

XIII ANO — N.º 573
23 de Agosto de 1962

DIRECTOR E EDITOR
MÁRIO CARDIA

VOL. XXIV (Nova série)
Publica-se às Quintas-feiras

Red. Adm. AV. DOS ALIADOS, 41 — PORTO — TEL. 24907 / LISBOA: R. Quirino da Fonseca, 2-C-1.º — Tel. 52074 / Prop. da SOPIME-Sociedade de Publicações e Iniciativas Médicas, Lda
Ver condições de assinaturas e outras indicações na 2.ª pág. | PREÇO AVULSO: 5\$00 | Composto e impresso na Tipografia Sequeira L.da — PORTO — R. José Falcão, 122 — Telef. 24664

KANTREX

(SULFATO DE KANAMICINA)

Um novo antibiótico-bactericida
INTEIRAMENTE DIFERENTE

★
Especialmente activo contra as
estirpes resistentes de
“ESTAFILOCOCCUS AUREUS”

★
Um produto preparado pelo
Instituto Luso-Fármaco — LISBOA
Sob Licença da
Bristol Laboratories Inc.
Siracusa-New-York

SUMÁRIO

COMENTÁRIO DA SEMANA	357
SEMANA A SEMANA	358
CIÊNCIAS MÉDICAS — CLÍNICA	
ARTIGOS ORIGINAIS	
J. SILVA MEIRELES e MÁRIO N. EUFRASIA — Nossa experiência clínica com a nova substância dilatadora coronária, Persantin JACQUES SOULLARD e F. POTET — O destino dos pólipos recto- -sigmoideus	369
PERISCÓPIO	
Talidomida e malformações congénitas	371

MOVIMENTO MÉDICO

Novos aspectos actuais das blenorragias — pág. 374; Morte súbita do lactente — pág. 375. QUE DESEJA SABER? — Xantelasma — pág. 376; Rutura espontânea do rim normal — pág. 376. Sumários da Imprensa Médica Nacional	376
---	-----

ASSUNTOS GERAIS E PROFISSIONAIS

Na posse do novo Conselho Regional do Porto da Ordem dos Médicos — Discurso do Prof. Albano Ramos	378
ECOS E COMENTÁRIOS — JOSÉ ANDRESEN LEITÃO	406
NOTICIÁRIO NACIONAL — Posse dos novos dirigentes da Ordem dos Médicos do Porto — pág. 382; Prof. Amândio Tavares — Recebeu as insígnias da Gra-Cruz da Ordem do Infante — pág. 383; Conferência do Prof. Bussamara Neme — pág. 386. Diversos.	

ATAQUE
às infecções devidas
a microrganismos
gram-positivos
e gram-negativos

DEFESAS
naturais do organismo
estimuladas
por antigénios
bactéricos específicos

PULMO-ANTIL

PULMO-ANTIL E



**NAS INFECÇÕES
DAS VIAS
RESPIRATÓRIAS**

Caixas de 1 e de 3 frascos-ampolas de 400 000 ou de 600 000 U. de penicilina com 1 a 3 ampolas de 3 cc. de antigénios específicos. Os frascos do grupo "E" têm mais 0,5 ou 1 g de sulfato de estreptomicina.



INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Investigação e preparação de medicamentos desde 1895

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

SECRETÁRIO DA DIRECÇÃO: Guedes Guimarães
— Médico do Inst. da Ass. Psiquiátrica.

CONSELHO DE REDACÇÃO: Luís A. Duarte Santos — Prof. da Fac. de Med. (Coimbra); Fernando Nogueira — Prof. da Fac. de Med. e médico dos H. C. L. e José Andresen Leitão — Dir. do Inst. Nac. de Educação Física — 1.º Assistente da Fac. de Med. (Lisboa); Alvaro Mendonça e Moura — Dir. da Cir. Sanit. da Zona Norte e Waldemar Pacheco — Médico no Porto. Delegado no Brasil — Hilário Veiga de Carvalho — Prof. da Fac. de Med. da Universidade de S. Paulo.

ADMINISTRADOR: Manuel dos Santos

★

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (Pagamento adiantado):

Portugal Continental e Insular: um ano — 180\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 240\$00; Outros países: um ano — 300\$00

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com a «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

Portugal Continental e Insular — 220\$00;
Ultramar — 290\$00

As assinaturas começam em Janeiro; no decorrer do ano (só para «O MÉDICO») aceitam-se assinaturas a iniciar em Abril, Julho e Outubro (respectivamente, 120\$00, 90\$00 e 60\$00).

RED. ADM.: Av. dos Aliados, 41-4.º — PORTO
Telefone 24907

LISBOA: Rua Quirino da Fonseca, 2-C-1.º
Telefone 52074

DEL. EM COIMBRA: Casa do Castelo —
R. da Sofia, 49

★

Composição e impressão:
TIPOGRAFIA SEQUEIRA, L.DA
R. José Falcão, 122 — PORTO
Telefone 24664

★

Prop. da SOPIME — Sociedade de Publicações e Iniciativas Médicas, L.da

★

VENDA AVULSO — Distribuidores exclusivos: Editorial Organização, L.da — L. Trindade Coelho, 9-2.º — Lisboa
Telefone 27507

ESTE SEMANÁRIO
É TRANSPORTADO
PARA TODO O PAÍS
NOS COMBOIOS DA



Felizmente que o caso parece singular, o da Talidomida, o tranquilizante somnífero que tanta celeuma causou em todo o mundo, quer pelas trágicas situações criadas a novos seres como pela angústia que tem provocado em tantas gestantes, suspensas na consideração dos efeitos que possam ter sobre vindo no fruto que trazem em suas entranhas.

Com vinte a trinta por cento de probabilidades de não sofrerem os seus filhos as consequências da ingestão, receiam as oitenta ou setenta probabilidades de virem ao mundo defeituosos em extensão insuspeitada.

Discutem muitos agora a legitimidade do aborto perante o risco provável de se gerar um monstro vivo e viável, como se antes não fosse o assunto suficientemente ponderado quando a Associação Médica Mundial aprovou a conservação da vida desde a concepção até à morte.

Uns procuram países onde o aborto seja permitido por lei, outros aparecem a defendê-lo onde se não aceita tal princípio, outros sentam-se no banco dos réus por terem consumado uma eutanásia «in-utero» quando ignoravam o estado físico da criança.

Diariamente os jornais trazem ao grande público várias notícias referentes a esta droga, aos problemas que tem suscitado e, até, levantam já a suspeita sobre outras que poderão ter consequências semelhantes.

Uma delas, agora referida, seria a tetraciclina, que todos para aí temos administrado algumas vezes talvez sem reais indicações.

★

O problema da inocuidade das drogas e da experimentação necessária para o seu lançamento no mercado, obedecendo ao princípio de «antes de mais não fazer mal» tem sido abordado por muitos, revendo as regras da experimentação usadas e consagradas, quase todos estando de acordo que foram respeitadas e que não havia maneira de evitar este grave contratempo havido com o Softenon, nome que a droga em causa tomou no comércio nacional.

★

O público que receita e o que ingere, os clínicos e os doentes, perguntam, legitimamente, se podem, com segurança, usar os produtos que uma indústria qualificada lança

no ambiente febril que permanente e credulamente aguarda um novo progresso nos meios terapêuticos postos à sua disposição.

★

Quando o padecimento não é grave, quando os meios de tratamento são vários, quando a droga não nos parece insubstituível, há que ser um pouco lento na sua aceitação.

É o que se passou — louvado Deus! — com o autor destas linhas, que nunca andou afadigado a administrar todos esses produtos que aí apareceram para baixar o colesterol. Pode gabar-se que o triparanol não fez qualquer dano aos seus doentes, também não criou em nenhum a fobia do aumento do colesterol, pois lhe pareceu que neste particular as noções metabólicas existentes não eram bastantes para firmemente se ter de determinar pela necessidade angustiante do seu abaixamento.

Hoje, aceites os inconvenientes do triparanol, que mais baixavam o organismo que o colesterol, ficava-lhe a satisfação de não ter usado o medicamento nem ter piorado os seus portadores de nível não costumeiro de colesterol.

★

Assusta-o a facilidade — já muito menor — com que se administra ainda a penicilina por padecimentos banais, embora aparentemente salvaguardado com antihistamínicos que evitam os acidentes graves a que o uso daquela tem dado lugar.

★

Neste particular das drogas que podem ser agressivas, lembra-se de que pouco tempo após a sua formação, quando se injectava cálcio para..., encontrou uma doente que a ele se declarou intolerante. Mas a sanha era tanta e os recursos de imaginação tão poucos que insistiu e a convenceu da vantagem. Pois o tal consagrado antianafilático que o gluconato de cálcio era, então, deu imediatamente lugar a uma reacção inflamatória que lhe podia imputar a responsabilidade.

Também se recorda de uma entrada em shock circulatório que sobreveio a uma doente, aí pela quarta ou quinta injeção de vitamina B₁₂, aplicada por via intramuscular. Ainda hoje se arrepiava do quadro que presenciou.

A. B.

IMUNIDADE À POLIOMIELITE

Mais de metade dos recém-nascidos na Itália demonstram resistência passiva a todos os três tipos do vírus da poliomielite e só uma pequena percentagem se apresenta sem anticorpos contra a paralisia infantil — foi o que se afirmou em um simpósio sobre a imunidade e a resistência às afecções infantis, em Nápoles. Relatando estatísticas de várias regiões da Itália, o Dr. Pio Ritossa, director do Departamento de Pediatria da Universidade de Perúgia, declarou que as condições epidemiológicas são tais que a imunidade passiva à poliomielite e à difteria é, em geral, suficientemente alta nos recém-nascidos para dar-lhes protecção nos 3 primeiros meses de vida. A aplicação de uma única injeção da vacina Salk em 572 mulheres grávidas, todas as quais tinham anticorpos contra a poliomielite antes da vacinação, demonstrou uma elevação de 4 a 9 vezes do nível de anticorpos anterior à vacinação, afirmou o Dr. Ritossa. Os filhos dessas mães demonstraram imunidade, entre o vigésimo e trigésimo dia de vida, aos 3 tipos de vírus. Uma rápida queda no nível dos anticorpos protectores verificou-se logo depois de decorridos 3 meses.

NOVA TEORIA NA LUTA CONTRA O CANCRO?

Segundo «Semaine des Hôpitaux — Informations», médicos americanos fizeram recentemente uma comunicação sobre uma substância, ainda não identificada, que seria capaz, em cultura de tecidos, de impedir o crescimento das células cancerosas. Numa primeira experiência, estes médicos puseram em cultura células cancerosas amnióticas humanas em contacto com uma camada de células amnióticas normais. Numa dezena de dias, as células cancerosas dão nascimento a colónias de células, de modo que é possível contar aproximadamente o número de células que elas contêm. Ora os investigadores americanos notaram que o número de células cancerosas era tanto menos elevado quantas mais células normais havia nos tubos de cultura. E isto fez-lhes pensar que as células normais libertavam uma substância que impede o desenvolvimento das células cancerosas; as células normais, postas em contacto com células cancerosas, produziram uma substância tóxica para as células cancerosas que inibiu o crescimento destas — pensam os autores americanos.

NOVA TEORIA SOBRE DOENÇAS MENTAIS

O Dr. W. J. Fersel, nos «Arch. of Gen. Psychiat.», expõe uma nova teoria sobre a origem das doenças mentais. Certos elementos do sistema nervoso — diz o Dr. Fersel — formam-se tarde no decurso da evolução embrionária. O mecanismo interno que assegura a imunidade do corpo criaria anticorpos que lutam contra as substâncias estranhas que entram no organismo e não teria, devido ao referido atraso embrionário, tempo para reconhecer esses elementos e actuar contra eles tomando-os como invasores. Declarando, embora, que a sua teoria não repousa ainda em muitas provas e acrescentando que ela não pretende eliminar outros factores que exercem influência sobre as doenças mentais, tais como os factores psicológicos e genéticos, o Dr. Fersel nota que a sua hipótese poderia explicar certas anomalias bioquímicas do sangue verificadas nos doentes mentais, assim como o carácter anormal da sua reacção de imunidade para certas vacinas.

O. M. S.

O «Bureau régional de l'Europe» da Organização Mundial da Saúde (com sede em Copenhague) organiza, durante o 2.º semestre do ano corrente, as seguintes reuniões internacionais: Simpósio sobre o ensino das estatísticas aos estudantes de medicina da Europa (Genebra, 27-31/8 — foram convidados 17 países); Comité regional (Varsóvia, 14-19/9); Reunião de funcionários nacionais encarregados das bolsas de estudo (Copenhague, 17-21/9); Oitavo Seminário de engenheiros sanitários (Bruxelas, 2-9/10 — sobre a poluição do ar); Seminário sobre a formação e o emprego do pessoal auxiliar de enfermagem (Madrid, 17-26/10 — destinado a estudar as actuais necessidades em pessoal auxiliar e a precisar as suas funções e a sua formação); Simpósio sobre as doenças pulmonares crónicas não específicas (Moscou, 10-15/12) — sobre problemas fisiológicos, epidemiológicos e de saúde pública.

CURA ESPONTÂNEA DUM CANCRO

O último n.º de «Médecine et Hygiène» refere que foi, recentemente, observada a cura espontânea dum carcinoma do cólon julgado inoperável (na «Mayo Clinic»). Trata-se dum homem de 45 anos

examinado pela primeira vez em 1951. O seu abdome foi explorado cirurgicamente para o tratamento duma oclusão aguda do intestino grosso: encontrou-se então uma massa tumoral importante, fixa, que envolvia a parte distal do cólon descendente. O exame histológico revelou um adenocarcinoma. O tumor foi considerado inoperável; o cirurgião praticou uma colostomia e preconizou, a título paliativo, uma irradiação de 2 500 roentgens. O doente foi operado dois anos mais tarde com o fim de se fechar a colostomia. Estava então em perfeito estado de saúde e parecia completamente curado. A exploração cirúrgica do abdome confirmou essa impressão clínica. Sete anos depois, o doente continua bem.

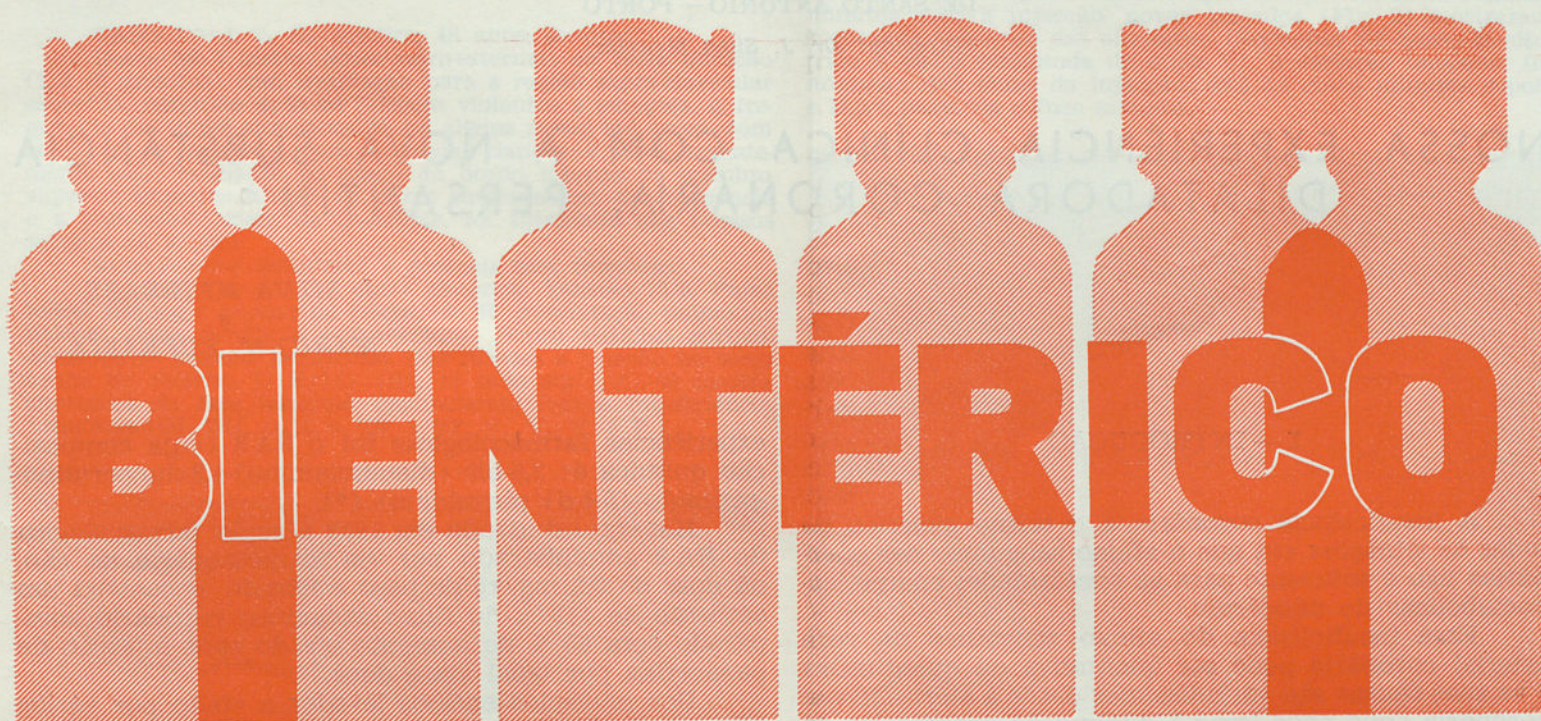
MAIS TERATOGENEOS...

Agora, o «salicil». Autor dum inquérito sobre os efeitos dos comprimidos de «salicil» utilizados nas gripes e cefaleias, o Prof. Jan Winberg (sueco) afirmou que a sua absorção por mulheres grávidas pode provocar nas crianças deformações, principalmente na face. Cento e cinquenta casos seriam actualmente conhecidos. Os recém-nascidos apresentam, sobretudo, lábios leporinos. Alguns casos também se refeririam a malformações cardíacas.

DR. MÁRIO CARDIA

Regressou ao Porto, da viagem que tinha iniciado nos princípios de Julho, o nosso director, Dr. Mário Cardia, que visitou vários serviços de Ginecologia e organizações da luta contra o cancro na Suécia, Finlândia, Rússia, Ucrânia, Dinamarca e Holanda. Também esteve em Londres, onde tomou parte no Congresso Internacional dos Médicos Católicos. Sobre o Congresso Internacional do Cancro que se realizou em Moscovo, ao qual também assistiram outros médicos portugueses, o Dr. Mário Cardia vai publicar um artigo no próximo número da «Acta Gynecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana».

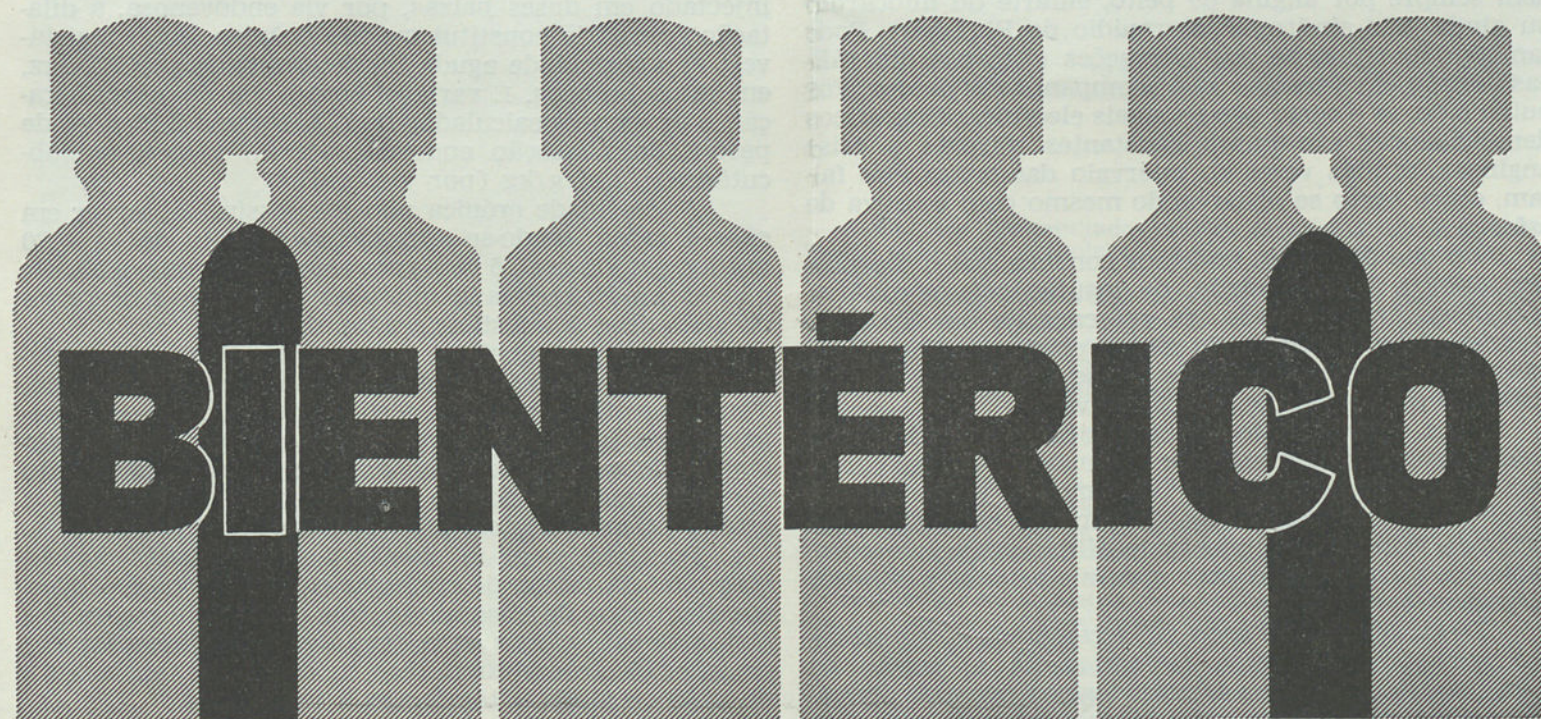
A direcção de «O Médico» não assume a responsabilidade dos artigos assinados pelos seus colaboradores.



TRATAMENTO DAS DIARREIAS

e outros síndromas intestinais

SULFATO DE ESTREPTOMICINA E SULFATO DE NEOMICINA



SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL GERAL
DE SANTO ANTÓNIO — PORTO

(Director: Dr. J. Silva Meireles)

NOSSA EXPERIÊNCIA CLÍNICA COM A NOVA SUBSTÂNCIA DILATADORA CORONÁRIA, PERSANTIN®

J. SILVA MEIRELES

e

MÁRIO N. EUFRÁSIA

I — INTRODUÇÃO

A insuficiência coronária é o termo genérico de todas as situações em que o afluxo sanguíneo nas coronárias não é suficiente para as necessidades energético-metabólicas do miocárdio.

Essa insuficiência do afluxo sanguíneo na rede arterial coronária pode ser qualitativa ou quantitativa e as suas causas são variadíssimas desde a aterosclerose coronária (que pode levar à diminuição progressiva do calibre coronário ou à sua oclusão) até à intoxicação pelo óxido de carbono, anemia perniciosa, passando pelas perturbações hemodinâmicas dependentes de lesões valvulares, desequilíbrios hormonais neuro-vegetativos, taquicardias, hipertensões pulmonares, estado de shock, etc.

Pode pois dizer-se que há insuficiência coronária sempre que existe um desequilíbrio entre o aporte de oxigénio na rede arterial coronária e as necessidades reais do miocárdio em oxigénio.

Clinicamente esta insuficiência manifesta-se, mas nem sempre por angina de peito, enfarte do miocárdio ou ainda pelo síndrome intermédio de Blumgart. Pode também descobrir-se por alterações electrocardiográficas mesmo em situações não acompanhadas de dor. Por outro lado, se é certo que os sinais electrocardiográficos denunciadores são quase constantes durante a crise anginosa, muitas vezes no intervalo das crises eles faltam, outro tanto se observando mesmo com a prova de esforço.

Do que dissemos, podemos concluir que o diagnóstico clínico, bem fundado, de insuficiência coronária, não deve ser invalidado em presença de um E. C. G. normal. Já a presença de sinais electrocardiográficos dessa insuficiência não pode pôr-se em dúvida mesmo que falte a sintomatologia subjectiva.

Para o tratamento da insuficiência coronária que vulgarmente se manifesta por dor mais ou menos característica, não esquecendo a fundamental etiopatogenia, devemos dar prioridade ao tratamento coronário-dilatador no sentido de aumentar o afluxo sanguíneo coronário, pela emergência com que tais estados por vezes se podem apresentar.

Desde há muitos anos até recentemente, a medicação coronária-dilatadora baseava-se na utilização de 4 grupos de compostos farmacológicos ou seus derivados: nitritos e nitratos, papaverina e aminofilina.

Apareceram depois outros produtos como a quelinina, a iproniazida (esta com possíveis propriedades anti-anginosas de origem cerebral), extractos de tecidos embrionários, ácido adenosinotri-fosfórico e mais recentemente preparados que se foram obtendo a partir dum sistema anelar nitrogenado (do grupo pirimido-pirimidinas).

Destes últimos, o que obteve maior sucesso nas

experiências farmacológicas foi o RA 8 (cuja composição química é: 2,6-bis (dietanolamino)-4,8-dipiperidino-pirimido (5-4-d) pirimidina) (*).

KADATZ, estudando em 1959 a acção farmacológica do RA 8 administrado por via intracoronária no cão, na dose de 0,3 mg/kg de peso e minuto, encontrou um aumento de 113 % do fluxo sanguíneo coronário comparado com 60 % de aumento obtido após injeccção de papaverina por igual via e dose.

Dos múltiplos ensaios levados a efeito por vários investigadores (KADATZ, GRABNER, HOCKERTS e outros) extraímos estas conclusões sobre o RA 8:

a) produz um aumento de 90 % da circulação coronária aos 30 segundos da injeccção sem influir marcadamente a pressão arterial; b) a acção desta droga tem lugar sobre a musculatura lisa dos vasos; c) aumenta a concentração do ácido adenosinotri-fosfórico no miocárdio depois de injectar 0,5 mg por kg de peso, com diminuição do ácido pirúvico no sangue arterial; d) em doses relativamente elevadas tem efeito hipotensor, principalmente sobre a tensão diastólica; contudo este efeito é mais lento do que com a papaverina; e) quando injectado em doses baixas, por via endovenosa, a dilatação coronária constitui mesmo o único efeito registável; f) a toxicidade aguda foi determinada por KADATZ, em ratos brancos. É variável com a via de administração e os valores calculados de LD₅₀ foram: 0,15 g/kg de peso (administração endovenosa); 2,7 g/kg (via subcutânea); 2,15 g/kg (por via oral).

A toxicidade crónica não foi possível observar em cães e gatos, tendo-se administrado doses de 10 e 20 mg/kg, por via oral, 5 vezes por semana, durante 6 meses, não se tendo registado qualquer alteração susceptível de atribuir-se à substância administrada.

Inúmeros trabalhos, principalmente alemães, relatam-nos os resultados clínicos obtidos com o Persantin. Tentar avaliar a possível acção terapêutica de um preparado na insuficiência coronária, não é porém tarefa fácil dado que a subjectividade e o grau de percepção algica variam de doente para doente e ainda com o estado psicofisiológico, emoções, etc.

Por isso, para se chegar a determinadas conclusões clínicas temos de conjugar os resultados de diversos elementos de observação, tais como: alterações dos sintomas subjectivos de ordem algica, modificações dos traçados electrocardiográficos, modificações tensionais e do pulso e ainda a tolerância à medicação.

Nesse sentido propomo-nos estudar dez doentes observados nas nossas enfermarias e na consulta externa.

Muitos mais poderiam aqui ser apresentados; contudo, a falta de um ou outro elemento pareceu-nos justificar a omissão.

(*) Persantin.

Passamos seguidamente a descrever, de modo sucinto, as histórias clínicas respectivas e, para não sobrecarregar a iconografia expomos os electrocardiogramas mais sugestivos de cada doente.

II — CASUÍSTICA

CASO 1 — J. L. R., solteira, 48 anos, servçal.

Desde há 7 meses, dores retro-esternais de curta duração (1 a 10 minutos) com irradiação para a região supra-clavicular esquerda, surgindo após os esforços violentos e emoções. A frequência das dores aumentou de há alguns meses até agora, com sensação de angústia, com dispneia, cianose e mais recentemente com irradiação ao longo do bordo interno do membro superior esquerdo. Como as dores aumentassem de frequência e a impossibilitassem de trabalhar, foi internada nos nossos serviços (8/XI/60).

Antecedentes familiares e pessoais sem interesse.

Observação — Doente obesa pletórica. Tensões 13/9. Pulso radial rítmico e regular de frequência 76. Auscultação pulmonar normal. Sons cardíacos ensurdecidos. Sopros sistólico aórtico. Ausência de edemas periféricos. Dor intensa à pressão no terço médio do esterno. O E.C.G. (fig. 1) feito em 8/XI/60 mostra alterações da fase terminal denunciando franca insuficiência coronária (DI, DII, DIII, a VE, a VP, V₁, V₄, V₅ e V₆).

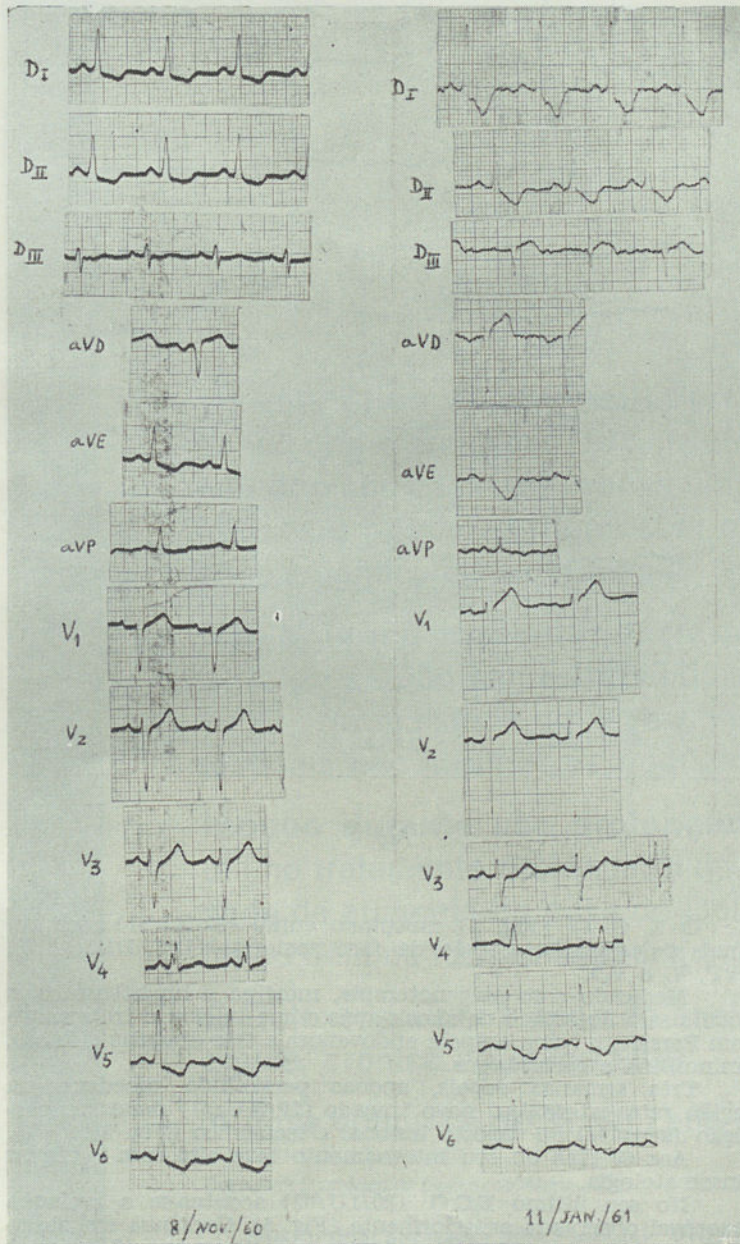


Fig. 1

Estas alterações acentuaram-se em novos traçados feitos em 10/XI/60 e 11/I/61 (Fig. 1), apesar de múltipla medicação coronário-dilatadora. Este agravamento electrocardiográfico corresponde à maior frequência das crises anginosas (que atingiram seis diárias) observando-se simultaneamente com as crises, edema com cianose da mão esquerda, dispneia e taquicardia.

Como se notasse que a simples mobilização lateral direita ou esquerda da cabeça lhe despertasse dor anginosa, procedeu-se

ao estudo da coluna cérvico-dorsal. Verificou-se a existência de espondilose cervical com hiperostose ao nível dos canais de conjugação das vértebras cervicais. E apesar de ter executado, por este facto, trações esqueléticas da coluna, os traçados feitos depois continuavam a confirmar as alterações electrocardiográficas de insuficiência coronária. Em 1/IV/61 decidimos ensaiar o Persantin nesta doente: fez-se um E. C. G. (Fig. 2) imediatamente antes da injeção endovenosa de uma ampola de Persantin (2 cc.) que confirmou as alterações anteriores; cinco e quinze minutos após a injeção, novos traçados (Fig. 2) mostraram acentuada regressão das alterações (segmento ST quase isoelectrico e maior amplitude da onda T). A variação tensional foi mínima: 14/8 antes da injeção; 14,5/8,5 cinco minutos depois e 13,5/8 passados quinze minutos.

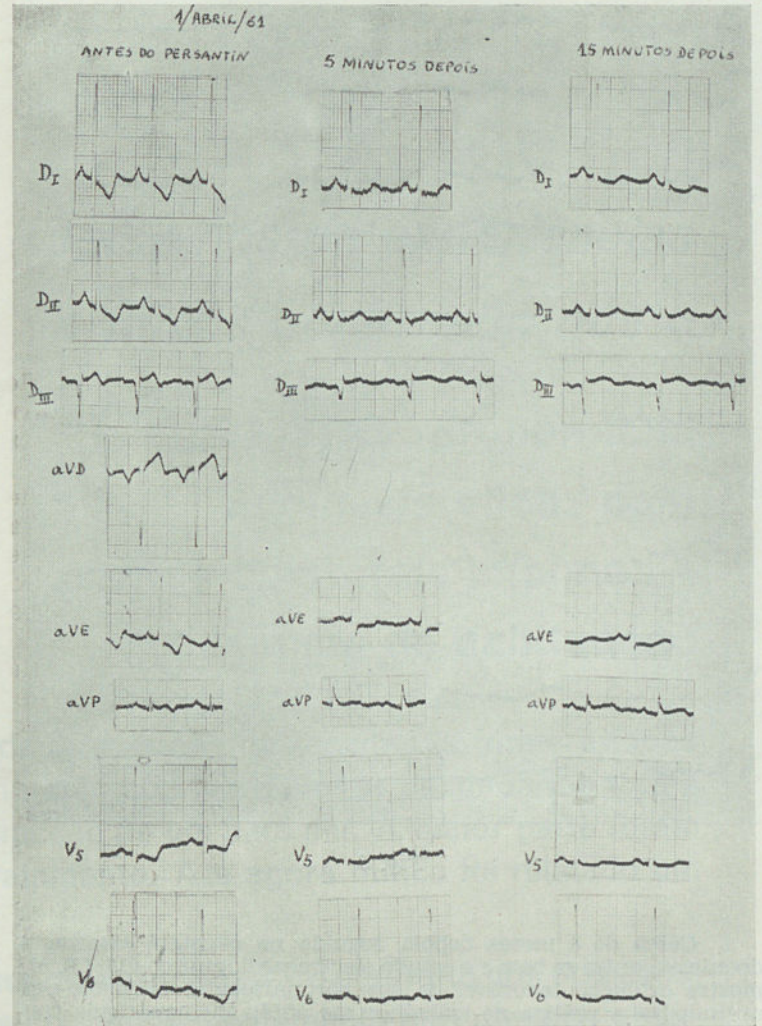


Fig. 2

Em face dos resultados obtidos decidimos iniciar o tratamento com uma ampola endovenosa diária e 3 drageias de Persantin.

Subjectivamente a doente melhorou imenso: precordialgias muito menos frequentes, de menor duração, sem grande sensação de angústia. O aspecto regressivo observado foi confirmado por novo traçado em 22/V/61. A doente teve alta em 30/VI/61 bastante melhorada, não tendo sido possível segui-la noutras observações.

CASO 2 — M. S. S., 65 anos, casada, doméstica.

Em Julho de 1960, segundo informação do seu médico assistente, teve crise de taquicardia, com dispneia acentuada, cianose dos lábios e extremidades, que cedeu com medicação adequada. Quatro dias depois, subitamente, queixou-se de dor retro-esternal muito intensa, sem irradiação, de longa duração, estado lipotímico, suores abundantes e cianose. Feito um E.C.G. (20/VII/60) observou-se um enfarte da parede posterior. Mês e meio depois nova opressão pré-cordial violenta, com intensa dispneia, palpitações e suores profusos. A doente foi então internada nos nossos serviços. Ao exame: doente com notória cianose, dispneia de decúbito, edemas ligeiros dos membros inferiores, tensões — 18,5/11,5; pulso arritmico de frequência 80.

Feito um traçado (7/IX/60) (fig. 3) observa-se regressão acentuada dos sinais de isquemia e evolução favorável do enfarte. Feita a medicação de urgência (oxigenioterapia, morfina, aminofilina e tetracitrato de pentacitrilol) a doente melhorou.

Passados cerca de 45 dias novo E. C. G. (19/X/60) (Fig. 3), mostrava aspecto sensivelmente semelhante ao traçado anterior. Subjectivamente a doente mantinha-se com moedeira quase continua na região pré-cordial, ligeira cianose e palpitações frequen-

tes apesar de medicada (reserpina, tetranitrato de pentaeritritol, sedativos, clorotiazida, vit. B, e medicação sintomática).

Iniciou-se então o tratamento com Persantin (3 drageias por dia) e três meses depois, subjectivamente melhor, executou-se novo E. C. G. (Fig. 3) que confirma a nítida melhoria subjectiva.

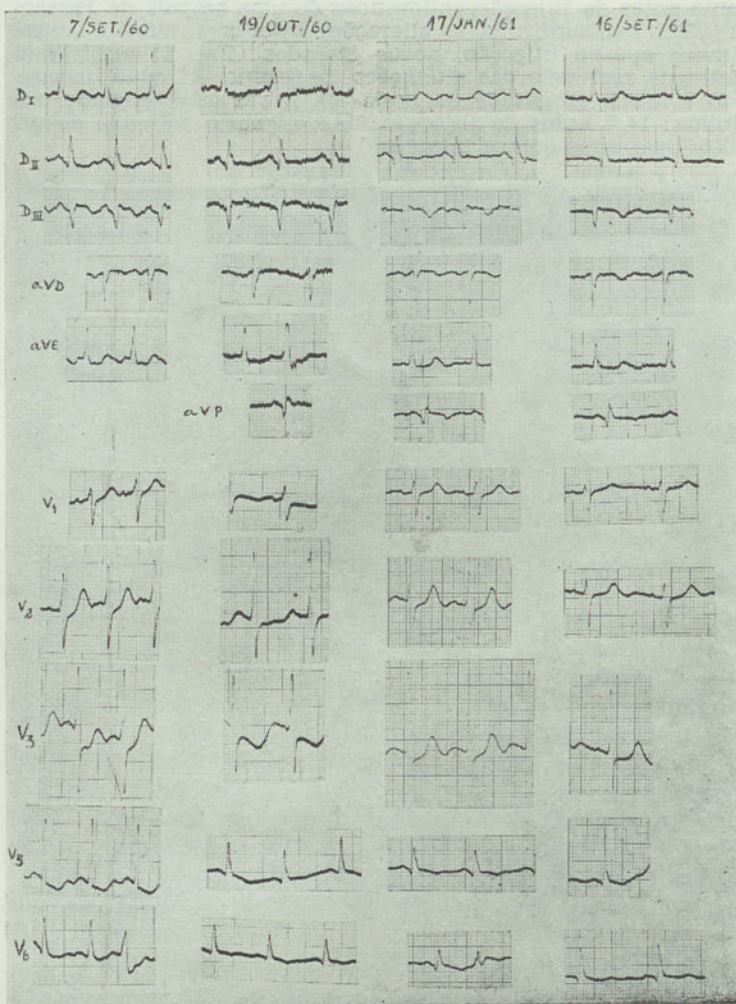


Fig. 3

Cerca de 8 meses depois, seguida na consulta externa, a doente encontra-se bem e o estudo electrocardiográfico (16/IX/61) mostra evolução favorável da sua coronariopatia (Fig. 3), permitindo-lhe a prática de trabalhos até então incompatíveis com o seu padecimento. De então para cá a doente continua a tomar três drageias por dia de Persantin, além de um tranquilizante e reserpina. Aumentou a sua capacidade de trabalho e apenas apresenta dispneia com os esforços.

CASO 3—A. M. O., 50 anos, casada, doméstica.

Síndrome gripal há cerca de 3 meses com tosse e leve dispneia de esforço. Desde então, além dos sintomas iniciais, sente palpitações frequentes e vagas dores retro-esternais, de curta duração (2 a 3 minutos). Oito dias depois, após um esforço, as precordialgias tornaram-se mais intensas com sensação de constrição irradiando para o braço direito e com dor no pulso; duração aproximada de 15 minutos. Repetição do acesso passados 2 a 5 dias com características semelhantes, acompanhado de dispneia, leve cianose e cefaleias.

Antecedentes pessoais e familiares sem interesse.

Observação—Doente de mediana constituição física. Tensões (umeral direita, método auscultatório)—22/12. Pulso rítmico regular e de frequência 86. Auscultação pulmonar normal. Desdobramento do 1.º som no foco mitral. Ausência de hepatomegalia e de edemas periféricos. Exame dos fundos oculares normal. E.C.G. (5/XII/60)—Alterações da fase terminal, especialmente em DI, DII, DIII, a VF, V₅ e V₆ denunciando insuficiência coronária (Fig. 4). Iniciado o tratamento com tetranitrato de pentaeritritol, ácido adenosinotri-fosfórico e reserpina, a doente refere melhoria ligeira das suas precordialgias, tendo baixado as tensões para 17/9,5. Novo estudo electrocardiográfico, cerca de 4 meses depois (28/IV/61), não evidencia modificações favoráveis (Fig. 4).

Iniciou-se então medicação com Persantin (quatro drageias por dia) associado a reserpina. Nas observações seguintes a sintomatologia pré-cordial desapareceu. As tensões baixaram para 16/9. Prosseguiu com a medicação e cerca de dois meses e meio depois, novo traçado (8/VII/61) mostra evolução francamente favorável, sem contudo atingir a normalidade (Fig. 4). A doente continua em observação na consulta externa sem qualquer sintomatologia álgica e com franca atenuação dos restantes sintomas.

CASO 4—I. C. A., 54 anos, casado, serralheiro.

Referindo dores ao nível da região pre-cordial, desde há 15 dias, hoje foi transportado ao Serviço de Urgência por violenta precordialgia e estado de «shock». Já pela manhã sentiu «ardência», uma sensação de queimor, na região retro-esternal, logo seguida de dor violenta, sem irradiação e que durou cerca de 15 minutos. Depois do almoço a dor repetiu-se mais violenta e prolongada, com suores profusos, vômitos e estado lipotímico. Como a dor persistisse, foi socorrido no serviço de urgência em estado de «shock».

Observação—Dispneia intensa, cianose marcada da face e extremidades, suores abundantes, extremidades frias; sem edemas periféricos. Auscultação pulmonar normal. Pulso radial impalpável. Acentuada hipotensão (máxima—5). Auscultação cardíaca—sons ensurdecidos de frequência média 120. Temperatura—36°,5. Dos antecedentes apenas há a salientar padecimentos gástricos desde há alguns anos.

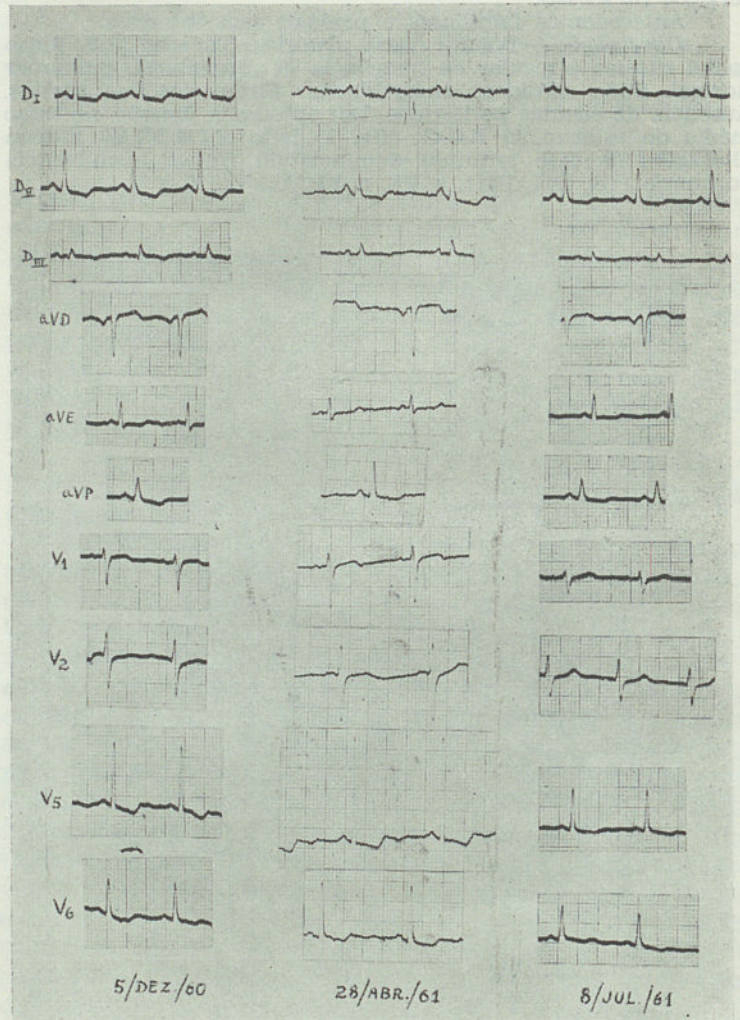


Fig. 4

O E. C. G. (Fig. 5) executado então (30/XI/61) mostrou sinais de isquemia e lesão da face posterior (DII, DIII, AVL, AVF, V₅ e V₆).

Medicado com oxigenoterapia, morfina e hipertensores, o doente saiu do estado de shock após o que iniciou o tratamento com Persantin (uma ampola endovenosa e três drageias diárias), aminofilina e barbitúricos.

Três semanas depois, apenas persistindo moedeira na região retro-esternal, o novo traçado (20/XII/61) denuncia evolução favorável no aspecto lesional e isquémico (Fig. 5).

Aos 60 dias do seu internamento teve alta sem qualquer sintomatologia.

No seu último E.C.G. (20/III/62) acentua-se a evolução favorável observada anteriormente (Fig. 5). Continua em observação na consulta externa, medicado com Persantin (3 drageias por dia) sem referir algias pré-cordiais.

CASO 5—R. P. S., 61 anos, viúva, servil.

Internada de urgência em insuficiência cardíaca esquerda: dispneia de decúbito muito acentuada, tosse, taquicardia (124 de frequência), estase nas bases pulmonares e ligeira cianose labial e das extremidades. Com a medicação de urgência melhorou, relatando-nos então que desde há dois anos aproximadamente sente dispneia de esforço, tosse por vezes com expectoração hemoptóica, tonturas e dores pré-cordiais vagas, sem irradiação e por vezes de longa duração. Edemas maleolares vespertinos

*conhecido pelo seu poder analgésico
conhecido também pelo
que NÃO provoca*

*seis anos de experiências
clínicas confirmam que o*

**Doloxene[®] proporciona
analgesia eficaz com
efeitos colaterais mínimos—
ausência de habituação**

Os relatórios confirmam—Cerca de 30 milhões de receitas já foram aviadas desde que o Doloxene foi lançado no mercado. Tais efeitos secundários foram notados numa taxa de apenas uma fracção de um para mil. A maior parte foram ligeiros e não interferiram com o tratamento. Até agora nunca foi relatado um caso autêntico de toxicomania.

Não provoca prisão de ventre como os opiáceos—Ao contrário dos opiáceos, o Doloxene não tem efeito antidiarreico, conseqüentemente não provoca obstipação. Na realidade um investigador notou que os efeitos secundários gastrintestinais não foram mais frequentes com o Doloxene do que com um placebo.

Inócuo durante uso prolongado—O Doloxene já provou ser especialmente útil no tratamento prolongado da dor crónica. Os doentes não sentem necessidade de aumento da dose do Doloxene. Não produz alterações no sangue periférico nem na função hepática ou renal.

O Doloxene é um preparado analgésico para uso oral, indicado no alívio da dor aguda, crónica ou recorrente.

A dose comum é de 32 mg cada quatro horas ou de 65 mg cada seis horas.

Doloxene[®] (cloridrato de dextropropoxifeno, Lilly)

220208

Distribuidor exclusivo para Portugal: UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

Eli Lilly and Company · Indianápolis 6, Indiana, E. U. A.

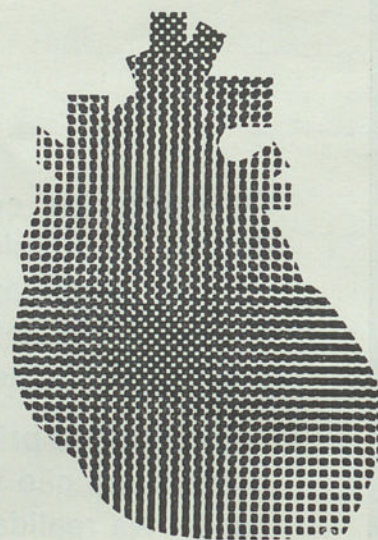
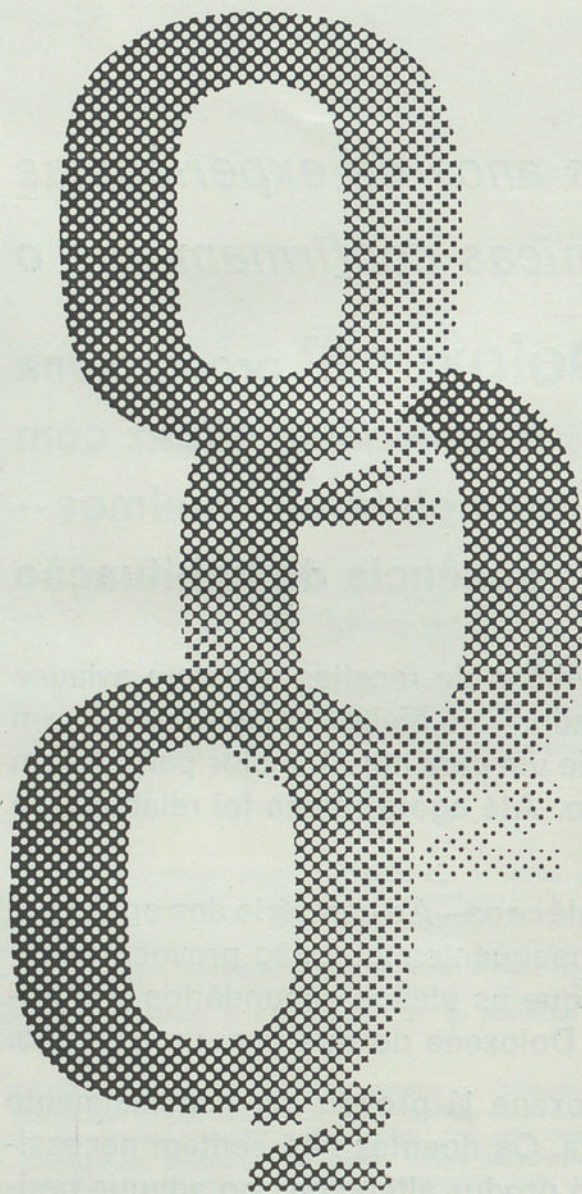


**Um novo agente terapêutico
com propriedades inéditas**

PERSANTIN®

2,6-Bis (dietanolamino) 4,8-dipiperidino-pirimido (5,4-d)pirimidina

**aumenta a circulação coronária
dum modo selectivo e persistente
fornece oxigénio ao miocárdio**



Indicações :

Insuficiência coronária aguda e crónica
Profilaxia e tratamento do infarto do miocárdio
Coadjuvante da terapêutica digitálica

Apresentação :

Ampolas de 2 cc com 10 mg de Persantin
Caixa de 5
Embalagem hospitalar de 25

Grajeias de 12,5 mg de Persantin
Frasco de 30
Embalagem hospitalar de 200



**C. H. Boehringer Sohn
Ingelheim am Rhein - Alemanha**

Delegação científica :

C. H. BOEHRINGER SOHN, LDA.

Rua António Enes, 9, 1.º-E. - Lisboa I

pouco acentuados e hepatalgia de esforço desde há cerca de 15 dias.

Antecedentes pessoais sem interesse. Dos antecedentes familiares há a referir que a mãe faleceu de cardiopatia.

Doente de regular constituição física; hepatomegalia dolorosa; tensões — 18/7. Estase nas bases pulmonares. Sopro dias-

pequenos esforços. Tem tido também frequentemente dores na região precordial, não constrictivas, mas com sensação de «dilação do tórax», de curta duração, que sobrevêm mesmo em repouso e que lhe provocam dispneia e leve cianose labial.

Antecedentes pessoais e familiares sem interesse. Doente obeso pletórico, tensões 13/6. Pulso rítmico e regular de frequência 76. Auscultação pulmonar normal. Sons cardíacos ensurdecidos. Sem edemas periféricos. Feito um E.C.G. em 6/X/61 em que se observa enfarte da face posterior (fase crônica) com

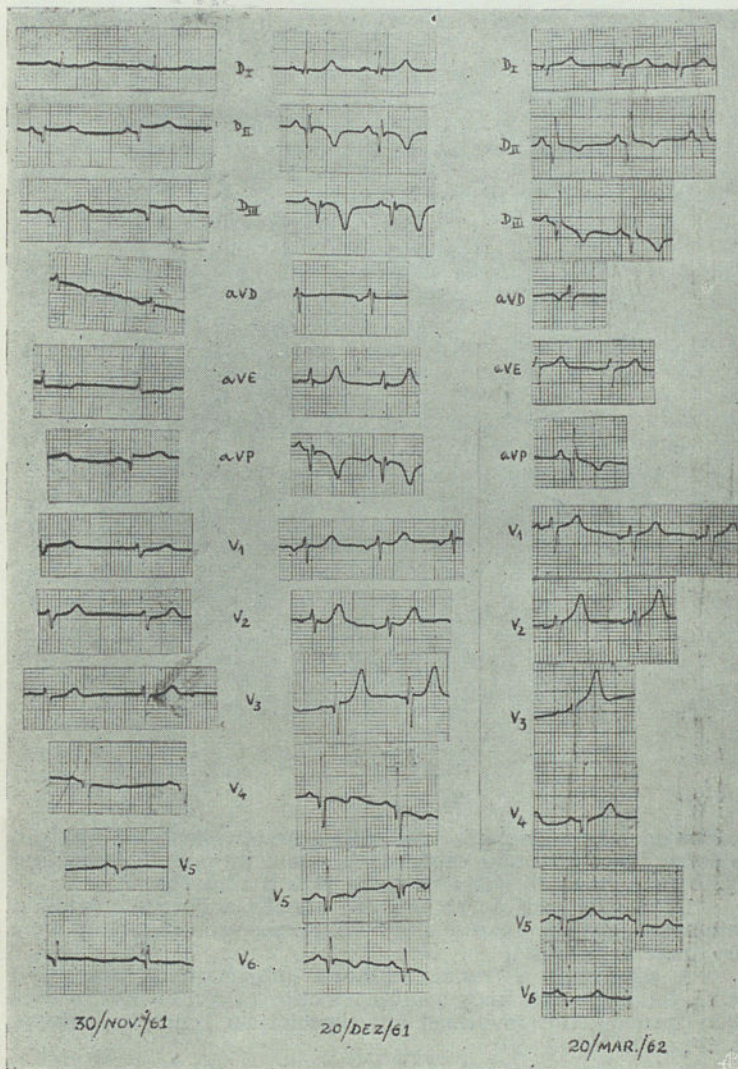


Fig. 5

tólico aórtico. Pulso rítmico e regular de frequência 88. Ligeiros edemas maleolares.

Dos exames subsidiários há a salientar: colesterol — 292 mg %; glicose — 203 mg %; r. serológicas da sífilis — negativas. Radiografia cardiovascular — hipertrofia ventricular esquerda. E.C.G. (20/I/61) — Hipertrofia e sobrecarga ventricular esquerda, com acentuados sinais de insuficiência coronária (DI, DIII, aVL, V₅ e V₆) (Fig. 6). Iniciamos a medicação com digitálicos, triparanol, clorpropamida, aminofilina, tetranitrato de pentaeritritol e clorotiazida, além de dieta apropriada.

Atenuados os sintomas da sua insuficiência cardíaca, mantém, contudo, as precordialgias até talvez mais frequentes e precisas: sem irradiação mas de curta duração e aparecendo mesmo em repouso com sensação de opressão.

Com uma ampola e três drageias diárias de Persantin as precordialgias atenuam-se em intensidade e frequência. Após a saída hospitalar, a doente é seguida na consulta externa, mantendo-se apenas a terapêutica por via oral.

Seis meses depois, novo E.C.G. (8/VI/61) não revela modificações electrocardiográficas apreciáveis em relação ao primeiro traçado (Fig. 6). Contudo, subjectivamente, a doente refere que só muito raramente, com esforços, tem ligeira moedeira precordial.

CASO 6 — I. C., 54 anos, casado, estucador.

Desde que há cerca de dois meses, em Agosto de 1961, foi operado por descolamento da retina, altura em que teve dor precordial violenta, com duração aproximada de vinte minutos, queixa-se de grande astenia, dispneia e palpitações mesmo com

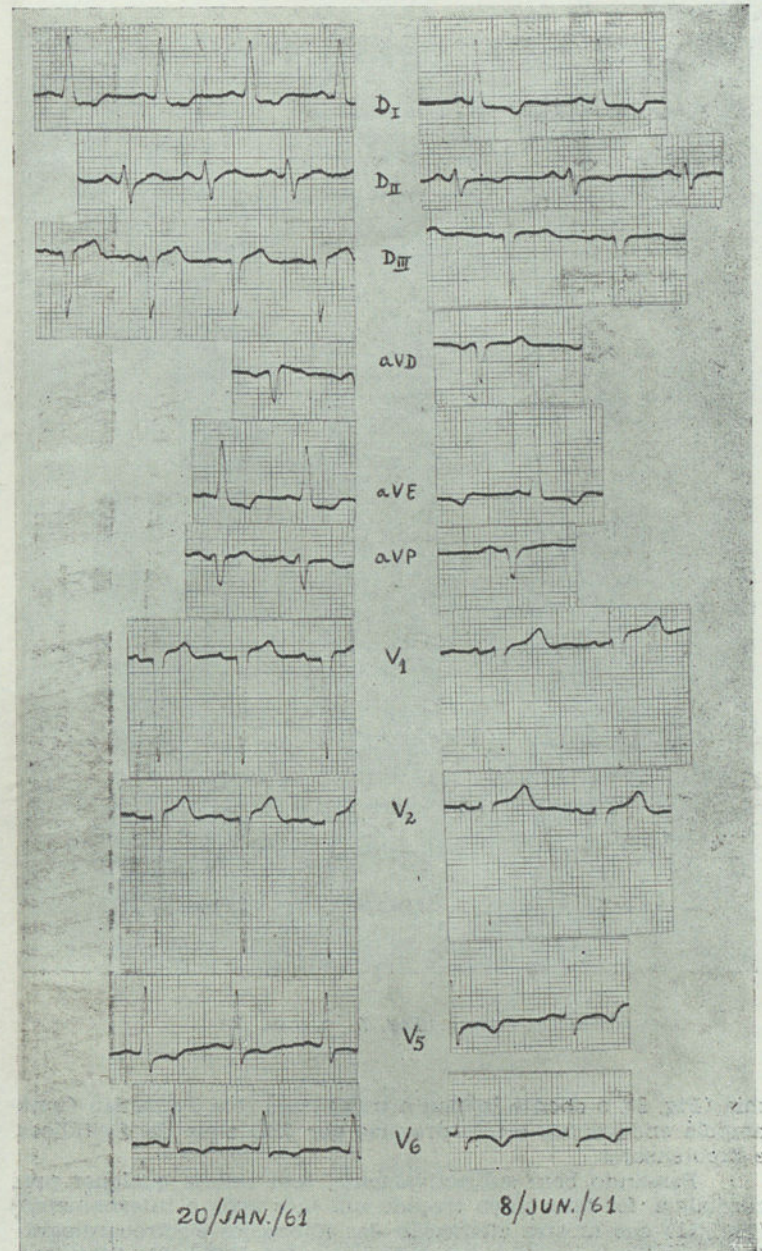


Fig. 6

acentuados sinais de hipoxemia (Fig. 7) foi iniciado o tratamento com Persantin (4 drageias por dia), barbitúricos e extracto embrionário do coração.

Exames clínicos seguintes evidenciam atenuação da sua sintomatologia a ponto de não se terem repetido as suas precordialgias.

Electrocardiograficamente nota-se evolução francamente favorável (Fig. 7), particularmente no que diz respeito às alterações da fase terminal e à sua expressão hipóxica (21/XII/61).

Continuando com a mesma medicação, retomou o trabalho em Fevereiro, sem qualquer inconveniente. O último E.C.G. feito em 2/III/62, isto é, um mês depois de retomar a sua actividade profissional, aparece-nos com um aspecto muito próximo da normalização (Fig. 7).

CASO 7 — A.A.M., 58 anos, casado, ferroviário.

Referindo hipertensão desde há alguns anos, foi internado de urgência nos nossos serviços com violenta dor retro-esternal com mais de 2 horas de duração, irradiando para o membro superior esquerdo e acompanhada de frequentes eructações. Quinze dias antes tinha tido dor em barra no tórax, que durou pouco mais de meia hora, calmando com calor húmido local,

Dos antecedentes, além da hipertensão já relatada, refere o doente uma hemiparesia direita há cerca de três anos da qual não apresenta sinais presentemente.

Ao exame: doente de regular constituição física. Sem dispneia objectiva; sem edemas; tensões 18/10; pulso rítmico e regular de frequência 64. Sons cardíacos ensurdecidos. Sem sopros.

Depois de feito o E.C.G. de urgência (12/XII/60) que mostrou sinais de enfarte da parede posterior (fase crônica) e hipertrofia e sobrecarga ventricular esquerdas com sinais de hipoxe-

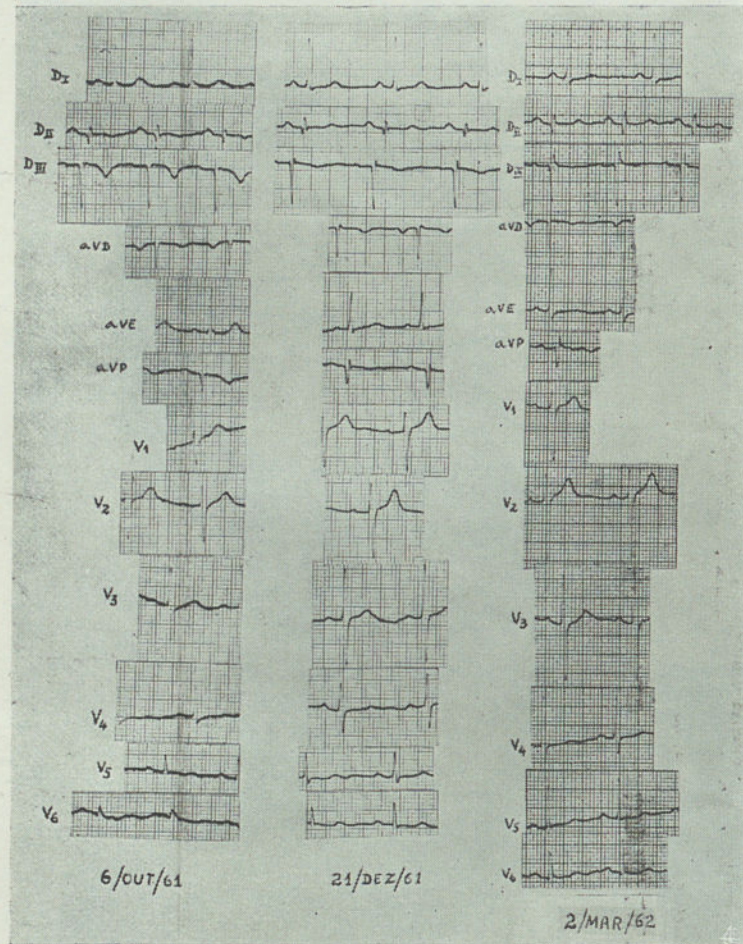


Fig. 7

mia (Fig. 8), o doente iniciou o tratamento com Persantin (uma ampola endovenosa e três drageias por dia) além de digitálicos e hipotensores.

Passando bem subjectivamente, sem referir qualquer precordialgia, foi feito novo traçado um mês após o internamento (11/1/61) que mostra atenuação das alterações electrocardiográficas sugerindo melhor irrigação coronária (Fig. 8). Oito dias depois o doente teve alta a seu pedido e aproximadamente sete meses após a sua saída hospitalar recorreu à consulta externa para se queixar de que tendo interrompido o tratamento ambulatório com Persantin (4 drageias por dia), desde há algumas semanas, voltou a sentir precordialgias embora pouco acentuadas e de curta duração, mas relativamente frequentes.

Retomou novamente o tratamento com Persantin (4 drageias por dia) tendo melhorado sensivelmente. Ao fim de cinco meses o doente voltou à consulta externa, sem ter tido durante este período de tempo qualquer precordialgia. O E.C.G. feito recentemente (1/II/62) não mostra alterações sensíveis em relação ao traçado feito em 11/1/61 (Fig. 8).

CASO 8—C. M. S., 53 anos, viúva, doméstica.

Internada de urgência por dispneia acentuadíssima, dor precordial com sensação de constrição torácica e irradiação para o pescoço e estado de «shock» (extremidades frias, suores profusos, pulso pequeno e filiforme de frequência 104 e tensões de 9/6,5). Feito um traçado de urgência (4/IX/61) verificou-se a existência de um enfarte da face posterior (fase subaguda) (Fig. 9). Foi então medicada no sentido de resolver o seu estado de «shock» após o que nos contou que já há 3 dias tinha tido crise semelhante (dispneia acentuada, ligeira opressão precordial, suores frios) mas que cedeu com o repouso.

No entanto, já desde há cerca de 2 anos se vem queixando de dispneia de esforço, por vezes paroxística nocturna, tonturas,

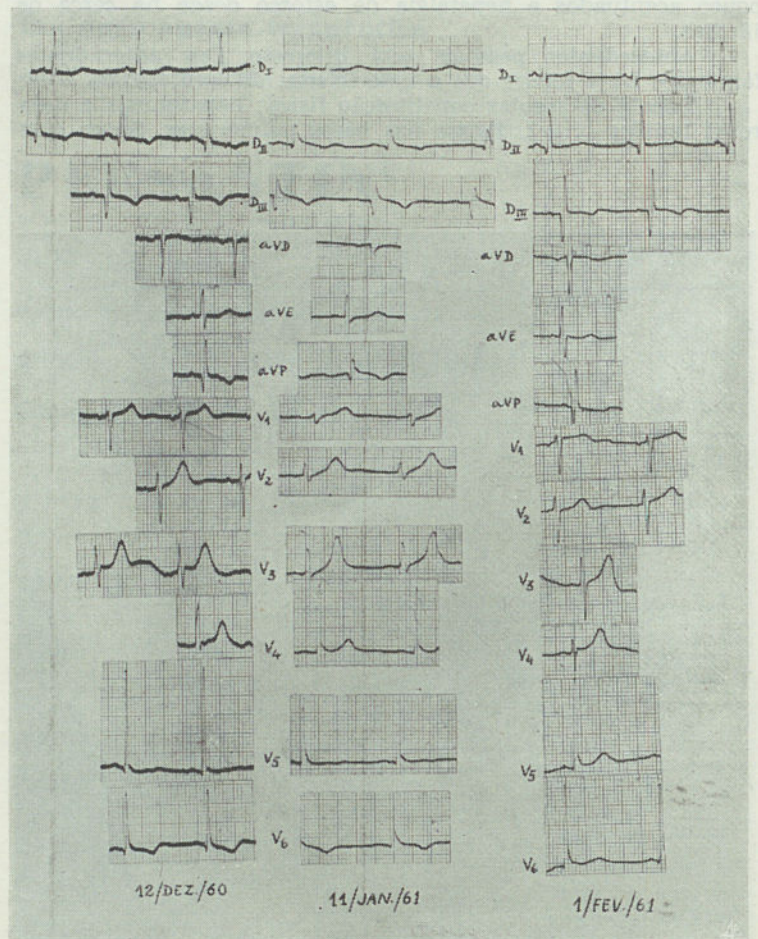


Fig. 8

ligeiros edemas maleolares vespertinos, parestesias e diminuição da força física na mão esquerda e, mais raramente, dores na região precordial de curta duração (1 a 2 minutos).

Depois de sair do estado de «shock» a doente iniciou o tratamento anticoagulante além de Persantin (uma ampola e três drageias diárias).

A confirmar a franca melhoria subjectiva da doente, o E.C.G. feito um mês após o internamento (4/X/61) mostra evolução francamente favorável em especial na irrigação coronária (Fig. 9).

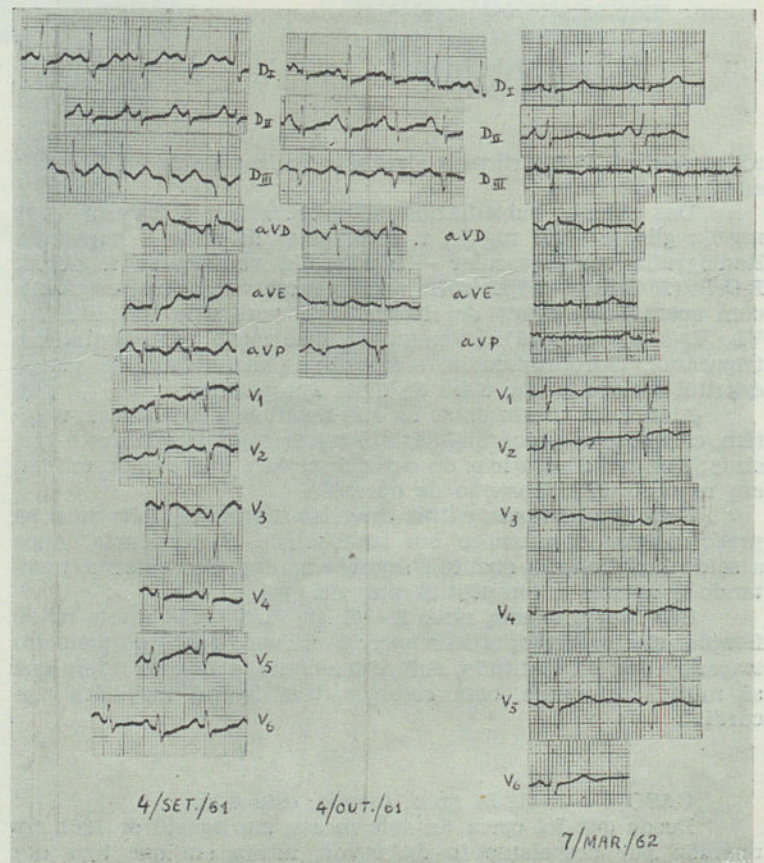


Fig. 9

Dois meses após o internamento, teve alta continuando o tratamento ambulatorio com quatro drageias diárias de Persantin. Raramente tem dispneia de esforço; sem qualquer dor ou opressão pré-cordial. O seu último E.C.G. (7/III/62) confirma a nítida melhoria clínica pela normalização de traçado em algumas derivações (DI, DII, DIII, a VE, a VP, V₅ e V₆) (Fig. 9).

CASO 9—A. C. S. O., 43 anos, casada, doméstica.

Referindo já vários surtos anteriores de reumatismo articular, foi internada nos nossos serviços em 20/XI/61 com artralguas, suores, dispneia de esforço, tosse com expectoração hemoptóica e ligeiros edemas maleolares. Desde há alguns meses diz sentir por vezes vaga opressão pré-cordial de esforço, de curta duração e, mais frequentemente palpitações.

Dos antecedentes pessoais há a referir reumatismo articular agudo aos 13 anos e vários surtos nos anos seguintes, o último dos quais aos 31 anos.

Doente de regular constituição física. Dispneia de decúbito; expectoração hemoptóica; edemas maleolares ligeiros. Estase nas bases pulmonares; hepatomegalia pouco acentuada. Sem refluxo hepato-jugular. T. A. — 12/7,5. Sopro sistólico mitral e diastólico aórtico. Pulso radial irregular e arritmico.

E.C.G. (20/XI/61)—Além dos sinais de fibrilação auricular e hipertrofia ventricular esquerda evidenciam-se acentuadas alterações da fase terminal sugerindo deficiente irrigação coronária (Fig. 10).

Entre outra medicação instituída, iniciou-se a administração de uma ampola diária de Persantin, por via endovenosa. Cerca de 3 semanas depois, estava bastante melhorada da sua insuficiência cardíaca e novo traçado (11/XII/61) mostrava melhor irrigação coronária embora persistindo a sua fibrilação auricular (Fig. 10). Teve alta após mês e meio de internamento referindo apenas palpitações e dispneia de esforço; sem edemas, sem tosse; sem algias precordiais.

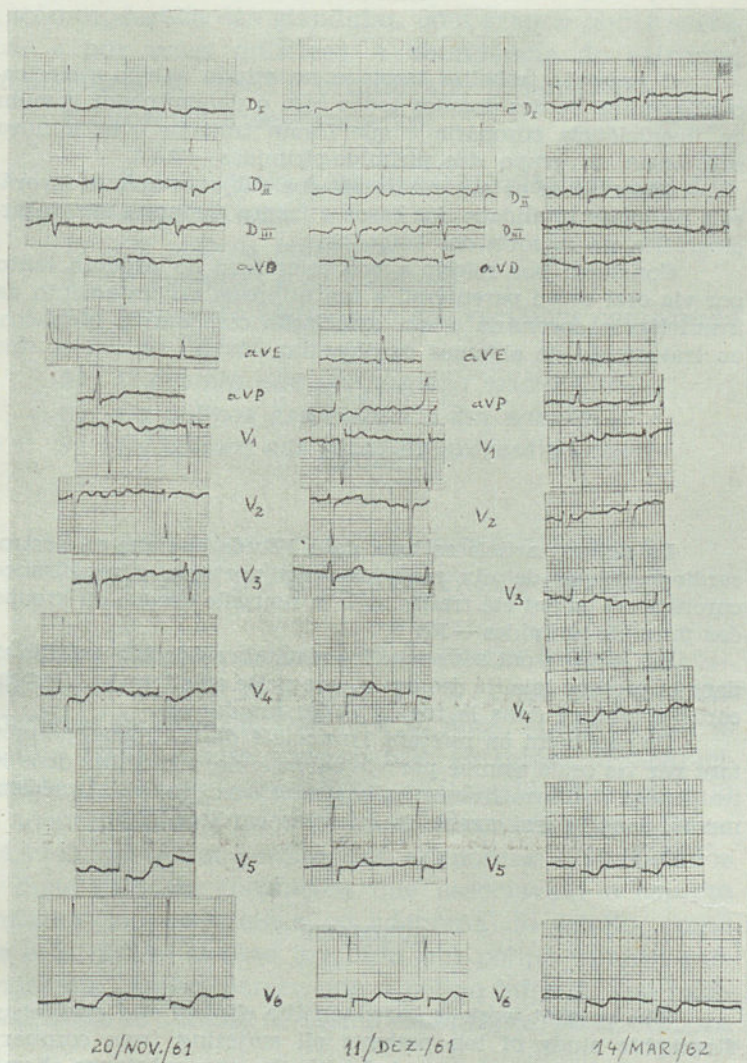


Fig. 10

Seguida na consulta externa, continuando medicada com Persantin (3 drageias por dia), além de digitálicos e diuréticos, a doente fez novo E.C.G. (Fig. 10) em 14/III/62 onde se observa uma acentuação das alterações, contudo de menor intensidade em relação àquelas que nos oferecia o primeiro traçado o que atribuímos em parte à falta de repouso condicionado e ao irregular tratamento feito pela doente.

CASO 10—M. G., 68 anos, casado, reformado da P.S.P. Internada de urgência por edema pulmonar agudo e suspeita de enfarte do miocárdio, em Outubro de 1961. Tem tido desde há 2 anos crises intensas de dispneia de decúbito e paroxística nocturna, dores na região retro-esternal por vezes intensas, mesmo em repouso, tonturas e vertigens. Diz nunca ter tido edemas dos membros inferiores.

Fez-se um E.C.G. (30/X/61) (Fig. 11) que nos mostra fibrilação auricular sinais de sobrecarga ventricular esquerda expri-

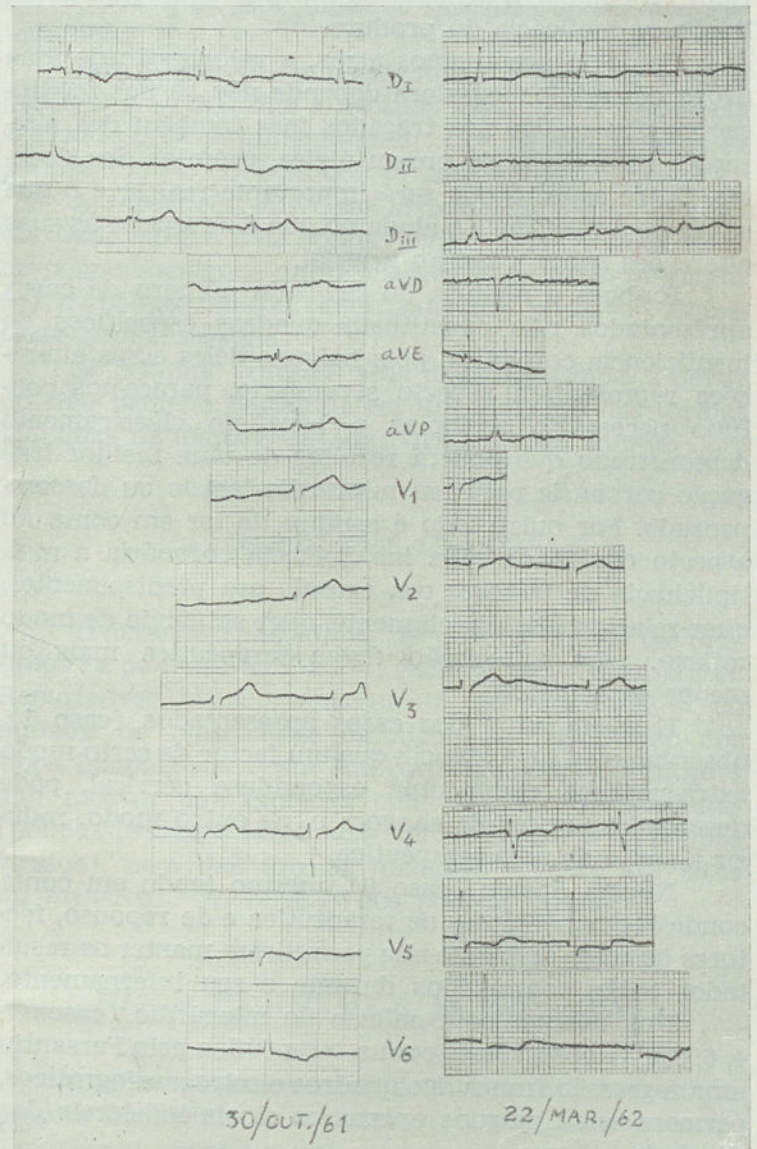


Fig. 11

miendo acentuada hipoxemia do miocárdio, e a determinação das transaminases que deu os seguintes resultados: T. G. oxalacética — 97,5 V e T. G. Pirúvica — 29,0 V.

Observação—Doente obeso pleórico. Cianose e dispneia muito acentuadas. Tosse com expectoração rósea. Turgescência das jugulares. Sarridos sub-crepitantes nos campos pulmonares. Sons cardíacos mascarados pelos ruídos adventícios pulmonares. T. A. — 10,5/6.

Pulso radial irregular e arritmico. Sem edemas.

A radioscopia — hipertrofia ventricular esquerda.

Dos antecedentes pessoais há a referir dois ictus cerebrais há 8 e 2 anos, do lado esquerdo, de que recuperou quase completamente. Diz sofrer de hipertensão desde há 8 anos e tem muito frequentemente crises de asma cardíaca.

Alta hospitalar, quinze dias após o internamento.

Começou a frequentar a nossa consulta em Janeiro de 1962 por motivo de dores retro-esternais intensas, muito frequentes e por vezes em repouso e dispneia de esforço e nocturna paroxística. Iniciou então o tratamento com Persantin (uma ampola e 3 drageias por dia) além de hipotensores e diuréticos.

Dois meses depois refere nítida melhoria subjectiva: raramente tem dispneia e desde há um mês não voltou a sentir dores pré-cordiais.

O E. C. G. (Fig. 11) feito então em 23/III/62 mostra-nos regressão franca dos sinais que na fase terminal traduziam deficiente irrigação coronária.

O doente vai continuar o tratamento com 4 drageias diárias de Persantin além de outra medicação.

III — CONCLUSÕES

Só pelo simples estudo de dez doentes não seria possível tirar conclusões axiomáticas sobre o produto em estudo. Quando porém essas conclusões coincidem em linhas gerais com as de numerosíssimos trabalhos publicados, então os pequenos números adquirem o valor de chamar a atenção de quem nos lê sobre a utilidade ou ineficácia do produto.

Como já acentuamos atrás, a valorização de uma droga coronário-dilatadora depende não só das modificações observadas nos traçados mas também das alterações subjectivas de ordem algica, próprias dos doentes. Outro aspecto que será importante realçar é o que se refere à tolerância e ainda no que diz respeito às suas alterações sobre a tensão arterial.

Embora a maioria do reduzido número de casos apresentados não constituam quadros específicos de insuficiência coronária, pois nalguns deles essas alterações representam aspecto secundário, parece-nos contudo necessário assinalar o benefício classicamente demonstrado que poderá resultar de uma melhor irrigação coronária para um miocárdio lesado ou descompensado. Por outro lado é sempre de ter em conta no aspecto clínico de uma insuficiência coronária a multiplicidade de factores ora causais ora predisponentes, quer relacionados directamente, quer actuando de modo reflexo, para apreciação duma terapêutica mais ou menos específica.

É assim, num dos casos apresentados (caso 1), observamos a importância que um factor de certo modo extra-cardíaco como uma espondilose cervical, pôde desencadear crises de «angor» e, de outro modo, reduzir a acção de uma terapêutica.

Noutra doente (caso 9), mesmo tendo em conta condições semelhantes de terapêutica e de repouso, factores do meio ambiente não permitiram manter os resultados então conseguidos durante o seu internamento.

Nos doentes com enfarte do miocárdio (casos 2, 4, 6, 7 e 8) observou-se com a terapêutica pelo Persantin uma regressão franca dos quadros electrocardiográficos, permanecendo nalguns apenas os sinais indeléveis das zonas de necrose.

Mais do que as nítidas alterações electrocardiográficas observadas quer imediatamente depois da injeção endovenosa do produto (fig. 2) quer nos casos de administração prolongada, impressionou-nos sobretudo a franca melhoria subjectiva referida por quase todos os doentes, muito especialmente no que diz respeito às suas crises anginosas.

Daqui chega-se à conclusão de que o mecanismo de acção do Persantin é fundamentalmente produzir uma vasodilatação coronária, ainda que nalgumas circunstâncias os resultados que se obtêm nos façam pensar também numa possível acção sobre o metabolismo miocárdico. A sua acção coronária-dilatadora parece ser unânimemente confirmada; já a sua possível acção metabólica é mais discutível necessitando para tanto de estudos mais especializados.

Antes de terminar o nosso pequeno trabalho podemos resumir as nossas conclusões sobre o Persantin:

1.º — Óptima acção coronária dilatadora quase sempre demonstrada electrográficamente nos casos de insuficiência coronária, o que de certo modo nos evidencia uma acção francamente específica muito além do

valor anti-álgico, sempre a desejar na acção de tais drogas.

2.º — Nas insuficiências cardíacas descompensadas, o tratamento combinado digitálicos-Persantin, permite a compensação mais rapidamente e com franco benefício para o doente.

3.º — Nos casos de enfarte do miocárdio a regressão tanto clínica como electrocardiográfica é mais rápida e com menos intercorrências.

4.º — Boa tolerância do produto tanto pela via oral como parenteral. Nos casos estudados não se apresentavam manifestações secundárias desagradáveis derivadas do uso do produto.

5.º — Pequena ou quase nula influência sobre a tensão arterial nas doses habituais.

6.º — Possível acção metabólica do produto, sendo necessário contudo melhor estudo nesse sentido.

E ao concluir é nosso desejo confessar que ao debruçarmo-nos sobre este aspecto particular da fisiopatologia coronária não nos esquecemos da observação de GALLAVARDIN já em 1932: «Em face da angina de peito e do síndrome anginoso tudo que é global é falso. Na apreciação das dores cardíacas tudo deve ser análise e cuidadoso estudo sob pena de intextrincável confusão»

RESUMO

O presente trabalho baseia-se no estudo clínico e electrocardiográfico de dez doentes todos com o denominador comum de insuficiência coronária e que foram tratados com a nova substância do grupo das pirimido-pirimidas — RA 8.

Observaram os autores resultados subjectivamente favoráveis na quase totalidade dos casos e franca melhoria electrocardiográfica na maioria dos traçados.

Concluem por referir a boa tolerância do produto tanto por via oral como parenteral, a sua utilidade no tratamento da insuficiência coronária e, em associação com outros fármacos, no tratamento de algumas cardiopatias.

RÉSUMÉ

Le présent article se base dans l'étude clinique et électrocardiographique de dix malades, tous porteurs d'insuffisance coronaire et qu'ont été traités avec la nouvelle drogue du groupe des pirimido-pirimides — RA 8.

Les auteurs ont remarqué les résultats subjectifs favorables dans la presque totalité des cas et une nette amélioration électrocardiographique dans la majorité des graphiques.

Ils concluent en référant l'innocuité de la drogue, donnée tant par vie orale comme par vie parentérale, son utilité dans le traitement de l'insuffisance coronaire et avec les autres médicaments, dans le traitement de quelques cardiopathies.

SUMMARY

The present work is based on the clinical and electrocardiographic study of ten patients all suffering from coronary insufficiency; they were treated with the new substance chemically related to the group of pyrimido-pyrimidine or RA8.

Favourable subjective results and marked improvement of electrocardiographic tracings were reported in almost all the cases.

The AA conclude their work by referring that the drug is well tolerated both in oral or parenteral administrations and also stress its effective action in the treatment of coronary insufficiency as well as when associated with other therapeutical procedures, in the treatment of some cardiopathies.

O DESTINO DOS PÓLIPOS RECTO-SIGMOIDEUS

JACQUES SOULLARD
F. POTET

O adenoma recto-sigmoideu descoberto pela rectoscopia, muitas vezes acidentalmente, é uma formação pré-cancerosa? Todos os autores interessados por este problema respondem afirmativamente. Vamos, no entanto, levantar novamente a questão, com uma estatística de 131 casos, que embora modesta é muito homogênea porque todos os doentes vistos desde há 10 anos foram convocados e revistos e os exames histológicos foram reexaminados por um de nós.

Os tipos histológicos foram classificados da forma mais precisa possível: *pólipos benignos sem diferenciação, pólipos benignos de diferenciação mais ou menos importante e mensurável, pólipos vilosos associando a proliferação adenomatosa e as digitais vâsculo-conjuntivas* (diferentes portanto do tumor viloso puro) e *cancros «in situ»* (estádio 0), isto é, na fase citológica, ou *invasivos* (estádio I) com rutura da basal glandular. A maior parte das vezes nada permite distinguir clinicamente estas diversas variedades histológicas.

O *pólipo da criança* é individualizado pela proliferação moderada das glândulas, com grande poder secretor e por vezes quísticas, a abundância do estroma, abundância de vasos e o infiltrado inflamatório.

Estudamos sucessivamente:

- 1) *A frequência e os tipos histológicos nas diferentes décadas da vida.*
- 2) *Os pólipos múltiplos.*
- 3) *A evolução e as recidivas.*
- 4) *O aspecto histológico das recidivas comparado com o pólipo inicial.*
- 5) *O destino dos pólipos não extirpados.*
- 6) *Os pólipos associados a um cancro.*
- 7) *Os pólipos nas peças de exérese de cancro.*

I — A FREQUÊNCIA E OS TIPOS HISTOLÓGICOS NAS DIFERENTES FASES DA VIDA

Em 131 pólipos havia 92 H (70 %) e 39 M (30 %). Até aos 15 anos os 11 pólipos (8,8 %) eram pólipos inflamatórios da criança. Dos 15 a 20 anos, apareceu um só pólipo (0,8), o que corresponde ao quase desaparecimento da forma inflamatória, não tendo ainda surgido o adenoma. Dos 20 aos 30 anos, encontramos 6 pólipos (4,8 %) que eram verdadeiros adenomas, diferenciados e duas curiosas formações que associavam o aspecto inflamatório da criança ao adenoma do adulto, como se este último tivesse invadido um pólipo infantil pré-existente. Assim, parece que o pólipo infantil, que habitualmente se elimina de forma espontânea, pode, embora

muito excepcionalmente, manter-se durante muitos anos. Parece-nos que esta hipótese justifica a exérese sistemática.

Dos 30 aos 40 anos continuam a aparecer poucos pólipos: 5 (4 %). Nas 3 décadas seguintes a frequência é grande e sensivelmente igual: dos 40 aos 70 anos 94 pólipos (75 %). Depois dos 70 anos somente 8 (6,4 %).

A *repartição dos tipos histológicos* nestas diferentes idade *mostra uma notável uniformidade*: cerca de $\frac{1}{3}$ de pólipos benignos diferenciados, $\frac{1}{3}$ de indiferenciados e $\frac{1}{3}$ de pólipos vilosos, cancro «in situ», invasivo e alguns casos sem histologia.

Se o pólipo sofresse uma degenerescência a partir do tipo benigno devíamos ver um aumento das formas malignas na idade avançada; ora isto não sucede.

II — OS PÓLIPOS MÚLTIPLOS

Tivemos 22 portadores de pólipos dúplos ou múltiplos (a polipose familiar foi excluída desta estatística). Repartem-se quase regularmente, formando 20 % do número de cada classe de idade. A distribuição dos tipos histológicos desta categoria de pólipos múltiplos não mostra um aumento nem das formas suspeitas (pólipos benignos fortemente indiferenciados ou pólipos vilosos), nem das formas malignas (cancro «in situ» ou invasivo), em relação aos pólipos únicos.

III — A EVOLUÇÃO E AS RECIDIVAS

Nunca nos morreu um doente devido à evolução própria do pólipo, se excluirmos as neoplasias associadas. *Nunca vimos um cancro comum aparecer no local preciso em que havíamos extirpado* (a maior parte das vezes por electrocoagulação) *um adenoma benigno devidamente controlado*. Nunca vimos um adenoma benígno não extirpado por uma razão qualquer transformar-se nos anos seguintes num cancro comum.

IV — CONFRONTO DAS RECIDIVAS COM O PÓLIPO INICIAL

Se pusermos de lado o pólipo viloso cuja recidiva marca o aumento da malignidade, *todos os outros adenomas, mesmo os com cancro «in situ», recidivam com a mesma forma*, ou de forma ligeiramente regressiva.

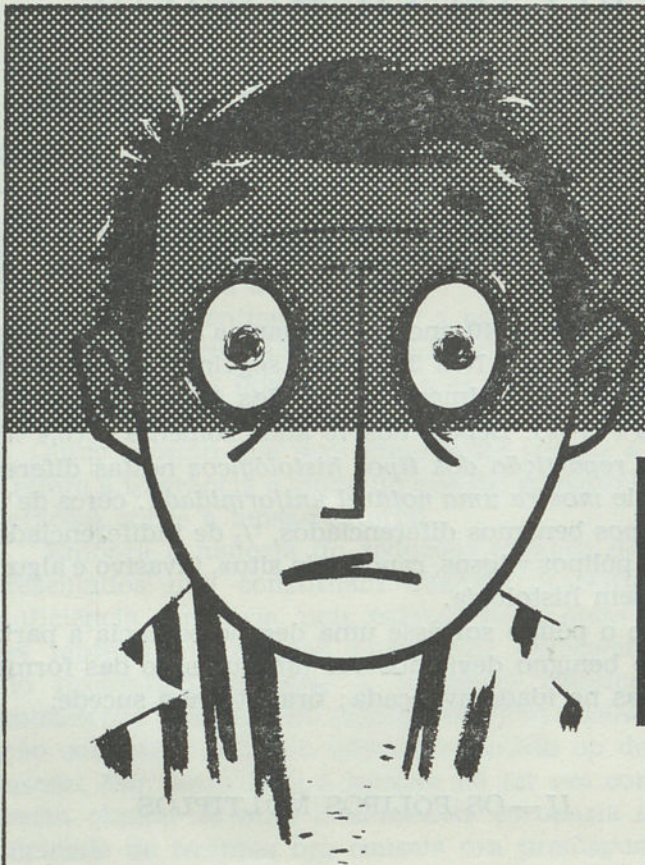
Nos estados
diarreicos



Tanalmicina

FRASCOS DE 90 GRAMAS

Tanal + Estreptomina em emulsão de sabor agradável



DOMINA SEM DANO

O TORMENTO DA INSÓNIA

Oblioser

Serono

UM DECISIVO PROGRESSO NO
CAMPO DOS HIPNÓTICOS

ISTITUTO FARMACOLOGICO SERONO — ROMA

Único concessionário para Portugal, Ilhas e Ultramar:

L. LEPORI, LDA.

Rua da Imprensa Nacional, 86-88
LISBOA-2

Rua do Bonjardim, 1140
PORTO

55

É uma prova de estabilidade histológica, como se cada indivíduo tivesse a sua marca própria, o seu índice proliferativo nas células do seu epitélio cólico.

V — DESTINO DOS PÓLIPOS NÃO EXTIRPADOS

Todos os que voltamos a ver e que eram benignos sem indiferenciação (5), se apresentaram idênticos após vários anos. Dois outros (1 pediculado e 1 sessil) tinham desaparecido.

VI — PÓLIPOS E CANCRO

Os pólipos encontrados por endoscopia abaixo ou acima duma sutura de ressecção por K mostraram ser por 3 vezes poliadenomas vilosos. Os pólipos contemporâneos com um cancro eram 4 pólipos completamente indiferenciados, 1 pólipo viloso, e 1 pólipo viloso mais um pólipo benigno indiferenciado e um minúsculo pólipo com um cancro «in situ».

Portanto o pólipo viloso acompanha o cancro muito mais frequentemente que o adenoma; o adenoma também pode aparecer mas sempre indiferenciado ou maligno «in situ». Esta malignidade afecta minúsculos pólipos nascidos assim ou secundariamente degenerados. Tudo se passa como se o «tom» fosse dado pelo cancro a todas as proliferações regionais.

VII — CANCRO E PÓLIPOS

Estudamos 128 peças operatórias de cancro. Em 19 peças (14,8%) encontraram-se 36 pólipos. A histologia é assim repartida: 6 pólipos sem indiferenciação, 15 (14 + 1 recidiva) indiferenciados, 3 pólipos vilosos, 6 pólipos malignos «in situ», 6 pólipos malignos invasivos. Ainda aqui se verifica que os pólipos que acompanham um cancro são muito mais malignos que os outros (32% de malignidade não tendo em conta o pólipo viloso).

Também os pólipos múltiplos que acompanham um cancro comum são malignos numa maior proporção.

Lembremo-nos que, pelo contrário, os pólipos múltiplos não associados a cancro não apresentam maior malignidade do que as formas únicas.

CONCLUSÕES

1) O dogma da degenerescência dos pólipos benignos parece-nos fortemente abalado pela constância dos tipos histológicos nas diversas idades a semelhança histológica das recidivas com o pólipo inicial, a estabilidade dos pólipos não operados, a existência de pólipos malignos minúsculos.

2) Pelo contrário, o adenoma maligno de início que acompanha frequentemente o cancro comum, provoca-o, provavelmente. Mas porque se não terá nunca observado a passagem dum a outro? É possível que a inadaptação do estroma à nutrição das células neofornadas provoque a necrose do pedículo, a eliminação do pólipo e a formação duma ulceração necrótica, banal em todos os cancros rectais comuns.

3) Não queremos dizer que o adenoma, não degenerando, é inofensivo. Não. Nós apenas afirmamos que ele não será maligno porque ou é maligno ou benigno. O seu destino está inscrito nas células, desde a origem.

Isto em nada muda o tratamento porque este destino só se lê com todas as cartas na mão, quer dizer, com a histologia sob os olhos, com a peça inteira. Portanto não se deve fazer biópsia, mas uma exérese completa. Se a histologia é má, como por exemplo cancro «in situ», a eventualidade do desenvolvimento dum cancro comum não pode ser eliminada; se a histologia é boa, podemos afastar o espectro de mudança no destino, porque o pólipo benigno permanecerá benigno.

(Dos «Entretiens de Bichat»)

Procuramos nesta secção dar conta de alguma coisa do muito que se vai passando nos campos da biologia em geral, genética, ciências da população, medicina experimental, etc., e que nos parece de interesse para a ciência e cultura médicas.

TALIDOMIDA E MALFORMAÇÕES CONGÉNITAS

O medicamento que em Portugal foi introduzido com o nome de «Softenon» tem sido alvo de largas e excepcionais referências em numerosos jornais de muitos países, incluindo o nosso. «O Médico», que habitualmente transcreve notícias e comentários da «imprensa leiga» sobre assuntos relacionados com a medicina, informando assim os nossos leitores da actividade — quantas vezes injusta e nociva! — de certa imprensa ávida de sensacionalismos doentes e se serve dos sofrimentos humanos explorando a credulidade pública com o fim de despertar interesse e o aumento da venda dos periódicos, tem transcrito algumas dessas referências, entre tantas que poderia reproduzir, a talidomida (é este o nome porque, em geral, se alude ao medicamento que em Portugal se chamava Softenon) e as suas pretensas propriedades teratogénicas. Também temos transcrito algumas referências da imprensa médica, como sucedeu no último número.

Com o fim de informarmos com imparcialidade os nossos leitores, pedimos a um distinto colega, com especial competência para tratar destes assuntos, que redigisse uma espécie de «relatório» sobre o que se tem passado, no que podemos denominar campo científico, a respeito deste assunto que tem apaixonado numerosas pessoas, dentro e fora da classe médica. Antes, porém, da publicação do artigo, especialmente escrito para «O Médico», queremos salientar dois factos: Em primeiro lugar, a seriedade que a firma Chemie Grünenthal pôs neste assunto; nem outra coisa era de esperar, dada a elevada categoria desses laboratórios, cuja sede o director de «O Médico» visitou, em Aix-la-Chapelle, no ano de 1961, tendo tido ocasião de comprovar a sua importância e o seu elevado nível científico. Por outro lado, devemos também salientar que a firma representante em Portugal, «Paracélsia», enviou a todos os clínicos que constam do seu ficheiro (a grande maioria dos médicos portugueses) uma circular (cujo envelope tinha a indicação «Comunicação importante») na qual, depois de se referir à resolução da casa que representa suspendendo o fabrico do Softenon, comunicava que, nessa data, se retiraram do mercado todas as embalagens do produto. Sucedeu, naturalmente, o que em geral acontece quando os médicos recebem impressos de propaganda dos laboratórios: muitos, talvez a maioria, dos médicos que receberam a circular não a leram!

(N. da D.)

No que respeita ao momentoso problema das relações entre o consumo da talidomida e o aumento da incidência de malformações congénitas, convém desde já acentuar que a solução do problema, a certeza científica, ainda não foi encontrada. Ninguém pode hoje em dia concluir pela afirmativa ou pela negativa, no que respeita à responsabilidade da talidomida na génese de malformações congénitas, particularmente das que tomam o aspecto de dismelia ou de focomelia. Não há uma única prova cientificamente válida de que a talidomida possa provocar malformações; mas ninguém pode legitimamente ignorar que existem fortes suspeitas de uma eventual acção teratogénica da talidomida. Todavia, a presente nota justifica-se, embora não venha apresentar a solução do problema, em face de novos elementos surgidos no «processo da talidomida» e ainda porque a insistente publicidade dada a este assunto na imprensa leiga torna indispensável um comentário.

Mas recordemos primeiro a história:

- 1) Em 18 de Novembro de 1961 o Dr. W. Lenz, da Universidade de Hamburgo, ao intervir na discussão de um trabalho sobre malformações congénitas apresentado por Pfeiffer e Kosenow à Reunião da Sociedade de Pediatria da Renânia do Norte-Westfália, afirmou que a crescente frequência da focomelia e o seu aparecimento

com carácter quase epidémico se poderiam provavelmente relacionar com a administração de determinada substância medicamentosa às grávidas, no primeiro trimestre da gestação. Essa substância seria a talidomida (Contergan, Softenon).

- 2) Perante a gravidade desta suspeita, e depois de consultado o Dr. Lenz, a Chemie Grünenthal retira voluntariamente do mercado todos os produtos contendo talidomida e apressa-se a comunicar o facto às firmas que, sob sua licença, preparavam o medicamento em outros países (Distaval, Kevadon, Sedalis, etc.) bem como aos seus representantes em todo o mundo.
- 3) No que diz respeito ao nosso país, e apesar do produto não ter alcançado entre nós difusão comparável à que gozava na Alemanha e em outros países, procedeu-se de modo análogo, logo que foram recebidas notícias na Alemanha; os representantes suspenderam as vendas, solicitaram às farmácias e armazenistas a devolução do medicamento e preveniram imediatamente a classe médica, bem como a farmacêutica, por meio de circulares directamente enviadas aos membros destas classes. Graças ao empenho posto numa rápida acção, foi possível realizar todas estas operações em poucos dias, de forma que já nos primeiros dias de Dezembro tinha deixado de estar o produto à venda em Portugal.
- 4) Em fins de Dezembro de 1961, a Direcção-Geral de Saúde informou os representantes de que o produto voluntariamente retirado do mercado não deveria ser re-introduzido sem prévia autorização daquela Direcção Geral e mandou proceder ao sequestro da mercadoria ainda existente nos armazens dos representantes. Frequentemente se afirmou, mesmo em letra de imprensa, que a venda do Softenon fora proibida; *tal nunca aconteceu, nem entre nós nem em qualquer outro país*, uma vez que o fabricante ou seus representantes tinham já retirado o medicamento do mercado.
- 5) Entretanto, eram conduzidas investigações científicas destinadas a tentar esclarecer o problema, no ponto de vista experimental (experiências em animais) e estatístico (inquéritos realizados em milhares de casos de partos). Estas investigações foram conduzidas independentemente pela Grünenthal, nos seus laboratórios, e em variados centros universitários de vários países.

Na Chemie Grünenthal, onde foi instituído um verdadeiro «estado maior» para estudo do problema, foram até à data realizados milhares de ensaios em ratos, ratinhos (murganhos), cobaias e coelhos. Investigações experimentais conduzidas por Beckmann com talidomida marcada com isótopos radioactivos provam que a talidomida pode passar através da placenta para o feto. Todavia, 271 ratinhos dados

à luz por ratas tratadas com doses elevadíssimas de talidomida durante toda a gestação (100 mg/kg/dia) eram completamente normais. Um grupo testemunha tratado com determinado produto hormonal de acção conhecida sobre o desenvolvimento fetal apresentou 63 % de malformações congénitas na sua descendência. É evidente que estes resultados têm carácter preliminar e não podem ser directamente aplicados à espécie humana. A fêmeas grávidas foi administrada talidomida durante toda a gravidez ou durante determinadas fases desta. Os resultados obtidos mostram à evidência que em caso nenhum é possível provocar malformações fetais com a talidomida, mesmo quando se administram doses enormes (até 500 mg/kg!). Em algumas espécies, as doses muito altas provocam maior frequência de abortos, mas nunca malformações. Autoridades em matéria de malformações experimentais, como Giroud e Tuchmann—Duplessis, confirmaram esta negatividade de resultados, em trabalhos realizados independentemente. Meckenstock teve também resultados negativos, noutra espécie — o Porco. Na Galinha, foram igualmente infrutíferas as tentativas de provocar malformações com a talidomida. No que respeita ao Coelho, os resultados são contraditórios; na Alemanha, em animais de raça pura, a talidomida não provocou malformações; Giroud, em Paris, trabalhando com híbridos observou, com doses muito elevadas, alguns casos de fenda palatina; por sua vez Somers, na Inglaterra e com uma estirpe híbrida que tem tendência espontânea ao aparecimento de malformações, verificou, para doses de 250 mg/kg, uma incidência elevada de malformações dos membros. Serão necessárias ulteriores experiências para apurar se existe realmente uma acção especificamente nefasta da talidomida para o desenvolvimento embrionário do Coelho.

Quanto aos estudos na espécie humana, de natureza necessariamente limitada à observação e inquérito estatísticos, verifica-se o seguinte:

- a) Um inquérito realizado em Berlim mostrou que de 750 mulheres, mais de 10 % tinham tomado talidomida durante o período crítico da gravidez. Destas 88 mães, apenas 3 tinham dado à luz crianças anormais; as restantes 85 tinham tido filhos inteiramente normais. Esta verificação é importante, porque Lenz afirmou que apenas uma pequeníssima percentagem de gestantes que tomaram talidomida poderão dar à luz crianças normais.
- b) De um inquérito feito junto de 1096 mães, resultou o seguinte: 13 tinham tido filhos com malformações, mas apenas 5 tinham tomado talidomida; outras 6 tinham tomado talidomida e tido filhos normais.
- c) Em dois casos em que a gravidez foi terminada por razões médicas e em que as gestantes tinham tomado com regularidade doses elevadas de talidomida, a autópsia dos fetos mostrou completa normalidade e desenvolvimento de acordo com a idade.
- d) Outro inquérito realizado na Alemanha demonstrou a existência de 91 casos de malformações dos membros superiores do tipo da focomelia ou da dismelia. Em 79 foi possível apurar com rigor o consumo de medicamentos das mães: verificou-se que 38 nunca tinham tomado qualquer hipnótico e que 21 tinham

tomado talidomida entre a 2.^a e a 8.^a semana de gestação. Outras 12 tinham tomado o medicamento fora do período crítico, isto é, após a 8.^a semana; se se somarem estes casos aos anteriores, conclui-se que dos 91 casos, apenas em 33 (pouco mais de um terço) houve ingestão de talidomida.

- e) Finalmente, um elemento de comparação indirecta obteve-se confrontando as vendas de produtos contendo talidomida com a frequência de malformações do tipo da focomelia. Verifica-se que não existe paralelismo entre as duas grandezas; na realidade, se é certo que a maior frequência de malformações aparece na Alemanha, onde o produto tinha igualmente a maior expansão, na Bélgica, na Suíça e na Áustria, onde o consumo de talidomida era proporcionalmente elevado, não foi referido um incremento de malformações deste tipo. Por outro lado, na Inglaterra não há paralelismo entre as zonas de maior consumo e aquelas onde se registou maior número de malformações; e é curioso registar que nas Filipinas e em Toronto, onde o produto nunca esteve à venda nem sequer houve amostras clínicas à disposição, é muito elevada a taxa de incidência destas malformações.
- f) No nosso país, apenas possuímos informação fragmentária; foram-nos até agora relatados, por médicos, 4 casos de malformações do tipo descrito e em que as mães tinham tomado seguramente talidomida durante a gravidez; e apuraram-se dois outros casos da mesma malformação em que as mães não tinham tomado, com absoluta certeza, qualquer medicamento durante o «período crítico». Também sabemos, como é do conhecimento geral, de variados casos em que as mães tomaram o medicamento durante a gestação e deram à luz crianças normais.

O Dr. Langhagel, da Clínica Ortopédica Universitária de Münster, em comunicação à Associação Médica de Trier (10/1/1962) confirma o aumento manifesto de malformações congénitas nos últimos meses, especialmente na forma de lesões graves dos braços e da face (ausência de mãos e de antebraços, falta das orelhas, etc.). O autor lamenta a publicidade dada fora dos meios médicos ao caso do Softenon e afirma que a incidência destas malformações é muito acentuada nos filhos de médicos. Acrescenta que, nos seus casos, o Softenon tinha frequentemente sido tomado durante a gravidez, mas que tinha sido frequente a ingestão de preparados hormonais para o diagnóstico da gravidez. As experiências em animais realizadas por este autor não puzeram em evidência qualquer acção lesiva do Softenon sobre o desenvolvimento fetal.

Na Inglaterra, a talidomida era fabricada sob licença Grünenthal pela *Distillers* desde há vários anos. De um inquérito realizado pelo Dr. Burley e publicado no «Lancet» (7223:271, de 3/2/1962) concluiu-se que até então se encontraram naquele país cerca de 45 casos de malformações em que as mães tinham tomado Softenon; o inquérito realizado junto dos médicos revelou, até agora, 453 casos de malformações, de que apenas 13 tinham estado sob influência do Softenon durante a gestação, mas os mesmos médicos relataram 750 casos de crianças normais embora as mães tivessem tomado Softenon com regularidade durante os primeiros meses da gestação, isto é, durante o período perigoso.

O «Lancet» (7224:307, de 10/2/1962) publicou uma editorial sobre este problema; trata-se de uma revisão da qual se conclui que não há, por enquanto, qualquer elemento cientificamente válido a provar a responsabilidade do Softenon na génese das malformações congénitas.

De qualquer modo, parecia indispensável que de futuro se estudasse cuidadosamente a possível acção teratogénea de novos medicamentos, e que os medicamentos administrados a gestantes fossem cuidadosamente escolhidos, registando-se com rigor quais as doses usadas e a duração da administração, de forma a facilitar o exame destas listas, caso o feto apresentasse qualquer malformação.

Numa comunicação recente (14/7/1962) à Reunião dos Patologistas da Renânia-Westfália, o Dr. von Schrader refere as conclusões chegadas num inquérito que foi dirigido a mais de 3 000 mães. 50 % tinham tomado medicamentos durante a gravidez e 2,19 % (ou seja 66 mães) tinham dado à luz crianças portadoras de malformações. Destes 66 casos de malformações, 14 pertenciam ao tipo focomélico ou disméllico. Das 3 012 mães interrogadas, 10 % tinham tomado hipnóticos; 3 % das mulheres usavam como hipnótico a talidomida. Dos 14 casos de focomelia ou dismelia, apenas em um houvera consumo de talidomida durante a gravidez; por outro lado, muitas mães tinham tomado o medicamento, sem que as crianças posteriormente dadas à luz apresentassem qualquer malformação.

Por sua vez, na Reunião da Sociedade de Pediatria em Hamburgo (Münch. med. Wsch., 104: 1356, 1962), o Prof. H. Wiedemann, que foi o primeiro a descrever o síndrome focomélico e disméllico, afirmou que as malformações observadas poderiam ser provocadas por uma noxa química, actuando entre a 4.ª e a 8.ª semana da gravidez. Embora em numerosos casos se não possa incriminar a talidomida, parece fora de dúvida que esta possui potencialidade teratogénea. De qualquer forma, a profilaxia deste tipo de enbriopatias tem de ser muito mais vasta: evitar o emprego dos ultra-sons, de isótopos radio-activos, antidiabéticos orais e raios X em mulheres que possam engravidar. Também está contra-indicada a administração de hormonas sexuais, tireostáticos e esteróides de tipo cortisónico durante os primeiros tempos de uma gestação; não se devem vacinar contra a varíola as grávidas.

Na mesma reunião, Knapp apresentou uma casuística de 116 casos de malformações: em 94 casos (ou seja 81 %) as mães informaram que tinham tomado talidomida, ou medicamentos contendo esta substância, durante a gravidez.

Ainda nesta reunião, G. Sievers apresentou dados estatísticos respeitantes a um inquérito retrospectivo realizado junto de 1531 mães, e a outro prospectivo, levado a cabo em 1257 gestantes. 65 mulheres que tinham tomado talidomida durante a fase crítica da gestação tinham dado à luz crianças normais; de 91 casos de partos de crianças malformadas, apenas em 33 houvera ingestão do medicamento.

6) Embora nos jornais diários tenham corrido rios de tinta sobre este problema, a imprensa médica regista muito poucas publicações acerca do assunto — o que não é de estranhar, dada a impossibilidade de alguém opinar com rigor e espírito científico sobre este assunto. Não admira pois que praticamente só tenham aparecido notas da redacção, comentários, informações, cartas aos editores (particularmente na Inglaterra, país em que tradicionalmente se emprega este tipo de comunicação) e raros artigos de responsabilidade. Todavia, a fim de dar uma informação tão completa quanto possível, enunciemos o essencial:

a) Várias cartas de Lenz ao Lancet e à «Dtsch. Med. Wschr.», em que este autor defende a teoria da responsabilidade total da talidomida na génese das malformações, chegando a falar de «bébés do Contergan»; na última carta,

todavia, o autor afirma que há casos de focomelia em que a mãe nunca tomou o medicamento;

- b) várias cartas de médicos ingleses aos seus jornais («Lancet» e «Brit. Med. J.») encontrando-se sugestões tão pessoais como por ex. a de continuar a vender livremente a talidomida (Gosling) ou a de permitir provocar o aborto em todas as mulheres que tivessem tomado o medicamento (Oliver). Para Mc Bride, a frequência de malformações em gestantes que tenham tomado talidomida é de 20 %, para Jones e Williamson de 12 %, para Burley (baseado em 453 casos) apenas de 2 %. Já Speirs encontrou uma quota de 80 %;
- c) relatos clínicos de casos isolados de malformações congénitas após ingestão de talidomida (Russel e Mckichan, Willman e Dumoulin, Stabler, Morgan, Ferguson, Rogerson — todos em jornais ingleses);
- d) dois trabalhos importantes, de origem alemã. Um é de Hepp (Med. Klin. 57: 419, 1962) e diz respeito ao estudo de 102 casos de focomelia, concluindo pelo aumento de frequência desta afecção e pela possível relação causal com a talidomida. O autor pensa que nos primeiros meses de gravidez não deveria ser tomado nenhum medicamento (evitando particularmente os introduzidos há menos de 3 anos no mercado), que não deveria ser praticado o teste hormonal da gravidez nem realizados exames radiológicos, a não ser em caso de absoluta necessidade. Por seu lado, Petersen (Med. Welt, 14: 753, 1962) depois de estudar cuidadosamente a anátomo-patologia da dismelia e da focomelia, relata os resultados a que chegou no inquérito realizado com grande profundidade junto das mães de 90 crianças malformadas. Embora as condições de rigor fossem muito desfavoráveis à talidomida (tomou-se como assente que a mãe tinha tomado talidomida não só quando realmente havia provas ou declarações positivas mas ainda quando as mães tinham tomado um medicamento cuja marca não recordavam e independentemente do fim a que se destinava), o autor apenas em cerca de metade dos casos pode pôr em causa o medicamento. Conclui por isso que a talidomida tem provavelmente uma certa acção teratogénea, mas que não é seguramente o factor específico desencadeante das malformações descritas.

Está pois fora de dúvida que:

- 1.º há mulheres que tomaram talidomida no primeiro trimestre da gravidez e deram à luz crianças normais;
- 2.º há mulheres que tomaram talidomida durante este período e deram à luz crianças portadoras de malformações;
- 3.º que a *suspeita* de uma relação entre a talidomida e o aparecimento de malformações se justifica;
- 4.º que há casos de malformações focomélicas em que as mães não tomaram nunca talidomida;
- 5.º a ser um factor teratogénio, a talidomida é-o apenas parcialmente, sendo necessário que entrem em cena outras causas para que se manifeste uma malformação.

NOVOS ASPECTOS ACTUAIS DAS BLENORRAGIAS

ANDRÉ SIBOULET

A palavra blenorragia designa qualquer supuração uretro-genital, sem designar a etiologia, não se devendo portanto confundir blenorreia com gonorreia.

Tem-se notado uma recrudescência das doenças venéreas, sobretudo das não gonocócicas: numa estatística recente de 6 000 casos de uretrites infecciosas, 12 % eram gonocócicas e 68 % eram não gonocócicas. Em parte este aumento é devido aos aperfeiçoamentos nas técnicas de investigação, em parte à actual situação médico-social e por outro lado pela tendência frequente, em presença duma uretrite que sobreveio após relações sexuais, de prescrever imediatamente antibióticos escolhidos ao acaso.

URETRITES GONOCÓCICAS

Desde 1957 tem aumentado a frequência destas uretrites; na consulta de urologia do hospital de Saint-Louis, verificou-se um aumento de 10 % em 1961 em relação a 1958.

Clássicamente, em caso de uretrite aguda de contaminação recente, prescrevia-se ou 1 g de estreptomicina ou 1 000 000 U. I. de penicilina, mas os gonococos tornaram-se resistentes a estas doses. Actualmente há tendência a usar outros antibióticos, ou a kanamicina i. m. «per os».

Nós actualmente usamos o seguinte método: administração por uma só vez, e diante do médico de 10 comprimidos de espiramicina ou melhor de Pristinamicina. Este tratamento é muito bem tolerado e eficaz em 99 % dos casos. Em meio hospitalar é preferível não indicar o nome do produto, dado os doentes terem tendência a utilizar por eles próprios o medicamento com mais ou menos fantasia, quando duma recidiva. Pedimos sempre um exame serológico no dia do tratamento e aconselhamos a repetir este exame 3 meses e 6 meses mais tarde; estas precauções são indispensáveis dado o recrudescimento actual da sífilis, e também procuramos fazer para a gonocócica um tratamento não camuflando a sífilis.

— No caso de uretrite subaguda é útil verificar se se trata do gonococo pelo exame em lâmina corada e por cultura, para eliminar a *Neisseria* não gonocócica.

Se o tratamento não resulta deve-se procurar um foco local prostático ou outro, e prescrever-se-á um milhão de bipenicilina hidrosolúvel durante 4 a 5 dias.

Em todos os casos se devem fazer testes de controle após reactivação (por duas instilações uretrais de 5 a 10 cc. duma solução de NO_3 Ag a 1 %, com 48 h de intervalo), excepto se há orquite ou epididimite em evolução.

URETRITES MICROBIANAS NÃO GONOCÓCICAS

Todos os germes piogénicos podem provocar uma irritação uretral. Deve-se escolher o antibiótico por um antibiograma, e se falhar tentar auto-vacinas, vitaminas (C e B_{12}), corticóides e sulfamidas.

URETRITES POR TRICOMONAS VAGINALIS

Em França mais de 10 % das uretrites não gonocócicas masculinas e mais de 20 % dos síndromos urogenitais femininos são devidos a este parasita.

O método de diagnóstico mais seguro é a cultura, mais precisa que as técnicas de coloração ou o exame extemporâneo a fresco.

Deve-se fazer um tratamento geral usando-se actualmente um derivado da Imidazole, o Metronidazole (Flagyl), administrado na dose de 500 mg por dia (250 mg de manhã e à noite) que se tem mostrado muito eficaz.

Um derivado nitri-tiazolado ou α thenoyl amino-2 nitro-5 Thiazole, na dose de 2 comprimidos de 100 mg 3 vezes por dia durante 3 a 5 dias, também tem dado resultados excelentes.

Juntamente com o tratamento geral deve-se fazer um tratamento local — no homem 3 instilações com 2 dias de intervalo de 5 cc. de solução de argirol a 5 % ou de solução de NO_3 Ag a 1 %, ou de sais de amónio quaternário, associado a hidrocortisona; na mulher, comprimidos ginecológicos de Flagyl ou Thiazole todas as noites durante 20 dias, mesmo durante a menstruação.

Por vezes associam-se micoses, necessitando de tratamentos mistos.

Deve-se verificar a ausência de tricomonas pela cultura da secreção prostática ou vaginal após reactivação ou após a menstruação.

URETRITES POR COGUMELOS

Estas uretrites são cada vez mais frequentes (15 % das uretrites não gonocócicas), aparecendo logo de início ou após antibioterapia.

Põe-se o problema da transmissão pelas relações sexuais e muitas vezes o exame minucioso permite descobrir uma localização cutâneo-mucosa.

Entre as leveduras patogéneas, a *Cândida albicans* é a mais perigosa.

São frequentemente eficazes a nystatine «per os» (10 drageias de 500 000 U. por dia, durante 10 a 20 dias) e a tricomycine (6 a 10 comprimidos de 20 000 U. por dia durante 10 dias); nos casos resistentes tenta-se agora a Thiazole, a Amfotericine B e a Candidina ainda em estudo.

Outras leveduras patogéneas são sensíveis à griseofulvina (2 comprimidos de manhã, ao meio-dia e à noite, durante 10 dias).

Nas formas mistas:

a) com o tricomonas vaginalis, alternam-se curas de Flagyl com Mycostatine ou griseofulvina;

b) com germes piogénicos associa-se Mycostatine e Cloranfenicol ou tetraciclina Nystatine.

Se falha, far-se-ão instilações locais de solução de Mycostatine e Neomicina com hidrocortisona (3 instilações com 2 dias de intervalo).

URETRITES COM INFRA-GERMES

Em cerca de 20 % das uretrites não microbianas encontram-se nas culturas PPLO (pleuro-pneumonia-like-organismos) em todas as secreções, apresentando muitas vezes os doentes manifestações reumatismas; mas também se encontram estes organismos em testemunhas. O problema é tanto mais complicado quanto sob a influência de certas substâncias químicas, de bacteriófagos, de R. X. e de certos antibióticos, sobretudo penicilina, os mais banais micróbios se podem mutar e transformar-se em formas L. Nestes casos devem-se prescrever antibióticos do grupo das tetraciclinas (2 g por

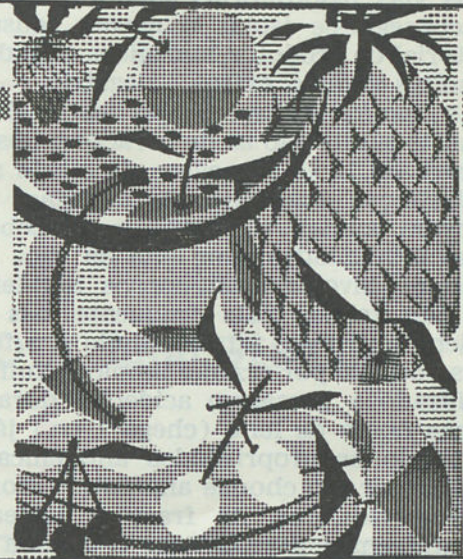
DISENTERIAS • ENTERITES E OUTRAS DOENÇAS INTESTINAIS

LACTANO

Normaliza a flora intestinal e fornece Vitaminas do complexo B.

ADJUVANTE DO TRATAMENTO POR ANTIBIÓTICOS

FRASCO DE 150 C.C. DE CALDO - TUBO DE 20 COMPRIMIDOS - CAIXA DE 3 TUBOS

**Laboratório FIDELIS**

dia durante 10 dias), não esquecendo de examinar o ou a «partenaire».

URETRITES POR VÍRUS

São as menos frequentes (4 % das uretrites não gonocócicas), mas de longe as mais perigosas, tanto pelas complicações como pela facilidade de contágio. Além da presença de inclusões virais nas células epiteliais uretrais, existem outros argumentos a favor da etiologia por vírus: nas culturas na membrana cório-alantoideia e no saco vitelino de ovo em incubação, verificou-se uma frequência espantosa de anomalias somáticas embrionárias.

Se bem que actualmente não existam antibióticos especificamente anti-vírus, obtém-se bons resultados com a tetraciclina e a espiramicina, sendo a oxitetraciclina (em doses de 2 g por dia durante 20 a 30 dias conforme a gravidade) a melhor tolerada e a mais eficaz; a espiramicina é também bem tolerada, dando-se 2 a 4 g por dia durante 10 a 30 dias).

20 % destas uretrites evoluem favoravelmente, mas são frequentes as recidivas e muitas vezes surge o síndrome uretro-conjuntivo-sinovial, devendo-se então associar aos antibióticos a corticoterapia, os sais de ouro, procurar um foco local e tratar os «partenaires». Tem-se encontrado o síndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter nos soldados que regressam da Argélia.

Nas formas de evolução lenta aparecem complica-

ções por vezes imprevisíveis, como perturbações psico-características.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Num número bastante grande de casos não se consegue descobrir a etiologia.

Antes de pensar em uretrite alérgica ou psicossomática deve-se:

a) *repetir os exames da secreção prostática* (em mais de 50 % dos casos de uretrite não gonocócica há um «ataque prostático»);

b) *procurar um foco local*, mas com extrema prudência, nunca fazendo uma uretroscopia ou uretrografia com exame sob Roentegentelevisão nos surtos inflamatórios, e praticando 2 ou 3 instilações uretrais calmantes para evitar as reacções;

c) se persiste, *procurar os factores predisponentes*: malformações congénitas, anomalias do meato, atresias cicatriciais. Por vezes pode-se usar a piritoterapia local.

Mas a maior parte das vezes são doentes com uma pequena uretrite subaguda, resistente aos antibióticos.

É frequente o aparecimento de depressões reactivas nestes doentes, que têm de enfrentar insucessos repetidos da terapêutica, sendo então necessária uma psicoterapia individual ou de grupo.

(Condensado por M. L. G., de «La Vie Médicale», n.º 43, Julho de 1962).

MORTE SÚBITA DO LACTENTE

G. FONTAINE

Considera-se morte súbita do lactente uma morte rápida e inexplicada.

Este assunto tem sido bem estudado nos países anglo-saxónicos, em especial nos U. S.. É muito mais frequente no lactente muito novo: 85 % dos casos sucedem-se abaixo dos 7 meses e 36 % nos 2 primeiros meses de vida, tornando-se muito rara depois dos 7 meses. Há uma maior incidência sazonal entre Setembro e Abril ($\frac{2}{3}$ dos casos), correlacionada com a maior frequência de infecções do aparelho respiratório, e são também muito mais frequentes nas classes sociais economicamente débeis.

As três principais causas de morte súbita do lactente são: *infecções, malformações congénitas, choque anafilático às proteínas do leite.*

A causa mais frequente e mais importante é a *infecção*; pode-se tratar de lesões inflamatórias difusas

abrangendo todo o organismo, com lesões adicionadas fazendo lembrar o síndrome de Reilly (hipertrofia das placas de Peyer, adenopatias resertericas, necrose do epitélio intestinal, hemorragias viscerais difusas) ou o síndrome de Waterhouse-Friderichsen (insuficiência suprarrenal aguda por hemorragia das suprarrenais) — em alguns casos isto é devido a uma infecção fulminante por meningococos, outras vezes, e mais frequentemente, por estreptococos, como confirmam as hemoculturas post-mortem; a maior parte das vezes trata-se de lesões localizadas no aparelho respiratório, umas vezes evidentes (bronquite capilar), outras limitadas (otite média, mastoidite), muitas vezes discretas (alveolite edematosa). — nestes casos o agente causal é um vírus o que já se previa pela maior frequência de casos de morte súbita no período outono-inverno, a presença dum foco infeccioso familiar e sinais discretos de infec-

ção das vias respiratórias superiores no lactente. Por vezes consegue-se isolar o agente causal pelo exame laboratorial de produtos biológicos colhidos na autópsia, mas muitas vezes o exame é negativo.

As *malformações congénitas* mais responsáveis pela morte súbita são as do coração e dos grandes vasos (representam 10 % dos casos de morte súbita).

O *cheque anafilático às proteínas do leite* é um mecanismo ainda recentemente descoberto — muitas crianças alimentadas com leite de vaca fresco ou conservado desenvolvem anticorpos anti-leite no sangue, sendo isto talvez mais frequente nas crianças com desordens nutritivas ou possuindo um terreno alérgico expresso ou não por eczema atópico. Num terreno assim sensibilizado a passagem accidental durante o sono de pequenas doses de leite (chega 1 cc.) já digerido mas conservando as propriedades antigénicas, é suficiente para provocar um choque anafilático mortal, sem manifestações exteriores. As fracções lácteas com maior poder antigénico parecem ser a caseína e a beta-lactoglobulina. As lesões histológicas encontradas são sobreponíveis às provocadas experimentalmente na cobaia: colapso parcial e edema, infiltração celular abundante congestão generalizada nos bronquíolos com placas de colapso parcial e edema, infiltração celular abundante das regiões peri-brônquicas por elementos mononucleados e macrófagos e da luz dos bronquíolos por células epiteliais descamadas.

Há 20 anos considerava-se que os 3 principais factores da morte súbita do lactente eram provocados por hipertrofia do timo (acima de 20 g de peso) que hoje se sabe ser banal e sem consequências nesta idade, asfi-

xia por sufocação mecânica, causa muito rara, se exceptuarmos a asfixia criminosa, e a asfixia por embolia láctea respiratória, o que é também uma causa excepcional só sendo responsável por 1 a 3 % dos casos de morte súbita.

Outros casos continuam sem se conhecer as causas, apesar das autópsias e exames laboratoriais completos que se praticam.

Um problema que esta questão levanta é, como evitar ou, pelo menos, diminuir a frequência das mortes súbitas?

É um problema difícil porque o ideal seria modificar o terreno da criança jovem que é um ser desfavorecido por lhe faltar a capacidade (ou esta ser muito reduzida) para formar globulinas imunes, e o seu sistema neurovegetativo e endócrino ter tendência à hiper-reacção, com consequente esgotamento.

Como se não pode actuar no terreno devemos seguir os preceitos habituais da puericultura clássica (evitar o contacto com os adultos, sobretudo infectados, no período outono-inverno, dieta equilibrada, preferindo sempre o leite da mãe), efectuar uma vigilância médica regular e eficaz, para poder despistar as malformações cradiovasculares, vigiar o aparecimento do eczema atópico e não considerar banal uma discreta rinofaringite.

Embora conhecendo melhor os mecanismos da morte súbita no lactente pouco podemos fazer ainda, infelizmente, no terreno da profilaxia.

(Condensado por M. L. G., de «La Semaine des Hôpitaux», n.º 57, de 14-20 Julho 1962).

QUE DESEJA SABER?

Publicamos a seguir traduções de algumas das «perguntas e respostas» sobre problemas da prática médica que, semanalmente, aparecem sob a rubrica «Any Questions?» no periódico «British Medical Journal»; são aqui reproduzidas com autorização do Editor daquela prestigiosa revista.

XANTELASMA

P. — Os xantelasma das pálpebras sofrem reabsorção espontânea? Existe qualquer semelhança química entre os depósitos de xantelasma e o ateroma?

R. — Os xantelasma das pálpebras são depósitos lipídicos idênticos aos que se encontram nos vasos na aterosclerose.

São às vezes causados por hipercolesterolemia (como na diabetes), mas em regra a causa está em alterações degenerativas locais nas pálpebras. Uma vez depositados, é muito pouco provável a sua reabsorção espontânea.

RUTURA ESPONTÂNEA DO RIM NORMAL

P. — Um marinheiro, de 46 anos de idade, deu recentemente entrada neste hospital com intensas dores abdominais e vômitos. Descobriu-se, à laparotomia, que ele possuía apenas um rim e que tinha havido ruptura do cálice inferior com extravasão de urina. Não havia história de qualquer traumatismo abdominal, e nunca o doente se tinha antes queixado

de sintomas nessa região. O rim era de tamanho normal mas um pouco maior do que o habitual. Fez-se a excisão do cálice inferior juntamente com uma pequena porção do rim; o post-operatório decorreu normalmente. No momento as análises de urina e a função renal são normais. A ruptura espontânea do rim é um fenómeno muito raro? Qual a incidência do rim único e de forma normal?

R. — As rupturas dum hidrocálice ou dum piocálice, embora pouco comuns, estão referidas na literatura, mas a ruptura espontânea dum rim normal deve ser extremamente rara. Não encontrei qualquer menção a este tipo de ruptura na breve consulta que fiz às obras «standard» de urologia.

A agenesia dum rim não é rara. O rim restante pode ser perfeitamente normal, embora mais volumoso do que o tamanho médio. A incidência do rim único, de conformação normal, varia de série para série; Shumacker, por exemplo, achou 94 rins solitários em 51 880 autópsias, o que dá uma incidência de 1 para 552.

(COLIGIDAS POR G. G.)

SUMÁRIOS DA IMPRENSA MÉDICA NACIONAL

(ARTIGOS ORIGINAIS)

Dos periódicos ultimamente aparecidos:

«SEMANA MÉDICA»

(12-8-1962): *Espasmos infantis com atraso mental* (LUCIANO CASTANHEIRA).

«JORNAL DO MÉDICO»

(11-8-1962): *Profilaxia da silicose nos aspectos médico e social* (A. SANT'ANNA GANDRA); *Um caso de fibrose retroperitoneal idiopática* (ANTÓNIO CARNEIRO DE MOURA).

Sempre que se pretenda
um verdadeiro

ESPASMOLÍTICO E ANALGÉSICO

VAGOTROPE

O «VAGOTROPE» está indicado em todas as situações patológicas, dolorosas, provocadas por espasmos da musculatura lisa: cólicas hepáticas, cólicas renais e todos os síndromes dolorosos espasmódicos do tracto gastrintestinal, das vias biliares e urogenitais (dismenorreia)

APRESENTAÇÃO

DRAGEIAS E SUPOSITÓRIOS



V E N D A N O V A • A M A D O R A

Assuntos gerais e profissionais

NA POSSE DO NOVO CONSELHO REGIONAL DO PORTO DA ORDEM DOS MÉDICOS

DISCURSO DO PROF. ALBANO RAMOS

Ex.^{mo} Sr. Vice-Presidente da Assembleia Regional do Porto da Ordem dos Médicos e meus Ex.^{mos} Colegas:

Não é meu hábito, em circunstâncias idênticas, ou mesmo iguais, reduzir a escrito os termos que tenho de pronunciar. Faço-o desta vez com o fim declarado de que não venham a alterar-se os termos precisos em que vou exprimir-me. E sei também um pouco mais longo do que é meu costume, porque circunstâncias especiais a tanto me obrigam.

Dirijo a V. Ex.^a, na qualidade de Vice-Presidente em exercício da Assembleia Regional e pessoalmente — e específico desde já que o não faria em termos idênticos ou sequer aproximados, por motivos óbvios, se houvesse de dirigir-me à Mesa da Assembleia e se a tivesse de abranger no seu conjunto — dirijo a V. Ex.^a, dizia, as minhas melhores saudações; agradeço-lhe, em nome da Secção Regional do Porto da Ordem dos Médicos, que desde já represento, os valiosos serviços que V. Ex.^a prestou à classe no desempenho da missão espinhosa de verdadeiro presidente da Assembleia Regional, missão tanto mais espinhosa quanto é certo que consistiu em desfazer complicações que V. Ex.^a nunca criou e que foi chamado a solucionar, quantas vezes inesperadamente; e quero ainda declarar-lhe que me é particularmente grato receber das mãos honradas de V. Ex.^a a posse do cargo que aceitei, não por prazer, mas como uma obrigação, a qual, aliás, segundo meu pensar, muito bem poderia caber a outrém com menos condições de escusa do que aquelas de que poderia valer-me.

Senhor Presidente do Conselho Regional cessante: pode pensar, quem fizer pouca ideia do que é a vida da Ordem, que ao dirigir-me ao Sr. Vice-Presidente, em exercício, da Assembleia Regional, poderia dar toda a satisfação aos que partem, voltando-me assim para a pessoa que possa considerar-se o fiel depositário da hierarquia da Secção Regional. Todavia, não é, de facto, assim. E, com o respeito pela hierarquia, sem declinar responsabilidades — e na esperança de saber respeitar uma e arcar com as ou-

tras, e sem necessidade de «vincar a elevada função que (se diz) dever caber à Presidência da Assembleia» — quero agora dirigir-me a V. Ex.^a, fazendo-o na Pessoa e ao representante do grupo que é a verdadeira «pedra angular» da vida das Secções Regionais. Saír deste critério é entrar no caminho de uma mistificação com a qual não pactuo por preço nenhum. E que este é o meu pensamento e a minha acção já o provei e daí não resultou o descalabro que foi posto perante os nossos olhos.

Pois, Senhor Presidente do Conselho Regional cessante, quero, em primeiro lugar, à pessoa de V. Ex.^a, e logo a seguir ao Conselho da S. mui digna presidência, render as minhas homenagens e agradecer reconhecidíssimo, em nome dos Colegas que pertencem à Secção Regional do Porto, os altos serviços que prestaram durante o mandato que agora terminam. E em especial a V. Ex.^a, Sr. Presidente, que durante tantos anos prestou serviços à classe, em vários postos, dentro da nossa Secção Regional, agradeço-lhe os esforços dispendidos — que o não terão sido em vão — e espero que os desgostos sofridos se apaguem com rapidez, para que de novo o tenhamos ao serviço da nossa Ordem, que assim será de novo entregue a uma daqueles que mais aptos se encontram para contribuir para a solução dos seus múltiplos problemas, dado ser conhecedor como raros das questões que se encontram pendentes. E daqui lhe peço, por via da função que desempenho — isto é em nome dos Colegas que me elegeram — e no meu próprio nome, que continue por todos os meios ao seu alcance, e muito particularmente através da imprensa médica, a colaborar com os corpos dirigentes da Ordem, procurando esclarecer aspectos que V. Ex.^a estudou, posso afirmá-lo, como ninguém e, dada a inteligência com que o fez, conhece como nenhum.

O parecer de V. Ex.^a será muito útil, sobretudo para aqueles que, desconhecendo os problemas da nossa Ordem, são chamados para lugares da mais alta responsabilidade, sem que se saiba bem porquê, em não poucos dos casos.

V. Ex.^a será, a meu pedido, o intérprete dos nossos agradecimentos, junto de todos os restantes Colegas que trabalharam nos Corpos Directivos da nossa Secção Regional no último triénio. Mas vai permitir-me ainda que também me dirija, especificadamente, aos Delegados ao Conselho Geral — cujo labor merece o nosso maior apreço —, e aos Delegados à Assembleia Geral, visto que a uns e a outros devemos, consoante as respectivas esferas de acção, serviços verdadeiramente inestimáveis e que não poderão nunca ser esquecidos por quem tenha de dar-lhe continuidade, sob pena de desrespeito por doutrina que só a ilegalidade permitiu que, pelos próprios, não fosse sancionada.

Eu não poderia, Senhor Presidente do Conselho Regional, entregar estes agradecimentos senão a V. Ex.^a, mesmo com todo o respeito pela hierarquia. É que nas transferências perde-se o calor, perde-se o sentido do verdadeiro — tal como nas passagens fotográficas se perde o pormenor — e eu não queria dar ensejo a que tal sucresse, dada a minha fobia pela mistificação.

Rendido assim o nosso preito àqueles que dele são merecedores, quase poderia ficar por aqui, se optasse por atitudes cómodas, o que aliás não é meu hábito, afirmação que testemunho com o reocupar do lugar em que me encontro e que tenho viva esperança em deixar melhor assinalado quando tiver de o abandonar. Todavia, e já que prometi ser longo, sempre direi mais algumas palavras, e essas dirijo-as, antes de mais, àqueles que fazem parte da lista em que foi incluído o meu nome.

Poderá causar espanto — sobretudo em certos meios —, que só através da lista que recebi — como todos os Colegas da nossa Secção —, tenha tomado conhecimento de alguns dos mais qualificados membros que da referida lista fazem parte. Exemplifico a minha afirmação com o nome do nosso Vice-Presidente da Assembleia e faço-o para afirmar públicamente que se soubesse da sua inclusão lhe teria solicitado — mas não para declinar responsabilidades que de modo nenhum enjeito — para ocupar a presidência e aceitar, se assim consi-

derasse útil, a minha colaboração em qualquer lugar da mesa da Assembleia. Ao dizer estas palavras tenho em mente significar-lhe a minha estima e testemunhar quanto aprecio a prestimosa colaboração que vem dando à nossa Ordem desde a sua fundação.

Agradeço aos secretários da mesa da Assembleia, únicos colaboradores da minha escolha, o haverem aceite o convite que lhes fiz.

Quanto aos restantes membros da lista — Conselho Regional, Delegados ao Conselho Geral e à Assembleia Geral — apenas me permito lembrar-lhes — ao mesmo tempo que os saúdo — que é grande a responsabilidade que recai sobre os seus ombros. Esperamos, que pela sua dedicação, todos os obstáculos serão vencidos e que a medicina portuguesa terá, através da sua valiosa contribuição, dado ao País as melhores condições de assistência; assim como esperamos que, pela sua interferência, a classe disponha das melhores condições de trabalho que a actual conjuntura possa comportar.

E essa responsabilidade é tanto maior quanto é certo que não ocupam a função apoiados numa «minoría truculenta», mas sim uma maioria como nunca pôde dispor o Conselho Regional, seja de que mandato fôr, desde a criação da Ordem.

É minha esperança e dos Colegas da Secção Regional que nos elegeram, que os Corpos Gerentes da nossa Secção Regional, de missão verdadeiramente construtiva, — e na linha de acção de anteriores direcções — não deixarão, em atitude passiva, a Ordem abandonada, nem consentirão jamais a paralisia dos seus órgãos, quando problemas da maior importância e da maior urgência aguardem solução.

É nossa esperança também que a legalidade seja sempre respeitada e os problemas resolvidos dando-se com presteza a contribuição que por outras entidades possa ser solicitada, de modo a que o bem sanitário do País e as melhores condições de exercício da classe sejam alcançados o mais rapidamente possível. Não se pode perder meses sucessivos quando importa andar depressa.

É ainda nossa esperança que o respeito extremo da legalidade não ofusque o desejo de promover, por meios adequados, as modificações estatutárias nos seus variados aspectos, e particularmente naqueles que possam contribuir para evitar o abuso discricionário do poder, nomeadamente que inculque efeitos paralisantes na acção da Ordem, o que só pode ser feito ao abrigo da mais completa irresponsabilidade.

Quero, em suma, dizer: a Ordem não é cada um de nós por si; somo-

la todos, representados pela maioria eleitora, que delegou nos Corpos Gerentes a tentativa de realização dos seus anseios. Nunca poderá esquecer esta banalidade quem tenha funções directivas e sérios propósitos, e se a relembro é pelo facto de verificar, que a luta pela melhoria do bem sanitário ou das condições do exercício profissional, tem vivido de arrancadas a que se seguem períodos de largo silêncio que parecem traduzir caprichos que nenhum dos membros dirigentes da Ordem — e ainda menos os mais qualificados — tem o direito de exhibir.

Eu confio inteiramente no grupo de Colegas que vai arcar com a responsabilidade da governação da nossa área regional e agradeço-lhes o sacrificio que representa o desempenho da tarefa, ao mesmo tempo que lhes declaro que terão da minha parte a colaboração que melhor saiba dar-lhes nos contactos, sempre fugazes, que teremos de realizar. E uma coisa é certa: eu espero nunca ter de invocar a hierarquia, como já atrás sublinhei, salvo na circunstância que vou enunciar adiante, e apenas o farei se isso for tido por muito conveniente.

Gostaria, agora, de dirigir duas palavras à imprensa, fazendo-o, em separado, à imprensa médica e à imprensa diária, que saúdo vivamente e em conjunto, como ramos do mesmo tronco.

A imprensa médica está, necessariamente, sempre muito interessada em todos os problemas que à classe dizem respeito. Esse interesse ainda agora foi posto à prova no decurso da campanha e do acto eleitoral que para aqui nos trouxe, como se pôde ver através do noticiário, editoriais e comentários de variada índole. E cabe dizer aqui que da leitura a que pude proceder daquilo que foi escrito a tal propósito, me ficaram conclusões muito diversas, dado que a par de comentários verdadeiramente cartesianos, e como tal construtivos, — felicito-o Dr. Pacheco Neves —, se podia contactar com conselhos de índole transparentemente acaciana. E deparei também com um relato de uma Assembleia Regional que não sendo da responsabilidade da direcção do jornal que o inseria, nem por isso deixava de ter como subscritor um membro da direcção da referida revista e, dado que tal relato, não foi esclarecido pelo Sr. Presidente da Assembleia Regional — sempre tão cioso, como todos sabemos, das suas prerrogativas —, aproveito agora o ensejo para dizer que se impõe acabar de uma vez por todas, com a informação tendenciosa, que quando subscrita por um médico, como no caso presente, incorre em falta disciplinar, que não será esquecida. E este é o ponto que ressalvei atrás.

Por outro lado, desejaria dizer que a imprensa médica terá sempre a nossa colaboração, no sentido de evitar que, involuntariamente, informe sem verdade os seus leitores. É evidente que, se voluntariamente o faz, nada o poderá evitar... mas será, sempre que possível, a verdade reposta no seu lugar.

Desnecessário seria acrescentar que só daremos à imprensa médica informações ou esclarecimentos sobre doutrina que possamos intransigentemente fazer respeitar. E, por mais paradoxal que pareça, impõe-se que esta afirmação aqui fique consignada.

Quanto à imprensa diária, a quem a nossa Secção Regional deve tantas finezas que mais uma vez agradece, terá sempre também toda a nossa colaboração, colaboração que se torna imprescindível para evitar erros involuntários a cada passo verificados e que sempre resultam de imperfeito esclarecimento. Visa a nossa atitude, para além de uma cortesia, que é um dever verdadeiro, evitar a correcção do erro, correcção que uma ou outra vez se faz, com certo travo amargo e que, quase sempre, se poderá evitar. Prometemos, pois, dar, sempre que se julgue útil, informações à imprensa, de quem ficamos ao dispor, e pedimos-lhe que se dirija às entidades competentes e não aos informadores ocasionais, assim como lhe solicitamos que respeitem os princípios dentro dos quais estatutariamente temos de viver, a fim de evitar interpretar-se como má-vontade aquilo que é, da nossa parte, uma pura obrigação.

Colegas: não espero, à despedida, breve ou longínqua, ter de traduzir em livro branco a minha actuação. Todavia, se o houver de fazer procurarei nada omitir e nada comentar. Formulo votos de que não tenha, nessa altura, para vos apresentar, apreciável balanço disciplinar. Prometo, finalmente, fazer o meu melhor e para isso conto com o precioso auxílio dos meus colaboradores. Em nome deles, de todos os eleitos e no meu próprio, agradeço a quantos Colegas nos quiseram ver no desempenho desta função — e tantos foram como nunca houve igual, repito — Colegas que estarão sempre na nossa mente como verificadores dos nossos actos e também — e esta é a nossa melhor esperança — como falange que permanentemente apoiará as nossas decisões. Agradeço ainda a todos os Colegas que, gentilmente, quiseram alegrar-nos com a sua presença neste acto de posse. E, a findar, peço me desculpem por haver sido tão longo, mas as circunstâncias impunham-no, como todos sabem muito bem.

E vamos ao trabalho...

ECOS E COMENTÁRIOS

O CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

ACABA de se realizar, em Liège, o Congresso Internacional de Educação Física, comemorativo do 50.º aniversário do Instituto Regional de Educação Física daquela província belga.

Correu o Congresso com grande interesse e acompanhado de reuniões mais estricatas de grupos dirigentes da E. F. Mundial, bem como de demonstrações e exhibições de ginastas e classes ginásticas, onde as maiores palmas se dividiram pelos russos e pelos portugueses, aqueles com a sua selecção olímpica de ginástica de aparelhos e nós com as classes do Lisboa Ginásio Clube e do Instituto dos Pupilos do Exército.

O Congresso, dividido em 5 secções, trabalhou intensamente e foram talvez as duas secções de características mais ligadas à medicina, a fisiológica e a psicológica que chamaram a maior atenção, mostrando uma vez mais a íntima afinidade existente entre a Educação Física e a Medicina.

Neste apontamento quero focar alguns aspectos de interesse que chamaram a atenção dos Congressistas.

Em primeiro lugar o curioso relatório de B. Guillemain, filósofo francês e evadido de ideias freudianas, sobre as relações entre atletas e destes com os espectadores. Considera as relações como activas, quando se passam entre adversários ou entre parceiros e passivas, quando de campeão para jogador ou atleta de menos categoria, ou mais ainda de espectador para com o actor. Afirma que em todas estas relações a moralidade se apresenta como tal no meio de um interesse sensível entre pessoas de que a espontaneidade é sempre aparente.

Não domínio da acção, a liberdade nunca é representada como uma supressão de determinação. Ela tem que sair duma comparação — trata-se de fazer melhor que outro, de ser primeiro — um esforço sem causa, quer dizer sem motivo distinto do conceito. A liberdade torna-se sensível pela felicidade desinteressada da vitória, aparece na espontaneidade dos concorrentes e mesmo nos seus processos que não admitem substitutos.

Estes três caracteres definem a relação de adversário a adversário, conforme as exigências postas.

Os parceiros estando ligados pelo fim de um esforço sem causa, a sua solidariedade é a representação imediata de um valor moral puro, quer dizer sem causa, é o objecto de um prazer estético próprio, é distinto da solidariedade dos elementos de um conjunto material.

Enfim a liberdade de que o campeão — ou o vencedor — é portador é comunicada por participação aos vencidos e aos espectadores. Esta participação é localizada pelo espectáculo de um esforço sem causa e é uma participação à liberdade moral, exprime-se pela admiração que é um prazer estético; não é uma impregnação passiva mas uma possessão recíproca de pessoas livres.

No entanto esta relação ideal pode falhar, o que acontece muitas vezes. As pressões podem transformar o adversário em rival e o homem livre em causa, e a agressividade e a comercialização do desporto — que representam uma perversão, mascaram a essência da dignidade e do valor desportivo. O desportista pode ser dominado por estes factores, sobretudo pela popularidade e pela multidão, perdendo toda a liberdade pessoal e tornando-se um castrado moral.

★

No campo da fisiologia anunciou-se como de enorme interesse a contribuição de Letounov e da sua escola de Moscovo para a fisiologia do esforço.

Letounov, director do Instituto de Medicina Desportiva, junto ao Estádio Dinamo, é uma das figuras gradas da medicina do desporto. Anunciou um filme que teve a honra de ser apresentado em plenário, para o que pararam os trabalhos de todas as secções. Afinal o filme nada trouxe de novo: à parte a propaganda de um magnífico estádio e uma boa escola, onde trabalham perto de 50 especialistas em tempo pleno e por onde passam todos os estudantes de medicina que se formam em Moscovo.

O fundo do filme é a electrocardiografia durante o exercício físico. Para isso foi criado um pequeno aparelho transmissor, ligado a electrodos torácicos e um aparelho receptor, ligado a um electrocardiógrafo. Podem assim ser verificados as alterações electrocardiográficas durante o esforço.

O aparelho não é novidade e logo os americanos declararam ter um semelhante em pleno rendimento e os belgas mostraram um aparelho para o mesmo fim, realizado no laboratório do Prof. Falize e com a vantagem de muito menor volume e um peso inferior a 350 gramas, comparado com o peso de 750 gramas do aparelho russo.

★

O terceiro assunto que despertou grande interesse foi o da apresentação pelos americanos do seu programa de preparação física da juventude.

Provas de aptidão física feitas às crianças das escolas primárias e secundárias da América mostraram que os índices eram muito baixos e muito inferiores aos dos países europeus em que provas semelhantes foram executadas em larga escala (Suécia, Alemanha, Dinamarca). O Presidente Kennedy alarmou-se e nomeou uma Comissão Nacional para estudar o assunto e tentar dar-lhe um remédio, com um programa e um orçamento gigantescos.

A comissão verificou que as causas residiam no excesso de comodidades que amoleciam a criança americana e na orientação da educação física escolar. Esta é dirigida para a prática desportiva e estimula os mais aptos aos quais desenvolve com fins representativos e de espectáculo, não cuidando da grande massa que se transforma em espectadores e não pratica exercício algum.

O programa salvador consta de duas partes, a primeira de verificação da aptidão física dos escolares, periodicamente e em todas as escolas de acordo com instruções largamente espalhadas; a segunda, da execução de exercícios de desenvolvimento físico que devem ser praticados por todos pelo menos 15 minutos por dia.

O livrinho das provas lá traz os exercícios que as crianças devem fazer, obrigadas pelos seus professores, pelos pais, ou ainda por vontade própria. Foi o livro distribuído aos milhões e comentado no Congresso pelo simpático membro da Comissão Dr. Bianco. Simultaneamente foi mostrado um filme — também largamente distribuído — em que além de numerosas crianças a executarem os exercícios, se vêem alguns conhecidos actores de cinema e o próprio Kennedy a fazerem referências à sua excelência. Como se vê ao gosto americano e muito espectacular.

Os exercícios apresentados são os da ginástica que para nós é clássica e oriunda da ginástica sueca. Não trazem, tecnicamente, nada de novo. Apenas sugerem a ingenuidade da descoberta, uma centena de anos depois da verificação da sua eficácia na Europa. Além disso parecem-nos perigoso que sem agentes de ensino devidamente preparados se ministrem exercícios físicos de repetição, que mal orientados podem levar à acentuação de defeitos já existentes. Além de que o exercício físico sem ser em lição e na idade escolar encontra-se amputado do factor pedagógico que lhe dá o cunho de verdadeiro ensino e forma ideal de preparação do homem como um todo.

J. A. L.

**Nas afecções intestinais
agudas ou crónicas**



Mexafórmio[®]

**antibacteriano
antiparasitário
antiespasmódico**

**Três substâncias activas sinérgicas
Efeito anti-infeccioso global
Largo espectro de acção
Protege a flora intestinal fisiológica**

C I B A

Frasco com 20 drageias

PORTO

POSSE DOS NOVOS DIRIGENTES DA ORDEM DOS MÉDICOS

Realizou-se no passado dia 2 do corrente, a posse dos novos dirigentes da Secção Regional do Porto da Ordem dos Médicos.

Com a presença dos novos eleitos, dos dirigentes cessantes e de muitos outros Colegas que desejaram assistir à transmissão de poderes e por completo enchiam as salas da nossa sede, além dos representantes da Imprensa diária que ao facto deram o maior relevo, o Dr. Alberto de Freitas, Vice-Presidente em exercício da Assembleia Regional mandou ler o respectivo auto de posse, após o que dirigiu aos novos membros directivos da Classe breves palavras de cumprimentos, expressando o seu desejo de que o triénio agora iniciado se processe numa paz fecunda. Tendo prestado a sua homenagem aos seus Colegas da Mesa da Assembleia, o Dr. Alberto de Freitas endereçou também cumprimentos aos dirigentes cessantes.

Seguiu-se no uso da palavra o Dr. Mendonça e Moura, Presidente do Conselho Regional cessante, que disse:

Ex.mos Colegas:

Permita-se-me que, no momento em que cesso todas as minhas funções directivas nesta Secção Regional, a que dediquei algumas horas dos melhores anos da minha vida, pronuncie breves palavras.

Sejam, as primeiras, de saudação aos Colegas agora eleitos, entre os quais me prezo de contar muitos e bons amigos, para desejar-lhes que o triénio que vai iniciar-se decorra naquela paz construtiva de que infelizmente, os que saímos, não pudemos usufruir.

Aquela paz que aqui, como em qualquer outro campo, só é verdadeira se significar ordem na justiça.

Ordem que seja reconhecimento das hierarquias funcionais, liberdade de actua-

ção responsável dos que devem dirigir, obediência autêntica à lei e aos Estatutos, direito de crítica num sentido de cooperação dentro de normas de convívio humano e fraterno.

Justiça, que não seja o arbitrio nem de um homem, nem dos homens, dos

após árdua luta, estão os nossos novos dirigentes em boa posição para poder afirmar, pela palavra e pelos actos, que representam lididamente o Corpo Médico do Norte.

Em boas mãos ficam entregues os nossos destinos e os que, cessando fun-



Na posse dos novos dirigentes da Secção Regional do Porto da Ordem dos Médicos: o Prof. Albano Ramos (presidente da Assembleia Regional) assinando o auto de posse

dirigentes nem dos dirigidos, mas aplicação fiel do direito, a todos e a cada um reconhecido, e personalização desse direito no desempenho das funções que a cada um venham a caber.

Eleitos por indiscutível maioria, e

ções directivas, aqui transmitimos poderes, podemos justamente afirmar que o testemunho que lhes passamos fica em mãos honradas.

★

Sejam de seguida as minhas palavras para cumprimentar o Ex.mo Vice-Presidente da Assembleia, meu velho e querido amigo Dr. Alberto de Freitas. Não foram também para este os anos que decorreram tempos de paz. Surpresas, dificuldades, malquerenças, injustiças, não impediram nunca que orientasse os trabalhos da Assembleia Regional, Deus sabe por vezes em que inesperadas e penosas circunstâncias, de maneira a merecer os melhores encómios.

Tendo presidido a algumas das sessões mais agitadas e mais graves, por vezes imprevisivelmente, tendo de reordenar o que outros haviam confundido, houve-se sempre de modo que todos acabaram por lhe prestar justiça, tal o exemplo de fé, de honestidade, de independência, de firmeza, de coragem mesmo, que sempre patenteou.



E. TOSSE & C.ª

HAMBURGO

- DOENÇAS REUMATISMAIS
- ERITEMATOSAS
- ANGINA NÃO ESPECÍFICA
- SÍFILIS SERO-RESISTENTE

Aumento das possibilidades terapêuticas pelo

AU-BI-OL

(combinação de ouro e bismuto)

ACTIVIDADE MAIS PODEROSA

TOLERÂNCIA EXCELENTE

RENDIMENTO ECONÓMICO

Frascos especiais e ampólas

REPRESENTANTE GERAL—SALGADO LENCART—R. Santo António—203--PORTO
SUBAGENTE: —AZULAY & C.ª LDA.— Rua Aurea, 100-2.º-D.to — LISBOA

PAN-HEMOSTÁTICO

AMPOLAS - DRAGEIAS

VITAMINAS C e K, PANTOTENATO DE CÁLCIO e SOLU P₂

Estados hemorrágicos agudos e crónicos, qualquer que seja a sua etiologia. Intervenções operatórias.

LABORATÓRIOS "CELSUS"

LISBOA

Seja-me lícito dizê-lo, tão grato me é prestar justiça às suas altíssimas qualidades de carácter, que a Presidência da Assembleia, que por mais de uma vez assumiu, consentiu evidenciar, mas eram já sobejamente conhecidas de todos os que, como eu, honrando-se com a sua amizade, há muito o têm por um daqueles já raros homens de *uma só palavra, de uma só fé*, a que Sá de Miranda se referiu em versos célebres.

★

Sejam, agora, depois de enaltecer as reais qualidades de trabalho, dedicação e lealdade de todos os funcionários desta Casa que 6 anos de convívio me permitiram valorizar cada dia em plano mais elevado, duas breves palavras para os meus Colegas do Conselho Regional.

Companheiros de uma tarefa involuntariamente tormentosa, em que os problemas, as questões, as querelas, os dissídios, pareciam nascer-nos debaixo dos pés; não contando em regra na Assembleia nem com a voz de uma maioria que primava habitualmente pela ausência, nem com arbitragem capaz de impor-se, senão nas raras ocasiões em que o Dr. Alberto de Freitas exerceu a Presidência, houve-mos de viver um triénio bem diferente do que todos teríamos desejado.

Resta-nos a satisfação do que no campo cultural foi possível fazer e, mais que tudo, a certeza de que as dificuldades vividas em comum altearam mais ainda o respeito e a estima que já nutríamos uns pelos outros.

Termos conseguido chegar ao fim deste triénio em perfeita unidade funcional como Conselho, sem que ninguém tivesse tido de abdicar do seu pensamento, da liberdade de exprimi-lo, do direito de livre actuação, termos conseguido chegar ao fim em eficiência funcional deste órgão directivo, quando outros, de não menor categoria hierárquica se afundaram na impotência, na incapacidade de direito ou facto, nos imobilismo ou na transigência e podermos, solidários no que é essencial, depor íntegras as funções que nos tinham sido cometidas nas mãos dos que se seguem, deve ser para nós compensação bastante por tudo o que passou.

É-o pelo menos para mim, na medida em que me prova que a unidade pode sempre fazer-se, entre homens de boa fé, por cima das divergências de interpretação pessoal dos diferentes pontos de vista, dos diversos pontos de partida, das dispares formações, quando o sentido

LISBOA

O PROF. AMÂNDIO TAVARES

RECEBEU AS INSÍGNIAS DA GRÃ-CRUZ DA ORDEM DO INFANTE

O Sr. Presidente da República fez entrega, no Palácio Nacional de Belém, das insígnias da Grã-Cruz da Ordem do Infante, ao Prof. Amândio Tavares, antigo Reitor da Universidade do Porto, pela sua actividade como Presidente da Delegação do Porto da Comissão Executiva das Comemorações do V Centenário da Morte do Infante D. Henrique.

A cerimónia efectuou-se, no pretérito dia 6, no gabinete de trabalho do Sr.

Almirante Américo Tomás e decorreu na maior intimidade. Assistiram, apenas, o Prof. Damião Peres, Chanceler em exercício da Ordem do Infante, por motivo da ausência do Sr. Embaixador Dr. Pedro Teotónio Pereira; o Prof. Costa Sacadura, amigo pessoal do agraciado; o Dr. Luís

humano de convivência e respeito mútuo não obnubila o espírito dos homens.

É-o pelo menos para mim, na medida em que me consente esperar que, para além de certos ventos que nunca foram sequer ventos da História, a unidade do Corpo Médico se há-de refazer no respeito mútuo das Pessoas e dos valores maiores que nos unem e nos transcendem.

Certo de que só ao trabalho e à colaboração dos meus Colegas do Conselho Regional cessante se deve ainda o pouco que fizemos e o muito que representa estarmos aqui hoje solidários, unidos e amigos, impõe-se-me deixar-lhes publicamente aqui a expressão bem viva do meu reconhecimento.

Voltando ao princípio, para finalizar, consintam que envolva no mesmo desejo de felicidade pessoal e funcional todos os novos eleitos, desde o Prof. Albano Ramos e da Mesa a que vai presidir ao Prof. José Garrett e a todos os Colegas do novo Conselho Regional.

Falou seguidamente o Prof. Albano Ramos, novo Presidente da Assembleia Regional, cujas palavras, pela sua invulgar oportunidade e importância destacamos para outra secção deste mesmo número de «O Médico».

No final, bem como em várias passagens dos discursos proferidos, todos os oradores foram vivamente aplaudidos, tendo o acto de posse sido assinado por todos os presentes.



Prof. Amândio Tavares

Pereira Coutinho, Secretário da Presidência da República; e comandante Benvido da Fonseca, oficial às ordens do Chefe do Estado.

Ao proceder à imposição das insígnias, o Sr. Almirante Tomás pôs em relevo a acção do Prof. Amândio Tavares como Delegado no Porto da Comis-

Boldolaxine

LAXATIVO SUAVE
SEM HABITUAÇÃO

são Executiva das Comemorações Henriquinas e o muito que ela contribuiu para o brilho dessas celebrações no Norte do País.

O antigo Reitor da Universidade do Porto agradeceu a alta distinção que o Chefe do Estado lhe conferira e as palavras que lhe dirigira, sublinhando, a propósito, o elevado significado das cerimónias de exaltação e consagração da obra do grande navegador.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

Reuniu no passado dia 7, sob a presidência do Prof. Albertino Barros, secretariado pelo Prof. D. Pedro da Cunha e pelo Dr. Kírio Gomes, a Sociedade Por-



O Prof. Bussamara Nene num momento da sua conferência

tuguesa de Obstetrícia e Ginecologia, para ouvir o Prof. Bussamara Nene, da Universidade de São Paulo (Brasil), que fora convidado para proferir uma conferência.

Fez a apresentação do conferencista o Prof. Albertino Barros.

O autor, que falou de «Fundamentos fisiológicos do tratamento do descolamento prematuro da placenta», salientou que a elevada mortalidade fetal e as recentes aquisições relacionadas com o descolamento prematuro da placenta justificam uma revisão da sua terapêutica médica e obstétrica.

Reviu as diversas fases por que passou a doutrina do seu tratamento, afirmando que, desde 1950, a Escola Obstétrica de Boston (E. U. A.), com Reid à frente, estabeleceu normas aceites por quase todos os centros obstétricos. Segundo a sua opinião, estas normas merecem reparo, no que se refere às indicações da cesariana.

Estudou, a seguir, os dados relativos à fisiopatologia do síndrome hemorrágico, salientando a grande importância que assume, no prognóstico, a alteração da coagulação. A propósito, apresentou o método desenvolvido no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo (Serviço do Prof. José Medina), pelo Dr. Humberto Costa Ferreira, segundo o qual são identificados no sangue circulante produtos de degradação da fibrina, cujo aparecimento permite o diagnóstico do desenvolvimento de processos fibrinolíticos antes de ocorrer a perturbação da coagulação.

Este método original — afirmou — favorece melhor orientação terapêutica, porque permite a aplicação precoce das medidas correctoras da coagulopatia.

Em seguida, o A. fez considerações a propósito da etiopatogenia desta perturbação da crase sanguínea e apresentou os dados clínicos relativos a 451 casos de descolamento prematuro da placenta atendidos no Serviço referido.

A análise deste material clínico justifica, segundo a sua opinião, a revisão das normas terapêuticas introduzidas por Reid e col., no que diz respeito à indicação da cesariana. As condições de anoxia em que vice o produto conceptual, no decurso do descolamento prematuro da placenta, exigem a sua rápida extração sempre que a vitalidade extra-uterina esteja assegurada (mais de 32 semanas de vida intra-uterina). Por outro lado, o carácter evolutivo e progressivo do descolamento placentário, mantendo a perda sanguínea e favorecendo o desencadeamento das perturbações da coagulação, justifica a rápida terminação do parto. Daí insistir na indicação da cesariana, sempre que a expulsão fetal exija mais de 4 horas, mesmo quando presente a perturbação da coagulação.

Estas duas maneiras de encarar, com maior liberalidade, a indicação da cesa-

riana constituem, na verdade, a razão de ser desta palestra — disse, a terminar, o Prof. Bussamara Nene.

Atendendo a estas normas, reduz-se a mortalidade perinatal e a morbilidade materna.

HOSPITAIS CIVIS

NOVO ASSISTENTE DE ESTOMATOLOGIA

Terminaram no passado dia 6 as provas do concurso para preenchimento de uma vaga de assistente de Estomatologia dos H. C. L., a que concorreram os Drs. Lélío Macias Marques e Sérgio Magro dos Reis.

O júri, constituído pelos Drs. Filipe da Costa, António Jorge, Campos Henriques, Baptista Fernandes e Monteiro



Dr. Lélío Marques

Baptista, aprovou, em mérito absoluto, ambos os candidatos e, em mérito relativo, o Dr. Lélío Marques.

O novo assistente, que tem 35 anos, formou-se pela Faculdade de Medicina de Lisboa em 1951 e entrou nesse ano para o internato geral. Fez depois o internato complementar e graduado da especialidade, prosseguindo agora a sua carreira hospitalar como assistente.

O Dr. Lélío Marques, que faz parte da direcção da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, tem publicado vários trabalhos e, em 1960, foi-lhe atribuído o prémio instituído pelo «Jornal de Estomatologia».

ACÇÃO PROLONGADA
AMPLO ESPECTRO
MAIOR TOLERÂNCIA

Pantofenicol

Boião de 12 cápsulas • Caixas de 6 supositórios a 250 e 500 mg



INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Investigação e preparação de medicamentos desde 1895

COIMBRA

CONFERÊNCIA DO PROF. BUSSAMARA NEME SOBRE «FISIOPATOLOGIA DA INERVAÇÃO UTERINA»

A convite da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina, esteve em Coimbra no passado dia 8 o Prof. Bussamara Neme, da Universidade de S. Paulo, tendo proferido uma conferência na Maternidade Daniel de Matos sobre «Fisiopatologia da inervação uterina».

O Prof. Neme fez parte da sua preparação científica no Serviço de Fisiologia Obstétrica de Montevideo e tem-se dedicado inteiramente à investigação. O conferente foi apresentado pelo Prof. Albertino Barros e no final estabeleceu-se animada troca de impressões com a numerosa assistência, especialmente a propósito do emprego da raquianestesia em obstetria. — A. J. E.

DIVERSAS

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

Números provisórios de casos e óbitos de algumas doenças de notificação obrigatória declaradas em Portugal Me-

tropolitano (continente e ilhas adjacentes) e respeitantes ao período de 29 a 4 de Agosto:

	CASOS	ÓBITOS
Difteria	48	0
Encefalite infecciosa aguda	0	0
Escarlatina	9	0
Febre tifóide	33	0
Outras salmoneloses	1	0
Hepatite epidémica	11	0
Meningite cérebro-espinal ...	4	0
Poliomielite aguda	10	0
Tosse convulsa	56	1

NOVOS DIRECTORES CLÍNICOS NOS SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS

Tomaram posse, no passado dia 1, dos cargos de directores de cirurgia e de estomatologia dos Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência, na Zona Sul, respectivamente, o Prof. Virgílio de Moraes e o Dr. Rui Vidal.

A posse foi-lhe conferida, na sede do organismo, pelo vice-presidente do mesmo, Dr. Fernando Moreira Ribeiro, que aludiu ao mérito dos empossados, largamente que exibiram e que os qualificam como verdadeiros valores no campo das respectivas especialidades e recordou os nomes dos médicos que iam substituir, os Drs. Sacadura Botte e Ferreira da Costa, para cuja memória teve palavras de grande apreço.

A terminar, apelou para a cooperação que deles esperava no exercício dos cargos em que acabavam de ser investi-

dos e prestou homenagem ao valor da colaboração da maioria dos médicos que servem a Previdência, sem cuja devoção à causa da saúde dos trabalhadores — o principal «capital» de qualquer país — a obra da nossa Previdência Social não teria a eficácia e a projecção que todos ambicionam.

Falaram depois o presidente do Conselho Médico, Prof. Toscano Rico, que saudou os empossados, e estes, para agradecerem a nomeação e prometerem a mais leal e zelosa cooperação no desempenho das funções que lhes acabavam de ser confiadas.

Assistiram ao acto os directores clínicos da Zona Sul, Prof. Pereira Caldas e Drs. Cavaleiro de Ferreira, Salvador da mente demonstrado pelos títulos profis-cunha e Silva Alves, o inspector-chefe médico, Dr. Bruno da Costa, muitos cirurgiões e estomatologistas das Caixas de Previdência e outros funcionários superiores do organismo.

FALECIMENTOS

FALECERAM:

Em Lisboa, o Dr. João Aníbal Guimarães Ramada Curto, de 49 anos, filho do falecido advogado Dr. Ramada Curto.

Ainda estudante, o Dr. João Ramada Curto, cultivou o desporto em várias modalidades, em especial o basquete e o remo, e, já depois de formado, exerceu funções profissionais ligadas à actividade desportiva. Impulsionado por essa mesma tendência do seu espírito, que o atraía para o convívio da gente moça, também dada ao desporto, prestava serviço como médico escolar nas escolas Comercial Patrício Prazeres e Industrial Afonso Domingues. Era médico, ainda, da Companhia dos Telefones e do Consulado da Venezuela.

— Em Aveiro, o Dr. Carlos de Almeida Vidal, de 64 anos, médico na Costa do Valado, pai do Dr. Carlos Manuel Sobreiro Vidal, que se encontra no Ultramar, como médico militar, e sogro da Dr.^a Maria Luísa Corujo Balseiro Vidal.

— Em Lisboa, a sr.^a D. Arminda da Silva Cercal Martins, mãe do Dr. Adelino Cercal Martins.

DIÁRIO DO GOVERNO

(De 10 a 16/VIII/1962)

ACUMULAÇÕES

Foram autorizados a acumular os seguintes lugares:

Dr. Aníbal da Costa Fonseca — de médico estagiário, além do quadro, das delegações e subdelegações de saúde em serviço na Subdelegação de Saúde de Vila Nova de Gaia com o de assistente

Biostimulinas Berna



Estimulante e adjuvante, por excelência, da terapêutica tecidual em:

oftalmologia, cirurgia, dermatologia e medicina geral

Injecções / Pomadas / Compressas

Instituto Seroterápico e Vacinal Suíço Berna

Representante para Portugal e Ultramar:

Raul Vieira, Limitada
Rua dos Correeiros 41-2º, Lisboa

NERNSAN

**NERVOSISMO
INSÓNIAS**

**ANSIEDADE
PALPITAÇÕES
FADIGA NERVOSA**

ELIXIR
FRASCO DE 150 C.C.



Laboratório FIDELIS



do Dispensário Antituberculoso de Vila Nova de Gaia, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

10-VIII-62

Dr. José João Águas de Mendonça Vilalobos — de médico civil contratado, do Hospital Militar Principal com o de anestesista, contratado além do quadro, dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

10-VIII-62

Dr. José Manuel Lopes Vieira Campos Leite da Silva — de médico interno da Maternidade Dr. Alfredo da Costa com o de tenente médico do quadro de complemento da Guarda Nacional Republicana.

10-VIII-62

Dr. José Nobre Guerreiro Góis — de major médico da Força Aérea com o de interno do internato complementar de clínica médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

10-VIII-62

CONCURSOS

Estão abertos concursos:

Para médicos escolares da Direcção-Geral da Educação Física, Desportos e Saúde Escolar.

13-VIII-62

NOMEAÇÕES

Dr. Justino Girão — aprovado o termo do contrato para o exercício das funções de auxiliar de clínica do 6.º grupo (medicina interna) da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

10-VIII-62

Dr. Alberto Vilar Pereira de Queirós — aprovado o termo do contrato para o

exercício das funções de segundo-assistente da cadeira de Medicina Operatória do 7.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

13-VIII-62

Dr. Anselmo Jorge Branco de Almeida Carvalhas — aprovado o termo do contrato para o exercício das funções de segundo-assistente da cadeira de Ginecologia do 8.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

13-VIII-62

Dr. António Alves Fontes Pereira de Melo Saavedra — aprovado o termo do contrato para o exercício das funções de segundo-assistente da cadeira de Medicina Legal e Toxicologia Forense do 4.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

13-VIII-62

Dr.ª Maria Isabel Pais da Silva Fagulha — aprovado o termo do contrato para o exercício das funções de segundo-assistente da cadeira de Clínica Obstétrica do 8.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

13-VIII-62

Dr. Alexandre José Linhares Furtado — aprovado o termo do contrato para o exercício das funções de segundo-assistente da cadeira de Clínica Cirúrgica do 7.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

14-VIII-62

Outros organismos

Dr. Augusto Marinheiro Júnior — nomeado interno do internato complemen-

tar de otorrinolaringologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

14-VIII-62

Dr. Humberto Sérgio de Brito Avó — contratado, além do quadro, para prestar serviço de pediatria médica no Hospital D. Estefânia.

14-VIII-62

Dr.ª Maria Manuela de Albuquerque Martins Pereira Caldas — nomeada médica de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar, ficando colocada na Província de Moçambique.

14-VIII-62

Cada linha 10\$00

PEQUENOS ANÚNCIOS Grátis para os assinantes

Ofertas e procuras de consultórios, de empregos, casas, substituições, etc.

HOSPITAL MILITAR PRINCIPAL

Faz-se público que se encontra aberto concurso documental para admissão de dois médicos analistas para os Serviços Laboratoriais deste Hospital.

As condições para a referida admissão encontram-se patentes no Conselho Administrativo deste Hospital durante 30 dias a contar da presente data.

Hospital Militar Principal, Lisboa, 20 de Agosto de 1962.

O Chefe da Contabilidade

a) José Roberto da Silva

Capitão do S.A.M.

CONSELHO CIENTIFICO

Augusto Vaz Serra (Director da Fac. de Med.), A. de Novais e Sousa, A. Melico Silveira, A. Tavares de Sousa, Albertino de Barros, Bárto do Vale Pereira, Elisio de Moura, Henrique de Oliveira, Herménio Cardoso, Ibérico Nogueira, J. Correia de Oliveira, J. Gouveia Monteiro, J. Lobato Guimarães, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Renato Trincão (Profs. da Fac. de Med.), Fernando Serra de Oliveira, Luís José Raposo e M. Ramos Lopes (Enc. de Regências na Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (Chefe do Lab. de Radiol. da Fac.), Carlos Gonçalves (Dir. do San. de Celas), Domingos Vaz Pais (Delegado do Instituto de (Del. do Inst. Mat.), José Maria Raposo, Luciano dos Reis e Manuel Martins Ruas (Assistente da Fac. de Med.), Manuel Montezuma de Carvalho (Cir.) e Mário Tavares de Sousa (Ped.) — COIMBRA

Adelino Padesca, Aires de Sousa, Aleu Saldanha, António Mendes Ferreira, A. Castro Caldas, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Santos, Carlos Larroudó, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, J. Oliveira Machado, Jaime Celestino da Costa João Belo de Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos, Costa Sacadura, Toscano Rico e Xavier Morato (Profes. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical) Almerindo Lessa (Dir. do Serv. de Sangue dos H. C. L.), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro, Alexandre Sarmento (Dir. do Lab. do Hosp. do Ultramar), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.) Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Manuel Marques da Mata (Insp. de Águas Minerais da Dir. Geral de Saúde), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Albano Ramos, Amândio Tavares, A. Rocha Pereira, Daniel Serrão, J. Afonso Guimarães, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Emídio Ribeiro, Ernesto Moraes, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, José Garrett, Luís de Pina, M. J. Bragança Tender, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima, (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitratomatosa do Dispen. de Higiene Social), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), F. Gonçalves Ferreira (Dir. da Deleg. do Instituto Superior de Higiene), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hospital de Santo António), Gregório Pereira (Psiquiatra), Jorge Santos (Dir. do Hosp. Semide), José Aroso (Director de Serv. do Hosp. de St.º António), J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de Santo António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe de Serv. de Anestes. do Hospital Geral de Santo António) — PORTO

Pacheco de Figueiredo (Director da Esc. Médica de Nova Goa)

Ramos Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Lisboa), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matosinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Setúbal)

DELEGADOS

Madeira: Celestino Maia (Funchal); Espanha: A. Castilho de Lucas e Fernan Peres (Madrid); França: Jean Huet (Paris); Alemanha: Gerhard Koch (Munster)

NOVO EDIFÍCIO ESPECIALMENTE CONSTRUÍDO PARA OS ESCRITÓRIOS DA CYANAMID

WAYNE, New Jersey — A Cyanamid International, uma das companhias fabricantes de produtos químicos e farmacêuticos mais importantes do mundo, estabeleceu o seu «quartel general» administrativo no seu edifício ultra-moderno em Wayne, 25 milhas a oeste de Nova Iorque. O Snr. E. G. Hesse, director gerente, disse que a mudança para este edifício, especialmente construído, se tinha tornado necessário devido à expan-

panhia no estrangeiro e fornecer melhores e mais rápidos serviços aos nossos clientes», acrescentou o Snr. Hesse.

O edifício da administração da Cyanamid, construído num pitoresco bosque, tem 4 pisos de escritórios, uma ala para cantina e uma ala de 5 pisos para o executivo, ligada ao edifício principal.

O novo equipamento electrónico de estatística está instalado numa divisão especial que flutua 50 cm acima do chão



Sede da Cyanamid

são dos negócios da Cyanamid. «Descobrimos», disse ele, «que a direcção, tanto como a investigação e a produção, necessita do seu próprio espaço físico e situação e que estas necessidades podem mais facilmente serem satisfeitas por facilidades construídas especialmente para cada uma das operações particulares da companhia. Pensamos que instalando as 1600 pessoas que constituem a administração num só edifício, e fornecendo espaço para as novas máquinas de administração, tais como o equipamento electrónico de estatística, poderemos controlar melhor as operações da com-

panhia com quilómetros de cabos servindo o sistema colocado entre os dois pisos.

O Dr. R. M. DeBaum, encarregado do cálculo científico e técnico, disse que, além de transmitir, tão rapidamente quanto possível às respectivas secções, informações sobre vendas, encomendas e inventários, os computadores serão usados para ajudar nos projectos de engenharia e para a pesquisa da própria engenharia. «Este sistema fornece aos programas de investigação e produção uma nova e poderosa ajuda», disse o Dr. DeBaum, «e nós procuramos desde já tirar os benefícios disso».

Anunciam neste número:

Andrade	377	Instituto Pasteur de Lisboa	385 e 2.ª capa
Rua Henrique Paiva Couceiro — — Venda Nova — Amadora		Rua Nova do Almada, 67 — Lisboa	
Bial	4.ª capa	L. Lepori	370
Rua João Oliveira Ramos — Porto		Rua da Imprensa Nacional, 31-r/c — Lisboa-2	
Boeringer	364	Lilly	363
Rua António Enes, 9-1.º-Esq.º-Lisboa		Praça Mouzinho de Albuquerque, 79 — Porto	
Ciba	381	Luso-Fármaco	359 e 1.ª capa
Rua 5 de Outubro, 48 — Lisboa-1		Rua do Quelhas, 14-2.º — Lisboa	
Celsus	383	Parke Davis	3.ª capa
Rua dos Anjos, 67-1.º — Lisboa		Travessa da Espera, 3 — Lisboa	
Farmoffer	384	Raul Vieira	386
Rua Poço dos Negros, 86-1.º — Lisboa		Rua dos Correiros, 41-2.º — Lisboa	
Ferraz Lynce	369	Salgado Lencart	382
Rua Rosa Araújo, 27-1.º-Lisboa		Rua Santo António, 208 — Porto	
Fidelis	375 e		
Terras de Santana, 1 — Lisboa	387		



*É tão natural
e agradável
ter gozado
o Sol...* (Matthew Arnold)

...Mas este prazer, quando estragado, nada tem de agradável. O tempo quente, de Verão, pode conduzir também a queimaduras solares, picadas de insectos, exantemas alérgicos, etc. Para estas irritações cutâneas, o CALADRYL anti-prurítico e anti-alérgico, constitui um calmante activo e rápido.

CALADRYL

CALADRYL contém Benadryl* (difenidramina) com calamina e cloreto de cânfora, à venda sob a forma de loção em frascos de 4 onças e creme em bisnagas de aprox. 1,5 onças.

* Marca Registrada



PARKE-DAVIS

PARKE, DAVIS & COMPANY, — Hounslow Middlesex, Inglaterra — Inc. U.S.A. Liability, Ltd.

Representada em Portugal pela **SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA, S. A. R. L.** — Travessa da Espera, 3 — LISBOA-2

UMA LARGA EXPERIÊNCIA
CONSAGROU JÁ A ALTA EFICÁCIA
E A TOXICIDADE DESPREZÍVEL DO
PRIMEIRO MEDICAMENTO
ESPECIALIZADO NACIONAL À
BASE DE CLORODIAZEPÓXIDO

DISARIM®

Bial

CÁPSULAS

TRANQUILIZANTE ANTIDEPRESSIVO

MIORRELAXANTE

● ANTICONVULSIVO

A APRESENTAÇÃO DO **DISARIM**
EM CÁPSULAS CONDICIONA UMA
RÁPIDA, COMPLETA E PERFEITA
ABSORÇÃO DO CLORODIAZEPÓXIDO.
DONDE RESULTAM EFEITOS
TERAPÊUTICOS IMEDIATOS
INTENSOS E DURADOUROS

DISARIM

5 mg

DISARIM FORTE

10 mg

APROVADO SEGUNDO O DECRETO 41.448
(COMISSÃO TÉCNICA DOS NOVOS MEDICAMENTOS)