião: — «A minha sublevação intestinal tem resistido à repressão conservadora do Bismuto. Preciso por isso um

dêsses sujeitos que, no tempo de Molière, freqüentavam a sociedade com uma seringa debaixo do braço, a que nós hoje chamamos um príncipe da ciência. Conheces tu algum bom,—tão bom que distinga realmente o intestino grosso da aorta? O que vem aqui regularmente ao hotel parece-me ser um mendigo da ignorância...».

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

Centenário de Röntgen.— Por lapso de revisão, saiu estropeada a menção dos trabalhos apresentados em Coimbra, na série de sessões comemorativas promovida pela Sociedade Portuguesa de Radiologia, e referidas no artigo do nosso presado colaborador sr. Dr. Albano Ramos, a quem pedimos desculpa pelo erro, que agora se corrige. Nessas sessões falaram os srs. Profs. Correia de Oliveira, João Porto e Vaz Serra, e Drs. Almeida Santos, Ayres de Sousa, Fernandes Ramalho, Manoel Pinto e Moura Relvas. Podemos acrescentar, agora, que versaram os seguintes temas, respectivamente: O valor do radiodiagnóstico na encefalopatia traumática, Os raios X nas afecções do coração e pedículo vascular, Importância da radiologia nalguns problemas da tuberculose pulmonar, Alguns resultados da aplicação dos raios X ao estudo das estruturas, A descoberta de Röntgen e a Universidade de Coimbra, História do Laboratório de Radiologia da Faculdade de Medicina, A radiologia e a oto-rino-laringologia, O diagnóstico diferencial em radiologia; e acrescentaremos ainda que a sessão final se efectuou na Ordem dos Médicos, em Lisboa, onde o sr. Prof. Dr. Aleu Saldanha falou sobre o valor da radiologia óssea como índice de algumas afecções gerais, e o sr. Dr. Ayres de Sousa, presidente da Sociedade, fechando a série, dissertou sobre a evolução da semiótica radiológica.

Prof. Dr. René Leriche.— Visitou o nosso país o eminente cientista e cirurgião francês, professor no Colégio de França, que fez em Lisboa, Pôrto e Coimbra, diversas conferências, sobre patogenia da embolia pulmonar e cirurgia dos esplâncnicos.

Centenário de Ambroise Paré.— Comemorou-se, na Faculdade de Medicina do Pôrto, o centenário da publicação da célebre obra de Paré sobre o tratamento das feridas por armas de fogo. Falaram os srs. Profs. Drs. Luís de Pina, Fernando Magano e René Leriche; o primeiro pôs, a propósito, em destaque os cirurgiões portugueses da época dos quinhentos, e os segundos vincaram a lição que representa a vida e a obra de Paré.

Homenagens.— Por motivo de ter alcançado o limite de idade, jubilandando-se, foi o sr. Prof. Dr. Oliveira Lima, nosso ilustre amigo, cumprimentado em sua casa pela Reitoria da Universidade do Pôrto, e pelo Conselho Escolar da Faculdade de Medicina, que o saudaram efusivamente.

Pelo mesmo motivo, a Faculdade de Lisboa e o Instituto de Oncologia saudaram o sr. Prof. Marck Athias, manifestação a que se associou a Faculdade de Medicina do Pôrto, fazendo-se representar pelos srs. Profs. Hernâni Monteiro e J. Afonso Guimarães.

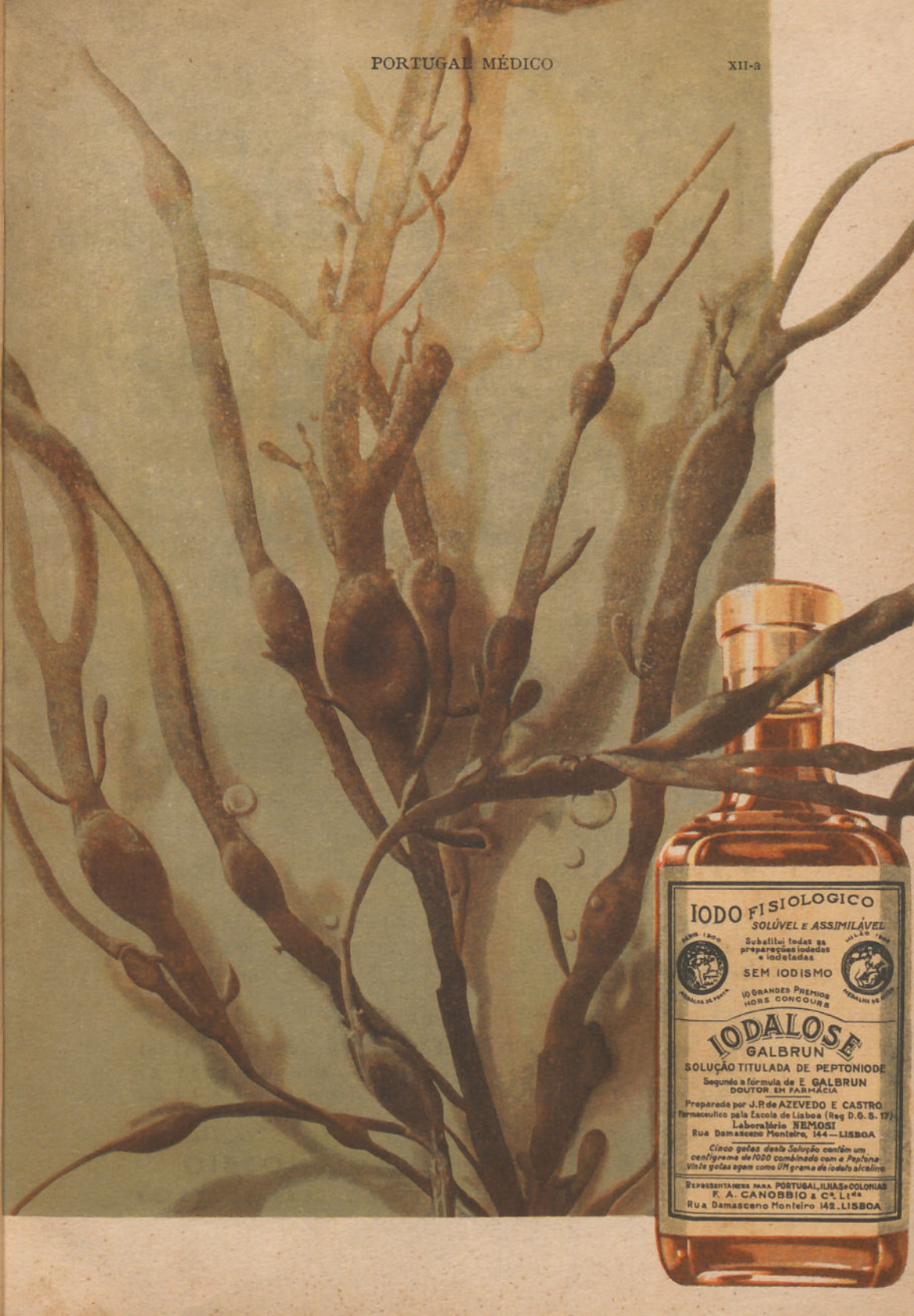
No Hospital da Misericórdia de Celorico de Basto foi prestada calorosa homenagem ao nosso amigo e colaborador, sr. Dr. José Aroso, cirurgião do Hospital da Misericórdia do Pôrto, em gratidão dos serviços ali prestados.

Exposição de medicina moderna inglesa.— No Hospital de Santo António, da Misericórdia do Pôrto, realizou-se uma exposição de livros, revistas e instrumentos cirúrgicos, por iniciativa do Instituto Britânico, com o patrocínio do Instituto para a Alta Cultura Foi a repetição da que se fez em Lisboa, nos Hospitais Civis.

Exercício ilegal de medicina.— O Supremo Tribunal de Justiça negou provimento ao recurso interposto, para Tribunal Pleno, pelo subdito italiano Pedro Indiveri Colucci, na acção contra êle movida pela Ordem dos Médicos.

Partidos médicos a concurso: Ponta Garça, Vila Franca do Campo. Mindelo, Vila do Conde. Alhandra, Vila Franca de Xira.

Necrologia.— Em Vila Real o capitão-médico reformado Dr. José Tibúrcio Monteiro. No Rio de Janeiro o dermatólogo Dr. José J. Vieira Filho, que exerceu no Pôrto durante muitos anos. No Pôrto o Dr. José Casimiro Barbosa, director de enfermaria no Hospital da Misericórdia.



iodo FISIOLÓGICO

SOLÚVEL E ASSIMILÁVEL



Substitui todas as preparações iodadas e iodetadas



SEM IODISMO
10 GRANDES PREMIOS
HORS CONCOURS

IODALOSE GALBRUN

SOLUÇÃO TITULADA DE PEPTONIODE
Segundo a fórmula de E GALBRUN
DOUTOR EM FARMÁCIA

Preparada por J. P. de AZEVEDO E CASTRO,
Farmaceutico pela Escola de Lisboa (Reg. D. G. S. 17)
Laboratório NEMOSI
Rua Damasceno Monteiro, 144—LISBOA

Cinco gotas desta Solução contém um centigramma de IODO combinado com a Peptona. Vinte gotas agem como UN gram de iodeto alcalino

REPRESENTANÇAS PARA PORTUGAL, ILHAS E COLÓNIAS
F. A. CANOBBIO & C^o L^{da}
Rua Damasceno Monteiro 142—LISBOA

IODALOSE

G A L B R U N

IODO FISIOLÓGICO
SOLÚVEL ASSIMILÁVEL

SUBSTITUI O

IODO E OS IODETOS
EM TÓDAS AS SUAS APLICAÇÕES
SEM IODISMO



Vinte gôtas de IODALOSE actuam como
um grama de iodeto alcalino

DOSES MÉDIAS

Cinco a vinte gôtas para as crianças
e dez a cinquenta gôtas para os adultos

A IODALOSE

é a única solução titulada do Peptoniode.

Primeira combinação directa e inteiramente estável do iodo com a Peptona Descoberta em 1896 por E. GALBRUN, Doutor em Farmácia

IMPORTANTE

Não confundir a IODALOSE, produto original, com as numerosas imitações apresentadas ao Corpo Médico com nome idêntico

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL E TODO O IMPÉRIO

ESTABELECIMENTOS CANOBBIO

RUA DAMASCENO MONTEIRO, 142 — LISBOA

PORTUGAL MÉDICO

(3.ª SÉRIE DAS ANTIGAS REVISTAS: GAZETA)
DOS HOSPITAIS E VIDA MEDICA. ANO 37.º

1945

N.º 12

O papel dos dispensários no combate à tuberculose

por AMÂNDIO PAÚL

Médico inspector-chefe dos
Dispensários da A. N. T.

(Conclusão)

E) — **Serviço Social** Privado do seu serviço social o dispensário ficaria reduzido à condição de simples consulta externa e bem fraco seria então o seu rendimento, já que a tuberculose é doença para a qual a medicina não logrou até agora o remédio — droga, sôro ou vacina — verdadeiramente curativo. Com êsse serviço, porém, realiza a sua principal missão, qual é a de penetrar no meio social para a descoberta dos « ninhos » da tuberculose onde quer que se encontrem, a começar na célula fundamental, a família, para logo prosseguir no seio dos múltiplos e variados aglomerados da colectividade.

O serviço social desempenha, pois, um papel de capital importância nos dispensários, a ponto de se dizer, e com razão, que sem êle mal podem cumprir capazmente a função de profilaxia individual e colectiva que especialmente lhes compete. A A. N. T. dispõe para êsse efeito, nos dispensários de grande movimento, de médicos e enfermeiras diplomadas especialmente adstritas à visitação domiciliária, e nos restantes são os seus devotados directores, coadjuvados pela enfermeira e por êles próprios adestrada, que o executam, limitando-o forçosamente, como é bem de ver, à zona da sede do dispensário, o que evidentemente lhe tira uma grande parte da sua eficiência.

Do resultado obtido nas diferentes modalidades do serviço social em 1944 e, para confronto, nos últimos cinco anos, falam os números desta tabela:



Anos	Visitas			Novos doentes visitados (1. ^{as} visitas)	Pessoas de família dos doentes visitados e que foram inscritas no dispensário por :			Doentes encontrados a viver em casas com uma divisão	Crianças encontradas a viver em meio contaminado	Porcentagem de óbitos por tuberculose, que o dispensário não teve conhecimento	Participações à Inspeção de Saúde
	Do médico	Da enfermeira	Total		Profilaxia	Doença	Total				
1940	9587	24250	33837	2909	925	446	1371	556	3246	78,6	584
1941	9198	23083	32281	2783	922	402	1324	367	2807	74,2	518
1942	10437	23351	33788	2680	709	350	1059	341	2545	82,0	572
1943	7719	20991	28710	2322	780	400	1180	312	2215	79,7	479
1944	6568	21595	28163	2645	777	452	1229	408	2219	78,9	408
Média	8701,8	22654,0	31355,8	2667,8	822,6	410,0	1232,6	396,8	2606,4	78,7	511,8

Passemos em rápida revista cada uma das modalidades que aqui se consideram.

a) — *Visitas domiciliárias*. — Fizeram-se ao todo 28.163, menos das que em média se realizaram nos cinco anos atrás — 31.355,8. Mas as primeiras visitas, ou sejam, as que o regulamento impõe aos doentes que se vão inscrevendo de novo, foram 2.645, tendo ficado um pouco abaixo da média quinquenal, decerto porque foi menor o número dos novos doentes inscritos.

As enfermeiras competiram 21.595 visitas — 76,6 % do total, e aos médicos 6.568, o número mais pequeno do quinquénio.

Analisemos separadamente como decorreu êste serviço, um dos de maior rendimento social, na Província e em Lisboa, no ano transacto.

Na Província, em primeiro lugar anotaremos que os dispensários de Alcobça, Lamego, Pombal e Vidigueira, no Continente (não incluímos Almada pela razão já referida de só ter funcionado uns dias em 1944) não mencionam visitas do médico ou da enfermeira, e Ponta Delgada, nas Ilhas, só nos dá conta de visitas médicas. Queremos crer que só por *lapsus calami* isso aconteceu, pois não é crível que, nem mesmo na própria sede, os doentes em tratamento não tenham sido visitados, ao menos uma só vez durante o ano, nos citados dispensários do Continente. Seguem-se os dispensários que registaram números baixos de visitas que nem sempre alcançaram, como aliás bem se compreende, dada a vastidão das áreas, o número dos novos inscritos por doença. Foram os seguintes: Amarante 8 visitas, Viseu 31, Viana do Castelo 33,

Figueira da Foz 35, Gouveia e Miranda do Côrvo 52, Vila Real de Santo António 55, etc. Em contrapartida, aqui deixamos os números mais altos e onde se registaram: Pôrto (Arantes Pereira) 1.661 visitas — o número maior, Guarda 1.293, Beja 1.098, Pôrto (Conde de Lumbrales) 1.030, Elvas 741, Caldas da Rainha 637, Sabóia 615, Funchal 548, etc.

Em Lisboa, o maior número foi registado na Ajuda — 3.942 visitas, logo seguido por C. de Ferro — 3.476, Estrêla — 2899 e D. Amélia — 2.738. Ao todo vieram a fazer-se 13.055 visitas, sendo, do médico — 1.849 e da enfermeira — 11.206. Em relação aos cinco anos anteriores verificou-se que infelizmente êstes números não alcançaram a média obtida nesses anos. Mesmo, quanto às visitas médicas, o próprio dispensário D. Amélia, que por ter dois médicos para êste serviço e de há muito vir batendo o *record* do número de visitas, teve de ceder em 1944 o 1.º lugar ao dispensário C. de Ferro que realizou 658 visitas, cabendo o 2.º lugar à Ajuda — 464, o 3.º, ao dispensário D. Amélia — 461 e o 4.º, à Estrêla — 266. No que respeita a visitas da enfermeira o 1.º lugar foi conquistado, mais uma vez, pela Ajuda — 2.942 visitas, seguindo-se-lhe C. de Ferro 3.476, Estrêla 2.899 e D. Amélia 2.738. Em média cada enfermeira veio a fazer durante o ano 1.450 visitas, cifra que em relação a outras lá fora, já nossas conhecidas ⁽¹⁾, bem prova a diligência que as nossas enfermeiras, mesmo sem o estímulo de uma remuneração condigna, sabem empregar na sua árdua e espinhosa missão para que bem a possam cumprir, como de facto cumprem.

b) — *Pessoas de família dos doentes visitados que foram inscritas no dispensário.* — As visitas domiciliárias, além do mais, que é importante — o conhecimento das condições económicas, higiénicas, morais, de alojamento dos doentes, etc. — são ainda, não raro, a causa determinante da vinda ao dispensário para observação — e é esta sem dúvida uma das suas grandes virtudes — das pessoas que estão a viver com os doentes visitados. E assim se conseguiu em 1944, no conjunto dos dispensários, a inscrição de 777 pessoas a título profilático e de 452 já doentes, n.º total, pois, de 1.229, número inferior à média dos cinco anos.

Na Província a falta de enfermeiras visitadoras — há apenas quatro no Pôrto — faz que muitos foram os dispensários que nada puderam ou quiseram informar, nem ao menos na própria sede, como aliás alguns fizeram. Seja como fôr, das pessoas dos doentes visitados inscreveram-se por profilaxia 419, de que os números

(¹) V. *Tuberculose*, 1940, Julho.

maiores se registaram em: Funchal 68, Nazaré 66, Sabóia 49, Pôrto (Arantes Pereira) 46, Póvoa de Varzim 38, Ponta Delgada 23, etc., e os menores, em: Amarante 1, Portalegre e Campo Maior 3, Vila Real de Santo António 5, etc. Quanto aos inscritos por doença, num total de 95, alguns dos números maiores registaram-se no Funchal 23, Pôrto (Arantes Pereira) 21, Elvas 11, etc., e dos menores, em Castelo Branco e Guarda 1, Beja, Ponta Delgada e Seixal 4, Nazaré 5, Pôrto (Conde de Lumbrales) e Póvoa de Varzim 6, etc.

Em Lisboa registaram-se por profilaxia e por doença nas pessoas de família dos doentes visitados, nos últimos cinco anos, os números seguintes:

Anos	Por profilaxia	Por doença
1940	395	339
1941	444	294
1942	328	268
1943	376	325
1944	358	357
Média	380,0	316,6

Em 1944, os 358 inscritos por profilaxia distribuíram-se assim, pela ordem descendente dos números: Ajuda 138, Estrêla 102, C. de Ferro 102 e D. Amélia 26, e os 357 inscritos por doença tiveram a seguinte distribuição, pela mesma ordem: D. Amélia 115, Estrêla 83 e C. de Ferro 21

c) — *Doentes encontrados a viver em casas com uma só divisão.* — Foram no total 408 dos quais 203 na Província e 205 em Lisboa, números um pouco superiores, excepto na Província, à média dos últimos cinco anos, como se vê nesta tabela:

Anos	Na Província	Em Lisboa	Em todos os dispensários
1940	298	258	556
1941	197	170	367
1942	196	145	341
1943	138	174	312
1944	203	205	408
Média	206,4	190,0	396,8

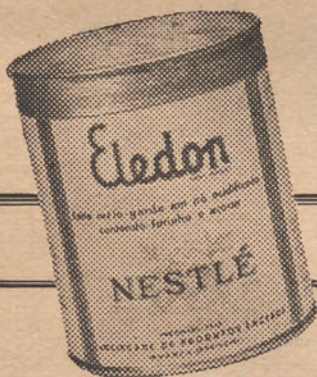
Na Província 28 dispensários desinteressaram-se e dentre os 27 restantes destacamos algumas das cifras maiores — 36 Conde de Lumbrales, 30 Arantes Pereira e Setúbal, 16 Barcelos, 14 Chaves, 13 Braga e Matozinhos, etc, e das menores. — 1 Abrantes, Amaranite, Anadia, Barreiro, Castelo Branco, Ferreira do Alentejo,

Eledon

NESTLÉ

presta preciosos serviços
como alimento dietético
nos casos de
disenteria
intolerância do leite
distrofia
eczema
êrmo

O LEITE ACIDIFICADO EM PÓ «Eledon», da Nestlé, resolve o problema da alimentação durante o período de perturbações digestivas, tanto nas crianças como nos adultos.



SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS

Stilbestrol

“Higilux,”

Estrogénio sintético

Perturbações da menopausa

Amenorreias

Cancro da próstata

Ampôlas de 1 e 5 mgrs. (Forte)

TONOSTEROL

Oleato de colesterol + Vitamina A

Anti-anémico

Anti-infeccioso

Caixas de 10 ampôlas de 1,5 cm.³

Amostras à disposição dos Ex.^{mos} Clínicos

Laboratório da Farmácia da

Sociedade Higilux, L.^{da}

Dir.-técnico—SOUSA DIAS—Licenc. em Farmácia

Rua de Pedrouços, 50-52—LISBOA

Guarda, Seixal, Vila Real, Vila Real de Santo António e Viseu; 2 Elvas, Figueira da Foz, Saboia e Sintra, etc.

Lisboa não foi muito mais além, mas ainda conseguiu apurar 205 pessoas a viverem em casas com uma só divisão, tendo o número maior — 72, sido colhido na Estrêla e o número menor — 31, em C. de Ferro.

Mas ter-se-ia conseguido ao menos melhorar com esta fraca diligência as condições de habitação dessa pobre gente? Sabe-se lá. O que se sabe é que a pequenez dos números denuncia uma fraca actividade dos dispensários a êste respeito, e também se sabe que os dispensários precisam de trabalhar em conjunção harmónica de esforços com os demais organismos oficiais ou particulares existentes nas suas áreas. E nisto há muito vimos a insistir. Mas, como se vê, com pouco resultado.

d) — *Crianças encontradas a viver em meio contaminado.* — Já atrás lhe fizemos referênciã.

e) — *Óbitos de que os dispensários não tiveram conhecimento.* — Idem.

f) — *Participações à Delegação de Saúde.* — Dizem respeito a desinfecções, higiene da habitação e outros motivos. Foram escasos os números que se lhes referem e o mesmo tem acontecido nos anos anteriores:

Anos	Província	Lisboa	Todos os dispensários
1940	223	361	584
1941	220	298	518
1942	226	346	572
1943	224	255	479
1944	211	241	452
Média	220,8	300,2	521,0

Em 1944 estão registados 211 participações na Província e 241 em Lisboa. Na província 36 dispensários, que não vale a pena mencionar, nada informaram, e nos restantes o número maior foi registado no Funchal — 43 participações. Se exceptuarmos o Pôrto (Conde de Lumbrales) — 19 participações. Elvas 18, Nazaré 17, Évora 14 e Ponta Delgada 10, todo o movimento nesta modalidade do serviço social andou à roda de um número dígito.

Em Lisboa vieram a fazer-se 241 participações, cabendo o número maior 117 à Ajuda e o menor 17 a C. de Ferro.

E eis tudo. Por sinal que bem pouco, muito embora se saiba

que o dispensário, como já dissemos e nada se perde em repetir, precisa de estabelecer e manter sempre uma estreita colaboração com outras instituições ou organismos de assistência ou de saúde, E daí o seu interesse em não deixar de comunicar à Delegação de Saúde tudo quanto, pelo seu serviço social, venha a conhecer em matéria de sanidade. Mesmo para que não possa alegar-se que nada se fêz porque nada também se participou.

F) — **Tuberculoterápia** A despeito dos pacientes e porfiados esforços que há muito se vêm fazendo para a descoberta da cura da tuberculose, aliás já tantas vezes anunciada e logo desmentida, a verdade é que nós não possuímos o medicamento — droga, vacina ou sôro — capaz de destruir o bacilo *in vivo* ou neutralizar as suas poderosas toxinas.

Na verdade, tôdas as tentativas levadas a efeito nesse sentido, quer no vasto campo da quimioterápia, quer, em nossos dias, no campo mais restrito da microbiologia, têm resultado inúteis e, não raro, assinaladas mesmo — diga-se de passagem — por desastres memoráveis. Haja em vista, *verbi gratia*, o maior de todos e de retumbância mundial, ocorrido em Berlim em 1890, ao fazerem-se os primeiros tratamentos com a tuberculina — a famosa «linfa de Koch» (que levou à capital alemã nesse ano uma multidão de doentes aí atraídos pelo nome prestigioso do seu autor. É que nós muito ainda desconhecemos da biologia do bacilo, a nossa ciência do bacilo é ainda incompleta (Pruvost) e apenas sabemos que se trata na verdade de uma bactéria muito singular, *sui generis*, que, umas vezes imuniza, melhora e cura e, outras vezes, sensibiliza, agrava e mata. E também sabemos que está ainda por desvendar este grande mistério.

Seja como fôr, no que particularmente diz respeito à tuberculina, o certo é que ninguém hoje lhe confere virtudes imunizantes que, verdadeiramente, como se depreende do chamado «fenômeno de Koch», só o bacilo possui, muito embora todos lhe reconheçam o poder de provocar, só nos doentes — e daí a sua especificidade — uma reacção alérgica, como dizem os médicos, de que a particularidade mais interessante, e a destacar, é sem dúvida o que se passa no próprio foco lesional. E é precisamente esta reacção focal que condiciona, à semelhança do que se dá com outros agentes irritantes — biológicos, físicos e químicos — e consoante os doentes, a doença e a dose, resultados nitidamente favoráveis à ulterior evolução das lesões» (1). Foi diminuto o número de injeções de que os nossos dispensários dão conta:

(1) In «Tuberculose». 1941, Julho.

Anos	Provincia	Lisboa	Todos os dispensários
1939	213	27	240
1940	144	17	161
1941	126	—	126
1942	262	34	296
1943	456	23	479
1944	415	—	415
Média	269,8	16,8	286,1

A avaliar por êstes números mal se comprehende o ostracismo a que foi votada esta medicação, quando a verdade é que, se não é positivamente o tratamento ideal da tuberculose, se, como dizia Léon Bernard, não tem no seu activo nenhum caso de cura, não há dúvida que é susceptível no entanto de, em determinadas formas da doença e muito principalmente na chamada tuberculose cirúrgica, dar resultados favoráveis muito interessantes. Ponto é que previamente se determine a dose mínima a empregar no comêço, que bem se faça a selecção dos doentes, e bem se graduem as doses com que se haja de prosseguir no tratamento.

g) — **B. C. G.** — Em matéria de medicações específicas, isto é, derivadas do bacilo, referência em especial merece, em breves palavras, o chamado B. C. G., ou seja a medicação preventiva da tuberculose pelo bacilo de Calmette e Guérin.

«Trata-se, como se sabe, de uma vacina viva constituída por um bacilo bovino, tornado avirulento e não tuberculígeno por uma técnica especial dos seus autores de que aliás não fizeram segredo. Mas, ou porque, como pretendem os tisiólogos alemães (Salter e outros), a imunização só pode conseguir-se com bacilos vivos sim, mas virulentos, ou porque o B. C. G., uma vez introduzido no organismo, não raro se torna patogénico, a verdade é que de há muito se vem registando uma forte reacção contra esta vacina. em que aliás se chegou a pôr tanta esperança» (1).

E na própria França, o entusiasmo dos primeiros tempos tende a arrefecer (2), se é que não arrefeceu já de todo. Entre nós os números desta tabela falam bem por si e dispensam quaisquer comentários. Pode bem dizer-se — se os números não falham — que não se acredita nas proclamadas virtudes da vacina.

O B. C. G. nos dispensários da A. N. T. nos últimos seis anos, cifra-se nos seguintes números de applicações:

(1) V. «Tuberculose» — 1940, Julho.

(2) Número de vacinações em França pelo B. C. G., segundo M. Moine: 1935 — 210.668; 1936 — 194.905; 1937 — 187.793; 1938 e seguintes — ?. Oxalá o evidente declínio que êstes números revelam não seja precursor de mais uma illusão a desfazer-se.

Anos	Provincia	Lisboa	Em todos os dispensários
1939	51	6	57
1940	43	2	45
1941	14	1	15
1942	22	4	26
1943	17	2	19
1944	16	1	17
Média	27,1	2,7	29,8

H) — **Sais de ouro** No campo pròpriamente da quimioterápia há a assinalar o malôgro da medicação áurica que em 1924 o Prof. Mollgaard, de Copenhague, de novo introduziu na terapêutica da tuberculose sob o nome de «Sanocrisina», atribuindo-lhe propriedades verdadeiramente curativas. É que segundo o autor, a sanocrisina teria o condão de, uma vez posta em contacto no organismo com o bacilo, depois de ter atravessado a muralha, até aí julgada impenetrável, da sua couraça adipo-cerosa, teria o condão, diziamos, de o destruir acto continuo, e logo libertar as suas poderosas toxinas. E tanto assim, que se tornava necessário desde logo — dizia Mollgaard — recorrer ao emprêgo de um sôro anti-tóxico destinado a neutralizar as toxinas desprendidas do bacilo e logo entradas na circulação sanguínea. Sabe-se bem o que aconteceu. No ano seguinte reünia-se em Copenhague um congresso em que se debateu a pretendida especificidade do medicamento e a sua mais útil posologia, e resolveu-se então: 1.º — Não reconhecer a especificidade da sanocrisina, isto é, a sua apregoada acção bactericida; 2.º — Suprimir conseqüentemente, por inútil, o sôro anti-tóxico com que se pretendia neutralizar no sangue as toxinas supostamente libertadas do bacilo, e 3.º — Reduzir desde logo as doses iniciais empregadas e que, por excessivas, deveriam ser a causa real dos accidentes e desastres maiores ou menores registados.

E a verdade é que uma vez reduzidas as doses à décima parte, e menos ainda, das que se empregavam no princípio, e uma vez bem escolhidos e vigiados como se recomendava, os doentes julgados tributários da nova medicação, não tardou a reconhecer-se que o ouro de Mollgaard tinha de enfileirar ao lado de tantíssimas outras drogas que afinal só verdadeiramente curam... as tuberculosas espontâneamente curáveis. Isso não impede, porém, que entre nós — nos dispensários da A. N. T. — os sais de ouro não sejam ainda largamente empregados. Eis aqui a prova, dada pelo número de injeções de sais de ouro, nos últimos seis anos:

Sociedade Industrial Farmacêutica



CROMOSEPTIL

SOLUÇÃO AQUOSA DE

**P. AMINOBENZENOSULFONAMIDA-SUCCINATO DE SÓDIO,
MERCUCROMO**

NA CIRURGIA GERAL
NA DERMATOLOGIA
NA OTO-RINO-LARINGOLOGIA
NA ODONTOLOGIA

**O poder bacteriostático das sulfamidas, associado
às propriedades bactericidas do mercurocromo**

(PERFEITAMENTE ATÓXICO E BEM
TOLERADO PELOS TECIDOS)

LABORATÓRIOS "AZEVEDOS"

Travessa da Espera, 3
L I S B O A

ANTI-GRIPAIS BARRAL

QUETACHIM

GUAIACOL, QUININA BÁSICA, CANFORA E ESSÊNCIAS AROMÁTICAS
GRIPES / BRONQUITES / BRONCO-PNEUMONIAS

Ampolas de 2 c.c. para injeções intramusculares

DIOMEL = Xarope

Sulfoguaiacolato de potássio, canfossulfonato de efedrina, acônito, beladona, etc.
Anti-séptico, Expectorante, Sedativo e Anti-espasmódico

BALSOPEX = Bálsamo revulsivo

Óleos essenciais de eucalipto, cedro, terebintina, etc.

RESFRIAMENTOS / CATARROS NASAIS / GRIPES

PANSPIRIL = Ácido acetil-salicílico

CAFIPANSPIRIL = Ácido acetil-salicílico e cafeína

Anti-reumáticos / Anti-gripais / Anti-piréticos / Analgésicos
EM COMPRIMIDOS

Laboratórios da Farmácia Barral

Depositários no Pôrto: QUÍMICO-SANITÁRIA, L.^{DA}

Anos	Na Província	Em Lisboa	Em todos os dispensários
1939	6449	2451	8900
1940	6749	2222	8971
1941	5222	1825	7047
1942	4980	2036	7016
1943	4399	1760	6159
1944	3973	1379	5352
Média	5295,2	1945,5	7240,8

É certo que êstes números revelam uma quebra importante de 39,86% no conjunto dos dispensários, maior em Lisboa — 43,73% do que na Província — 38,86% —, e que muito se vem acentuando de ano para ano. Mas há quem diga que isso deverá atribuir-se mais à carestia da droga e aos entraves postos pela guerra à sua aquisição, do que propriamente a uma verdadeira quebra na fé dos médicos. Antes assim.

I — Fórmulas medicamentosas Nós temos evidentemente de medicar os doentes que vão aparecendo à consulta nos dispensários, muito embora de antemão saibamos que bem melhor seria, em vez de uma receita, de resultados aliás sempre mais ou menos aleatórios, entregar-lhes uma guia de admissão num hospital ou, quando julgados curáveis, num sanatório de altitude. De altitude sim, já que está sobejamente provado que a altitude só por si desempenha um papel de primordial e indiscutível importância na cura do mal. Mas infelizmente tal não sucede e só porque — valha a verdade — não nos decidimos ainda a acabar de vez com a lenda da nossa crónica e franciscana pobreza, quando afinal dispomos, no dizer de muito boa gente entendida na matéria, de imensas riquezas por explorar, dentro e fora do Continente. Seja como fôr, não temos nem hospitais, nem sanatórios onde internar e tratar os nossos doentes que, devido a isso, como disse o Sr. Prof. Vaz Serra: «enchem os hospitais gerais ou encarregam-se de espalhar o mal por toda a parte, vindo muitos dêles a morrer ao abandono⁽¹⁾».

À bout de ressources, temos, pois, de medicar os doentes dos nossos dispensários. As fórmulas prescritas nos últimos seis anos atingiram em média o número de 216706,3, como se vê na seguinte tabela:

(1) In «Boletim da Assistência Social», n.os 8 e 9 — 1943.

Anos	Na Província	Em Lisboa	No conjunto dos dispensários
1939	127719	109488	237207
1940	145513	115053	260566
1941	128698	112608	241306
1942	115204	82678	197882
1943	98737	69075	167812
1944	115466	79999	195465
Média	121389,5	9316,8	216706,3

Êstes números revelam uma quebra global de 17,59% nos últimos seis anos, correspondente a 9,59% na Província e 26,93% em Lisboa, e esta quebra filia-se decerto no elevado preço dos medicamentos, ocasionado pela guerra.

Nós sabemos bem que os medicamentos, como aliás as vacinas e os sôros, não curam a tuberculose e que, como tanto recomendam os mestres, é preciso prescrevê-los «o menos possível e durante o menos tempo possível» (Pruvost). E também sabemos que na apreciação do resultado terapêutico de qualquer droga ou medicação chamada específica, mandam também os mestres levar sempre em conta diversos factores e entre êles «as conhecidas tréguas ou remissões expontâneas da doença, por vezes muito prolongadas» (Léon Bernard). E porque é assim, há sempre a tendência de referir a um dado medicamento aquilo de que só a natural evolução da doença é responsável.

O que está provado é que, tratando-se de uma doença como a tuberculose, de marcha crónica em geral, e que tanto deprime física e moralmente os doentes, não raro acompanhada de sintomas bem penosos e entrecortada de âcidentes e complicações quási sempre graves, não pode deixar de se recorrer à farmácia. E também está provado que nisto de remédios — salvo raríssimas excepções — só são bons e produzem maravilhas, quando receitados por médicos que neles têm fé e a doentes que por sua vez têm fé nos médicos que consultam.

É o caso das célebres «pílulas douradas de Corvisart», manipuladas com simples miolo de pão, uma variante apenas do arquivelho e celeberrimo «xarope de rosas vermelhas», com o qual já Avicena, há perto de mil anos, curava um rôr de doentes.

É que ao mesmo tempo que prescrevia a droga recomendava instantaneamente a mudança de ares, o repouso absoluto do corpo e do espírito e uma boa alimentação, ou seja, a tríade, higieno-dietética dos nossos dias. É bem certo: *nil novi sub sole*.

*

Analizadas em pormenor algumas das modalidades da actividade dos nossos dispensários em 1944 e conhecidas outras de que

em anos anteriores temos dado conta, poder-se-á ajuizar, assim o cremos, do valor da contribuição que êsses preciosos organismos, uma vez bem apêtrechados, poderão fornecer à resolução de um dos nossos mais delicados, graves e instantes problemas sanitários e sociais — o da tuberculose. Tanto mais que ao dispensário incumbe, e dum modo especial, o combate do flagelo encarado sob o aspecto da sua prevenção.

Nós somos no mundo, como se sabe, um dos países de mais forte mortalidade tuberculosa e por isso bem se compreende e justifica a necessidade de se organizar entre nós quanto antes o combate directo à doença pelo armamento anti-tuberculoso — dispensários, preventórios, sanatórios e hospitais-sanatórios — comumente empregado nesse combate. Mas a causa primária e fundamental do flagelo reside positivamente no nosso baixo nível de vida, e é uma grande verdade que «morre-se pouco ou muito conforme se vive bem ou mal». E assim se quizermos enfrentar com êxito o problema da tuberculose temos, antes de mais nada, de melhorar as nossas condições de vida e, do mesmo passo, olhar também pela nossa nascença, já que uma forte ilegitimidade — «um mal ao mesmo tempo social, moral e sanitário» (Ricardo Jorge) — uma desmarcada mortalidade infantil a denunciar um exagerado número de debilitados, enfermiços, estropiados, raquíticos, infezados, numa palavra, um enorme *dechet* social de anormais e indesejáveis, tanto e tanto enfraquece, define e inferioriza a nossa gente, tornando-a prêsa fácil das doenças, a tuberculose à frente.

E para tal se evitar, há dois sabidos remédios de eficácia unanimemente reconhecida: a higiene e a eugénica que, afinal, higiene é também e da melhor — a higiene da raça ⁽¹⁾.

Nós temos de facto uma nascença razoável, em número, nos tempos que correm de pauci-natalidade mundial. Mas já dizia o nosso grande sanitarista e demógrafo Ricardo Jorge: «assim como o ideal económico não está em grangear cabedais para os atirar pela janela fora, assim também o ideal social não pode ser fazer filhos sem conta para os atirar à cova numa imolação de Herodes. Quanto melhor não fôra — acrescentava o Mestre — termos menos crianças, e sabermos torná-las mais viáveis, fazendo delas gente, e não carne de sacrifício para as hecatombes do cemitério?! Era

(1) «Muito mais que manter pela Assistênciã e fazer multiplicar, por uma orientação genética errada, tantos infelizes e degenerados causadores das maiores tormentas e encargos para a sociedade, parece-nos meritório evitar, por medidas sensatas, que êles contuem a nascer com tôda a sua côrte de misérias». (Barahona Fernandes — No Signo de Hipócrates — 1944). Visa o illustre psiquiatra os loucos, mas o mesmo se poderá repetir em relação a muitos dos que se incluem no farto *dechet* social a que acima nos referimos, constituindo um verdadeiro pêso morto, além de oneroso encargo, para a colectividade.

mais humano e mais lucrativo» (1). Sim, nós temos de olhar pela nossa nasçença para que nos tornemos mais vigorosos e resistentes à doença, à tuberculose e à morte.

E temos igualmente de pugnar pela melhoria do nosso baixo nível de vida. Se tal fizermos, teremos dado um passo decisivo — assim o cremos — na luta contra a tuberculose. Depois, ou melhor, ao mesmo tempo, para acelerar o ritmo do declínio espontâneo da tuberculose que se está verificando em tôda a parte, mesmo nos países, como o nosso, de deficiente armamento de combate directo ao flagelo, haverá que ser também considerado êste aspecto do problema com a aquisição do muito que nos falta em matéria de armamento anti-tuberculoso. Que isso é possível, temos o exemplo de duas grandes-pequenas nações, como a nossa, a Dinamarca e a Holanda, que usufruíam antes da guerra — e, diga-se de passagem, o maior crime desta guerra foi sem dúvida a brutal invasão destas duas progressivas e pacíficas nações — o grande benefício dos mais baixos índices obituários, índices também de uma excelente e admirável organização social e sanitária. Para o provar, bastará citar e registar êstes últimos números, de permilagens, bem significativos mesmo que se desconte a influência da baixa natalidade nos dois referidos países:

Dinamarca

Natalidade	17,8
Mortalidade geral	10,9
Tuberculosidade	0,509
Mortalidade infantil (0-1 ano)	68,0

Holanda

Natalidade	20,1
Mortalidade geral	8,7
Tuberculosidade	0,502
Mortalidade infantil (0-1 ano)	39,0

Portugal

Natalidade	27,7
Mortalidade geral	16,37
Tuberculosidade	1,571
Mortalidade infantil (0-1 ano)	146,59 (2)

(1) In «Demografia e Higiene da cidade do Pôrto — 1899.

(2) Cifras respeitantes ao triênio 1935-37 e colhidas, para a Dinamarca e Holanda, in *Anuário Estatístico da Sociedade das Nações* — Genebra, 1938 e «*Questions d'Actualité*». A. Lahille, 1939, e, para Portugal, in *Anuário Demográfico de 1943*.

Sulfametazina cálcica

Absorção mais rápida do que a sulfapiridina, sulfatiazol ou sulfadiazina.
Grande solubilidade na água:

Praticamente eliminadas as complicações renais.
Eliminação lenta:
Excreção urinária nas 24 horas: 25 a 50 %.

INDICAÇÕES:

Pneumococos, estreptococos, estafilococos, B. Friedlander e Welch, meningococos.
Máxima actividade e polivalência.
Perfeta tolerância.

DIAZINOL

WANDER

Tubo de 20 comprimidos

Distribuidores para Portugal:

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PRODUTOS WANDER, L.^{DA}

SEDE PROVISÓRIA:

Rua dos Correios, 41-2.º

LISBOA

Sub-Agente no Pôrto: F. LIMA & C.^A, SUCR. Largo do Padrão, 20-1.º



17 fábricas na Europa,
América e Austrália.
Representações no
mundo inteiro.



Em medicina

**A QUALIDADE É UMA
NECESSIDADE**

Se existem produtos para os quais o
fabricante deve tender para a perfeição,
são sem dúvida os destinados a manter
ou a restabelecer a saúde do homem:

os produtos dietéticos
os produtos farmacêuticos.

DESDE 1865, HÁ 80 ANOS,
êste princípio aplicado à fabricação
dos nossos produtos, fêz-nos adquirir
uma experiência de primeira ordem,
de que beneficiam tanto os médicos,
como os doentes, que dispensam a
sua confiança aos produtos de quali-
dade WANDER.

É por isso que é cada vez maior o
número de médicos que prescrevem
regularmente os produtos dietéticos e
farmacêuticos WANDER.

180 ANOS
DE TRADIÇÃO E PROGRESSO !

DR. A. WANDER S.A., BERNA-SUIÇA

Fabricantes de productos dietéticos, químicos e farmacêuticos
Instrumentos de medicina e cirurgia

Distribuidores para Portugal:

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PRODUTOS WANDER, L.^{DA}

SEDE PROVISÓRIA:

Rua dos Correios, 41-2.º

LISBOA

Sub-Agente no Pôrto: **F. LIMA & C.^A, SUCR.** Largo do Padrão, 20-1.º

Quanto a Portugal, e na quadra seguinte — 1938-43 — aqui temos o valor da natalidade e das taxas obituárias médias nessa quadra:

Natalidade	24,9
Mortalidade geral	15,84
Tuberculosidade	1,538
Mortalidade infantil (0-1 ano)	132,99

Revelam êstes números, em relação à quadra anterior, uma quebra de 10,1 % na natalidade, 3,23 % na mortalidade geral, 2,10 % na tuberculosidade e 9,27 % na mortalidade infantil.

Causas, poderão apontar-se, entre outras, a quebra da natalidade; como nascem menos crianças, menos morrem também, e isso influi, como é sabido, no decrescimento das outras taxas obituárias. Foi maior, porém, a quebra da mortalidade infantil, o que prova, sem dúvida, que se está a olhar melhor pela vida e saúde das crianças. E bem o merecem, porque as crianças, são, de facto, a maior riqueza duma nação.

A propósito de uma úlcera duodenal aguda num queimado ⁽¹⁾

por

A. SALVADOR JÚNIOR,
Prosector de Anatomia Patológica

OLIVEIRA BARROS
Assistente voluntário de Medicina Legal

&

MARIA HORTÊNSIA CRUZ
Preparadora no Instituto de Medicina Legal

Esta breve nota — de que apenas me pertence o escasso mérito de ter coligido os elementos fornecidos pelos Drs. OLIVEIRA BARROS e HORTÊNSIA CRUZ — refere-se a um caso, aparentemente banal, de graves queimaduras pelo fogo, mas que em suas particularidades justifica algumas considerações de apreciável interesse em Medicina forense.

(¹) Comunicação às Reuniões Científicas do Corpo Docente da Faculdade de Medicina do Porto (18-III-1944).

Em Outubro do ano findo morreu, inesperadamente, após abundante hematómese, uma velhinha de 77 anos que, havia 11 dias, dera entrada na Enf. 13 do Hospital Geral de St.º António, com extensas queimaduras do tronco e membros, provocadas pelo incêndio casual das roupas, quando preparava um candieiro de petróleo.

De entre as várias lesões registadas no protocolo do exame necrótico (n.º 11.910) realizado no Instituto de Medicina Legal, para onde o cadáver foi removido, sobressaíam, como mais interessantes para o caso, as seguintes:

— Considerável destruição dos tegumentos externos do tronco e membros por queimaduras do 2.º e 3.º graus, secundariamente infectadas; úlcera duodenal de bordos tumefactos, moles, talhados a pique, interessando quasi todo o segmento da primeira porção do duodeno, aproximadamente na extensão de 3 cm., e em cujo fundo escuro, coberto por coágulo vermelho, se vê o orifício dum vaso, aberto espontaneamente; volumoso coágulo cruórico, com 670 grs. de pêso, moldando a cavidade gástrica; sangue líquido e coágulos nos intestinos; anemia acentuada de tôdas as vísceras.

Êste quadro anatómico, impôs, desde logo, como causa da morte, a anemia aguda consecutiva a hemorragia de úlcera duodenal recente, e levou a pensar nas relações prováveis desta perda de substância com o acidente que motivara a hospitalização da doente, não obstante ser muito limitada a freqüência dos fenómenos ulcerativos como complicação directa da «doença dos queimados». Com efeito, nêstes, a maioria das vezes, ou a morte é rápida e surge em consequência do violento estímulo das terminações nervosas das superfícies cruentadas, ou sobrevém após o estado de choque (toxémico para uns) resultante da queda da pressão arterial por engorgitamento dos vasos esplâncnicos, perda de líquido pelas chagas abertas e diminuição da massa sangüínea, ou é mais tardia e está em relação directa com a infecção das queimaduras, complicada de septicopiemia, pneumonia, broncopneumonia, meningite, etc. Uma ou outra vez, porém, surge, durante a evolução da doença, acidente terminal de etiopatogenia muito diversa, como a do caso descrito, nem sempre cotejado de pormenores bastantes que facilitem a tarefa do perito, quando êste tem de prestar esclarecimentos à justiça. Pode pôr-se o problema da existência duma úlcera anterior no momento do sinistro e duvidar-se da interferência directa da queimadura nos fenómenos ulcerativos agudos, gástricos ou intestinais.

A raridade de casos dêste género depreende-se das estatísticas e do que escreveram aquêles que ao assunto dedicaram particular atenção. Enquanto CURLING, a quem se atribui o mérito de pela primeira vez citar a úlcera aguda nos sinistrados pelo fogo (LE-

TULLE dá a prioridade a DUPUYTREN), lhe aponta uma freqüência de 12,8 % — no que é seguido por LETULLE e NOVOA SANTOS — PERRY & SCHAW são de opinião que ela aparece numa percentagem não superior a 3 ou 4 %; BROUARDEL só uma única vez observou tal complicação num sinistrado, STRASSMANN duas vezes, e CASPER não regista um único caso no seu arquivo. Segundo o parecer de CARLOS LOPES, é rara, e THOINOT, AZEVEDO NEVES e AFRÂNIO PEIXOTO, entre mais, embora admitam a possibilidade do seu aparecimento, não referem se alguma vez a viram.

A estatística do Instituto de Medicina Legal do Pôrto é, de igual modo, favorável à noção de raridade da úlcera, pois em 193 exames necrósicos de queimados só três vezes foi observada: uma no cadáver duma rapariguinha de 14 anos (autópsia n.º 7.217) que sucumbira a extensas queimaduras do 2.º e 3.º graus localizadas no tronco e membros; outra, de exíguas dimensões (0,5 cm.), junto do piloro duma mulher de 22 anos (autópsia n.º 11.179), com lesões do 3.º grau na cabeça, pescoço e membros; e, finalmente, a terceira, do caso presente. A estatística do Instituto dá-nos uma freqüência da úlcera dos queimados que não vai além de 1,5 %.

Estas lesões ulcerosas, embora sejam susceptíveis de surgir nos primeiros dias após o acidente, em geral só mais tarde se manifestam — para o 10.º dia segundo READING — e têm sido causa imediata da morte por se romperem e originarem a peritonite, sempre grave, dadas as condições anteriores e actuais do sinistrado: ausência de processo plástico que limite a infecção difusa da cavidade e o esgotamento das defesas orgânicas pelo acidente e suas conseqüências mais directas.

Se a perfuração destas úlceras é o precalço mais vezes observado, outro tanto não se pode dizer da hemorragia que, embora admitida por muitos, nunca vimos apontada, não obstante se escrever serem banais as complicações circulatórias e vâsculo-sagiúneas nos acidentes pelo fogo (tromboses, hemorragias, congglutinação das plaquetas, etc.). Da análise mais minuciosa dos 193 casos do Instituto, observados desde 1900, sobressai a pouca freqüência dos referidos fenómenos; só em 22 apareceram lesões hemorrágicas da mucosa gastro-duodenal (petéquias, sufusões e equimoses) e apenas em dois se notaram enfartes da parede do estômago; hemorragia grave, como no caso presente, nunca foi encontrada.

Quanto à etiopatogenia destas ulcerações, ainda hoje não se chegou a conclusão definitiva; o mecanismo do seu aparecimento debate-se entre os fenómenos de necrose isquémica por trombose dos vasos regionais e digestão conseqüente dos tecidos mortificados e a acção de substâncias tóxicas elaboradas no organismo ou absorvidas da superfície queimada.

Como adiante se verá, o exame histológico de fragmentos co-

lhidos em várias regiões da zona ulcerada não mostrou quaisquer sinais de trombose dos médios e pequenos vasos; também foi negativa a pesquisa de agentes microbianos nos cortes, contrariando-se dêste modo a opinião dos que atribuem a úlcera à infecção. Apesar da aparência de escara corrosiva, esta não é suficiente para, no nosso caso, se concluir pela interferência directa da substância tóxica de que nos fala *READING*.

Sob o ponto de vista prático, o condicionalismo de raridade a que se submete o que relatamos diminui-lhe aparentemente o interesse provável; se dizemos aparentemente é porque são as mesmas particularidades que lhe conferem mérito incontestável no campo médico-forense.

Trata-se, em verdade, de complicação de queimaduras ou o acidente sobreveio num indivíduo com uma úlcera antiga? Eis a questão inalienável pelo perito.

Dizem os autores, de entre os quais destacaremos *ANTÔNIO FIGA*, não ser fácil relacionar a ulceração do estômago ou do duodeno com a queimadura, aconselhando a que se investigue a existência ou ausência de sinais clínicos dêste sofrimento sempre que se pretenda estabelecer relações de causalidade; e, mais ainda, que se atente no aspecto da lesão ulcerosa, que em seus pormenores nos poderá fornecer matéria de juízo. No entanto, como muito bem se compreende, nem sempre é fácil a tarefa de inquirição posterior e, por outro lado, ulcerações há silenciosas em tôda a sua evolução, não raramente desmascaradas por acidente agudo (hemorragia ou perfuração) ou que constituem verdadeiras surpresas de autópsia.

Também no que diz respeito ao aspecto macroscópico da lesão, êste pode ser modificado num queimado, não só em conseqüência de possível infecção secundária, mas também pelas alterações consecutivas à putrefacção cadavérica. E se está em jôgo entidade patonal presumivelmente responsável, ou se há que atender à justificação dum prémio de segurado, tais elementos de presunção não podem, só por si, constituir segura base de apreciação. A justiça pede elementos de certeza, que o perito, nestas circunstâncias, não está apto a fornecer. Segundo *DEMAREST*, o único processo capaz de decidir entre úlcera antiga anterior ao sinistro e a que participa das complicações dos acidentes pelo fogo, é a observação histológica.

Com efeito, não obstante termos presumido, no nosso caso, que a úlcera se podia atribuir à queimadura, não prescindimos da análise microscópica, que nos revelou: destruição total da mucosa e submucosa do duodeno; fundo da ulceração constituído por conectivo laxo, edemaciado, profusamente infiltrado de elementos celulares inflamatórios, entre os quais predominam os histiócitos polimor-

LACTANO

FERMENTOS LÁCTICOS É COMPLEXO VITAMÍNICO B

Frasco de 130 cc. de caldo • Caixa de 3 tubos de 20 comprimidos

TERAPÊUTICA SINTOMÁTICA

Como constituintes de processos fermentativos regularizadores do metabolismo dos hidratos de carbono, das gorduras e das albuminas, os factores principais do complexo vitamínico B desempenham papel importante na terapêutica da sintomatologia das afecções gastrintestinais: Obstipação, diarreia, dispepsia, meteorismo, flatulência, anorexia, dores intra-abdominais, náuseas, cefaleias, astenia, fadiga, etc., etc. Por isso, a unidade da fórmula do Lactano provém da associação desses factores vitamínicos aos fermentos lácticos.



LABORATÓRIO FIDELIS

DIRECTOR-TÉCNICO: FERREIRA PINTO • 77, RUA D. DINIS, LISBOA

Alcalinésia BISMUTICA

Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis etc.

"Aseptal,"

Ginecologia. Partos. Usos antisépticos em geral.

BioLactina

Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, entero-colite, etc.

Bromovaleriana

Doenças de origem nervosa, insónias, epilepsia histeria, etc.

'Diaspirina,

Gripe, reumatismo, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes neuralgias, cólicas menstruais.

DYNAMOL

Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, fraqueza geral, depressões nervosas, convalescenças, etc.

"Glucálcio,"

Descalcificação, tuberculoses, linfofismo, raquitismo, fraqueza geral, pleuritis, pneumonias, escrofulose, asma, etc.

hepatodynamol

Normalização da eritro-e da leucopoése, regularização da percentagem de hemoglobina e do valor globular.

"NARCOTYL,"

As Indicações da morfina. Previne a habitação e morfomania dentro de certos limites

Proteion

Medicamento não específico actuando electivamente sobre os estados infecciosos.

PULMÃO-SORO

Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traqueia e dos brônquios, pneumonia, etc.

SUAVINA

Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.

Terpioquina

Medicação anti-infecciosa.

Transpneumol

Quininoferápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.

fos e os granulócitos neutrófilos; destruição parcial das tûnicas musculares invadidas e dissociadas pelo granuloma que, por outro lado, se insinua no pâncreas vizinho. Êste conjunto lesional, não só permite a confirmação da hipótese de úlcera recente do duodeno (o que se coaduna com as relações já estabelecidas entre esta e o acidente que vitimou a doente), mas também que ela não foi contemporânea da hemorragia; esta deu-se em consequência dos progressos da lesão, largamente destrutiva e, até então, latente.

Se êste caso pertencesse ao número daquêles em que o fôro tivesse necessidade de interferir, o perito estava suficientemente esclarecido e munido de elementos bastantes para a justiça julgar de maneira segura. Como se trata de um acidente sem responsabilidade de qualquer ordem, de terceiros, o que deixámos exposto serve tam sòmente para salientar que, se em muitas circunstâncias sobejam ao perito conhecimentos que o habilitam a julgar os casos apenas pelo aspecto macroscópico dos diferentes órgãos, uma ou outra vez, porém, é forçado a assentar as suas deduções em dados mais precisos, não podendo julgar sem o concurso da histopatologia.

Êste caso, aparentemente banal, interessa, pois, pelo aspecto médico-forense, em virtude de pôr o problema, sempre difícil de resolver, da relação de causa e efeito entre o acidente e sua complicação, muitas vezes fatal. Realça ainda a importância da histopatologia, único apoio em que o perito pode firmar opinião de valia e estabelecer critério seguro, em determinadas circunstâncias.

(Laboratório de Anatomia Patológica e Instituto de Medicina Legal da Faculdade de Medicina do Pôrto).

BIBLIOGRAFIA

- LETULLE — Anatomie Pathologique. Paris, 1931, t. II, pág. 1397.
NÓVOA SANTOS — Manual de Patologia General. Santiago, 1943, t. I, pág. 95.
PERRY & SCHAW — Cit. por Letulle.
BROUARDELL — Les Blessures et les Accidents du travail. Paris, 1906, pág. 205.
STRASSMANN — Manuale de Medicina Legale — trad. italiana de Mário Carrara, Turim, 1901, pág. 399.
CASPER (J. L.) — Traité Pratique de Médecine Légale. Paris, 1862, pág. 219.
CARLOS LOPES — Guia de Perícias Médico-Legais. Pôrto, 1942, pág. 130.
THOINOT — Précis de Médecine Légale. Paris, 1913, t. I, pág. 499.
AZEVEDO NEVES — Prática de autópsias — Technica e Diagnosticos. Lisboa, 1909, t. I, pág. 296.
AFRÂNIO PEIXOTO — Medicina Legal. Rio de Janeiro, 1931, t. I, pág. 137.
READING — The Brithish Encyclopaedia of Medical Practice. Londres, 1936, t. II, pág. 720.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

COIMBRA MÉDICA, XII, 1945.—N.º 5 (Maio): *Um caso de pericardite constritiva calcificada, tratada por pericardiectomia*, por Nunes da Costa, Antunes de Azevedo e Luís Providência; *Um caso de cancro da laringe na mulher tratado cirurgicamente por laringectomia total*, por Guilherme Pennha; *A febre botonosa*, por J. do Espírito Santo. N.º 6 (Junho): *Tromboses da carótida interna de etiologia traumática*, por Egas Moniz; *Desvíos anormais do eixo eléctrico do coração e suas causas*, por João Pôrto; *Estudo anatomo-patológico das amigdalopatias*, por H. Cardoso Teixeira. N.º 7 (Julho): *Ação conjunta dos centros de cardiologia e de organização corporativa*, por João Pôrto; *Um caso de doença de Duhring-Brocq*, por Artur Leitão.

Febre botonosa.—Exposição da história, etiologia, sintomatologia, diagnóstico, prognóstico e terapêutica deste tipo de febre exantemática, que Ricardo Jorge crismou com o nome de «febre escáro-nodular». A notar, na parte relativa ao tratamento, o reconhecimento, por experiência pessoal, da ineficácia das sulfamidas, e da possível acção benéfica dos arsenicais trivalentes (sulfarsenol).

Tromboses da carótida interna de etiologia traumática.—Estudo baseado em duas observações clínicas e angiográficas. Na primeira a trombose manifestou-se tardiamente, depois de uma tentativa de suicídio por tiro no ouvido direito, ficando a bala alojada junto da apófise ascendente do maxilar superior esquerdo, donde foi extraída quatro anos mais tarde. Na segunda, os sinais apareceram dois anos depois de o doente ter sido operado de amigdalectomia, aos 7 anos de idade. Se o capítulo das tromboses da carótida interna no seu trajecto cervical é novo, é novíssimo o da sua etiologia traumática; para o seu estudo futuro vão contribuir estas duas observações.

Doença de Duhring-Brocq.—Dermatite bolhosa, de erupção polimorfa com disposição herpética, sensação de dor, e tendência recidivante, que faz com que a doença se arraste por meses e anos, mas sem alterar o estado geral. Cada acesso é formado por numerosas bolhas, espalhadas pela pele, as quais rapidamente se transformam em crôstas, como no impétigo, de que ficam cicatrizes pigmentadas ou acrómicas. Há formas variadas, frustes e graves, eritematosas e pustulosas. O diagnóstico tem de fazer-se com o eritema polimorfo e com o pênfigo verdadeiro; por vezes só a anatomia patológica e a serologia o definem. Os tratamentos diversos que tem sido ensaiados tem-se mostrado ineficazes.

IMPRESA MÉDICA, XI, 1945.—N.º 11-12 (25 de Junho): *Lupus e carcinoma*, por Sá Penela e Virgílio Nunes; *Das acrodermatites à pso-*



J. R. GEIGY-MERIAN

(1830-1917)

FOI UM DOS MAIORES PROMOTORES DA INDÚSTRIA QUÍMICA SUÍÇA

Por iniciativa sua, a casa J. R. GEIGY S. A., fundada em 1764, além da elaboração de taninos e extractos còrantes, passou também a dedicar-se à fabricação de còrantes sintéticos derivados da hulha, os quais logo adquiriram tão importante base científica.

O mérito da descoberta do poder insecticida do DDT perence, igualmente, à casa GEIGY cujos produtos originaes *NEOCID* e *GESAROL* são empregados hoje em todo o mundo com grande êxito.

Ultimamente a casa J. R. GEIGY S. A. criou, no seu novo Instituto de Investigações Científicas, montado nas mais modernas bases, importantes especialidades farmacêuticas, de entre as quais apresenta hoje aos médicos portugueses o *IRGAFENE* e o *IRGAMIDE*, dois novos tipos de sulfamida, de propriedades distintas das de todos os quimioterápicos existentes no mercado até à data.

J. R. GEIGY S. A.—BASILEIA (SUÍÇA)



"IRGAFENE,,

Quimioterápico por via oral e rectal

A PRIMEIRA SULFAMIDA DE GRANDE ACTIVIDADE
EM PEQUENAS DOSES



"IRGAMIDE,,

Quimioterápico para uso parenteral e local



J. R. GEIGY, S. A.
BASILEIA (SUÍÇA)



REPRESENTANTE PARA PORTUGAL E COLÓNIAS
CARLOS CARDOSO
Rua Bonjardim, 551 — PÓRTO

riase pustulosa, por Caeiro Carrasco, Norton Brandão e Bronja Finkler; *Eritrodermia congénita ictiosiforme*, por Neves Sampaio; *Um caso de sarcoides nodosos disseminados*, por José Roda; *Dermato-venérologia em Cabo Verde*, por F. Cruz Sobral; *Miase de tumores ambulatórios*, por Manuel de Meira e Santos Guerreiro; *Hiperqueratose folicular da nuca e fronte determinada pelo uso de brilhantina*, por Arnaldo Tanissa; *Dois casos de melanodermia arsenical*, por Sá Penela e Rui de Montellano; *Atrofias maculosas sifilíticas e insuficiência hipofisária*, por Arnaldo Tanissa. N.º 13 (10 de Julho): *Hemangiectasia hipertrófica de Parkes-Weber*, por F. Elias da Costa; *Déontologia — uma ciência esquecida, Medicina preventiva — uma ciência desprezada, Administração — uma ciência ignorada*, por Fernando Correia. N.º 14 (25 de Julho): *Os raios X e a ciência moderna*, por Amorim Ferreira; *Os raios X na imprensa portuguesa*, por Ayres de Sousa; *Queratose pilar e foliculites superficiais num operário de fábrica de briquetes em estado de Avitaminose A*, por Arnaldo Tanissa. N.º 15 (10 de Agosto): *Penicilina e gonorreia*, por João Manuel Bastos e Botelho de Gusmão; *Tuberculização aguda da loca renal post-nefrectomia*, por L. Ravara Alves; *Sobre a virulência dos bacilos de Koch obtidos por sondagem gástrica nos tuberculosos pulmonares*, por A. Carvalho e C. Vidal; *Discursos pronunciados na 11.ª reunião da Sociedade Anatómica Portuguesa*, por Hernâni Monteiro e Henrique de Vilhena. N.º 16 (25 de Agosto): *A saúde pública como problema de educação*, por J. A. M. Loureiro.

Penicilina e gonorreia.— Resumo e conclusões:

1.º — Foram apresentados 56 casos de gonorreia tratados pela penicilina, em doses de 100.000, 200.000 ou mais unidades Oxford, que foram divididos em 4 grupos consoante o período de evolução da doença, tratamentos prévios ou complicações, sendo o último grupo formado apenas por 5 casos, em que a coexistência de uma luês nos levou ao emprêgo de 1.200.000 U.

2.º — Verificamos que em 40 casos de blenorragia simples ou complicada, incluídos nos grupos 1.º, 2.º e 3.º, todos submetidos a um total de 100.000 U., 31 receberam 100.000 U., de 3 em 3 horas com 100 % de curas e 9 receberam 20.000 U. curando-se apenas 6 (66 % de curas).

«Daqui concluimos que a cura da gonorreia pela penicilina depende mais da acção prolongada de uma dose suficiente do que da maior concentração da droga administrada num curto prazo.»

3.º — A análise de 6 casos de resistência sugere-nos:

a) a existência de uma estirpe de gonococo penicilino-resistente;
b) que a coexistência da outra patologia urinária ou urogenital pode ser um factor determinante dessa resistência.

4.º — Em 5 doentes, aos quais administramos 1.200.000 U. de penicilina, obtivemos 100 % de curas.

5.º — A comparação dos resultados obtidos com as diversas doses empregadas leva-nos à conclusão de que um certo número de blenorra-

gias requerem para a sua cura uma dose de penicilina mais elevada, ou melhor uma administração por períodos mais prolongados do que os usados por nós até à presente data.

6.º — Além de três casos de cefaleias, referimos como reacções acessórias, durante a administração da droga, uma hiperexcitabilidade observada em raros doentes, a qual é por nós atribuída ao traumatismo psíquico originado pelas injecções repetidas a curto prazo, num indivíduo de emotividade exagerada.

7.º — Em 56 doentes de blenorragia obtivemos com a penicilina cura em 47 doentes (84⁰/₁₀₀) resistindo 9 ao tratamento.

8.º — A penicilina, desde que a sua aquisição seja menos dispendiosa e de mais fácil acesso e administração, constituirá um meio ideal para o controle da blenorragia em Portugal.

Virulência dos bacilos de Koch obtidos por sondagem gástrica.

— De 6 casos de tuberculose pulmonar, pela prova de inoculação à cobaia verificou-se que a virulência era semelhante à observada empregando-se os escarros.

REVISTA PORTUGUESA DE PEDIATRIA E PUERICULTURA, VII, 1944, N.º 6 (Nov.-Dez.). — *A organização técnica do lactário*, por E. Beirão Reis.

Organização técnica do lactário. — Sucessivamente, trata das funções do lactário, do serviço de visitação e inquéritos, da inscrição das crianças, da preparação das rações e sua distribuição; termina com o formulário dietético usado no Dispensário da Rainha D. Amélia, do Pôrto.

ACÇÃO MÉDICA. — N.º 35 (Jan.-Março de 1945): *Médicos e Santos*, por A. Meyreles do Souto. N.º 36 (Abril-Junho de 1945): *Uma experiência de acção social familiar*, por A. de Sousa Gomes; *Um mestre e um exemplo* — Prof. J. A. Pires de Lima, por M. da Silva Leal.

Médicos e Santos. — Notas sôbre as relações da Igreja com a Medicina, com referência especial a médicos canonizados, santos padroeiros e patronos, auxiliares da arte médica. Na extensa relação, destacam-se biografias dos célebres Santos: Lucas, Cosme e Damião, Isidoro, Tomaz de Aquino, Roque, Bernardo, João de Deus, Vicente de Paula.

LIVROS E OPÚSCULOS

Lipemia e colesterinemia nas afecções hepato-biliares, por Emídio Ribeiro. (160 pág., com mapas. Pôrto, 1944). — Depois de considerações sôbre a importância do fígado no metabolismo das gorduras, e sob a colessterina e sua regulação, expõe as técnicas laboratoriais respectivas,

LABDIAZINA

É A SULFADIAZINA LAB

QUERE DIZER:

Toxicidade

=

+

Actividade

Tubo de 10 comprimidos de 0,5 gr.

Tubo de 20 comprimidos de 0,5 gr.

UM PRODUTO DOS LABORATÓRIOS LAB
DIRECÇÃO TÉCNICA DO PROF. COSTA SIMÕES



ESPECIFICO DA SARNA

Felix combinação de :

NAFTOL B
BÁLSAMO DE PERÚ
RESORCINA
ÁCIDO SALICÍLICO
SALICILATO DE METILO EM
VEÍCULO ALCOOLICO GLICERINADO

Ex.^{mo} Senhor Doutor

*Os incomodativos aracnídeos da sarna,
seus ovos e outras doenças parasitárias da pele,
encontram em **SARCOPTIL** o medicamento ideal
para a sua rápida destruição.*

*Um produto
de reconhecido valor terapêutico
à disposição de V. Ex.^a*

LABORATORIO PEDROSO

Sob a Direcção Técnica de ISAURA FIGUEIREDO FONSECA

Licenciada em Farmácia

COVILHÃ

factos de observação clínica e de experimentação em animais, terminando pela interpretação do mecanismo dos resultados colhidos. Vê-se que é diverso o comportamento da lipemia e colesterinemia nas afecções hepato-biliares. Enquanto que, nas lesões parenquimatosas do fígado, lipemia e colesterinemia conservam valores normais, ou tendência para a sua diminuição, sobretudo à custa dos estéres de colessterina, nas ictericias obstrutivas observa-se hiperlipemia, por vezes intensa, acompanhada de valores elevados da colessterina. Os resultados experimentais permitiram confirmar a constância das alterações da fórmula lipidémica, em consequência de um obstáculo ao escoamento biliar, ao mesmo tempo que informaram sôbre a precocidade de aparecimento daquelas modificações. Quanto ao mecanismo pelo qual a obstrução do colédoco provoca o aumento da colesterinemia e da lipemia, discute-se se é devido à falta de bÍlis no intestino, ou se dependem, pròpriamente, da retenção biliar. Experimentalmente, em cães com fístula biliar, e em ratinhos com laqueação do colédoco e administração periódica de bÍlis por intubação gástrica, Jimenez Dias & Castro Mendoza provaram que não é a falta de bÍlis no intestino, mas sim a retenção biliar. Um caso clínico, cuja observação se apresenta, de fístula biliar, sem passagem de bÍlis para o intestino, confirmou inteiramente a conclusão experimental, e está de acòrdo com os conhecimentos actuais sôbre a eliminação da colessterina, que, reabsorvida ao longo do intestino delgado, vai eliminar-se principalmente pelo cólon. A obstrução do colédoco acarreta aumento de tódas as fracções dos lípidos do sangue e o mecanismo dêste aumento não pode ser outro que a mobilização das gorduras e da colessterina dos depósitos; por isso se produz esteatorreia, e assim se compreende o rápido emagrecimento dos doentes com ictericia obstrutiva e dos animais com laqueação experimental do colédoco. Ignora-se como actua a retenção biliar, para originar a mobilização dos lípidos; o fígado deve aqui desempenhar algum papel, pois os valores da lipemia e da colesterinemia na ictericia obstrutiva humana, ou na laqueação experimental do colédoco, a princípio elevados, vão decrescendo à medida que o comprometimento funcional do fígado, denunciado pela baixa dos estéres de colessterina, se vai acentuando.

Contribuição para o estudo do sangue da criança portuguesa, por *Mário Cordeiro*. (154 pág.— Lisboa, 1945).— Tese de doutoramento, versando particularmente o estudo eritrocitométrico do sangue das crianças, com abundante material de observação pessoal.

Arquivo de trabalhos da Faculdade de Medicina do Pôrto: Volumes 1 a 12 (Janeiro de 1941 a Dezembro de 1944).— Colectânea de trabalhos do pessoal docente, contendo cada um cêrca de 20 separatas de artigos publicados em revistas médicas, já mencionados pelo «Portugal Médico».

Trabalhos de Anatomia e Cirurgia Experimental. Volume de 1943-44.— Colectânea de separatas dos trabalhos publicados durante o

ano escolar, pelo Laboratório de Cirurgia Experimental da Fac. de Med. do Pôrto, sob a direcção de *Hernâni Bastos Monteiro*.

Arquivo de trabalhos do Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Pôrto: Volume de 1943-44.— Colectânea do mesmo género; direcção de *Amândio Tavares*.

Águas de Portugal, minerais e de mesa, por *Luis Acciainoli*. (Ed. da Direcção Geral de Minas e Serviços Geológicos; Lisboa, 1944).— O volume V desta obra, agora recebido, completa, com indicações sobre as nascentes sem alvará de concessão, a história das nossas águas minerais. Em anexo traz a transcrição de documentos relativos ao assunto. Muitas gravuras ilustram o texto.

REVISTA GERAL

As curas expontâneas dos tumores malignos ⁽¹⁾

Ocasionalmente, na literatura aparecem comunicações sobre curas expontâneas de tumores malignos, mas em regra tais casos consideram-se excepções e curiosidades, a que não pode dar-se grande significação. No entanto, trata-se de um processo natural, que, embora raro, deve merecer o maior interesse. Se, pela investigação das curas expontâneas, pudessemos descobrir como se operam, é evidente que nos teríamos aproximado muito da nossa meta: o tratamento eficaz do cancro.

Nunca será demais insistir em que só devem aproveitar-se, nessas investigações, os casos de cancro perfeitamente demonstrado, com exame histopatológico e em que se observou uma cura completa. A cura de cancro de órgãos internos não deve, não pode, admitir-se com base na declaração de que o doente se encontra bem durante larga temporada. Também só podem contar-se como curas expontâneas os casos em que não se faz tratamento algum, pois sabe-se que a laparotomia exploradora e as doenças febris intercorrentes podem ter uma influência favorável sobre a evolução do cancro; e sabe-se que às vezes se fazem biópsias tão grandes que podem comparar-se a operações radicais.

Notícias sobre curas expontâneas de cancros, anteriormente à era do microscópio, assim como as relativas a cancros dos órgãos internos,

(1) Por JURAJ KÖRBLER (*Acta Medica*, III, n.º 3, Março de 1945).

sem confirmação histológica e sem autópsia posterior, devem excluir-se inteiramente. Velveau era de opinião que o cancro genuino nunca curava espontaneamente. Involuções ocasionais dariam aparentes curas, passageiras, pois que o cancro continuava a progredir.

Bilroth comunicou a cura espontânea de um grande cancro da mama (*Ges. der Wiener Ärzte*, 1893). Mohr observou-a num homem de 76 anos, com cancro da face, dois anos e meio depois da sua aparição (*Terap. Monats.*, 1903). C. Gordon Mackay diz ter visto a involução de extenso carcinoma da mama depois da reabsorção de um derrame pleural (*Brit. Med. J.*, 1907). Frank Godfrey informou da cura espontânea de um cancro da raiz da língua e da parede faríngea, comprovado histologicamente (*Brit. Med. J.*, 1910). E. Hodenpyl observou a involução de um carcinoma da mama recidivante, coincidindo com o aparecimento de uma ascite quilosa, tendo o tumor metástases no pescoço e no fígado (*Med. Record*, 1910). Bretschneider publicou uma revisão do assunto, colecionando 170 curas de carcinomas muito avançados (*Arch. Gynéc.*, 1910).

Com o apoio da Comissão Alemã para investigação a luta contra o cancro, O. Strauss fez um inquérito sobre a cura espontânea do carcinoma, e concluiu que o facto era muito duvidoso, embora se observasse em relação aos sarcomas (*Strahlentherapie*, 1927). O. Hajek, fundado na observação de dois casos, defende a tese exposta por Bruns, de que as curas espontâneas podem ver-se no sarcoma, mas não no carcinoma, embora este possa ficar estacionário durante muito tempo (*Med. Klin.*, 1935).

M. V. Rae descreveu a involução espontânea de um hipernefroma (*Americ. J. Canc.*, 1935). T. Remzi & N. Erez referiram a cura de um grande cerioepitelioma, cujo diagnóstico fôra estabelecido histologicamente, e a cura afirmada por prova histológica da mucosa uterina e por reacções hormonais (*Bull. Ass. Fr. Etude du Cancer*, 1935). A. Turaine & R. Duperrat coligiram vinte casos de cancros da pele em que se verificou involução espontânea ou cura clínica (*Bull. Soc. Fr. Dermat.*, 1935); mas nalguns deles não se fez diagnóstico histológico, e outros curaram por ocasião de uma doença infecciosa, como sífilis primária, varíola, sezónismo, o que leva a não admitir a cura espontânea. Comentando, estes autores dizem-se convencidos de que há curas espontâneas indubitáveis, mesmo em casos avançados (*Presse Med.*, 1938).

O caso publicado por B. R. Shore (*Am. J. Canc.*, 1938), da cura de um fibrosarcoma da região escapular numa criança de 6 meses, não pode considerar-se aqui, porque tinha sofrido duas operações, consideradas ineficazes, mas que contudo podiam influir. R. Janker descreveu a cura espontânea, confirmada radiologicamente, de metástase pulmonar desnvolidada a seguir a carcinoma do testículo, operado (*Zentralblat. Chir.*, 1938). J. Falmann descreveu a cura de Xero-

derma pigmentosum, em doente de 8 anos, depois de uma incisão diagnóstica. K. Lange observou, depois de laparotomia, a cura espontânea de um carcinoma do ovário com sementeira no peritoneu (Z. Krebsforsch., 1940).

Segundo a opinião de J. Wolff (Kresbkrankheit, 1913), as reabsorções espontâneas dos cancros dos ratos são um processo freqüente. Mas H. Apolan (Deutsch Med. Woch., 1904) dizia que elas se observam nos tumores experimentais, mas são muito raras nos espontâneos. H. R. Gaylord & G. H. Clowes (Rep. Cancer Lab., 1905-6) observou as reabsorções espontâneas dos tumores experimentais dos ratos em 23 por cento dos casos. E. F. Bashford (Cancer Res. Found., 1911) só viu processos curativos nos tumores espontâneos dos ratos em 1 por cento dos casos, ao passo que apareciam mais freqüentemente nos tumores por inoculação. A minha experiência, de 20 anos, mostra-me que são muito raras as curas espontâneas dos tumores experimentais dos ratos e das ratazanas, e que a involução do processo deve considerar-se como resultado de inoculações fracassadas, pois que as inoculações bem feitas dão lugar a tumores que não involucionam.

Nos doentes que tratei só observei dois casos que, pela sua evolução, podem considerar-se de cura espontânea.

Um trabalhador do campo, que tinha então 59 anos, vem tratar-se em 9 de Março de 1942. A sua doença datava de Outubro de 1941. apresentava-se com a bochecha esquerda infiltrada, dura, em tôda a sua espessura. A mucosa estava ulcerada. Na pele havia um tumor em couve-flor, de 3 centímetros de circunferência, em relação imediata com a infiltração da bochecha, a qual se ligava à ulceração da mucosa. No meio daquela tumefacção havia uma depressão em cratera, com uma pequena fístula pela qual saía continuamente saliva. Era difficil a abertura da bôca. Histològicamente se diagnosticou um sarcoma macrocelular. O estado do doente era tal que se considerou inútil qualquer tratamento; mas porque não podia regressar a sua casa, por motivo do estado de guerra, deixou-se ficar no Instituto, applicando-se sòmente, sòbre a bochecha, pomada com 10 por cento de borovaselina, para que se não colasse a venda que cobria a tumefacção, não se tendo tocado na ulceração bucal; o doente não era capaz de fazer regularmente a limpeza da bôca. Pois, com grande assombro, observei que, passado um mês, começava a melhorar a olhos vistos, e que dois meses decorridos as melhoras eram muito mais acentuadas. Em 6 de Junho de 1942 pôde ser-lhe dada alta, como curado, pois a fístula havia fechado, a infiltração da bochecha tinha desaparecido completamente, a mucosa estava com aspecto de sã, e no lugar da tumefacção só se via uma cicatriz mole, retraída; abria a bôca sem dificuldade alguma, e tinha aumentado de pêsso em 4 quilos. Infelizmente, a confusão da guerra fêz-nos perder a pista dêste doente, desconhecendo o seu destino; mas o facto inegável é que um tumor maligno, histològicamente

**Um excelente tónico do sistema nervoso
Modificador activo da nutrição
Remineralizador geral**

FOSFANDRA

A N D R A D E

**FÓSFORO ORGANICO
NATURAL E VITAMINA C**



CAIXAS COM 30 COMPRIMIDOS: 34\$00



**Agradecem o pedido de:
amostras os:**

Representantes no Norte de Portugal:

MARTINHO & C.^A, L.^{DA}

TRAVESSA DA FÁBRICA, 13

Telefone P. B. X. 7523

P Ô R T O

Quinarrhenina

ANEMIAS
PALUDISMO
OU
SEZÕES
CONVALESCENÇAS
DIFICEIS, ETC.

ELIXIR — GRANULADO

Dá força, excita o apetite, diminue a febre, facilita a digestão.
Muito bem tolerada pelas crianças. Efeitos rápidos e seguros.

ALLYLO - MENOL

Base: — Iodeto de alilo, ácido hidro-fluosilícico e gomenol

Fórmula aconselhada pelo prof. A. Robin no tratamento por inalações da tuberculose pulmonar, afecções da laringe, bronquites e bronco-pneumonias.

NEVROSINA GAMA

BASE: BROMOVALERATOS ALCALINOS,
MAS MELHOR TOLERADOS QUE OS SIMILARES

CONTRA:
EPILÉPSIA, HISTERISMO, INSÓNIA, ETC.

XAROPE GAMA DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO

Êste xarope tem por base além da «*creosota de faia*» (estudada e aconselhada nas doenças dos brônquios e órgãos respiratórios por notabilidades médicas mundiais), *acónito*, *beladona*, *benzoato de sódio* e *codeína*, balsâmico e anti-espasmódico em veículo.

Muito bem tolerado a meio das refeições. 3 a 4 colheres das de sôpa por dia.

Depósito geral: Farmácia GAMA
Calçada da Estréla, 130 — LISBOA

comprovado, involucionou à nossa vista, até desaparecer completamente, sendo pois indiscutível a sua cura espontânea, faltando apenas saber se se manteve depois.

Uma doente, que tinha então 57 anos, foi recebido para tratamento no dia 31 de Setembro de 1941. Fôra operada, aos 31 anos de idade, de uma tumefacção no maxilar inferior, desenvolvida a seguir à extracção de um dente. Esteve bem depois, até um mês antes de ser observada; nesta ocasião, viu-se que tinha uma cicatriz na bochecha esquerda, sequela da mencionada intervenção, cicatriz que se estendia sobre a bochecha quasi até à orelha, partindo da comissura labial. Na bôca, tôdas as raízes dentárias do maxilar inferior esquerdo estavam destruídas por massa tumoral, até ao canino, único dente que ficou nêsse maxilar. Histològicamente era um carcinoma plano-celular. No pescoço, ao longo dessa maxila havia infiltração dura, ligada ao ôsso destruído e aderindo fortemente à pele. No terreno infiltrado viam-se muitos trajectos fistulosos, dando saída a tecido de granulação. Em virtude do estado desesperado da doente não se fêz qualquer tratamento, mandando-se para casa com a recomendação de lavar a bôca, de vez em quando, com infuso de macela. Em 19 de Setembro de 1942, ou seja um ano mais tarde, volta. Não tinha feito tratamento algum, tendo descuidado as lavagens recomendadas. Mas o seu estado era muito melhor: estava curada da ulceração da bôca, a parte alveolar do maxilar não apresentava destruição de tipo tumoral, mas sòmente deformação do ôsso, coberto por cicatriz dura; as fístulas da pele haviam fechado, a infiltração estava reduzida, e nas imediações da região maxilar nada se sentia por debaixo da pele; só na região das glândulas salivares ficara um resíduo, correspondendo à forma e tamanho da glândula. O pêso não sofrera variação. Nada pudemos saber do destino desta doente, mas isso não anula o facto de que num tumor canceroso, histològicamente confirmado, se tenha desenvolvido um franco processo curativo, na ausência de qualquer terapêutica.

Não se pode ter exacta ideia da freqüência de tais curas espontâneas, pois na maioria dos doentes intenta-se um tratamento, e é lógico depois atribuir-lhe as melhoras observadas. Mas também não pode pôr-se de lado a idéia de que possivelmente as tentativas terapêuticas podem impedir curas espontâneas, conquanto estas sejam excepcionais. Certamente, seria absolutamente errôneo prescindir do tratamento na esperança da cura espontânea, sobretudo quando há alguma probabilidade de o instituir com êxito. Nesta questão das curas espontâneas só podemos basear-nos em observações casuais, e que estas são raras o prova a circunstância de ter encontrado apenas os dois casos acima descritos entre 7.000 doentes que estudei no Instituto do Rádio, de Zagreb.

NOTAS CIENTÍFICAS E PRÁTICAS

Diagnóstico, tratamento e prevenção do enfarte do miocárdio

Na sua forma clássica, típica, o enfarte do miocárdio diagnostica-se facilmente quando o acesso surge: dôr precordial violenta, que dura horas ou dias, sensação de angústia, mortal, suores frios, polipneia, pulso pequeno e por vezes arritmico, pressão alta, ruídos cardíacos surdos. Isto quando o doente não perde o conhecimento e morre, em estado comatoso ou de grave insuficiência cardíaca. O quadro clínico pode, na sua evolução, oferecer três períodos. O primeiro, agudo, de dôr e de choque, com os sintomas acima mencionados, com febre e leucocitose ao fim de um ou dois dias, com estado geral de hipotonia e intranquilidade; aumenta a velocidade de sedimentação dos glóbulos rubros. O segundo período corresponde à fase de reparação da lesão do músculo; se esta é muito extensa, aparecem sinais de insuficiência cardíaca, com estase pulmonar ou hepática. Finalmente, vem o período da convalescença, em que o coração se adapta à existência da cicatriz do miocárdio, o doente apresenta palpitações e astenia; o electrocardiograma mostrou deformações tradutoras da lesão miocárdica residual.

Nem todos os casos, porém, tem esta forma típica. Há muitos casos sem dôr nem choque, caracterizados por indícios de insuficiência cardíaca, com duas formas distintas: cardioplégica e caquetisante. Na primeira, há: sensação transitória de opressão torácica, ou acessos súbitos de dispneia, ou dores como de caímbra na mão, antebraço e cotovelo esquerdos, ou acessos de meteorismo, com intranquilidade e insónia. Na segunda, própria dos velhos, crises anginosas provocadas por esforços, ou de dispneia, extrasístoles, astenia acentuada, cansasso com qualquer esforço. O diagnóstico clínico em tais casos frustes é difícil, sendo preciso recorrer, para o afirmar, à verificação da leucocitose e do aumento da eritrosedimentação.

O diagnóstico diferencial com a angina de peito, vaso-motora ou verdadeira, assenta em diferenças, subtis muitas delas; contudo, pode dizer-se que o enfarte agudo dá sintomas de choque, frequentemente dispneia e elevação térmica, sinais êstes que não aparecem nos casos de angina de peito; a terapêutica sedativa, pelos nitritos, é no enfarte ineficaz.

O tratamento deve orientar-se segundo as queixas do doente e a tendência evolutiva da lesão. A natureza procura suprir a falta de irrigação do território cardíaco afectado, por meio da circulação colateral, muitas vezes através de vasos extracardíacos, formados por processo de pericardite, cuja existência às vezes se revela clinicamente pela aparição de leve atrito. A terapêutica deve auxiliar êsse esforço para a cura, servindo-se de meios vaso-dilatadores das coronárias, sem influir sôbre o volume da contracção cardíaca, pressão arterial e pulso; são o soro

glucosado, o cálcio, os extractos musculares. A revascularização cardíaca, pela cárdiomentopexia, tem sido praticada, por vezes com êxito. Acima de tudo, é indispensável severo repouso no leito, pelo menos durante seis a oito semanas, tempo necessário para a cicatrização; não deve permitir-se que o doente se levante, enquanto houver febre, leucocitose e aumento de velocidade da sedimentação do sangue. A crise dolorosa deve combater-se com injeções intramusculares de luminal sódico, e depois, quando minorada, com Veramon; menos activos, mas aproveitáveis por vezes, são: a associação atropina-morfina, o Eucodal, o Eupaco, etc. Inalações ou injeções de oxigénio, são úteis. Deve haver a maior cautela em empregar digitálicos ou estrofantina, assim como em injectar insulina; só depois de passados todos os sinais de acesso, podem ter indicação. Recentemente, tem-se empregado, como tonificadores do miocárdio, os extractos de coração e a vitamina B.

Para estabelecer a profilaxia do enfarte do miocárdio é preciso saber responder a duas perguntas: há predisposições individuais, e quais são os sinais precursores do enfarte? Pode dizer-se que estão predispostos os indivíduos entre os 40 e os 60 anos, que exercem profissões que provocam fortes excitações psíquicas. Frequentemente, os indivíduos que vem a sofrer de enfarte agudo, tem na sua história pregressa aqueles sinais de enfarte fruste, que já se mencionaram; e infecções focais, como amigdalites, sinusites, parodontoses, etc. Provas de averiguação da insuficiência da circulação coronária tem sido propostas, tal como a da adrenalina, que provoca estenose das coronárias, revelável no electrocardiograma (prova que pode ser perigosa, por excessiva acção da adrenalina), ou como a da anoxemia, em que, também pelo electrocardiograma, se procura apurar a deficiência vital do miocárdio quando se respira ar com pouco oxigénio.

Isto é, em resumo, o que, pormenorizadamente, A. MARTÍN escreveu, a propósito de alguns casos. (*Med. Española*, Fev. de 1944).

Pleurisia sero-fibrinosa e tuberculose

Dispondo da estatística do Centro de Reformas Militares, de Nantes, M. BRELET pôde seguir, através de pelo menos dez anos, 400 casos de pleurisia sero-fibrinosa, e dá conta do que verificou (*Paris Med.*, 1944, N.º 3). Os resultados são expostos classificando-se os casos em quatro grupos:

- 1.º — Os que se encontravam completamente curados, sem qualquer sinal clínico ou radioscópico de tuberculose. — 34 %.
- 2.º — Os que não apresentavam sinais de tuberculose, mas que ficaram com importantes sequelas da pleurisia. — 43 %.
- 3.º — Os que posteriormente vieram a sofrer de várias localizações extra-pulmonares de tuberculose, sobretudo ósteo-articulares. — 7 %.
- 4.º — Os que, alguns anos depois da pleurisia, se tornaram tuberculosos pulmonares. — 15 %.

Sobrecarga da circulação com a transfusão de sangue

Entre os acidentes a que pode dar lugar a transfusão, DRUMOND destaca os que são provocados pela sobrecarga da circulação em indivíduos com anemia crónica ou toxemia, cujo coração não tem a resistência normal, por o miocárdio estar lesado. O coração, em tais circunstâncias, não pode acomodar-se ao aumento de volume da massa sanguínea, o sangue acumula-se no pulmão e o edema aparece. A dor precordial, de que frequentemente se queixam os doentes, deve ser provocada pela distensão da aurícula direita e tensão do pericárdio. O perigo do edema pulmonar evita-se fazendo a transfusão muito lentamente, à razão de quarenta gotas por minuto. Se as citadas perturbações surgem, suspenda-se a transfusão, administre-se oxigénio, injecte-se morfina e atropina; nalguns casos, pode ser preciso fazer sangria venosa, para aliviar o coração direito. (*British Med. J.*, N.º 4.314, 1943).

Perturbações funcionais do esfíncter da 3.ª porção do duodeno

O exame radiológico do arco duodenal permite verificar, por vezes, uma dificuldade à passagem do contraste na 3.ª porção. A coluna bari-tada atingindo esse ponto sofre uma paragem mais ou menos prolongada, conforme o caso. E observam-se os seguintes fenómenos: apêto em anel, que pode persistir mesmo após a passagem do contraste; peristaltismo muito acentuado e antiperistaltismo, que traduzem a reacção da ança duodenal a essa dificuldade do trânsito, intensa nos casos iniciais (nos casos crónicos, a essa fase de hipermotilidade sucede outra de hipotonia, que culmina com relaxamento da parede e consequente dilatação); dôr localisada ao nível da 3.ª porção duodenal. Muitas vezes no decorrer do exame radiológico verifica-se que o trânsito, que a princípio se fazia com dificuldade, com as manobras palpatórias e com a chegada de maior quantidade de contraste, se estabelece com maior regularidade, apresentando-se praticamente normal; são modificações funcionais da parede duodenal. Colocado o doente em posição de Trendelenburgo, em decúbito ventral e na posição genu-peitoral, a dificuldade do trânsito persiste.

Clinicamente, os doentes queixam-se de «pêso do estômago» após as refeições, «empachamento» há muito tempo (em geral há mais de 1 ano) com qualquer alimento ingerido e sem modificação com os decúbitos, mau estar geral, ansiedade, náuseas e muitas vezes vômitos de tipo tardio, espontâneos ou provocados. Os encômodos desaparecem quando se dá a passagem do contraste além do ponto em que se represava na 3.ª porção do duodeno. O diagnóstico deve ser feito com cautela, pois pode levar a intervenção cirúrgica que não verificará presença de obstáculo orgânico na ança duodenal.

A descrição deste quadro mórbido, por CABELLO CAMPOS, assenta em observações pessoais. (*Supl. a Anais Paulistas de Med. e Cirurg.*, Março de 1945).



LABORATÓRIOS "ELBA,"

Apresentam à Ex.^{ma} Classe médica

Dois novos produtos:

HEPATON—injectável

Extracto Hepático super-concentrado

Vitamina B₁

Vitamina B₂

Citrato de ferro

Glicerofosfato de soda

Sulfato de estricnina

em ampolas de 2 c. c.

IODORGAN—gôtas

Sol. aquosa a 10% de

a-iododihidroxiopropano

(CH²I—CHOH—CH²OH)

iodo sem iodismo

REPRESENTANTES

BACELAR & IRMÃO, L.^{DA}

RUA DO CARMO, 8 — TELEF. 5672 — PÔRTO

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS EXMOS. CLÍNICOS

” **Ceregumil** ”
Fernández

**Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas**

*Contém no estado coloidal
Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados
e principios minerais (fosfatos naturais).*

**Indicado como alimento nos casos de intolerân-
cias gástricas e afeccões intestinaes — Especial
para crianças, velhos, convalescentes e
doentes do estomago.**

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo.

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA
Deposítarios. GIMENEZ-SALINAS & C.^a
240, Rua da Palma, 246
LISBOA

PORTUGAL MEDICO

DIRECCÃO CIENTÍFICA: AYRES KOPKE, prof. jub. do Instituto de Medicina Tropical; EGAS MONIZ, prof. jub. da Faculdade de Medicina de Lisboa; FROILANO DE MELO, director da Escola Médico-Cirúrgica de Nova Gôa; J. A. PIRES DE LIMA, prof. director do Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina do Pôrto; ROCHA BRITO, prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra; ROCHA PEREIRA, prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina do Pôrto.

ALMEIDA GARRETT, prof. na Fac. de Medicina do Pôrto — **REDACTOR PRINCIPAL.**

REDACÇÃO: ALBERTO DE MENDONÇA, Oto-rino-laringologista nos Hospitais Civis; AMÂNDIO TAVARES, prof. de Anatomia Patológica na Faculdade de Medicina do Pôrto; ARMANDO NARCISO, prof. do Instituto de Hidrologia e Climatologia de Lisboa; COSTA SACADURA, prof. jub. da Faculdade de Medicina de Lisboa; FERNANDO MAGANO, prof. de Cirurgia na Faculdade de Medicina do Pôrto; FERREIRA DA COSTA, Estomatologista nos Hospitais Civis de Lisboa; FONSECA E CASTRO, prof. agregado de Pediatria na Faculdade de Medicina do Pôrto; LADISLAU PATRÍCIO, director do Sanatório Sousa Martins; LOPES DE ANDRADE, prof. de Oftalmologia na Faculdade de Medicina de Lisboa; VAZ SERRA, prof. de Patologia Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra.

Condições da assinatura (por ano — série de 12 números):

Metrópole — 30\$00

Colónias — 40\$00

Número avulso — 5\$00

Redacção e Administração: Rua Cândido dos Reis, 47 — PÔRTO

SULFARSENOL

SAL DE SÓDIO DO ÉTER SULFUROSO ÁCIDO METILOLAMINOARSENOFENOL

ANTISIFILITICO — TREPONOCIDA

EXTRAORDINÁRIAMENTE PODEROSO

VANTAGENS: INJECCÃO SUBCUTÂNEA SEM DÔR.
INJECCÃO INTRAMUSCULAR SEM DÔR.

ADAPTANDO-SE, POR CONSEQUÊNCIA, A TODOS OS CASOS

TOXICIDADE consideravelmente inferior à dos seus similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar. (Injecções em série).

MUITO EFICAZ na orquite, artrite e mais complicações locais de blenorragia, metrite, salpingite, etc.

Preparado pelo laboratório de

BIOQUÍMICA MÉDICA

19-21, RUE VAN-LOO

PARIS

Representantes e Depositários exclusivos para Portugal e suas Colónias:

TEIXEIRA LOPES & C.^ª, L.^{DA}

RUA AUREA, 154-156

TELEF. 24816 — LISBOA

CÁLCIO «PASTEUR»

Recalcificante — Anti-flogístico

Soluto injectável de glucono-glucoheptono-gluconato de cálcio, sal cálcico complexo mais solúvel e, por consequência, mais estável do que o gluconato de cálcio.

Cada c. c. de Cálcio «Pasteur» contém o equivalente a 0,1 gr. de gluconato de cálcio

CAIXA DE 6 EMPOLAS DE 5 c. c. — 15\$00

CAIXA DE 12 EMPOLAS DE 5 c. c. — 25\$00

CAIXA DE 6 EMPOLAS DE 10 c. c. — 25\$00

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

VITAMINA C «PASTEUR»

Prosseguindo na campanha de actualização de preços de tôdas as especialidades susceptíveis de tal alteração, tornou-se possível reduzir agora os preços da Vitamina C «Pasteur», como seguidamente descriminamos:

Vitamina C «Pasteur»	Preços antigos	Novos preços
TUBO DE 20 COMPRIMIDOS	20\$00	10\$00
CAIXA DE 6 EMPOLAS DE 1 c. c.	20\$00	12\$00
CAIXA DE 6 EMPOLAS DE 2 c. c.	30\$00	20\$00
CAIXA DE 3 EMP. DE 3 c. c. (FORTE)	45\$00	22\$00

